

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL
MÉDICO ANESTESIOLOGO

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
ANESTESIOLOGÍA

P R E S E N T A

DRA. MARÍA DE LOURDES HIGUERA SÁNCHEZ

ASESOR
DR. JOSÉ ÁLVAREZ VEGA

DICIEMBRE

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

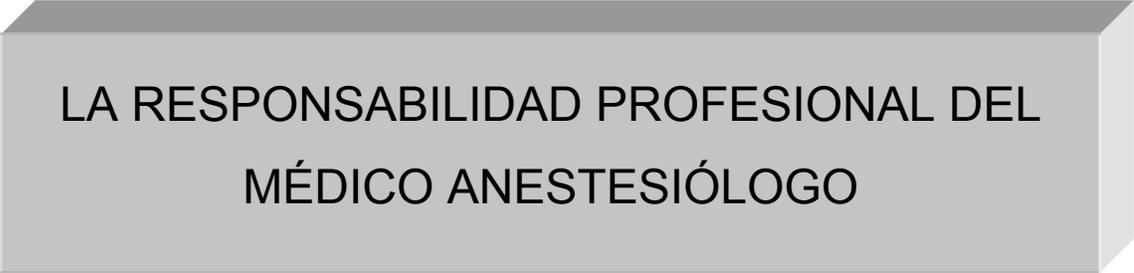
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA RESPONSABILIDAD

PROFESIONAL DEL

MÉDICO ANESTESIÓLOGO



LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL
MÉDICO ANESTESIÓLOGO

AGRADECIMIENTOS.

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. José Álvarez Vega Titular del Curso de Anestesiología del Hospital General de México por su asesoría en la realización de esta revisión Bibliográfica, también agradezco a todos los que han participado en mi enseñanza, mis maestros y mis pacientes.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a mi familia y a mis amigos por su valioso apoyo, y a Dios por el regalo de tener esta profesión y un trabajo digno.

En memoria de mi Padre, A mi Madre que es una gran mujer, a mi adorable hija Marilú, mis hermanos, hermanas, a mis sobrinos y a Bety por su amistad.

INDICE

Justificación.....	5
Objetivos	6
Introducción.....	7
Capítulo I : Historia de la Anestesiología.....	9
1. Reseña Histórica del Derecho.....	12
2. Historia de la Deontología y la Responsabilidad Profesional.....	14
Capitulo II: Regulación del Ejercicio Profesional Médico.....	17
Capitulo III: Responsabilidad Profesional.....	20
1. Obligaciones de Medios	24
2. Obligaciones de Seguridad.....	24
3. Obligaciones de Resultados	25
a) Requisitos para configurar un acto de responsabilidad Médica	26
Capítulo IV: Responsabilidad Penal	29
Capitulo V: Responsabilidad Civil	33
Capitulo VI: Responsabilidad Administrativa	36
Capitulo VII: Proceso Jurídico	37
- Procedimiento Penal	37
1. Averiguación Previa	37
2. Preparación del Proceso Penal o Preinstrucción.....	38
3. Instrucción	39
4. Ejecución de la sentencia	39
Capitulo VIII: Procedimiento Civil	41
1. Demanda	41
2. Emplazamiento	41
3. Contestación de la demanda	42
4. Termino aprobatorio	42
5. Sentencia	42
6. Sentencia Ejecutoria	42
Capitulo IX: Medidas Precautorias en Anestesiología	44
1. Estandares Básicos para los cuidados preanestésicos	45
2. Equipo de cuidados anestésicos	47
3. Estandares en los cuidados post anestésicos	53
4. Pautas para la anestesia regional en obstetricia	55
Capitulo X: Norma Oficial para la Práctica de la Anestesiología en México	59
Conclusiones	70
ANEXOS:	
(1) Procedimiento de Queja en CONAMED	71
(2) Evolución natural del caso médico legal (Nivel Institucional)	72
(3) Evolución natural del caso médico legal (Materia Judicial Penal)	73
(4) Historia Natural de un Caso médico Legal	74
Bibliografía	75

JUSTIFICACIÓN

La anestesiología es una especialidad de alto riesgo, estamos constantemente interviniendo en las funciones vitales de los pacientes a fin de anular o aminorar el dolor en los procesos quirúrgicos. Los pacientes invariablemente esperan resultados positivos y no dimensionan muchas veces el alto riesgo que estos procedimientos encierran. Muchas veces el médico anesthesiólogo esta sujeto a las complicaciones de los mismos procedimientos o de la condición física de los pacientes.

Esto se puede agravar por que a veces los mismos anesthesiólogos no respetan las Normas o se minimiza el posible riesgo existente en los procedimientos, a más de que a veces no se cuenta en los establecimientos donde prestamos nuestros servicios con las condiciones necesarias, tanto en equipamiento material y físico, como con el equipo médico humano necesario para practicar en condiciones de seguridad, eficacia y eficiencia. Las consecuencias de esto, las sufre el paciente, la familia y el mismo médico.

El aumento de las demandas médicas (con razón o no), la necesidad de evitar una práctica de la medicina defensiva deshumanizada, el temor de que nos veamos involucrados en un caso de responsabilidad profesional, y seamos afectados en nuestra estabilidad laboral, psicológica económica, familiar y profesional, donde los médicos que son demandados pierden todo lo que han conseguido con estudios y trabajo así como la seguridad en sí mismos, hacen necesario empezar a adentrarnos en este tema, iniciando por el conocimiento de la terminología médico legal, el conocimiento de los requerimientos mínimos básicos en anestesiología, el respeto de las normas éticas indispensables y la práctica basada en principios humanistas en un ambiente con respeto de nuestro trabajo y el derecho a la salud de los pacientes.

Conocer como actuar en caso de una demanda puede dar mayores elementos al medico para defenderse, y con mayor razón en casos de demandas no justificadas.

OBJETIVOS.

- 1 Conocer la terminología médico legal vinculada con el ejercicio de la medicina.
2. Relacionarse con los estándares y pautas indispensables para la práctica anestésica a fin de hacerlo con mayor seguridad.
3. Conocer los lineamientos básicos para la práctica de la anestesia en México
4. Resaltar la importancia y necesidad de la capacitación profesional anestésica continua.
- 5 Conocer el proceso de una demanda médico-legal y la manera de enfrentarla jurídicamente.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una compilación de la información existente sobre el vínculo del área de derecho y el área médica en nuestro país y relacionarla con el ejercicio profesional de los anestesiólogos. Dirigido principalmente a los anestesiólogos en formación y los que se encuentran en el ejercicio continuo de esta especialidad.

En el último siglo la medicina ha alcanzado una evolución meteórica en cuanto a tecnología se refiere, la ciencia anestésica se encuentra en sus mejores momentos desde que se reconoció por primera vez como especialidad en México, (1926 con el Dr.- Benjamín Bandera Cárdena y en los años 1956-57 como curso en el Hospital General).

En antaño, el papel del manejo en cirugía y el dolor era ejercido por los mismos cirujanos o personas que sin ser médicos trabajaban en el área, sin embargo con el advenimiento de la tecnología y la industria farmacéutica, la necesidad de la especialización en anestesia fue necesaria.

El manejo médico de un procedimiento quirúrgico y el cuidado de las funciones vitales de una persona mientras es sometida a cirugía, corre a cargo del equipo médico, en especial, del anestesiólogo. El uso de una monitorización adecuada, el elegir los medicamentos, sus dosis, manejo de los efectos, reacciones, así como la técnica anestésica a escoger, y el manejo adecuado del dolor, son responsabilidad del médico anestesiólogo.

Las diferentes sub-especialidades de la anestesia, que se han desarrollado en pediatría, en gineco-obstetricia, neuro-anestesia, dolor, cuidados paliativos, etc. nos dan idea del campo tan amplio que tienen los anestesiólogos en nuestro país. Alcanzar un alto grado de tecnificación y habilidades en dichos campos requiere de un estudio y práctica constante.

No obstante, aún con un alto entrenamiento y con amplio ejercicio de esa practica, nos podemos ver involucrados en los procesos de errores, mala praxis o un caso de responsabilidad profesional ante nuestros pacientes y/o sus familiares.

Es por esta razón que el presente trabajo tiene como objetivo el introducir al anestesiólogo en el interesante vínculo entre la Medicina y el Derecho; haciendo una reseña histórica sobre nuestra especialidad, mostrando el marco jurídico que legaliza nuestro trabajo, tocando algunos aspectos sobre conceptos médico-jurídicos, mencionando lo que implica el proceso de demanda, y algunas medidas precautorias. a seguir para evitar las mismas, así como la norma oficial para la práctica de la anestesiología en México., esperando sea de utilidad para el lector, relacionado con la anestesiología.

En los últimos 20 años en nuestro país las denuncias por algún caso de responsabilidad médica han venido en aumento , anterior a los años 70 era muy raro que esto ocurriera, las causas son múltiples, desde el auge a los medios de comunicación, la influencia de la medicina defensiva, la mayor información de los pacientes acerca de sus derechos, el cambio cultural donde el médico ha dejado de ser el autoritario o paternal en cuanto a materia de salud de una persona o su familia se refiere, etc.

Para la Comisión Nacional de arbitraje Médico, uno de los principales problemas es la falta de comunicación entre los médicos y los pacientes.

En fin, son muchas causas las que pueden provocar una demanda, por lo anterior es importante tener un esbozo de los problemas médico legales a los que nos podemos enfrentar los anestesiólogos, así como conocer la forma de abordarlos o prevenirlos.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA ANESTESIOLOGIA

En la segunda mitad de los años de 1800 la necesidad de profundizar en el estudio de ciertos órganos y sistemas, así como las exigencias de que determinados médicos se dedicaran exclusivamente a un área definida dio lugar en todo el mundo al nacimiento de las especialidades médicas.

En particular para el cuidado de la anestesia quirúrgica, desde sus inicios 1846, se hizo evidente la necesidad de que una persona, que no necesariamente fuera medico, al principio y solo un médico después se encargara de todos los aspectos concernientes a la administración de anestésicos.

Inicialmente la persona encargada de administrar el procedimiento anestésico se le llamo anestesista, podría ser una enfermera o un ayudante de cirujano, Sin embargo, a medida que creció la casuística de anestesis administradas, creció también el número de accidentes y de complicaciones por el uso de anestésicos, haciéndose imperiosa la necesidad de que un médico con amplios conocimientos de fisiología y farmacología, se dedicará, no solo al aspecto técnico de la administración del anestésico, sino también a la vigilancia estrecha de las funciones vitales, al mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico, a la reposición de la volemia y a la regulación del equilibrio ácido-base durante los periodos trans operatorio y postoperatorio inmediato

Esto incluye también la valoración preoperatoria o preanestésica.

El 16 de octubre de 1846 en el Hospital General de Boston en Massachussets, EU. Se usa el éter sulfúrico, con el Dr. W. Morton, mediante inhalación para extirpar un tumor del cuello. (1)

Ya en toda la historia de la humanidad se han usado diferentes compuestos, desde plantas medicinales en la india china o México prehispánico por mencionar algunos.

Pero los grandes adelantos lo han sido los gases anestésicos, el circuito cerrado circular con el filtro de cal sodada de Waters, la intubación endotraqueal, la anestesia endovenosa con barbitúricos de acción ultracorta, los relajantes musculares y la anestesia locorregional.

El bloqueo de conducción nerviosa con agentes anestésicos de efecto reversible ha sido uno de los grandes progresos de la especialidad

La historia de la anestesia locorregional empieza con la síntesis de la cocaína, lograda por Albert Nieman en Alemania en 1860, y la aplicación tópica, por Carl Koller en 1884.

En 1891 Quincke utiliza punción espinal como diagnóstico.

En 1898 Augusto Bier en Alemania usa la anestesia espinal o raquianestesia.

Teodoro tuffier, usa cocaína en espacio espinal publica 1n 1899en Francia.

Pages en España 1921, Dogliotti en Italia 1931, Gutiérrez en Argentina 1932 merecen mención

En México existen reportes e la primera anestesia administrada con éter sulfúrico en Veracruz para un soldado norteamericano administrada por el Dr. Jhon Porter en 1847.

Posteriormente en 1878, el Dr. Pablo Martínez del Rio cita el uso del éter con fines anestésicos.

El 25 de julio de 1900 el doctor Ramón Pardo en Oaxaca aplica la primera anestesia raquídea.

Lo relevante de este suceso es que se describe con lujo de detalles anatómicos y fisiológicos y aplicación de una metodología científica.

Se mencionan también a los Doctores José María Bandera parte del equipo quirúrgico del DR. Rafael Lavista y el Dr. Aureliano Urrutia.

Por los años 20 el Dr. Benjamín Bandera Cárdena comienza ardua labor por hacer de la anestesiología una verdadera especialidad. En 1934 junto con el Dr. Emilio Varela fundan la Sociedad de Anestesiistas de México.

En 1948 Cambia al nombre de Sociedad Mexicana de Anestesiología

En 1955 inicia curso teórico práctico de 30 semanas para cirujanos en los Hospitales del Departamentos del Distrito Federal.

En 1956 y 1957 en El Hospital General de México organiza un curso bajo la Dirección del Dr. Martín Maquivar Amelio, del cual egresa honrosamente el Dr. Manuel Alcaraz Guadarrama,

En el IMSS durante 1954 al año 1965 la especialidad se realiza mediante residencia tutelar

En el año de 1962 se establece la residencia de anestesia con duración de dos años

A partir de 1966 tiene el reconocimiento Universitario con lo que se inicia la etapa formal de la especialidad en México.

Otra faceta importante de las especialidades son sus publicaciones y asociaciones

En 1939 la Sociedad Mexicana de Anestesiología pública trabajo científico en la revista del Hospital Juárez (1)

Para la Sociedad Mexicana de Anestesiología primera revista aparece en agosto de 1952.y hasta la fecha aparece su publicación.

La Asociación de Médicos residentes y Ex residentes de Anestesia del Hospital General De México

AMERA reúne a médicos de la especialidad en anestesia del Hospital General de México de la Secretaria de Salud y que se encuentran ejerciendo en territorio Nacional y extranjero. (1, 20)

En cuanto a publicaciones como libros es de mencionar al Dr. Guillermo López Alonso de la

Universidad Autónoma de San Luis Potosí el cual es ahora un libro de texto para los residentes,

Y es de mencionar los esfuerzos en provincia y esta ciudad de organizar a los médicos egresados de esta rama medica, en asociaciones, congresos consejos, colegios etc. Y su sub-especialidades.

No obstante los grandes adelantos en la especialidad, en ciertos pacientes concurren factores de riesgo, se presentan, durante el transanestésico o en el postoperatorio inmediato, reacciones adversas difíciles de prevenir, ya sea por interacción de medicamentos, o por factores de carácter genético o inmunológico.

Se observan complicaciones en que hay participación de la anestesia sin precisar responsabilidad profesional-

Estas y otras situaciones de etiología desconocida no permite ofrecer el 100 de seguridad en los pacientes durante, o después de la anestesia.

Lo que es obligatorio en todo anestesiólogo es la capacitación constante y el deber de cuidado de todo medico de cualquier especialidad requiere.

1. Reseña histórica del Derecho

En un sentido mas que simplista mencionare que “Derecho” es el conjunto de normas o leyes de un pueblo, bajo la custodia de un estado y sus instituciones.

Y se refiere a la impartición de justicia,, implica dirección guía, ordenación regular, dirigir,

Hablar de la historia del derecho al igual que su definición en este capitulo, parecería pretencioso, ya que hablar del derecho mismo es mencionar desde el inicio de la humanidad y su estructura social. al igual que hablar de la medicina es indagar desde los principios de la humanidad.

Lo que es importante mencionar es el gran legado cultural que nos ha dejado el derecho romano o la cultura helénica en su conjunción con la Medicina ya que por ejemplo el juramento Hipocrático, hace referencia de obligaciones de los médicos para una sociedad.

El conocimiento jurídico tiene como mínimo 3 elementos básicos en su configuración (2)

1. - El enfoque axiológico, es decir doctrinario o filosófico, donde se plantean los valores éticos, las causas, razones y se responden a las preguntas el que saber el porque y el para que saber de algo.

