

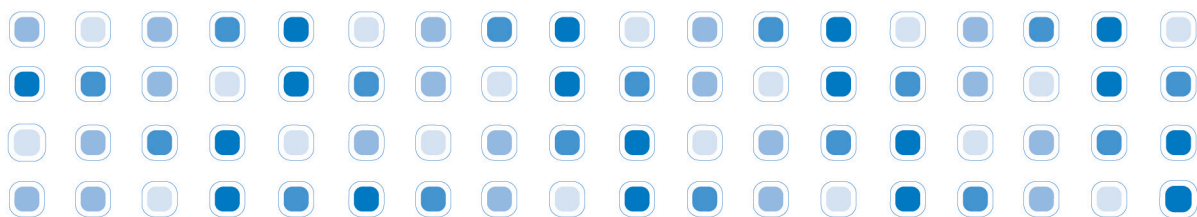
SEGURIDAD DEL PACIENTE

EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS



ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y
HOSPITALES PRIVADOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

www.adecra.org.ar



Montevideo 451 piso 10 | CABA | Tel: 011 4374-2526 | Fax: 011 4375-2070
info@adecra.org.ar

DIRECTOR //////////////////////////////////////

Dr. Eusebio Zabalúa

////////////////////////////////////

COORDINACIÓN EDITORIAL

Chantal de la Bouillierie

////////////////////////////////////

COMITÉ DE REDACCIÓN

Cp. Jorge Cherro

Dr. Francisco José Díaz

Dr. Ángel Gilardoni

Dr. Ernesto Díaz Nielsen

Dr. Jorge Manuel Carrascosa

Lic. Cesar Gotta

////////////////////////////////////

DPTO. COMERCIAL

Diego Rodríguez Donnelly

REALIZACIÓN GRÁFICA

Choice Comunicación Integral

AUSPICIADO POR

SUMARIO

PÁG.**4****SEGURIDAD DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS****Dra. Alejandra Di Leo Lira**

Directora Médica Clínica Bazterrica. CABA.

Socia fundadora de la Sociedad Argentina de Emergencias (SAE)

PÁG.**9****SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
FORTALEZAS Y DESAFÍOS****Dr. Alejandro De Nicola**

Coordinador Médico de Ayuda Médica. CABA.

PÁG.**12****SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIAS****Dr. Silvio Aguilera**

Director Médico de Fundación Vittal. CABA.

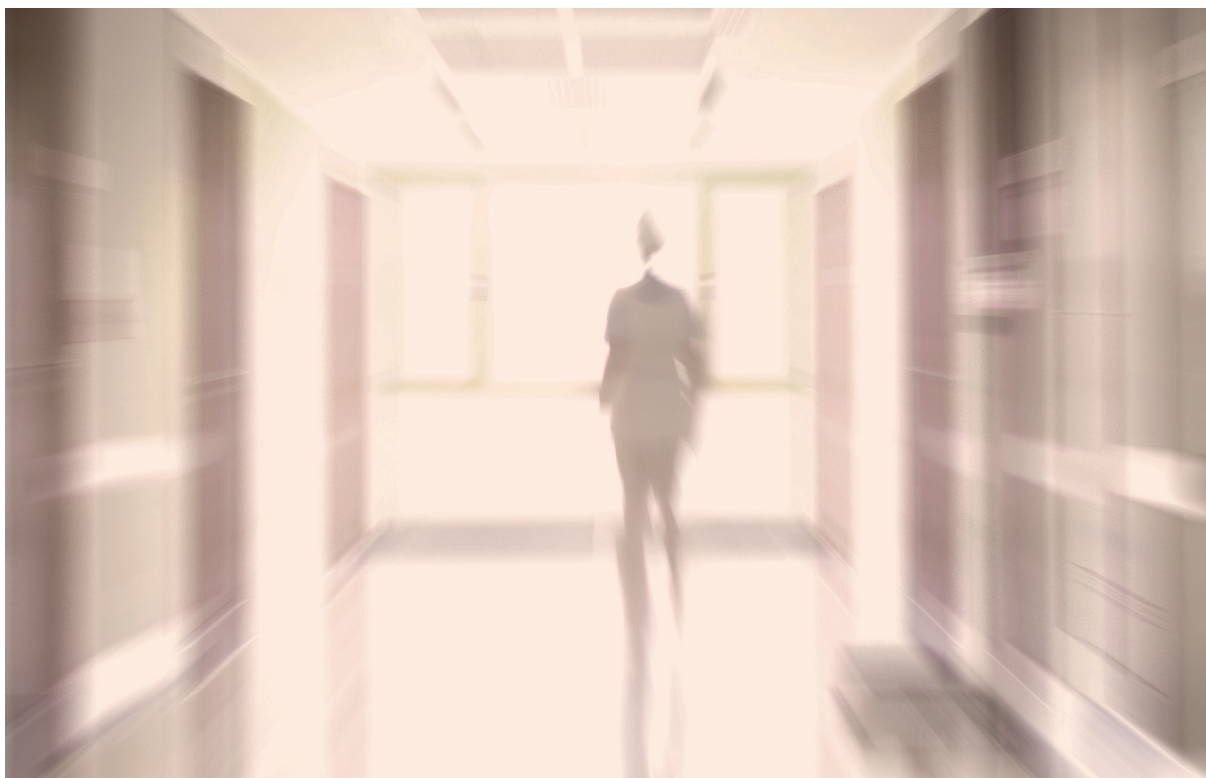
PÁG.**25****RIESGOS EN GUARDIA
HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN****Dr. Fabián Vítolo**

Gerente de Relaciones Institucionales de Noble ARP. CABA.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Dra. Alejandra Di Leo Lira. Directora Médica Clínica Bazterrica

Socia fundadora de la Sociedad Argentina de Emergencias (SAE)



INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad la seguridad del paciente era tema de preocupación, el aforismo hipocrático “primum non nocere” nos habla de la importancia de no dañar a los pacientes que tratamos.

En la actualidad los sistemas de salud se caracterizan por una combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que si bien aportan beneficios importantes a la sociedad, también conllevan un riesgo inevitable de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de consecuencias. Existe la necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica, por lo que se han puesto en marcha diferentes programas con el fin de mejorar la seguridad de las prestaciones médicas, entendiendo a la seguridad como una asistencia sin riesgos de eventos previsibles, lo cual se hace imprescindible para alcanzar un nivel básico de calidad óptima en la atención. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es conside-

rada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

Dada la mayor complejidad en la práctica médica, asociada al aumento de la edad promedio de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias, se hace imprescindible adoptar estrategias sanitarias tendientes a conseguir una práctica clínica segura en estos servicios.

Si bien no contamos con datos estadísticos propios, en el resto de los países se estima que la incidencia de aparición de eventos adversos (EA) en dichos servicios está entre un 1,6 y un 14% según diferentes estudios y metodologías.

Para poder comenzar a trabajar en un programa de seguridad en los diferentes centros, primero debemos consensuar sobre ciertas terminologías con el fin de estandarizar los conceptos, dado que no es lo mismo Error, que Evento Adverso, por lo que tendremos en cuenta las siguientes definiciones:

- **SEGURIDAD:** ausencia de lesiones por accidentes.
- **ACCIDENTE:** evento que produce perjuicios en un determinado sistema impidiendo los resultados deseados.
- **ERROR:** acción fallida que no se realiza tal como se planificó (error de ejecución). O la utilización de un plan equivocado para la concreción de un objetivo (error de planificación).
- **EVENTO ADVERSO:** lesión o daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y desencadena una discapacidad que puede medirse, no debida a la condición subyacente del paciente.

Una sucesión de errores puede provocar un evento adverso.

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** evento adverso atribuible a un error.
- **ERRORES ACTIVOS:** actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsos, equivocaciones, incumplimiento de procedimientos).
- **CONDICIONES LATENTES:** “patógenos residentes en el sistema”. Proviene de decisiones tomadas por terceros, redactores de protocolos y la alta dirección (presión de tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga, inexperiencia).

CUÁLES SON LOS FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE ERRORES EN URGENCIAS

Existe unanimidad en considerar como factor determinante la complejidad del proceso, principalmente porque el número de procedimientos es más elevado, mayor número de prescripciones de medicamentos lo cual no siempre es necesario.

Así, se ha reseñado que casi la mitad de los sucesos adversos están relacionados con un procedimiento invasivo, errores en el diagnóstico o fallos en tratamientos no invasivos. Asimismo, se ha observado que la edad avanzada es otro factor de riesgo, dada la mayor comorbilidad que presentan estos pacientes y la multiplicidad de medicación que reciben.

En los servicios de urgencias se observan otros factores condicionantes como ser la sobrecarga asistencial, el estrés y la fatiga, la falta de experiencia y de formación en la especialidad y el tipo de pacientes (graves y complejos).

QUÉ TIPO DE ERRORES SE IDENTIFICAN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Existen múltiples clasificaciones de errores sanitarios. A continuación detallaremos los más descriptos por la bibliografía.

Errores en los campos del diagnóstico, tratamiento y prevención son los más habituales. Sin embargo, diferentes expertos llaman la atención sobre aquellos desencadenados por los problemas de comunicación, derivados esencialmente en la transmisión de la información. En este sentido, los servicios de urgencias no son ajenos a los mismos: los cambios de turno, la información entre profesionales, son algunos ejemplos.

Si bien es difícil establecer la incidencia/prevalencia de efectos adversos, en estos servicios existen dos estudios, el APEAS y ENEAS que nos dan una aproximación a la realidad de estos servicios y de la atención de urgencia.

De dichos estudios se desprende que los efectos adversos más comunes se deben en orden decreciente a los siguientes errores:

- Errores en la **Medicación:** omisión dosis, dosis incorrecta, falta de adherencia al tratamiento.
- Errores en el **Cuidado:** manejo inadecuado de catéteres, signos de alerta, movilización del paciente, falta de técnica.
- Errores en la **Comunicación:** información médico-paciente, médico-enfermero, médico-médico, enfermero-paciente.
- Errores en el **Diagnóstico:** retraso en la derivación a la especialidad correcta, error de diagnóstico, retraso en el diagnóstico.
- Error en la **Gestión:** espera prolongada, problemas con la HC informatizada, error en la carga de datos, dotación de personal escasa.

QUÉ ESTRATEGIAS DEBEMOS IMPLEMENTAR PARA UNA PRÁCTICA CLÍNICA SEGURA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

La gestión de la Seguridad del Paciente (SP) en urgencias comprende la identificación y priorización de riesgos, el diseño y aplicación de planes de mejora y la evaluación del resultado de su implantación. Cuando se empieza a trabajar en este ámbito es probable que no se disponga de datos o que éstos sean escasos. En todo caso, siempre son de gran ayuda los aportes concretos que ofrecen diversas organizaciones en el campo de la SP para priorizar las actuaciones de análisis y mejora en una institución en particular.

