

El 28-4 participé en un juicio en el Tribunal Provincial donde se juzgaba a una Anestesióloga, ¿delito que se le imputa? Homicidio por imprudencia. Considero que muchos han escuchado de este caso que les comentaré. Lo ocurrido en un salón de operaciones de un Hospital Ginecobstétrico hace más de dos años fue manejado de forma despectiva y con toda intención de inculpar a la acusada y hacer daño objetivamente; fuimos influenciados con los criterios emitidos por trabajadores de este centro asistencial y lo mismo ocurrió con los familiares que decidieron después de recibir el fallo de una comisión creada para establecer la culpabilidad de la acusada, realizar la acusación por lo penal.

Antecedentes de la acusada: Especialista en MGI, Máster en Urgencias Médicas, Residencia en Anestesiología y Reanimación prolongada por más de diez años producto a un embarazo durante la residencia y el hecho de cumplir misión durante cinco años en Venezuela motivada por la solicitud de médicos especialistas en MGI. Partió a la misión al concluir el tercer año de la residencia y al reincorporarse transcurrieron dos años antes de realizar su examen de especialista. En fin fueron **nueve años** los transcurridos desde su rotación por la especialidad de ginecobstetricia y su incorporación como anestesióloga en el centro asistencial donde ocurrieron los hechos. Sancionada a separación del centro por lo ocurrido y después de trabajar durante un año aproximadamente en otro centro asistencial fue citada nuevamente y desde ese día hace 1 año y 2 meses se encuentra en privación de libertad por peligrosidad, en espera de juicio.

Antecedentes de la paciente: 29 años, embarazo de 32 semanas, ingresada cuatro días antes por rotura prematura de membrana, amenaza de parto pretérmino, anemia ligera; con tratamiento antibiótico según protocolo e inducción de la madurez pulmonar, sepsis ovular y leucocitosis, en lámina periférica que informaba leucocitosis, neutrófilos y abundantes stabs con células juveniles. Es anunciada de urgencia con un diagnóstico de sepsis ovular y sufrimiento fetal agudo “**no recuperable**”.

Medida propuesta por la Fiscalía: Privación de libertad por ocho años, suspensión del título por 15 años y mantener hasta la mayoría de edad una hija de la paciente fallecida.

Después de escuchar lo ocurrido durante la vista oral, donde fue evidente para mí que la acusada refirió a la jefa de servicio del centro su falta de habilidades prácticas para afrontar este tipo de pacientes y recibió una preparación insuficiente durante un mes y luego de realizar una guardia con esta sin tratar ningún paciente, comenzó a realizar guardias. Es triste el hecho de que tanto la paciente como la acusada fueron enviadas a un matadero, pues para la ultima lo que le faltaba por aprehender se cogía en la práctica.**(Importante para los especialistas recién**

graduados, la fiscalía solo preguntaba a cuantas personas se lo informó además de la jefa de servicio y por qué hacías las guardias en esas condiciones)

En un juicio oral donde los letrados según se nombran, nada conocen de las letras que aparecen en los libros de medicina y mucho menos de anestesiología, duele ver como basan su proceder en lo recogido en el informe de la comisión de responsabilidad penal médica de la Dirección Provincial de Salud constituida por no se cuales peritos, pero en el cual por las declaraciones escuchadas fue definitorio a mi entender la declaración como perito de la jefa de servicio del propio centro asistencial. Para mí que poco conozco de leyes está claro que en un proceso legal como este no se puede ser juez y parte a la vez porque esto parcializa los resultados finales.

Parto de mi criterio de que este caso nunca debió llegar a los tribunales si se hubiera manejado adecuadamente, ahora una vez allí el sufrimiento de dos familias se prolonga inevitablemente y considero que el gremio de anestesiólogo se debe consternar por hechos como estos.

