

La Salud del Anestesiólogo.

La Primera Misión del Médico es Cuidar la Salud, Incluso la Propia.

(Continuación de la Nota del Boletín Anterior)

Miguel Angel Paladino
Héctor Martineti

La Posibilidad de Error y su Repercusión en la Salud

Toda intervención anestesiológica genera un temor que “debería” reducirse o controlarse en la medida que el mismo pueda ser superado adecuándose a la situación, pero en muchas ocasiones no es así. Las personas difieren en la percepción y evaluación de la realidad, al punto de ser factible el divorcio total entre ideas y amenazas objetivas del entorno.

El error humano es un hecho desacertado o bien un incidente que puede ocurrir en la actividad diaria; para muchos el error que no deriva en accidente es una condición frecuente, a veces no plausible de análisis; en otras ocasiones cuando constituye una catástrofe, deriva en el análisis tardío de los hechos, al solo efecto de buscar la culpabilidad.

El temor a cometer errores involuntarios nos coloca en estado de alerta, advirtiéndonos insistentemente del riesgo e imponiéndonos una conducta que intente o de solución. Pero cuando el temor pierde los límites necesarios, y se transforma en miedo o pánico, este aliado se convierte en uno de los peores enemigos. Estos terrores o miedos pueden llevar a comportamientos de negación, complicaciones psicológicas e incluso orgánicas.

De ahí se deduce que no debemos entrar en el simplismo de la frase “Errare humanum est” ya que constituiría una sencilla forma de deslindar responsabilidades y entrar en el fangoso terreno de lo impredecible. Pocas actividades médicas son tan rigurosas en las consecuencias de sus errores como la del anestesiólogo; en su tarea los plazos son breves e implacables en sus resultados. Este conflicto genera ansiedad. En los trastornos de ansiedad aguda, específicamente en crisis de angustia, se puede observar aparición temporal aislada de miedo o malestar intensos, polisintomatología física, parte de ella de índole neurovegetativa que se inicia bruscamente y alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

Los principales síntomas son:

- **Palpitaciones, extrasístoles o elevación de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.**
- **Sequedad bucal.**
- **Sudoración.**
- **Temblores y sacudidas.**
- **Suspiros.**
- **Dolores y contracturas musculares.**
- **Parestesias con sensación de entumecimiento u hormigueo en los miembros.**

- **Inquietud motora, movimientos estereotipados, temblor manual.**
- **Piloerección.**
- **Sensación de ahogo o falta de aire.**
- **Sensación de atragantarse.**
- **Opresión o molestias torácidas.**
- **Náuseas o molestias abdominales.**
- **Inestabilidad, mareo o desmayo.**
- **Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).**
- **Miedo a perder el control (volverse loco).**
- **Miedo a morir.**
- **Escalofríos.**
- **Sofocaciones.**

Muchas veces este miedo lleva a “no comprometerse con el paciente” y realiza anestésias no habituales para no exponerse a riesgos “innecesarios” (intubación traqueal, anestésias regionales, vías centrales, punciones arteriales, monitoreo invasivo, etc.). Estas conductas generalmente traen aparejado más riesgos potenciales para el paciente. Es importante considerar la “cascada del accidente anestésico”. El problema se origina en un incidente, que si se detectara a tiempo, evitaría el accidente. El mismo puede suceder en la evaluación del paciente, en el chequeo del equipo, en el manejo de la anestesia (plan y habilidad), en el desarrollo de la cirugía (plan y habilidad).

Con frecuencia, a un pequeño incidente, en sí mismo intrascendente, se le suma otro, también de menor cuantía y en ocasiones un tercero. Esta suma de pequeños errores, cuando no se está atento, hace que un incidente se convierta en un incidente crítico y, si no se corrige a tiempo la cascada, termine convertido en el accidente que tanto tememos.

El estrés y el consumo de drogas

El consumo de drogas ilícitas es uno de los graves y preocupantes problemas de la salud pública de la sociedad contemporánea estimándose que unos 180 millones de personas en todo el mundo las consumen. No tenemos datos referentes a nuestra especialidad y en nuestro medio. Sin duda deberíamos empezar a tenerlos. Sabemos que no es sencillo, pero debemos empezar. Nuestro pensamiento es que debemos detectarlos, como detectamos a cualquier enfermedad, y luego tratarlos y darles apoyo. Sin dudas el abuso y la adicción de drogas ilícitas generan un aumento de la morbilidad y mortalidad en la sociedad que nos rodea y tienen relación con el grado de estrés crónica de nuestra profesión.