2. -el enfoque normativo, o dogmático o legal, donde se mencionan las leyes, normas, reglamentos etc. Que pretenden regular el hecho o fenómeno social conductual,

3. - el enfoque empírico, también llamado sociológico o pragmático. que implica temas jurídicos en estudio casuística cotidiana ejemplo medicina basada en evidencia. Es la búsqueda constante avanzada de teorías, investigación etc.

Entrando en materia del derecho a la salud, se encuentra dentro de los derechos humanos que suele definirse como facultades y prerrogativas que tienen las personas, por el simple hecho de serlo. Son derechos inalienables y consustanciales a la dignidad humana; entendiéndose por dignidad humana, precisamente esa esencia fundamental, espiritual, moral, que hace a todas las personas idénticas en cuanto a su valor intrínseco y a la vez a todas absolutamente diferentes en tanto que individuales únicas e irrepetibles por ende inapreciablemente valiosas. Según concepciones ideológicas del derecho, estas características son de naturaleza misma nacen con la persona y los derechos existen por si mismos no los otorga nadie y la sociedad solo los reconoce. Y según otra concepción del derecho positivista que es a la que el derecho mexicano pertenece, los derechos son otorgados por la sociedad misma a través del legislador y se materializan en la ley.

En los países de cultura occidental como el nuestro los derechos humanos son realidades jurídico políticas que estructuran y organizan a la sociedad a través de su materialización en la Norma Suprema, misma que encuentra su eje fundamental en esos mismos derechos humanos, No se concibe la moderna democracia occidental cuyos principales valores son la libertad, la justicia, la igualdad la solidaridad y la seguridad. sin la presencia real de los derechos humanos, no hay Constitución sin derechos humanos como su tema esencial y no hay Estado sin Constitución. (3)

Se conocen 3 tipos de derechos humanos de primera, segunda y tercera generación.

Los primeros surgen con la revolución francesa siglo XVIII, a nivel nacional con los documentos libertarios de la declaración de independencia y se consolidan con la

constitución de 1857 y se refieren a la dimensión individual derecho a la vida, a la integridad física, a las libertades,

Los segundos derechos humanos sociales o de segunda generación aparecen en México como rango constitucional, a partir de 1917, y son derecho al trabajo, a la huelga, a la sindicalización, a la negociación colectiva de condiciones laborales, a la vivienda, a la salud a la seguridad social a la educación.

Los de tercera generación o derechos humanos solidarios implican la aceptación de que todos los sectores de una sociedad tienen que atender de igual manera al cumplimiento de ciertos objetivos comunes estos son igual que los derechos sociales pero con el enfoque de la corresponsabilidad y son el derecho a la salud, del medio ambiente en equilibrio, derecho a la propia identidad cultural de los pueblos indígenas.

Son todos los derechos indisolubles. e importantes dentro de una sociedad y no es posible jerarquizar, en importancia pues implican una convivencia social sana .(3, 7, 19)

2. Historia de la Deontología y la Responsabilidad Profesional

El problema de la responsabilidad profesional no es un tema reciente,, vamos a hacer solo mención de algunas referencias en la literatura romana con la ley Aquilia que algunos autores sitúan en el año 467 a.c. y otros 529 a .c. a los médicos que ejercían su profesión y causaban algún daño a su paciente era sancionado en sus propiedades u obligatoriedad de reparar el daño, y ya incluían los términos dolo o culpa. (4)

Existe como antecedente el protomedicato en el México de la colonia donde se marcan medidas de control que incluían suspender el derecho a ejercer la profesión si existían errores en la práctica médica.

También en las culturas egipcia y babilónica, hacen referencia a la responsabilidad profesional en el código de Hammurabi años 2200 a.c.

Enlistaremos algunos documentos a lo largo de la historia como son:

- Los documentos deontológico (que estudia los deberes y derechos de una sociedad particular en base a la ética y la moral), .
- Deberes y Derechos de los médicos a lo largo de la historia,
- Código de Hammurabi legislación babilónica 2200ac que establece una regulación del ejercicio profesional médico.
- Carta de Esculapio a su hijo. primer documento que establece principios éticos para el medico entre los que destacan el respeto a la vida, el secreto profesional y el trato del médico hacia sus pacientes sus colegas y la sociedad.
- Juramento de Hipócrates. Data del siglo VI al V a.c. en el que su autor compromete a los nuevos médicos a cumplir una serie de normas en su vida profesional y preservar el carácter elitista de la medicina.
- Declaración de Ginebra.-basada en el juramento hipocrático que fue “ modernizada” y universalizada, data de 1948 y fue revisada en 1968.
- Código internacional de ética medica 1948 establece los deberes internacionales que tiene el médico para con la sociedad los enfermos y sus colegas, sin otorgar ningún derecho.
- Declaración de Helsinki 1974 regula los procedimientos de la investigación clínica.
- Declaración de Sydney 1968 regula los parámetros para la determinación de la muerte
- Declaración de Oslo 1970 establece las bases para realizar un aborto terapéutico
- Declaración de Tokio 1975 regula las condiciones en las que no debe participar un medico por o para torturar o castigar seres humanos.

- Declaración de Hawai 1977 Determina las bases de funcionamiento de la psiquiatría
- Declaración de Venecia 1983. sobre enfermedades terminales.
- Declaración de Holanda 2004, habla acerca de la eutanasia.

Compromisos entre Naciones

- Protocolo de Kioto 2001 sobre contaminación ambiental (donde EU. No se adhiere)
- Protocolo de Kenya 2000 sobre organismos genéticamente modificados bioseguridad. (5, 19)

CAPITULO II

REGULACIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO EN MÉXICO

Es importante antes de continuar, mencionar la diferencia existente entre nuestra legislación y la de los Estados Unidos de América pues es un país de gran influencia en cuanto a documentos científicos, y médicos por la cercanía existente., por su tecnología y su medicina defensiva.

El sistema legal de E.U es de naturaleza litigante, esto es, el juez y el jurado toman sus decisiones con base en los hechos y los argumentos de los representantes legales de las partes involucradas. En cualquier juicio, el jurado toma una decisión sobre los hechos del caso, y el juez decide los principios legales y los estándares que se aplican, su sistema se deriva de la ley natural o jurisprudencia de Inglaterra del siglo XVIII. Se basa de manera primordial en las opiniones de los jueces. La ley establecida, puesta en vigor por cuerpos legislativos aplica ciertos límites a los procesos y las decisiones de los jueces. (6) A diferencia de nosotros, se basa en un sistema de derecho positivo esto es, basado en leyes códigos escritos de observancia reglamentaria; derecho escrito por lo cual los juicios son en base a pruebas periciales por ejemplo. (expedientes)

En nuestro sistema existen leyes generales o otras específicas que regulan el ejercicio del profesional de la medicina, pero todas emanan de la Constitución Política, que en sus primeros 29 artículos se encuentran las garantías individuales Existen leyes y códigos Federales y estatales, la diferencia es la aplicación territorial si el fuero es común o federal, como ejemplo está la Ley General de Salud. que es materia federal, las leyes de salud estatales regulan los mismo en esencia, Así como también existe un código penal federal y en cada entidad el código estatal, los delitos que ahí se tipifican son similares a los de materia federal, excepto el que se refiere a narcotráfico ubicado en materia federal, (en lo que a los anestesiólogos comprende es importante por el uso de medicamentos controlados, narcóticos y estupefacientes ya por extender recetas, ya por

transportar estos, etc. debemos tener cuidado para no caer en una conducta delictiva.)

De la Constitución emergen leyes generales o específicas como lo son la ley general del trabajo, la ley del ISSSTE, que regulan aspectos normativos, laborales fiscales administrativas , o códigos penales y civiles entre otras. (12, 17)

En nuestro país el ejercicio de la profesión médica se fundamenta en tres pilares básicos, a) el marco jurídico, b) La libre expresión del consentimiento del paciente y la c) la lex artis. (2, 5)

a) Marco jurídico

El marco jurídico queda comprendido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en sus artículos 3º,4º, y 5º. De ellos se desprenden los lineamientos generales que garantizan a los mexicanos el derecho a la educación, a la salud y a la libertad al trabajo siempre y cuando sea lícito.

Para ejercer como médico, se requiere obtener el título en un centro de educación superior con reconocimiento de la Secretaria de Educación Publica y ser reconocido por el Estado mediante el registro ante la Dirección General de Profesiones. (11, 17, 18)

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos. (12)

Artículo 4- “.....Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.....de ella deriva La Ley General de Salud...

Artículo 5º. “.....a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión u oficio que le acomode, siendo lícitos”.....La Ley General de profesiones.

Artículo 31 fracción IV.....”Es obligación de los mexicanos, contribuir al gasto público.....”

Leyes fiscales

Artículo 108.- “se reputara como servidor publico.....” La Ley Federal de servidores públicos

B La Libre expresión del consentimiento del paciente.

Constituye el criterio más importante dentro del proceso de atención médica contemporánea. Consignada dentro de los diversos preceptos normativos en materia del Derecho Medico, es obligatorio para el personal de salud obtener la libre aceptación ,debidamente informado, del paciente o representante legal, (consentimiento majo información) es obligatorio obtenerlo por escrito y con firma original en actos que entrañan alto riesgo,

c) La Lex artis

Rige la atención médica individualizada, pues la aplicación del conocimiento médico, es tan amplia y variada como el número de pacientes.

Esto significa que la respuesta a un mismo padecimiento es diferente es diferente en cada paciente lo que ha permitido acuñar el principio que en medicina existen enfermos, no enfermedades, lo que hace resaltar la individualidad por encima de la generalidad.

Lo anterior explica que aun cuando existen amplias reglamentaciones en derecho medico, éstas no incluyen a todas las eventualidades que se presentan en actuar médico, en tal caso, la lex artis guía la práctica médica. (4, 7, 8, 17, 18)

CAPITULO III

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En el diccionario de la real academia española responsabilidad significa deuda obligación de reparar y satisfacer por si o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal. Del vocablo, responsable, derivado del latín *responsum*, supino de *respondere*, responder, obligado a responder, adj. Obligado a responder de alguna cosa o por alguna persona, Se dice de una persona que pone cuidado y atención en lo que hace o decide.

En derecho romano el vocablo responsabilidad proviene del latín *respondere*, interpretado como estar obligado. La obligación en derecho es el vínculo jurídico por virtud del cual una persona o deudor es constreñida frente a otra o acreedor a realizar una determinada prestación. La obligación consta de dos elementos, el débito y la responsabilidad, el deber de cumplir la prestación y la sujeción que se deriva del incumplimiento.

En la profesión según Roldán en su libro de ética médica, la define como una capacidad cualificada con la que la persona a través de su actividad realiza su vocación dentro de un trabajo elegido, que determina su participación en la sociedad, le sirve de medio de subsistencia y que a la vez la valora positivamente en la economía del país. (4, 7,8, 9, 16)

La responsabilidad profesional médica se entiende la obligación que tienen todos los médicos, de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. (16; 19)

Para la Dra .Luz MA. R Carrillo Fabela en su libro responsabilidad profesional de medico , refiere que el medico que cometa o realice una falta, infracción o hecho ilícito con motivo del ejercicio de su profesión, estará obligado a responder primeramente ante su propia conciencia, responsabilidad moral, ante los demás ,

responsabilidad social, y en el momento en que por dicha falta o hecho ilícito se constituya un delito, el profesionalista que haya violado no únicamente las normas morales y las normas sociales, sino las normas jurídicas, al producir un daño con su conducta, daño que lesiones intereses sociales o bienes jurídicos tutelados, en ese momento tendrá que responder penal y/o civilmente.

En el área penal, al sujeto imputable autor del daño y que se halle jurídicamente culpable por su conducta delictiva se le impondrá alguna pena o medida de seguridad, en el primer caso, privación de la libertad por determinado tiempo, y en el segundo caso , suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional, de acuerdo a lo que determine el juez. (4;9)

Para el código penal define al delito en su artículo 7 como el acto u omisión que sancionan las leyes penales y hace una distinción entre delitos culposos y dolosos.(10).

El artículo 9 “obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previniendo como posible el resultado típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley...”en relación con delitos dolosos. Y “...produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría , en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales, en relación a delitos culposos. (10)

Cuando se comete un delito queda sujeto a que se apliquen cualquiera de las penas y medidas de seguridad, mencionadas en el título segundo, capítulo 1 del código penal, el cual señala en el artículo 24 las penas y medidas de seguridad, mencionando en el numeral seis a la sanción pecuniaria, la cual comprende a la multa y a la reparación del daño en al artículo 29,se define a la reparación del daño al derecho subjetivo del ofendido y la víctima del delito para ser resarcidos de los perjuicios causados en sus bienes jurídicamente tutelados como consecuencia del ilícito penal. (10)

En el área civil, básicamente se tiende a reparar el daño, cuando esto es posible, o bien, a pagar los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la acción u omisión del médico durante o con motivo de su ejercicio profesional . Cabe aclarar que la responsabilidad penal no excluye a la civil y viceversa, pudiéndose encontrar en ambas situaciones en forma separada o simultánea el autor de un hecho delictuoso.

En el área administrativa para quien ejerce su profesión dentro del sistema de salud integrado por las instituciones públicas, oficiales,

No esta por demás mencionar que derivado del ejercicio profesional médico y ético pueden derivarse situaciones y circunstancias, que comprometan al profesional ,y mucho mas si se cae en el ejercicio no ético o doloso, como por ejemplo el derivado de prescribir deshonestamente estupefacientes y psicotrópicos , cuando se expidan certificado o dictámenes falsos, etc. (4; 9; 10, 11, 17)

Se debe diferenciar el concepto de responsabilidad profesional del médico con conceptos que pueden estar implicados o no dentro de la responsabilidad profesional como por ejemplo el concepto de iatrogenia usado en nuestro lenguaje común, como también los conceptos de negligencia, impericia etc.

Se define a iatrogenia como la consecuencia de todo actuar del medico sobre el paciente , proviene del griego iatros, médico, genos origen. Para escobar O. Carpio incluyen efectos benéficos y efectos negativos. En sentido amplio iatrogenia sería todo lo producido por el médico en el enfermo, en sus familiares y/o en la sociedad por lo tanto, incluye, no sólo las consecuencias nocivas de la intervención del facultativo, sino también los éxitos de la medicina, la curación de las enfermedades y la conservación de la salud

Existen varias clasificaciones de las iatrogenias pero las que revisaremos son las que se refieren a las consecuencias negativas o iatropatogenias. Por su implicación medico legal

Para la Dra. Carrillo Fabela la responsabilidad profesional en el área médica obedece a situaciones de acción , omisión ,descuido, olvido, inadvertencia, distracciones, imprevisiones, morosidad, apatía, precipitación , imprudencia, etc.

La negligencia

La negligencia es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, (9, 13)

Esto significa que aun sabiendo lo que se debe hacer no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer, se hace. Que teniendo la pericia, es decir los conocimientos, insumos y capacidades necesarias, no se pongan al servicio en el momento en el que se necesitan.

Negligencia es lo contrario al sentido del deber.

La impericia. La impericia es la falta de habilidades o los conocimientos técnicos básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada arte o profesión, la impericia es lo contrario a la pericia. La impericia existe cuando en determinada situación el médico no actúa como lo haría cualquiera de sus colegas o la mayoría de los mismos, en igualdad de condiciones, con los conocimientos, habilidades y cuidados exigidos.

La imprudencia

La imprudencia es lo opuesto a prudencia. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultan de esa acción u omisión. Imprudencia es el ir o llegar más allá de donde se debió.

La inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo corresponde a una actitud de indiferencia y menosprecio hacia las disposiciones de carácter general dictadas por la autoridad competente en la materia de que se trate. (4,9,13)

Obligaciones del personal de salud

El derecho médico considera como obligaciones del personal de salud a las

1. Obligaciones de medios
2. Obligaciones de seguridad
3. Obligaciones de resultados (7)

1) **Obligaciones de medios.** O diligencias primarias.- Se definen como la forma correcta de aplicar las medidas de tratamiento del paciente por parte del facultativo. Por lo tanto, el médico está obligado a utilizar los medios ordinarios de diagnóstico y tratamiento disponibles a su alcance y determinar su aplicación, en cada caso concreto, en términos de su libertad prescriptiva, del método o terapéutica, aplicándolos en apego a la *lex artis*. Su omisión será invariablemente entendida como un hecho ilícito, tanto del facultativo, como en su caso, del personal responsable directivo y administrativo de los establecimientos en donde se brinde atención médica

Estos medios son sin lugar a dudas, las de mayor importancia con relación a la atención médica, siempre son exigibles al personal de salud y se define como la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico.