Estos organismos, ya sea de modo individual o en forma de alianzas entre ellos, establecen políticas que proporcionan recomendaciones establecidas en base a los EA o incidentes comunicados y de estudios realizados. Asimismo, aportan el análisis causal y la valoración de su repercusión por los mismos notificantes o por un equipo de expertos, el diseño de planes de acción y los resultados de su aplicación así como herramientas metodológicas adaptables a nuestro entorno que nos facilitan el trabajo.

De su revisión podemos establecer un conjunto de las políticas prioritarias que hacen referencia a las siguientes áreas y destacan aquellos aspectos de las mismas, relacionados con la atención urgente:

- 1) Seguridad relacionada con la medicación.
- 2) Seguridad relacionada con la infección.
- 3) Seguridad relacionada con la identificación.
- 4) Seguridad relacionada con la comunicación/información.
- 5) Seguridad relacionada con la prevención de riesgos específicos.
- 6) Promoción de una cultura de seguridad.

1) SEGURIDAD RELACIONADA CON LA MEDICACIÓN EN URGENCIAS

Los SU son un cruce natural de caminos entre los distintos niveles de atención sanitaria, hecho que los convierte en un observatorio ideal de todas las bondades y contradicciones de nuestro sistema de salud, así como en un punto donde las decisiones terapéuticas tomadas tienen gran impacto más allá del propio ámbito, tanto en atención primaria, si el paciente es dado de alta; como en atención posterior, si el paciente es internado. Por este motivo los SU se convierten en el área que genera un mayor número de problemas evitables relacionados con la medicación.

Se han publicado varios estudios sobre problemas relacionados con la medicación (PRM) que son causa de consulta médica a un SU, tanto en nuestro medio como en otros países. Las duplicidades de tratamientos equivalentes o las omisiones de tratamientos domiciliarios relevantes, las dosificaciones inadecuadas a la condición del paciente son algunos de los PRM que se han identificado en estos estudios.

Sin embargo, un elevado porcentaje de PRM se consideran prevenibles y las distintas intervenciones que se han realizado en diversos entornos han conllevado mejoras reales en seguridad clínica. Las actuaciones en el ámbito de la seguridad relacionada con la medicación en los SU se centran actualmente en tres áreas: utilización de medicamentos, seguridad con los medicamentos de alto riesgo y conciliación de la medicación.

2) SEGURIDAD RELACIONADA CON LA INFECCIÓN

Aproximadamente un 8,7% de los pacientes hospitalizados presentan infecciones nosocomiales según la OMS. La medida clave para minimizar el riesgo de infecciones es el lavado de manos, mediante la realización de talleres que impliquen a todo el personal del SU, siguiendo las recomendaciones de la OMS.

3) SEGURIDAD RELACIONADA CON LA COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN

La información y su comunicación suelen ser factores subyacentes de muchos de los EA de los apartados anteriores. No obstante, hay datos suficientes que permiten considerarla como un grupo aparte. La mayoría de gestores de riesgos de los países occidentales concuerdan en que hasta el 80% de los reclamos por mala praxis son atrib-

buides a fallos en la comunicación o falta de habilidades comunicativas, generalmente atribuibles a los médicos. Las recomendaciones suelen hacer referencia a puntos críticos que afectan a los SU, tales como:

- Comunicación de la información durante las transferencias del paciente entre los diferentes pasos de la continuidad asistencial, ya sea dentro del mismo SU (cambio de turno, de servicio, traslados, consultas en turno de noche) como entre los distintos servicios y/o organizaciones diferentes (ej: alta, traslado interhospitalario).
- Promoción de sistemas seguros, claros y estandarizados de registro y transmisión de información (especialmente la no presencial) y de confirmación de determinado tipo de la misma (resultados críticos, etc.) así como estandarización de las abreviaturas, símbolos y medidas.
- Comunicación al paciente cuando se ha producido un EA en el mismo. Las conductas de evitación, de justificaciones poco claras y/o de barreras de cualquier tipo, conducen inevitablemente a reclamos y denuncias, situaciones gravosas tanto para el profesional como para el paciente y familiares. Los esfuerzos dirigidos a mejorar este aspecto de comunicación son todavía asignaturas pendientes en el mundo sanitario y en los SU.
- Asimismo, la ley 26529/26742 y posterior decreto 1089 /2012 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. La ley de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica hace referencia a la información sanitaria, aquella que de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones y/o secuelas de los mismos. «La comprensión del riesgo es básica para estar en disposición de tomar decisiones». La información debe ser adecuada y conveniente al proceso y la situación concreta frente al término de «completa» que alude la Ley.

4) SEGURIDAD RELACIONADA CON IDENTIFICACIÓN (SI)

La identificación incorrecta de pacientes conduce a PRM, de transfusión, de pruebas complementarias, de procedimientos a personas incorrectas y de alta de bebés equivocados. La estrategia de mejorar la identificación a través de pulseras identificatorias es la más difundida. En los SU, la identificación es una asignatura pendiente. Las estrategias dirigidas al incremento de implementación de pulseras identificatorias desde los SU pueden reducir el riesgo de EA por dicho problema.

5) SEGURIDAD RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICOS

En este apartado se incluyen la prevención de EA relacionados con los cuidados, con los procedimientos, con la valoración general y el diagnóstico, no incluidos en apartados anteriores. Sin pretender ser exhaustivos. Se destacan aquellos con mayor relevancia para SU:

- La identificación de determinados riesgos en los pacientes atendidos que conducen a una morbilidad significativa, así como la adopción de medidas de prevención, son otro grupo de políticas con gran número de recomendaciones.
- La adopción de sistemas de trabajo capaces de identificar síntomas y/o signos de alarma previos a que la condición del paciente evolucione a un estado crítico y la instauración precoz de medidas adecuadas reducen la morbilidad. En los SU, la implementación de los sistemas de *triage* han sido el principal avance en los últimos años. También, en un plano más específico, la implementación de guías de actuación para atención de patologías de alto impacto (protocolo de sepsis, protocolo de IAM) en los SU ha reducido la morbilidad de las mismas al reducir las demoras diagnósticas y terapéuticas que pueden producirse en el proceso asistencial desde el propio SU.
- También es objeto de recomendación específica la adopción de precauciones en el manejo de catéteres, así como en las inmovilizaciones de pacientes. Se puede incluir la administración de medicación, deben mencionarse aquí las recomendaciones sobre la administración de medicamentos por vía parenteral.
- Otro grupo de recomendaciones generales hace referencia a una adecuada estructura física y humana del SU a las necesidades de asistencia que debe prestar (por ejemplo, dotación de profesionales sanitarios), su organización interna, las guías y protocolos mínimos que deben existir y conocer, así como los sistemas de evaluación de resultados, como elementos para garantizar una política de mejora continua de la seguridad del paciente.
- Finalmente, las recomendaciones sobre la identificación de riesgos (mapa de riesgos) de los procesos de atención urgente, como medida preventiva que permita la puesta en marcha de acciones de mejora en la reducción de los mismos.

6) PROMOCIÓN DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD Y CREACIÓN DE UN EQUIPO Y LIDERAZGO

Dos puntos básicos para que la progresión en SP sea efectiva son construir una Cultura de Seguridad (CS) y conformar y liderar un equipo de personas motivadas. Ello precisa de una atmósfera de confianza mutua en que todos los miembros del servicio puedan hablar libremente sobre problemas de seguridad y sus posibles soluciones sin el temor a estigmas o represalias, con la garantía de que los efectos adversos se valoren de modo justo e imparcial y que se realizarán acciones para su mejora. La promoción de la CS es una recomendación general que acompaña a todas las que se realizan ante alertas o incidentes concretos que hemos mencionado. El clima de CS en los SU debe iniciarse mediante sesiones informativas por estamentos y favorecer la participación del personal interesado. Debe pasarse del enfoque centrado en la persona al enfoque sistémico basado en los procesos.

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS

La construcción y validación de indicadores en SP es un campo de trabajo en el cual se han abocado las sociedades científicas, instituciones y la administración. En este sentido son destacables:

LOS «TRIGGERS»

Los «triggers» son criterios que nos permiten identificar posibles eventos adversos relacionados con la medicación. Representan signos, síntomas o situaciones que ponen sobre la pista de la probable existencia de un efecto adverso. Es una herramienta que se ha mostrado efectiva para medir el nivel de daño que puede provocar la medicación en una organización sanitaria. La forma de utilización más común es la retrospectiva, útil para detectar eventos adversos y para proponer estrategias para mejorar en la gestión del medicamento. Cuando se encuentran, hay que proceder a una evaluación más detallada para ver si efectivamente se ha producido un efecto adverso. Han sido desarrollados por el Institute of Health Improvement de Estados Unidos, y actualmente existen seis herramientas de este tipo para diversos entornos y tipos de efecto adverso (medicamentos, intervención quirúrgica, unidad de cuidados intensivos UCI, consultas externas y UCI neonatal). Algunos grupos intentan validar estas herramientas en SU, aunque no se dispone aún de resultados.

LOS INDICADORES CENTINELA

Son aquellos en los que un sólo caso ya es indicativo de problema y debe conducir a un análisis de causas para rediseñar el proceso afectado, de forma que no vuelva a producirse el evento detectado. Ejemplo de sucesos centinela son los que la JCAHO utiliza como casos en los que debe seguir obligatoriamente un análisis de causas raíz «Root Cause Analysis» y los «Never Events» o «Eventos que no deben ocurrir nunca» del National Quality Forum. (National Quality Forum. Serious Reportable Events in Health Care-2006 Update. Washington: The National Quality Forum; 2007).

INDICADORES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Las sociedades científicas de medicina de urgencias han publicado manuales sobre indicadores de calidad en los servicios de urgencias, recogiendo aspectos de seguridad y riesgo. En general, estos indicadores son tanto de resultado como de proceso y estructura y se basan en desarrollos originales así como en adaptaciones de la bibliografía y en la experiencia internacional.

Cada organización deberá realizar un plan de Gestión de riesgos e implementar herramientas para el análisis de la seguridad del paciente tales como:

- Identificar los puntos débiles del sistema y analizar sus causas.
- Aumentar la conciencia de los problemas de seguridad y facilitar el compromiso de los profesionales.
- Identificar barreras que previenen situaciones adversas

que puedan desencadenar episodios graves.

