



Recomendaciones Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, S.C.A.R.E. sobre la actuación del anestesiólogo y del equipo quirúrgico ante un sismo

Alcance de estas recomendaciones

El sismo ocurrido el 10 de agosto de 2026, en Colombia ha generado inquietudes sobre la actuación del anestesiólogo durante la atención de pacientes. La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.R.E., presenta las siguientes recomendaciones generales, desde las perspectivas científica y medicolegal, con el propósito de orientar la actuación de los especialistas en anestesiología, evaluando siempre el contexto de cada caso, con sus circunstancias concretas y las posibilidades reales de actuación

No existe evidencia de alta calidad que respalde una secuencia de acciones ante un sismo intraoperatorio. De las 75 fuentes revisadas, solo un ensayo aleatorizado y un experimento físico abordan directamente la materia. Todo lo demás es consenso experto, experiencia documentada de eventos observacionales.

En consecuencia, este documento se presenta como orientación estructurada en el ejercicio profesional. Su valor no está en imponer una conducta única, sino en evitar la improvisación en los primeros noventa segundos, ofrecer criterios explícitos para las decisiones que no admiten demora, y dejar constancia oportuna del razonamiento que fundamentó las decisiones adoptadas, de modo que, una valoración posterior sea capaz de realizar una lectura de lo ocurrido.

Consideraciones generales

La ocurrencia de un sismo durante la atención en salud y especialmente durante un procedimiento quirúrgico genera una situación excepcionalmente compleja. El paciente sometido a anestesia se encuentra en una condición de especial vulnerabilidad: no puede protegerse, comprender lo que sucede, ni movilizarse por sus propios medios. En ese mismo escenario, los integrantes del equipo quirúrgico están expuestos a un riesgo real para su vida e integridad y pueden experimentar temor por su seguridad y por la de sus familias al tiempo que, sienten la necesidad y el deber de acompañar a otras personas y pacientes que resulten heridos o con situaciones que ameriten atención médica.



La Ley establece que la gestión del riesgo de desastres constituye una obligación legal de las entidades públicas y privadas que prestan servicios esenciales y, en consecuencia, exige la formulación e implementación de planes de emergencia y contingencia, así como la definición de protocolos, roles, responsabilidades y procedimientos para la respuesta ante emergencias.

Por esta razón, la respuesta no puede depender de decisiones individuales que se puedan llegar a considerar improvisadas, desarticuladas o incluso, exigencias desproporcionadas al personal de salud. Tampoco puede reducirse a una orden general de evacuar o permanecer en la sala. Cada situación exige una valoración rápida y coordinada de las condiciones clínicas, quirúrgicas, técnicas y estructurales existentes.

La preparación previa resulta determinante. Esta preparación no corresponde solamente al anesthesiólogo, depende de una verdadera articulación institucional. Conocer el rol que corresponde a cada integrante del equipo, identificar las rutas de evacuación, verificar periódicamente los elementos que pueden desplazarse o caer y participar en simulacros específicos permite actuar con mayor seguridad, reducir la improvisación y proteger conjuntamente al paciente y al personal de la salud.

La seguridad durante un sismo no depende únicamente de la resistencia estructural de la edificación. También se relaciona con condiciones no estructurales y funcionales que pueden afectar directamente la atención durante un procedimiento quirúrgico: desplazamiento de la máquina de anestesia o de la mesa quirúrgica; caída de monitores, lámparas, cilindros o estanterías; interrupción de la energía, los gases medicinales, la succión, el agua o las comunicaciones; bloqueo de puertas; indisponibilidad de ascensores; y ausencia de elementos básicos en la sala para mantener temporalmente el soporte vital.

La preparación frente a estas situaciones tiene, además, una utilidad que supera el riesgo sísmico. Las mismas medidas pueden contribuir a responder ante incendios, fallas eléctricas, interrupciones de gases medicinales, inundaciones, daños estructurales, evacuaciones hospitalarias y otras emergencias que afecten el funcionamiento del quirófano.

Recomendaciones científicas ante un terremoto durante una cirugía

1. La primera prioridad es la seguridad de las personas. Durante un movimiento sísmico intenso, el personal debe protegerse de caída de objetos, equipos, lámparas, vidrios y elementos estructurales. El profesional sanitario no debería exponerse a un riesgo inminente de lesión grave o muerte intentando mantener una intervención que ya no puede realizarse con seguridad. La literatura sobre terremotos en el quirófano enfatiza simultáneamente la protección del personal y del paciente.



2. No intentar evacuar durante el movimiento sísmico, salvo amenaza inmediata. Mover un paciente anestesiado mientras el suelo y los equipos están desplazándose puede aumentar el riesgo. Las mesas quirúrgicas pueden moverse violentamente e incluso volcarse durante aceleraciones sísmicas importantes. La prioridad inicial debe ser evitar caídas, desconexiones y lesiones hasta que disminuya el movimiento.

