

RESPONSABILIDAD MÉDICA EN LA NEUROGIRUGÍA

MARIA DEL PILAR CHACÓN CIMADEVILLA

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
BOGOTÁ
2009

RESPONSABILIDAD MÉDICA EN LA NEUROGIRUGÍA

MARIA DEL PILAR CHACON CIMADEVILLA

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el Título de Abogada

DIRECTOR:

Dr. Francisco Bernate Ochoa

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA
BOGOTÁ
2009

Para mi Papá
Y mi mamá

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I	
NOCIONES GENERALES	
1. MEDICINA	8
1.1 HISTORIA	8
1.2 HISTORIA DE LA ANESTESIOLOGÍA	12
1.3 NEUROCIRUGÍA	14
1.3.1 Historia de la Neurocirugía	14
1.3.2 Concepto de Neurocirugía	15
1.3.3 Neurocirugía en Colombia	17
CAPITULO II	
DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO Y RESULTADO	
2. OBLIGACIONES DE MEDIO Y RESULTADO	18
2.1 INTRODUCCIÓN AL TEMA	18
2.2 EVOLUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO Y RESULTADO	18
2.3 OBLIGACIONES DE MEDIO Y DE RESULTADO	21
2.3.1 Obligaciones de Resultado	22
2.3.2 Obligaciones de Medio	24
CAPITULO III	
OBLIGACIONES DE LOS ESPECIALISTAS	
3. OBLIGACIONES DE LOS ESPECIALISTAS	27
3.1 RESPONSABILIDAD MÉDICA	27
3.1.1 Daño Antijurídico	28
3.1.2 Nexo Causal	30
3.1.3 Falla Médica	31
3.1.3.1 Imprudencia	32
3.1.3.2 Impericia	32
3.1.3.3 Negligencia	32
3.1.3.4 Violación al Reglamento	32
3.2 Análisis Práctico	33
CAPITULO IV	
OBLIGACIONES EN ANESTESIOLOGÍA	
4. OBLIGACIONES EN ANESTESIOLOGÍA	35

4.1	ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA	36
4.1.1	Leyes en Anestesiología	37
4.1.2	Normas CLASA	40
4.2	ASOCIACIONES COLOMBIANAS	43
4.3	CASOS DE URGENCIA	44
4.4	MANEJO DE LA ANESTESIA EN LA NEUROCIRUGÍA	46
4.4.1	Valoración y Manejo Pre-Anestésico	47
4.4.2	Manejo Anestésico	48

CAPITULO V OBLIGACIONES DEL PACIENTE

5.	OBLIGACIONES DEL PACIENTE	52
5.1	DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE	53
5.1.1	Obligaciones del Paciente	53
5.1.2	Derechos del Paciente	56
5.1.3	Caso Práctico	59

CAPITULO VI RESPONSABILIDAD DE LOS NEUROCIRUJANOS EN EL DIAGNOSTICO

6.	RESPONSABILIDAD DE LOS NEUROCIRUJANOS EN EL DIAGNOSTICO	60
6.1	EL DIAGNOSTICO	60
6.2	PASOS DEL DIAGNOSTICO	62
6.3	CLASES DE DIAGNOSTICO	63
6.4	ERROR EN EL DIAGNOSTICO	65

CAPITULO VII RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL AUXILIAR EN SALAS DE CIRUGÍA EN NEUROCIRUGÍA

7.	RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL AUXILIAR EN SALAS DE CIRUGÍA EN NEUROCIRUGÍA	66
7.1	EQUIPO QUIRÚRGICO	67

	CONCLUSIONES	70
--	--------------	----

	BIBLIOGRAFÍA	74
--	--------------	----

INTRODUCCION

La razón de ser de la Medicina y quienes la practican son los paciente. Grandes han sido los avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud, todos desarrollados con el único propósito de mejorar la calidad de vida de los enfermos e incluso en muchos casos prolongar la existencia de la vida humana arrancándolos de las garras de la muerte.

Los profesionales de la Medicina y en general todo le personal de salud ha sido formado bajo dos grandes principios: Beneficencia y No Maleficencia, hacer el bien pero, sobre todo, evitar causar daño al paciente.

Esto con cierta frecuencia no resulta fácil, pues los sistemas de atención en salud dada la gran complejidad del ser humano contienen los procesos a su vez más complejos a los que se enfrena el hombre en cualquier tipo de actividad.

En esta complejidad se presentan errores de ejecución, planeación, acción u omisión que pueden generar la muerte, invalidez, prolongación de la estancia hospitalaria, reintervención y muchas otras situaciones negativas para los pacientes.

Partimos siempre de la buena fe y de la buena formación ética y moral de nuestros médicos teniendo siempre la seguridad que nadie pretende con sus actos profesionales causar daño. No obstante debemos tener siempre presente que el error es inherente al ser humano y es preciso conocer que, contrariamente a lo que se creía en siglos anteriores donde el común de la gente pensaba en la infalibilidad del médico, hoy sabemos que estamos frente a una realidad mundial: la falibilidad médica.

Este trabajo, aunque maneja de manera general la responsabilidad médica como “la obligación moral y legal que tienen los médicos de compensar, reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, de las omisiones de errores voluntarios e involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en la práctica de su profesión” y nos provee toda una serie de elementos filosóficos que nos permiten estructurar la responsabilidad civil médica mediante la concurrencia de tres condiciones absolutas: la falta médica, el daño antijurídico y el nexo causal, profundiza de manera importante en la responsabilidad médica que aplica a, la quizás, más compleja e importante de las subespecialidades quirúrgicas, la Neurocirugía.

Adicionalmente, involucra en su temática todo lo atinente a la anestesia, que cada vez requiere de especializarse más, en aras de proveer servicios más seguros al paciente, al conocer más profundamente el arte del manejo de la conciencia y el dolor, y hoy por hoy, existe la Neuroanestesia, para dar soporte y apoyo a los neurocirujanos en tan complejo arte.

No se omite la parte que atañe al paciente, no solo en lo que toca a sus derechos, que hoy son promulgados a voz en cuelllos, sino a sus deberes con cuyo cumplimiento ha sido involucrado, con su tratamiento y su actuar es parte fundamental para el logro de resultados.

Todo este material teórico aquí consignado debería hacer parte de una cátedra de derecho médico, hasta hoy inexistente en las facultades de medicina, en la búsqueda de una verdadera formación integral que permitiría al futuro médico conocer la parte legal que constitucionalmente aplica a su actuar profesional.

LA RESPONSABILIDAD MÉDICA EN LA NEUROGIRUGIA

1. MEDICINA

La historia y la evolución de la medicina son de vital importancia en el desarrollo de esta ciencia, por lo cual requieren ser estudiadas y analizadas para así comprender cómo ha sido el manejo que el hombre le ha dado hasta llegarla transformar en lo que hoy día conocemos como medicina en el Siglo XXI.

En este capítulo analizaremos la historia y evolución de la medicina como ciencia, iniciaremos con las primeras culturas que la practicaron, hasta llegar a estudiarla actualmente.

Es así como estudiaremos el desarrollo que ha tenido con el paso del tiempo, para que al final de esta capítulo se pueda responder: Cómo evoluciono, cuáles fueron las culturas más importantes de este desarrollo, y cómo es hoy en día esta ciencia gracias a la evolución.

Gracias a la evolución de esta ciencia han surgido diversas especializaciones de gran importancia, una de ellas la Neurocirugía; encargada del manejo quirúrgico de patologías presentadas en el cerebro, la medula espinal y la columna vertebral, este tema lo trataremos al finalizar este capítulo, estudiando su evolución, la definición y su manejo en Colombia.

1.1 HISTORIA

Para empezar con el estudio de este capítulo es necesario entender y analizar la historia de esta ciencia en las primeras culturas, acá se expondrán los puntos más relevantes de las culturas Egipcia y la cultura de la India, quienes

tuvieron gran importancia en el desarrollo histórico de la medicina.

La medicina debe ser entendida como la ciencia que se dedica al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, e implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades.¹

La medicina y el arte de curar son tan antiguos como la humanidad. Desde el inicio del hombre se dio paso al desarrollo de esta ciencia, y la evolución de la misma hasta llegar a lo que hoy conocemos como medicina, por eso ésta es una de las ciencias que ha estado en constante cambio, siempre implementando las mejores técnicas y procesos para la salud y el bienestar del ser humano.

En sus inicios la medicina fue tratada y manejada con empirismo y pragmatismo que fueron la vida y el impulso de esa ciencia para que se convirtiera en lo que hoy es; sabiendo que todas las civilizaciones –Desde la más antigua- trabajaron la medicina, siempre teniendo como referencia sus creencias, la naturaleza y la sabiduría.²

Se sabe que 6.000 años A.C había indicios y manejos de la medicina relacionados con la brujería, hechicería, y los dogmas de la Fe.³ Las culturas de Egipto, de la India, y las que su ubicaron en el valle de la Mesopotamia fueron pioneros en el manejo de esta ciencia, siendo los Egipcios los más avanzados y estudiosos del tema.

En estas culturas siempre estaba presente el tema de los Dioses y la influencia que estos tenían en los seres humanos, así mismo las creencias religiosas, la astrología, la hechicería, los mitos y las leyendas que cada una de las culturas

1. www.wikipedia.com

2. CHACON PINZON, Antonio José. FUNDAMENTOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda., 2004. p25

3. Ibid., p. 25

tenía fueron de gran ayuda para la evolución.⁴

En Babilonia, donde había una fuerte creencia religiosa eran los médico-sacerdotes los que practicaban la medicina; que según ellos era proveniente de una influencia divina. Así mismo, otras culturas se centraban solamente en el poder que les ofrecían los Dioses para determinar las dolencias y los males que aquejaban a las personas, en donde los médicos los curaban por la influencia divina que les daban los Dioses.

La cultura Egipcia fue una de las mas destacadas en el área de la medicina, en donde los pacientes eran atendidos en templos e iglesias donde los Dioses los curaban, así mismo ellos eran representados por medio de estatuas de animales y seres para que su presencia, fuerza y sabiduría estuviera presente en la recuperación del paciente. Enfermedades comunes como el catarro y las hemorragias eran tratadas siguiendo un ritual; por ejemplo cuando alguien padecía de un fuerte catarro este era tratado “anudando a trechos un cordel acompañado de extraños exorcismos”⁵. En la cultura Egipcia empezó a haber “un médico para cada enfermedad”; lo que hoy conocemos como las especialidades en la medicina.

Posteriormente, y con el paso de los años la medicina se fue especializando, hasta llegar a practicar algunas cirugías, como en la India que fue considerada superior a la Hipocrática ya que se practicaron procedimientos que eran desconocidos por esta escuela;

Por ejemplo la extirpación de algunos órganos blandos y su avanzado conocimiento en la práctica de la cirugía plástica; debido a que las mujeres adúlteras de esa cultura eran castigadas amputándole la nariz, por lo que tenían un gran dominio de la cirugía estética.

4.Ibid., p.25

5 CHACON PINZON, Antonio José. Fundamentos de responsabilidad médica. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda., 2004. p.27

En la historia de la medicina Hipócrates fue el médico más destacado en la práctica, por su brillantez y su gran sabiduría en el manejo de esta ciencia, lo que llevo a que fuera nombrado “El padre de la medicina”, también es conocido por el Juramento Hipocrático, una declaración ético profesional en la cual los médicos se comprometen a cumplir y seguir los parámetros que fueron trazados por Hipócrates.

La medicina de la antigua Roma fue una prolongación de la medicina de Grecia, por lo que desarrollaron y estuvieron basados en muchos de los principios que usaba dicha cultura. Fue en este tiempo en donde se creó la Escuela Metódica que fue basada en los principios de Demócrito, que explicaba la enfermedad a través de la influencia de los átomos del cuerpo humano.⁶

Claudio Galeno, es la figura médica Romana. Estudió medicina bajo la influencia Hipocrática, fue médico del los Gladiadores y del emperador Marco Aurelio, trayéndole gran reconocimiento por su medicina. Lo que posteriormente lo llevó a ser considerado el principal exponente de la medicina hipocrática.

Fue gran influencia para la medicina occidental, donde sus tratados y sus teorías fueron estudiados y aplicados

Durante el Renacimiento hubo un auge de la medicina; grandes plagas invadieron los territorios, surgió la gran peste negra, que azotó territorios causando numerosas muertes. Acá se fortaleció un poco más la medicina, ya que evolucionaron simultáneamente otras ciencias, como Copoernico y Andres Vesalio que fue el principal anatomista de la época publican sus teorías, lo que produjo un impulso significativo a esta ciencia.⁷

Posteriormente y durante la época de la Ilustración se descubre la vacuna para la Viruela, se realiza la semiología para el diagnostico, cada vez hay un desarrollo más significativo de la ciencia, lo que hace que ésta se fortalezca más y se creen más teorías.

6 http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_medicina#Roma

7 http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_medicina#Roma

En el Siglo XIX se inicia la evolución de la anestesia, de la asepsia y de la salud pública, se inicia a hablar de la salud preventiva, y se empieza a vislumbrar el crecimiento que esta ciencia va a tener con el paso de los años.

Hoy día y luego de una evolución constante tenemos una medicina segura y confiable para el paciente, en donde el especialista se preocupa por encontrar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, poniendo siempre su conocimiento y la tecnología para el manejo adecuado de la enfermedad.

En consecuencia la medicina siempre ha sido una ciencia de gran importancia y relevancia entre las culturas, usando el empirismo, el pragmatismo y la naturaleza para curar y tratar las enfermedades, logrando llegar a nuestra medicina avanzada de hoy en día.

Hemos mostrado la evolución de la medicina y hemos demostrado que se trata de una ciencia creada por el hombre y para el hombre, en donde siempre ha existido un gran interés de su parte por desarrollarla y tenerla en el punto más alto de la tecnología, para que pueda ofrecer una cura para los males y dolencias que por el paso de los años han aquejado a los seres humanos.

1.2 HISTORIA DE LA ANESTESIOLOGIA

La historia de esta especialidad se puede relacionar con la Neurocirugía, en el entendido que son muy antiguas, casi desde el inicio de la humanidad. Siempre, el hombre buscó una forma de calmar el dolor del cuerpo.

Solo a partir del Antiguo Egipto se conoce alguna prueba documental que constata que fue usada por ellos para aliviar el dolor. Igualmente, en estas culturas primitivas el *chaman* o el mago de la tribu tenía un amplio conocimiento de plantas y matas vegetales que ayudaban a calmar algún tipo

de dolor. Este conocimiento era transmitido de generación a generación, lo que lleva a los historiadores a concluir que esas prácticas eran realizadas desde los inicios de las culturas primitivas, teniendo en cuenta que hoy en día en algunas culturas se manejan las dolencias así.

