

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Pablo Julián Bidiña

DEMANDA DE MALA PRAXIS POR ANESTESIA REGIONAL

2024

Citar como: Bidiña, P. J. (2024). Demanda de mala praxis por anestesia regional. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3433>



Resumen

La anestesia regional es una práctica segura y efectiva. Tiene múltiples beneficios y como cualquier procedimiento invasivo, no está exenta de complicaciones. Estas últimas no son frecuentes, pero en ciertas circunstancias conducen a demandas de mala praxis por parte de los pacientes y sus letrados.

Dado que los médicos y las instituciones dónde se desempeñan laboralmente, son algo reticentes a reportar complicaciones, resulta interesante analizar los procesos jurídicos para objetivar el origen de las mismos y evaluar de qué forma podrían disminuirse a futuro.

Las demandas mayormente tienen asidero en las complicaciones graves, como son la muerte y el daño neurológico permanente. A raíz de esto, las penas e inhabilitaciones son mayores para el profesional actuante, al igual que los montos económicos a desembolsar.

Con el advenimiento de la ecografía como guía para uso rutinario, el uso de materiales y dispositivos de última generación, la utilización de drogas más seguras y en menores dosis, contar con soporte, se ha logrado disminuir la incidencia de complicaciones. Esto sumado al seguimiento de protocolos, guías de procedimientos, actualizaciones, entrenamiento y descanso de los facultativos, redundaría en beneficio para el paciente en todo el manejo perioperatorio.

El foco debe estar entonces en minimizar las complicaciones y realizar un correcto manejo de las mismas una vez producidas, para disminuir las demandas de mala praxis por anestesia regional.

Palabras clave: mala praxis en anestesia regional

Abstract

Regional anesthesia is a safe and effective practice. It has multiple benefits and like any invasive procedure, it is not without complications.

The latter are not frequent, but in certain circumstances lead to malpractice claims by patients and their lawyers.

Given that doctors and the institutions where they work are somewhat reluctant to report complications, it is interesting to analyze the legal processes to objectify their origin and evaluate how they could be reduced in the future.

The lawsuits mostly have a basis in serious complications, such as death and permanent neurological damage. As a result, the penalties and disqualifications are greater for the acting professional, as are the economic amounts to be disbursed.

With the advent of ultrasound as a guide for routine use, the use of state-of-the-art materials and devices, the use of safer drugs and in lower doses, and having support, it has been possible to reduce the incidence of complications. This, added to the following of protocols, procedural guides, updates, training and rest of physicians, would benefit the patient throughout perioperative management.

The focus should therefore be on minimizing complications and carrying out correct management of them once they have occurred, to reduce the demands of malpractice due to regional anesthesia.

Keywords: malpractice in regional anesthesia

Índice

▪ Resumen	2
▪ Abstract	3
▪ Índice	4
▪ Introducción	5
▪ Planteamiento del Problema	6
▪ Desarrollo	7
▪ Conclusiones	22
▪ Bibliografía	24

Introducción

La anestesia regional es una práctica centenaria que se puede practicar sola o en combinación con otra técnica anestésica (general o sedación). Tienen múltiples indicaciones, presentan muchos beneficios, son seguras y efectivas. (Vera, 2024)

Sin embargo, no están exentas de complicaciones. Estas complicaciones, a veces conducen a demandas contra el profesional actuante. (Torneró, 2008)

Por otro lado, utilizar nuevas drogas, materiales menos traumáticos, realizar técnicas con ayuda de imágenes y contar con soporte en caso de complicaciones, redundan en beneficio para el paciente. Disminuyendo la incidencia de complicaciones y resolviéndolas una vez que estas se producen. (Vera, 2024)

Se intentará entonces, estudiar los diferentes tipos de demandas, que tipo de complicaciones dieron origen a las mismas y que técnica se utilizó. Para establecer un puente, entre minimizar las complicaciones y disminuir las demandas.

La vinculación de este trabajo con la carrera de Medicina legal, radica en abordar el tema de la responsabilidad médica.

A tal fin, se hará una revisión bibliográfica en Google académico y Pubmed, con las palabras clave: demandas/litigios por anestesia regional; anestesia regional y mala praxis; complicaciones y beneficios de la anestesia regional; responsabilidad profesional médica.

Planteamiento del Problema

Las demandas por mala praxis en medicina, son muy frecuentes. La anestesia regional, no es una excepción. Las complicaciones asociadas a dichas prácticas, han sido motivo de demandas judiciales para el profesional actuante y las instituciones. Estas van desde más leves (parestesias), hasta más graves como muerte y daño cerebral permanente.

