

Editorial

CONMEMORACIÓN DE LA TRAGEDIA DEL HOSPITAL MANUEL ARRIARÁN, OCURRIDA EL 6 DE MAYO DE 1963

En esta Editorial se pretende hacer una breve conmemoración sobre los tristes hechos que enlutaron a la medicina chilena hace 50 años en el Hospital Manuel Arriarán, en Santiago de Chile, donde 6 personas fallecieron en sucesión de horas a días después de una violentísima explosión ocurrida en plena cirugía en uno de los pabellones quirúrgicos de dicho hospital, actual complejo hospitalario San Borja Arriarán. Ésta es la mayor tragedia médica chilena y una de las mayores en el ámbito anestésico a nivel mundial. La tragedia fue ocasionada por la explosión en cadena de los balones de ciclopropano. La magnitud de la tragedia en cuanto a vidas cobradas, se debió entre otros, a que en un mismo recinto funcionaban dos equipos quirúrgicos.

Para poner los hechos en contexto hay que situarse en el Santiago de hace 50 años, cuando la mayor parte de los anestesiólogos actuales no había nacido, tal vez ni siquiera sus padres. Chile acababa de ser la sede del séptimo Campeonato Mundial de Fútbol, Santiago era una ciudad relativamente próspera, la medicina se ejercía en los hospitales públicos, focos del desarrollo médico.

Los hospitales pediátricos de niños en Santiago en esa época eran el Roberto del Río y el Manuel Arriarán y el Luis Calvo Mackenna. Diez años antes se había formado la Sociedad de Anestesiología de Chile. Los anestesiólogos pediátricos de la época eran muy pocos: el Dr. Mario Torres Kay en el Hospital Manuel Arriarán, el Dr. Luis Bartlet en el Hospital Roberto del Río y el Dr. García Huidobro en el Hospital Luis Calvo Mackenna. La mortalidad infantil era de 120 por mil nacidos vivos. Las condiciones de seguridad en los quirófanos eran precarias. El anestésico de uso habitual en Chile en aquella época era el ciclopropano; recién empezaba a utilizarse el halotano. Este era el contexto en que se produce la tragedia de la cual hoy conmemoramos 50 años.

¿Qué nos provoca el recordar este hecho después de medio siglo?

Primero, nos estremece revivir el dolor de la tragedia. En el desgraciado accidente fallecieron dos anestesiólogos, dos cirujanos y los dos pequeños pacientes que se encontraban sobre la

mesa de operaciones y al menos otros 10 integrantes del equipo de salud, sufrieron múltiples lesiones y mutilaciones.

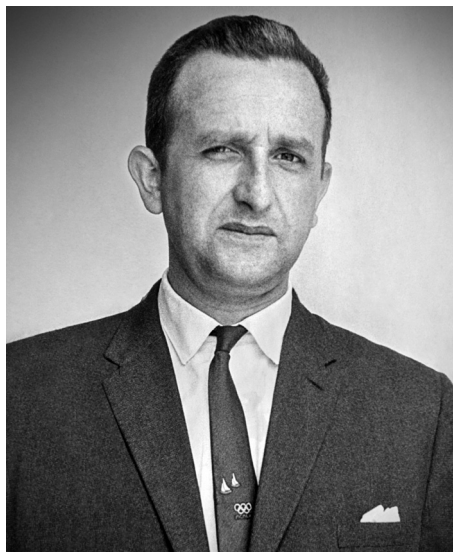
De los anestesiólogos que fallecieron, uno de ellos, el Dr. Miguel Torres Kay era un profesional muy experimentado. Había estudiado medicina en la Universidad de Concepción, finalizando en la Universidad de Chile. Luego de un curso de especialización en anestesia en los hospitales Luis Calvo Mackenna y Salvador ingresó al hospital Manuel Arriarán, donde llegó a ser jefe de Servicio. Fue residente en anestesiología en el Mercy Hospital de Pittsburgh, colaborando allí en publicaciones científicas. A nivel nacional tuvo un destacado desempeño profesional, siendo Secretario de la Sociedad de Anestesiología de Chile en dos períodos, luego Vicepresidente y Presidente en ejercicio el momento de la tragedia. Sus trabajos científicos fueron numerosos en anestesia pediátrica: sobre premedicación, sobre uso del halotano en niños. De este modo en la tragedia se perdía a un socio fundador de nuestra Sociedad, formador de especialistas e investigador.

La otra anestesióloga, la Dra. Ana María Yurisc Hevia, era residente de anestesia de la Universidad de Chile y estaba finalizando su formación. Era casada y madre de dos hijas. Esa semana fatídica iniciaba su rotación por anestesia pediátrica, en el Hospital Arriarán. La Dra. Yurisc era hija de un prestigioso médico, además, miembro activo de la Sociedad de Anestesiología de Chile y hoy su memoria se honra en el Centro de Salud familiar que lleva su nombre. Ambos profesionales dejaron hijos de muy corta edad. Con los años, en ambas familias hubo un hijo que siguió los pasos de los padres mártires y se hizo médico.