Lo anterior fue constatado cuando se encontraron en el siglo pasado, los siete papiros médicos, en donde además de tener notas de cirugía tenían escritos de es anestesia que era "...un compendio de remedios, encantamientos y hechizos utilizados por los médicos egipcios para curar a sus enfermos."⁸

Siguiendo con un poco de la historia de la anestesiología, los Griegos también utilizaron algunas plantas como la adormidera para calmar el dolor, así como los Chinos empezaron a usar la acupuntura y el cáñamo indio para la realización de sus cirugías, los Asirios desarrollaron un método anestésico un poco peligroso en donde "...comprimían la carótida a nivel del cuello con la consiguiente isquemia cerebral y la aparición de un estado comatoso lo cual era aprovechado para la cirugía."⁹

Algunas plantas como la adormidera, la mandrágora, el cannabis indica y las hojas de coca eran usadas como analgésicos, principalmente masticándolos o aplicándolos en la piel.

Acá en Colombia, en 1864 se administra la primera anestesia con cloroformo para realizar una ovariectomía, que es la extirpación quirúrgica de uno o de los dos ovarios. Desde esta fecha se empieza a desarrollar lo que hoy conocemos en Colombia como anestesiología, sus avances, los tratamientos y las técnicas que los médicos especialistas desarrollan de esto. Debido a la evolución continua de esta ciencia, se puede decir con plena convicción, que hoy en día la anestesiología es una de las ciencias más seguras que se practican actualmente, gracias a la evolución continua que este ha tenido.

1.3 NEUROCIRUGIA

8. <http://www.iqb.es/anestesia/historia/historia01.htm>

9. <http://www.anestesia.com.mx/histor2.html>

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, nos concierne el estudio de una de las especializaciones de la medicina que ha ido surgiendo por la necesidad del hombre de calmar sus dolencias y curar las enfermedades.

Esta rama de la medicina se caracteriza por ser una de las más especializadas, ya que estudia el cerebro, la medula espinal y la columna vertebral, que son parte esencial del cuerpo humano. Si bien esta es una especialidad quirúrgica, se estudia el manejo del dolor y demás tratamientos que sirvan de herramienta para mejorar la calidad de vida del paciente.

Es por lo anterior, que debemos estudiarla de manera integral, empezando con la historia, seguir con el concepto y definiciones, para poder concluir teniendo una idea clara de la Neurocirugía.

1.3.1 Historia de la Neurocirugía: Esta historia debe estudiarse desde las primeras trepanaciones realizadas por el hombre en el cráneo, lo que hizo que la ciencia evolucionara hasta la Neurocirugía actual. Se ha podido comprobar que el hombre del neolítico lo practicó en hombres vivos con fines diferentes, como lo demuestran investigaciones en donde algunas tribus realizaban trepanaciones con el fin mágico para que los espíritus malignos salieran de la cabeza, también en la iniciación mítica de los hombres, para crear algunos amuletos del cráneo.¹⁰

En los estudios realizados se ha encontrado que la Neurocirugía es la primera ciencia quirúrgica que fue utilizada por el hombre, dado que se halla registrada en papiros de hasta 5.000A.C. Así mismo se han encontrado muestras de cráneos que habían sido perforados por hachas, piedras y elementos corto punzantes de las tribus del Neandertal. Siguiendo con la evolución histórica, en el Neolítico se encontraron cráneos en los cuales se daba muestra que no habían lesiones en los senos venosos, lo que lleva a pensar que quien

10. www.rneurocirugia.com

realizaba el procedimiento tenía un conocimiento de la estructura craneana y por ende llegar a concluir que desde ese tiempo remoto había una práctica de la Neurocirugía. Esos fueron los primeros inicios que constatan la evolución de lo que hoy conocemos de la neurocirugía moderna.

La evolución fue constante y llena de matices, en donde cada una de las tribus tenía su propio conocimiento de la estructura craneal, sus propios mitos y culturas que giraban en torno a su cuerpo y su cráneo.

Pero la historia reciente de la Neurocirugía data de 1904 cuando Harvey Cushing presentó su experiencia ante la Academia de Medicina de Cleveland y posteriormente William J. Mayo fue quien hizo el reconocimiento público de la Neurocirugía en 1919¹¹, por lo cual se entra en una contradicción, ya que esta ciencia es practicada desde la antigüedad pero fue reconocida como tal en 1919.

Si bien la historia de la Neurocirugía no evolucionó con la misma rapidez que la medicina, resulta acertado decir que esta especialización es hoy una de las más seguras y una de las ciencias en donde actualmente se realizan grandes estudios y avances tecnológicos, ya que hemos reflexionado sobre la importancia que ésta tiene en la vida del hombre.

1.3.2 Concepto de Neurocirugía: Una definición del concepto de Neurocirugía puede construirse teniendo en cuenta que es una especialidad de la medicina que se realiza por medio de la cirugía para tratar determinadas patologías del Sistema Nervioso Central, del Sistema Periférico y del Sistema Vegetativo. Actualmente, esta ciencia se ha venido desarrollando de manera vertiginosa a comparación de otras ramas de la medicina, debido a su gran importancia, y a la relación íntima que tiene con la vida del ser humano. Por lo anterior, se han desarrollado definiciones complejas que abarcan en su totalidad el manejo y tratamiento que esta especialidad tiene. Así mismo podríamos entrarla a definir como una especialidad quirúrgica que trata el

11. <http://encolombia.com/medicina/academedicina/academ28269historianeurocirugia.htm>

estudio, investigación, docencia, prevención, diagnóstico y tratamiento de las afecciones orgánicas y funcionales del Sistema Nervioso Central, el Sistema Periférico y el Vegetativo, así como de sus anexos y de todas las actuaciones efectuadas sobre los mismos.¹²

El Sistema Nervioso Central está compuesto por el Cerebro y la Médula Espinal, que a su vez están recubiertas por una membrana llamada Meninges. Cada uno de ellos es tratado por la Neurocirugía, para el manejo y el tratamiento de las afecciones que pueden sufrir como lo son: Trauma Cráneo Encefálico.-TCE-, tumores, aneurismas, neuralgia del trigémino y otros pares craneanos, hidrocefalias, infecciones cerebrales: Abscesos y parásitos; en relación a la Medula Espinal se tratan: Malformaciones de la medula espinal, traumas y tumores de la medula espinal, malformaciones vasculares de la medula espinal, lesiones traumáticas espinales, hernias discales en todos los niveles y malformaciones congénitas; entre otros.

El Sistema Periférico está compuesto por nervios y neuronas que residen y se extienden fuera del Sistema Nervioso Central hacia los miembros y órganos. Y por último, el Sistema Vegetativo también conocido como Sistema Nervioso Autónomo es involuntario activándose principalmente en los sistemas nerviosos. Este Sistema es el encargado de mantener la tensión de la persona y en donde se generan los automatismos.

Un ejemplo sería el uso del dolor, en donde se bloquean los ganglios neurovegetativos para bloquear la molestia que está perjudicando a la persona.

Como se puede observar la Neurocirugía es una ciencia compleja y precisa en la cual se trata los órganos vitales del ser humano como lo son el cerebro y la Médula Espinal, en donde se requiere que el profesional que va a efectuar la cirugía además de tener el conocimiento tenga los medios necesarios para obtener un resultado satisfactorio.

12 .<http://www.portalesmedicos.com>

1.3.3 Neurocirugía en Colombia: Actualmente en Colombia se han creado organizaciones y entidades que agrupan a especialistas de esta área para brindar así un apoyo en conocimientos y una mejor tecnología en la atención a los pacientes. Es así como existe la Asociación Colombiana de Neurocirugía (ACNCX) y otras organizaciones que estudian y trabajan el tema de esta rama de la medicina. También se ha visto un desarrollo Jurisprudencial y Doctrinal, que se desarrollaran a lo largo del texto.

Es de gran importancia que existan asociaciones de este tipo en donde se puedan realizar juntas y comités sobre nuevas tecnologías y avances en la ciencia médica, con lo que se beneficia al paciente y a su tratamiento.

Así mismo en el marco de estas organizaciones se realizan encuentros y congresos, en donde se busca una actualización permanente y el buen manejo de las nuevas tecnologías del mercado.

Por otro lado, este tipo de organizaciones certifican y le dan el aval del respaldo al médico que es miembro de la organización, por lo que se busca que la mayoría de ellos se encuentren vinculados. Específicamente en el ámbito de la neurocirugía se habla de la Asociación Colombiana de Neurocirugía (ACNCX), quien anualmente realiza un congreso en donde se exponen temas de diferente naturaleza que son pertinentes a la materia. Si bien en el centro de estas organizaciones no hay regulaciones específicas sobre algunos temas si son de vital importancia para el paciente que existan este tipo de Asociaciones ya que sólo de esta forma se puede asegurar la calidad a la persona que va a recibir en servicio.

Si bien existe una organización la cual es la encargada de controlar y de velar que se cumplan las normas básicas para todo procedimiento, es de vital importancia que surjan más organizaciones como esta, ya que habría lugar a que hubiera mayor control a los médicos Neurocirujanos y serviría de canal para transmitir las nuevas tecnologías y los nuevos conceptos del tema.

2. OBLIGACIONES DE MEDIO Y RESULTADO

2.1 INTRODUCCION AL TEMA

Habiendo estudiado la historia y la evolución de la medicina y específicamente de la Neurocirugía se debe seguir analizando el régimen jurídico aplicable a esta ciencia; especificando cual, por qué razones y los criterios que se deben tener en cuenta para aplicar un régimen a este acto médico.

Se estudiará cómo fue la evolución que tuvieron los conceptos de obligaciones de medio y de resultado, se explicará la definición de cada uno de ellos, se mostrarán casos jurisprudenciales y posiciones de la Corte sobre este tema. Si bien parece un tema sencillo se debe estudiar con detenimiento, para que haya un fácil y correcto entendimiento de los conceptos, que serán usados a lo largo del trabajo. Por último se debe precisar la importancia que tienen al momento de resolver un caso de responsabilidad médica, ya que en ningún caso el médico tendrá obligaciones de resultado.

2.2 EVOLUCION DE LAS OBLIGACIONES DE MEDIO Y RESULTADO

En Colombia, al igual que en Francia, existe una dualidad de Jurisdicciones en lo relativo a la responsabilidad médica; es decir que el paciente que recibe atención médica en un establecimiento público está recibiendo la prestación de un servicio público que el médico tiene la obligación de prestarle¹³, esta dualidad entraña la dualidad de los regímenes de responsabilidad aplicable al

13.FERNANDEZ MUÑOZ. La responsabilidad médica: problemas actuales. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda.,2008. p.40

caso.

En Francia la Corte de Casación a través del fallo *Mercier* de 20 de Mayo de 1936 se pronunció para aclarar una reclamación que hicieron los esposos Mercier, porque a la Señora le fue realizado un examen de rayos X sin protección alguna para evitar los daños que se pueden producir, por lo que llevaron a la actividad médica a la esfera contractual, y así empezar con las distinción entre obligaciones de medio y resultados.

En este fallo histórico se abandonó el fundamento extracontractual, y por medio de esta providencia la Corte de Casación otorgó un fundamento contractual a la responsabilidad médica, y no introdujo la distinción según la naturaleza del acto médico realizado, pues exigió la culpa como requisito para así establecer la responsabilidad del médico en todos los casos¹⁴.

Este fallo estableció lo siguiente: “Entre el médico y su cliente se forma un verdadero contrato y la violación incluso involuntaria de esta obligación contractual es sancionada con una responsabilidad de la misma naturaleza, igualmente contractual”.¹⁵

Igual que en Francia en Colombia también se produjo una providencia que siguió con la tradición Francesa, esta vez se produjo el 5 de Marzo de 1940 por un fallo de la Corte Suprema de justicia en la Sala Civil¹⁶.

Esta providencia se instauró por una falla médica en Oftalmología, en el evento que el médico al aplicarle una sustancia en el ojo izquierdo al paciente, éste luego de cuatro días presentó una infección blenorragica y posterior enucleación. En este caso no fue declarada la responsabilidad del médico, en razón que la causalidad no había sido probada y no era posible de demostrar en el proceso. La Corte expresó que entre el médico y el paciente existía una prestación de servicios profesionales en donde la obligación del médico era de medios y no de resultados:

14. Ibid. P.42

15. Fallo mercier, 20 de Mayo 1936, Corte de Casación Francesa

16. Providencia de 5 de Marzo de 1940 por la Corte Suprema de justicia Sala Civil. M.P Liborio Escallón.

<<La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medios, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste>>. ¹⁷

Como se estableció anteriormente, a través de los fallos y de la evolución que ha tenido este tema en nuestra Corte Suprema de Justicia, se ha llegado a un punto clave en el cual ha establecido que “La obligación del médico no es, por regla general, de resultados sino de medios”, es decir que es el médico el que está comprometido con el paciente a aplicar todos los medios que se encuentren a su alcance para brindarle el mejor servicio, pero en ningún momento se está obligando a ofrecerle resultado al paciente.

Esta distinción de las obligaciones se le atribuye al tratadista Francés Rene Demogue¹⁸, así mismo se han producido algunos debates doctrinales en el entendido que algunos quieren extender las obligaciones de Resultados no solo para la cirugía plástica sino para algunas otras intervenciones que podrían exigir un determinado resultado.

Pero esta discusión sobre este tipo de obligaciones va a ser desarrollado a lo largo del trabajo, en donde se expondrán las razones jurídicas y doctrinales del por qué las obligaciones del médico son de medios y no de resultados.

Volviendo con Demogue y la clasificación que realizó se podría exponer su estudio de la siguiente forma: “Hay obligaciones que tienden a la obtención de un resultado determinado que deberá lograrse, mientras que otras se refieren solamente a la conducta que el deudor deberá observar en

17. Corte Suprema de Justicia, 5 de Marzo de 1940, M.P Liborio Escallón

18. DEMOGUE, R. *traite des obligations*

condiciones y dirección determinadas. Las primeras son las obligaciones de resultado, y las segundas obligaciones de medio¹⁹

Para este tratadista, sólo en las obligaciones de resultado al acreedor le basta con probar la inejecución, mientras que en las obligaciones de medio, el acreedor debe probar la culpa del deudor. Esto que expresó Demogue causó grandes enfrentamientos doctrinales, lo que llevó a numerosas posiciones en contrario, tanto en la Doctrina nacional como en la extranjera.

