SOCIEDAD ESPAÑOLA de
ANESTESIOLOGÍA, REANIMACIÓN
y TERAPÉUTICA DEL DOLOR

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

RECOMENDACIONES Y POSICIONAMIENTO DE LA SEDAR SOBRE LOS ACTOS ANESTÉSICOS

En la actualidad, asistimos a un crecimiento exponencial del número de intervenciones quirúrgicas, así como de procedimientos diagnósticos invasivos (endoscopias, exploraciones radiológicas, etc.) que precisan anestesia general o sedación profunda.

Existe la tentación de minimizar la importancia y los riesgos que puede conllevar tanto la anestesia general como la sedación profunda, las cuales siempre deben ser realizadas siguiendo estrictos principios de seguridad clínica y los más altos estándares de calidad que respondan a las expectativas depositadas por la sociedad en el acto médico.

Se está produciendo un aumento del número de consultas a la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), así como noticias en medios de comunicación, respecto a la realización de sedaciones profundas y actos anestésicos practicados por médicos de otras especialidades o por personal sanitario no-médico.

Por esta razón, emitimos el siguiente informe con el fin de ofrecer recomendaciones y sustento jurídico sobre las competencias propias de los anestesiólogos para la realización de actos anestésicos/sedaciones profundas.

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

CONCLUSIONES DE LOS INFORMES JURÍDICOS DE LAS ASESORÍAS DE SEDAR:

Primera. - La SEDAR, como sociedad científica, constituye la máxima autoridad científica nacional a la hora de establecer el estado, el contenido y alcance de la ***lex artis*** anestesiológica, es decir, la definición del estándar de la buena práctica de los actos que integran el cometido de la especialidad.

La SEDAR, en absoluta sintonía con la *European Society of Anaesthesiology and Intensive Care* (ESAIC), **viene proclamando** que la presencia de un anestesiólogo experimentado es el principal determinante de la seguridad del paciente **en cualquier acto anestésico** (lo que incluye tanto la consulta de anestesia, sedación profunda, la anestesia propiamente dicha y los cuidados postanestésicos en URPA o UCI de anestesia). Así lo estableció la declaración de la seguridad del paciente en anestesia conocida como *Protocolo de Helsinki*, junio 2009, desarrollada por *la European Board of Anaesthesiology - UEMS* en cooperación con la *European Society of Anaesthesiology*, de la que forma parte la SEDAR.

Conviene destacar y recordar que las Recomendaciones y Estándares de la SEDAR, como pauta en la determinación de la *lex artis*, han sido consideradas como correctas por el Tribunal Supremo en reiteradas ocasiones. (Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de 29 de julio de 1998) (ver texto en documento completo).

Segunda. - En todo el ámbito internacional occidental y en la UE, la especialización en Anestesiología y Reanimación se considera que otorga las competencias necesarias para practicar cualquier acto anestésico en condiciones de seguridad y calidad.

En España, la especialidad de Anestesiología y Reanimación está reconocida desde 1955 y se encuentra perfectamente regulada en nuestro ordenamiento jurídico,

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

concretamente en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, norma de desarrollo de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, cuyo título II, capítulo III, establece la regulación de la formación especializada en Ciencias de la Salud.

El Programa de la especialidad, aprobado por la Comisión Nacional correspondiente, establece de manera muy detallada los conocimientos y competencias que debe alcanzar un especialista **tras cuatro años de formación**.

Tercera. - La seguridad del paciente constituye un aspecto primordial en cualquier acto médico. Por ello, la especialidad en Anestesiología y Reanimación tiene como uno de sus cometidos prioritarios el de conseguir la máxima seguridad en todos sus actos, preservando al paciente de los daños inherentes al proceso.

El hecho de que hoy en día, la práctica de los actos anestésicos tenga un altísimo margen de seguridad, no es una casualidad. Revisando la literatura científica[1], la mortalidad atribuida a la anestesia en el año 1960 era de un fallecimiento por cada 1.000 anestesias realizadas. En la década de los 1960, la anestesia y sedaciones eran administradas por profesionales de enfermería o médicos sin especialización en Anestesiología. Sin embargo, en la década de 2020, la mortalidad de causa anestésica se ha reducido a menos de un fallecimiento por cada 100.000-150.000 anestesias debido al incremento progresivo de las competencias y conocimientos de la especialidad de Anestesiología y Reanimación.

[1] *Li G. et al. Epidemiology of anesthesia-related mortality in USA, 1999–2005. Anesthesiology 2009; 10:759–65.*
Lienhart A et al. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology 2006; 105:1087–97.
Trent JC, et al. Anesthetic deaths in 54.128 consecutive cases. Ann Surg 1944; 119:954–8.
Waters RM, et al. Deaths in the operating room. Anesthesiology 1944; 5:113–28

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

Cuarta. De conformidad con la definición de culpa o negligencia que recoge el artículo 1.104 del Código Civil, la culpa médica equivaldría al incumplimiento o cumplimiento defectuoso de la *lex artis*.