La frecuencia no es alta, comparada con otras especialidades médicas. Pero suelen ser en los casos graves, las de mayor monto económico (civil) y mayor inhabilitación (en lo penal) para el anesthesiólogo. (Perea, 2009)

El advenimiento de nuevos fármacos, materiales y equipamiento han permitido mejorar el éxito de dichos procedimientos, disminuyendo las complicaciones. (Vera, 2024)

Precisar a qué se deben los litigios por anestesia regional, permitiría conocer campos donde se pueda avanzar en el futuro, para minimizar dichas complicaciones y por ende la cantidad de demandas. (Howie, 2022)

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de las demandas de mala praxis por anestesia regional?

El objetivo general: caracterizar las demandas de mala praxis por anestesia regional.

Los objetivos específicos: analizar el marco legal. Describir los beneficios y las complicaciones por anestesia regional. Cuantificar la magnitud y el alcance de las demandas por mala praxis por anestesia regional. Finalmente estimar la reducción del número de demandas, disminuyendo las complicaciones

Desarrollo

Análisis del Marco Legal

Uno de los temas más antiguos y polémico en el ámbito del derecho, es la responsabilidad médica. Esto ha tomado cierta preocupación en la sociedad actual, debido a la judicialización de la medicina. Más aún cuando se trata del fuero penal.

En la práctica médica, el desarrollo científico técnico ha tenido un aporte indiscutible en las últimas décadas. Sin dejar de lado que los bienes jurídicos a proteger por el derecho, son la vida y la salud psicofísica del paciente. Tampoco hay que olvidarse del respeto por el conocimiento médico y la promoción de medidas para un mejor ejercicio profesional. (Momblanc, 2020)

La litigiosidad por mala praxis médica ha crecido en forma sostenida en nuestro país. En cuanto a lo que a cifras económicas compete, el costo de dichos litigios ascendería a 1,75 % del gasto total en salud antes del año 2010. Se cree que este porcentaje se siguió incrementando desde entonces. (Tobar, 2002)

Con respecto al fuero civil, dicho código presenta una cantidad de preceptos sobre la responsabilidad médica, las cuales deberían ser tomadas en cuenta por los profesionales y las instituciones para no incurrir en una mala praxis. En este sentido, es relevante demostrar que el profesional actuó con la diligencia debida. (Bordon, 2018)

Lógicamente cuando hay una demanda por mala praxis, lo primero que hay que repasar es lo que dice la ley. Si bien esta última es distinta en los diferentes países, suele haber un hilo de conducción en común. Por otro lado, los litigios se pueden focalizarse en el fuero civil, en el fuero penal o en ambos. Como ya fue comentado.

Estas demandas se dan hasta en los mejores centros de salud del mundo. La práctica médica en general tiene riesgos propios, sumado a que el ser humano es falible y por lo tanto se puede equivocar. (Amores, 2015)

Los jueces, tienen la gran tarea de brindar justicia en situaciones donde confrontan la idoneidad médica, la salud y la vida. El profesional, para no ser alcanzado por las demandas, crea una coraza protectora que llaman medicina defensiva. Cabe aclarar, que si bien hay reclamos que carecen de fundamentos, hay una gran mayoría que están bien fundamentados. (Pirota, 2007)

La ley 25189 del código penal argentino postula: "...penas a cumplir y diferentes tiempos de inhabilitación especial en los casos en que, por imprudencia, negligencia, impericia en un arte o profesión o inobservancia de los reglamentos de los deberes del cargo del causante, se ocasionare a otro la muerte, o un daño en el cuerpo o en la salud..." (CPA, 1999)

En la mayoría de los casos, coexisten estos diferentes tipos de figuras, siendo difícil su estricta delimitación. (Castelao, 2001)

Salvo excepciones, la responsabilidad médica, dentro de las responsabilidades profesionales, tiene una naturaleza culposa. Es decir, cometida sin la intención de hacer daño. (Mombanc, 2020) Sin embargo, esto no quiere decir que no tenga responsabilidad en el hecho, si se demuestra incumplimiento de lo promulgado en la ley. Los médicos, salvo algunas excepciones, no tienen una obligación de resultados, pero sí de medios. (Castelao, 2001)

Historia de la Anestesia Regional

La anestesia regional se introdujo a fines del siglo 19 con el propósito de dormir cierta parte del cuerpo, en el contexto de una cirugía. Evitar abolir las aferencias nerviosas, para poder llevar a cabo el procedimiento y evitar altas dosis de anestesia inhalatoria. En esa época, la mayoría de los actos anestésicos conllevaban una alta mortalidad. (Vázquez, 2021)

La primera muerte reportada por un caso anestésico fue 1848. (De Veracruz, 2014)

En 1880 se comenzó a utilizar anestésicos de grupo éster (cocaína) para procedimientos oftálmicos, posteriormente en odontología en 1884 y en 1898 se llevó a cabo la primera anestesia raquídea.