Es gracias a esa evolución que podemos distinguir cómo se obliga un médico cuando desarrolla su actividad, es decir, que en ningún caso él podrá obligarse a un resultado, ya que como lo veremos en el desarrollo del trabajo estas actividades son de medios.

El Fallo *Mercier* sentó la base para que otras legislaciones regularan el tema e hicieran la distinción entre estas obligaciones, lo que nos trae al Código Civil Colombiano a la parte pertinente de los contratos, donde se expresa que cada una de las partes contrae derechos y obligaciones por virtud del contrato. Es así como se ve la necesidad de regular el tema por medio del Código Civil y de algunos pronunciamientos de la Corte Constitucional y del Consejo de Estado, teniendo así una regulación del tema y de los conceptos de cada una de estas obligaciones, que veremos en el siguiente capítulo.

2.3 OBLIGACIONES DE MEDIO Y RESULTADO

Para empezar con esta clasificación debemos establecer en qué consisten las obligaciones de medio y de resultado, por lo cual se debe seguir el lineamiento que trae el artículo 1495 del Código Civil “*Contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o muchas personas*”. De este artículo se tienen

19. VAZQUEZ FERREIRA. *La obligación tácita de seguridad en la responsabilidad civil y ley de contrato de trabajo*. Bogotá: 1988. p.81

que examinar cada uno de los componentes, sabiendo que el acuerdo o la convención surge por el acuerdo de voluntades entre las partes (en este caso un médico y su paciente) y la obligación que se tendrá que realizar en el caso de un acto médico será de medio y nunca de resultado, así mismo se deberá estudiar el artículo 1604 del Código Civil, que trata la autonomía de la voluntad de las partes que celebran el contrato.

En este capítulo se estudiará el régimen de las obligaciones de medio y de resultado; sus definiciones y los fallos que a través de la historia han sido relevantes y han a la consolidación del concepto. Para que así al final del capítulo se pueda tener un concepto claro de la obligación que está contenida en el acto médico.

2.3.1 Obligaciones de resultado: En este tipo de obligaciones el deudor –el médico en nuestro caso- se compromete a cumplir un resultado que previamente ha sido especificado.

Según la doctrina Francesa²⁰ se está ante este tipo de obligaciones cuando por la naturaleza de la prestación que se pacta, el acreedor contrata para obtener cierto resultado prometido por el deudor y no para imponerle ninguna diligencia la mismo. Cuando no hay un cumplimiento por parte del deudor, la culpa se presume, y sólo podrá ser desvirtuada probando circunstancias externas que le imposibilitan cumplir la obligación.²¹ En estas obligaciones el deudor no se compromete a desplegar una actividad básica y tratar de realizar la obligación, sino que desde que se pacta dicha obligación esta claro que debe ser cumplida.

En nuestro criterio este tipo de obligación no cabe en la medicina, ya que no es posible garantizar un resultado cierto, ni siquiera en la cirugía plástica, esto debido a que la actividad que realiza el médico una vez entra al quirófano es desplegar todo su conocimiento y diligencia para buscar el fin querido, pero no

20. DEMOGUE, R. *traite des obligations*

21. CHACON PINZON, Antonio José. *Fundamentos de responsabilidad médica*. Bogotá: Gustavolbáñez Ltda., 2004.

es posible que la actividad médica sea vista como una obligación de resultado. Sin embargo, la tendencia actual de la jurisprudencia parece apuntar hacia la obligación de resultado; un fallo del Consejo de Estado lo demuestra:

“A lo anterior se agrega que en ocasiones, excepcionalmente, el resultado al que se orienta la intervención médica hace parte del débito prestacional y, por lo mismo, tratándose de una típica obligación de resultado, el fundamento de la responsabilidad varía sustancialmente, siempre y cuando el incumplimiento y la prueba del daño evidencien la relación de causa a efecto, en los cuales aparece extraña la noción de mera actividad.

Esa exigencia se hace necesaria para evitar la tendencia a encuadrar la totalidad de las prestaciones como actividad de medio; es que hay veces que se perfilan claramente como típicas prestaciones de resultado: la obtención de un buen resultado en términos médicos, dependerá, en buena medida de la adecuada realización de cada una de las etapas diferenciadas...” (Consejo de Estado. Sentencia de 15 de Junio de 2000. Expediente 12548. C.P. Dra. Maria Elena Giraldo Gómez)

La ley 23 de 1981 (Código de ética médica) en su artículo 1° establece que: *“La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de la enfermedades...”*. De donde se deduce que la medicina es una ciencia en donde se tiene una obligación de medios y no de resultados; ya que la función del médico es “cuidarle la salud al hombre”²². Así mismo de la lectura de este artículo se concluye claramente que esta expreso en la norma este tipo de obligación del médico.

22. CHACON PINZON, Antonio José. *Fundamentos de responsabilidad médica*. Bogotá: 2004. p.128

En consecuencia de lo anterior, las obligaciones realizadas por el médico en el desarrollo del acto médico son consideradas por la ley y por la doctrina nacional y extranjera, como obligaciones de medio y no como obligaciones de resultado.

Seguiremos el estudio de este tipo de obligaciones con las denominadas obligaciones de medio.

2.3.2 Obligaciones de medio: Siguiendo con la clasificación expuesta por el tratadista Francés Demogue, siguen las consideradas obligaciones de medio en virtud de las cuales el deudor se compromete a adelantar todas las acciones posibles tendientes a mantener, recuperar o preservar determinada situación²³, pero en ningún caso se le está obligando con un resultado determinado, en relación que solo debe efectuar los medios que tiene a su alcance para la ejecución de la prestación pactada.

El acto médico esta dentro de este tipo de obligación, pues así el procedimiento que se vaya a ejecutar sea de baja complejidad no se puede asegurar ni prometer un resultado, ya que existen complejidad de riesgos que el médico y el paciente pueden sufrir; por ende es lógico establecer que la actividad médica sea una obligación de medios; en donde el profesional de la salud despliega todo su conocimiento y destreza para llegar al resultado deseado.

En consecuencia, lo que se debe velar en el desarrollo del acto médico es la prestación eficiente del servicio, o la ejecución diligente y cumplida de la obligación que le fue encomendada, y no el resultado de la misma, ya que escapa del control y poder del médico.

Por otra parte este tipo de obligación es considera una excepción dentro del régimen de derecho común.²⁴

23. Ibid., p.126

24. SERRANO ESCOBAR, Luis Guillermo. Aspectos críticos de la responsabilidad médica en la actualidad. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley. p.106

Esta clasificación adquiere la mayor relevancia en lo concerniente en la distribución de la carga de la prueba; en virtud que en la obligación de medios le corresponde en principio al acreedor probar la culpa del deudor, y en las obligaciones de resultado el deudor es quien tiene la carga de la prueba y se encarga de probar un obstáculo de fuerza mayor cuando no hubiera podido cumplir con la prestación pactada

Para finalizar con esta clasificación se debe recordar que el médico “se compromete a colocar todos los medios a su alcance para efectuar su procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo de sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo”²⁵

En todos los casos se deben aplicar los criterios para definir si el acto médico es una obligación de medio o de resultado; ya que no solo se puede basa esta distinción en aspectos subjetivos, sino que se deben aplicar estos criterios:²⁶

- Decisión del legislador: Se establece que el deudor (médico) incumplió cuando se demuestre su culpa y determine un régimen probatorio para la culpa.
- Por acuerdo entre las partes: Cuando libremente pueden convenir que la obligación sea de medio o de resultado; en virtud del artículo 1604 del Código civil.
- Cuando ni el legislador ni las partes han determinado si el acto médico es de medio y de resultado: Se debe tener en cuenta el número de probabilidades de alcanzar el objetivo pactado entre las partes.

25. GUZMAN MORA, Fernando. Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico. Medicina, revista digital y salud MEDSPAIN

26. CHACON PINZON, Antonio José. Fundamentos de responsabilidad médica. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda.,2004. p.132

Estos criterios son de gran importancia para los médicos ya que en ningún momento habrá actos médicos en los cuales haya una obligación de resultado, ni siquiera la cirugía plástica.

Después del estudio de estas dos obligaciones, ya queda de forma clara cómo se obligan los médicos con el paciente, si bien ellos deben poner todo su conocimiento y la tecnología para el tratamiento del paciente, no están obligados a ningún resultado específico, sólo deben actuar conforme las leyes de la ciencia y siempre buscando obtener el resultado deseado.

Es de gran importancia la evolución que tuvieron estos dos conceptos hasta el día de hoy, donde sabemos cómo es el grado en el que se obliga el médico, pero a su vez sabemos que él debe demostrar que siempre actuó de buena fe y poniendo a disposición del paciente los avances de la ciencia y la tecnología.

Pero el médico no sólo se obliga de esa forma, él también se compromete con el paciente realizarle un diagnóstico, un tratamiento y actuar siempre conforme la tecnología actual y los últimos avances de la ciencia.

En los capítulos posteriores desarrollaremos la responsabilidad del médico tratante –en este caso el Neurocirujano, y estudiaremos los demás especialistas que intervienen en el proceso; como el anestesiólogo y las enfermeras, y demás personal encargado de colaborar en el acto quirúrgico específicamente. Ellos a su vez también van a verse obligados y van a responder por los actos que realicen durante la intervención quirúrgica.

3. OBLIGACIONES DE LOS ESPECIALISTAS

En este capítulo se analizarán cada una de las obligaciones que tienen los especialistas de la medicina que intervienen en el desarrollo de la neurocirugía, como lo son: el neurocirujano, el anestesiólogo y por último el paciente. Este capítulo se empieza con el análisis de la responsabilidad médica, la definición, sus elementos y todas las características, para después continuar con el estudio de las obligaciones de los especialistas y del paciente, en donde se busca que haya un entendimiento claro y específico en la relación que cumplen los especialistas que intervienen en un procedimiento de Neurocirugía, por lo cual se tomarán como referencia casos y cifras concretas que brindan un real entendimiento del procedimiento.

3.1 RESPONSABILIDAD MÉDICA

Una definición que abarca todo el contenido de la Responsabilidad Médica explica que *"es la obligación moral y legal que tienen los médicos de compensar, reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, de las omisiones, de errores voluntarios o involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en la práctica de su profesión"*²⁷ es así que se deriva que dicha responsabilidad que está a cargo de todos los profesionales de la salud, ya sea porque hubiera incurrido en una falta en el desarrollo de su actividad, o porque no hubiera tenido el cuidado y diligencia para desarrollar el procedimiento.

Gracias a esta regulación, el profesional de la salud va a responder por sus actos siempre y cuando concurra alguna de las formas de la culpabilidad, es decir, que no incurra ninguna causal de inculpabilidad²⁸.

Para que se estructure la responsabilidad civil médica se deben cumplir con tres preceptos, los cuales siempre deben estar presentes para que se

27. <http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualizacion/responsabilidad.htm>

28. CHACON PINZON, Antonio José. Fundamentos de responsabilidad médica. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda., 2004. p.84

configure, estos elementos son: falta médica, daño antijurídico y nexo causal.

Primero analizaremos el daño antijurídico como presupuesto de la responsabilidad civil médica.

Una primera definición de daño, sería que es el detrimento, perjuicio o menoscabo que se recibe por culpa de otro en la hacienda o la persona"²⁹. Así mismo, en un caso práctico se podría decir que hay daño antijurídico cuando un paciente ingresa a urgencias por un dolor abdominal severo y permanece en sala de espera por más de dos horas y muere³⁰, en este caso, muy frecuente en nuestros hospitales, habría un daño antijurídico y las institución médica estaría en la obligación de resarcir el error, o, en su defecto demostrar que actuó según los parámetros y la buena conducta, caso en el cual no habría daño ni indemnización de perjuicios.

Es pertinente hacer alusión al concepto de daño moral, ya que en la mayoría de los casos en que hay responsabilidad médica estos conceptos se ven vulnerados en el paciente.

Podemos entender como daño moral, un integrante de la lesión que padece la víctima, está concebido como el dolor humano o sufrimiento que ésta experimenta y que dada su naturaleza corresponde al mundo de la sensibilidad espiritual y mantiene relación directa con la dignidad del ser humano³¹

En cuanto este tipo de daño es exclusivo de la persona humana, la doctrina y la jurisprudencia han expresado la imposibilidad de tasarlo económicamente, lo que se debe buscar entonces es aminorar el dolor y la intensidad del sufrimiento de la persona, por otro lado se ha abierto el camino para que haya un resarcimiento económico, pero no que sea tazado por medio de un peritaje sino de forma discrecional del juez, basado en las circunstancias del caso y de la víctima.

29. www.wikipedia.com.

30. CHACON PINZON, Antonio José. Fundamentos de responsabilidad médica. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda., 2004. p.86

31. Sentencia 728 de 2005 M.P LUIS HUMBERTO OTALORA MESA, Tribunal Superior del Distrito

La Sala de Casación Civil en uno de sus múltiples fallos apuntó al respecto:

“... “quizá por lo que su apreciación es económicamente inasible, se ha juzgado que el camino más adecuado para establece el quantum que en dinero se ha de señalar a la indemnización del daño moral, es el del prudente arbitrio judicial. De este modo lo ha aceptado la jurisprudencia de la corte, habida cuenta de que ningún otro medio podía cumplir de una mejor manera una tarea que, por desempeñarse en el absoluto campo de la subjetividad, no deja de presentar ciertos visos de evanescencia” (Sent. del 2 de julio de 1987).³²

Para seguir con este estudio, debemos detenernos y analizar el daño material que sufre la víctima, éste puede ser entendido como “la lesión causada a los bienes por la acción de un tercero; es un perjuicio ocasionado en el patrimonio de la víctima por el hecho del agente”³³

En este último tipo de daño se analizan los perjuicios que la víctima sufre en su patrimonio por la acción u omisión por parte del médico. Un ejemplo con el que se puede explicar de una forma más clara este tipo de daño, es cuando un paciente debe realizarse un tratamiento posterior al inicial para resarcir los daño que se produjeron en la primera, en este caso nos tendremos que centrar en la parte económica que el paciente debe asumir por el daño generado.

En todos los casos se deben analizar estos tipos de daño, ya que siempre se debe reparar a la víctima de forma integral, haciendo valer sus derechos y analizando cada uno de los elementos integrantes en esta relación.

Como se pudo ver, el hecho que pueda existir un daño antijurídico es muy frecuente, por lo cual este elemento de la responsabilidad civil médica resulta fácil probarlo y es factible de presentarse.

32. Sentencia 12 de Julio de 1987

33. Diccionario Wikipedia

Siguiendo con estos presupuestos, se debe analizar el nexo causal, para dejar la falla médica al final y estudiarla en toda su complejidad.