La *lex artis* obliga a todos los profesionales a evitar la ejecución de técnicas y tratamientos para los que no hayan adquirido las competencias necesarias a través de la adecuada preparación. (Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo nº 680/2023, de 8 de mayo, y *la STS 534/2009, de 30 de junio (EDJ 2009/158045),* determinan la *lex artis* en el ámbito de la asistencia médica) (ver texto en documento completo).

La Organización Médica Colegial de España, en informe emitido en fecha 29 de mayo de 2023, y partiendo de la base de que "*la profesión de médico es una, siendo las especialidades variaciones de esa única profesión"*, establece que *"en principio, todo médico debe poder ejercer los actos para los que ha adquirido la preparación debida y la destreza necesaria, (…), asimismo, todo médico está obligado a conocer bien los límites reales de su competencia. (…), pero no puede ignorar que se expondría a un riesgo profesional serio si, por haber actuado en aéreas en las que no les sería fácil demostrar que ha adquirido la necesaria experiencia o justificar que posee la debida competencia, se derivarán consecuencias desafortunadas".*

Así las cosas, el ejercicio de técnicas y actos anestésicos sin contar con una formación que dote al médico de competencias a tal fin, podría dar lugar a una evidente infracción de tal *lex artis*, en su vertiente específica de la impericia, como una forma de culpa médica. Infracción, impericia y culpa que, en el caso de producirse cualquier complicación o accidente, determinarán una posible responsabilidad civil y/o penal de su autor, no solo por la eventual mala praxis en la ejecución de la

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

técnica, sino simplemente por el hecho de practicarla sin contar con la necesaria formación y competencias.

El informe referido de la Organización Médica Colegial de España dispone que *"el médico que, sin poseer el título de especialista, proyecta realizar una intervención que puede considerarse típica de tal especialidad, está obligado a considerar si puede hacerla y si está dispuesto a asumir la plena responsabilidad por las consecuencias de su actuación".*

En ese sentido, la Sentencia nº 1351/2002, de 19 de julio, de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo sancionó la impericia de un médico que no contaba con las competencias necesarias para la realización del acto anestésico (*ver texto en documento completo*).

En consecuencia, a los efectos de una eventual responsabilidad, cualquier complicación o accidente que acontezca podría conectarse causalmente:

(1) Con una deficiente organización hospitalaria que encomienda la realización de actos especializados a quien no cuenta con las competencias propias de la especialidad.

La Sentencia de Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, Sección 1ª, de 4 de septiembre de 1991, determinó la responsabilidad del Director del Hospital al establecer que *"el Director conocía perfectamente –pues era algo común y cotidiano en ese centro- la asistencia paralela o simultánea del anestesista en dos operaciones y en distintos quirófanos (…) peligrosa y gravemente negligente práctica*".

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

Igualmente, la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, Sección 1ª, determinó en Sentencia del 13 de abril de 1999 que *"no puede justificarse la no presencia del anestesista en una anestesia total, por mucho que fuese práctica habitual en ese centro hospitalario (...) se crea así un riesgo al no adoptarse todas las medidas de seguridad".*

(2) Con la negligente asunción de prácticas y actividades por parte de alguien que no posee la cualificación especializada requerida.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, define lo que debe entenderse por equipo médico o de profesionales cuando en su artículo 9.1 dispone que *"es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos".*

El artículo 9.3 de la Ley 44/2003 dispone que *"cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas".*

El artículo 9.4 de la Ley 44/2003 permite la delegación de actuaciones, pero ello "*siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse*, siendo *condición necesaria para la delegación*

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

o distribución del trabajo la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación."

En conclusión, se podría afirmar que, a día de la fecha, las funciones del médico con competencias adquiridas en anestesiología son indelegables, sin perjuicio de que pudiera solicitar la colaboración de personal no médico en funciones en las que el colaborador sea competente y se encuentre habilitado para ello, y siempre pesando sobre el médico el deber de vigilar de forma permanente el acto anestésico, de tal manera que se garantice su intervención ante cualquier incidente sin demora alguna.

Quinta. - Según la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad («BOE» núm. 102, de 29/04/1986. BOE-A-1986-10499) que regula los derechos de los pacientes**, todo paciente tiene el derecho a conocer quién es el médico que le va a tratar y la especialidad que posee,** y debe ser informado adecuadamente de todos los riesgos y alternativas del procedimiento, obteniendo así el debido consentimiento informado.

En el mismo sentido, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, contiene los principios y derechos del paciente sobre información sanitaria y consentimiento informado[2]. El Tribunal Constitucional en su Sentencia nº 37/2011, de 28 de marzo, (Recurso de amparo 3574-2008)

[2] El artículo 8.1 de la Ley 41/2022 dispone que *"toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso."*

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

determina la estrecha relación entre la validez del consentimiento y la información otorgada (*ver texto en documento completo*).

