

## Ghiduri de management al situatiilor de criza in anestezie. Recuperarea postcritica

Daniela Cernea<sup>1</sup>, Maria Stoica<sup>1</sup>, Novac Marius<sup>1</sup>  
Nicoleta-Alice Vladoianu<sup>2</sup>

Anestezia este specialitatea in care ne confruntam cu o serie de incidente, accidente si complicatii, unele soldate cu deces, mai frecvent decat in alte specialitati. Suntem nevoiti sa gestionam o serie de consecinte, care apar dupa anumite accidente, in raport cu bolnavul ce a suferit accidentul, cat si cu familia acestuia. Situatiile cu care ne confruntam pot fi extrem de diversificate, de la forme minore, cu impact mai mult psihologic, pana la complicatii majore cu sechele neuro-psihice si chiar decese. Managementul acestor situatii vizeaza pe langa aspectele medicale sau medico-legale si relatiile cu bolnavul, familia acestuia, precum si impactul mental asupra medicului anestezist implicat.

Problema relatiei medic - pacient care a suferit anumite complicatii sau cu familia acestuia in situatia unor accidente medicale majore cu sechele sau deces este extrem de complexa.

Relatia medic - pacient impune drepturi si obligatii pentru ambele parti. Pacientul este avantajat in aceasta relatie, deoarece de partea lui exista acte legislative care ii confera anumite drepturi si exista institutii care il protejeaza: Comitetul de Etica al Spitalului, Comisia de Malpraxis, Comisiile de Disciplina ale Colegiului Medicilor, instantele de judecata. Nu trebuie omisa nici mass-media care in majoritatea situatiilor de esecuri medicale controversate se afla de partea pacientului si a anturajului acestuia. Trebuie luat in calcul si comportamentul subiectiv si revendicativ al pacientului si al antu-

*1 medic primar, UMF Craiova, disciplina ATI*

*2 medic rezident, Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Craiova, sectia ATI*

Contact: *daniela.cernea@gmail.com, mariusnovac2005@yahoo.com, alice.vladoianu@yahoo.com; telefon:0722 629696, 0744 278405; fax: 0251 502179*

rajului acestuia, care nu realizeaza gravitatea afectiunii ce uneori depaseste posibilitatile medicale actuale (1).

Foarte important in relatiile cu pacientul sau anturajul acestuia sunt: varsta, nivelul de educatie, factorii etnici si religiosi. Acestia pot decide modul cum sunt receptate explicatiile furnizate in legatura cu afectiunea pacientului, cu complicatiile survenite, cu eforturile terapeutice facute si cu evolutia acestuia in sens nefavorabil.

Medicul are obligatia adaptarii la nivelul educational al fiecarui pacient in parte, astfel incat datele furnizate pacientului sau apartinatorilor sa fie corect percepute.

Medicul, in general, este preocupat mai mult de actul medical in care se implica plenar si mai putin de aspectele medico-legale si administrative.

In relatia medic-pacient daca pacientul este avantajat, cine protejeaza drepturile medicului (1,2)?

Situatiile critice legate de actul anestezic au fost clasificate astfel (10,13,14,15):

1. Sechele psihice minore (anxietate, fobie, stress posttraumatic) si trezire intraanestezica
2. Incidente minore cu sechele fizice ce includ: leziuni dentare, flebite, reactii alergice
3. Incidente majore cu sechele fizice sau deces

1. In cazul unor sechele psihice minore (anxietate, fobie, stress posttraumatic) conduita medicului anestezist consta in a explica pacientului anumite erori produse si il va informa despre conduita anestezica in viitoarele anestezii. In cazul unor fobii, pacientul va fi consultat de catre un psihiatru, acesta fiind prezentat pacientului chiar de medicul anestezist aratand in acest mod atentie deosebita pe care i-o acorda.

Trezirea intranestezica, desi incident minor, poate crea disconfort pacientului. Uneori pacientul poate memora conversatiile din sala de operatie, care pot sa il vizeze direct si care ii pot lasa o stare de repulsie fata de personalul salii de operatie (2,10). Medicul anestezist ii va explica si va motiva cauzele trezirii, unele legate de incidente cardio-vasculare (hipotensiune, colaps) care au impus superficializarea anesteziei (13,14,15).

