

# **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO AL ERROR MÉDICO**

**MSc. Dr. Carlos Antonio Vilaplana Santaló**

**Especialista de segundo Grado en Anestesiología y Reanimación.**

**Profesor Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Manuel Ascunce Domenech”, Camagüey.**

**Introducción:** Evidencias de reacciones postraumáticas datan del siglo sexto antes de Jesucristo y se fundamentan en las reacciones de los soldados durante el combate.

El síndrome de stress postraumático es un trastorno de ansiedad que empezó a ser estudiado a partir de la observación de las secuelas psicológicas que presentaban algunos veteranos de la guerra del Vietnam. En 1980 se incluyó por primera vez en la Clasificación de Enfermedades Mentales (**DSM-III**), de la Asociación Psiquiátrica Americana y se incluían como síntomas principales del síndrome: la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos relacionados con el mismo y el estado de ansiedad o nerviosismo que se desencadenaba con la reexposición a detalles que recordaran el evento.

Se definía como trauma a un evento que estuviera absolutamente fuera del rango de la experiencia humana normal. La cuarta edición de la DSM ampliaba la definición de trauma a "cualquier evento que suponga una amenaza de muerte o graves daños para la integridad físico de uno mismo o de otros, cuando la respuesta individual está marcada por el miedo extremo, la indefensión o el horror.

Los criterios diagnósticos para el síndrome de estrés postraumático según la clasificación de las enfermedades mentales (**DSM- IV**) son:

1. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.
2. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente.
3. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y el embotamiento de la reactividad general del individuo.
4. Síntomas persistentes de aumento de la activación (dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, poca concentración, respuestas exageradas de sobresalto, etc.)
5. Estas alteraciones se prolongan más de un mes.
6. Las mismas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Epidemiología:** Investigaciones realizadas en países del primer mundo estiman que la prevalencia de exposición a eventos traumáticos ocurre entre 39,1% y 60% a lo largo de la vida, aunque no todas las exposiciones a eventos traumáticos generan la aparición del síndrome antes descrito. En cuanto al sexo diferentes estudios avalan que entre 13% y 20,4% de las mujeres y entre 6,2% y 8,1% de los hombres desarrollará la entidad.

Existen múltiples causas que provocan este síndrome de ellas destacan las de causa sociales, económicas, los desastres naturales, los ataques terroristas y los provocados en el ámbito de la salud de las personas.

Varias especialidades médicas incurren con más probabilidades que otras por el escenario en que se desarrollan como la ginecología y obstetricia, medicina intensiva y la anestesiología, que es en esta última donde desarrollaremos este acápite.

Dentro de las causas más importantes que desencadena el stress postraumático debido al error médico lo constituye sin lugar a dudas el

despertar intraoperatorio durante la anestesia general, donde vamos a concentrar nuestra charla a continuación.

**Objetivos:** Identificar, describir y enunciar las etiologías que causan el síndrome de stress postraumático secundario al error médico de los anestesiólogos, su tratamiento profiláctico y consecuente.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica actualizada en artículos de revisión y artículos originales.

**Resultados:** Específicamente en los metanálisis observados la incidencia de “awareness” después de una anestesia general en los Estados Unidos es un hecho traumático que genera entre 50 y 70 % síndrome de estrés postraumático, superior a desastres naturales, combates e incluso violencia sexual, así otros estudios evidencian estas cifras con los siguientes porcentajes: awareness 56%, violaciones 48%, presenciar la muerte o graves lesiones 10,7%, baste señalar entonces la importancia que reviste en nuestra especialidad, en Latinoamérica y concretamente en México, el primer caso publicado al respecto esta registrado en la Revista Mexicana de Anestesiología del año 1971.

La incidencia general de este suceso es de 0,1 a 0,2 %, llegando algunas series hasta un 1%; en grupos cirugías más específicas como la cardíaca y la del trauma sus cifras se elevan hasta 1,5% y de 11 a 43% respectivamente.

**Conclusiones:** Efectivamente puede hacerse presente un evento de despertar transoperatorio, que por sí solo ya genera un conflicto de intereses, primero para el paciente, segundo para el anestesiólogo (ver figura No.1), para el equipo multidisciplinario que participa en el evento quirúrgico, con el consecuente potencial de daño psicológico hacia el mismo paciente y la

detonación de un síndrome de estrés postraumático, que por sí solo puede ser motivo de una demanda médico legal, es por esto que dentro de la práctica de la medicina perioperatoria, éste, debe ser prevenido desde sus factores predisponentes generales (ver cuadro No.1)y evaluados en una certera consulta preanestésica, llevando a cabo las condiciones necesarias para prevenir su aparición, cosas tan simples como una buena información al paciente y familiares, así como una eficaz medicación preanestésica, pueden ser de utilidad; sin embargo durante el período transoperatorio, existen factores de tipo no médicos y médicos, tales como mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos de anestesia, fármacos que no cumplen con la calidad y caducidad suficiente para emplearse, técnicas “**light**”, errores en las dosis empleadas, escenario clínico, tipo de paciente, tipo de cirugía, etc.; también en el período postoperatorio se debe identificar de manera intencionada y dar la credibilidad al paciente cuando nos comenta su impresión del evento que se le realizó, si un paciente tiene memoria explícita, tendremos la evidencia clínica que algo sucedió y que se debe identificar como despertar transoperatorio, que implica por sí mismo el hecho de ser detectado desde la salida del paciente del quirófano, área de cuidados postanestésicos y las primeras 48 horas tratado, vigilado e informado detalladamente al paciente, familiares, al equipo multidisciplinario, al anestesiólogo y el entorno hospitalario, para establecer el procedimiento de control subsecuente junto con el especialista de salud mental, para evitar en la medida posible la incidencia de síndrome de stress postraumático.