A comienzos del siglo 20, se produjo el primer anestésico sintético: procaína (1904). En los años venideros se extendió y popularizó la anestesia regional periférica selectiva. Dichos abordajes y descripciones siguen siendo de utilidad, aunque no se utilicen las mismas técnicas actualmente.

En 1943 se comenzó a producir anestésicos de grupo amida como la lidocaína y a partir de esta droga, otras diferentes con mayor vida media como la mepivacaína, bupivacaína y ropivacaína. Todas estas se siguen utilizando hoy en día.

Más allá del uso de los anestésicos para infiltraciones, anestesia regional periférica y central (como se verá más adelante); la procaína y la lidocaína se han utilizado (y se utilizan) en infusiones intravenosas, como parte de la anestesia general. Hay una técnica de anestesia regional, denominada anestesia regional intravenosa de Bier, donde también el anestésico elegido es la lidocaína.

En 1950 se marcó el inicio de la analgesia peridural para partos. Luego extendiéndose a diferentes especialidades como anestesia única y

posteriormente a la conducción/mantenimiento con el advenimiento de los catéteres (Vásquez, 2021)

Los tiempos han cambiado, en la actualidad se utilizan agujas finas atraumáticas y técnicas guiadas por ecografía. Los anestésicos tienen menor toxicidad y se usan en dosis menores. (Vera,2024)

Beneficios de la Anestesia Regional

La anestesia regional surgió como una herramienta eficaz y segura para el manejo del dolor perioperatorio. Constituyendo una alternativa (no excluyente) a la anestesia general.

Rudimentariamente, esta técnica consiste en administrar principalmente anestésicos locales en la cercanía de los nervios para evitar la propagación de la respuesta dolorosa. (Portugal, 2024)

Clásicamente la anestesia regional se clasifica en central o neuroaxial (peridural o raquídea) y periférica.

Aporta grandes beneficios como, reducir la necesidad de anestesia general, menor riesgo de complicaciones respiratorias, mejor control del dolor postoperatorio, menor incidencia de náuseas/vómitos, disminución del dolor crónico y alta precoz. También suministra un mayor confort para el paciente (descanso y recuperación) y disminución de los costos. Esto último, de mucha importancia, tanto a nivel privado, como a nivel público y tanto en países desarrollados como en los emergentes. (Vera, 2024)

Otro beneficio de esta técnica, es la disminución en el uso de los opioides. Destacando que la dependencia a dichas sustancias, es un flagelo en avance y muchas veces el primer contacto con las mismas se realiza en el contexto de una intervención quirúrgica. (Portugal, 2024)

La guía ecográfica permite la visualización en tiempo real de los nervios y las estructuras circundantes, así como de las agujas utilizadas; mejorando la precisión, la eficacia y reduciendo las complicaciones. Presentan la característica de ser una técnica operador dependiente, motivo por el cual el entrenamiento cobra radical importancia. Al igual que el contar con el equipamiento, dato no menor teniendo en cuenta su costo. (Portugal, 2024)

Esta técnica, ha permitido mejorar la precisión y la seguridad de los bloqueos regionales. Esto sumado a nuevos abordajes, materiales y fármacos de última generación, permiten ofrecer una analgesia y anestesia segura con menos complicaciones. (Vera, 2024)

Anteriormente, se utilizaban técnicas donde buscaban parestesias, en otras pérdida de resistencia y posteriormente neurolocalización. (Yagual, 2022)

No obstante, muchos pacientes desconocen los riesgos y beneficios de cada técnica en particular. Eligiendo la anestesia general, por considerarla más segura y temiendo además por estar despiertos durante la cirugía con anestesia regional. También argumentan, miedo a los pinchazos, al dolor de espalda o a sentir dolor durante la intervención.

En este importante aspecto, se hace énfasis en la relación médico/paciente. Conocer los temores de los pacientes por un lado y explicar clara y detalladamente los beneficios de la anestesia regional por otro. Sobre todo, lo inherente al manejo del dolor en el perioperatorio y que ninguna técnica de anestesia regional (salvo excepciones), se realiza en forma aislada, sin combinaciones. (Lavado, 2019)

Complicaciones de la Anestesia Regional

Las técnicas de anestesia regional tienen bajas complicaciones, sin embargo, cuando se producen es fundamental identificarlas precozmente para manejarlas de forma correcta y beneficiar al paciente. Es muy importante mantener el foco en esto último, el paciente como centro de los objetivos de todas las prácticas médicas. (Guerri, 2008) (Capurro, 2012)

Estas pueden ser leves, es decir sin secuelas aparentes o catastróficas. Las secuelas neurológicas suelen ser la preocupación de los pacientes. Para el estudio y descripción de las complicaciones en anestesia regional hay varias clasificaciones. Por ejemplo, inmediatas, mediatas y tardías. Anatómicas y fisiológicas. Leves, moderadas o graves. (Silva, 2009)

