

“Décès à la maternité d'Orthez: l'anesthésiste placée en détention provisoire”

Muerte por un “accidente anestésico”

• **El suceso.-** La Agencia Regional de Salud (ARS) ha emprendido un procedimiento de cierre de la *Maternidad* de Orthez (Pirineos Atlánticos, Francia) donde durante una cesárea bajo anestesia general *-bajos los efectos de la anestesia-* se produjo un accidente en una joven de 26 años, en la noche del 26 (viernes) al 27 (sábado) de septiembre de este año 2014. La joven mujer, víctima de una parada cardíaca, fue transferida al Hospital de Pau, donde falleció el martes por la tarde. El bebe nació sano y salvo.

Este hecho tiene, además de producir honda conmoción social en el país vecino, toma una dimensión añadida, dada la nacionalidad de las partes implicada. La *joven embarazada fallecida era inglesa* y la *médica anestesista es de nacionalidad belga*, habiendo todo ello ocurrido en una *clínica privada en suelo francés*.

La anesestesióloga (médico anestesista) estaba contratada eventualmente por la clínica desde el día 12 de septiembre. De 45 años de edad, se había titulado en 1999, ejerciendo desde entonces con contratos temporales y cortos en Francia y en Bélgica y en misiones de cooperación.

• **Las noticias que circulan son diversas**, como que “el alcalde de *Orthez* afirmó el Viernes 3 de octubre que `no había anestesista para su sustitución` en el momento del accidente fatal. Sin poder establecer si estaba embriagada en el momento de los hechos, la anestesista belga ha reconocido sin embargo padecer un `problema patológico con el alcohol`. Y es cierto que estaba sola en la clínica cuando tuvo lugar el suceso, sin nadie para reemplazarla.

La *Agencia Regional de Salud (ARS)* de Aquitania ha precisado en un comunicado que rápidamente tomará una decisión sobre le futuro de la *Maternidad*, constatando que las condiciones de funcionamiento y seguridad de la maternidad no se reunían ese día. La ARS ha por otra parte prolongado la suspensión de las actividades del establecimiento después del fatal accidente

Según la *Coordinadora Nacional de Defensa de los Hospitales y Maternidades de proximidad*, dos terceras partes de las maternidades han cerrado desde hace veinte años. Las condiciones de seguridad con frecuencia se ponen en tela de juicio, especialmente en pequeñas estructuras como la de Orthez, ya que puede realizar actos en los que puede faltar personal...No obstante la misma Coordinadora estima que resulta “odioso” tomar este pretexto “sin saber con precisión si esta ha sido debido a una falta de organización o es imputable a una conducta individual”.

- **Las causas** en sucesos de esta naturaleza **han de analizarse en profundidad**. Toda prudencia es poca. Sin desconocer que lo acontecido constituye *un tremendo drama*, es muy aventurado establecer juicios prematuros, aunque que ya circulan especulaciones de todo tipo *en la prensa*, “señales” en general de baja calidad, con “mucho ruido” (que diría un radiólogo).

No se puede lanzar acusaciones sin pruebas fiables. En todo caso habrá que esperar a que la investigación emprendida haya terminado. De cualquier modo, como se ha leído entre los muchos comentarios en la red, nadie podrá dejar a un lado que la anestesista que ahora se ve implicada en esta desgracia, era una *empleada de la clínica*; y si por algún motivo ejercía poniendo en riesgo la vida de los paciente, tal responsabilidad alcanza de lleno a la clínica. Por otra parte, por los motivos que fueren, no se le podía dejar ejercer, dicha clínica debería de disponer de otros profesionales en esa especialidad. La ministra francesa de Asuntos Sociales ha dicho que su primera preocupación es esclarecer lo que realmente ha sucedido para dar una explicación a la familia de la joven madre fallecida.

Si todavía no se ha explicado la causa de la anestesia general habrá que indagar los hechos en toda su dimensión. La matrona que atendía la mujer de 28 años había dicho que todo marcha correctamente y que *la paciente no quería anestesia*. No obstante hay que considerar el suceso desde varios enfoques.

* Profesionalmente muchos pensarán que **algún motivo habría para tomar la decisión de actuar bajo anestesia general**. A nadie le interesa meterse gratuitamente en profundidades donde es fácil naufragar con consecuencias imprevisibles, a veces fatales. En el embarazo *las vías aéreas son muy difíciles* para su abordaje, aunque no todas, pero hay mayor incidencia de vía aérea difícil en la paciente obstétrica que en la población general.