Se debe entender el nexo causal como el ligamen que une la conducta con el resultado, lo que demuestra que éste debe estar plenamente probado para que entre el daño y su consecuencia haya una relación lógica y válida.

En el supuesto de hecho que analizamos anteriormente, el nexo causal debe ser lo que une la conducta (la no intervención del personal del hospital al paciente) y el resultado (la muerte), por lo cual entre estos dos supuestos de hecho, se debe presentar la conducta que los une y los liga para que surja ese nexo del cual nos hemos referido.

Es pertinente mencionar que existen unas teorías que explican el nexo causal y la importancia de este elemento en el desarrollo de la responsabilidad médica.

Las teorías que la doctrina maneja del nexo causal son:

1. Equivalencia de las condiciones: se entiende la suma de las condiciones positivas o negativas que producen el resultado y como todas las condiciones son equivalentes entre sí, por tener el mismo valor causal, cada una de ellas a su vez, debe considerarse como causa del resultado.³⁴ Es decir que toda condición debe ser tenida como causal del resultado obtenido, y debe ser considerada equivalente de la situación.
2. Teoría de la causa próxima: Para esta teoría sólo importa la causal que está más próxima al resultado obtenida, por lo que las demás causales no son tenidas en cuenta y por desechadas para encontrar la causal. La dificultad de esta teoría radica en que no es fácil establecer cuál fue la última causa y por ende encontrar lo que

34. PAVON VASCONCELOS, Francisco. Derecho penal mexicano, ed. Porrúa

produjo el resultado.

Si bien puede parecer un poco fácil esta teoría no pasa lo mismo en la práctica, ya que como se estableció anteriormente se puede tener como última condición a alguna que no tiene relación con el resultado.

3. Teoría de la condición más eficaz: Según esta teoría la causa más eficaz es aquella que ha tenido un grado mayor de participación en el resultado que las otras, es decir, que se estaría en presencia de la causal cuando ésta haya contribuido de una forma significativa al resultado obtenido
4. Teoría de la adecuación: En este caso sería la causal sólo la que sea apropiada para la obtención del resultado, es decir, que solo una causal sería la adecuada para que se produzca ese resultado, por lo cual si esa causal no existiera no se hubiera producido.

Las teorías que fueron expresadas anteriormente son la base fundamental para el estudio de este concepto, por lo cual deben ser tenidas en cuenta para la adecuada solución del caso.

Por último está la falta médica, que es toda violación de las normas de conducta médica, en el que no hubiera incurrido un buen profesional de la medicina. Otra definición de este concepto es la omisión de hacer algo o como el hecho de actuar en contra de las normas que rigen la sociedad³⁵

Esta falta médica tiene 4 formas o modalidades de imputación subjetiva, a saber: imprudencia, impericia, negligencia y por último la violación del reglamento.

La imprudencia es el primero de los elementos que se analizarán. Es uno de

35. VON DOMARUS, A. MEDICINA INTERNA. España: Elsevier, 1966

los más graves, ya que consiste en actuar carente de juicio en relación con el cuidado del paciente. Así mismo se habla de imprudencia cuando no se ponderan o valoran adecuadamente las ventajas e inconvenientes que se derivan de un acto médico³⁶. Un claro ejemplo de este primer elemento es cuando se interviene quirúrgicamente a un paciente sin los cuidados y las prevenciones que se requieren.

Siguiendo con estas modalidades, una definición técnica de impericia es: falta de pericia o de experiencia³⁷, de donde se puede extraer el concepto para el caso que nos trata, ya que gracias a la definición anterior se puede decir que es cuando un profesional de la salud actúa y no está capacitado para hacerlo, caso en el cual un médico general interviene en una neurocirugía, específicamente en la intervención de un aneurisma. Cuando un médico actúa con impericia claramente está poniendo en peligro la vida del paciente, ya que él no está capacitado ni para intervenir ni para actuar en el caso concreto.

La negligencia es el otro componente de la falta médica que se explica como un acto u omisión por parte de un proveedor de asistencia médica que se desvía de los estándares aceptados en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente.³⁸ En otras palabras es cuando un profesional de la salud no actúa pudiendo actuar, por ejemplo: cuando no se practican los exámenes pertinentes para ese caso.

No es sólo cuando no actúa, sino cuando no lo hace pudiendo hacerlo, es aquí cuando se configura la negligencia médica.

El último componente de la falta médica es la violación al reglamento, que se produce cuando el especialista de la salud no aplica las reglas internas que tiene cada Institución de la Salud, es decir, que hace caso omiso a esos parámetros que deben ser cumplidos por todas las personas que trabajan en

36. Ibid.,

37. <http://www.wordreference.com/definicion/impericia>

38. http://es.wikipedia.org/wiki/negligencia_m%C3%A9dica

dicha Institución. Un caso de este último componente es cuando el profesional de la salud no sigue las instrucciones de un procedimiento específico, como un parto.

Es así como se configura la falta médica, siempre se deben probar los elementos que se mencionaron anteriormente.

Cuando estamos en presencia de una falta médica, como ya se dijo, es necesario que se configuren los elementos, y que cada uno de ellos sea definido y delimitado por la persona que se vio afectado por dicha falta.

Para analizar cómo pueden estar presentes estos elementos en un caso, es pertinente analizar la sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, de 18 de mayo de 2005, con Magistrado Ponente Jaime Arrubla Paucar.

Los hechos de esta sentencia se pueden explicar de esta forma:

La señora padecía de fuertes dolores estomacales y cólicos, por lo que fue llevada a la Clínica demandada por su esposo, en donde fue atendida por el gerente, quien determinó que debía ser sometida a una colecistectomía. Posteriormente le fue practicada la cirugía por el especialista, fue dada de alta, y días más tarde volvió a la clínica donde permaneció un día por fuertes dolores, posteriormente fue dada de alta. La paciente seguía experimentando dolor en "...la región de la operación" por lo que acudió a otras instituciones para que le practicasen exámenes pero no hubo algún resultado negativo. En el mes de Octubre, 3 meses después de la intervención, aún seguía con fuertes dolores y no toleraba la comida, razón por la cual fue llevada a otro hospital, donde se le realizaron unos exámenes y se encontró que una "...compresa encapsulada por fibrosis desarrollada en la zona donde se había practicado la colecistectomía", lo que generó una PERITONITIS AGUDA CRONICA. Sin embargo, la peritonitis aguda y crónica desencadenada por la compresa dejada en su vientre, le origino "...una congestión cardio-pulmonar el día 3 de Diciembre, y pese a los esfuerzos médicos falleció el 6 de Diciembre.

En este caso, los médicos que le realizaron la intervención en la Clínica demandada, dejaron dentro del cuerpo de la paciente una compresa quirúrgica que fue utilizada en la cirugía, razón por la cual le generó tantas complicaciones de salud que desencadenó en la muerte.

Este caso debe ser analizado, usando los elementos de la falta médica, en donde se configuran:

- Imprudencia: El médico carece de juicio. En este caso no fue prudente y cuidadoso al momento de realizar la intervención
- Negligencia: El médico no extrajo las compresas quirúrgicas pudiendo hacerlo. Esto hace parte de la cirugía de él, por lo cual actuó con negligencia, y sin cuidado
- Violación al reglamento: Cada institución tiene su propio reglamento interno, en el cual se establece el manejo de las compresas quirúrgicas, y de cualquier tipo de procedimiento de rutina, razón por la cual el médico violó dicho reglamento.

Por otra parte se debe analizar en qué fase del tratamiento se produjo la falla médica, ya sea en diagnóstico, tratamiento, o postratamiento. En el caso anterior la falta está en el tratamiento, ya que se produjo al momento de la intervención quirúrgica, que era el tratamiento para la enfermedad que la paciente tenía.

Con este caso práctico resulta más fácil comprender en qué momento y cómo es que se configura la falla médica.

Es pertinente anotar que el médico puede tener una responsabilidad contractual y extracontractual dependiendo de las circunstancias del caso, para que se configure la primera debe haber un acuerdo de voluntades entre las partes, es un contrato de tracto sucesivo, que es rescindible por la partes. El caso más representativo de este tipo será cuando el paciente es atendido por

el médico de forma particular, es decir que hay un acuerdo de voluntades entre ambas partes para que se configure la relación.

Por otro lado habría una responsabilidad extracontractual cuando no hay acuerdo previo de voluntades, por ejemplo en el caso de urgencias o cuando el paciente se encuentra en un estado de inconsciencia. Acá se configuraría una responsabilidad extracontractual, ya que no media ni contrato ni voluntad de las partes.

En el caso anterior se configura una responsabilidad extracontractual, ya que no hubo un acuerdo entre las partes y fue ingresada por el servicio de urgencias, razón por la cual el médico no está obligado con la paciente por medio de un contrato, sino por su condición de médico.

Así terminamos las obligaciones del especialista, habiendo visto las obligaciones de medio y de resultado, los elementos que configuran la falta médica y casos prácticos en donde es posible identificar fácilmente estos conceptos.

Ahora nos concierne explicar cómo es la responsabilidad que tienen los otros especialistas que intervienen en el procedimiento quirúrgico, es así como estudiaremos al anestesiólogo, entendiendo cual es su función dentro del acto quirúrgico y las leyes que regulan su actividad.

Cada uno de estos temas son de vital importancia para el buen entendimiento del concepto de responsabilidad médica que estamos formando.

4. OBLIGACIONES EN ANESTESIOLOGIA

Durante el desarrollo del procedimiento quirúrgico intervienen más de un especialista, por lo cual se deben estudiar cómo son las responsabilidades de cada una de las personas que intervienen, es por esto que nos detendremos en

la anestesiología, en donde analizaremos en qué consiste, cuales son las obligaciones de los anestesiólogos, cómo se actúa en casos de urgencia, las normas que regulan esta especialidad, para que al finalizar el capítulo se pueda estudiar cómo es la responsabilidad en esta especialidad.

4.1 ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGIA

El artículo primero de la ley 6 de 1991 define la anestesiología como: “una especialidad de la medicina fundamentada en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además se integra en una forma multidisciplinaria con las otras especialidades médicas en el manejo integral de la salud. El médico especializado en anestesiología y reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad.”³⁹ De esta definición se deriva que los médicos especialistas en anestesiología también son especialistas en reanimación y son los únicos que están autorizados para realizar esta actividad. Así mismo, puede ejercer esta profesión la persona que haya acreditado estudio de postgrado en alguno de los centros universitarios autorizados por el gobierno nacional, por lo cual deben estar debidamente acreditados y con plenas facultades para poder ejercer esta profesión.

Como ya se vio en el capítulo pasado, esta obligación que tiene el Anestesiólogo, es de medios y no de resultados, para lo cual el especialista debe poner todo su conocimiento, pericia y diligencia en el procedimiento, para que todo salga como se había previsto y sin complicaciones.

En Colombia esta es una de las especializaciones de la medicina que han tenido un marco legal vigente, para que esta rama de la medicina siempre este regulado y conforme con la ciencia y el conocimiento que debe tener un especialista actual.

La ley 14 de 1962 fue la ley que reglamentó el ejercicio de la medicina en

39. Artículo 1 ley 6 de 1991

Colombia, por lo cual desde esa época se tenía una reglamentación especial de la materia. Actualmente, existe la ley 23 de 1981, que es la ley que regula el ejercicio de la medicina en general, y la ley 6 de 1991 que regula el ejercicio de la anestesiología.

4.1.1 Leyes de Anestesiología: Como se dijo anteriormente, la ley 6 de 1991 es la que regula el ejercicio de esta especialización, dando los parámetros que se deben tener para el desarrollo de la ciencia. En sus primeros artículos define qué se debe entender por anestesiología, quienes pueden desarrollar esta actividad y en qué condiciones.

En el artículo 2° de esta ley dice que puede ejercer esta profesión:

- a) El Colombiano de nacimiento o nacionalizado que haya adquirido o adquiera el título en medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y que haya realizado posteriormente su entrenamiento en un programa de anestesiología en un hospital universitario o adscrito a una universidad debidamente aprobado y reconocido por los organismos competentes del Gobierno Nacional;
- b) El médico colombiano extranjero (nacionalizado) que haya adquirido o adquiera el título de médico especializado en anestesiología y reanimación en otro país, equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente diligenciado y aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno Nacional.

Teniendo así una delimitación en esta actividad, en relación al título y a la capacidad personal e intelectual que debe tener este profesional para desarrollar esta ciencia. Así mismo sigue el artículo 4° de esta ley especificando que para ejercer esta profesión deben tener un postgrado en anestesiología en un centro universitario acreditado por la ley nacional, lo que impide que cualquier persona desarrolle esta profesión sin el conocimiento necesario, así como la mínima experiencia que debe tener para la buena ejecución.

Las funciones que debe tener todo médico especializado en anestesiología y reanimación son:

1. Tiene unas funciones asistenciales: Valorando la situación de salud, elaborando el diagnóstico de la anestesiología; planeando, ejecutando y evaluando la atención integral del individuo, la familia y la comunidad;⁴⁰
2. Tiene funciones de docente: en donde debe capacitar y enseñar al grupo humano por medio de la enseñanza universitaria y de educación médica continuada
3. Tiene funciones administrativas: En el manejo de las políticas de salud orientadas al desarrollo de la anestesiología. En la dirección de servicios y programas de diferente complejidad en el área comunitaria, hospitalaria, ambulatoria, docente e investigativa;
4. Y por último tiene funciones investigativas: Realizando programas y estudios que contribuyan al avance de la tecnología y de la práctica de la anestesiología, de su proyección en otros campos de la salud y en el desarrollo de la especialidad misma.

Con estas funciones determinadas de los anestesiólogos, lo que se busca es que haya un cabal cumplimiento de sus funciones, y que el desempeño de su trabajo este acorde con las normas que impone la ciencia y la tecnología, en relación a los avances en esta materia. Cada día el médico debe estar evolucionando sus conceptos y su pensamiento en relación con las nuevas formas y tecnología que se implementan.

Siguiendo con el estudio de la ley, se crea el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia, el cual tendrá un carácter asesor, consultivo y de control del ejercicio de la práctica de la anestesiología, así mismo se estipula cómo estará conformado dicho comité y se ordena la creación de un reglamento propio para su funcionamiento. Este comité tendrá facultades para sancionar y retirar de su cargo al profesional que este ejerciendo la especialidad sin estar facultado para ello.