- Detectar y comunicar las incidencias, lo cual permite aproximarse a una previsión de eventos adversos posibles y refuerza la necesidad de puesta en marcha de acciones de mejora proactivas.
- Monitorizar incidentes, lo que agrega valor a la mejora de la calidad, ya que se abordan los problemas de seguridad antes de que ocurran.

CONCLUSIONES

La evaluación de eventos adversos reales o potenciales mediante técnicas analíticas sistemáticas es recomendable para poner en marcha en aquellas organizaciones interesadas en mejorar su calidad de atención y seguridad clínica.

De esta manera se facilitaría la revisión de procesos de atención del paciente de forma adecuada. Inicialmente debemos contar con un programa de gestión de riesgo y una vez establecido tener presente que la importancia se debería centrar en las estrategias de mejoras, en el rediseño de procesos, en definitiva en el fortalecimiento de las organizaciones para hacerlas más seguras.

Cada metodología tiene ventajas y limitaciones por lo que la elección dependerá de las características de cada organización, de los recursos disponibles, de la cultura de la seguridad y del compromiso del liderazgo.

En algunas organizaciones con el fin de iniciar rápidamente la concientización sobre la seguridad del paciente se ha establecido la estrategia de los 10 pasos:

- 1) Higiene de manos (reducción de infecciones).
- 2) Conocer al paciente (descartar confusiones).
- 3) Seguridad frente a la medicación (asegurar prescripción adecuada).
- 4) Comprobar que los estudios complementarios se efectúen correctamente (evitar tomar decisiones equivocadas).
- 5) Realizar sólo pruebas diagnósticas y procedimientos estrictamente necesarios (evitar riesgos y utilizar racionalmente los recursos).
- 6) Comunicación clara y sencilla con el paciente, explicar todo lo que se va a hacer y por qué, ofrecer alternativas (minimizar errores, mejorar la relación médico-paciente).
- 7) Actuar a conciencia (reconocer los errores, notificarlos, promover medidas para evitarlos).
- 8) Ser claro en la comunicación con los colegas (escribir claro y transmitir la información relevante, facilita una atención mas segura).
- 9) Solicitar ayuda cuando lo necesites (evitar los riesgos innecesarios).
- 10) Valorar el dolor del paciente e identificar los signos de alarma durante su estancia. Reconocer rápidamente personas frágiles y con alto riesgo de caídas (prevención de riesgos específicos).

El grado de éxito de la implementación de estas metodologías estará relacionado con el grado en que sean vistas como herramientas útiles para mejorar la seguridad y la calidad en la atención.

BIBLIOGRAFÍA:

1. McDonough JE. Proactive Hazard Analysis and Health Care Policy. Milbank Memorial Fund. Sept. 2002.
2. Ruiz P, González C. Análisis causa raíz: una herramienta útil para la prevención de los errores. Revista de Calidad Asistencial 2005; 20:71-8.
3. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems Analysis Of Clinical Incidents. The London Protocol. Clinical Safety Research Unit.
4. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, "Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction", USA, 2002.
5. Tomás S. Seguridad del Paciente. De la estrategia a la práctica clínica Segura. El Médico. 2011; 1123:14-7.
6. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415-28.
7. 6 II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias. Programa de comunicaciones. Madrid: Grupo Saned; 2011.
8. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
9. II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias. (Consultado 12 Abril 2012). Disponible en: <http://seguridadpaciente.semes.org>
10. SEMES. Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Grupo Saned; 2009.
11. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. (Consultado 12 abril 2012). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
12. Fundación MAPFRE www.fundacionmapfre.com
www.conmayorcuidado.com
13. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo.
14. Santell JP, Hicks RW, Cousins DD. Medication errors in emergency department settings - 5 year review. The United States Pharmacopeia, Rockville, Maryland Center for the Advancement of patient Safety, poster presentado en junio de 2004 en el American Society of Health-Systems Pharmacists Summer Meeting (Las Vegas, Nevada). <http://www.usp.org/hqi/patientSafety/resources/posters/posterEmergencyDept5yr.html>
15. «La seguridad del paciente en 7 pasos» Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, noviembre de 2005. Traducción y resumen de «Seven Steps to patient Safety», National Patient Safety Agency del National Health Service de Reino Unido.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA

FORTALEZAS Y DESAFÍOS

Dr. Alejandro De Nicola. Coordinador Médico de Ayuda Médica



PRÓLOGO

La Atención Médica Pre-hospitalaria profesionalizada lleva más de 27 años en nuestro país, y se ha desarrollado ampliamente a lo largo del mismo, tanto en el Sector Público como en el Privado, realizando miles de asistencias diarias, que salvan numerosas vidas y logran disminuir las secuelas de muchas afecciones, que sin una atención precoz, hubieran sido más graves e invalidantes.

Para el correcto funcionamiento del sistema, se requiere de recursos humanos altamente calificados y recursos físicos con la tecnología necesaria para dar el soporte adecuado:

RECURSOS HUMANOS:

- Personal Paramédico/enfermeros sumamente capacitados.
- Personal Médico con manejo en Emergencias Médicas.

- Personal Médico con manejo clínico y pediátrico.
- Técnicos entrenados en recepción y despacho de situaciones médicas de distinta complejidad.
- Personal entrenado en cuestiones que hacen a la logística de sistemas complejos donde la operativa es de 24hs., los 365 días/año.

RECURSOS FÍSICOS:

- Unidades Móviles con características y complejidades diferentes.
- Material de electromedicina para diagnóstico y tratamiento.
- Equipamiento médico de soporte vital y avanzado.
- Equipamientos de comunicación, sistemas de localización inteligentes.

Intentaré en estas líneas, ilustrar en qué aspectos estamos trabajando para brindar día a día una atención de calidad, y de este modo, acercar mayor seguridad al Paciente.

1. PRIMER ESLABÓN DE LA CADENA DE VIDA

Activación del Sistema de Emergencias. “Una adecuada **Categorización del llamado telefónico, de acuerdo a la gravedad del paciente, garantiza que se asigne el recurso médico adecuado a cada paciente.**”

Cada vez que una persona se comunica con el call center, es asistido por un operador que básicamente le solicita la situación geográfica del paciente, y a qué razón se debe la solicitud de atención médica. Dicho receptor telefónico ha recibido previamente no menos de tres meses de capacitación sobre las patologías de urgencia más frecuentes y esta familiarizado con la terminología médica y con los síntomas clásicos de riesgo de vida. Adicionalmente, dispone de un soft informático de utilización obligatoria durante el interrogatorio, que minimiza el porcentaje de error en la codificación telefónica. Esto es lo que denominamos **triage telefónico** y se asignan 4 colores según los síntomas, a saber:

1) CÓDIGO ROJO:

Paciente con riesgo de vida inminente y que debe ser asistido lo antes posible (dolor precordial, pérdida de conocimiento, politraumatizados graves, hemorragias de magnitud, entre otros).

2) CÓDIGO AMARILLO:

Paciente sin riesgo de vida inminente pero que precisa de una atención médica a la brevedad (un ejemplo clásico es el cólico renal).

3) CÓDIGO VERDE:

Paciente sin riesgo de vida, que necesita la atención de un médico y pueden ser asistidas durante el día (Ej.: diarreas y vómitos, dolores abdominales, traumatismos leves, fiebre, náuseas, cefalea, gripe, malestar general, lumbalgia, mareos y dolores musculares).

4) CÓDIGO AZUL:

Paciente que necesita traslado sanitario de distintas complejidades.

En todos los casos que exista alguna duda en cuanto al triage realizado, se da intervención al sector de **Médicos de Cabina**, quienes por su conocimiento, pueden ser aun más certeros en la codificación, además de brindar **Instrucciones de Pre-arribo** (maniobras que puede hacer un tercero junto al paciente, para beneficio del mismo hasta que arribe la Unidad Móvil).

En virtud al aumento de tránsito y de la existencia de cortes de vías de acceso (manifestaciones), en algunas ocasiones el arribo de la Unidad de Emergencias puede verse demorada. Frente a esta situación y en virtud de no querer retrasar la asistencia del paciente, hemos implementado una **Unidad Móvil de Intervención Rápida**, moto, con-

ducida por un Paramédico entrenado en Primera Respuesta. Esta unidad móvil de intervención rápida realiza las primeras atenciones de emergencia hasta el arribo de la Ambulancia, y ha demostrado mejorar los tiempos de respuesta en beneficio de los pacientes.

2. CERTIFICADO DE CALIDAD

Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008.

Desde el año 2002 Ayuda Médica, pionera en calidad, cuenta con un **Sistema de Gestión de la Calidad certificado bajo las Normas ISO 9001:2008 del ente certificador DNV.**

Este certificado nos compromete a mantener y mejorar la calidad del servicio que ofrecemos con el fin último de satisfacer a nuestros clientes actuales y futuros.

En este sistema establecemos nuestros **objetivos**, que son medidos y controlados periódicamente; **procesos**, que también son evaluados en forma periódica; **canales de comunicación** dinámicos, tanto interno, con todo nuestro personal, como externo, con quienes forman parte de la cadena de valor de nuestra empresa como clientes y proveedores; y **evaluaciones y mediciones de satisfacción**.

También trabajamos con un sistema de capacitación continua con evaluaciones periódicas.

Contamos con una participación activa de la Dirección de la organización que fomenta la conciencia y el compromiso hacia la calidad.

Nuestro desafío es la mejora continua del sistema, tarea que impulsamos todos los días y que se logra gracias al equipo humano que trabaja con el sistema de calidad.



3. EL DESAFÍO DE LA OBTENCIÓN DEL RECURSO MÉDICO Y PARAMÉDICO IDÓNEO

En el sector hemos vivenciado, en los últimos 5 años, una mayor dificultad en la obtención de recurso médico y paramédico. Si bien el tema salarial puede influenciar, ya que no somos formadores de precios, consideramos que hay otras situaciones que gravitan en este déficit como son la inseguridad en la vía pública y las agresiones que sufre el personal en los distintos ámbitos.

También ha tenido efecto la no pertenencia previa a un sector específico, aunque en los últimos años la creación

de la Especialidad de Emergencias y la existencia de la Sociedad Argentina de Emergencias, ha brindado un cuadro de referencia para el personal.

En cuanto al área Pediátrica, la situación es aún más crítica. Si consideramos que el 77 % de los pediatras de más reciente graduación son mujeres y las mismas por lo general evitan desempeñarse en el medio Pre-hospitalario, se entenderá lo aquí expuesto.

En cuanto al recurso humano paramédico, que trabaja en equipo con los médicos de la Unidad Móvil, están en capacitación permanente con cursos brindados a nivel individual por cada institución, así como por organizaciones más abarcativas como los cursos ofrecidos por la Federación de Emergencias Médicas, entre otros.