Es probable cuando se habla de complicaciones, que los datos se encuentren infraestimados debido al bajo reporte por parte de los propios anestesiólogos. (Tornero, 2008)

Las mayores complicaciones por anestesia regional son las lesiones nerviosas y la toxicidad por anestésicos locales. (Valdéz, 2013)

Estas pueden ser por:

- Neurotoxicidad directa de la fibra nerviosa
- Neurotoxicidad central por sobre dosificación
- Cardiotoxicidad
- Hipersensibilidad
- Complicaciones mecánicas (punción dural, punción nerviosa y hematomas)
- Infección del sitio de punción

Las complicaciones mayores, son aquellas que producen un daño severo en el organismo, pueden llegar a incapacitar produciendo aumento en los costos y

estancia hospitalaria (punción dural, paro cardiorrespiratorio, injuria neurológica permanente y muerte). Las complicaciones menores pueden ser: bloqueos fallidos, parestesias y las punciones vasculares.

Según Degiovanni et al, describen que el 16% de los procedimientos se realiza con anestesia regional, de estos casi en un 67% se utiliza anestesia regional neuroaxial. (2006)

Los procedimientos de anestesia regional, son invasivos, requieren del uso de diferentes materiales y de una curva de aprendizaje (entrenamiento). Está demostrado que el profesional cuando empieza su práctica en esta disciplina, no solo lo ejecuta más lento, sino también con un mayor índice de bloqueos fallidos y mayores complicaciones. La importancia de contar con un instructor avezado es crucial en esta etapa.

En el caso de las lesiones de los nervios periféricos, en general son referidas por el paciente y diagnosticadas por el equipo quirúrgico en el postoperatorio. No siempre es fácil establecer, cuando se produjo la lesión debido a que esta puede corresponder al acto anestésico, al acto quirúrgico, a la posición del paciente durante la intervención, en la sala de recuperación, en la internación o en el domicilio del paciente, una vez dado de alta.

En términos generales, es difícil realizar una conexión entre fallas en la calidad de atención y la verdadera causa del daño. Se trata de establecer información sobre el tipo de procedimiento realizado, nervios dañados con más frecuencia, factores relacionados, presentación de la lesión, secuelas, responsabilidad y previsibilidad. (Manrique, 2006)

Una de las mayores causas de complicaciones en anestesia regional, son las debidas a la toxicidad sistémica por anestésicos locales (LAST). Ente de complicaciones graves. Es una complicación grave, pero infrecuente. Se puede presentar tanto en técnicas centrales como en periféricas. (Mille, 2011)

Según Bocanegra et al, desde el año 1993 al 2012, mostraron que la mayoría de los eventos adversos con implicancias para el anestesiólogo (en general) eran en cirugías programadas (67%). El 18 % de los mismos, se dio en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA). Se encontraron fallas tanto en la evaluación preanestésica como en el consentimiento informado; fallos en el cumplimiento

de los protocolos, defectos de comunicación con el paciente/familiares y fracaso de comunicación entre el equipo médico. (2016)

Según Manuell, se observó que la fatiga del anestesiólogo estuvo presente en 60% de los casos, para que se presentaran errores en cuidados anestésicos. De esto un 86% corresponde a manejo clínico anestésico, 10% a equivocaciones en la administración de medicamentos y 6% a eventos críticos en anestesia. (2006)

La cefalea post punción dural, es una complicación frecuente que evidencia por la presencia de cefalea y otros síntomas asociados secundarios a la disminución de presión de líquido cefalorraquídeo. Es una complicación benigna y auto limitada, raramente puede haber complicaciones. (Chacón, 2022)

Otras complicaciones más graves, pero menos frecuentes, luego de una anestesia regional neuroaxial, son los hematomas epidurales y espinales. (Chacón, 2022)

Demandas por Anestesia Regional

La cantidad de eventos denunciados se estima que es muy inferior a la realidad. Si bien, es algo que se fue modificando con el correr de los años, sigue habiendo reticencia al respecto, motivo por el cual se torna interesante objetivar las complicaciones una vez recibida la demanda (Torneró, 2008)

Por eso es de utilidad estudiar los procesos jurídicos, para ver los patrones de presentación y factores asociados que al modificarlos podrían mejorar la seguridad del paciente. De estos procesos, el 35,6 % fue con anestesia regional.