Objetivos a demostrar por la fiscalía

1. La acusada liberó al técnico de anestesia que realiza el salón de electivo CMA a solicitud de este y solo quedaba para ayudarla la técnica de anestesia de guardia que se encontraba en legrado y la enfermera circulante. **El especialista de guardia realiza el salón de electivo y las urgencias que se presenten, en cambio para un anestesiólogo con experiencia, peritado, que no puede hacer guardias, su función era realizar los legrados con la técnica de anestesia de guardia(Por qué somos tan serviles en estos hospitales).** Al llegar la urgencia trató de localizar a esta enfermera que no pudo contactar y comenzó la inducción anestésica auxiliada por la enfermera circulante, esta última preoxigenaba a la paciente en lo que la acusada administraba los medicamentos para la inducción. **(Para los letrados y los testigos de la fiscalía esto es una violación porque sin técnico de anestesia no podemos trabajar, piensen en esto porque si en nuestro sistema legal como en otros el resultado de un juicio se constituye una ley al emitirse el fallo judicial de ser a favor de la fiscalía, se vería afectada la atención médica anestesiológica en no pocos hospitales del país. Nuestro sistema judicial no funciona así para tranquilidad de los directivos)**
2. La decisión de realizar una anestesia general fue errada **(Esto es tema para discutir en un tribunal)**
3. A la paciente fallecida se le había realizado una evaluación preoperatoria el día anterior y el Test de Mallampati G- I en su evaluación G-III, de dicho test se hablaba como si fuera un complementario diagnóstico. **(Esto es condenable por ellos también, no podría haberse equivocado en su**

apreciación el primer anestesiólogo que realizó la evaluación) Su objetivo era demostrar que no la pudo intubar a pesar de ser una vía aérea fácil, no se preguntaron por qué este mismo anestesiólogo al llegar ante el llamado de ayuda no pudo tampoco intubarla.

4. Le indicó a la enfermera que le colocara la máscara facial superpuesta durante la inducción y no fija firmemente, lo cual es una violación también para los citados testigos.(Nunca han recibido anestesia y experimentado la sensación de ahogo ante una máscara facial ajustada), considero que es irrelevante siempre que se preoxigene durante varios minutos y se comience a ventilar una vez administrado el agente inductor , ahora para la fiscalía y la citada comisión ese fue un acto maléfico. Una vez administrados los medicamentos pasó a ocupar la cabecera de la paciente para continuar la ventilación y realizar la intubación orotraqueal.
5. La inducción anestésica **inoculada** (palabra utilizada continuamente por la fiscalía y la jueza), entre los medicamentos administrados estaba el atracurio, cuál sería mi asombro e indignación al ver mencionado este relajante muscular, el más utilizado posiblemente por los anestesiólogos en el país, como un veneno (la frase **inoculó atracurio** se repetía una y otra vez como si fuera el causante de la muerte de la paciente y no la imposibilidad de intubar producto a una vía aérea difícil. Los testigos de la defensa eminentes Anestesiólogos con reconocido prestigio estuvieron a la altura esperada a pesar de ser literalmente hostigados durante sus declaraciones por la fiscalía y la jueza(Evidentemente quería demostrar la idea que traía preconcebida y se esforzó en todo momento en eso), nunca pudieron conocer cuales fueron realmente las dosis administradas, porque en este caso no tuvieron acceso ni nadie durante el juicio a la tan vilipendiada HC(documento médico legal). Por una declaración leída del anestesiólogo presente durante los hechos pude conocer que lo administrado fue Fentanilo (no se precisó la dosis), Atracurio 12.5 mg(dosis de cebado), Lidocaína 100 mg, Tiopental(no se precisó la dosis) y Siccinilcolina 100mg.
6. No revirtió los medicamentos a pesar de que se lo indicó una ginecóloga que entró al salón en ese momento y el anestesiólogo que la auxilió después, e incluso ordenó administrar 1cc de Succinilcolina (asumo 50mg) cuando después del segundo intento de intubación la paciente comenzó a mover una mano según la apreciación de una testigo (enfermera). Esto es condenable para ellos porque debió revertir el atracurio y no lo hizo, en cambio indicó administrar mas relajante(**He llegado a la conclusión de que en este centro para la anestesia general utilizan SC en infusión continua todavía**) . Lo que no saben ellos los jueces y fiscales es que después de dos intentos (un

segundo con conductor), si la paciente se ventila con máscara lo que nadie se preguntó (porque no manejan lo relacionado con la especialidad, **a pesar de ser universitarios**), todavía no podemos hablar de una vía aérea difícil y otro intento no puede ser penalizado por nadie (**Un tribunal no es lugar para discutir eso**)