El facultativo contrae la obligación de adoptar los medios ordinarios y por él disponibles, determinando en cada caso concreto, en términos de su libertad prescriptiva, cuáles son éstos y aplicarlos en términos de la *lex artis* (entendiéndola como el acto médico apegado al marco jurídico vigente, principios científicos de la especialidad y principios éticos y morales que rigen la práctica médica.)

Contrariu sensum , es la falta de adopción de uno o más de estos principios, el Derecho Médico lo considera como un acto ilícito Como se mencionó anteriormente estas obligaciones son extensibles al personal directivo y administrativo de los establecimientos en calidad de personas morales.

2) **Obligaciones de seguridad.** Se reconocen como el deber de evitar daños a la salud, particularmente se refieren al uso y mantenimiento correcto de aparatos y equipos utilizados

Durante la atención médica. La responsabilidad del uso y eficaz funcionamiento se extiende no sólo al personal médico, sino al directivo y administrativo de los establecimientos.

3) Obligaciones de resultados. O determinadas. Son poco frecuentes en la práctica médica,. Toda vez que la medicina no es una ciencia exacta, y su aplicación no puede garantizar el resultado en el paciente.

Existen casos, de acuerdo con la legislación vigente, en los cuales se podrán exigir un resultado. (7)

A) En caso de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, la obligación consiste en el informe de laboratorio o gabinete, que deberá señalar los valores encontrados en términos de la técnica o técnicas empleadas, señalando en su caso las variaciones estándar admitidas, en términos de la literatura médica aceptada.

B) En caso de insumos para la salud, los cuales deberán suministrarse sin adulteración, alteración o contaminación y de igual modo no podrán suministrarse insumos calificados con fecha de caducidad vencida. Esta obligación incluye la fabricación de prótesis, órtesis y ayudas funcionales en los términos pactados especialmente en atención odontológica y de rehabilitación.

C) En caso de cirugía de resultados , como aquella de naturaleza estética, y dentro de ella se admite sean exigibles las obligaciones cuando el facultativo hubiere asumido expresamente el resultado. (7)

1. Requisitos para configurar un acto de responsabilidad médica.

Toda persona debe responder o es responsable por cualquier daño injustificado que causare.

Para configurar un acto de responsabilidad médica deben confluír cinco requisitos básicos. (14; 16)

- 1) Una obligación preexistente derivada de un contrato tácito o escrito establecido entre el médico y el paciente. Siendo un contrato irregular, no escrito, este se asume en virtud del comportamiento de las partes. A ello se sumarán otras constancias o escritas de las prácticas realizadas en el paciente ejemplo la historia clínica, los comprobantes de pago, recetas etc
- 2) Que el médico viole el deber de atención y cuidados propios de la profesión médica, sea el deber particular nacido de una obligación voluntaria establecido en el código civil ,que sean deberes concordantes en dicho código, y configuren un obrar antijurídico.
- 3) Que del obrar antijurídico imputable al médico se siga, para el paciente de un daño en el cuerpo, en la psiquis o en la salud, patrimonial o moral.
- 4) Debe existir un factor de atribución del daño causado. La presencia de un daño, elemento objetivo de la acción antijurídica, es consecuencia de un acto médico llevado a cabo a título de culpa, por impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo. o a título de dolo por haber sido realizado con intención de dañar y con malicia, concordantes con el código civil o penal.
- 5) El daño sufrido por el paciente debe guardar una relación causal adecuada con el obrar del médico. La relación causal busca establecer la autoría del

hecho imputado al médico y trata de determinar si el resultado dañoso, cuya reparación se procura, no se hubiera producido según el curso normal, natural y ordinario de las cosas, sino que fue determinado justamente por el incumplimiento, por omisión o por comisión, de los deberes de cuidado y atención propios de la actividad profesional

- 6) La existencia de otros factores de atribución tanto subjetivos (que el médico sea tenido por culpable por el hecho propio y personal) como objetivos (responsabilidad por el hecho ajeno, o por los daños causados por el riesgo o el vicio de las cosas que el médico emplea).

Para que nazca responsabilidad en la producción de un daño cierto, real y concreto el médico debe haber actuado con culpa o con dolo. La culpa surge del incumplimiento de la obligación que asume el médico de poner al servicio del enfermo el caudal de conocimientos científicos que el título lo acredita y de prestarle la asistencia profesional que su estado requiere. Se considera que el médico ha obrado con culpa si el daño producido en el paciente no fue intencional, era previsible y aparece como corolario de haber omitido el profesional la diligencia propia del ejercicio de su ciencia y arte. La culpa surge así del incumplimiento de la obligación asumida por el médico de poner al servicio del enfermo los conocimientos científicos que le otorga el título de la profesión o de la especialidad que ejerce. La culpa se diferencia del dolo porque en el obrar del médico está ausente la intencionalidad de dañar. Aunque existe una omisión de la conducta debida. La que de haber sido observada, hubiera evitado el daño a reparar. Es decir que en el dolo el profesional realiza un acto antijurídico a sabiendas de su ilicitud, y lo hace con la intención de causar el daño.

“Los Hechos Hablan por si Mismos (3; 14)

Se requiere conformar algunas características para que se constituya un delito, la frase de *res ipsa loquitur* es una regla de presunciones que permite distribuir las

cargas probatorias tras la evidencia de que, en las circunstancias en las que se aplican el médico actuó con indiscutible falta.

1.-Debe tratarse de un hecho que normalmente no ocurre sin negligencia. La mera rareza no es suficiente, debe surgir, a la luz de la experiencia pasada, la presunción de negligencia.

2.-No se trata simplemente del resultado adverso. La negligencia debe aparecer, entre otras causas, como la más probable.

3.-Debe existir la posibilidad de un control del paciente y del instrumental, si no hay "posibilidad de control, no hay culpa.

4.-No debe existir contribución causal o culposa de parte del paciente, para lo cual se requieren tres condiciones.

A que el accidente sea de la clase que ordinariamente no ocurre en ausencia de algún tipo de falta.

a) que haya sido causado por un agente o por un instrumental bajo exclusivo control del profesional

b) que no haya habido contribución por parte del paciente.

(2, 4, 7 14)

CAPITULO IV

RESPONSABILIDAD PENAL

En el código penal para el Distrito Federal se encuentran señalados los delitos que tienen relación con los médicos, en el ejercicio de su profesión.

El artículo 178 , en el capítulo 1 en el rubro de desobediencia y resistencia a particulares, del título sexto, Delitos contra la autoridad .

Este delito, consiste en que aquella persona que se niegue a prestar un servicio de interés público al cual se encontrare legalmente obligada a prestarlo o que desobedeciera un mandato de la autoridad, se le aplicará una pena de jornadas a favor de la comunidad.

El artículo 196 en el título séptimo :Delitos contra la Salud, en su fracción V y que establece una agravante de la pena para todos aquellos profesionales, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud que produzca, transporte, trafique, comercie, prescriba sin autorización, aporte recursos o realice actos de propaganda de las sustancias prohibidas por la Ley General de Salud, Además se impondrá en la pena, suspensión del ejercicio profesional o incluso hasta una inhabilitación por el tiempo de la pena de prisión impuesta.

En el capítulo único del título noveno, se regula lo referente a la revelación de secretos. En el artículo 211 se impone la sanción a los profesionales o técnicos o a los funcionarios o empleados públicos que realicen la revelación punible o que la revelación tenga carácter industrial, esta disposición incluye a los médicos en el ejercicio de la medicina, por la responsabilidad que implica la posición del médico, que revela el secreto confiado por su cliente, esto no procede cuando tiene el deber de informar a las autoridades el secreto confiado por su cliente ya sea para el esclarecimiento de una controversia, o para evitar el daño de la colectividad.

El artículo 228, establece la responsabilidad profesional de los profesionales en el ejercicio de su labor cuando realizan una acción típica. Las penas en que incurren los profesionales, además de las sanciones impuestas por la comisión de delitos, que es la suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión o

definitiva en su caso de reincidencia, asimismo, están obligados a la reparación del daño por actos propios y por los de sus auxiliares, cuando los auxiliares actúen por orden de los profesionales.

El artículo 229 hace referencia a los médicos que habiendo otorgado responsiva para atender a un lesionado o enfermo y que sin causa justificada y sin avisar a la autoridad respectiva, abandonan a su tratamiento, Se les aplicará la sanción establecida en el artículo 228

El artículo 230 que dice que se impondrán de tres meses a dos años, hasta cien días de multa y suspensión de tres meses a un año, a los directores, encargados o administradores de los centros de salud, cuando impidan la salida de un paciente o de un recién nacido con motivo de algún adeudo, o que se retarde o niegue la entrega de un cadáver, salvo cuando así haya sido ordenado por la autoridad competente.

En el artículo 228 señala “Bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que dejen huella material e el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

El artículo 302 señala “comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro. Relacionado con estos delitos, se observa que los médicos en el ejercicio de su profesión hacen “malpraxis “ por negligencia o por mala conducta profesional, cruzando el umbral de lo legítimo a la comisión de un delito , ya sea en forma dolosa o culposa.

El artículo 60 en el capítulo II aplicación de sanciones a los delitos culposos se impondrá hasta la cuarta parte de las penas y medidas de seguridad asignadas por la ley al tipo básico del delito doloso, con excepción de aquellos para los que la ley señala una pena específica Además se impondrá, en su caso, suspensión hasta de diez años o privación definitiva de derechos para ejercer profesión, oficio, autorización licencia o permiso.

Aborto

El artículo 329, señala que aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

El artículo 331, se refiere a que si el aborto es causado por un médico, cirujano, comadrona o partera, se le suspenderá el ejercicio de su profesión por un período de entre dos y cinco años. El artículo 335 “al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión , si no resultara daño alguno, privándolo además de patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente o tutor del ofendido. Esto comprende a los médicos que estén obligados legítimamente con un enfermo y no lo atiende. (10)

a) Causas de exclusión del delito

Según el código penal en el artículo 15, contenido en el capítulo cuarto, título primero del libro primero son causas de exclusión del delito.

-Ausencia de conducta

-Atipicidad

Causas de justificación

-inimputabilidad

-inculpabilidad

Ausencia de conducta, Alude a la falta de voluntad del agente, Existe en los siguientes casos, vis absoluta, (fuerza humana irresistible, vis maior (fuerza mayor proveniente de la naturaleza) actos reflejos, sueño y sonambulismo, e hipnosis.

Atipicidad. Son elementos negativos del tipo penal los siguientes. Ausencia del presupuesto de la conducta o del hecho, Ausencia de la calidad del sujeto activo exigido en el tipo. Ausencia de la calidad del sujeto pasivo exigido en el tipo. Ausencia del objeto jurídico, Ausencia del objeto material, Ausencia de las modalidades de conducta. Ausencia del elemento normativo. Ausencia del elemento subjetivo del injusto.

Causas de justificación .La fracción III se refiere a cuando el sujeto activo actué con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, la fracción IV se refiere a los casos de legítima defensa, la V cuando se obre en estado de necesidad, y la fracción VI se refiere a la acción o a la omisión que se realicen en cumplimiento de un deber o en ejercicio de un derecho

- Inimputabilidad Se refiere a la falta de capacidad del agente, en que el sujeto, "... no alcance la edad mínima que la ley señale, o que alcanzando esa edad no haya podido comprender el hecho no haya podido determinarse para ajustar esa conducta o hecho a los parámetros exigidos por la ley"

- Inculpabilidad. La fracción VIII establece la posibilidad de que la acción o la omisión se realicen por un error invencible. La IX se trata de los casos de no exigibilidad de otra conducta y la X se refiere al caso fortuito. (4, 9, 10)

CAPITULO V

RESPONSABILIDAD CIVIL

La responsabilidad civil se encuentra marcada en los artículos 1910 y 2104 del código civil. Vigente, en los cuales se afirma respectivamente que quien con su acción u omisión cause daño a otro , será responsable de los daños y perjuicios, con lo que define a la responsabilidad civil como la obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados por un hecho ilícito o por un riesgo creado, El contenido de la responsabilidad civil es la indemnizar es dejar sin daño.

El monto y el alcance de las indemnizaciones dependen de la especie de daño que deba ser resarcido, según se trate de daños económicos a la integridad física de las personas o daño moral, remitiéndose en cada caso a lo previsto en el código civil vigente.

Como causales de responsabilidad civil se consideran las que provienen o derivan de

- a.-Hechos propios
- b.-Hechos ajenos
- c.-Hechos por obra de las cosas.

____Por hechos propios , de acuerdo con lo prescrito por el Código civil vigente, cada quien debe responder por su propia conducta ilícita. Es necesario que el autor sea culpable, pues la culpa es el elemento sine qua non del hecho ilícito, tanto en materia civil como en penal.

____Por hechos ajenos, la base de esta responsabilidad radica en una culpa del obligado solidariamente, u obligado solidario , quien pudo haber y debió evitar el hecho dañino.

En este grupo se encuentran dos grupos de personas,.

- a.- Los menores de edad, y otros incapaces

Sobre quienes se ejerce la patria potestad, los directores de colegios y talleres y los que ejercen en general, el cargo de tutor o responsable.

Cabe señalar que la legislación siempre acepta prueba en contrario para deslindar la responsabilidad y demostrar que hubo culpa de los responsables.

b.-Los empleados o representantes, en este caso la causa de responsabilidad de los patrones se basa en la deficiente selección de su personal. En estas circunstancias, cesa la responsabilidad de los implicados si demuestran que en la comisión del daño no se les puede imputar ninguna culpa o negligencia. Su deber de indemnizar a la víctima, prevalece en todo caso sin demérito de su derecho a repetir contra el culpable directo del daño.

_____ Por obra de las cosas, se considera esta responsabilidad cuando el daño fue causado por cosas de nuestra propiedad como. Instrumentos, Equipos, Otras causas

También en La responsabilidad Civil existen causas Excluyentes de responsabilidad

La primera causa excluyentes de responsabilidad se fundamenta en un principio general del derecho, el cual reconoce autonomía de la voluntad que otorga a las personas amplia libertad para contratar, y que consiste en una disposición que se puede incluir en los contratos, en donde las partes convienen que en caso de producirse daños para alguno de ellos, no deberán ser indemnizados por el causante de la acción perjudicial, y que en tal virtud éste quedará excluido de la obligación de reparar daños y perjuicios.

La segunda excluyente nos indica que la culpa grave o la negligencia inexcusable de la víctima, exime de responsabilidad al agente que le cause un daño, señala que la culpa debe ser grave, la víctima debe conducirse de forma inusitada, como lo harían sólo las personas más desaprensivas y descuidadas.

La tercera excluyente señala el caso fortuito o la fuerza mayor, y esta se define como "...un acontecimiento ajeno a la voluntad del deudor, impredecible o bien inevitable, al que no puede resistir, que le impide cumplir definitiva y totalmente la

obligación asumida o le impone un retardo en el cumplimiento y que causa daños al creador”

El caso fortuito y la fuerza mayor son dos características distintas de un mismo hecho, en donde lo que falta es el elemento culpa, así en el caso fortuito se destaca el atributo ajeno y no provocado del suceso, y la fuerza mayor se refiere a su carácter irresistible.

El daño Moral

“Es el perjuicio extrapatrimonial, no económico.

Existen dos categorías de daño moral

- I) las que afectan a la llamada parte social del patrimonio moral, hieren a un individuo en su honor, en su reputación o en su consideración.
- II) Las que hieren la parte afectiva de las personas, lastimando sus sentimientos

El código civil establece en sus artículos 1916 y 2116 que el juez debe tener en cuenta el daño económico para definir el monto de la indemnización por el daño moral, que no puede sobrepasar la tercera parte del valor del daño económico.

(4, 7, 8, 9, 11)

CAPITULO VI

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA

Concierne a las personas que ejercen la profesión médica dentro de las instituciones publicas oficiales, sus principios se basan en Ley Orgánica de la Administración Publica Federal así como la Ley General de Salud .y lineamientos establecidos en la Ley de responsabilidad de los servidores públicos.