En cuanto a esta última, la mayoría corresponde a técnicas centrales (raquídea o peridural). El 82 % de los casos de afectación del sistema nervioso periférico se debió a lesión de nervio o neuropatía. Los eventos más frecuentes fueron los cardiovasculares y respiratorios. En el 55% de los casos se demandó además a otro profesional, como el cirujano u otro anesthesiólogo. (Bocanegra, 2016)

Según Manrique, se han observado una mayor frecuencia de demandas contra el anesthesiólogo, con una frecuente indeterminación de la causa exacta del daño, sin evidenciar falta de cuidado o presencia de errores médicos. Por otro lado, los pacientes demostraron no haber recibido información adecuada. (2006)

En Estados Unidos, entre el año 1980 y el 2000, un tercio de las demandas se debían a LAST por muerte o daño cerebral permanente. (Mille, 2011)

Según Perea et al, destacan que las indemnizaciones más cuantiosas corresponden a anesthesiología. De la mano en que los daños producidos son más graves. Las demandas por anesthesiología fueron el 4,37% del total de casos estudiados, 71,08% fueron condenatorias y 28,91% absolutorias. El 81.96% de los casos correspondieron a anestesia general y los daños corporales asociados a las condenas fueron daño neurológico central severo y muerte. Hay que tener

en cuenta que es una especialidad donde la consideración general es la de contrato de medios. (2009)

En el caso de la anestesia obstétrica los porcentajes de demandas a la ASA por eventos adversos son:

- 19% muerte materna
- 19% lesión neurológica del neonato
- 15% cefalea post punción dural
- 10% lesión de nervio periférico
- 9,5% dolor durante la anestesia
- 9,5% lumbalgia
- 9% daño neurológico central materno
- 9% estrés emocional
- 7% muerte neonatal
- 5% broncoaspiración (Rodríguez, 2023)

En esta especialidad, en los últimos años ha habido grandes avances en cuanto a la seguridad de los pacientes. La obtención de información de los litigios, permite avanzar la atención anestésica en general.

El 54% de los reclamos se debieron a lesiones nerviosas maternas. Los casos más graves 15%, fueron por muerte o lesión cerebral y recibieron reconocimiento económico en su mayoría. Las causas se describieron como bloqueos neuroaxiales altos, intubación fallida y eventos embólicos. (Kovacheva, 2019)

En países desarrollados, la cefalea post punción dural, es la tercera causa de litigios por complicaciones post quirúrgicas. (Chacón, 2022)

La seguridad del paciente y la responsabilidad médica, son aspectos prioritarios de la práctica médica. En Cataluña, son la sexta especialidad en el número de reclamos (3,4%) y con muy altos costos.

Los campos más frecuentemente implicados en las demandas, son el manejo de la vía aérea y las lesiones neurológicas (centrales y periféricas). Se destaca un 35% de responsabilidad médica en dichas demandas. De las anestесias regionales (menos demandadas que las anestесias generales), con el 39% el bloqueo epidural fue el más frecuente.

Los reclamos tienen una media de presentación de un año desde el evento y una resolución en casi tres años. La mayoría de las demandas fueron arregladas, por vía extra judicial. (Parera, 2016)

En Maryland entre los años 1994/2017, se observó una incidencia de demandas por anestesia regional del 9% para anestesia neuroaxial y 2,9% para bloqueos nerviosos periféricos. Muy por debajo de anestesia general 59%, cuidados anestésicos monitorizados 14% y tratamiento del dolor con 10%.

En el 68% de los casos se alegó atención perioperatoria inadecuada, incluyendo falta de monitoreo adecuado en el 39 % de los casos. Los principales resultados adversos fueron la muerte 38%, daño cerebral 21% y daño permanente en los nervios 14%. (Howie, 2022)

Según Lee et al, observaron que el 71% de las demandas utilizaron técnicas centrales (tanto en pacientes obstétricas como no). En casi la mitad de los casos, los reclamos estuvieron relacionados con el bloqueo. Las complicaciones fueron de menor gravedad en casos de pacientes obstétricas. El paro cardíaco secundario al bloqueo neuroaxial, fue entre 30%-40% el evento perjudicial primario llevando a la muerte y al daño cerebral. Los hematomas epidurales, asociados a coagulopatía siguen siendo origen de lesiones de alta gravedad. Los bloqueos oculares, representaron un 5% de los reclamos por anestesia regional. (2004)

En pacientes sometidos a cirugía ortopédica no espinal, se observaron demandas de mala praxis por el manejo perioperatorio. El estudio de dichas demandas, sirve para investigar los incidentes que atañen a la seguridad en la atención del paciente sometido a cirugía ortopédica. (Kent, 2017)