Estamos a través de esta última, trabajando a nivel legislativo para crear la figura de Técnico en Emergencias Médicas, lo que brindará un marco legal para el desarrollo de tan exigida tarea.

4. NORMATIVAS ADICIONALES DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

Con la finalidad de minimizar los errores médicos, incluimos instrucciones en nuestra dinámica diaria de trabajo, a saber:

A) PROTOCOLO DE SOPORTE MÉDICO TELEFÓNICO:

Toda situación donde el receptor del llamado considere que la participación del médico de soporte telefónico, presente las 24 hs. en el call center, puede mejorar el cuadro del paciente en ese momento, debe ponerlo en contacto para que este comience a brindar asistencia dando instrucciones precisas que ayuden hasta la llegada del médico posteriormente o se decida otra alternativa.



B) PROTOCOLO DE ELECTROCARDIOGRAMA:

En toda situación en que en el interrogatorio telefónico se detecte que el paciente consulta por un síntoma que puede corresponder a un evento cardíaco, o ante pacientes con antecedentes coronarios, que consultan por otros síntomas de emergencia médica, la dotación que concurra a ver el paciente recibirá la indicación de protocolo de ECG y estará obligada a realizarle un registro electrocardiográfico, que será interpretado por el profesional interviniente.

C) PROTOCOLO DE INTERNACIÓN:

Frente a situaciones de patologías que involucran pacientes graves o no y que hayan sido evaluados por nuestras unidades en una ocasión, y si ese paciente solicita médico nuevamente dentro de las 24 hs de la primera asistencia, el sistema informático notifica al operador y éste al médico, de que el paciente ha ingresado dentro del Protocolo de Internación. Esto significa un alerta para el profesional para que, en caso de no estar bien claro el cuadro médico y el paciente fuera de peligro, proceda al traslado para una evaluación más exhaustiva. Es considerado un paciente de riesgo.

5. CÓMO PODEMOS, DESDE NUESTRO SECTOR, MEJORAR EL SISTEMA PRE-HOSPITALARIO

Un punto crítico en la temporada que abarca desde mayo a agosto en el sistema de salud, es la poca disponibilidad de camas cada vez que se requiere internar a un paciente, tanto sea en el sistema público o privado. Se suceden varias situaciones diarias, donde unidades de alta complejidad están horas aguardando una cama, aún con enfermos que revisten gravedad y ven enlentecida la respuesta terapéutica.

Otra situación de alarma creciente es la cada vez mas insostenible realidad del tránsito vehicular en Capital Federal que han alterado desde hace años los estándares, en cuanto a acceso al paciente, tiempo de llegada al domicilio y al nosocomio correspondiente.

Esto produce un deterioro en la capacidad operativa diaria con clara incidencia en costos y en eficiencia asistencial.

Debemos trabajar de manera sincrónica y sinergizando fortalezas para lograr un sistema tanto público como privado superador al actual, haciendo que todos los involucrados, pacientes, empresas de salud, cámaras, la Federación de Emergencia Médica, el Ministerio Público, etc., comprendan que la administración de todo recurso en salud es finito y, por tanto, debe ser administrado con coherencia y adaptarlo a la legislación de los tiempos que corren.

Este será nuestro desafío y el de todos los participantes de la cadena, cuyos eslabones no son pocos.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIAS

Dr. Silvio Aguilera. Director Médico de Fundación Vittal



En el año 1999 el Instituto de Reportes de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica publicó el informe: To Err is Human¹. Estimaron que entre 44.000 y 98.000 personas mueren en hospitales de ese país cada año como resultado de errores médicos evitables. Esto es más que las muertes combinadas por colisiones vehiculares, cáncer de mama y SIDA. El costo de estos errores fue estimado entre U\$S 17.000 y U\$S 29.000 millones por año. Estos errores ocurrieron más frecuentemente en Servicios de Emergencias, Quirófanos y Terapias Intensivas. Thomas, en un estudio de admisiones a hospitales en Colorado y Utah, que experimentaron efectos adversos, encontró que cerca del 30% eran atribuibles a negligencia². El sitio del hospital con mayor proporción de eventos adversos negligentes (52.6%) fue el Servicio de Emergencias.

El Servicio de Emergencias es complejo por lo diverso de las patologías, su categorización basada en la necesidad de atención urgente o no y el arribo en un número impredecible en un tiempo impredecible. El Servicio de Emergencias es el punto de entrada de más del 50% de los pacientes admitidos en un hospital general de agudos y al mismo concurren niños, adolescentes, adultos y ancianos. Este fenómeno se debe al hecho que el mismo está disponible las 24 hs los 7 días de la semana. Este aumento en la tasa de visitas

contribuye a la saturación del Servicio que pone en riesgo la seguridad de los pacientes. ¿Pueden estos cambios ser revertidos o prevenidos? La mayoría de los países han puesto mucho esfuerzo en educar a los pacientes a que usen los consultorios en situaciones de no urgencia o semi urgencia y estos esfuerzos han fallado, llevando a un incremento en las visitas a los servicios de Emergencias. Por lo tanto, es necesario realizar cambios en la organización de los Servicios a fin de poder atender este incremento en la demanda.

La seguridad del paciente puede ser definida como “evitar situaciones innecesariamente dañinas o potencialmente dañinas asociadas al cuidado de la salud”. Estos conceptos han estado ligados clásicamente al error médico. Aunque este último concepto está ampliamente diseminado en la literatura médica, el término “error” conlleva connotaciones de descuido, implica culpas, y a menudo se focaliza excesivamente sobre las personas como el origen del daño. Debido al crecimiento de estos problemas se prefiere utilizar la expresión “problemas en la atención del paciente” a “error médico”. Esta sutil diferencia tiene la intención de promover una perspectiva más sana y constructiva del análisis que se realiza. El término “problema” implica que algo debe ser solucionado y orienta nuestros intentos de buscar estrategias y soluciones para la mejoría de los procesos.

Los problemas surgidos en la atención del paciente a menudo son complejos y no son el resultado de una simple tarea del proceso de atención en un momento de tiempo dado. El curso típico de un “error médico” ha sido descrito como una cascada, en la cual una falla lleva a otra³.

Cosby identificó los problemas del proceso de atención del paciente y clasificó los mismos de acuerdo a la fase en que ocurrieron, a los factores contribuyentes y a la evolución del paciente⁴. Los factores que agregan riesgo, que contribuyen a los problemas en la atención o que tienen un impacto negativo en la evolución del paciente, están asociados al paciente, al triage, a la clínica, al equipo de trabajo o al sistema de trabajo.

1. FACTORES ASOCIADOS AL PACIENTE: está definido como una característica del paciente que determina riesgo. Los pacientes que están críticamente enfermos, dementes, confusos, bajo influencia de drogas, tienen barreras de lenguaje o comunicación, no son cooperativos o simplemente no están informados pueden ser incapaces de aportar detalles importantes acerca de su historia clínica. Las condiciones comórbidas pueden complicar la presentación de su enfermedad y poner al paciente en gran riesgo para complicaciones médicas.

2. FACTORES ASOCIADOS AL TRIAGE: todos los pacientes ingresan al Servicio de Emergencias a través del triage. El proceso de triage debe estar adaptado a las características del servicio y varía según el volumen de pacientes, el personal y los recursos disponibles. Los errores en el triage incluyen la violación de las reglas, la presencia de insuficientes reglas y errores en la aplicación.

3. FACTORES ASOCIADOS A LA CLÍNICA: definido como una falla en una tarea clínica específica. Varios estudios han identificado a la etapa del diagnóstico como la principal fase en la cual se producen los problemas, lo cual no es sorprendente debido a que el diagnóstico es el corazón del trabajo clínico y es la base sobre la cual las otras acciones son llevadas a cabo⁵⁻⁶. La mayoría de las investigaciones en errores de diagnóstico en Servicios de Emergencias han apuntado a diagnósticos específicos, particularmente infarto agudo de miocardio, fracturas e infecciones. Otros estudios han identificado problemas en otros pasos diagnósticos tal como confección de historia clínica, interpretación de exámenes de laboratorio, radiografías o ECG, y en toma de decisiones clínicas.

4. FACTORES ASOCIADOS AL EQUIPO DE TRABAJO: la mayoría de la educación médica se focaliza en la relación médico-paciente en una forma individual sin prestar mucha atención en la complejidad organizacional de la práctica de la medicina de emergencias. Actualmente la atención médica no solo depende de poseer excelentes habilidades clínicas individuales sino de una efectiva interac-

ción entre todos los integrantes del equipo de salud. El MedTeams Research Consortium cita a las fallas del trabajo en equipo como un factor primario o contribuyente en más de la mitad de las demandas por mala praxis que produjeron muerte o lesión mayor permanente⁷.

5. FACTORES ASOCIADOS AL SISTEMA DE TRABAJO: incluye cualquier problema en el proceso, servicio, equipamiento o abastecimiento que falló o que no está disponible, está roto o fallado. Los errores aparecen cuando los sistemas están estresados, sobrecargados o mal funcionando. La mayoría de los recursos deben estar funcionales en forma completa en todo momento en un Servicio de Emergencias con mucho trabajo. El control continuo de las funciones rutinarias de un Servicio de Emergencias, el mantenimiento del equipamiento y el poseer el personal adecuado para lo inesperado son esenciales en la preparación para la emergencia.

Un párrafo aparte son los errores relacionados con la medicación. En un análisis de 62.216 visitas a un Servicio de Emergencias por parte de pacientes afiliados a un determinado financiador, se encontró que 1074 (1.7%) estaban relacionadas con incumplimiento o inapropiada prescripción de medicamentos⁸. Los errores relacionados con la medicación han sido estudiados extensamente por varias razones: es uno de los tipos más comunes de errores, un gran número de pacientes están afectados y aumenta considerablemente los costos⁹. En término de pérdida de vidas es un factor tan importante como la seguridad de los trabajadores. Cada año, más de 6.000 trabajadores en USA mueren por lesiones producidas en el lugar de trabajo y los errores en la medicación que ocurren tanto dentro como fuera del hospital, producen 7.000 muertes por año¹⁰.

GUÍAS CLÍNICAS Y ERROR EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Tal como se describió anteriormente una de las fases del proceso de atención médica donde se detectan mayor cantidad de problemas es en el diagnóstico de cuadros clínicos. La adhesión a protocolos o guías de práctica clínica ha demostrado su utilidad en la reducción de estos problemas. A continuación se describen algunos protocolos a ser usados en la emergencia en las patologías emergentes y/o frecuentes. Estos protocolos incluyen:

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO
2. ARRITMIAS FATALES
3. ARRITMIAS AGUDAS INESTABLES
4. CRISIS ASMÁTICA
5. ESTADO MENTAL ALTERADO

1. SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

El síntoma clásico asociado a SCA es el dolor precordial, pero también incluye dolor en otras áreas del cuerpo, disnea, sudoración, náuseas, vómitos y mareos. Síntomas inusuales son más comunes en mujeres, ancianos y diabéticos. A menudo, el examen físico es normal.