De la misma manera, el artículo 9 del Código de Deontología Médica dispone que *"un elemento esencial en la relación médico-paciente es informar al paciente o a sus allegados de la* ***identidad del médico responsable de su proceso asistencial****, así como la de aquel que en cada momento le preste asistencia. El propio médico se debe identificar."*

Así las cosas, en la información previa al consentimiento, el paciente tiene derecho a saber si el responsable de su acto anestésico será o no un médico especialista en Anestesiología y Reanimación. Es menester reseñar que la valoración preanestésica (evaluación y calificación del paciente y dispensación de la información previa a la emisión del consentimiento informado) constituye un acto anestésico a todos los efectos, motivo por el que debe ser realizado por médicos con competencias en Anestesiología y Reanimación.

Sexta. - La sedación profunda se define como un estado de depresión completa del nivel de conciencia inducido por fármacos anestésicos intravenosos o inhalatorios, durante el cual el paciente no responde a estímulos verbales ni táctiles, respondiendo solo a estímulos dolorosos intensos, y que suele acompañarse de pérdida de reflejos protectores de vía aérea (ver ANEXO I). **La definición de sedación profunda hace implícito que tenga la misma consideración clínica que una anestesia general**, ya que se emplean fármacos anestésicos con los que se produce una ausencia completa de conciencia, lo que la hace sinónimo a una anestesia general en la que se pretende mantener la ventilación espontánea del paciente, aunque ésta puede estar comprometida en cualquier momento del procedimiento. Por otra parte, han de considerarse los efectos hemodinámicos

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

relacionados con los fármacos anestésicos que pueden provocar complicaciones graves en función de la patología asociada del paciente.

Por este motivo, **la sedación con agentes anestésicos (propofol o gases anestésicos) es un acto con potenciales complicaciones graves, incluso mortales, que debe ser controlado por médicos con competencias y experiencia en Anestesiología y Reanimación**.

El **médico especialista en Anestesiología y Reanimación con competencias y conocimientos adquiridos, a través de su especialización de 4 años, garantiza el máximo nivel de seguridad en la realización de una sedación profunda.**

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

RESUMEN EJECUTIVO

1. El profesional con competencias adquiridas, a través de su especialización, para la realización de cualquier acto anestésico es **el médico especialista en Anestesiología y Reanimación.**

2. Como principio básico de seguridad **la atención de más de un quirófano por un único anestesiólogo es una práctica contraria a la *lex artis***, que puede dar lugar a la apreciación de una culpa médica y la consiguiente responsabilidad (civil o incluso penal) del médico actuante y, eventualmente, de los órganos de gestión que establecen o imponen ese modo de actuación. Sólo de manera excepcional, y cuando se trate de procedimientos anestésicos de riesgo menor / anestesia local (cirugía de cataratas es el ejemplo habitual), cabe la posibilidad de que un anestesiólogo *supervise* simultáneamente más de un quirófano, siempre que las circunstancias del entorno quirúrgico (proximidad o contigüidad de los quirófanos, etc.) permitan una atención inmediata en caso de complicación.

3. El principio básico de la seguridad clínica es que el médico responsable de realizar cualquier sedación tenga competencias adquiridas para ello, debiendo, asimismo, ser **distinto e independiente** del profesional que realiza el procedimiento diagnóstico o terapéutico.

4. **La sedación profunda es indistinguible de una anestesia general en ventilación espontánea**, por tanto, debe tener las mismas consideraciones de preparación y seguridad clínica que una anestesia general convencional.

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

5. La **valoración preanestésica constituye un acto anestésico a todos los efectos**, que es responsabilidad del médico con competencias en Anestesiología y Reanimación.

6. **El paciente tiene pleno derecho a ser informado de cuál es la titulación y la especialidad del médico o profesional sanitario,** que realiza la valoración preanestésica y del que realice el acto anestésico.

Fdo: COMISIÓN EJECUTIVA DE LA SEDAR a 29 de junio de 2023

José Abascal, 46, 1º A
28003 Madrid
Tfno. 914 419 099
E-mail: secretaria@sedar.es

ANEXO I. NIVELES DE SEDACIÓN

Clasificación ASA: niveles de sedación

GUIDELINES FOR OFFICE-BASED ANESTHESIA

Committee of Origin: Ambulatory Surgical Care

(Approved by the ASA House of Delegates on October 13, 1999, and last affirmed on October 21, 2009)

Tabla 40-1 Niveles de sedación

	1. Sedación mínima/ ansiólisis	2. Analgesia/ sedación moderada/ sedación consciente	3. Analgesia/ sedación profunda	4. Anestesia general
Grado de respuesta	Respuesta normal a estímulo verbal	Respuesta lógica* a estímulo verbal o táctil	Respuesta lógica* a estímulos repetidos o dolorosos	Falta de respuesta a estímulos dolorosos
Vía aérea	Normal	Nunca es necesario intervenir	Puede ser necesario intervenir	Es habitual intervenir
Ventilación espontánea	Normal	Correcta	Puede ser suficiente	Habitualmente insuficiente
Función cardiovascular	Normal	Usualmente mantenida	Se mantiene de forma habitual	Puede alterarse

*Respuesta adecuada: un reflejo de retirada a un estímulo doloroso no se debe considerar una respuesta lógica.