7. Tercer intento, comienza a desaturar y decide colocar una máscara laríngea (término confundido una y otra vez con la facial por parte de la fiscal), en ese salón solo había una No. 3 en otro según declaración de la perito había una No. 4 (a pesar que la acusada refirió que solo tenían una en la UQ), la No. 3 no le permitió ventilar a la paciente y la retira en ese momento llegó la ayuda, el anesthesiólogo de legrado (al cual por suerte o desgracia le avisaron en la escalera cuando se retiraba para su casa), la desplaza y asume la situación SpO₂ 50-60% la paciente no ha parado todavía, tras intentos por vía oral y nasal de intubación no lo logra deteriorándose aun más el estado de la paciente. Incrementando el sangramiento en la orofaringe.
8. Se le acusa por no pedir ayuda, pues después de dos intentos no salió gritando y solo cuando le preguntaron dijo, no la puedo intubar pues la glotis está lateralizada. Pero en este periodo aparecieron en el salón 5 especialistas más, un anesthesiólogo, un cardiólogo, dos ginecólogos más además de los dos presentes. (todos **con más experiencia que la acusada y salieron ilesos**) Cuanto hay que gritar para que la ayuda sea escuchada, en este caso dio tiempo para que se movilizara todo el hospital, se suspendiera una reunión en la dirección y todo.
9. Glotis lateralizada, miente porque el informe de la necropsia no informa ninguna anomalía congénita y en el bloque anatómico no se pudo comprobar (**Cuanto tuve que aguantarme para no responder yo a esta barbaridad, que alguien apoyó fuertemente en algún informe que la letrada leyó porque de eso ella no sabe nada**)
10. Después de varios intentos de intubación y ante la imposibilidad de ventilar (asumo), la acusada realizó una cricotirotomía pero no pudo ventilarla por esta vía pues el ventilador no la acompañaba, no le permitía administrar el flujo adecuado. Para la comisión una medida no adecuada.
11. Se intentó continuamente por la fiscalía de establecer los nexos de tiempo para confirmar su tesis de que podía haber **revertido la anestesia**, pasó tiempo suficiente y no lo hizo.
12. Realizó una traqueotomía transversa, seccionando según un testigo la tráquea completamente y las arterias del cuello (**Así nos vendieron la información inicialmente**), *pero además la realizó tardía*, ¿por qué fue más allá de lo que le correspondía?; paciente que paró por hipoxia, frente a otro

anestesiólogo, un cardiólogo que comienza las maniobras de RCPC y 3 ginecólogos, pero se continúa esperando un cuarto que no llega para que realice la traqueotomía. Se insiste por parte del cardiólogo en la necesidad de realizar la traqueotomía pero nadie actúa; por lo que la acusada asume la responsabilidad. Al llegar el único con habilidades en el centro faltaba pasar la cánula de traqueostomía por lo que se demostró después, este asumió continuar el proceder palpó y emitió su criterio; “detengan la RCPC pues la tráquea está seccionada completamente, se retrajo al tórax y ya llevan 30 min de RCPC”, declaración confirmada en la vista oral.

Que no tuvo en cuenta la comisión ni la fiscalía y no quedó claro pues nadie habló del tiempo transcurrido con este fin. Desde la inducción anestésica hasta el momento de la PCR habían pasado 25 min, este tiempo en apnea no lo tolera nadie y menos una paciente embarazada. Después de tres intentos y el de colocación de una ML, todavía la saturación era de 50-60% y otro anestesiólogo comenzó a asistir a la paciente, tiempo suficiente para que todo un hospital se movilizara, incluso el director se enteró y se activó comisión de casos graves, pero no se realizó la traqueostomía, los ginecólogos presentes no se qué función jugaron durante todo este tiempo, sobre todo en los primeros 25 min. Al entrar el cardiólogo la SpO2 era de 50% y posteriormente presentó bradicardia y paró en asistolia. Todo presenciado, pero hay una culpable, la novel Anestesióloga.