Según Kent et al, se describen tres grandes grupos de incidentes, la presencia de hematomas neuroaxiales, lesión cerebral isquémica en pacientes operados en posición sentada y depresión respiratoria en el postoperatorio. En el 26% de los casos, se encontró una lesión nerviosa o un evento derivado del uso de anestesia regional. Muy por encima de los porcentajes de mala praxis con otras técnicas. El 90% de los pacientes que desarrolló un hematoma neuroaxial, estaba recibiendo anticoagulantes. No todos los pacientes con isquemia cerebral en cirugías posición sentada, tenían factores de riesgo para un accidente cerebrovascular (ACV). El 87% de los pacientes que sufrieron depresión respiratoria en

el postoperatorio, habían sido intervenidos en sus miembros inferiores. El 96% de estas depresiones respiratorias se presentó el día de la cirugía o al día siguiente. (2017)

Disminuir las complicaciones por Anestesia Regional

Las complicaciones en anestesiología pueden ser evitadas en un alto porcentaje, incluso los más experimentados pueden padecerlas a pesar de haber seguido los protocolos de actuación vigentes. Cuando una complicación ocurre, es indispensable valorar, manejar y documentar para evitar o disminuir desenlaces negativos. De esta forma debe estar escrito la evaluación previa, las maniobras y las notas postanestésicas; de tal modo que las acciones del anesthesiologo puedan defenderse en caso de litigios, independientemente de la técnica utilizada.

La falta de alerta genera una anestesia de menor calidad y mayor número de complicaciones.

Para evitar errores se recomienda, entrenamiento, supervisión, no trabajar solo, mantener el orden y rotular jeringas con fármacos.

La mortalidad perioperatoria es mayor en pacientes sometidos a anestesia general en comparación con regional. (De Veracruz, 2014)

Como parte de una estrategia de cuidado, se puede plantear el chequeo de cada caso en particular de los pacientes que reciben anticoagulantes y van a recibir anestesia neuroaxial. Mantener estricto control de la presión de perfusión en pacientes operados en posición sentada. Mejorar las indicaciones, administración y monitoreo de los pacientes que reciben opioides en el postoperatorio. (Kent, 2017)

Algunas medidas descritas para prevenir lesiones a cargo del anesthesiologo son:

- Vigilar frecuentemente la posición adecuada del paciente
- Inyección fraccionada de anestésicos
- Uso de neurolocalizador para la realización de bloqueos periféricos
- Uso de ecografía para realizar bloqueos periféricos

- Utilización de agujas finas (Manrique, 2006)

El empleo de técnicas guiadas por ecografía, el desarrollo de nuevos diseños de agujas y la llegada de nuevos anestésicos locales, disminuyó las complicaciones de LAST. En la actualidad se utilizan anestésicos en menores concentraciones y volúmenes. (Valdéz, 2013) Llevando a que la incidencia de complicaciones haya disminuido significativamente en los últimos 25 años. La incorporación de las emulsiones lipídicas, para tratar el colapso cardiovascular por cardiotoxicidad en esta grave complicación, han demostrado un avance en la terapéutica de rescate. (Mille, 2011)

En cuanto a bloqueos neuroaxiales, es de extrema importancia considerar un rápido diagnóstico de bloqueo alto, contar con monitoreo y soporte avanzado (sobre todo de vía aérea) y realización de los bloqueos lo más bajo posible para evitar lesiones nerviosas. (Kovacheva, 2019)

Otras estrategias de prevención postulan, el trabajo en equipo, capacitación del personal médico y paramédico, estandarizar procedimientos y crear la cultura del reporte de errores. (Amores, 2015)

Lo ideal es mantener las actualizaciones en anestesia regional, con el fin de garantizar la prestación de cuidados óptimos para el paciente. (Vera, 2024)

Las consecuencias mediatas de la problemática médico legal, demandas y sentencias en el fuero civil y/o penal, son motivo de preocupación para los anestesiólogos. Dicha especialidad es definida como de alto riesgo. Por tal motivo, es perentorio que los profesionales conozcan la esfera jurídica en la que ejercen y la responsabilidad jurídica que conlleva la especialidad. La ficha anestésica es un documento, donde los especialistas pueden ampararse en caso de que esté bien confeccionado y aceptar las consecuencias de un expediente deficiente. (Victoria, 2023)

Comprender los eventos que conducen a acciones legales, permite enfocarse en mejorar la práctica frecuente. (Howie, 2022)

Resultados

En términos generales, según lo revisado en la bibliografía, podemos concluir que para la ley en la anestesiología existe un contrato de medios.

La anestesia regional es una práctica segura, con múltiples beneficios y baja incidencia de complicaciones. Las complicaciones que condujeron a las demandas, fueron en su gran mayoría graves como muerte o daño neurológico permanente.

En promedio, las demandas fueron presentadas al año de producido el evento.

Menos del 10 % de las demandas a las especialidades médicas corresponde a Anestesiología. De esto, solo el 20 % corresponde a anestesia regional. Dentro de esta última, el 70 % tiene que ver con bloqueos centrales (principalmente peridural) y el resto con bloqueos periféricos.