A grandes rasgos, se define que la Ley de responsabilidad de los servidores públicos obliga a vigilar y cumplir con legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia el desempeño realizado en el empleo, cargo o comisión de cualquier puesto de que se trate. Asimismo es lo que caracteriza la administración pública.

Se entiende por legalidad a la conformación del actuar dentro de una ley, lo que indica cómo debe ser el proceder, cuál es la obligación como servidores públicos del servicio institucional público,

La honradez se define como el proceder recto y honrado en cuanto a la relación personal o material, tanto hacia la institución como a los usuarios o derechohabientes de las mismas. El respeto tanto a la dignidad como a la propiedad y los derechos institucionales y personales son principios fundamentales de la probidad del hombre en general.

La lealtad es el cumplimiento de lo que exigen las leyes del honor y la fidelidad, sin malinterpretarse como sumisión, sino la consideración que se debe ante la oportunidad de ser parte de un grupo o sociedad y que se debe manifestar con el ejercicio de las actividades de tal modo que se hace merecedora a dicha institución del respeto social que merece

La imparcialidad que se exige a los servidores públicos implica que ante todo deben ser justos, honestos e incorruptibles ante la verdad y la justicia.

La eficiencia se traduce en lograr los objetivos que se plantea resolver con la prestación del servicio, de tal manera que si la actividad dentro de la institución obedece a la práctica médica o administrativa, se debe estar consciente de que ésta sea la adecuada, apoyando las directrices políticas de dicha institución. (4, 7)

CAPITULO VII

PROCESO JURÍDICO

“Cuando un medico es demandado”

PROCEDIMIENTO PENAL

La autoridad responsable del proceso penal y de la aplicación de las penas por responsabilidad penal es el juez de primera instancia del ramo penal (en fuero común) o el juez penal federal (en fuero federal)

El proceso penal comprende los procedimientos que se realizan ante el Ministerio Público y los que se llevan a cabo ante los juzgados penales.

1) Averiguación Previa

Durante este procedimiento es el ministerio publico la autoridad facultada para realizar las diligencias necesarias para evidenciar y recabar los elementos que integran el delito, las cuales incluyen la ratificación de la denuncia o querrela, declaración de testigos o indiciados, exámenes periciales concernientes al caso, etc. Determinados los elementos, se decide si no se ejercita acción penal por no encontrarse los elementos del delito o bien, encontrados éstos, se realiza la consignación ante el juez penal, para iniciarse el proceso penal como tal.

Compete al Ministerio Público Federal llevar a cabo la averiguación previa y ejercer, en su caso la acción penal ante los tribunales.

En la averiguación previa, corresponde al Ministerio Público.

I) Recibir las denuncias, acusaciones o querrelas que se le presenten en forma oral o por escrito sobre hechos que puedan constituir delito

II) Practicar Y Ordenar la realización de todos los actos conducentes a la comprobación de los elementos del tipo penal y a la demostración de la probable responsabilidad del inculpaado, así como a la reparación del daño..

III,) Solicitar a la autoridad jurisdiccional las medidas precautorias de arraigo, aseguramientos o embargo que resulten indispensables para la averiguación previa, así como las órdenes de cateo que procedan,

- IV) Acordar la detención o retención de los indiciados cuando así procesa
- V) Dictar todas las medidas y providencias necesarias para proporcionar seguridad y auxilio a las víctimas.
- VI) Asegurar o restituir al ofendido en sus derechos en los términos del artículo 38.
- VII) Determinar la reserva o el ejercicio de la acción penal.
- VIII) Acordar y notificar al ofendido o víctima el no ejercicio de la acción penal y, en su caso, resolver sobre la inconformidad que aquellos formulen
- IX) Conceder o revocar, cuando proceda la libertad provisional del indiciado.
- X) En caso procedente promover la conciliación de las partes, y.
- XI) Las demás que señalen las leyes.

2.) Preparación del Proceso Penal o Preinstrucción.

Es la etapa en la que se realizan las actuaciones para determinar los hechos materia del proceso, la clasificación de éstos conforme al tipo penal aplicable y la probable responsabilidad del inculpado o bien, en su caso, la libertad de éste por falta de elementos para procesar

Una vez consignado ante el juez, éste valora los elementos que integran la averiguación previa, y, a petición del Ministerio Público, libra la orden de aprehensión o comparecencia según sea si la pena es prisión o es alternativa, es decir, existe la opción de que se aplique la multa de modo alternativo.

Recibida la averiguación previa, se dicta un auto de radicación del proceso donde esta autoridad hace saber al Ministerio Público, al acusado y a su defensor que se encuentran sujetos a su potestad para efectos del proceso. En esta etapa, se toma la declaración preparatoria al acusado y se le indica el motivo de su detención o de su presentación. Este proceso comprende desde el auto de radicación hasta la determinación de la situación jurídica, es decir, hasta que se dicte el auto de formal prisión, auto de sujeción a proceso, auto de libertad por falta de elementos o auto de no sujeción a proceso.

3) Instrucción

La etapa de instrucción abarca las diligencias practicadas ante y por los tribunales con el fin de averiguar y probar la existencia del delito, las circunstancias en que hubiese sido cometido y las peculiares del inculpado, así como la responsabilidad o irresponsabilidad penal de éste. Esta etapa la realiza el juez de primera instancia y durante ella el Ministerio Público precisa su pretensión y el procesado los elementos para su defensa ante el tribunal. Éste valora las pruebas y pronuncia sentencia definitiva. Es el momento procesal en el cual la defensa del indiciado ofrece los elementos probatorios, dictámenes médicos, análisis del expediente y de sus actuaciones. Se presentan la declaración, testimoniales, dictámenes médicos, expediente clínico que igual ayuda como complica el caso si no está legible o en el orden conforme lo dicta la normatividad sanitaria.

Al término de la etapa de instrucción, si considera el juez que se han desahogado y presentado los elementos por ambas partes, tanto el Ministerio Público como la defensa o el indiciado presentan al juez sus conclusiones con base en las constancias que obren en el expediente. Éste, una vez leído el expediente y tomadas en consideración las circunstancias y elementos, dicta sentencia.

4) Ejecución de la Sentencia

En el procedimiento de ejecución de la sentencia, el poder ejecutivo, por conducto del órgano que la ley determine, ejecutará las penas y medidas de seguridad decretadas en la sentencias hasta su extinción, lo cual comprende desde el momento en que cause ejecutoria la sentencia de los tribunales hasta la extinción de las sanciones aplicadas.

Como ocurre en el proceso civil, las sentencias o algunos autos pueden apelarse ante la segunda instancia, que es un tribunal superior, en el que se

efectúan las diligencias y actos tendientes a resolver los recursos interpuestos, como es el caso de la apelación.

En términos generales si se considera que la sentencia en primera instancia no beneficia al acusado por que no se estudiaron a fondo los elementos o por errores de procedimiento, se procede a la apelación, la cual se lleva a cabo ante el Tribunal de segunda Instancia o de “apelación, el cual puede modificar la sentencia, ratificarla o revocarla si aun se considera, dados los elementos existentes, que se vulneran las garantías otorgadas por la constitución como son el derecho a un juicio justo y las consecuencias que de esto emanan , se puede promover un juicio de amparo, donde tribunales federales resolverán acerca del asunto y la presunta violación de las garantías que consagra la Constitución política.

En lo que se refiere a las instancias primera y segunda, donde la segunda resuelve sobre criterios de aplicación de las normas jurídicas tanto en el fondo del asunto como en el procedimiento.

En el caso de un juicio de amparo ante tribunales federales las autoridades están facultadas por la ley orgánica del poder judicial de la federación para resolver las controversias que se susciten por leyes o actos de autoridad que violen las garantías constitucionales. (4, 7, 9, 10, 11, 15)

CAPITULO VIII

PROCEDIMIENTO CIVIL

La autoridad responsable en este tipo de procedimiento es el juez de primera instancia del Ramo Civil (asuntos del orden común) o Juez Civil Federal (asuntos del fuero federal).

El procedimiento inicia con la demanda, previo cumplimiento en forma general de la capacidad jurídica, es decir que se pueda legalmente ser parte en la contienda como directo afectado, causahabiente o heredero de la declaración de competencia del juzgado (común o federal) y que se reúnan otros requisitos. En materia federal no se contempla la vía sumaria (que es más rápida) pero algunas legislaciones estatales sí lo hacen. Esta vía es usual para los juicios por responsabilidad civil. La diferencia en relación con la vía ordinario es que no existe periodo probatorio. Y tanto en la demanda como en la contestación deberán ofrecerse las pruebas, declarando los nombres de testigos o peritos.

En resumen un juicio en la primera instancia implica los pasos siguientes.

1 DEMANDA

Es el acto procesal mediante el cual una persona que se constituye como actora o demandante formula su pretensión, expresando las causas en las que se funda, ante un juez civil. Con ello se inicia un proceso que culminará con la sentencia.

2 EMPLAZAMIENTO

Es el medio de comunicación mediante el cual se le hace saber al demandado de las pretensiones de la parte demandante

3 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Acto procesal mediante el cual se da contestación a la parte demandante sobre sus pretensiones debiéndose responder a cada uno de los puntos de hechos que el mismo exponga en su demanda.

4 TERMINO PROBATORIO

Periodo durante el cual las partes (demandado y demandante) ofrecen al juzgador los medios para su convencimiento, pueden ser confesionales, testimoniales, documentales privados o públicos, periciales, etc. Aquí también se establecen los alegatos (no existe este periodo en algunas legislaciones estatales, locales, por lo que el abogado debe tener precaución al efectuar la contestación, pues es el momento en que deben ofrecerse las pruebas)

5 SENTENCIA

Resolución que pronuncia el juez, poniendo fin al litigio.

6 SENTENCIA EJECUTORIA

Cumplimiento de la obligación que procede de la anterior.

En general, éste es el procedimiento que se lleva a cabo en la primera instancia es decir, ante un juez civil de primera instancia .Queda el recurso, en caso de no convenir la sentencia a los intereses del médico por no aceptarse pruebas o por errores de diligencias, de apelar la sentencia u otras resoluciones.

Si todavía ésta es adversa, queda el recurso de amparo y la revisión del mismo como última defensa, en caso de diferencias de interpretaciones.

Sólo si se presentan irregularidades, puede presentarse tanto la apelación como el juicio de amparo. En lo que corresponde a otras instancias judiciales o

administrativas, si bien varían un poco los procedimientos, este juicio es el que podría considerarse como típico, ya que las etapas que presenta son similares a otros procesos aunque hay casos más complicados.

Los ejemplos de un juicio sólo por responsabilidad civil son escasos, por lo regular, se presentan por cobros exagerados, diferencias de pagos, obligación no cumplida de prestación de un servicio o bien en lo referente a la cirugía estética se el usuario no quedó conforme con los resultados.

De ésta. En general, ante el sentimiento de que la muerte o la lesión se produjo por negligencia o impericia, se procede por la vía penal y se solicita por oficio por parte del ministerio público, esta responsabilidad, para la reparación del daño.

No obstante, si se ofrecieron expectativas mayores y no se cumplieron, siendo éste el factor determinante en la aceptación del contrato, o si se detecta error, mala fe y dolo en el actuar, se está obligado no sólo civil sino .por la moral a restituir lo injustamente cobrado. Si bien el contrato de medios obliga al médico a proporcionar todos los medios a su alcance. Tampoco es válido, a sabiendas de que será imposible o difícil lograr el resultado, hacer el ofrecimientos con del fin de que se le contrate.

Es importante recalcar, puesto que puede ser motivo de que se pierda el juicio, que si no se ofrecen las pruebas convincentes de modo oportuno, es probable que la sentencia se otorgue en contra de los intereses del médico. (4,9,11; 20)

CAPITULO IX

MEDIDAS PRECAUTORIAS EN ANESTESIOLOGIA

El registro de una buena valoración pre anestésica, los estudios de laboratorio previos, así como la hoja de registro anestésico con datos del paciente incluyen en las medidas precautorias de todo tipo de técnicas anestésicas administradas.

Existen medidas de precaución, cuidado, prevención y previsión ejemplo, para anestesia locorregional: Además de haber revisado el circuito anestésico de aporte de oxígeno, preparar laringoscopio y sondas orotraqueales de diferentes calibres así como el establecimiento de vía venosa permeable y monitorización de los signos vitales previos. se requiere de: (6, 14)

- a) Lavado y cepillado escrupuloso de las manos y los antebrazos con solución antiséptica
- b) Empleo de bata y guantes estériles a la medida del anestesiólogo
- c) material desechable, estéril
- d) Posición del paciente para la punción
- e) asepsia cuidadosa de la región a punzar especificar región, especificar solución ,colocación de campos estériles, sitio de punción infiltración de planos, superficiales
- f) especificar el tipo y el diámetro de la aguja de punción empleada.
- g) Técnica empleada para la detección del sitio de inyección de la solución anestésica, parestesias, pérdida de la resistencia u otro.
- h) Número de intentos realizados
- i) Aspiración previa a la inyección negativa o positiva para sangre o líquido cefalorraquídeo.
- j) Dosis de prueba en el caso de bloqueos centrales y su resultado.
- k) Droga utilizada para el bloqueo marca, concentración, con conservadores o sin ellos, lote del medicamento. Y dosis total de la droga inyectada.
- l) Colocación o no de catéter y la longitud introducida.
- m) Resultado del bloqueo, con el nivel máximo de bloqueo alcanzado y la hora en caso de bloqueos centrales.

- n) En caso de bloqueo regional central (peridural, subaracnoideo), grado de bloqueo motor , generalmente la escala de bromage.
- o) En el caso de anestesia regional intravenosa, anotar el tipo de manguito neumático empleado, la presión y hora de insuflación, la hora de la desinsuflación, el anestésico local utilizado , su concentración, el volumen total inyectado.
- p) La posición del paciente durante la operación y el detalle de las medidas preventivas tomadas respecto de las complicaciones derivada de la postura.
- q) Las condiciones de recuperación con que el paciente deja el quirófano.
- r) Las condiciones de recuperación definitivas de la sensibilidad, de la motricidad y del bloqueo neurovegetativo.
- s) El sangrado calculado, y las soluciones intravenosas administradas.
- t) El comportamiento hemodinámico durante el acto anestésico.
- u) La hora y bajo cuidados del personal que se entrega al paciente.
- v) Es evidente que en la mayoría de los documentos impresos de registro anestésico no proporcionan espacios suficiente para detallar a precisión los datos enumerados por lo que es recomendable detallar en documento aparte o el uso de la nota post anestésica. (14)

1.ESTANDARES BÁSICOS PARA LOS CUIDADOS PREANESTESICOS. (6)

(ASA member directory 1998.438)

Declaración de política sobre los parámetros del ejercicio profesional.

Se han creado parámetros o criterios de ejercicio para el manejo de las indicaciones y los métodos de diagnostico, asistencia y tratamiento de problemas específicos.

Los parámetros del ejercicio son: Estándares, lineamientos y otras estrategias.

Loes estándares son reglas; es decir, requerimientos mínimos para el ejercicio de buena clase. Son principios aceptados en general para la asistencia de los pacientes.

Las pautas son recomendaciones para la asistencia de los pacientes que pueden identificar una estrategia de asistencia particular o cierto grupo de estrategias de la asistencia.

Las variaciones a partir de los parámetros del ejercicio pueden ser aceptables con base en el juicio del anesthesiologo responsable. Los parámetros del ejercicio tienen como finalidad fomentar la calidad de los cuidados del paciente pero no pueden garantizar resultado específico alguno en este. Se someten a revisión de cuando en cuando según lo requiera la evolución de la tecnología y del ejercicio. Un médico individual debe tener la oportunidad de demostrar que los cuidados que presta, aún cuando se aparta de los parámetros del ejercicio en algunas características, satisfacen el deber del médico ante todos los hechos y las circunstancias.

Estos estándares se aplican a todos los pacientes que reciben anestesia o cuidados anestésicos vigilados. Estos estándares se pueden modificar bajo circunstancias extraordinarias, por ejemplo urgencias extremas, Cuando es este el caso, las circunstancias deben anotarse en el expediente

Estándar

I. El anesthesiologo debe ser el responsable de valorar el estado médico del paciente o al adulto responsable de éste el plan propuesto.