Cuando el paciente se presenta con síntomas y signos de potencial SCA hay que realizar un ECG que clasificará al paciente en tres grupos: Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con supradesnivel del segmento ST, Angina Inestable (AI)/IAM sin supradesnivel del segmento ST y pacientes con ECG no diagnóstico¹¹.

1) GRUPO IAM ST: Bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) nuevo o elevación del segmento ST en dos o más derivaciones contiguas. Los valores a considerar son: elevación del punto J de 0.2 mV (2 mm) en derivaciones V2 y V3 y 0.1 mV (1 mm) en otras derivaciones (hombres ≥ 40 años); elevación del punto J de 0.25 mV (2.5 mm) en derivaciones V2 y V3 y 0.1 mV (1 mm) en otras derivaciones (hombres < 40 años); elevación del punto J de 0.15 mV (2.5 mm) en derivaciones V2 y V3 y 0.1 mV (1 mm) en otras derivaciones (mujeres).

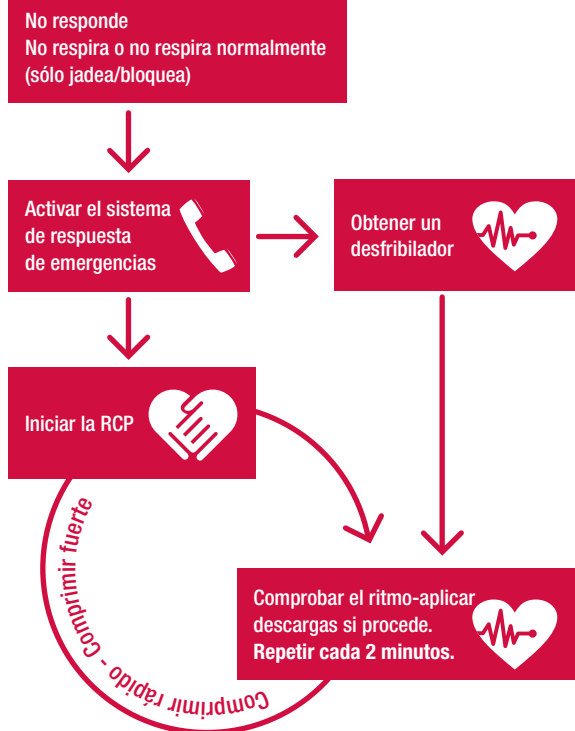
2) GRUPO AI/IAM NO ST: depresión del segmento ST > 0.5 mm (0.05 mV) u onda T invertida asociado a dolor de pecho. En esta categoría también se incluyen pacientes con elevación del segmento ST transitoria ≥ 0.5 mm por < 20 minutos. Los valores a considerar para la depresión del segmento ST son 0.05 mV (-.5 mm) en derivaciones V2 y V3 y -0.1 mV (-1 mm) en otras derivaciones (hombres y mujeres).

3) GRUPO NO DIAGNÓSTICO: El ECG es normal o mínimamente anormal (ej, cambios en ST u onda T inespecíficos). Incluye este grupo también a aquellos pacientes con desviación del ST < 0.5 mm (0.05 mV) u onda T invertida ≤ 0.2 mV.

La troponina cardíaca es el biomarcador preferido y es más sensible que la isoenzima de la creatinina quinasa (CPK-MB). Las troponinas cardíacas son útiles en el diagnóstico, estratificación de riesgo y la determinación del pronóstico. Un nivel elevado se correlaciona con un aumento en el riesgo de muerte y mayores elevaciones predicen mayor riesgo de evolución adversa. Una limitación importante de este test es que no es sensible durante las primeras 4 a 6 horas de la presentación a menos que el dolor continuo haya estado en forma persistente por 6 a 8 horas. Si inicialmente es negativo debe repetirse entre las 6 y 12 horas de comenzado el síntoma.

Si bien escapa al análisis de este fascículo el tratamiento del Síndrome Coronario Agudo, vale la pena mencionar que el tratamiento inicial consiste en la administración de oxígeno

ALGORITMO SIMPLIFICADO DE SVB/BLS EN ADULTOS



(si la saturación O₂ en $< 94\%$), Nitroglicerina spray o sublingual, Aspirina (160 a 325 mg) y Morfina para calmar el dolor. El tratamiento coadyuvante comprende la administración de beta bloqueantes, clopidogrel, nitroglicerina endovenosa, heparina e inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa.

En los pacientes con IAM ST el principal objetivo es la terapia de reperfusión ya sea a través de la administración de fibrinolíticos dentro de los 30 minutos de arribado al hospital o con angioplastia dentro de los 90 minutos de arribado al hospital.

La angina inestable y el IAM no ST son difíciles de distinguir inicialmente. Un aumento de la troponina separa el IAM no ST de la AI. La fibrinólisis está contraindicada en este grupo de pacientes y puede ser perjudicial. Para pacientes con IAM no ST y pacientes de alto riesgo está indicada la angioplastia temprana.

Los principales objetivos del tratamiento para los pacientes con SCA están en consonancia con los de las Guías de la AHA para RCP y ACE y las Guías de la AHA/American College of Cardiology, e incluyen:

- Reducir la cantidad de necrosis miocárdica en pacientes con infarto agudo de miocardio, para preservar así la función del ventrículo izquierdo, prevenir una insuficiencia cardíaca y limitar otras complicaciones cardiovasculares.
- Prevenir sucesos cardíacos adversos graves: muerte, in-

farto de miocardio no fatal y necesidad de revascularización urgente.

- Tratar complicaciones agudas del SCA potencialmente mortales, como la fibrilación ventricular, la taquicardia ventricular sin pulso, las taquicardias inestables y las bradicardias sintomáticas.

Los diagnósticos diferenciales del SCA más importantes a realizar son:

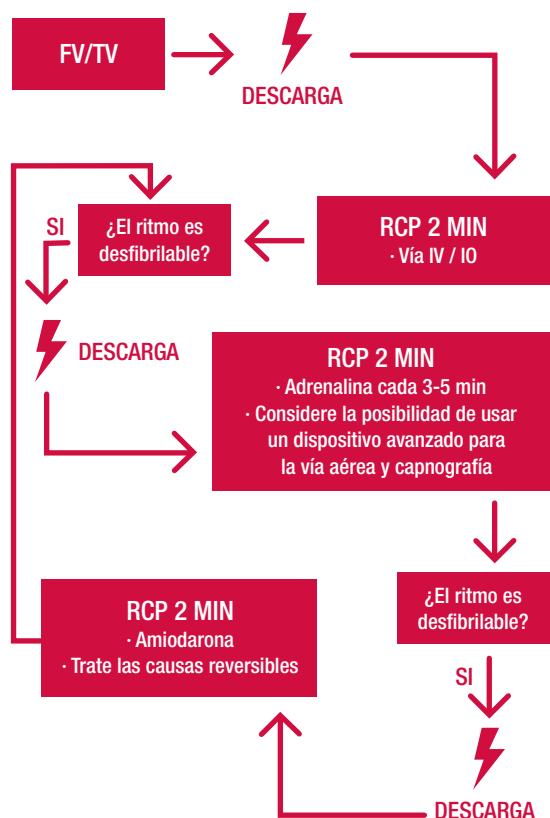
- 1) Aneurisma de aorta torácica con disección.
- 2) Embolia de pulmón aguda.
- 3) Neumotórax a tensión.
- 4) Ruptura esofágica.

2. ARRITMIAS FATALES

Ante un paciente inconsciente y que no respira se debe asumir Paro Cardiorespiratorio (PCR) y se deben iniciar inmediatamente las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) que comprenden la compresión torácica y la administración de ventilación a una relación 30:2. El cuadro siguiente muestra el algoritmo simplificado del soporte vital básico (SVB)¹².

Ante la llegada de un monitor o cardiodesfibrilador las posibilidades de ritmo son: Taquicardia Ventricular (TV), Fibrilación Ventricular (FV), Asistolia u otro ritmo; en este último

ALGORITMO PARA FV O TV SIN PULSO



caso la situación clínica que se presenta es la denominada Actividad Eléctrica Sin Pulso (AESP). Los algoritmos a seguir en cada una de estas situaciones son¹³:

FIBRILACIÓN VENTRICULAR O TAQUICARDIA VENTRICULAR (SIN PULSO)

En la RCP de alta calidad, la única terapia probada que aumenta la sobrevida en pacientes con FV o TV sin pulso es la desfibrilación. Las otras intervenciones avanzadas que se realizan durante el PCR no han probado aún que aumenten la sobrevida al alta hospitalaria. Por lo tanto, deben realizarse pero sin comprometer la calidad de la RCP o la desfibrilación temprana y rápida.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta en este proceso de RCP son:

CALIDAD DEL RCP

- Comprimir fuerte (≥ 2 pulgadas, ≥ 5 cm) y rápido (≥ 100 /min) y permitir una completa expansión.
- Reducir al mínimo las interrupciones de las compresiones.
- Evitar una excesiva ventilación.
- Turnarse en las compresiones cada 2 minutos.
- Si no se utiliza un dispositivo avanzado para la vía aérea, relación compresión-ventilación de 30:2.
- Registro cuantitativo de la onda de capnografía.
 - Si $PETCO_2 < 10$ mm Hg, intentar mejorar la calidad de la RCP.
- Presión intrarterial.
 - Si la presión de la fase de relajación (diastólica) es < 20 mm Hg, intentar mejorar la calidad de RCP.

RESTAURACIÓN DE LA CIRCULACIÓN ESPONTÁNEA

- Pulso y presión arterial.
- Aumento repentino y sostenido de $PETCO_2$ (normalmente ≥ 40 mm Hg).
- Ondas de presión arterial espontánea con monitorización intrarterial.

ENERGÍA DE DESCARGA

- **Bifásica:** recomendación del fabricante (120-200 J); si se desconoce este dato, usar el valor máximo disponible. La segunda dosis y las dosis sucesivas deberán ser equivalentes, y se puede considerar el uso de dosis mayores.
- **Monofásica:** 360 J

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Dosis IV/IO de epinefrina:** 1 mg cada 3-5 minutos
- **Dosis IV/IO de vasopresina:** 40 unidades pueden reemplazar a la primera o segunda dosis de epinefrina
- **Dosis IV/IO de amiodarona:** Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg

DISPOSITIVO AVANZADO PARA LA VÍA AÉREA

- Intubación endotraqueal o dispositivo avanzado para la vía aérea supraglótica.
- Onda de capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal.
- 8-10 ventilaciones por minuto con compresiones torácicas continuas.