Conclusiones

En este documento descriptivo, no es fácil sacar conclusiones. Quizás la primera gran conclusión es que el riesgo para nuestra salud es real. Puede tomar distintos nombres o secuencias según sea visto por médicos, psicólogos, sociólogos, filósofos, etc. Con toda seguridad los grupos de trabajo de cada institución se enriquecerían bastante ocupándose de este problema. Con esta práctica, mejoraría mucho la calidad del servicio. Pero lo primario

es, como todo en medicina, diagnosticarlo. Para Keown, el anestesiólogo debe estar dotado de unas cualidades mitológicas pues: “Ha de tener calma como Júpiter, paciencia como Penélope, puntualidad como Apolo, elasticidad como Anteo, versatilidad como Mercurio y ... muchas manos como Briareo*. No nos cabe la menor duda de que algunas de estas cualidades o virtudes son innatas en muchas ocasiones, pero cuando no lo fueren, son susceptibles de ser inculcadas al anestesiólogo durante su formación”.

“La Ciencia para saber, el Arte para hacer, la Profesión para aplicar. Cualquier clase de disposición o intelecto puede adaptarse, la Ciencia puede adquirirse, y la destreza manual crecerá con el entrenamiento constante”.

Bibliografía

- 1.- Blint, M. **El médico, el paciente y la enfermedad.** Bs. As., Ed. Libros Básicos, 1977. pp. 29-40.
- 2.- Calabrese, G. Drogas ilícitas: su importancia en la medicina crítica y la anestesia. En: Paladino, M.; Aldrete, A. **Farmacología aplicada para anestesiólogos y cuidados críticos.** Rosario, Ed. Corpus, 2005 (en prensa)
- 3.- Callister, R.; Suwarno, N; Seals, D. (1992). Sympathetic activity is influenced by task difficulty and stress perception during mental challenge in humans. **J Physiol** 454(1): 373-387.
- 4.- Caplan, RA. (1990). Adverse respiratory events in anesthesia: a closed claims analysis. **Anesthesiology** 72: 828-833.
- 5.- Carlson, N. **Fundamentos de Psicología Fisiológica.** 3ra. ed. México, Prentice Hall Hispanoamericana, 1996.
- 6.- Elena, GA. (1993). Estrés psicológico: su concepto actual y el anestesiólogo. **RAA** 51(3): 129-132.
- 7.- Funk, D; Stewart, J. (1996). Role of catecholamines in the frontal cortex in the modulation of basal and stress induced autonomic output in rats. **Brain Res** 74: 220:229.
- 8.- Galindo, M. (2000). Seguridad, riesgo y anestesia. **Rev Col Anest** 28(2): 107-115. Archivos de la División Jurídica, FEPASDE, 2003.
- 9.- Ganong, W. **Fisiología Médica.** 13ra. Ed. México, D. F., Manual Moreno, 1992.
- 10.- Giacomantone, E; Mejía, A. **Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico.** Buenos Aires, Piados, 1997.
- 11.- Gómez, V. (2000). Relación entre estrés e inmunidad: una visión crítica de la investigación. **Rev Latinoam Psicol.** 32(1): 31-45.
- 12.- Leng, G.; Russell, A. (1998). Learning to cope with repeated stress. **J Physiol** 510(2): 331-331.
- 13.- López Ordóñez, MA; Manrique Vaca, I; García Torres, C. (2003). Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. Trabajo presentado en el 3er. Congreso de Derecho Médico. Bogotá, Nov. 2002. **Rev Méd-Leg** 9(11): 30-39.
- 14.- McEwen, B. (1999). Stress an hippocampal plasticity. **Ann Rev Neurosci** 22: 105-122.

- 15.- Montoya, A. (1981). Evaluación psicológica del paciente quirúrgico. **RAA** 39(2): 109-112.
- 16.- Munck, A; Guyre, PM; Holbrook, NJ. (1984). Physiological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions. **Endocr Rev** 5: 25-44.
- 17.- Pacák, K; Palkovits, M. (2001). Stressor specificity of central neuroendocrine response: implications for stress-related disorders. **Endocr Rev** 22(4): 502-548.
- 18.- Urzola, AE. (1996). Riesgo anestésico. Mortalidad en anestesiología. **Rev Col Anest** 24(3): 231-237.
- 19.- Selye, H. History and present status of the stress concept. En: Goldberger, L.; Breznitz, S. **Handbook of stress**. New York, Free Press, 1982. Ed en español: En: Valdés, M.; De Flores, T. **Psicología del estrés**. Barcelona, Martínez Roca, 1990.
- 20.- Tinker, JH. Role of monitoring devices in prevention of anesthetic mishaps: a closed claims analysis. (1989). **Anesthesiology** 71: 535-540.
- 21.- Wikinski, JA. (1981). La visita preanestésica y criterios para la selección de la premedicación anestésica. **RAA** .39(4): 341-352.