El desarrollo de un plan apropiado de cuidados anestésicos se basa en .1.- revisión del expediente médico.

2,-entrevista y examen del paciente para.

- b) hablar de los antecedentes médicos, las experiencias anestésicas previas y la farmacoterapia.
- c) Valorar los aspectos del trastorno médico que podrían afectar las decisiones en cuanto al riesgo y el tratamiento perioperatorio.

3. Obtener y revisar las pruebas y las consultar necesarias para la ejecución de la anestesia.

4.-Establecer la prescripción apropiada de los medicamentos preoperatorios que se requieran para la conducción de la anestesia

El anestesiólogo responsable debe verificar que todo lo anterior se ha efectuado de manera adecuada y se ha anotado en el expediente no olvidar anotar datos de identificación fecha y hora. (6)

2) EQUIPO DE CUIDADOS ANESTÉSICOS

(ASA MEMBER DIRECTORY 1998)

La anestesiología es una especialidad reconocida de la medicina .Los cuidados anestésicos administrados de manera personal o dirigidos desde el punto de vista médico por un anestesiólogo, que es un médico que ha terminado y aprobado la residencia en anestesiología, constituyen.

Un modo de ejercer la medicina. Se pueden delegar ciertos aspectos de los cuidados anestésicos a otros profesionales capacitados de manera apropiada. Estos profesionales, dirigidos desde el punto de vista médico por el anestesiólogo, constituyen el equipo de cuidados anestésicos.

Es necesario que esta delegación y esa dirección sean definidos de manera específica por el anestesiólogo director del equipo de cuidados anestésicos, y que los apruebe el personal médico del hospital. Aunque se pueden delegar funciones seleccionadas de la anestesia de manera general a miembros apropiados del equipo de cuidados anestésicos, la responsabilidad y la dirección de este equipo corresponden al anestesiólogo.

La sociedad considera que es esencial la participación de un anestesiólogo en la asistencia de todos los pacientes que se sometan a anestesia. Esto se puede lograr mediante aplicación personal de los cuidados anestésicos o dirección médica del equipo de cuidados anestésicos.

Los miembros del equipo de cuidados anestésicos dirigidos desde el punto de vista médico pueden ser médicos y personal que no es médico.

A. profesionales que ayudan a la prestación de los cuidados directos

De la paciente durante el perioperatorio, por ejemplo

Residente de anestesiología médico que se encuentra en un programa de residencia de anestesiología aprobado en esos momentos

Enfermera anestésica.-Enfermera titulada que ha terminado y aprobado de manera satisfactoria el programa de capacitación en enfermería anestésica.

Ayudante del anesthesiólogo.- ayudante médico graduado que ha terminado y aprobado de manera satisfactoria el programa de capacitación de ayudantes de anestesiología.

B.-otros profesionales que tienen funciones de cuidados de los pacientes durante el perioperatorio

Enfermera postanestésica.-enfermera que atiende a los pacientes que se recuperan de la anestesia. .

Enfermera de cuidados intensivos.- enfermera que atiende a los pacientes en una zona especial, como la unidad de cuidados intensivos.

Terapeuta especialista en respiración. Profesional de la salud aliado que ofrece cuidado respiratorio a los pacientes.

C personal de apoyo cuyos esfuerzos tienen que ver con pericia técnica, provisión y conservación por ejemplo{tecnólogos y técnicos en anestesia) auxiliares de anestesia, técnicos en gases sanguíneos, técnicos en respiración técnicos de vigilancia.

Con objeto de aplicar el concepto del equipo de cuidados anestésicos de manera compatible con los estándares más altos de asistencia de los pacientes, deben observarse los siguientes aspectos esenciales.

I.-Dirección médica

Dirección, tratamiento o instrucción en anestesia ofrecidos por un anestesiólogo cuyas responsabilidades incluyen:

- a) evaluación preanestésica del paciente.
- b) Prescripción del plan anestésico.
- c) Participación personal en los procedimientos más demandantes en este plan , en especial los de la inducción y la salida de la anestesia.
- d) Seguir la evolución de la administración de la anestesia a intervalos frecuentes.
- e) Conservarse disponible desde el punto de vista físico para el diagnóstico y el tratamiento inmediatos de las urgencias.
- f) Ofrecer los cuidados postanestésicos indicados

El anestesiólogo encargado de la dirección médica de los procedimientos no debe administrar de manera personal otra anestesia, y debe recurrir a un juicio sensato para iniciar otros procedimientos anestésicos y de urgencias concurrentes

2.-Debe comunicarse con toda claridad a todo el personal participante la delegación de cualquier parte de los cuidados anestésicos por un anestesiólogo o un miembro del equipo de cuidados anestésicos o la dirección médica de dicho anestesiólogo

3.-Carece de ética la explotación de pacientes, instituciones, miembros del equipo de cuidados anestésicos , colegas o pagadores de gastos médicos.

Estándares para la vigilancia anestésica básica.

Estos estándares se aplican a todos los cuidados anestésicos aunque, en circunstancias de urgencia, tienen prioridad las medidas apropiadas de apoyo de la vida. Estos estándares se pueden exceder en cualquier momentos a juicio del anestesiólogo responsable La finalidad es fomentar la calidad de los cuidados de los pacientes, pero su observación no puede garantizar un resultado específico para estos. Son motivo de revisión de manera periódica, a juzgar por la evolución de la tecnología y el ejercicio, Se aplican a todas las anestésias generales, las

anestésias regionales y los cuidados anestésicos vigilados. Estos grupos de estándares se refiere sólo al aspecto de la vigilancia anestésica básica, que es un componentes de los cuidados anestésicos. En ciertas circunstancias raras o extraordinarias. 1) pueden ser impracticados desde el punto de vista clínico algunos de estos métodos de vigilancia, y 2) el uso apropiado de los métodos de vigilancia descritos, de no identificar problemas clínicos indeseables. Podrían ser inevitables las interrupciones breves de la periodicidad de la vigilancia. Bajo circunstancias agotadoras, el anestesiólogo responsable puede omitir los requerimientos señalados con un asterisco, se recomienda que cuando se efectúe lo anterior se indique así con inclusión de los motivos en una nota en el expediente clínico. Estos estándares no tienen como finalidad su aplicación en la asistencia de la paciente obstétrica en trabajo de parto o en la conducción del tratamiento del dolor.

Observar que el término periodicidad define a una acción repetida con regularidad y con frecuencia en su sucesión rápida sostenida, en tanto que la palabra continuo significa prolongado sin interrupción en ningún momento

ESTANDAR 1.

Debe contarse con personal de anestesia calificado en el quirófano o la sala de partos durante la ejecución de todas las anestésias generales, las anestésias regionales y los cuidados anestésicos vigilados

Finalidad:

A causa de los cambios rápidos del estado del paciente durante la anestesia, debe contarse con la presencia de personal calificado en esta especialidad de manera .continua para vigilar al paciente y ofrecer los cuidados anestésicos necesarios. En caso de que haya un peligro conocido directo, por ejemplo, radiaciones , personal de anestesia que podría requerir observación remota intermitente del paciente, debe contarse con los preparativos y el equipo necesarios para esta vigilancia. En caso de que una situación urgente requiera la ausencia temporal de la persona encargada de manera primaria de la anestesia, el anestesiólogo ejercerá su mejor juicio para comparar la emergencia con el estado del paciente anestesiado y para

seleccionar a la persona que quedará como responsable de la anestesia durante su ausencia temporal.

, *ESTANDAR 2*

Durante todas las anestесias, se evaluarán de manera continua oxigenación, ventilación, circulación, y temperatura del paciente.

Oxigenación

Finalidad:

Garantizar la concentración adecuada de oxígeno en el gas inspirado y en la sangre durante todas las anestесias.

Métodos:

- 1.- Gases inspirados, durante cada administración de la anestesia general mediante un aparato para anestesia, debe medir la concentración de oxígeno en el aparato respiratorio mediante un analizador de oxígeno y una alarma de concentración límite de éste activada
- 2.- Oxigenación de la sangre durante todas las anestесias debe emplearse un método para valorar la oxigenación, por ejemplo oximetría de pulso, son necesarias la iluminación adecuada y la exposición del paciente para valorar el color de su piel.

Ventilación.

Finalidad:

Garantizar la ventilación adecuada de los pacientes durante todas las anestесias.

Métodos:

- 1.- En todos los pacientes que reciban anestesia general se valorará de manera continua. La suficiencia de la ventilación Aunque puede bastar con los signos clínicos cualitativos como excursiones del torax, observación de la bolsa reservorio de la respiración y auscultación de los ruidos respiratorios, se recomienda con firmeza la vigilancia cuantitativa del

contenido de dióxido de carbono, el volumen del gas inspirado o ambas cosas.

- 2.- Cuando se instalan una cánula endotraqueal o una mascarilla laríngea, debe verificarse su colocación correcta mediante valoración clínica e identificación de la existencia de dióxido de carbono en el gas espirado. Se efectuará análisis continuo del bióxido de carbono corriente, terminal, que se inicia desde el momento en que se colocaron la cánula endotraqueal o la mascarilla laríngea y termina al efectuarse la extubación o la extracción de los dispositivos, o al iniciar la transferencia a una unidad de cuidados post operatorios mediante un método cuantitativo como capnografía, capnometría o espectroscopia de masa*
3. Cuando se controla la ventilación mediante un ventilador mecánico, debe encontrarse en funcionamiento continuo un dispositivo capaz de identificar la desconexión de los componentes del sistema de respiración. El dispositivo debe emitir una señal audible cuando se exceda el umbral de su alarma.
4. Durante la anestesia regional y los cuidados anestésicos vigilados, debe valorarse la suficiencia de la ventilación por lo menos, mediante observación continua de los signos clínicos cualitativos.

Circulación:

Finalidad:

garantizar la suficiencia de la función circulatoria en los pacientes durante todas las anestесias.

Métodos:

1. Todo paciente que reciba anestesia contara con un electrocardiograma registrado de manera continua desde el principio de la anestesia hasta que se efectúen los preparativos para dejar el área donde se efectuó esta.

2. En todos los pacientes que reciban anestesia se determinaran y valoraran la presión arterial y la frecuencia cardiaca por lo menos cada 5 minutos
3. En todos los pacientes que reciban anestesia general se determinaran y valoraran además de los aspectos mencionados, la función circulatoria de manera continua por lo menos con uno de los siguientes métodos, palpación del pulso, auscultación de los ruidos cardiacos, vigilancia de un dispositivo de medición intra arterial de la presión, vigilancia del ultrasonido periférico en pulso o pletismografía y oximetría de pulso.

Temperatura Corporal:

Finalidad:

Ayudar a la conservación de la temperatura corporal apropiada durante todas las anestесias.

Métodos:

Debe disponerse en todo momento de un medio para la medición continua de la temperatura del paciente. Se medirá la temperatura corporal cuando se pretenda efectuar cambios en esta, o se espera que ocurra o se sospeche que se han producido los cambios en la temperatura corporal.

3) ESTANDARES EN LOS CUIDADOS POST ANESTESICOS.

Estos ESTANDARES se aplican a los cuidados pos anestésicos en todas las localizaciones. Tienen como finalidad mejorar la calidad de la asistencia de todos los pacientes, pero no puede garantizar resultado específico alguno en ellos. Se someten a revisión de manera periódica con base en la evolución de la tecnología y el ejercicio.

ESTANDAR 1.

Todos los pacientes que hayan recibido anestesia general, anestesia regional o cuidados anestésicos vigilados debe recibir asistencia post anestésica apropiada.

ESTANDAR 2

Todo paciente que se transporte a la unidad de cuidados post anestésicos debe ir acompañado por un miembro del equipo de cuidados anestésicos que este bien enterado del estado del paciente. El paciente debe evaluarse y tratarse de manera continua durante el transporte mediante dispositivos de vigilancia y apoyo apropiados para su estado.

ESTANDAR 3

Al llegar a la unidad de cuidados postanestésicos, el paciente debe revalorarse, y el miembro del equipo de cuidados postanestésicos que lo acompaña ofrecerá un informe verbal a la enfermera de la unidad de cuidados post anestésicos.

ESTANDAR 4

Debe evaluarse el estado del paciente de manera continua en la unidad de cuidados post anestésicos.

1. Se observara y vigilara al paciente mediante métodos apropiados para su estado medico. Se prestara atención particular a la vigilancia de oxigenación, ventilación, circulación y temperatura. Durante la recuperación de cualquier clase de anestesia, debe emplearse un método para valorar la oxigenación, como oximetría de pulso, durante la fase inicial de la recuperación. Esto no tiene como finalidad la aplicación durante la recuperación de la paciente obstétrica en la que se empleo anestesia regional para el trabajo de parto y parto vaginal.
2. Debe conservarse un informe escrito preciso durante todo el periodo de estancia en la unidad de cuidados postanestésicos. Es conveniente emplear sistema de puntuación apropiado para la unidad de cuidados postanestésicos, para cada paciente en el momento de su ingreso, a intervalos apropiados antes del alta y el momento de esta.

3. La supervisión médica general y la coordinación de la asistencia del paciente en la unidad de cuidados post anestésicos debe ser responsabilidad de un anesthesiologo.
4. Se contará con un criterio para garantizar la disponibilidad en las instalaciones de un medico capaz de tratar las complicaciones y de ofrecer reanimación cardiopulmonar a los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados postanestésicos.

ESTANDAR 5

Un médico es el responsable del Alta del paciente de la unidad de cuidados post anestésicos.

1. Cuando se aplican los criterios para dar de alta a un paciente, estos deben haber sido aprobados por el departamento de anesthesiología y el personal médico. Pueden variar según se transfiera el paciente a una habitación del hospital, La unidad de cuidados intensivos a una unidad de estancia corta o a su hogar.
2. En ausencia del medico responsable del Alta, la enfermera de la unidad de cuidados post anestésicos determinará si el paciente satisface los criterios para ser dado de alta.

4) PAUTAS PARA LA ANESTESIA REGIONAL EN OBSTETRICIA.

Estas pautas se aplican al empleo de la anestesia y la analgesia regionales en las cuales se administran anestésicos locales a la parturienta durante el trabajo de parto y el parto. Tienen como finalidad mejorar los cuidados de la paciente, pero no pueden garantizar resultado específico alguno para esta. Como es variable la disponibilidad de los recursos anestésicos, los miembros son los responsables de interpretar y establecer los lineamientos para sus instituciones y sus ejercicios propios. Estas pautas están sujetas a revisión con cierta periodicidad según lo requiera la evolución de la tecnología y el ejercicio.

PAUTA No. 1

Debe iniciarse y sostenerse la anestesia regional solo en locaciones en las que se cuente de inmediato con equipo y fármacos para la reanimación apropiada a fin de tratar los problemas relacionados con el procedimiento.

El equipo para reanimación debe incluir los siguientes insumos, pero no limitarse a ellos: Fuentes de oxígeno y aspiración, equipo para conservar las vías respiratorias y efectuar intubación endotraqueal, medio para administrar ventilación mecánica positiva, fármacos y equipos para la reanimación cardiopulmonar.

PAUTA 2

Debe iniciar la anestesia regional un médico con competencia apropiada y la proseguirá este profesional o se hará bajo su vigilancia.

Los médicos deben ser aprobados en un proceso de certificación Institucional para iniciar y dirigir la conservación de la anestesia obstétrica y tratar las complicaciones relacionadas con el procedimiento.

PAUTA 3

No se debe administrar anestesia regional hasta que:

1. La paciente haya sido examinada por un profesional calificado.
2. El estado materno fetal y el progreso del trabajo de parto hayan sido valorados por un médico competente en obstetricia que esta fácilmente disponible para supervisar el trabajo de parto y tratar cualquier complicación obstétrica.

PAUTA 4.

Se colocara un catéter intravenoso antes de iniciar la anestesia regional y se conservara durante todo lo que dure la anestesia regional.

PAUTA 5

La anestesia regional para el trabajo de parto, el parto vaginal o ambas cosas, requiere que un profesional calificado vigile y anote los signos vitales de la parturienta y la frecuencia cardiaca fetal. Se recurrirá a la vigilancia adicional apropiada del estado clínico de la parturienta y del feto cuando se administre un

bloqueo regional extenso por parto vaginal complicado deben aplicarse los estándares para la vigilancia anestésica básica.