El decreto reglamentario 97 de 1996⁴¹ de la ley 6 de 1991 regula un aspecto importante en esta especialización, en lo pertinente a la práctica de la anestesiología por médicos de otras especializaciones, ya que, según la ley,

40. Artículo 7 Ley 6 de 1991

41. Decreto reglamentario 97 de 1996

sólo los anestesiólogos están facultados para dar anestesia y reanimar a un paciente, por lo cual ningún otro especialista está capacitado para ello.

El artículo 3° del decreto reglamenta el tema diciendo:

"Los médicos no especializados en Anestesia y Reanimación, solo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia, y en aquellos casos no remisibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en Anestesia y Reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el Servicio Social Obligatorio, solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia."

Es así que el decreto deja la puerta abierta para que en caso de urgencia o en condiciones que la ley determina, un médico pueda dar anestesia y ejercer maniobras de reanimación, que de otro modo está prohibido para que los realizara algún otro especialista diferente a un anestesiólogo.

Así mismo se prohíbe suministrar anestesia y realizar el procedimiento quirúrgico por parte del mismo médico en situaciones simultaneas, salvo en los casos de urgencia que sean atendidos en hospitales que sólo dispongan de un profesional de la medicina, en este caso el mismo médico que da anestesia puede realizar el procedimiento.

Ya que sólo en condiciones de urgencia se permite que los médicos no especialistas en anestesiología desarrollen algunas actividades como dar anestesia y reanimación, es pertinente definir qué se entiende por urgencia y situación de urgencia. El decreto 97 de 1996 lo hace en su artículo 6°:

A) Urgencia.- Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genera una demanda de atención médica inmediata y efectiva.

B) Atención inicial de urgencia.- Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el grado de complejidad del servicio donde se realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento

del personal de salud.

C) Atención de urgencia.- Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

D) Atención médico programada.- Enmiéndese como tal al conjunto de acciones previstas a realizarse en una persona con una patología calificada previamente, que no requiere la atención de urgencia.

Con estas definiciones no se permite a médicos no especialistas en anestesiología actuar en situaciones distintas a las que la ley define como urgencia, ya que ellos sólo están facultados para hacerlo en situaciones excepcionales.

Y por último, en este marco de leyes que regulan la Anestesiología en Colombia se encuentra la ley 100 de 1993, que es la ley que regula todo el régimen de la seguridad social y pensional en Colombia, es decir que con ese precedente judicial se empieza la regulación del tema de la seguridad social y de la salud de todas las personas residente en Colombia.

4.1.2 Normas CLASA: Son las normas mínimas de seguridad en Anestesiología y en Reanimación, que se iniciaron en Colombia en 1984 cuando el presidente de la Sociedad⁴² encargó la misión de elaboración de estas normas a los miembros de la comisión de seguridad, para que ellos elaboraran las normas que sirvieran de punto de referencia dentro de la práctica de la anestesiología en el país.

Estas normas aparecieron en el primer número de 1985 de la Revista Colombiana de Anestesiología, antes de que aparecieran las Normas de la ASA.⁴³

Así pues, se establecen los puntos mínimos que debe tener todo especialista en el cuidado del paciente que va hacer intervenido y necesita de anestesia.

42 Doctor Julio Enrique Peña, encomendó a los Doctores Tiberio Álvarez, Mario Granados, Alfredo León, Sebastián Merlano, Carlos Julio Parra, Arnobio Vargas y Manuel Galindo, la elaboración de las normas básicas que sirvieran de punto de referencia dentro de la práctica de la Anestesiología en el país.

43 Documento SCARE

Regulación:

1. Siempre se debe realizar una evaluación preanestesia, para evaluar cual es el estado del paciente que se le va a dar anestesia
2. Durante la consulta preanestesia se deben revisar los exámenes que le fueron pedidos para la intervención, y si se considera pertinente pedir la realización de nuevos exámenes, todo para tener conocimiento del estado del paciente. Así mismo, se debe informar a los familiares y al paciente los riesgos que puede tener la anestesia, y se debe pedir en consentimiento informado
3. La consulta anestésica ínter hospitalaria, es la que se realiza a los pacientes que se encuentran hospitalizados, y así mismo se le debe volver a informar al paciente y a sus familiares sobre el riesgo de la anestesia
4. Evaluación en urgencias, es la que se le realiza a los pacientes que se encuentran en urgencias
5. Durante el cuidado preanestesico se debe verificar la lista de chequeos, es decir que antes de iniciar el acto anestésico, el anestesiólogo debe hacer una revisión de los aspectos mas importantes que se van a manejar durante la cirugía.

Durante la intervención debe haber un Monitoreo Básico Intraoperatorio, en donde se regula algunos aspectos importantes durante la intervención:

1. Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo el procedimiento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.⁴⁴
2. Así mismo, durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.⁴⁵

En este punto es donde el médico tiene la obligación de supervisar y controlar

44 Normas CLASA

45 Normas CLASA

todo lo que pasa en la cirugía, como el oxígeno, el torax, la temperatura y la circulación entre otros.

Durante todo el tiempo que dure la intervención deben estar encendidos y en funcionamiento los monitores, con las alarmas y con el volumen adecuado para que pueda ser oído por todo el personal quirúrgico.

Una de las notas que están dentro de las normas CLASA estipula que:

"En el área en la cual se administre anestesia debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar(RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP."

En el caso que el anestesiólogo encargado de la anestesia de un paciente, deba entregar el paciente a otro anestesiólogo, podrá hacerlo siempre informándole al anestesiólogo que se va a hacer cargo del paciente la condición previa de este, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato. Siempre que ocurra esta situación debe quedar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento en el registro anestésico.

Así mismo se hace referencia al cuidado posanestésico:

En todas las Instituciones Hospitalarias debe existir un sitio en donde se haga el cuidado posanestésico de todos los pacientes que hayan recibido algún tipo de anestesia, que debe estar al cuidado del anestesiólogo que le dio la anestesia. El paciente una vez sale de la cirugía debe ser llevado a la sala de recuperación de anestesia por el médico que se la suministro, y allí debe ser entregado al personal responsable de la unidad, quienes tendrán el cuidado del paciente. Cuando se haga el traslado del paciente se deberán entregar las recomendaciones especiales al personal, así como escribir en la historia clínica

todo el procedimiento.

En las normas CLASA se especifica las condiciones con las que debe contar dicha sala de recuperación, y toda institución hospitalaria debe cumplir con dichos requerimientos.

Por ejemplo se estipula que:

"1.3.8 Cada cubículo debe contar con 2 tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, 1 fuente de oxígeno, 1 fuente de succión.

1.3.9 Debe haber: 1 auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad. 1 auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media. Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando se superan 6 salas de cirugía funcionando."⁴⁶

Estas normas se deben actualizar cada dos años, o cuando el comité de seguridad lo considere conveniente de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos y a las condiciones del ejercicio de la anestesiología.⁴⁷

Por último en estas normas CLASA está estipulado el protocolo de exámenes preanestesiaos, que siempre deben ser cumplidos a cabalidad.

Por lo cual son estos los parámetros que todo especialista de la salud debe respetar, todo se debe realizar como lo establece las leyes CLASA.

4.2 ASOCIACIONES COLOMBIANAS

En Colombia existen asociaciones alrededor de esta especialidad, como la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) que fue fundada oficialmente el 23 de Septiembre de 1949, en el salón de sesiones de la Sociedad de Cirugía en el Hospital de San José en la ciudad de Bogotá, y

46 Tomado de Normas CLASA

47 Tomado de Normas CLASA

fue el 4 de Abril de 1950 que se le reconoció personería jurídica.⁴⁸

A partir de esa fecha se empezaron a crear sociedades regionales con los pocos anestesiólogos que existían en el país.

La misión que ellos tienen es descrita así: "como organización científico-gremial que lidera el desarrollo de la Anestesiología dentro de los más altos estándares de calidad y seguridad, brinda bienestar al Anestesiólogo y propende por la aplicación ética del ejercicio médico de la comunidad."

4.3 CASOS DE URGENCIA

Cuando se está en presencia de una urgencia, que amenace la vida del paciente o la salud pública, la ley permite excepciones a las reglas que habían sido trazadas para un procedimiento. Por eso, es que se deben analizar los casos más relevantes en que un especialista puede actuar, no siguiendo las leyes civiles, sino las leyes de la naturaleza, para así lograr salvar la vida de una persona.

Siempre en estos casos prima la sabiduría y la capacidad del especialista de la salud, pues son en estas situaciones, que se presentan diariamente en donde realmente se demuestra el significado de la medicina.

Por lo anterior, es que se deben analizar los casos más sobresalientes en que la ley plantea excepciones cómo las que se van a exponer:

Cuando se analizaba el decreto reglamentario 97 de 1996, se estableció que solo en casos de urgencia un médico no especialista en anestesiología podía dar anestesia y reanimación a un paciente, esto debido a las circunstancias de urgencia en donde está en juego la vida de la persona, pero así mismo en la medicina también se encuentran otras excepciones en los casos de urgencia, por ejemplo en el ámbito del consentimiento informado cuando se requiere intervenir a un paciente que ha ingresado por un grave accidente y se encuentra inconsciente.

48 www.scare.org

En este caso la persona que ingresa a urgencias en ese estado no está en condiciones de autorizar o aceptar el procedimiento que se le debe efectuar para salvarle la vida, por lo cual la ley plantea una excepción al llamado consentimiento informado, el cual puede definirse como: "la aceptación firmada por el enfermo o familiares de determinadas actuaciones médicas después de tener la suficiente información sobre su conveniencia, ventajas, riesgos y alternativas."⁴⁹ Como es lógico no se cumple con el requisito principal del consentimiento informado que es la voluntariedad del paciente, debido a la condición del paciente.

Así, teniendo en cuenta lo anterior se deduce que cuando un paciente ingresa en estado de urgencia, en donde está en peligro su vida y no existen posibilidades que éste sea informado del procedimiento a realizar, se entiende que el paciente aceptará dicho procedimiento, siempre y cuando éste sea para salvarle la vida. Además el especialista de la salud debe dejar constancia en la historia clínica del hecho, y explicar que de otra manera no se hubiera obtenido un resultado satisfactorio para el paciente.

Por último, está la excepción que la ley plantea al realizar transfusiones de sangre en casos de urgencia. El decreto 1571 de 1993 en su artículo 47 establece que:

"En caso de extrema urgencia o emergencia, que ponga en peligro la vida de una persona y no exista la posibilidad de cumplir en forma oportuna lo prescrito en este Decreto, respecto de la obligatoriedad de la práctica de pruebas para la detección de infecciones transmitidas por transfusión sanguínea o las pruebas pretransfusionales de compatibilidad previstas en el presente capítulo, podrán practicarse por el médico tratante procedimientos de transfusión sanguínea, siempre y cuando se haya advertido los riesgos existentes y se haya obtenido el consentimiento escrito del enfermo o sus responsables, cuando sea posible. En tales casos se procederá según las normas técnicas determinadas por el Ministerio de Salud."

49. www.deley.wordpress.com/consentimiento-informado

Lo que establece el artículo es que en caso de urgencia, que sea necesario la transfusión de sangre y no se puedan realizar las pruebas pertinentes para la detección de infecciones transmitidas por transfusión sanguínea o las pruebas pretransfusionales de compatibilidad, es posible hacerla, siempre y cuando el médico le hubiera explicado los riesgos existentes y se hubiera obtenido el consentimiento escrito, del paciente o sus responsables. Con este artículo la ley prevé que en casos en donde no sea posible realizar dichos exámenes, se pueda realizar la transfusión.

Estas excepciones que la ley contempla, son un gran avance en la legislación, ya que se está primando la vida por encima de cualquier ley.

4.4 MANEJO EN ANESTESIA PARA NEUROCIRUGÍA

Para finalizar este capítulo es necesario analizar cómo es la anestesia en los procedimientos de Neurocirugía, y cuáles son los pasos, para que siempre haya una respuesta satisfactoria del paciente en relación con la cirugía.

Los procedimientos Neuroquirúrgicos han representado siempre un reto para el equipo anestésico-quirúrgico. Por esta razón, todos aquellos aspectos que están bajo el control del anesthesiólogo deben evaluarse y calcularse cuidadosamente para brindar al paciente la mayor posibilidad de desenlace satisfactorio que optimice su calidad de vida a corto y largo plazo. Estos procedimientos se llevan a cabo en instituciones de tercer y cuarto nivel, que deben tener a disposición insumos y personal calificado para un excelente resultado.

El recurso humano dentro del Grupo de Anestesia juega papel prioritario, por cuanto está encargado de evaluar y poner en las mejores condiciones al paciente para tolerar el trauma quirúrgico.

Dentro de este desarrollo, hay tres aspectos fundamentales del manejo anestésico: el preoperatorio, el transoperatorio y el posoperatorio.

4.4.1 Valoración y manejo pre-anestésicos: Estos son los cuidados que se deben tener cuando un paciente va a ser intervenido quirúrgicamente.

- Valoración preanestésica: Debe ser realizada por lo menos el día anterior al procedimiento quirúrgico, por un anestesiólogo. La valoración va encaminada a conseguir los siguientes datos informativos del paciente: Nombre, edad, sexo, motivo de consulta, tiempo de evolución de los síntomas y tratamiento farmacológico que está recibiendo
- Antecedentes: Es la información que el anestesiólogo requiere del paciente. Es necesario saber los procesos médicos, quirúrgicos, traumáticos, hospitalizaciones previas, anestésicos, farmacológicos, transfusionales.
- Revisión por sistemas: Es la revisión del estado cardiopulmonar para confirmar o descartar la presencia de síntomas sugerentes de enfermedad coronaria o cardíaca, trastornos de coagulación, claudicación.
- Revisión de exámenes Paraclínicos: Son todo el grupo de exámenes que el anestesiólogo pide para poder evaluar el organismo del paciente antes de la intervención.⁵⁰ Exámenes complementarios de evaluación cardiovascular (cuando sea pertinente).
- Impresión diagnóstica y clasificaciones: Posteriormente el Neurocirujano examina al paciente y, por medio de ese examen se llega a la conclusión del diagnóstico, siempre teniendo en cuenta los exámenes que fueron realizados anteriormente.⁵¹

Después de establecer el diagnóstico se debe informar claramente al paciente y su familia lo que se va a hacer en anestesiología, cuáles son los riesgos y cuáles son los resultados esperados para que con claro entendimiento y

50. Los exámenes Paraclínicos que el anestesiólogo requiere del paciente son: Cuadro hemático, tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax (Rx de tórax). Si se sospecha o evidencia respuesta inflamatoria sistémica con o sin foco séptico solicitar adicionalmente transaminasas, bilirrubinas, electrolitos y gases arteriales, imagenología.