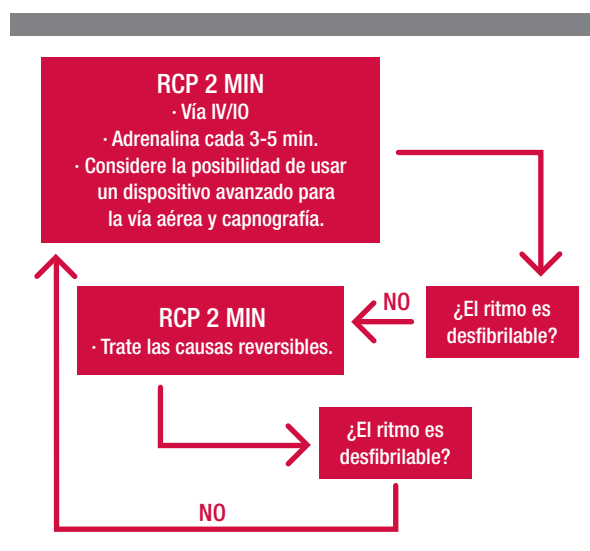
CAUSAS REVERSIBLES

// Hipovolemia	// Neumotórax a tensión
// Hipoxia	// Taponamiento cardíaco
// Ion hidrógeno (acidosis)	// Toxinas
// Hipocalcemia/hipercalcemia	// Trombosis pulmonar
// Hipotermia	// Trombosis coronaria

ASISTOLIA O AESP

Cuando el ritmo que se presenta no es un ritmo que necesita desfibrilación, se debe reiniciar la RCP inmediatamente comenzando con compresiones torácicas y continuar durante 2 minutos antes de chequear nuevamente el ritmo. Se debe administrar adrenalina tan rápido como sea posible con el objetivo de aumentar el flujo sanguíneo miocárdico y cerebral durante la RCP y poder obtener retorno de la circulación. La evidencia disponible sugiere que el uso de atropina en la asistolia o la AESP no tiene un efecto terapéutico beneficioso. Por esta razón la atropina ha sido removida del algoritmo de PCR secundario a asistolia o AESP.

El algoritmo a seguir es el siguiente:



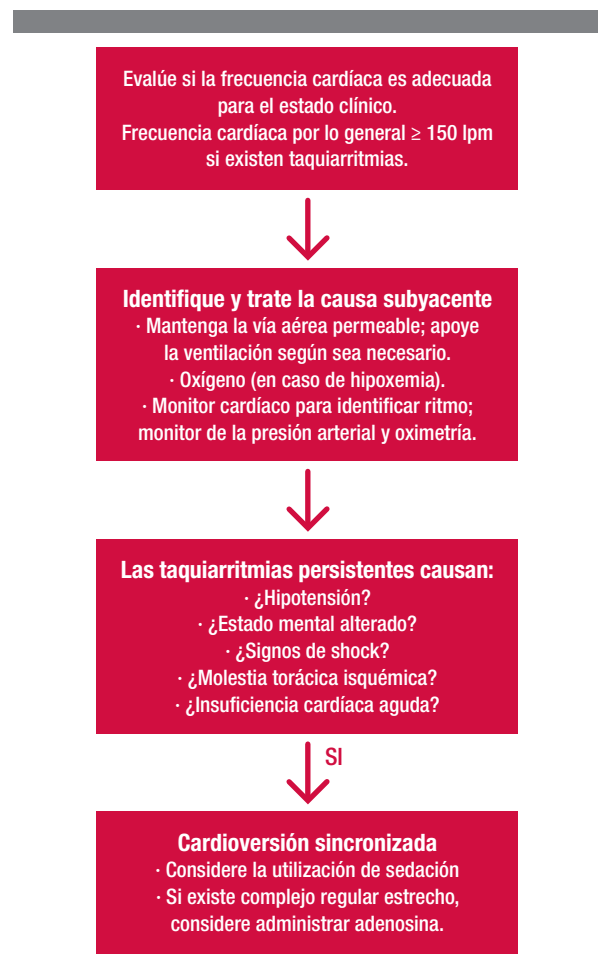
3. ARRITMIAS AGUDAS INESTABLES

El término inestable se refiere a la condición en la cual una función vital de un órgano está alterada o es inminente la

evolución al paro cardíaco. Es importante determinar si la inestabilidad que presenta el paciente es debida a la arritmia a fin de establecer el tratamiento. Cuando una arritmia causa inestabilidad en un paciente está indicada una intervención inmediata. Las arritmias que pueden evolucionar hacia una condición de inestabilidad pueden ser la taquicardia o la bradicardia¹³. A continuación se presentan los algoritmos para el reconocimiento y tratamiento de estas condiciones.

TAQUICARDIA INESTABLE

La taquicardia se define como una arritmia con una frecuencia mayor de 100 latidos por minuto, aunque la frecuencia que tiene significancia clínica es aquella que supera los 150 latidos por minutos. La mayoría de los expertos sugieren que cuando una frecuencia cardíaca es menor de 150 latidos por minuto, es poco probable que cause síntomas de inestabilidad a menos que tenga un ventrículo deficiente. Si el paciente con taquicardia está estable hay tiempo para realizar ECG completo, evaluar el ritmo, determinar si el QRS es ancho o no y determinar las opciones terapéuticas. Por el contrario, si el paciente muestra signos de inestabilidad hay que proceder a la cardioversión eléctrica inmediatamente.



DOSIS / DETALLES

Cardioversión sincronizada

Dosis iniciales recomendadas:

- Estrecho regular: 50-100 J
- Estrecho irregular: 120-200 J bifásica o 200 J monofásica
- Ancho regular: 100 J
- Ancho irregular: energía de desfibrilación (NO sincronizada)

BRADICARDIA INESTABLE

La bradicardia se define como una frecuencia cardíaca menor de 60 latidos por minuto. Sin embargo cuando la bradicardia es la causa de los síntomas la frecuencia generalmente es menor de 50 latidos por minuto.

Una frecuencia cardíaca lenta puede ser fisiológicamente normal para algunos pacientes, mientras que una frecuencia cardíaca menor de 50 latidos por minuto puede ser inadecuada para otros. El algoritmo de bradicardia se focaliza en el manejo de la bradicardia clínicamente significativa, es decir cuando la bradicardia es inapropiada para la condición clínica.

4. CRISIS ASMÁTICA

El asma es una enfermedad inflamatoria, crónica e intermitente de la vía aérea que se caracteriza por crisis de tos, sibilancias, opresión torácica y dificultad respiratoria. Normalmente es reversible, pero puede ser severa y en ocasiones mortal. El estatus asmático es una forma extrema de asma que no responde al tratamiento intensivo inicial. Puede ocurrir en algunos pacientes asmáticos conocidos,

incluso con formas leves de enfermedad. La obstrucción al flujo aéreo en el asma es diferente de la que ocurre en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo total o casi completamente reversible con tratamiento. La mayoría de los asmáticos están asintomáticos entre las crisis, y pueden no mostrar obstrucción al flujo aéreo en los periodos intercrisis. Por el contrario, lo que define a la EPOC es la obstrucción bronquiolar fija y estructural al flujo aéreo, que no es reversible con tratamiento óptimo. En cualquier caso, el asma crónica y severa suele asociarse a cambios estructurales en la vía aérea que condicionan obstrucción permanente; y algunos pacientes con EPOC pueden tener cierto componente reversible de obstrucción (es la llamada bronquitis asmática).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y EVALUACIÓN DEL ASMA

Para evitar aplicar un tratamiento inadecuado, la evaluación inicial del paciente con sibilancias debe considerar el diagnóstico diferencial de asma. Las posibilidades diagnósticas incluyen neumonía, bronquitis, edema de pulmón, anafilaxis, aspiración y obstrucción alta de la vía aérea, inhalación química, inhalación de humos y laringoespasma (el estridor puede ser confundido clínicamente con las sibilancias). El asma de debut en la edad adulta es rara, y deben considerarse en estos pacientes enfermedades subyacentes como EPOC, neumonía o insuficiencia cardíaca congestiva.

DOSIS / DETALLES

Atropina, dosis IV:

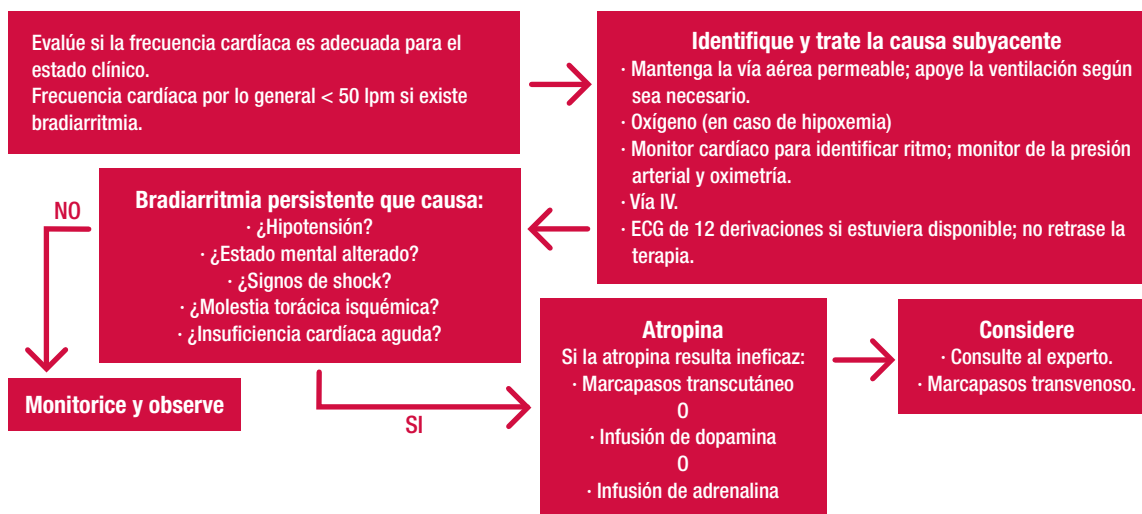
1° dosis: bolo de 0,5 mg.
Repita cada 3-5 minutos.
Máximo: 3 mg.

Dopamina, infusión IV:

2-10 mcg/kg por minuto.

Adrenalina, infusión IV:

2-10 mcg por minuto.



EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE ADULTO CON CRISIS ASMÁTICA

SÍNTOMAS Y SIGNOS	LEVE	MODERADO	SEVERO	PARO INMINENTE
Disnea	Al caminar	Al caminar	En reposo	En reposo
Habla en:	Oraciones	Frases	Palabras	
Nivel de Conciencia	Puede estar agitado	Usualmente agitado	Usualmente agitado	Somnoliento/Confuso
Frecuencia respiratoria	Aumentada	Aumentada	A menudo >30/min	
Músculos accesorios	No	Comunmente	Usualmente	Movimiento paradójico Tórax-Abdomen
Sibilancias	Moderadas	Fuertes	Fuertes	Ausentes
Pulso (por minuto)	<100	100-120	>10	Bradycardia
Pulso paradójico	Ausente <10 mm Hg	Posible 10-20 mm Hg	Frecuente >25 mm Hg	Ausente (sugiere fatiga muscular)
FEM* (% predicho)	>80%	50% - 80%	<50%	
SaO ₂ (respira aire)	>95%	91% - 95%	<91%	

*FEM: Es el flujo espiratorio máximo (Peak Expiratory Flow Right (PEFR) que puede medirse durante una maniobra de espiración forzada.

El primer paso en el manejo del paciente con crisis asmática en la emergencia es determinar la severidad del broncoespasmo y ver si la reserva muscular respiratoria del paciente es adecuada para mantener la ventilación mientras se inicia el tratamiento. La exploración física es importante para la evaluación de pacientes con asma durante la fase aguda e intercrisis, de todas formas, varios estudios demuestran la relativa insensibilidad del examen físico para la detección de trastornos significativos del flujo aéreo. Aunque la presencia de signos clásicos, especialmente sibilancias, es un buen indicador de obstrucción, la ausencia de éstos puede también ser decisiva. Por ejemplo, un repentino “silencio auscultato-

rio”, en un asmático severo puede ser el anuncio de insuficiencia respiratoria resultado de obstrucción extrema al flujo aéreo o neumotórax a tensión.

El asma se clasifica en tres categorías: leve, moderada y severa, según los datos clínicos.

Si se posee espirómetro para medir el FEM, éste será el parámetro objetivo de seguimiento y valoración de la obstrucción al flujo aéreo y el tratamiento. El FEM se relaciona con el FEV₁ y los valores estimados de FEM para varones y mujeres se muestran en la siguiente tabla.

VALORES NORMALES DE LOS FLUJOS ESPIRATORIOS MÁXIMOS (FEM) SEGÚN EDAD, SEXO Y PESO

EDAD	PESO			
	65 KG	70 KG	75 KG	80 KG
VARONES	FEM previsto (L/min)			
20 años	602	649	693	740
30 años	577	622	664	710
40 años	552	596	633	680
50 años	527	569	607	649
60 años	502	542	578	618
70 años	477	515	550	587
MUJERES				
20 años	390	423	460	496
30 años	380	413	448	483
40 años	370	402	436	470
50 años	360	391	424	457
60 años	350	380	412	445
70 años	340	369	400	432

TRATAMIENTO INICIAL DEL PACIENTE ADULTO CON CRISIS ASMÁTICA

	LEVE	MODERADO	SEVERO	PARO INMINENTE
Internación	Probablemente no	Si	Si - considerar UCI	
Oxígeno	Alto flujo a 8 L/min	Alto flujo a 8 L/min	Alto flujo a 8 L/min. Frecuente medición de gases en sangre	Intubar y ARM
Nebulizar con beta2 agonistas	5 mg salbutamol en 2.5 ml o 1 ml 0.5% salbutamol + 3 ml SF	Salbutamol 5 mg x 2 o 2 ml 0.5% + 2 ml SF	2 ml 0.5% salbutamol + 2ml SF cada 15-30 min	
Nebulizar con ipratropium	No es necesario	Opcional	1 ml 0.5% (500 mcg) ipratropium con salbutamol cada 2 hs.	
Corticosteroides orales	Si (considerar)	Si 0.5-0.1 mg/kg	Esteroides IV, oral luego	
Esteroides Intravenosos	No es necesario	250 mg cuando oral no es conveniente	250 mg c/6 hs por 24 hs.	
Aminofilina		Beneficio incierto con dosis Mx de beta2 agonistas	IV 5 mg/kg luego 0.5 mg/kg/hr IV	
Adrenalina	No indicada	No indicada	Solo para anafilaxis. Dar 0.5 ml IM de solución 1:1,000 (0.5 mg)	
Radiografía de Tórax	No es necesaria	No es necesaria	Necesaria si no responde al tratamiento inicial	

TRATAMIENTO

El tratamiento de la crisis asmática se basa en la categorización realizada¹⁴.

Recientemente se ha recomendado la utilización de Sulfato de Magnesio en pacientes con crisis asmáticas graves que no responden adecuadamente al tratamiento convencional. Es un tratamiento seguro en su utilización en el ámbito de urgencias, no encontrándose alteraciones hemodinámicas o neurológicas clínicamente significativas tras su administración. La dosis IV recomendada es 40 mg/kg, máximo 2 g, a pasar diluido en Solución Fisiológica en 20 minutos¹⁵.

5. ESTADO MENTAL ALTERADO

El estado mental alterado (EMA) es un cuadro clínico que describe la presentación indiferenciada de alteraciones de la mente, incluyendo alteración del conocimiento, disminución en la atención, reducción del estado de alerta y/o alteración del nivel de conciencia. Puede ser encontrado en el 4% al 10% de los pacientes en Servicios de Emergencias y es un gran desafío para el médico de emergencias ya que la alteración de la mente no sugiere un diagnóstico específico sino más bien una manifestación de un amplio rango de síndromes médicos. Resulta de un proceso que afecta directamente el sistema nervioso central o secundario a un evento con impacto neurológico¹⁶.

Los pacientes con mayor riesgo incluyen a los de edad avanzada, aquellos con alteraciones cognitivas previas, los portadores de enfermedades crónicas y aquellos que cursan alguna infección sistémica. La incidencia de EMA en pacientes de edad avanzada es del 26% al 40% siendo la tasa de hospitalización del 39% al 80%. Estas alteraciones también son frecuentes en niños y adolescentes.

Presentación del paciente en la emergencia y enfoque diagnóstico

Dentro de las múltiples formas de presentación del EMA, una clasificación de utilidad práctica nos permite diferenciar dos grupos principales: las alteraciones en el nivel de conciencia y las alteraciones del contenido de la conciencia. En el primer grupo están comprendidos la agitación, el síndrome confusional y el estado de coma. Dentro de las alteraciones del contenido podemos mencionar los trastornos de conducta y las alteraciones cognitivas.

La agitación está definida por la presencia de alguno de los siguientes signos:

- 1) Furia explosiva o inexplicable.
- 2) Comportamiento intimidatorio.
- 3) Caminar, movimientos o inquietud excesivos.
- 4) Comportamiento verbal hostil.
- 5) Comportamiento demandante o no cooperativo.
- 6) Comportamiento impulsivo.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Esponáneamente	4	Obedece	6	Orientada y conversa	5
A órdenes verbales	3	Localiza dolor	5	Desorientada y conversa	4
Al dolor	2	Retira al dolor	4	Palabras incoherentes	3
Sin respuesta	1	Flexión anormal	3	Sonidos incomprensibles	2
		Extensión anormal	2	Sin respuesta	1
		Sin respuesta	1		

El síndrome confusional (delirium de acuerdo a la clasificación DSM-IV-R)¹⁷ es un desorden cerebral orgánico agudo, transitorio, fluctuante y potencialmente reversible caracterizado por una alteración global de la conciencia. El diagnóstico se realiza de acuerdo al Confusion Assessment Method (CAM) que considera los siguientes elementos:

- Comienzo agudo y curso fluctuante.
- Desatención (capacidad para focalizar la atención o atención disminuida).
- Pensamiento desorganizado.
- Nivel de conciencia alterado.

De acuerdo a esta escala es necesario que estén presente los dos primeros puntos más uno de los restantes. El CAM tiene una especificidad del 90% al 95% y una sensibilidad del 94% al 100%.

El diagnóstico de coma se realiza mediante la Escala de Coma de Glasgow.

La escala está compuesta por tres parámetros para evaluar: respuesta ocular, motora y verbal. A cada uno se le asigna un valor dependiendo de la respuesta del paciente, los resultados se suman al final para realizar la interpretación. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3 (1 +1 +1) nunca puede ser 0 (cero), y el más alto de 15 (4 +6 +5).

Las alteraciones cognitivas se diagnostican a través de diferentes test que incluyen el test de Orientación, Memoria y Concentración (OMC), el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, el Examen Breve del Estado Mental y la Escala Rápida de Confusión (QCS), muchos de

PREGUNTA	PUNTAJE	PESO	TOTAL
¿En qué año estamos?	Incorrecto=0, Correcto=1	x 2 =	
¿En qué mes estamos?	Incorrecto=0, Correcto=1	x 2 =	
Repita esta frase:	Juan Pérez, Balcarce 42 Buenos Aires - Sin puntaje		
¿Qué hora es?	Correcto (hasta 1 hora)=1 Incorrecto=0	x 2 =	
Cuenta para atrás de 20 a 1	Sin errores=2	x 1 =	
	Un error=1	x 1 =	
	Dos o más errores=0		
Diga los meses hacia atrás	Sin errores=2	x 1 =	
	Un error=1	x 1 =	
	Dos o más errores=0		
Repita la frase de memoria	Nombre = 1	x 1 =	
	Apellido =1	x 1 =	
	Calle = 1	x 1 =	
	Número = 1	x 1 =	
	Ciudad = 1	x 1 =	

los cuales son dificultosos para realizarlos en situaciones de emergencias. El más usado es el MMSE, pero recientes publicaciones han resaltado el valor de la QCS debido a su rápida y fácil realización¹⁸. En la tabla siguiente se muestran las preguntas a realizar y el puntaje obtenido para la QCS.

Mientras que un puntaje de once o menos indica la posible presencia de alteración cognitiva, un puntaje de siete o menos puede ser interpretado como evidencia de una alteración sustancial del área cognitiva.

La realización de estas pruebas diagnósticas en la evaluación de los pacientes en Servicios de Emergencias (Intra o pre hospitalarios) es muy importante ya que el basarse en criterios inespecíficos o personales ha demostrado poseer muy baja sensibilidad aumentando los errores en el diagnóstico de EMA.