2. Accidentele minore si sechelele fizice includ: leziuni dentare, flebite, reactii alergice, disconfort vocal, conjunctivite etc. In acest caz, se va prezenta pacientului cauza si solutiile terapeutice (2).

In cazul unor leziuni dentare i se vor explica dificultatile de intubatie, pentru a cunoaste in viitor un eventual risc legat de intubatie. Va fi sprijinit in tratamentul leziunilor dentare la nivelul spitalului sau la stomatologul preferat, fara contributia financiara a pacientului (2,14,15).

3. Incidentele majore si sechelele fizice includ sechele grave neuro-psi-hice (paralizii, come urmate de stari vegetative) sau chiar decesul. Necesita participarea unei echipe din care este recomandabil sa faca parte profesorul sau seful de sectie. In caz de deces documentele vor fi intocmite, verificate de un alt coleg neimplicat si, eventual, de un avocat (11,12). Documentele vor reda faptele asa cum s-au derulat fara a se face diverse comentarii. Nu se vor face modificari in documentele medicale. Nu se permit stersaturi. Daca se fac completari se va nota data si ora si se va semna (2,10,13,14).

In cazul pacientului cu stare grava se va permite familiei sa-l vada fiind de fata si personalul medical.

Comunicarea cu familia nu se va face prin telefon, ci prin convorbire directa la nivelul sectiei.

Comunicarea dintre personalul din Terapie Intensiva si familia pacientului trebuie mentinuta continuu. Conversatia cu familia se va face foarte linistit, cu mult tact si cu o buna pregatire medicala.

Ceea ce nu i se iarta niciodata medicului este lipsa de tact fata de bolnav sau fata de familia acestuia. Orice greseala in discutia cu acestia poate perturba relatia medic-apartinator.

In ceea ce priveste discutia cu pacientul care a suferit un incident sau un accident trebuie avuta in vedere starea de anxietate a acestuia.

Trebuie respectate anumite reguli (8):

- a vorbi pacientului prea putin ii creeaza teama de necunoscut
- a vorbi in soapta in fata bolnavului ii poate crea nesiguranta
- a vorbi elevat, rece, distant, cuvinte fara continut uman il irita
- a nu-i vorbi deloc, a-l ignora este o forma de cruzime rafinata pe care bolnavul nu o poate ierta.

Discutiile cu familia despre accident se vor face cu o echipa formata din medic anesteziat – medic chirurg si asistenta. Mai pot participa un preot, un psiholog si un asistent social (2,9).

Va fi intocmit un plan de discutie cu familia care trebuie sa urmareasca urmatoarele puncte (7,16):

- va fi desemnata o persoana care cunoaste familia sa faca anuntul incidentului;
- persoana care va conduce discutiile va fi desemnata din echipa anesteziat a sectiei care sa cunoasca foarte bine cazul;
- frazele si propozitiile vor fi formulate exact si fara ambiguitati;
- se va stabili ceea ce nu trebuie discutat cu familia;
- se va stabili echipa medicala care se va ocupa de problemele medicale ulterioare;
- se va desemna persoana de legatura cu familia;

- se va acorda sprijin psihologic si afectiv familiei de catre persoane specializate: psiholog sau asistent social.

La inceputul discutiei vor fi exprimate regrete pentru cele intamplate si pentru vestile rele transmise.

„Medicul vindeca uneori, amelioreaza adesea, dar intotdeauna consoleaza” (Th. Sydenham).

Se va explica familiei ca s-au facut eforturi deosebite pentru bolnav, utilizandu-se toate disponibilitatile spitalului, prin participarea celor mai competenti medici si utilizarea aparaturii performante. Nu se va insista pe amanunte despre cum au evoluat evenimentele.

Cunoasterea si recunoasterea erorilor constituie calea utila si etica de eliminare a lor in interesul bolnavului, in timp ce nerecunoasterea lor conduce la o stare nedeontologica cu riscuri pentru medic si pacient. Cel mai benign act medical nu este intotdeauna anodin, ci grevat uneori si de riscuri (9).