PAUTA 6

La anestesia regional para la cesárea requiere que se apliquen los estándares para la vigilancia anestésica y que se disponga de inmediato de un médico competente en obstetricia.

PAUTA 7

Debe disponerse de inmediato de personal calificado, distinto al anestesiólogo que atiende a la madre, para que asuma la responsabilidad del neonato (la responsabilidad primaria del anestesiólogo es ofrecer cuidados a la madre, si se le solicita que ofrezca también su ayuda con brevedad en asistencia del neonato, los beneficios que obtendría el niño deben compararse con los riesgos que correrá la madre en esta situación.

PAUTA 8

Debe estar disponible de inmediato un médico competente y experimentado durante la anestesia regional para que trate las complicaciones anestésicas hasta que el estado post anestésico de la paciente sea satisfactorio y estable.

PAUTA 9

Todas las pacientes que se recuperen de la anestesia regional deben recibir cuidados post anestésicos apropiados. Después de la cesárea, bloqueo regional extenso o ambas cosas, deben aplicarse los estándares para los cuidados anestésicos.

1. Debe contarse con una unidad de cuidados post anestésicos para recibir a las pacientes, diseño, equipo y personal en esta unidad deben satisfacer los requerimientos de los Consejos de Acreditación y de licencia de las instalaciones.
2. Cuando se recurre a un sitio distinto a la unidad de cuidados post anestésicos deben prestarse cuidados post anestésicos equivalente.

PAUTA 10

Debe contarse con un criterio que garantice la disponibilidad en las instalaciones, de un médico que trate las complicaciones y ofrezca reanimación cardiopulmonar a las pacientes que reciben cuidados post anestésicos.

CAPITULO X

NORMA OFICIAL PARA LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIOLOGIA EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

La anestesiología es una rama de la medicina especializada en la atención médica de los pacientes que son sometidos a procedimientos médicos quirúrgicos, obstétricos o de otra índole, en estado de inconciencia, insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores, producidos por la administración por distintas vías de sustancias farmacológicas por lo que también se dedica al cuidado y protección de las funciones de los sistemas vitales como el nervioso central, el nervioso autónomo, el cardiovascular, el respiratorio, el hepatorenal y el hematopoyético, con el propósito de mantener la homeostasis del organismo humano. Sus campos de aplicación se extienden al cuidado de pacientes que son sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, al tratamiento del dolor agudo y crónico y al manejo de los enfermos graves a solicitud del médico a cargo de la unidad de cuidados intensivos. Todas las acciones de esta especialidad se realizan antes, durante y después de los procedimientos incluidos en su área de influencia.

La importancia y trascendencia de los procedimientos anestésicos ha crecido a ritmo y velocidad con que aparecen nuevos conocimientos y técnicas que permiten al cirujano abordar prácticamente todas las estructuras del organismo humano en un afán plausible de recuperar la salud y prolongar la vida útil.

La responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones transoperatorias del paciente hasta la recuperación post anestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones. Es necesario considerar al cuidado anestésico como un proceso que abarca tres etapas, pre, trans, y post anestésica y documentarlo para reflejar éstos componentes.

1. **Objetivo:** Esta norma oficial establece los criterios y procedimientos que deberán observar para la práctica de la anestesiología, así como los requisitos mínimos obligatorios que deberán reunir los profesionales y establecimientos donde se practica esta especialidad.
2. **Campo de aplicación.**
Esta norma oficial mexicana es de observancia obligatoria en el territorio Nacional, para todos los profesionales especialistas en anestesiología que presten servicios en establecimientos, públicos, social y privado.

3. Referencia

- 3.1. NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- 3.2. NOM-010-SSA2-1993 Para la prevención y control del virus de la inmunodeficiencia humana.

- 3.3 NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos de separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos, biológico infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
- 3.4 NOM-CCA-029-ECOL-1993, Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales a cuerpos receptores provenientes de hospitales
- 3.5 NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.

4. Definiciones

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana se entiende:

- 4.1 Anestesia General, a la privación total de la sensibilidad del cuerpo, por la acción de agentes farmacológicos.
- 4.2 Evaluación Preanestésica, al protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico de acuerdo a su análisis.
- 4.3 Cuidados Transanestésicos, a la serie de conductas aplicadas a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente a anestesiado.
- 4.4 Cuidados postanestésicos, a la serie de conductas tendientes a la vigilancia y cuidado de la homeostasis del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.
- 4.5 Exámenes de Gabinete Esenciales, a los estudios indispensables para la administración de la anestesia, en los pacientes que lo requieran deberán incluir evaluación cardiopulmonar, especificándose el riesgo en grados y acompañándose de un electrocardiograma, cuyo registro deberá ser practicado previo al procedimiento.
- 4.6 Exámenes de laboratorio esenciales, a los estudios indispensables para la administración de la anestesia: En cirugía ambulatoria, los de hemoglobina o hematocrito, tiempos de sangrado y coagulación, en la cirugía convencional, además de los anteriores, glucosa, urea y creatinina, y en personas mayores de 60 años, química sanguínea completa, tele radiografía de tórax y electrocardiograma. La validez de estos estudios será de 90 días, siempre y cuando no se presente un evento que pueda modificarlos.
- 4.7 Monitoreo, a la medición y registro de variables biológicas que puede ser por métodos invasivos y no invasivos.
- 4.8 Prestadores de servicio de anestesiología a los profesionales y establecimiento previstos por la siguiente norma para la prestación de los servicios de anestesia.
- 4.9 Usuarios, a toda persona que requiera y obtenga los servicios de atención médica.
- 4.10 Hospital, a todo establecimiento público, social o privado cualquiera que sea su denominación que tenga como finalidad la atención de pacientes que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- 4.11 Procedimientos anestésicos a todos aquellos que deben ser aplicados por un médico anesthesiólogo calificado.
- 4.12 Carta de Consentimiento bajo información, al documento escrito firmado por el paciente, su representante legal, o en su caso al familiar más cercano en vínculo, mediante el cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados, el procedimiento médico quirúrgico o anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios y de investigación médica.

Esta carta se sujetara a los requisitos previstos en las disposiciones aplicables, serán revocables mientras no se inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligaran a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

5. Generalidades.

Para la practica de la anestesiología es necesario tomar en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la practica medica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal medico, a través de la cual los profesionales y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del paciente, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar que presten sus servicios.

6. Requisitos de los profesionistas de la salud para la práctica de la anestesiología.

- 6.1 Título de Médico Cirujano.
- 6.2. Cédula Profesional, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaria de Educación Pública o la autoridad educativa local.
- 6.3. Certificado o Diploma de Especialistas en Anestesiología, expedido por una Institución de educación Superior legalmente autorizada o en su caso por el Comité de Certificación correspondiente.
- 6.4. Registro de Especialista expedido por la Secretaria de Educación Pública expedido a través de la Dirección General de Profesiones o la autoridad educativa local.
- 6.5. Si los estudios se realizaron en el extranjero, revalidación por la Secretaria de Educación Pública o la autoridad Educativa local

7 Requisitos del establecimientos prestadores de servicios de salud para la práctica de la anestesiología:

- 7.1 Los establecimientos prestadores de servicios de salud facultados previamente por autorización por la Secretarías de Salud para la práctica de la anestesiología, serán las unidades de primer nivel con hospitalización los centros de cirugía ambulatoria, los hospitales generales, los hospitales de especialidades e institutos, públicos, privados o sociales.
- 7.2 En la práctica de la anestesiología, será el responsable del establecimiento quien supervise la aplicación de la presente norma oficial mexicana conforme al reglamento.
Solo podrá aplicarse anestesia general en gabinetes de diagnóstico con la participación del médico anesthesiólogo y con el equipo mínimo indispensable
- 7.3 Los establecimientos prestadores de servicios de salud donde se realiza la práctica de la anestesiología, deberán contar con el equipo mínimo obligatorio para la práctica en condiciones razonables de seguridad y que se describen en el apéndice A.
- 7.4 Todo el equipo médico deberá estar sujeto a mantenimiento preventivo, correctivo y sustituido de acuerdo a los estándares obligatorios.
- 7.5 Independientemente del equipo listado, los establecimientos prestadores de servicios de salud donde ese practique la anestesiología, deberán contar con

todo el equipo que se especifica en el Apéndice A, de la presente Norma Oficial Mexicana

- 7.6 Los procedimientos a los que se refiere esta Norma Oficial Mexicana, deberán ser realizados por un médico anesthesiologo o por un médico en entrenamientos supervisado por un especialista del área.

8.Responsabilidades de los prestadores de servicios de anestesiología:

- 8.1 Determinar el estado físico del paciente y de ser necesario, convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados anestésicos. Así mismo, comunicará al paciente, representante legal o familiar más cercano en vínculo el plan anestésico propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento obteniéndose la carta de consentimiento bajo información e indicará la prescripción apropiada de la medicación preanestésica necesaria.
- 8.2 Identificar al paciente en la sala de operaciones, confirmar el diagnóstico, el consentimiento informado, la cirugía propuesta y evaluar al paciente antes de la inducción anestésica
- 8-3 Examinar el buen funcionamiento del equipo antes de la inducción anestésica. El desarrollo de protocolos facilita la verificación.
- 8.4 Proporcionar al paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica.
- 8.5 Iniciar el proceso anestésico sólo con la presencia del cirujano
- 8.6 Conducir personalmente la anestesia y permanecer en la sala quirúrgica durante todo el procedimiento.
- 8.7 Adoptar las medidas para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos al paciente o de éste al médico, utilizando materiales desinfectados o estériles (hoja de laringoscopio, tubos endotraqueales, circuitos, cánulas de Guedel, etcétera) Independientemente de seguir la técnicas preventivas de infección aceptadas.
- 8.8 Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente
- 8.9 Verificar que este plan sea registrado y documentado en forma correcta en el expediente del enfermo.
- 8.10 Evaluar y verificar durante el periodo perianestésico.
- 8.10.1 El funcionamiento del equipo, fármacos y fuente de gas.
- 8.10.2 El estado del paciente.
- 8.11 El anesthesiologo se apoyará preferentemente con otros especialistas para solucionar contingencias médicas que se presenten durante el acto anestésico
- 8.12 En caso de relevo, el médico deberá entregar al paciente con el expediente donde se anote detalladamente, sus condiciones clínicas.
- 9 Lineamientos para el cuidado preanestésico.
- 9.1 Revisar y analizar el expediente clínico e
- 9.2 Interrogar y examinar al paciente para :
- 9.2.1 Conocer el historial anesthesiologico y farmacológico.
- 9.2.2 Analizar los aspectos del Estado Físico que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operativo y el manejo, clasificando al paciente según el riesgo anestésico, calificando al paciente en una escala de 21 a 5 con las siguientes condiciones:
- 1 Paciente sano que requiere cirugía sin antecedente o patología agregada
 2. Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica pero compensada.
 3. Paciente que cursa con alguna 4enfermedad sistémica descompensada.
 4. Paciente que cursa con alguna enfermedad sistémica incapacitante.
 5. Paciente que se le opere o no, tiene el riesgo inminente de faceller dentro de las 24 horas posteriores a la valoración, por ejemplo: Pancreatitis aguda.

- 9,2,3 Realizar las pruebas y consultas necesarias para fundamentar un óptimo procedimiento anestésico.
- 9.3 Los lineamientos anteriores se aplicaran a cualquier paciente sometidos a un procedimiento anestésico, salvo circunstancias especiales a juicio médico cuyo registro deberá asentarse en el expediente del enfermo.
 - 9.4 La nota pre-anestésica será elaborada por el anesthesiólogo y deberá tener como mínimo:
 - 9.4.1 Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación a la anestesia.
 - 9.4.2. Tipo de anestesia, que se aplicara de acuerdo a las condiciones del paciente y de la intervención quirúrgica planeada.
 - 9.4.3. Riesgo anestésico y
 - 9.4.4. Medicación pre anestésica
- 10 Lineamientos para el manejo trans-anestésico.
 - 10.1 La atención anestésica es tarea exclusiva de los médicos anesthesiólogos.
 - 10.2 Para llevar a cabo el manejo anestésico, el anesthesiólogo deberá documentar en el expediente y en la hoja de registro anestésico, la evaluación pre-anestésica.
 - 10.3 El médico anesthesiólogo deberá comprobar con anterioridad al procedimiento, el funcionamiento adecuado del equipo que se utilizará, de acuerdo con algún método sistemático (fuente de gases, máquina de anestesia, vaporizadores, circuitos anestésicos, monitores, laringoscopios, bomba de infusión, etc.).
 - 10.4 Antes de iniciar la anestesia, se deberá conocer la historia clínica del paciente y haber consultado la nota pre-anestésica.
 - 10.5 El médico responsable de aplicar la anestesia elegirá la técnica anestésica, los procedimientos pertinentes.
 - 10.6 Oxigenación, todo paciente bajo anestesia general y a criterio del anesthesiólogo cuando se utilice anestesia regional o sedación monitorizada deberá recibir oxígeno inspirado para lo cual deberá vigilarse lo siguiente:
 - 10.6.1 Las máquinas de anestesia deberán contar con sistemas de seguridad para evitar la administración de mezclas hipóxicas.
 - 10.6.2 Utilizar equipos con sistemas que eviten concentraciones erróneas de las fuentes de gases .
 - 10.6.3. Las alarmas de los aparatos por ningún motivo deberán ser desactivadas.
 - 10.6.4 Vigilará continuamente la saturación de oxígeno mediante la oximetría de pulso en todo procedimiento anestésico.
 - 10.7 Vía aérea y ventilación.
 - 10.7.1. Será necesario vigilar y mantener:
 - 10.7.1.1.La permeabilidad de la vía aérea
 - 10.7.1.2 La ventilación pulmonar mediante un estetoscopio: precordial o esofágico y verificar los movimientos torácicos ocasionados por la entrada de aire y los pulmones.
 - 10.7.2 Se recomienda el uso de capnografía.
 - 10.7.3 En el caso de cirugía la paroscópica será indispensable contar con capnometría y capnografía.
 - 10.7.4. Cuando se utilice ventilación mecánica tendrá que emplearse una alarma para detectar desconexión.
- 10.8 Función cardiovascular.
 - 10.8.1. Deberá vigilarse continuamente la frecuencia y el ritmo cardiaco empleando monitor para electrocardiografía continua.

- 10.8.2. La presión arterial se determinará y se registrará en periodos no mayores de 5 minutos en todos los casos y con mayor frecuencia, si las condiciones clínicas del paciente así lo determinen.
- 10.8.3 Deberá contar con un desfibrilador en condiciones adecuadas de funcionamiento.
- 10.9 Temperatura, medirá la temperatura en intervalos frecuentes cuando sea indicado clínicamente.
- 10.10 Profundidad de la anestesia, será evaluada regularmente por medios clínicos, se recomienda medir continuamente la concentración inspirada de los gases anestésicos.
- 10.11 Función neuromuscular, en el caso de utilizar relajantes musculares se recomienda el empleo de un estimulador de nervios periféricos.

11 Documentación del procedimiento anestésico:

- 11.1 Documentar los signos vitales. Cuando se utilice ventilación mecánica tendrá que emplearse una alarma para detectar desconexión.
- 11.2 Registrar el inicio del procedimiento anestésico.
- 11.3 Registrar el inicio del procedimiento quirúrgico
- 11.4 Registrar las dosis de los medicamentos o agentes usados y los tiempos en los que fueron administrados.
- 11.5 Anotar la técnica utilizada.
- 11.6 Tipo y cantidades de líquidos intravenosos administrados, incluyendo sangre y sus derivados.
- 11.7 Registrar las contingencias.
- 11.8 Anotar la duración del procedimiento quirúrgico.
- 11.9 Anotar la duración de la anestesia
- 11.10 Registrar el estado del paciente al concluir la anestesia.