51. La impresión diagnóstica y clasificaciones; Hunt - Hess, Glasgow, Botterrell y ASA.

despejando dudas se puede firmar el Consentimiento informado⁵²

- Órdenes médicas: Deben ser realizadas en el espacio respectivo de la historia clínica e incluyen: Determinación del tiempo de ayuno, mínimo 8 horas para sólidos y 4 horas para líquidos claros

En algunos casos será necesario que se practique venopunción⁵³. Así mismo, la utilización de benzodiacepinas⁵⁴ y/o narcótico está contraindicada a menos que a juicio del anestesiólogo se considere que hay necesidad particular de su utilización.

Para la intervención quirúrgica es necesario una serie de solicitudes que deberán ser diligenciadas para que dicho procedimiento se pueda realizar:

1. Solicitud de confirmación de la reserva de sangre y hemoderivados. Se debe tener en cuenta que en el procedimiento, la cantidad depende de la cantidad estimada a sangrar y del hematocrito actual
2. Solicitud de confirmación de la reserva hecha por el médico tratante de cama y ventilador en la UCI. Siempre es necesario, que una vez termine el programa quirúrgico haya una cama disponible para el paciente.
3. Solicitud de interconsultas adicionales por servicios como cardiología, neumología, etc. que a juicio del anestesiólogo sean necesarios para la optimización del estado del paciente previo a la cirugía, así como realización de exámenes paraclínicos complementarios⁵⁵

4.4.2 Manejo anestésico: El primer paciente será llevado a las salas media

52. Es un requisito previo para que el profesional pueda realizar las intervenciones médicas o quirúrgicas previstas como necesarias para la recuperación o mejoramiento de las condiciones de salud del paciente

53. Si el paciente requiere el acceso venoso a juicio del médico tratante, de lo contrario tal acceso se canalizará en la sala de cirugía

Se debe tener en cuenta que la Venopunción es, la recolección de sangre de una vena, usualmente para pruebas de laboratorio.

54. Son una clase de medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes e hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes (relajantes musculares).

55. Ecocardiograma, ventriculografía, prueba de esfuerzo, etc.

hora antes de la hora establecida para el comienzo del programa quirúrgico; los pacientes serán llamados a las salas de cirugía cuando el anestesiólogo encargado de la sala lo considere prudente de acuerdo al desarrollo del programa quirúrgico.

Cuando el paciente ingresa a salas de cirugía, el personal de enfermería debe verificar la presencia del consentimiento informado, de la historia clínica completa, de las imágenes de TAC, RNM, angiografía y Rx de tórax, la disponibilidad de la sangre previamente reservada y cruzada, y de cama y ventilador en UCI. Además verificar el cumplimiento de los trámites administrativos respectivos.⁵⁶

Realizado lo anterior, el personal de enfermería lleva al paciente en camilla, a la sala donde se ha programado la realización del procedimiento.

En la sala de cirugía el personal de enfermería debe tener preparado el monitoreo de presión invasiva, siguiendo el protocolo de preparación de cirugía cardio-vascular. Debe estar lista también la mesa de cirugía y los rollos necesarios según la posición del paciente para la cirugía.

El anestesiólogo debe verificar el estado de la sala de cirugía y de la máquina de anestesia, llenar los vaporizadores con el gas escogido para cada caso y definir los medicamentos en bombas de infusión así como también evaluar la disponibilidad y el estado de los aparatos para el monitoreo⁵⁷, se debe verificar la presencia en la sala de algunos elementos necesarios para el inicio del procedimiento.⁵⁸

En las salas de cirugía se debe garantizar la disponibilidad de todos los

56. Estos trámites ya debieron haberse realizado antes que el paciente ingrese a salas de cirugía.

57. El monitoreo consta de: cardioscopio continuo de mínimo tres derivaciones, oxímetro de pulso, presión arterial no invasiva e invasiva, capnografía y capnometría, sensor de temperatura

58. Estos elementos son: laringoscopio con hojas de dos tamaños y funcionando, tubos endotraqueales (idealmente utilizar flexoargollados) en varios, estilete, cánula orofaríngea, succionador, pinza de Magyll, jeringas, equipos de venoclisis, de transfusión, y de bomba de infusión, catéteres de venopunción para punción arterial calibre 22 y 20, catéteres de punción peridural y agujas para punción peridural.

medicamentos que en un momento dado sean necesarios para eventos de emergencia así como también de los medicamentos anestésicos indicados para cada caso.

La auxiliar de enfermería de la sala ha de tener preparado los líquidos⁵⁹, y debe hacer:

- la asepsia de tórax para la inserción del catéter central y de la mano o el pie para la línea arterial
- iniciar la monitoria no invasiva con la colocación del tensiómetro en el brazo contrario al acceso venoso periférico,
- instalar el oxímetro de pulso en el dedo índice de la mano donde está el acceso venoso periférico
- instalar las derivaciones en el tórax del cardioscopio continuo.

Bajo anestesia local el anestesiólogo completa el monitoreo invasivo del paciente⁶⁰

En los momentos previos al inicio del acto quirúrgico el anestesiólogo deberá escoger el tubo orotraqueal de acuerdo a la talla del paciente, probará el neumotaponador, escoge la hoja de laringoscopio, verifica la disponibilidad de rollos para la colocación del paciente y el funcionamiento de la mesa de cirugía. El anestesiólogo luego prepara los medicamentos que ha escogido de común acuerdo con él según cada caso.⁶¹

Una vez confirmado lo anterior se coloca a la cabecera del paciente listo para intubación orotraqueal, coloca la máscara facial con flujo de oxígeno de 5 litros por minuto durante mínimo tres minutos y cuando lo considere prudente se inicia la administración endovenosa de medicamentos, con monitoreo continuo. Realiza y verifica la intubación orotraqueal y se inicia el mantenimiento

59. Los líquidos deben estar conectado a un equipo de venoclisis de macrogoteo con llave de tres vías y extensión de anestesia, debidamente purgados, junto con un catéter venoso

60. Por medio de catéter central

61. Tiopental sódico al 2,5% empacado en jeringa de 20 ml, Fentanyl (50 mcg/ml) empacado en jeringa de 10 ml, Relajante muscular escogido empacado en jeringa de 5 ml

anestésico idealmente con una fracción inspirada de oxígeno del 50%.

Se inicia la infusión de los medicamentos anestésicos endovenosos y se van realizando los ajustes necesarios minuto a minuto por el anestesiólogo, según el comportamiento hemodinámico, si la técnica escogida es Endovenosa pura.

El paso siguiente es la colocación del catéter lumbar para drenaje subaracnoideo⁶², el cual se conecta a través de extensión de anestesia y llave de tres vías a reservorio estéril.

Se ubica al paciente en la posición escogida⁶³ para el procedimiento quirúrgico y la auxiliar de enfermería pasa la sonda vesical a cistofló.

La utilización de manitol, solución salina hipertónica e hiperventilación se inician con la inducción anestésica para que el campo operatorio este optimo en el momento de la incisión de la dura por parte del cirujano.⁶⁴ Durante la intervención quirúrgica, se debe realizar control gasimétrico cada dos horas y cada vez que se presente algún evento que requiera de ajustes y cambios en el manejo hidroelectrolítico y hemodinámica, así como estar atento y en contacto con el cirujano por si se presenta alguna complicación operatoria como ruptura del aneurisma, edema cerebral, hemorragia y poder intervenir terapéuticamente al paciente en caso caso.

Al finalizar el procedimiento quirúrgico el catéter subaracnoideo debe ser retirado

Se sugiere contemplar la posibilidad de extubación en la sala de cirugía, antes de llevar al paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), esta extubación se puede realizar con paciente despierto para evaluar su estado neurológico del paciente.

Cuando finaliza el procedimiento quirúrgico, el paciente debe ser pasado a la

62. Solo para Neurocirugía, tiene el objeto que el cerebro pierda presión y que tenga un poco de flexibilidad al entrar a operar

63. posición supino, posición prona, posición derecha, posición izquierda, posición sentado, siendo esta la más peligrosa

64. Se recomienda el mantenimiento durante el procedimiento de una tensión arterial media entre 70 a 90 mm Hg. En pacientes normales y en pacientes hipertensos hasta el 25 % por debajo de la basal

cama de UCI con el monitoreo completo, se deben asegurar los líquidos endovenosos y los catéteres, así como la línea arterial. El traslado debe ser hecho con monitoreo de transporte completo (línea arterial, cardiovisoscopio y saturación de oxígeno), antes de partir de salas de cirugía se debe avisar a través del personal de enfermería a los médicos de la UCI el estado del paciente y la necesidad (si la hubiere) de ventilación mecánica

Al ingreso a la Unidad el anesthesiologo hará entrega del paciente al médico de encargado de la sala, y consignará en el registro de anestesia el estado de llegada y variables hemodinámicas de ingreso del paciente.

El retiro del catéter de drenaje subarancoideo es responsabilidad de Anestesia a cargo del caso, y deberá quedar en la historia clínica consignado tal procedimiento.

Como se pudo ver el proceso de anestesia varía según el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar al paciente. El Grupo de Anestesia debe estar en constante comunicación con el Neurocirujano y le debe informar el estado en el que se encuentre el paciente durante todo el procedimiento, para que así puedan actuar y solucionar en conjunto cualquier adversidad que se presente.

5. OBLIGACIONES DEL PACIENTE

En este capítulo se tratarán todas las normas y disposiciones tendientes a establecer cuáles son los derechos y las obligaciones de los pacientes, y en especial, los pacientes de Neurocirugía.

En el desarrollo del capítulo se establecerá la universalidad de los derechos y obligaciones del paciente, por lo que se podrá ver que no hay diferencias radicales en las distintas legislaciones que regulan el tema. Lo anterior, es consecuencia de las declaraciones universales que existen sobre los derechos del hombre.

Primero se analizarán cuáles son las obligaciones de todos los pacientes, y luego en forma selectiva y específica las que corresponden a los pacientes Neuroquirúrgicos.

Por último es importante establecer que las obligaciones generadas en la relación médico-paciente son de doble vía, por lo cual el médico no es el único que las tiene. Este último punto es de amplia controversia, ya que hay una cultura en donde se maneja la tesis que el médico es el único que tiene derechos y obligaciones que cumplir, en consecuencia, este capítulo tiene por objeto desvirtuar la tesis anterior y demostrar que los pacientes también son objeto de derechos y obligaciones.

5.1 DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE

Es importante saber, que tanto el paciente como el médico tienen derechos y obligaciones que cumplir en el desarrollo de su actividad profesional. Esta relación es de doble vía, por lo que correlativamente existen tantos derechos como obligaciones de ambas partes. No es acertado decir que el paciente no tiene ningún tipo de obligación, y que todas corren a cargo el médico tratante, ya que hoy en día y con el avanzado estado de la ciencia y de la legislación de la materia si hay ciertas obligaciones que deben ser tenidos por el paciente.

Por lo anterior, es pertinente analizar por qué es de tanta importancia lo mencionado anteriormente.

En Colombia existe una resolución del Ministerio de la Protección Social en donde se expresan cuales son los derechos y obligaciones de todos los pacientes que están inmersos en una relación médico-paciente.

5.1.1 Obligaciones del paciente: Antes de entrar a analizar el caso concreto del manejo de las obligaciones por parte del paciente, es preciso establecer que la principal obligación del paciente, es la de pagar una contraprestación económica al médico que lo ha asistido. Además de ser una de las obligaciones del paciente, es uno de los elementos que se presume de la relación laboral.

De ésta obligación, que puede ser la principal que tiene el paciente, se derivan una serie de obligaciones que están en concordancia con la labor que presta el médico: diligencia, prudencia y pericia en el manejo de la enfermedad del paciente, es así como algunos tratadistas han establecido otras obligaciones que tiene el paciente. El tratadista Colombiano Sergio Yepes Restrepo estableció: “al paciente le asiste el deber de cooperación para con el médico y que se traduce principalmente en brindarle los datos de interés que le son indagados en los interrogatorios, tales como los síntomas y signos que ha sentido y observado, así como también la obligación de cumplir con las prescripciones y directrices que le traza el médico con el fin de realizar el tratamiento requerido para la curación o mejoría”⁶⁵.

Siguiendo con este postulado del tratadista Colombiano, se deriva otra obligación del paciente, la cual está encaminada a que siempre el paciente debe seguir todas las instrucciones y prescripciones que el médico le explicó, así las cosas, el paciente no se puede excusar en su propia culpa, en el caso que él no hubiera cumplido con los pasos que le encomendó el médico y como consecuencia no hubo una mejoría en el tratamiento. Si un caso como el descrito anteriormente llega a ocurrir, el médico no sería responsable de lo ocurrido en el tratamiento del paciente, toda vez que fue por incumplimiento de una de las obligaciones del paciente que no se produjo el resultado.

En un principio se especificó que una de las obligaciones principales de los pacientes, era la obligación económica que debía al médico, pero sólo esa obligación resulta inadecuada y se queda corta, por lo cual es preciso decir que así como la obligación económica es una de las principales también tienen otras obligaciones como:

- *Colaborar con el cumplimiento de las normas institucionales*
- *Tratar con respeto a los médicos, paramédicos, a otros pacientes y*

65. YEPES RESTREPO, Sergio. La responsabilidad civil médica. 3ed. Bogotá: Biblioteca Jurídica, 1994. p.26

familiares

- *Firmar el documento de salida voluntaria, o de no aceptación voluntaria de los tratamientos propuestos, cuando así lo decida*⁶⁶

Por otra parte en México⁶⁷ establecen las obligaciones que deben ser cumplidas por los pacientes, en donde realmente se expresa la responsabilidad del paciente con el tratamiento:

1. El paciente tiene la obligación de suministrar, a su entender, información precisa y completa sobre la enfermedad motivo de su asistencia a la Unidad de Atención Médica.
2. Tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición, así como informar si entiende claramente el curso de la acción contemplada y lo que se espera de él.
3. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado, lo que incluye apegarse al reglamento de la Institución.
4. Es responsable de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer, debe notificar al médico.
5. El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico responsable.
6. El paciente es responsable de su conducta y de tratar con respeto y cortesía al personal.

Con este grupo de obligaciones, queda claro qué es lo que debe hacer el paciente, en orden de no alterar la estabilidad de la relación existente.