Daca este necesara ingrijirea pacientului postincident sau postaccident in Terapie Intensiva se continua mentinerea legaturii cu familia. Se vor da explicatii despre starea biologica a bolnavului si despre tratamentul instituit.

In cazul decesului, familia va obtine datele suplimentare dupa stabilirea cauzelor determinante ale decesului.

Nu vor fi incriminati nici pacientul si nici echipa medicala.

In perioada ulterioara decesului se va lua legatura cu un psiholog, un preot sau un asistent social.

Medicul anesteziat va fi prezent pentru alte relatari cu privire la caz, pentru a nu lasa impresia ca evita familia.

Medicamentele si echipamentele utilizate la anestezie vor fi stocate pentru analizarea lor ulterioara.

### **Ingrijirea pacientului postcritic**

Pentru acesta vor participa echipe interdisciplinare, iar anesteziatul trebuie sa fie vazut permanent de familie si, chiar va purta discutii suplimentare.

Vor fi stabilite legaturi cu medicii care au avut pacientul in tratament inaintea interventiei chirurgicale.

## **Protocolul postcritic**

1. Apelarea la un cadru de specialitate superior (profesor/sef de sectie/medic primar)

2. Evaluarea cat mai urgenta a starii pacientului si riscul de deces

3. Transferul pacientului intr-o sectie de Terapie Intensiva cu dotari performante

4. Pacientul este obligatoriu insotit de un medic specialist Terapie Intensiva

5. Familia trebuie informată prompt și corect. Chirurgul nu conduce niciodată discuțiile singur, echipa furnizează vestile despre accidentul intraoperator, iar după ce familia percepe situația vor fi prezentate faptele ca atare

6. Pacientul următor va fi preluat de altă echipă operatorie și anestezică

7. Echipamentele și drogurile utilizate trebuie izolate în vederea cercetării pentru stabilirea cauzei accidentului

8. Echipa de medici implicată va participa la o ședință de destresare

9. Echipa de asistente și personalul paramedical va participa, de asemenea, la o ședință la finalul programului

10. Detaliile administrative: verificarea acurată a documentelor medicale complet întocmite, examinarea frecventă a evoluțiilor din foaia de Terapie Intensivă

11. Anestezistului implicat trebuie să i se ofere suport psihologic în perioada imediat următoare

12. Înregistrarea corectă a datelor și pregătirea unor depozitii de apărare în eventualitatea unui proces ulterior (4,5,6).

### **Conduita în diverse situații**

1. Dacă pacientul supraviețuiește:

- comunicarea continuă cu pacientul;
- explicarea evenimentelor pe înțelesul acestuia;
- apelarea la nevoie la psihiatru;
- rezolvarea rapidă a incidentelor minore (leziunea dentară sau corneeană).

2. Dacă pacientul decedează:

- apelearea la un cadru de specialitate superior (profesor, șef de secție sau medic primar);
- informarea conducerii spitalului și a șefului de departament;
- nu se vor face modificări în documentele medicale. Dacă se fac completări se va nota ora și se va semna;
- se contactează familia, se anunță decesul, se dau explicații fără supozitii, se manifestă compasiune;
- medicul anestezist va fi la dispoziția familiei, pentru orice informație ulterioară;
- medicul anestezist va participa la ședințele cu psihologul alături de membrii familiei;
- se ia legătura cu Organizația de Apărare a Medicilor (în România acest forum nu există).

Intocmirea unui dosar al cazului:

- întocmirea unui raport personal al modului cum au decurs evenimentele

- care au dus la accident sau incident;
- reevaluarea datelor anterioare accidentului care au fost consemnate in foaia de observatie;
- mentionarea persoanelor care au fost de fata in momentul producerii incidentului sau accidentului;
- masurile medicale adoptate in regim de urgenta dupa producerea incidentului sau accidentului.

Acest raport va fi trimis Organizatiei de Protectie a Medicilor sau spitalului. Vor fi retinute xerocopii.