Para algunos es fácil “tirar al bulto” aunque ello dista de mucho de un planteamiento correcto, por muchas “evidencias” que se antojen a primera vista. Más aún en hechos como este, donde concatenación de factores tantas veces es sumamente compleja.

Habrà pues **conocer con exactitud los antecedentes médicos de la joven fallecida y su estado en el momento en que se optó por la anestesia general**, pues tiene más riesgos. Al mismo tiempo no se puede desconocer que la anestesista implicada tiene 15 años de ejercicio profesional.

La cesàrea la anestesia regional (técnicas neuroaxiales: intradural y epidural) es la más aceptada y ventajosa, tanto pensando en la madre como en el feto. De hecho en la embarazada la anestesia general puede tener más complicaciones que la regional.

El 99% de las cesáreas en España se realizan bajo anestesia regional. Por las fuentes consultadas, y salvo mejor criterio de los expertos, en la embarazada la anestesia general puede tener más complicaciones que la regional. En algunos países en que la gente dice que tiene miedo a la anestesia epidural se recurre a la general; y es cierto que hubo graves problemas de toxicidad, bloqueos espinales completos, cefaleas muy intensa; de todos modos actualmente con las nuevas agujas y con bajas dosis de anestésicos menos concentrados es la técnica anestésica (la anestesia regional) de elección para la cesárea, porque disminuye la mortalidad materna. Además con anestesia general hay paso placentario de los fármacos y los bebés pueden salir más dormidos, aunque no es muy frecuente. En anestesia general en las que el mantenimiento se hace de modo inhalatorio (gas por el tubo) y si no se procuran a dosis bajas puede provocar atonía uterina una vez extraída la placenta, que se traduce por hemorragias a veces de difícil control.

Hay situaciones determinadas, no obstante, **en las que la anestesia general sería más segura /elección frente a la anestesia regional**, aún cuando, como se dijo, el manejo de la vía aérea en las embarazadas puede ser muy complicado (difícil ventilar de modo manual con mascarilla fácil / difícil intubar). En general las **situaciones por las que se opta por anestesia general** son: - cesáreas emergentes (parada fetal o bradicardia sostenida); -plaquetopenia o enfermedades hematológicas hemorrágicas; -situaciones de hipertensión intracraneal; -eclampsia (porque está convulsionando); -shock de cualquier tipo; -pacientes con epidural que no va bien para la cesárea: unos hacen anestesia general otros intradural. ... Fallos de anestesia regional; -infección en la zona de punción; -en algunas enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple en las que es aceptada la epidural pero no la intradural: si la epidural fallara se haría una general; - siempre que la paciente no quiera una anestesia regional (si no se convence); - algunas enfermedades cardíacas...en general la tendencia en muchas enfermedades cardíacas o neurológicas es realizar epidurales graduales y evitar la intradural... pero a veces hay que hacer una general.

* En la investigación de este caso muy probablemente también **se analizarán con suma minuciosidad los antecedentes que involucran a otros casos de embarazo atendidos en el establecimiento** en cuestión. En la conducta seguida en el abordaje de casos de embarazo en esa clínica, han de ser examinados en un control estrecho todos ellos, cuestionándose en primer lugar si la decisión de realizar la cesárea en el conjunto de dicho cómputo estaba indicada, y al mismo tiempo, y ya en tales situaciones si era procedente o no recurrir a una anestesia general en lugar de actuar regionalmente.

Apartarse de tal rigor podría hacer pensar que el asunto se quiere “enterrar” con un tratamiento simplista y superficial, incluso cayendo en la trampa de quienes tan solo desean que sea conocido lo inmediato, el suceso cercano, sin darle una *perspectiva* que necesariamente no se puede marginar. Ante una incidencia en el quirófano el anestesista es el primero que se coloca en el punto de mira, no pocas veces de forma injustificada, es más totalmente injustificado, hasta que no haya ultimado el estudio de los hechos y las circunstancias que los precipitaron.

Il faut savoir / nous devons savoir. Aunque sea sólo tangencialmente, esta desgracia ha de interesar a las autoridades sanitarias españolas, para aprender y sacar conclusiones. Llegado el caso, es muy posible que algunos se contentarían con encontrar un “maquinista” para que haga de “cabeza de turco”.

Miguel Rodríguez Jouvencel
mrjouvencel@gmail.com
11/octubre/2014