La mayoría de los litigios, fueron resueltos por vía extra judicial, alrededor de los tres años de producida la complicación. En el 70 % de las demandas, el anestesiólogo fue declarado responsable y en el 30 % fue absuelto. Dichas demandas para estos especialistas, fueron las de mayor pena y mayor monto económico comparadas con las otras especialidades médicas.

La utilización de diferentes y actualizadas técnicas, han demostrado disminuir las complicaciones y por ende la cantidad de demandas.

Es esperable que, en un futuro cercano, de la mano de nuevos avances en dicho campo, que la cantidad de complicaciones disminuya en beneficio del paciente, minimizando las demandas para el médico actuante.

Conclusiones

A raíz de lo observado en esta revisión, es importante destacar, que hay una industria del juicio en diferentes países, que persiguen intereses económicos y no juzgar la responsabilidad del profesional actuante. Nuestro país no es la excepción.

Atrás de una demanda por mala praxis en medicina, hay mayormente una complicación. La anestesia regional presenta muchos beneficios y son técnicas seguras, sin embargo, como en muchas especialidades médicas dónde se realizan maniobras invasivas, hay complicaciones.

Estas complicaciones, aunque no son frecuentes, pueden ser de gravedad para los pacientes en particular y podrían terminar en demandas contra los anesthesiólogos.

Afortunadamente, no es una especialidad muy demandada, pero el hecho que sean cuadros de gravedad lleva a que las penas, inhabilitaciones y montos económicos a pagar, elevados.

El foco entonces, debería estar puesto en reducir al máximo las complicaciones y manejarlas correctamente una vez producidas, para lo cual hay que estar debidamente preparado. Contando con protocolos actualizados para cada caso.

Para evitar las complicaciones se requiere de varios factores, entre ellos: capacitación, actualización, utilizar materiales y drogas de última generación. Así como el uso rutinario de la ecografía como guía y contar con soporte vital disponible. Cabe destacar, que el descanso del facultativo es un ítem al que hay que darle la dimensión que merece.

El reporte de incidentes, es algo en lo que se debe trabajar, tanto a nivel personal como institucional.

Finalmente, hay otros factores muy importantes, como son: establecer una buena relación médico/paciente, la correcta realización del consentimiento informado, obrar siempre con los deberes de cuidado y confeccionar una ficha anestésica clara y completa.

Este trabajo logro demostrar que, es necesario seguir evaluando y actualizando las prácticas de anestesia regional. En este sentido, hay un abanico de opciones para seguir estudiando a futuro. Con el avance de la tecnología, la llegada de nuevos materiales, el uso fármacos de última generación, la docencia, la formación y la capacitación, quizás podamos descubrir que disminuyen las complicaciones y haya menos demandas judiciales para los anestesiólogos regionalistas. -

Bibliografía

- Amores Agulla Tania & Marrero Quesada José Ángel. (2015). Mala praxis médica en el quirófano. *Revista Cubana de Cirugía*. 54(2). 187-194.
- Bocanegra Rivera J. C. & Arias Botero J. H. (2016). Caracterización y análisis de eventos adversos en procesos cerrados de anestesiólogos apoderados por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) en Colombia entre 1993 Y 2012. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 44. 203-210.
- Bordón M. A. (2018). La doctrina de las cargas probatorias dinámicas recepcionada en el código civil y comercial de la nación argentina: su influencia en la responsabilidad civil médica. *República y Derecho*. 3(3). 1-32.
- Capurro J. & Sforsini C. D. (2012). Seguridad en anestesia loco-regional (ALR): complicaciones de los bloqueos nerviosos periféricos. *Rev. argent. Anesthesiol*. 101-112.
- Castelao S. (2001). El daño psíquico: delimitación conceptual y su especificidad en casos de accidentes de tránsito, mala praxis médica y duelos. *Cuadernos de Medicina Forense*.
- Chacón Campos N., Pizarro Madrigal M. & Guerrero Hines C. (2022). Cefalea post punción dural. *Revista Médica Sinergia*. 7(6). 847.
- Código Penal de la Nación Argentina. CPA. Ley 25.189. (1999). Recuperado de <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/60801/norma.htm>
- Degiovanni, J. C., Chaves A., Moyano J. & Raffán F. (2006). Incidencia de complicaciones en anestesia regional, análisis en un hospital universitario. Estudio de Corte Transversal. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 34(3). 155-162.