Una de las obligaciones más importantes que debe cumplir el paciente, es la enunciada en el numeral tercero, en virtud, que es el paciente la única persona que puede seguir el tratamiento recomendado por el médico para que así el resultado del mismo sea satisfactorio. El tratamiento debe ser seguido al pie de

66. GUZMAN, Fernando, et al. De la responsabilidad civil médica. Bogotá: Ed. Rosaristas, 1995. p.29

67. Colegio de Pediatras del Estado de Sonora

la letra, ya que es el especialista el único que está en condiciones de establecer cuál es el medicamento o el tratamiento a seguir por el paciente.

La doctrina Argentina ha hecho énfasis en unas obligaciones, que si bien no son esenciales en el tratamiento del paciente, constituyen un punto clave para que este sea satisfactorio. Estas pueden explicarse de la siguiente manera:

1. Asistencia: El paciente debe acudir a iniciar la relación con el médico, ya que sólo desde que se inicia el tratamiento es que se crea la relación médico-paciente, así mismo no debe incurrir en auto medicación, ya que esta práctica puede afectar más la salud del paciente y bloquear el tratamiento que había sido iniciado.
2. Interrogatorio: El paciente, o su familia, deben responder verazmente el interrogatorio que es realizado por el médico, sin ocultar ningún síntoma, y siempre diciendo claramente sus dolencias o dificultades.
No se puede confundir el primer interrogatorio con la “anamnesis”
3. Indicaciones: Esta es una de las obligaciones en que más hemos hecho énfasis, ya que es la más relevante en el tratamiento.

Como conclusión, este conjunto de obligaciones deben ser cumplidas satisfactoriamente tanto por el paciente, y en casos específicos es necesaria la colaboración de la familia.

5.1.2 Derechos del Paciente: Como ya se expresó anteriormente los derechos y las obligaciones de la relación médico-paciente son de doble vía, por lo cual es necesario establecer cuáles son los derechos que tienen los pacientes en esta relación.

En Colombia la resolución 13.437 de 1 de Noviembre de 1991 del Ministerio de la Protección Social establece cuales son los derechos que tiene todo paciente en la relación médico-paciente.

Los derechos que esta resolución establece son:

- “Elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud,

como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

- Disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojalá escrita, de su decisión.
- Recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- A que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
- A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
- Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias.
- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
- Se le respete la voluntad de participar o no, en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Morir dignamente y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

Estos derechos que establece la Resolución del Ministerio de la Protección Social es una muestra de cómo la relación médico-paciente es de doble vía, en la cual también la ley regula los parámetros que se deben tener al analizar esta relación.

Así mismo, en México⁶⁸ establecen algunos derechos que tienen los pacientes. Teniendo estos derechos, se ven las similitudes entre legislaciones, ya que en México también estipulan los derechos de los pacientes de forma similar a la legislación Colombiana. Algunos de esos derechos son:⁶⁹

- Al trato respetuoso y formal en todo momento y bajo toda circunstancia.
- A privacidad personal y la de su información
- Tiene el derecho que su expediente sea leído solamente por aquellos que están involucrados en su tratamiento o los encargados de supervisar la calidad de este.
- Tiene derecho a que el responsable de su diagnóstico y de su tratamiento sea un profesional calificado, certificado y actualizado.
- Tiene derecho a participar, razonablemente, en las decisiones relacionadas con su tratamiento.

Si se analizan los derechos de las dos legislaciones se nota que hay unas similitudes relevantes entre ellos, esto ocurre porque los derechos de las personas son universales, y hay una legislación común en relación a estos derechos. La declaración universal de los derechos del hombre, y la declaración americana de derechos y deberes del hombre son algunas de las declaraciones en donde están pactados estos derechos, por lo cual es pertinente concluir que siempre van a tener los mismos derechos los pacientes y que nunca van a poder ser violados.

68. Miembros del colegio de Pediatras de Sonora, México

69. <http://www.copeson.org.mx/informacion/derechos.htm>

5.1.3 Caso Practico: Como ya se explicó anteriormente, el paciente debe ser sincero y honesto con el médico, así mismo, debe seguir en todo momento las instrucciones que le son dadas.

Con base a lo anterior, es posible analizar un caso supuesto para determinar si el médico tiene alguna responsabilidad en el resultado.

El señor X ingresa a urgencias del centro de salud Y por un fuerte dolor de cabeza y mareos, como consecuencia es atendido por el médico de turno Z, en la primera entrevista entre ellos, el médico le pregunta al paciente algunos datos para tener claridad sobre los síntomas del paciente, en ese momento el paciente omitió detalles de la evolución de su enfermedad (que creyó no eran relevantes), posteriormente decidieron que debía estar bajo observación médica, razón por la cual fue dado de alta al día siguiente.

Mientras el señor estaba internado, actuó de forma grosera en reiteradas ocasiones con el personal del centro médico.

Una vez fue dado de alta por el médico que estaba llevando su tratamiento, él le explicó los cuidados que debía tener, así como el horario de las medicinas y del control con los médicos.

El señor X nunca asistió a ningún control, por lo cual su estado de salud se deterioró, y falleció meses después, razón por la cual la familia inició un proceso contra el médico que llevo su tratamiento.

En este caso es claro que el paciente violó las obligaciones que debía cumplir a cabalidad, siendo estas de la esencia de la relación médico-paciente. Por lo cual el único responsable de su deterioro de salud es él mismo, ya que nunca asistió a los controles ni tomo los medicamentos que le fueron prescritos por el médico

6. RESPONSABILIDAD DE LOS NEUROCIRUJANOS EN EL DIAGNOSTICO

En este capítulo se tratará un tema de vital importancia para el desarrollo de la medicina y la curación del paciente.

El diagnostico, es la etapa del tratamiento en que el médico pone todo su conocimiento para saber cuál es la enfermedad del paciente según los síntomas que está presentando. Como ya se dijo, es una de las etapas más importantes en la curación del paciente, en donde, lastimosamente los médicos suelen cometer errores, que en ocasiones pueden llevar a la muerte del paciente, ya que no se pudo tratar la enfermedad a tiempo.

El propósito de este capítulo es analizar el concepto, el alcance y la importancia del diagnostico, así como ejemplos reales de donde se analizar si el médico incurrió en falta médica por ese hecho.

6.1 EL DIAGNOSTICO

Es preciso señalar, que por diagnostico se entiende: “Razonamiento dirigido a la determinación de la naturaleza y origen de un fenómeno”⁷⁰ con este concepto resulta fácil analizar cómo puede ser utilizada esta palabra en esferas diferentes a la medicina. En todos los casos, este es el primer paso para poder resolver un problema, ya que es con este punto, que se sabe cuál puede ser el camino posible a la solución del problema planteado.

Para todo problema, es necesario tener un diagnostico claro para que así se pueda solucionar de la mejor forma. De la misma forma se aplica en medicina, pero siempre teniendo en cuenta y siguiendo los lineamientos de la *Lex Artis*.

En medicina, este concepto adquiere gran importancia, ya que es por el diagnostico que se llega a curar y a realizar el tratamiento de un paciente. Es así como se puede definir como: “Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre un paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo,

70. www.psicopedagogia.com

siguiendo un razonamiento analógico.”⁷¹ De esta definición, es posible derivar los elementos claves que intervienen en el diagnóstico de una enfermedad.

Primero, se deduce que este es el primer acto de vital importancia en la actividad médica, pues es a partir de este paso que se empieza a construir el plan de trabajo, que va a ser guiado por el médico tratante y su equipo y que va a llevar al tratamiento y a la mejoría del paciente.

Lo anterior es respaldado con la teoría del médico Norteamericano Paul Cutler, que en su libro sobre el dictamen médico señala que: “Ninguno de los campos de la medicina es más importante que el diagnóstico, pues sin él somos charlatanes y brujos tratando a los pacientes en la oscuridad con pócimas y rezos. Por otra parte, existen pocos campos más difíciles de explicar y enseñar”. Lo que se quiere explicar, es que sin excepción alguna esta es la etapa más difícil en la que está inmerso el médico, ya que si no se tiene claro este diagnóstico, no puede saberse cómo se va a tratar y cuál va a ser el manejo de la misma.

El posible tratamiento, depende del buen diagnóstico que se le realice al paciente, ya que no puede haber una evolución positiva por parte del médico si no hay un primer paso acertado, es por esto, que puede establecerse que el diagnóstico es la “piedra angular” del tratamiento y de la evolución del paciente.

Como ya fue explicado en reiteradas oportunidades, si bien es el médico el que debe brindarle al paciente el diagnóstico adecuado, es el paciente el que debe brindarle toda la información, -cierta y verás- para que pueda ser tratada la enfermedad. En este caso, se requiere de colaboración del paciente, ya que él en todo momento debe decir la verdad, los síntomas que realmente presenta, así como las drogas y las visitas a otros hospitales que hubiere realizado.

Un problema importante sobre este punto, se presenta acá en Colombia, ya que no existe una historia clínica centralizada de cada paciente, por lo cual el médico siempre depende del paciente y de su colaboración. Si las historias clínicas estuvieran sistematizadas, sería mucho más fácil para el especialista

71. www.psicopedagogia.com

analizar la evolución de la enfermedad, saber si el paciente ha tenido contacto con otro médico o con otra institución de la salud. Este tema es de vital importancia, y debería haber una regulación pronta que solucione el problema que se plantea con las historias clínicas, que de una u otra manera afecta el manejo que el médico le puede brindar a su paciente.

Así mismo, como en capítulos anteriores se expresó, debe haber una continuidad en el tratamiento por parte del médico que lo inició, que en la mayoría de veces es el que diagnostica al paciente. Esto debería ser una regla general, ya que una demora en el tratamiento o un manejo diferente puede alterar la evolución que el paciente tenía.

6.2 PASOS DEL DIAGNOSTICO⁷²

Los pasos que se deben seguir para que se realice un buen diagnóstico son:

1. Relación médico paciente: Este punto ya ha sido tratado anteriormente, ya que es de vital importancia para cualquier etapa de la enfermedad del paciente. En la anamnesis, es donde se da inicio a esta relación, es esa confianza y comunicación que se da entre el médico y el paciente lo que permite que la evolución sea satisfactoria. Así mismo, es acá en donde el médico debe establecer cuáles son los síntomas, y realizarle el examen físico al paciente para poderle dar inicio al posible tratamiento
2. Interrogatorio: Esta es la herramienta principal que se debe tener en el tratamiento y en la relación médico paciente. En este punto, el médico le puede realizar una serie de preguntas al paciente para poder identificar un poco de su enfermedad
3. Examen Físico: Este examen complementa el interrogatorio. Es de vital importancia en el desarrollo de la enfermedad, ya que el médico establece cuales pueden ser las complicaciones y el estado de gravedad del paciente

72. <http://www.fisica.uh.cu/rationalis/ciencia/diagnostico/secretos.htm>

4. Agrupamiento de síntomas: En este punto, es donde se analizan todos los síntomas e informaciones recogidas por el médico durante el interrogatorio y el examen, para que se conviertan en el cuadro clínico del paciente. Es con esta información, en donde se empieza a gestar el posible resultado del diagnóstico
5. Planteamiento de posibles diagnósticos: Es el último paso que se realiza para llegar al diagnóstico. Es en este paso, en donde con todo el conocimiento del médico y con la ayuda del paciente que se llega al diagnóstico, que va a ser seguido con el tratamiento correcto.

Con estos pasos, se establece el diagnóstico y se inicia el tratamiento por el médico, en donde si se realiza un buen diagnóstico y tratamiento, lleva a la mejoría del paciente, todo acompañado con su colaboración.

6.3 CLASES DE DIAGNOSTICO

La literatura científica ha establecido clases de diagnóstico, que los médicos deben tener en cuenta al momento de analizar al paciente.

Entre otras se encuentran:

- Diagnóstico Sintomático
- Diagnóstico Topográfico
- Diagnóstico Etiológico

Con esta clasificación, que establece cómo se llega al diagnóstico correcto por parte del médico.

En el primer –Diagnóstico Sintomático- se establece la agrupación de elementos patológicos en un ámbito determinado. Es decir, que según la patología (síntomas y signos) es que se llega al diagnóstico. Este diagnóstico parte de la base de la anamnesis y de la exploración física que realiza el médico al paciente.

Se tiene en cuenta la primera impresión y lo que el médico percibe de la enfermedad del paciente, y así se puede llegar a un diagnóstico.

En el segundo – Diagnostico Topográfico- se tiene en cuenta la “localización”, ya sea del dolor, o del malestar que tiene la persona.

Si por ejemplo la persona presenta dolor de cabeza, mareo y convulsiones, en virtud del diagnostico topográfico la enfermedad se encuentra en el lóbulo frontal del cerebro, ya que es el lóbulo frontal el encargado de manejar esos síntomas.

Comúnmente, este es el diagnostico más usado por los médicos, ya que lleva al punto específico donde se produce el dolor o malestar.

Por último, en el Diagnóstico Etiológico se maneja la causa del dolor o de la enfermedad del paciente. Sabiendo la causa de la enfermedad, es posible brindarle el tratamiento y manejo adecuado.

Con esta clasificación, es mucho más fácil para los médicos llegar al diagnostico adecuado, ya que siguiendo alguno de estos presupuestos se puede establecer la causa exacta de los síntomas y de la enfermedad del paciente.

Posteriormente, con el diagnostico se determina la enfermedad del paciente, sus características y sus causas, para que se pueda llegar al resultado final que es la curación del paciente. Como es sabido, la ayuda del paciente es de vital importancia en todo el proceso de evolución de la enfermedad del paciente. Una vez que ya se tenga el diagnostico, se empiezan a establecer cuáles pueden ser los posibles tratamientos y caminos terapéuticos que se debe seguir con el paciente.

Esto es de gran importancia, ya que aún así cuando se tenga el diagnostico correcto y no se aplica el tratamiento adecuado para el mismo, todo el proceso fracasa, por lo cual, entre ellos dos siempre debe existir una relación unida y concatenada para que se establezca la continuidad que en todos los casos debe existir. Este proceso se ubica en la segunda etapa del diagnóstico, en donde se establecen y se comparan los resultados que se obtuvieron en la primera etapa que es la exploración del paciente, en donde se estableció el diagnóstico y posible tratamiento de la enfermedad.

6.4 ERROR EN EL DIAGNOSTICO

Actualmente la Doctrina y la Jurisprudencia, establecen que basta cualquier tipo de negligencia para que se pueda establecer la responsabilidad del médico. Este punto ya fue analizado anteriormente, en donde se explicaban las causas que llevaban al médico a ser responsable en una situación médica, lo que en últimas quiere decir, es que el médico siempre va a responder en cualquier acto de negligencia realizado por este último.