3. Proteger la vía aérea y la cabeza del paciente. El anestesiólogo debe prestar especial atención al tubo endotraqueal, circuito respiratorio y posición cefálica. Los experimentos de simulación sísmica muestran aceleraciones importantes de la cabeza y desplazamiento de las mesas, con riesgo potencial de extubación o desconexión del circuito.

4. Si es posible hacerlo sin ponerse en peligro, mantener oxigenación y ventilación. En un paciente bajo anestesia general, las prioridades fisiológicas inmediatas siguen siendo vía aérea, ventilación y oxigenación. Debe anticiparse que durante un terremoto pueden fallar electricidad, gases medicinales, ventiladores o sistemas centrales.

5. Detener la cirugía en un punto seguro tan pronto sea posible. Si las condiciones lo permiten, el equipo quirúrgico debe suspender temporalmente el procedimiento, controlar hemorragia significativa, cubrir el campo o la cavidad abierta y retirar instrumentos que puedan producir lesiones con nuevos movimientos. El objetivo deja de ser completar la cirugía y pasa a ser estabilizar al paciente y al equipo. Esta recomendación deriva de los principios de crisis y evacuación de quirófanos.

6. Ante peligro estructural inmediato, el equipo puede tener que retirarse. Si existe evidencia de colapso inminente, incendio, fuga de gases, inundación, daño eléctrico u otra amenaza que haga insegura la permanencia, no debe exigirse que el personal permanezca indefinidamente junto al paciente. La guía de evacuación de quirófanos reconoce explícitamente amenazas como pérdida de energía, oxígeno y daño estructural como situaciones que pueden requerir evacuación de áreas críticas.

La obligación habitual de vigilancia anestésica continua tiene una excepción cuando una emergencia externa genera un peligro que supera el riesgo de separarse temporalmente del paciente. Esa decisión debe basarse en una evaluación dinámica del riesgo.

7. Si el personal debe retirarse temporalmente y existen segundos disponibles, dejar al paciente en la condición fisiológica más segura posible. Esto podría incluir asegurar el tubo endotraqueal, administrar FiO₂ elevada, garantizar ventilación mientras sea posible, mantener anestesia/sedación apropiada, asegurar accesos vasculares, controlar hemorragia mayor, bajar y asegurar la mesa quirúrgica y retirar objetos con riesgo de caída. No debe interpretarse como que “dejar oxígeno y



anestésico” garantiza la seguridad del paciente, sino como reducción de daño cuando la permanencia del personal representa un riesgo mayor.

8. Después del movimiento principal, realizar una evaluación rápida antes de reiniciar la cirugía. Deben verificarse simultáneamente paciente, personal, infraestructura y sistemas críticos: vía aérea, ventilación, circulación, hemorragia, electricidad, suministro de oxígeno y gases, aspiración, iluminación, integridad de equipos y condiciones estructurales del quirófano.

9. No reiniciar cirugía electiva simplemente porque terminó el movimiento. La continuidad del procedimiento debería depender de que el área pueda considerarse funcionalmente segura. La OMS considera la seguridad de infraestructura, trabajadores, servicios esenciales y continuidad operacional componentes centrales de la respuesta hospitalaria ante desastres.

10. Clasificar inmediatamente la cirugía en tres posibilidades: continuar, abreviar o evacuar. Una vez controlada la amenaza inmediata, el equipo debería decidir rápidamente: continuar, cuando abandonar el procedimiento supone mayor riesgo y el quirófano es seguro; abreviar, realizando únicamente las maniobras necesarias para dejar al paciente estable; o evacuar, cuando la infraestructura o los servicios críticos ya no son confiables. Este enfoque es una síntesis práctica de las recomendaciones de evacuación y manejo de crisis.

ABCDE

A — Autoprotección + Airway: primero seguridad del equipo; proteger vía aérea y cabeza.

B — Breathing: mantener oxígeno/ventilación y comprobar circuito y fuente de O₂.

C — Circulation / Control: controlar hemorragia crítica, asegurar accesos y estabilizar la mesa.

D — Danger: identificar daño estructural, incendio, electricidad, gases, objetos suspendidos y posibilidad de réplicas.

E — Evacuate / Evaluate: cuando termine el movimiento, decidir continuar, abreviar o evacuar.



Consideraciones y recomendaciones jurídicas con impacto médico legal

El compromiso contenido en el Juramento Médico de velar por la salud del paciente debe interpretarse junto con el valor intrínseco de toda vida humana, incluida la del profesional de la salud, pues ambos son derechos fundamentales reconocidos por nuestra Constitución Política.