Segundo, una mezcla de asombro por la precariedad de las condiciones de trabajo, tales como: pabellón compartido, circuitos de gases y riesgo de ignición entre otros. Pero al mismo tiempo admiración por la solidaridad, responsabilidad de medios y respeto por el prójimo con que se vivía en este país en blanco y negro. La las fotos de los periódicos de la época, que retratan lo sucedido, nos hablan de una sociedad a escala humana, que sufrió profundamente con este accidente y contribuyó



Dra. Ana María Yurisc Hevia.



Dr. Miguel Torres Kay.

hasta estos días a valorar a nuestros mártires.

Tercero, no podemos evitar el comparar con la práctica actual. Mucho se ha avanzado en seguridad en anestesia y cirugía. Desde luego, con posterioridad al accidente se prohibió en Chile el uso de ciclopropano, llamado por la prensa de la época “el gas de la muerte”, y muchas mejoras se introdujeron paulatinamente en el proceso anestésico-quirúrgico. Cada vez más se ha ido mejorando las condiciones de trabajo, la infraestructura y la capacitación del equipo médico. En esta época la incidencia de complicaciones menores se estima en 18-22%, las complicaciones severas oscilan entre 0,45-1,4% y la mortalidad es de 1/100.000. Estas condiciones son resultado de un trabajo intenso de los especialistas. Los protocolos establecidos, derivados de otras áreas del conocimiento, como la aeronáutica y otras industrias de alto riesgo, nos han llevado a establecer estándares de seguridad infinitamente superiores a los de 1963. El énfasis en seguridad forma parte de todos los procesos de calidad, acreditación y certificación, pero depende de nosotros que se lleven a cabo. Sin embargo, los avances en tecnología tales como redes de gases, monitoreo multifuncional, máquinas de anestesia, etiquetado de jeringas etc., no tendrán efecto en mantener o reducir las cifras actuales de morbimortalidad relacionada si no los incorporamos fehacientemente a nuestra actividad. De hecho, la administración segura de fármacos, a través de etiquetado, doble chequeo de preparación y administración se practica en forma deficiente por los anestesiólogos.

Aprender de los errores también ha probado ser efectivo. El reporte y análisis crítico, no punitivo, de incidentes durante el acto anestésico es una herramienta de alto valor para analizar la seguridad de nuestra actividad; su puesta en práctica depende de nosotros.

¿Qué cambió del blanco y negro de los 60's al color-HD de hoy?

En tecnología y conocimiento mucho; avances inconmensurables al comparar con ese tiempo. En lo organizacional también: difundimos nuestras experiencias, propendimos al mejor estándar, nos perfeccionamos. Pero, con contadas excepciones, y especialmente en el área pública, cada vez hay menos Servicios de Anestesia, más contrato externo a terceros, menos permanencia para desarrollar un trabajo a futuro. Cada vez hay más sobrecarga de trabajo, agotamiento del profesional y predominio del mercado.

La seguridad forma parte de nuestro quehacer. La anestesiología es una de las especialidades clínicas más seguras actualmente y permanece en la cima de las que lideran la seguridad del paciente. Hacer perdurar y mejorar este resultado es en nuestro caso un imperativo y es también la mejor forma de honrar a nuestros colegas.

El hombre que no aprende de su historia está condenado a repetirla. En pocos ámbitos del quehacer médico esta frase cobra su verdadera y dramática dimensión; la anestesiología es una de ellas.

Que no debamos esperara que ocurran los accidentes como el del año 1963 para cambiar

aquellas condiciones que son inseguras. Esto, se lo debemos a nuestros pacientes, pero también a la memoria de nuestros mártires: Dr. Miguel

Torres Kay y Dra. Ana María Yurisc Hevia, cuyo martirio se conmemora este año el quincuagésimo aniversario.

Dra. Silvana Cavallieri B.

REFERENCIAS

1. Mahajan RP. Medication errors: can we prevent them? Br J Anaesth 2011 Jul; 107(1): 3-5.
2. Staender SE, et al. Anesthesia and patient safety: have we reached our limits? Curr Opin Anaesthesiol 2011 Jun; 24(3): 349-353.
3. Evley R, Russell J. Confirming the drugs administered during anaesthesia: a feasibility study in the pilot National Health Service sites, UK. Br J Anaesth 2010 Sep; 105(3): 289-296.
4. Smith AF, et al. National critical incident reporting: improving patient safety. Br J Anaesth 2009 Nov; 103(5): 623-625.