Sin embargo cualquier información al público en general deberá basarse en evidencia, por tal razón se debe entender que este evento se puede presentar

en cualquier momento y en cualquier paciente, siempre y cuando el anesthesiólogo no lo identifique oportunamente, pero para ello, debe tener en mente que el despertar transoperatorio existe y tiene la obligación de informar cabal y gentilmente al paciente y familiares del potencial riesgo de despertar transoperatorio como una complicación más del procedimiento anestésico.

Durante el transoperatorio es obligación del anesthesiólogo otorgar una atención médica de calidad y eficacia para que no se presente esta complicación, sin embargo, muchas veces el estado clínico del paciente hace que el anesthesiólogo modifique sus tratamientos de acuerdo al escenario clínico.

Lo ideal sería contar con un tipo de monitorización que se integrara en el expediente clínico, pero sería muy costoso, por tal razón ya existen en la sociedad americana de anesthesiólogos, algoritmos para prevenir el riesgo de despertar en todos los pacientes, donde se indica de una manera clara y precisa: qué riesgos, qué tipo de paciente pudiera ser más lábil, pero lo más importante es dar el seguimiento del caso y confrontar al paciente y familiares para un manejo multidisciplinario antes de que se presenten secuelas.

### **Anexos:**

**Cuadro No. 1 Factores de riesgo para el síndrome de estrés postraumático**

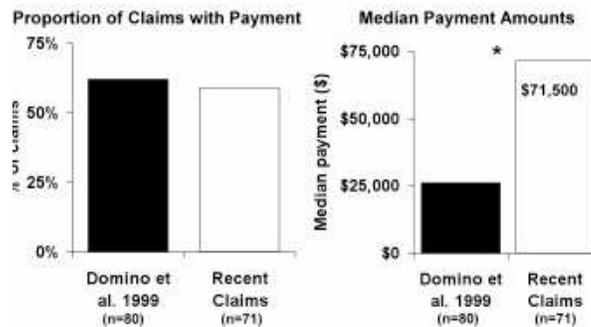
<b>Propios del sujeto</b>	<b>Relacionados al trauma</b>
<b>Sexo femenino</b>	<b>Violaciones</b>
<b>Introversión</b>	<b>Ataque sexual</b>
<b>Antecedentes de trastornos de conducta</b>	<b>Awareness previo</b>
<b>Soltero</b>	<b>Presenciar muertes, lesiones</b>
<b>Edad media</b>	<b>Asaltos</b>

Bajo nivel educacional	Accidentes
Abuso de alcohol	Experiencias de combate
Experiencia previa del trauma	Abortos
Creencias personales	Infarto al miocardio, AVE, VIH

**Figura No. 1** Payment for awareness claims in ASA closed claims.

En: Kent CD: Awareness during general anesthesia: ASA Closed Claims

Database and Anesthesia Awareness Registry. ASA Newsletter 2010; 74(2): 14-16



\* $p=0.007$  between payment amounts in older claims (Domino et al., 1999) and recent claims. The two main causes of awareness in the closed claims were light anesthesia and anesthetic delivery problems.

#### Referencias bibliograficas:

1. Beck CT. Posttraumatic stress disorder due to childbirth. The aftermath. Nursing research 2004; 53 (4):216-224.
2. Luengo V, Zapata C, Delfino A, Calderon J, González M. Awareness, consecuencias de una experiencia estresante. Rev Med Chile 2010; 138:352-357.
3. Errando CL, Sigl JC, Robles M, Calabuig E, García J, Arocas F, Higuera R, Del Rosario E, López D, Peiro CM, Soriano JL, Chaves S,

Gil F, García Aguado R. Awareness with recall during general anaesthesia: a prospective observational evaluation of 4001 patients. *British Journal of Anaesthesia* 2008; 101 (2): 178–85.

4. Cisneros-Corral R. *Biología del aprendizaje y de la memoria. Anestesia en México* 2005; 17 (2).
5. Blussé van Oud-Alblas HJ, van Dijk M, Liu C, Tibboel D, Klein J, Weber F. Intraoperative awareness during paediatric anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 102 (1): 104–110.
6. Aldrete JA. Escritos varios. Libro Latinoamericano de Anestesiología. [http://www.scare.org.co/clasa/lla\\_2005/articulo\\_0024.htm](http://www.scare.org.co/clasa/lla_2005/articulo_0024.htm). visitado: 2.02.2011