Un terremoto es un hecho de la naturaleza expresamente reconocido como fuerza mayor por Código Civil, es decir, una situación extraordinaria, imprevisible e irresistible que altera las condiciones normales de prestación del servicio. Es aquí donde surgen las siguientes inquietudes: **En una situación de terremoto, ¿cómo deben armonizarse el deber ético y profesional de protección del paciente y el derecho fundamental del talento humano en salud a preservar su propia vida e integridad?**

¿Existe una obligación absoluta de permanecer junto al paciente o, por el contrario, las decisiones deben adoptarse a partir de una valoración razonable de los riesgos presentes?

El desafío ético y legal no consiste en elegir entre una vida y otra, sino en procurar, hasta donde las circunstancias lo permitan, la protección simultánea del paciente y de quienes lo atienden.

Para ello, en cada caso se deberán sopesar las posibilidades reales de proteger la vida del paciente y propender por la continuidad de la atención y, al mismo tiempo proteger su propia integridad que, como se dijo, tiene igualmente el valor de derecho fundamental. Es por ello, que los deberes frente al protección del paciente deben estar articulados previamente con la institución que, se insiste, tiene la obligación legal de formular, socializar e implementar planes de emergencia y contingencia, siendo a su vez, obligación del personal asistencial conocerlos y aplicarlos, pues allí residen normas de conducta mínimas ante un hecho de características inciertas. En consecuencia, las circunstancias críticas por sí solas, no eliminan los deberes del talento humano en salud, éstos dependerán de las características de cada caso, de la capacidad real y material del profesional para actuar y de la existencia de un peligro grave e inminente para su propia vida o integridad pues, la posición de garante que se predica del médico se traduce en el deber de actuar mientras se esté en la posibilidad de hacerlo y para ello se evaluarán las circunstancias reales de cada caso

1. Actuar de acuerdo con las circunstancias concretas



Para valorar la conducta del anestesiólogo deberán considerarse los elementos de tiempo, modo y lugar, tales como la intensidad y duración del sismo; la existencia de un riesgo cierto de colapso, incendio, explosión o fuga de gases; la fase del procedimiento; el estado y grado de dependencia del paciente; la posibilidad de mantener la vía aérea, estabilidad del paciente, la oxigenación y la ventilación; los recursos y el personal disponibles; la existencia de rutas seguras; las instrucciones del plan hospitalario de emergencias, alternativas disponibles para ese momento y el tiempo real para decidir.

2. No asumir riesgos irrazonables

La protección del paciente debe procurarse mientras existan condiciones razonables para actuar y mediante una respuesta coordinada con el equipo. El deber de cuidado frente al paciente no exige que el anestesiólogo se exponga a un riesgo cierto, grave e inminente de muerte o lesión.

El análisis en estos casos se centrará en establecer si era posible exigir una conducta diferente a la adoptada por el anestesiólogo y si obró por la necesidad de proteger un derecho propio o ajeno (su vida o la de otro paciente) de una situación de peligro actual o inminente, inevitable de otra manera. La posición de garante del médico respecto del paciente no impone actuaciones imposibles ni un deber ilimitado de protección; la conducta deberá valorarse según las acciones que el profesional podía realizar en las circunstancias concretas y conforme a la *lex artis*, lo anterior permitirá evaluar si se presenta un eximente de responsabilidad, como el estado de necesidad, ante eventuales lesiones o muerte del paciente.

3. Articulación institucional

La respuesta ante un sismo no depende únicamente de la actuación individual del anestesiólogo. Las instituciones deben contar con planes hospitalarios de emergencia y protocolos claros para la evacuación de quirófanos y otras áreas críticas. Los anestesiólogos y demás integrantes del equipo quirúrgico deben conocer estos instrumentos, las rutas de evacuación, los responsables de coordinar la respuesta y los lugares previstos para continuar la atención.

Si los protocolos no existen, no son claros o no contemplan la atención de pacientes anestesiados, debe solicitarse formalmente su elaboración, revisión o actualización. Estos protocolos constituyen referentes de conducta que permiten definir anticipadamente el actuar del equipo médico, evitando valoraciones ex post que resulten excesivas y que desconozcan la realidad de la atención en salud. Asimismo, es necesario promover simulaciones periódicas que permitan identificar riesgos, definir funciones y preparar al equipo para tomar decisiones coordinadas durante una emergencia real y avanzar en las mejoras identificadas



4. Dejar registro de lo ocurrido

Una vez superada la fase crítica, y cuando las condiciones lo permitan, debe documentarse de manera clara, objetiva y cronológica, incluyendo expresamente la situación de inminente peligro y riesgo en el que se encontraba, así como las decisiones adoptadas tales como suspensión del procedimiento, traslado, entre otros.

El registro no debe hacer manifestaciones que atribuyan responsabilidad a otras personas o la institución o juicios de valor ni conclusiones apresuradas. Su finalidad es conservar una descripción técnica y verificable de los hechos y de las decisiones clínicas adoptadas.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, S.C.A.R.E.