En el caso del error en el diagnóstico – que es el que nos ocupa, el médico compromete su responsabilidad en el acto, esta culpa, sólo puede declararse en faltas graves y que resulten evidentes y serias infracciones al arte de curar, por lo cual, debe estar inmerso una falta grave junto con el error en el diagnóstico para que se pueda establecer la culpa del médico.

Este error, puede ser producto de la ignorancia del médico, y su falta de experiencia, ya que su habilidad en el manejo de la enfermedad y de los exámenes que se realizan no siempre son las más efectivas, y como consecuencia se produce el error en el diagnóstico del que estamos hablando.

Este error es la base de la pirámide de los inconvenientes que se presentan al tratar un paciente, y cuyo tratamiento no es el indicado para el caso concreto.

Actualmente se presentan muchos inconvenientes en el diagnóstico, ya que en la mayoría de veces no es el correcto, por lo que genera una serie de consecuencias jurídicas hacia el médico. En algunas ocasiones, no hay consecuencias relevantes, pero cuando un error en el diagnóstico genera la muerte del paciente, se presentan grandes demandas y procesos de la familia del paciente contra el médico

Antes de iniciar el proceso, se debe probar y establecer cuál fue la

responsabilidad del médico y cómo se vio perjudicado el paciente, para lo cual este es un proceso en donde hay una mayor importancia en la etapa probatoria, ya que es en esta parte del proceso en donde se demuestra la culpa o la inocencia del médico tratante, en donde siempre debió haber actuado de manera prudente y diligente.

Lamentablemente, estos procesos abarcan un amplio porcentaje de los adelantados en la jurisdicción, esto se debe a la falta de experiencia e imprudencia que tienen los médicos a la hora de realizar alguna intervención quirúrgica. En algunos casos, estos errores se producen desde que el paciente llega por primera vez a urgencias –o al consultorio médico, y se realiza de manera incorrecta la anamnesis o la entrevista, para lo cual genera mala información al médico y un mal diagnóstico médico. En el peor de los casos, puede llevar a que se realicen procedimientos innecesarios, o tratamientos que no conllevan a la mejoría del paciente, y que por el contrario entorpecen la salud y la estabilidad del mismo.

Esta situación debería ser conocida por la población en general, para que así se puedan tomar las medidas necesarias, y que situaciones como las anteriormente señaladas no se volvieran a producir en el futuro, por último, que se produjeran sanciones ejemplares a los médicos que en el desarrollo de sus funciones realizaran una mala práctica al paciente y les trajeran consecuencias negativas a su salud.

7. RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL AUXILIAR EN SALAS DE CIRUGIA EN NEUROCIRUGIA

En el presente capítulo, se desarrollaran conceptos básicos del desarrollo de la responsabilidad del personal auxiliar en salas de cirugía, así mismo se

establecerá cual es el régimen aplicable para estos casos y la complejidad de los mismos.

A simple vista este parece ser un tema sencillo de resolver, ya que el médico cirujano es quien tiene la posición de garante en esta situación, pero no es así de básico el problema, debido a que cada una de las personas que ingresan a dicha sala, son responsables por lo ocurrido al interior de ella.

7.1 EQUIPO QUIRÚRGICO

Antiguamente, la medicina era ejercida por una sola persona –cirujano, pero con los avances de la ciencia, se fue visualizando la necesidad de que otras personas acompañaran en su labor médico al especialista que estaba realizando la intervención. Cuando era realizada por una sola persona, existían más riesgos de complicaciones durante el procedimiento, ya que la capacidad de reacción en una emergencia no era la misma si se estaba obrando sólo que en equipo.

Así, fue que se empezó a implementar el equipo quirúrgico en procedimientos que por su naturaleza eran riesgosos, hasta que se generalizó y actualmente es usado en cualquier intervención quirúrgica.

En todas las intervenciones quirúrgicas existe un grupo de especialistas que acompañan al cirujano en el desarrollo del procedimiento, el cual es escogido por el cirujano que va a realizar la intervención, -en el caso que haya más de un cirujano, el principal va a ser el que escoge a su equipo. Cada intervención va a tener un número de personas esenciales para el desarrollo de la misma. La definición básica de equipo quirúrgico puede deducirse lógicamente, diciendo que es el personal médico especializado que va asistir al cirujano en el procedimiento.

Este es un tema de gran controversia que ha tomado gran relevancia actualmente, ya que cuando se produce un error durante la intervención quirúrgica, la pregunta frecuente es: quien responde? Esto no es fácil de establecer, ya que el cirujano no es el único que tiene responsabilidad al interior de la sala de cirugía, por lo cual, cada uno de los especialistas que

ingresaron con él, también van a tener un grado de responsabilidad en el supuesto.

Como ya se determinó anteriormente, el equipo quirúrgico es escogido por el médico cirujano que va a realizar la intervención, y que así mismo el número de integrantes puede variar. Normalmente, está integrado por el cirujano, el anestesiólogo, la enfermera certificada en anestesiología, y la enfermera de salas de cirugías, cada una de estas personas va a cumplir una función específica en el desarrollo de la intervención, y sin alguna de estas la intervención sería un fracaso.

Por ejemplo en la Neurocirugía, el neurocirujano encargado, es quien va a desarrollar la cirugía, y quien va a dar las indicaciones y las ordenes en el desarrollo del plan quirúrgico. Por tratarse de cirugías tan complejas y delicadas, con frecuencia entra al procedimiento otro Neurocirujano, que es escogido por el especialista encargado de la cirugía, esta persona es llamada ayudante, ya que él va a ser quien ayude y colabore en el desarrollo del procedimiento. Las enfermeras, son de gran importancia en estas cirugías, ya que ellas son las encargadas de entregar el instrumental quirúrgico al cirujano, así mismo, colaboran en cualquier necesidad que el cirujano tenga –sea limpiando las gafas del microscopio, el sudor. Por último, la persona de vital importancia en el desarrollo de esta cirugía, es el anestesiólogo, que es el médico especialista encargado en suministrar el compuesto anestésico al paciente, monitorearlo y ejercer las maniobras de reanimación en los casos que sea necesario.

Es pertinente reiterar, que dicho grupo es escogido por el cirujano tratante, él es quien determina cuáles van a ser las personas que lo van acompañar en este procedimiento.

Entre el paciente y estas personas surge un vínculo, el cual fue creado por el cirujano jefe al momento de nombrarlos como miembros del equipo quirúrgico.

Es importante establecer qué clase de vínculo es el que existe entre ellos, ya que si bien ellos hacen parte del quipo, ellos no fueron escogidos ni contrataos por el paciente.

En este caso, si se comete un error durante el procedimiento, pero es el cirujano el autor, no habría ninguna responsabilidad de los otros miembros del equipo, ya que fue el cirujano el que lo cometió, por esta razón sólo él va a ser quien responda por el error cometido.

Pero cuando el error es cometido por uno de los miembros del equipo, que fue escogido por el médico que contrato el paciente se genera el problema, ya que entre el paciente y estos últimos nunca existió una relación contractual, por lo que se podría decir que en principio respondería por responsabilidad civil extracontractual. Esta teoría es respaldada siguiendo el lineamiento según el cual el jefe del equipo tiene la obligación de vigilar y controlar a los miembros del equipo.

El Doctrinante Serrano Londoño en su libro “Nuevos conceptos de responsabilidad médica” se pronuncia sobre el punto anterior estableciendo que: *“en cuanto a la responsabilidad del jefe del equipo, si ha contratado exclusivamente con el paciente, es responsable contractualmente por los daños ocasionados por las personas de quien se vale para cumplir su obligación, que serían los demás miembros del equipo, fundamentándose ésta según la corriente mayoritaria, en la obligación objetiva de garantía que asume el médico jefe respecto de la conducta de sus auxiliares”*⁷³ Según lo anteriormente planteado, sería el jefe del equipo quien respondería por los hechos realizados por sus auxiliares, ya que él incumplió la obligación encomendada y el deber de vigilancia y cuidado que tenía con respecto de sus colaboradores. Pero esto, no extingue la posibilidad que sus auxiliares respondan por responsabilidad civil extracontractual.

73. SERRANO LONDOÑO, Luis Guillermo. Nuevos conceptos de responsabilidad médica. Bogotá: Doctrina y Ley Ltda..

El caso del anestesiólogo también es de gran complejidad, ya que él es un especialista que está cumpliendo con el deber encomendado por el médico. La diferencia radica en que éste no es responsable por las actividades realizadas por el cirujano en el desarrollo del procedimiento, ya que está desarrollando una actividad autónoma, y él sólo es el encargado de monitorizar al paciente y vigilarlo durante la intervención. Esta idea toma fuerza cuando se establece que acá no hay mando ni dirección, solo está actuando bajo la coordinación del cirujano jefe.

Esta teoría se puede llegar a deducir lógicamente, ya que la actividad que está realizando el anestesiólogo es autónoma e independiente al desarrollo del plan quirúrgico

El Consejo de Estado también acoge este presupuesto en el que el médico jefe es quien responde por las actividades realizadas por sus auxiliares, así quedó demostrado en una sentencia que fue proferida por esta entidad. En este caso se había dejado una compresa quirúrgica dentro del cuerpo del paciente, lo que había ocasionado fuertes dolores y quebrantos de salud. Este tribunal estableció que todo el quipo médico es responsable, pero de manera relevante el médico jefe, así como el primer ayudante que entró a cirugía.⁷⁴

Con lo anterior, se reitera la teoría según la cual el jefe del equipo es quien responde por las actividades de cada uno de los integrantes, exceptuando cuando se encuentra otro especialista –anestesiólogo, él es autónomo y por ende responde por sus propios actos.

El principio de confianza se aplica en el trabajo que se desarrolla en quipo, en donde hay varios miembros pero cada uno de ellos tiene un rol específico y delimitado dentro de la actividad quirúrgica que se va a desarrollar, de manera que si se produce un resultado lesivo el mismo le será imputado al jefe del equipo, quien es el encargado de evitar ese tipo de resultados.

Este principio es de gran importancia en el desarrollo del acto quirúrgico, ya que cada una de las personas que interviene en el mismo, se encargara de realizar de forma adecuada y cuidadosa su rol que tiene dentro del equipo. Es así como el jefe del equipo médico delega responsabilidad a las otras personas

74. Tribunal Superior de Bogotá. Sala Civil. M. P. Humberto A. Niño. Julio 27 de 1999

que se encuentran. Esto debe ser desarrollado de esta forma, ya que resulta de vital importancia la participación de otras personas y especialistas dentro de la intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES

1. En la Medicina la posibilidad de errar está siempre presente en el proceso de atención a los pacientes, dada la alta complejidad que se halla intrínseca en lo atinente al cuidado de la salud del ser humano, es por esto que los médicos deben poner a disposición del paciente todo su conocimiento, los avances de la tecnología y los medios necesarios para resolver de manera satisfactoria el caso de cada paciente. Es así como dos principios básicos que deben enmarcar siempre el actuar médico son el de beneficencia y no maleficencia: hacer el bien pero, ante todo, evitar causar daño, siempre recordando que la infalibilidad médica no existe

Aunque siempre se ha promulgado que la Medicina no es una profesión de medios sino de resultados, además de nunca comprometerse con estos, es un deber ético y moral de todo cirujano tratar hasta el cansancio de proveer lo mejor de sí y de su equipo de trabajo, a través de una buena gestión clínica con miras a lograr los mejores beneficios para el paciente, su familia y la sociedad.

Así pues, en momento alguno los médicos, hospitales y en general todo el equipo de salud podrán substraerse a la obligación ética, moral, legal y social de compensar, reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, de las omisiones, errores voluntarios o involuntarios cometidos en su práctica profesional.

2. A lo mínimo que puede aspirar un paciente es que su estado de salud no empeore como consecuencia de su paso por un hospital o cualquier servicio de asistencia sanitaria, lo cual es una aspiración elemental que debe ser compartida todos los trabajadores de la salud. Todas las operaciones de los

centros asistenciales deben girar en torno a la seguridad de los pacientes, ya que era muy común que un paciente que ingresaba por urgencias por una fractura de miembro superior saliera de esta institución con una infección que contrajo en la sala de urgencias mientras esperaba ser atendido o podría resultar con una cirugía practicada en el otro miembro que no tenía fractura, lo anterior es producto del deplorable sistema de seguridad hacia los pacientes.

En la última década, a nivel mundial, se ha venido trabajando por la seguridad de los pacientes. En Colombia, la política es liderada por el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, buscando disminuir el riesgo y minimizar al máximo la ocurrencia de eventos adversos.

BIBLIOGRAFIA

CHACON PINZON, Antonio José. Fundamentos de responsabilidad médica. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda., 2004. p. 25-27, 84-86, 126-132.

COLOMBIA, CONSTITUCION POLITICA, Ley 6 Artículo 1 y 7 1991.

COLEGIO DE PEDIATRIA, Estado de Sonora. México.

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala Civil. Providencia de 5 de Marzo de 1940.M. P. Liborio Escallón.

DEMOGUE,R,. Traite des Obligations. París.

DICCIONARIO WIKIPEDIA. 2008

FERNANDEZ MUÑOZ. La responsabilidad médica: problemas actuales. Bogotá: Gustavo Ibáñez Ltda. 2008. p.40,42

GUZMAN MORA, Fernando. Criterios para definir la responsabilidad civil del acto médico. En: revista digital Medspain.

GUZMAN, Fernando, et al. De la responsabilidad civil médica. Bogotá: Ediciones Rosaristas. 1995. p.29.

SERRANO ESCOBAR, Luis Guillermo. Aspectos críticos de la responsabilidad médica en la actualidad. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley. p.106

SERRANO LONDOÑO, Luis. Nuevos conceptos de responsabilidad médica.

Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
(SCARE)

TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTA, Sala Civil de Decisión, Julio 27 de 1999.
M.P. Humberto Alfonso Niño

VAZQUEZ FERREIRA. La obligación tácita de seguridad en la responsabilidad
y ley de contrato de trabajo. Bogotá: Universidad del Rosario, 1988. p.81.

VON DOMARUS, A. Medicina Interna. España: Elsevier. 1966.

Otras Consultas

www.anestesia.com. 2009

www.copeson.org.mx/informacion/derechos.htm. 2009

www.deley.wordpress.com 2009

www.fisica.uh.co 2009

www.medynet.com 2009

www.portalesmedicos.com 2009

www.psicopedagogia.com 2009

www.rneurocirugia.com 2009

www.scare.org. 2009.

www.wordpress.com. 2006

YEPES RESTREPO, Sergio. La responsabilidad civil médica. 3 ed. Bogotá: Biblioteca Jurídica, 1.994. p.26.