12 Lineamientos para el cuidado post-anestésico.

- 12.1 Evaluará durante el periodo post anestésico:
 - 12.1.1 El paciente al ingreso y alta de la unidad de recuperación post anestésica deberá ser vigilado por un anesthesiólogo.
 - 12.1.2 Deberá elaborarse una tabla de signos vitales y de nivel de conciencia
 - 12.1.3 Anotará los insumos administrados y sus dosis.
 - 12.1.4 Cualquier evento inusual, peri-anestésico y quirúrgico deberá consignarse en el expediente.
 - 12.1.5 Realizar la visita post- anestésica 24 y aún 48 horas después del procedimiento, cuando sea necesario y permanezca el paciente hospitalizado
- 12.2 Los pacientes que reciban anestesia general deberán recibir cuidados post-anestésicos consistentes en: Administración de oxígeno, de líquidos parenterales y de medicamentos indicados, así como medición de la oxigenación, temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial, frecuencia respiratoria y valoración del estado de conciencia con el equipo disponible para ello en la sala de recuperación. Se acepta que algunos pacientes puedan ingresar directamente del quirófano a su cama, siempre y cuando no requieran de los cuidados de la unidad de cuidados post anestésicos, sobre todo aquellos que reciban técnicas regionales, sedación y/o monitoreo que además se encuentre en buenas condiciones y cumplan los requisitos que establece esta Norma.

- 12.3 La unidad de cuidados post anestésicos es un área que debe contar con los mismos estándares de cuidados para el paciente del periodo trans- anestésico y estar anexa al quirófano.
- 12.4 La vigilancia del paciente en la unidad de cuidados post anestésicos es responsabilidad y deberá proporcionarla un médico del servicio de anestesiología asignado al servicio de recuperación.
- 12.5 El diseño y equipamiento de esta área y el reclutamiento del personal cumplirá con los requisitos establecidos por las instituciones que acrediten la licencia del hospital.
- 12.6 Los procedimientos de enfermería deben estar de acuerdo con las recomendaciones que establezca el servicio de anestesiología
- 12.7 El anestesiólogo conjuntamente con el cirujano y el médico tratante, determinará en base al estado físico y condiciones del paciente ingreso de este desde el quirófano o salas de estudio especializados a la unidad de cuidados post anestésicos o a la unidad de terapia intensiva.
- 12.8 Para el traslado del paciente intramuros, el equipo mínimo indispensable para el paso del paciente a la unidad de terapia intensiva, incluirá
 - 12.8.1 Mascarilla, válvula, balón para presión positiva
 - 12.8.2 Fuente de oxígeno
 - 12.8.3 Sistema de oxigenación o ventilación y similares
 - 12.8.4 Camilla con barandales para traslado de paciente
 - 12.8.5 Monitor de traslado
- 12.9 Un paciente transportado a la unidad de cuidados post anestésicos será acompañado por el anestesiólogo y el cirujano quienes estarán al tanto de sus condiciones físicas, será evaluado continuamente y conforme a las circunstancias, será tratado clínicamente.

13. Criterios para trasladar a un paciente de quirófano a sala de recuperación.

- 13.1 Deberá haber concluido el evento quirúrgico anestésico
- 13.2 Deberá verificarse que no haya evidencia de sangrado activo anormal
- 13.3 Deberá haberse extubado al paciente, en caso de anestesia general, y no tener datos de insuficiencia respiratoria
- 13.4 Es aceptable el apoyo de la vía aérea con cánula orofaríngea
- 13.5 La oximetría del pulso debe encontrarse en límites normales, de acuerdo a la edad y condiciones previas del paciente
- 13.6 Deberá tener signos vitales estables y en límites normales
- 13.7 Deberá tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis
- 13.8 En caso de tener sondas o drenaje, estos deberán de estar funcionando óptimamente
- 13.9 Deberá contar con hoja de registro anestésico adecuadamente elaborada y completa incluyendo incidentes o accidentes sucedidos
- 13.10 Deberá de redactarse en el expediente clínico, una nota de evolución trans anestésica que incluya: Medicamentos inductores, entubación requerida, medicamentos de mantenimiento, datos de emersión, balance hidroelectrolítico, medicamentos revertidores, plan de administración de líquidos parenterales y de analgésicos pos operatorios (estos dos datos podrán anotarse por indicación del cirujano) y calificación de ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: Respiración, función

- cardiovascular, relajación muscular, coloración y estado de la conciencia, al llegar a recuperación
- 13.11 En caso de tratarse de un bloque de conducción nerviosa, la nota de evolución trans- anestésica, deberá incluir todos los datos referentes a dicha metodología
 - 13.12 Entregará personalmente el paciente la hoja de registro anestésico y el expediente clínico al médico de servicio de anestesiología, responsable del área de recuperación.
 - 13.13 Recepción del paciente quirúrgico en sala de recuperación
 - 13.13.1 Cuando se han llenado todos los requisitos mencionados anteriormente, el médico anestesiólogo tratante entregará al paciente al médico del servicio de anestesiología responsable del área de recuperación en compañía de uno de los médicos del equipo quirúrgico, vigilando que tenga instalada la oximetría de pulso, electrocardiografía continua y presión arterial verificando que los datos estén dentro de los límites normales
 - 13.13.2 Tendrá obligación de dejar permeable la venoclisis e instalar una fuente de oxígeno adecuada
 - 13.13.3 Cuando el médico anestesiólogo ha cumplido con la tarea anterior, y el médico de servicio de anestesiología responsable del área se da por satisfecho, se firmará conjuntamente la nota pos anestésica.
 - 13.13.2 Cuando no se cumplan los mínimos mencionados anteriormente, el médico de servicios de anestesiología responsable del área, podrá reservarse el derecho de evitar que el médico anestesiólogo se retire, o en su caso, sugerirá el traslado del paciente a la Unidad de cuidados intensivos.
 - 13.14** La nota post anestésica lo elabora el médico que administró la anestesia y debe contener los datos siguientes:
 - a) Tipo de anestesia aplicada
 - b) Medicamentos aplicados
 - c)** Duración de la anestesia
 - d) Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
 - e) Cantidad de sangre y soluciones aplicadas
 - f) Estado clínico de lo enfermo a su egreso al quirófano
 - g) Plan de manejo y tratamiento inmediato
 - 13.15 En la unidad de cuidados post anestésicos el paciente deberá ser observado y monitorizado minuciosamente mediante métodos adecuados, para el registro de la ventilación y la circulación
 - 13.15.1 Durante la recuperación post anestésica deberá emplearse un método cuantitativo para evaluar la oxigenación con la oximetría de pulso
 - 13.15.2 Realizará un reporte por escrito mientras el paciente se encuentra en esta unidad y al momento de su alta
 - 13.15.3 Se aplicará la escala de evaluación del paciente, post anestésico ALDRETE, que es una clasificación que se utiliza en la anestesiología para determinar o conocer la condición del paciente después del evento anestésico y valora los siguientes parámetros: Respiración, función cardiovascular, relajación muscular, colaboración y estado de la conciencia, siempre y cuando no se usen reventadores al final de la operación o se consigne qué reventadores se han empleado
 - 13.15.4 La supervisión médica general y la coordinación del cuidado del paciente en esta unidad, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del cirujano.
 - 13.15.5 Es imprescindible la vigilancia continua por un médico de servicio de anestesia en la unidad de cuidados post anestésicos, que sea capaz de manejar

- las complicaciones que se originen y en caso necesario proceder a la reanimación cardiopulmonar
- 13.16 El médico responsable encargado del área de recuperación dará de alta a los pacientes de la unidad de cuidados post anestésicos
Los criterios utilizados para dar de alta a los pacientes de esta unidad, serán los establecidos por el departamento de anestesiología en el manual de procedimientos respectivos, que establecerá en qué momento puede retirarse el médico responsable y hacia dónde se envía al paciente (Unidad de Cuidados intensivos a piso, a su domicilio, etc.)
- 13.16.1 La nota de egreso del área de recuperación la elaborará el médico encargado de la misma y debe contener los datos siguientes:
- Resumen de la evolución y estado actual del paciente
 - Resumen del tratamiento
 - Diagnóstico finales y su fundamento
 - Motivo del egreso
 - Problemas clínicos pendientes y el plan terapéutico detallado de su competencia
- 13 Administración de anestesia en pediatría
- 14.1.1 El plan de manejo anestésico debe estar autorizado por los padres del paciente o la persona legalmente responsable, obteniendo el consentimiento bajo información.
- 14.1.2 El plan anestésico deberá basarse en las condiciones clínicas del niño, y en el interrogatorio a los padres o al representante legal, debiéndose incluir, en su caso, la historia prenatal y los antecedentes anestésicos
- 14.2 Manejo trans anestésico
- 14.2.1 Deberá asegurar que la unidad médica cuente con el quipo que permita mantener la temperatura adecuada del paciente mediante alguno de los elementos disponibles como: Un colchón térmico, cascadas humidificadoras, calentamiento de las soluciones administradas o cubriendo con guata o plástico las áreas expuestas que no sean sometidas a intervención quirúrgica.
- 14.2.2 El resto de especificaciones ya normalizadas para el periodo trans anestésico del paciente adulto deben aplicarse al paciente pediátrico
- 14.3 Manejo del paciente pediátrico:
- 14.3.1 La anestesia en el paciente pediátrico debe ser aplicada por un anestesiólogo debidamente entrenado en esta área.
- 14.3.2 Deberá contar con una vía intravenosa durante el procedimiento
- 14.3.3 La vigilancia trans anestésica de los pacientes pediátricos será la prevista para el paciente adulto adecuando los elementos de monitorización a la edad del niño.
- 14 Administración de la anestesia en gineco obstetricia.
Se adaptarán las siguientes previsiones especiales: Los procedimientos en gineco obtetricia, serán aplicados y vigilados durante todo el proceso por un médico anestesiólogo o un médico en entrenamientos supervisado por un médico especialista.
Los presentes lineamientos se aplicarán durante las etapas y procedimientos gineco obstréticos a juicio del anestesiólogo responsable
- 15.1 La anestesia regional (bloqueo epidural, subaracnoideo y mixto), deberá ser iniciada y mantenida solamente en establecimientos autorizados que cuenten con la infraestructura e insumos considerados en esta norma y deberá ser aplicada hasta que la condición materno – fetal y el progreso del periodo del amor hubiera sido evaluado por el gineco obstreta responsable e informado al anestesiólogo a cargo
- 15.2 La cantidad de líquidos intravenosos debe ser establecida antes de iniciar y mantener un procedimiento regional

- 15.3 La responsabilidad primaria del anesthesiologo será proveer los cuidados a la madre. Si el anesthesiologo es también requerido para brindar asistencia al producto se deberá valorar el riesgo de dejar temporalmente a la madre. Por lo tanto, se debe contar con personal calificado para atender las contingencias que pudieran afectar al recién nacido dejando como única responsabilidad del anesthesiologo la vigilancia de la madre.
- 15.4 Deberá documentar en el expediente, las características de monitoreo, oxigenación, ventilación y apoyo circulatorio, además de las técnicas anestésicas empleadas, así como medicamentos utilizados y signos vitales maternos fetales
- 15.5 El anesthesiologo elegirá el método y la técnica anestésica
- 15.6 Todas las pacientes que se encuentren en proceso de recuperación de una anestesia de conducción, deberán recibir cuidados en la unidad de recuperación post anestésica o en la unidad de cuidados intensivos si se requiriera.

16 Administración de anestesia durante la práctica de procedimientos de cirugía ambulatoria o de corta estancia hospitalaria.

16.1 Pre operatorio

16.1.1 Características generales.

Todo paciente que se ha sometido a cualquier procedimiento quirúrgico ambulatorio o que implique corta estancia post operatoria, deberá firmar su carta de consentimiento informado, que asegura que conoce las características del evento anestésico quirúrgico así como sus posibles complicaciones y se seguirán los mismo lineamientos para la administración de cualquier manejo anestésico.

16.1.2 Situaciones especiales que excluyen al paciente de cirugía ambulatoria y de corta estancia:

- a) Probabilidad de transfusión sanguínea
- b) Empleo crónico de medicamentos potencializadores de los anestésicos que impidan su egreso
- c) Niños con probabilidad de ayuno prolongado.
- d) Lactantes con alto riesgo de complicación respiratoria. (Prematuros, etc.)
- e) Antecedentes familiares o personales de hipertermia maligna
- f) Características personales o socioeconómicas que a juicio médico impidan su adecuado seguimiento domiciliario.
- g) Cirugía de urgencia que requiere de hospitalización
- h) Paciente con enfermedad aguda intercurrente
- i) Riesgo anestésico 3 o mayor, de acuerdo a la escala del numeral 9.2.2 de esta Norma.
- j) Condiciones especiales que excluyen al paciente de cirugía ambulatoria y de corta estancia.

16.1.3 Requisitos:

16.1.3.1 El paciente tendrá el tiempo de ayuno que se considere adecuado, además de contar con exámenes de laboratorio y gabinete realizados dentro de los 90 días previos a la aplicación de la anestesia, salvo en aquellas condiciones específicas en que pueda haber sangrado intercurrente.

16.1.3.2 Valoración pre anestésica no mayor a 5 días previos a la cirugía y nueva valoración antes del acto quirúrgico.

16.1.3.3 El riesgo anestésico quirúrgico deberá ser de cirugía electiva cuando el estado físico sea 1 o 2 de la escala mencionada en el numeral 9.2.2 de esta Norma y el tipo de cirugía sea el catalogado como el menor.

17 Bibliografía

- 17.1 Consejo de Salubridad General, Comisión Intersintitucional de Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, capítulo anestesiología o Inhaloterapia, 1986
- 17.2 Sistema Universal de Nomenclatura de Equipos Médicos. 1993
- 17.3 Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Cuadro Básico de Equipamiento de Hospitales Generales de Segundo Nivel pag. 44-46, 1990
- 17.4 Comité de Enseñanza e Investigación de la F.S.A.R.M.A.C.-91-93, Revista Anestesia en México. Vol. 6 No. 6 1994, pag. 386-392, Mínimos de Calidad para la Práctica de la Anestesiología en México.

18. Concordancia con Normas Internacionales Mexicanas.

Esta Norma Oficial Mexicana no tiene concordancia con ninguna Norma Mexicana, pero concuerda parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

19. Observancia de la Norma.

La vigilancia del cumplimiento de la presente Norma Oficial Mexicana corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

El procedimiento anestésico deberá ser realizado por un médico anesthesiologo calificado y solo en las Instalaciones del Ejercito Mexicano los podrá realizar personal técnico; esta excepción estará regida por las normas propias de esa Institución. Estos lineamientos se establecerán paulatinamente, en tanto la Secretaría de la Defensa Nacional logre satisfacer los requerimientos de médicos anesthesiologos.

20. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al siguiente día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo No Reección

México Distrito Federal A 14 de Septiembre de 1999 El Subsecretario de Regulación y Fomento Sanitario, José Ignacio Campillo García.- Rúbrica.

CONCLUSIONES.