Informe patológico, no existía sepsis ovular, no fueron seccionados los vasos del cuello (El sangramiento descrito como abundante por los testigos evidentemente era venoso, por los vasos que pasan por la cara anterior del cuello), la tráquea tenía una incisión en su cara anterior (**Que palpó el ginecólogo que asumió eran los cuerpos vertebrales, ¿no serían los anillos traqueales?**) La comisión ministerial por quien se asesoró, que documentos leyeron.

Porque los cirujanos actuantes no realizaron la traqueostomía y la cesárea de emergencia como está indicado en casos de PCR en la embarazada (**Podrían estar vivos hoy los dos, o al menos el niño**), en ningún momento fueron cuestionados por comisión alguna.

El servicio de anestesiología de este centro no se ocupó de esclarecer adecuadamente los hechos, todo lo contrario, considero fueron serviles e influenciaron negativamente en el resultado final de la investigación e incluso fomentaron un ambiente negativo en torno a el mismo. Actuación lamentable según mi criterio.

La comisión creada pasó por alto muchas cosas y se asesoró por el personal de la propia institución, por lo que considero podría ser impugnada si el desenlace no es el que persigue la defensa.

A pesar de una defensa brillante y muy valiente, en nuestra Sociedad se debería analizar la posibilidad de contar con abogados que acudan en auxilio legal de sus integrantes de ser necesario y ante hechos tan lamentables como este, pues de conocer un poco más de los términos y lo que se discutió en la vista, que fueron cuestiones Anestesiológicas, que se manejaron por juristas de manera errónea en algunos casos; el resultado final podría ser previsible. **(presenciar un juicio como este ensombrece el futuro de los más jóvenes si no tenemos un sistema creado previamente para defender nuestros derechos)**

El lamentable todo lo acontecido, la forma en que se ha manejado por salud pública y por las instancias legales y sobre todo que después de dos años el anestesiólogo y los dos cirujanos obstetras (responsables del caso) no se encuentren en el país a pesar de ser testigos; convencido estoy de que no los volverán a ver. La culpa hace huir a los cobardes. Nadie se preguntó en el juicio lo conveniente de su ausencia para la fiscalía que ante sí tiene una culpable demostrado por una comisión médico legal.

Del ministerio de salud pública no había nadie presenciando la vista, ellos ya la culparon, pero debieron escuchar cuando se dijo que con una inversión de de 200dólares, se hubiera salvado esta vida y una anestesióloga. Si pudiera haber contado ese día con un Combitube o ML Fastrach.

El resultado final de la Vista Oral demorará todavía un tiempo (desconozco), pero en prisión continúa una Anestesióloga esperando un veredicto del cual depende el criterio formado en los jueces el cual era una crónica de una muerte anunciada, mi apreciación fue que el final a pesar de no entender claramente de lo que se hablaba y estaban hablando ellos mismos, gracias al informe de anatomía patológica, los testigos de la defensa y a la abogada defensora varió el balance de la situación. Las conclusiones solo Dios sabe pues repito **este es un juicio que nunca debió realizarse en contra de la acusada.**

Considero al igual que todos mis compañeros de servicio que este hecho debe ser conocido por todos analicémos: como funcionamos, cuan unidos estamos, que hacemos mal, como actuamos ante las complicaciones anestésicas, donde están los protocolos de actuación y que variantes tiene en cada caso. Sobre todo piensen que así está el estado de las cosas para nosotros. En la Anestesióloga, la situación que se encuentra actualmente, en la que podemos estar cualquiera de nosotros. Como observador no pretendo dar más criterios al respecto sobre la vista oral pero doy fe que es real todo lo escrito hasta ahora.

**Nota: Artículo que circula por Intranet y que Ciudadano Cero reproduce íntegramente. El autor, cuyo nombre me reservo, es un profesional autorizado, con muchos años de experiencia y Jefe de Unidad Quirúrgica y Anestesia en un prestigioso hospital habanero.*