- De Veracruz, E. S. T. A. D. O. (2014). Morbi-mortalidad en Anestesia en el Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Lucio. *Cemev*.
- Guerrí Cebollada A., Tornero Tornero J. C., Escamilla Cañete B., Gómez Gómez M., Fabregat Cid G., Aliaga Font L. & Roqués Escolar V. (2008). Complicaciones tras técnicas de anestesia regional. *Rev. esp. anestesiología y reanimación*. 552-562.
- Howie W.O., Zangaro G., Howie B.A., Mc Mullen P.C., Dutton R.P. & Zimmerman L. (2022). Reclamaciones por mala praxis relacionada con la anestesia en Maryland 1994-2017. *Aana J*. 90(6).455-461.
- Kent C.D., Stephens L.S., Posner K.L & Domino K.B. (2017). What Adverse Events and Injuries Are Cited in Anesthesia Malpractice Claims for Nonspine Orthopaedic Surgery? *Clin Orthop Relat Res*. 475(12). 2941-2951.
- Kovacheva V.P., Brovman E.Y., Greenberg P., Song E., Palanisamy A. & Urman R.D. (2019). A Contemporary Analysis of Medicolegal Issues in Obstetric Anesthesia Between 2005 and 2015. *Anesth Analg*. 128(6). 1199-1207.
- Lavado J. S., Gonçalves D., Gonçalves L., Sendino C. & Valente E. (2019). ¿General o regional? Preferencias anestésicas de los pacientes y su percepción sobre la anestesia regional. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 66(4). 199-205.
- Lee L.A., Posner K.L., Domino K.B., Caplan R.A. & Cheney FW. (2004). Injuries associated with regional anesthesia in the 1980s and 1990s: a closed claims analysis. *Anesthesiology*. 101(1):143-52.
- Manrique Bacca J. I. (2006). Características de las demandas por lesiones a nervios periféricos durante procedimientos invasivos. Vinculación de los anesthesiólogos. *Rev. colomb. anestesiología*. 34 (2).
- Manuell Lee G. R. (2006) ¿Es la anestesiología una especialidad segura? *Revista Mexicana de Anestesiología*. 29(1). 67-75.
- Mille Loera J. E., Portela Ortiz J. M. & Aréchiga Ornelas G. (2011). Manejo de la toxicidad por anestésicos locales. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 34 (1). 90-94.
- Momblanc L. C. (2020). Una necesaria aproximación a la responsabilidad penal por mala praxis médica. *Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de La Plata*. (50). 054-054.
- Parera Ruiz, A. (2016). Responsabilidad profesional médica en anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor: análisis del período del 2000-2013. *Documento digital de la Universidad Autónoma de Barcelona*.

- Perea-Pérez B., Santiago-Sáez A., Labajo González M. E., Albarrán Juan, M. E. & Sánchez-Sánchez J. A. (2009). Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación, y odontoestomatología. *Trauma*. 20(4). 264-268.
- Pirota M. D. (2007). Responsabilidad médica: situaciones susceptibles de generar mala praxis y de liberar de responsabilidad. Análisis de casos paradigmáticos. *Dossier: Responsabilidad médica y mala praxis*. 161.
- Portugal C. R. A. & Merino J. J. V. (2024). Anestesia Regional Avanzada. *Actualización en Anestesiología*. Vol. 14. 85.
- Rodríguez J. A. (2023). Algunos aspectos históricos acerca de los eventos adversos de la anestesia y la analgesia neuroaxial. *Eventos adversos de la anestesia neuroaxial*. 8, 11.
- Silva Barrios E. (2009). Complicaciones de la anestesia locorregional. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. 8(3). 0-0.
- Tobar F. (2002). Economía de la mala praxis médica en Argentina. *Rev Médicos*. Agosto.
- Tornero J. T., Gómez M. G., Cid G. F., Font L. A., Escolar V. R., Cañete B. E. & Cebollada A. G. (2008). Complicaciones tras técnicas de anestesia regional. *Revista española de anestesiología y reanimación*. 55(9). 552-562.
- Valdés-Vilches L. F. & Caballero-Domínguez M. (2013). Anestesia regional en el paciente bajo anestesia general: ¿Es una práctica segura? *Cir May Amb*. 18 (3).
- Vásquez V. A. I. (2021). Historia de la Anestesia y la Anestesiología. Instituto Politécnico Nacional. *Escuela superior de Medicina Anestesiología*.
- Vera J. E. D., Lorenti D. J. R., López D. A. Q., Ron S. A. R., Solis M. L. R., Zambrano L. C. & Jiménez P. A. H. (2024). Avances en técnicas de anestesia regional: beneficios y consideraciones. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 6(4). 128-140.
- Victoria, F. A. (2023). Peritos y peritajes. *Fundamentos éticos y médico-legales en el ejercicio de la anestesiología*. 349.
- Yagual D. H. M., Vera K. G. J. & Hidalgo J. E. Y. (2022). Utilidad de la ecografía en la anestesia regional. *RECIAMUC*. 6(2). 124-132.