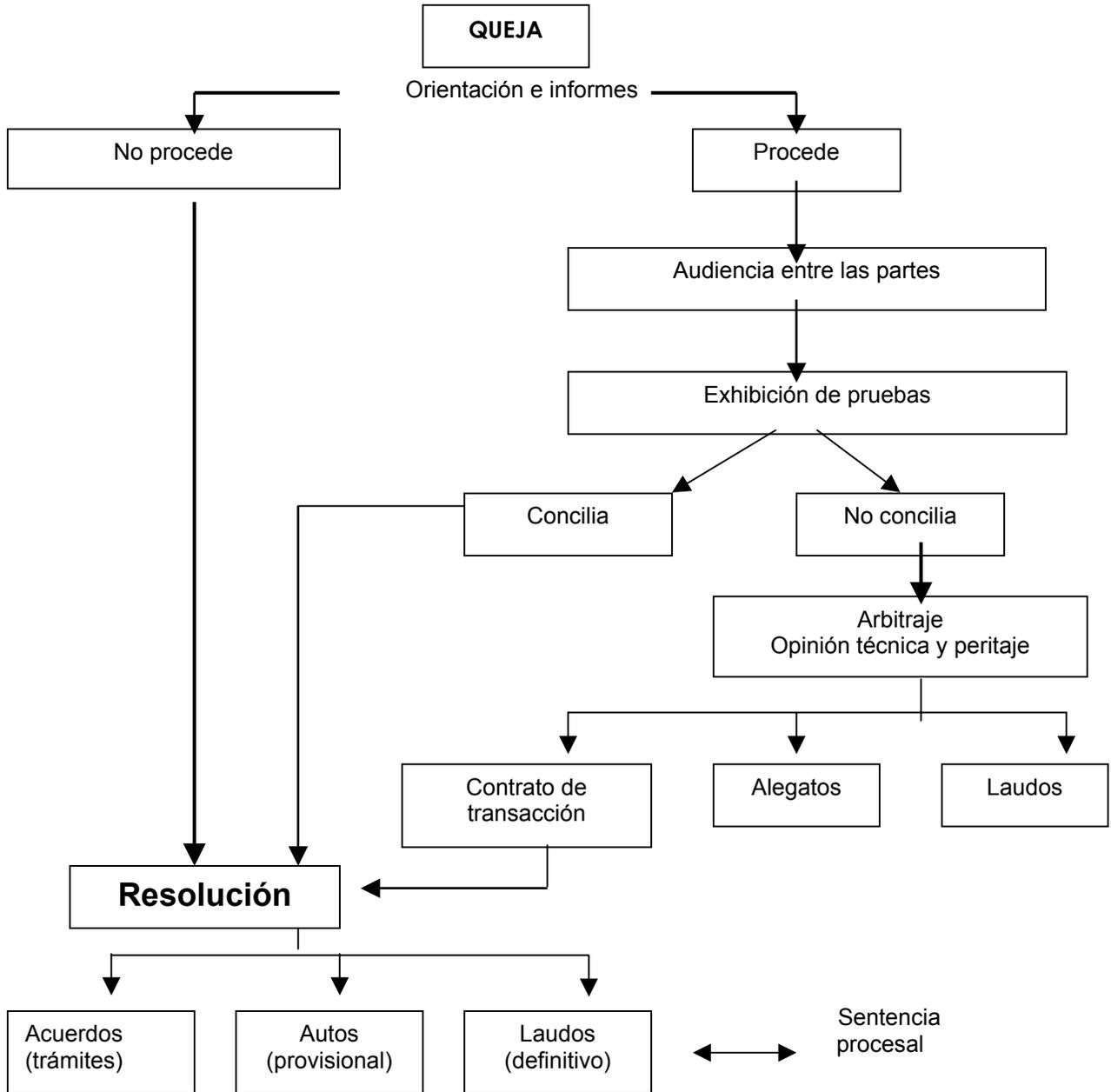
La práctica médica no garantiza resultados óptimos en todos los casos, sin embargo, el deber de cuidado, el hacer lo mejor que este a nuestro alcance y la actualización continua son obligaciones de todos los médicos.

La anestesiología es una especialidad de alto riesgo por lo que es importante conocer y seguir las Normas y Estándares establecidos a fin de garantizar la salud y el derecho de los pacientes a un trato digno y con calidad de atención. De esta manera, se puede reducir la posibilidad de vernos involucrados en demandas y si esto llegase a pasar, es importante que no sea por falta de cuidado a los deberes profesionales y éticos de la anestesiología.

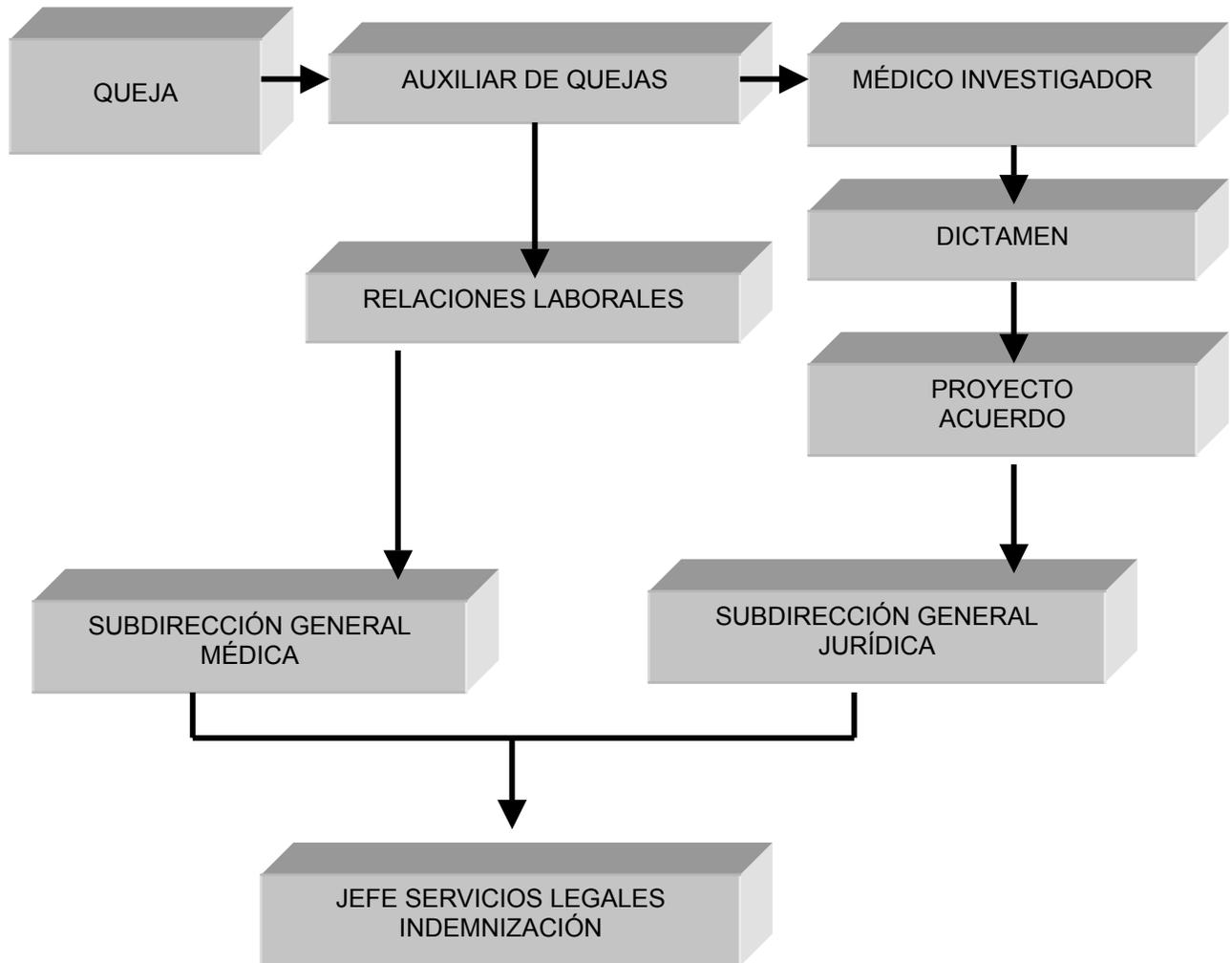
Tener las bases para actuar debidamente en la práctica medica, exigir y cuidar en los establecimientos donde prestamos nuestro servicio, que se cumplan las Normas y requerimientos esenciales para dar al paciente una atención segura y de calidad y minimizar el riesgo de demandas médico legales. es de vital importancia para el anestesiólogo. Y si por alguna razón el médico se viese involucrado en este proceso, tener las bases de conocimiento del mismo a fin de enfrentarlo más eficazmente.

ANEXO 1

**PROCEDIMIENTO DE QUEJA EN LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
(CONAMED)**

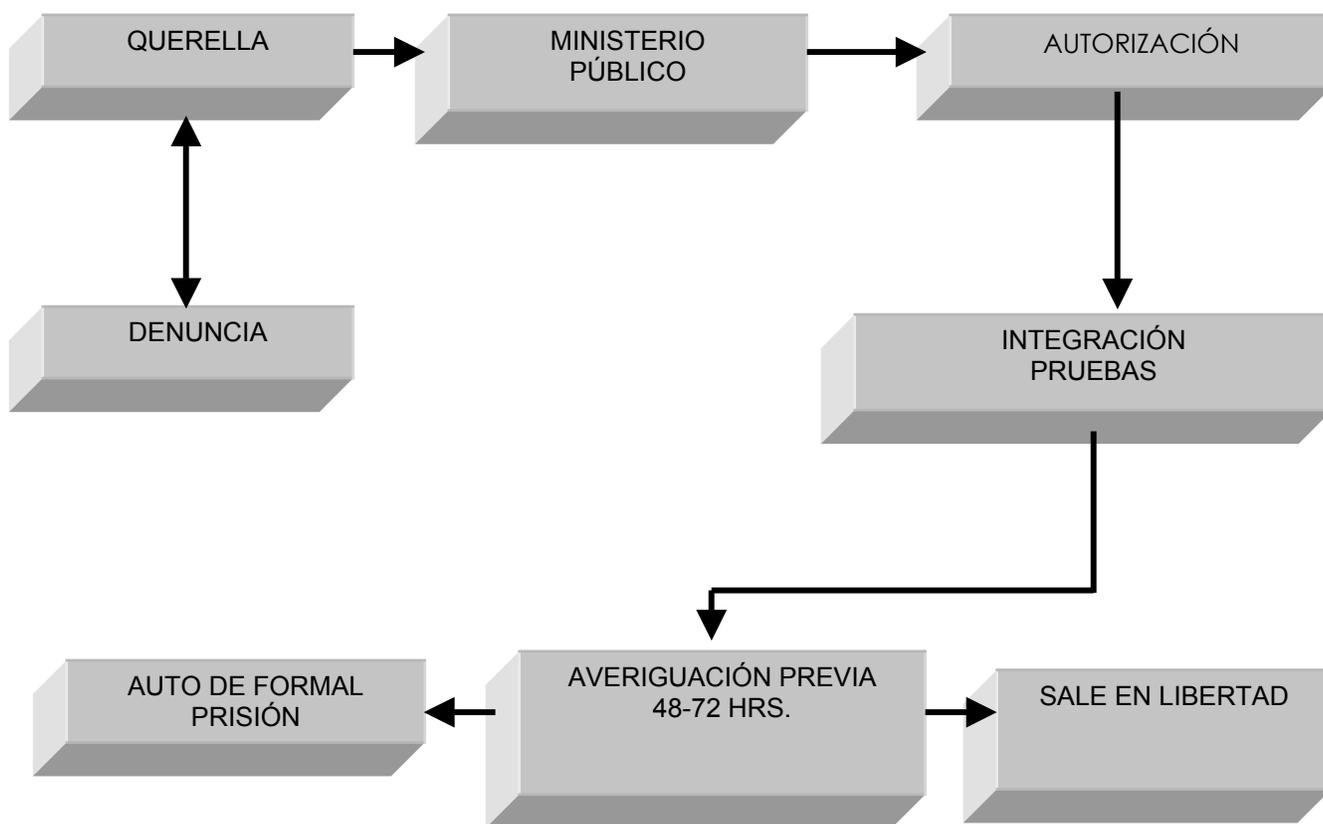


EVOLUCIÓN NATURAL CASO MÉDICO - LEGAL A NIVEL INSTITUCIONAL



CHACON C. Aspectos Legales en la Anestesiología, Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 12, No. 1, Enero - MARZO 1989.

EVOLUCIÓN NATURAL CASO MÉDICO – LEGAL MATERIA JUDICIAL – PENAL



CHACON C. Aspectos Legales en la Anestesiología, Revista Mexicana de Anestesiología. Vol. 12, No. 1, Enero - Marzo 1989

HISTORIA NATURAL DE UN CASO MÉDICO LEGAL

ANEXO 4

PERIODO PREPATOGÉNICO (PREDEMANDA)		PERIODO PATOGÉNICO (DEMANDA)		
<p>Interacción de factores responsables de un caso médico legal</p> <p>Agente: Manejo anestésico Pre-anestésico Trans anestésico Post-anestésico</p> <p>Huésped: Paciente Variables biológicas Limitaciones físicas previas Antecedentes de Demandas previas</p> <p>Medio ambiente: Nivel socioeconómico Cultura Grupo laboral</p>				
Prevenición primaria		Prevenición secundaria		Prevenición terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Prevenición secundaria		Limitación del daño
<p>Conocimiento del caso</p> <p>Valoración integral del paciente</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Adecuado manejo de expediente clínico</p> <p>Evitar mala práctica</p> <p>Informe de accidentes superiores</p> <p>Responsabilidad profesional</p> <p>Mejorar relación médico – paciente</p> <p>Adecuada relación entre cirujano y anestesiólogo (equipo litúrgico)</p> <p>Evitar comentarios en quirófano y pasillo</p>	<p>-Integrarse a programas de prevención de accidentes</p> <p>-Conocimiento estandar de manejo y monitoreo</p> <p>- Evitar chambismo</p> <p>-Promover saneamiento del ambiente en quirófano</p> <p>-Identificar a pacientes conflictivos</p> <p>- Adecuado nivel de capacitación teórico – práctico (cursos de actualización)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar un buen arreglo • Notificar a los superiores (accidentes) • Resumen escrito del caso • Fotocopia del proceso anestésico • Documentar bibliográficamente el caso • Conocimiento de modificaciones legales Ley General de Salud, Código Penal, Contrato Colectivo de Trabajo. • Adecuada presentación Léxico en las entrevistas o citas legales • Platicar con abogados institucionales y Compañía Aseguradora sobre el caso 		<ul style="list-style-type: none"> • Buscar arreglo • Indemnización • Fianza (libertad) • Contratar abogado cuando la pérdida de servicio profesional es factible • Mejor relación médico y paciente • Adquirir seguro de demandas
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer Nivel		Quinto nivel

BIBLIOGRAFIA.

1. Soberón Acevedo, La Salud de México. Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Biblioteca de la Salud. Tomo IV, Vol. 2
2. Casamadrid Mata, Octavio R. "La Atención Médica y el Derecho Sanitario" Ed. Ciencia y Cultura Latinoamericana, México, 1999
3. Ramírez López Alejandro José. El Derecho a la Salud. Primera edición. Editorial Sista. 2003
4. Dobler López, Irving F. "La responsabilidad en el ejercicio médico" Ed. El Manual Moderno, México, 1999.
5. Arellano, Martha. Barragán Riberón "Deontología Médica y Responsabilidad Médica" Compilación. México 1995.
6. Norris MaK C. Anestesia Obstétrica. Mc Graw Hill Interamericana. México 2002
7. Cote Estrada, Lilia, García Torres Paul O. "La práctica Médica y sus controversias Jurídicas" Ed. Editora científica Médica Latinoamericana, México, 2002.
8. Diccionario Jurídico. Tmo I Ed.. Porrúa, UNAM, México, 1999.
9. Carrillo Fabela, Luz María R. "Responsabilidad Profesional del Médico" Editorial. Porrúa. México, 2000.
10. Código Penal para el Distrito Federal. Porrúa 2002
11. Código Civil para el Distrito Federal Ed. Porrúa, 2002
12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2002 29ª. Ed. Porrúa
13. Ramírez Covarrubias, Guillermo "Medicina Legal Mexicana" Ed. Ildimp Publicidad, 2ª. Ed. México, 1992
14. Wikinski, Jaime A. y Bollini, Carlos "Complicaciones Neurológicas de la Anestesia Regional, Periférica y Central" Ed. Médica Panamericana, Argentina, 1999.
15. Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal Porrúa. 2002
16. Norma Oficial Mexicana para la Práctica de la Anestesiología en México NOM-170-SSA1-1998 (Publicada Diario Oficial de la Federación 10. Enero, 2000).
17. Ley General de Salud. Ed. Porrúa XXXII edición. México. 1999

18. Ley General de Profesiones. Ed. Porrúa XXII 2000
19. Galindo Garfias, Ignacio. "Responsabilidad Profesional del Médico y los Derechos Humanos"
1ª. Ed. Comisión nacional de los Derechos Humanos. 1995
Ed. Porrúa, México, 1997
20. Compilación SIMPOSIUM Asociación de Médicos ex Residentes de Anestesia del Hospital General de México. AMERA. "Factores de Riesgo en la Práctica Anestésica"
Guanajuato, 1989.
21. Compilación SIMPOSIUM Secretaria de la Defensa Nacional. " Simposium Nacional sobre Responsabilidad Profesional Médica, Actualidad y Perspectiva"
México, 1995.
22. Guevara Uriah, Tamariz Orlando Moyao. Normas Mínimas de Calidad para la Práctica de la Anestesiología en México. FSARM Anestesia en México 1996. No. 8
Vol. 5
23. Código Federal de Procedimientos Civiles
Ed. Porrúa. 2002