## **Sanatatea mentala a anesteziștului**

Dupa un accident major medicul implicat are nevoie de sprijin moral si de ajutor profesional din partea colegilor. I se va asigura acelasi statut in mijlocul echipei.

Deteriorarea psihica a anesteziștului implicat poate avea manifestari extrem de diversificate: izolare, inapetenta, degradare fizica, poate deveni dependent de droguri, fapt ce necesita contactarea medicului psihiatru.

In caz de procese medico-legale si prezentarea medicului in mass-media, va trebui realizata o prezentare a documentelor bine intocmita.

Un coleg de incredere trebuie sa-l sprijine si sa-l asiste in permanenta.

In relatia medic-pacient daca pacientul este avantajat, asa cum reiese din cele relatate, se pune problema cine protejeaza medicul? Aici vor trebui create organisme care sa apere medicii implicati in diferite incidente si accidente ce pot surveni in practica medicala.

## **Concluzii**

Managementul situatiilor critice din cursul anesteziei si recuperarea postcritica include probleme legate de etica medicala, aspecte psihologice, medico-legale si administrative.

Trebuie implicate mai multe cadre medicale de specialitate in managementul situatiilor critice soldate cu vatamare corporala grava sau deces: varfuri profesionale, medici neimplicati, juristi, psihologi si clerici.

Se va actiona dupa protocoale complexe si exacte care includ aspecte legate de:

- contactarea familiei
- discutia cu familia
- datele medicale oferite familiei
- intocmirea documentelor
- informarea forurilor medicale ierarhice (spitalul si Organizatia de Aparare a Medicilor)

- recuperarea poststress a personalului medico-sanitar
  - urmarirea starii mentale a medicului anesteziat implicat pentru a-i asigura un important sprijin in perioada urmatoare
- Bolnavilor cu sechele minore sau majore li se va asigura terapia adecvata fara suport material din partea personalului medical.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Astarastoae V. Cine ii protejeaza pe medici? Medica 2007; 3:11-2.
2. Belis V, Gangal M. Cadrul juridic si deontologic al practicii medicale. Responsabilitatea medicala, Ed. Viata Romaneasca, Bucuresti 2002.
3. Adam SK, Osborne S. Critical Care Nursing, Oxford University Press, 2003.
4. Allman KG, Wilson JH. Oxford Handbook of Anaesthesiology, 2004, Oxford University Press.
5. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Recommendations on checking anaesthesia delivery systems, 2003, p.531.
6. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard: A national standard for open communication in Public and Private Hospitals following an adverse event in health care. Canberra: Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2003.
7. Australian Patient Safety Foundation. Crisis management manual: COVER ABCD A SWIFT CHECK. Adelaide: Australian patient Safety foundation, 1996, p. 74.
8. Boggs JG, Ryan SA, Phelys CF, et al. The association between interdisciplinary or collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. Heart and lung 1992; 21:78.
9. Brown J, Sullivan G. Effect on ICU mortality of a full time critical care specialist. Chest 1989; 96:127-9.
10. Cobra C, Forsdick C. Awareness under anaesthesia: the patients point of view. Anaesth. Intensive Care 1993; 21:837-43.
11. Jones HJS, de Cossart L. Risk's caring in surgical patients. Brit J Surg 1999; 86:149.
12. Laurie GT. Civil litigation following injury and death from trauma: the health care professionals in jeopardy. The pathology of trauma. 11rd edition, Mason JK, Purdue BN ed., Arnold Oxford University Press, Inc. New York, 2000, p.488-505.
13. Lennmarken C, Biltfors K, Enlund G, et al. Victims of awareness. Acta Anaesthiol Scand 2002; 46:229-31.
14. Salomons TV, Osterman JE, Gagliese L, et al. Pain flashbacks in posttraumatic stress disorder. Clin J Pain 2004; 20: 83-7.
15. Spitellie PH, Holmes MA, Domino KB. Awareness during anaesthesia. Anaesthiol Clin North America 2002; 20:555-70.
16. Trif AB, Astarastoae V. Responsabilitatea juridica medicala in Romania. Premise pentru un viitor drept medical, Ed. Polirom 2000.