Los trastornos de conducta son una situación frecuente en nuestra práctica de la Medicina de Emergencias. A menudo nos es dificultoso el diagnosticar de qué alteración se trata y cómo encarar el tratamiento de una crisis aguda. Con respecto al diagnóstico del trastorno, contamos con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), que es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas y data de 1994. Uno de los aspectos más importantes del DSM-IV ha sido su utilidad como herramienta docente, algo especialmente cierto por lo que respecta al texto descriptivo que acompaña a los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos mentales. A continuación se realiza un resumen de los principales grupos del DSM-IV que, como médicos de emergencias, nos tocará enfrentarnos:

1) DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

Delirium: Criterios para el diagnóstico

- A.** Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B.** Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C.** La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D.** Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enferme-

dad médica, debido a intoxicación por sustancias o consumo de medicamentos, o se presentan durante poco después de un síndrome de abstinencia o tiene más de una etiología (p. ej., más de una enfermedad médica, una enfermedad médica más una intoxicación por sustancias o por efectos secundarios de los medicamentos).

Demencia: Criterios para el diagnóstico

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

- 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
- 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje).
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).

- B.** El déficit cognoscitivo en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C.** El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D.** El déficit no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

2) TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS: PUEDEN ESTAR RELACIONADOS A LA INTOXICACIÓN O A LA ABSTINENCIA.

Criterios para considerar - Intoxicación por sustancias

- A.** Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B.** Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para considerar - Abstinencia de sustancias

- A.** Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B.** El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C.** Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Estos trastornos pueden estar relacionados a la ingesta o abstinencia de: alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias de acción similar), cafeína, Cannabis, cocaína, fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, otras sustancias (o desconocidas).

3) ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS SICÓTICOS

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

- A.** Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito) o Síntomas y signos presentes al menos durante 6 meses:
 1. Ideas delirantes.
 2. Alucinaciones.
 3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
 5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.



4) TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Criterios para el diagnóstico de Trastornos depresivos

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

5) TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Criterios para el diagnóstico de Crisis de Angustia o Pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).

10. Miedo a perder el control o volverse loco.
11. Miedo a morir.
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
13. Escalofríos o sofocaciones.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada

1. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
2. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
3. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - a) inquietud o impaciencia.
 - b) fatigabilidad fácil.
 - c) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - d) irritabilidad.
 - e) tensión muscular.
 - f) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
4. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
5. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
6. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

medidas terapéuticas específicas. La secuencia de pasos incluye la historia de la enfermedad actual, el interrogatorio acerca de la medicación que ingiere habitualmente, el examen del estado de conciencia (en el nivel y en el contenido), el examen físico y los exámenes complementarios. En la evaluación de la enfermedad actual los elementos más importantes a descartar son los antecedentes de ingestión de drogas o tóxicos, la potencial intoxicación con Monóxido de Carbono y episodios de trauma. El interrogatorio de la medicación que ingiere el paciente debe ser minucioso debido a la gran cantidad de medicamentos que pueden producir un EMA (poner énfasis en anticoagulantes, anti-convulsivantes y analgésicos opioides). El examen físico debe ser completo, incluyendo un examen neurológico minucioso.

Con respecto a la historia clínica los elementos a tener en cuenta para su orientación hacia una etiología orgánica o funcional son:

- 1) Edad de comienzo <13 ó >40 (orgánica).
- 2) Comienzo rápido (orgánica).
- 3) Largo período prodrómico (primaria).
- 4) Historia familiar o personal (primaria).
- 5) Desorientación (ambas).
- 6) Nivel conciencia alterado (orgánica).
- 7) Historia de abuso de sustancias (orgánica).
- 8) Alucinaciones (auditivas, esquizofrenia).
- 9) Pérdida de memoria reciente (demencia).
- 10) Síntomas de enfermedad médica (orgánica).

El examen físico debe realizarse tendiente a identificar condiciones médicas:

- 1) Signos de TEC.
- 2) Tipo de respiración.
- 3) Ritmo cardíaco.
- 4) Color de piel.
- 5) Olor a alcohol.
- 6) Pupilas.
- 7) Laceraciones.
- 8) Rigidez de nuca.
- 9) Fracturas.

Los exámenes complementarios incluyen determinaciones de laboratorio generales (hemograma, ionograma, calce-mia, estado ácido-base) y especiales (toxicológicas, COH-gb, pruebas de funcionalidad hepática, etc.). Con respecto al laboratorio de rutina en pacientes alertas, cooperativos, con signos vitales normales, sin historia previa y examen físico normal es de baja utilidad para descartar alteración médica (Recomendación nivel B).

Los test de drogas en orina en pacientes con síntomas psiquiátricos tienen una sensibilidad del 20%, por lo tanto no afectan el manejo del paciente (Recomendación nivel C).

El electrocardiograma se debe realizar en ancianos de ries-

EVALUACIÓN

La evaluación de pacientes con EMA estará orientada a establecer un diagnóstico etiológico a fin de establecer las

go para enfermedad cardiovascular y que recibirán drogas que prolongan el QT.

La Tomografía Axial Computarizada de cerebro está reservada para aquellos pacientes que tienen Psicosis aguda inexplicable, Evidencia de trauma o Hallazgos neurológicos focales.

En caso de no haberse realizado el diagnóstico etiológico está indicado realizar punción lumbar.

CONCLUSIÓN

El estado mental alterado (EMA) es un trastorno de la conciencia. Esta alteración puede estar referida al nivel de conciencia como a sus contenidos. Es una situación frecuente en los Servicios de Emergencias y muchas veces inadvertida. Se debe determinar su presencia a través de diferentes test diagnósticos (Glasgow, CAM, QCS) para diagnosticar los diferentes síndromes (coma, síndrome confusional o alteración cognitiva). El diagnóstico etiológico se debe realizar a través de una detallada historia clínica, examen físico completo y la utilización de exámenes complementarios. El tratamiento está dirigido a la causa que motivo el EMA.

CONSIDERACIONES FINALES

En resumen, el primer objetivo para entender los problemas que lleva la atención de los pacientes es prevenir los mismos o al menos mitigar su peligro teniendo en cuenta que la mayoría de los problemas son multifactoriales. A fin de poder diseñar los procesos de la atención médica es necesario tener un conocimiento acabado de los factores humanos intervinientes en estos problemas que están definidos como la interrelación entre personas, las herramientas que ellas usan, y el medio ambiente en el cual ellos viven y trabajan. Entre los factores que contribuyen a la seguridad del paciente en los Servicios de Emergencias está el mantenimiento adecuado del equipamiento, el correcto diseño del medio ambiente físico, el tener el adecuado staff con experiencia, conocimientos y habilidades, el tener un correcto equipo de trabajo y un soporte organizacional orientado a la seguridad. Esto incluye una cultura de seguridad ejemplificada por la mejora continua por parte de los líderes y una tolerancia a las limitaciones humanas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
2. Thomas, Eric J.; Studdert, David M.; Burstin, Helen R., et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Med Care* Spring 2000.
3. Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, et al. A string of mistakes: the importance of cascade analysis in describing, counting, and preventing medical errors. *Ann Fam Med*. 2004;2:317-326
4. Karen S. Cosby et al. Characteristics of Patient Care Management Problems Identified in Emergency Department Morbidity and Mortality Investigations During 15 Years. *Ann Emerg Med*. 2008;51:251-261
5. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-384.
6. Kuhn GJ. Diagnostic errors. *Acad Emerg Med*. 2002;9:740-750.
7. Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1999;34:373-383.
8. Schneitman-McIntire, Orinda.; Farnen, Tracy A.; Gordon, Nancy, et al. Medication Misadventures Resulting in Emergency Department Visits at an HMO Medical Center. *Am J Health Syst Pharm*. 3:1416-1422, 1996.
9. Johnson, Jeffrey A., and Bootman, J. Lyle. Drug-Related Morbidity and Mortality: A Cost-of-Illness Model. *Arch Intern Med*. 155(18):1949-1956, 1995.
10. Phillips, David P.; Christenfeld, Nicholas; and Glynn, Laura M. Increase in US Medication-Error Deaths between 1983 and 1993. *The Lancet*. 351:643-644, 1998.
11. Robert E. O'Connor, Acute Coronary Syndromes: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122:S787-S817.
12. Robert A. Berg, Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122; S685-S705.
13. Robert W. Neumar, Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122; S729-S767.
14. Stephen C. Lazarus,. Emergency Treatment of Asthma. *N Engl J Med*. 2010;363:755-64.
15. Rowe BH, Bretzlaff JA, Bourdon C, Bota GW, Camargo CA Jr. Sulfato de magnesio para el tratamiento de las exacerbaciones de asma aguda en las salas de emergencias (Revisión Cochrane traducida). En: 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
16. Lim Beng Leong et al,. Prospective study of patients with altered mental status: clinical features and outcome. *Int J Emerg Med*. 2008; 1:179-182.
17. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR).
18. M Janie Irons et al,. Mental status screening of emergency department patients: Normative study of the quick confusion scale. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9:989-994.

RIESGOS EN GUARDIA

HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN

Dr. Fabián Vítolo. Gerente de Relaciones Institucionales de Noble ARP. Ciudad Autónoma de Buenos Aires



INTRODUCCIÓN

Los incidentes y reclamos originados en los servicios de guardia suelen ser frecuentes y de alta intensidad. Las personas que acuden a estos servicios son en general adultos jóvenes en plena actividad o bien niños, y la situación de emergencia los encuentra habitualmente en pleno estado de salud. La incapacidad y la muerte son escenarios repetidos en este ámbito. En caso de presumir un daño causado por impericia, imprudencia o negligencia, estos pacientes suelen estar más propensos a iniciar acciones legales ya que, a diferencia de otros ámbitos, no se alcanza a desarrollar una relación médico-paciente que ayude a minimizar esta posibilidad. Desafortunadamente, otra de las principales defensas del profesional, la historia clínica, suele ser deficiente y limitada a unos pocos renglones en el libro de guardia.

No es difícil imaginarse por qué el 20% de todas las demandas por mala praxis se originan en la guardia de emergencias. Las particulares características del medio, con

profesionales que suelen estar “apurados” por la sobrecarga de trabajo y donde hay residentes sin la adecuada supervisión influyen para que los índices de error y la exposición médico-legal sean mayores.

El primer estudio actuarial acerca de demandas en el servicio de emergencias fue conducido por el emergentólogo norteamericano John T. Rogers y publicado por el Colegio Americano de Médicos Emergentólogos (ACEP) en 1985. Si bien han pasado 27 años la mayoría de los estudios que le siguieron arrojaron valores similares que se siguen repitiendo hoy en día. Los hallazgos de ese primer estudio pueden verse resumidos en la tabla que se encuentra en la siguiente página.

La situación en Argentina no es muy distinta. En el último año hemos recibido numerosas denuncias de incidentes y algunos reclamos muy costosos que podrían haber sido evitados o mejor defendidos si se hubieran adoptado medidas preventivas en temas tales como comunicación y documentación.

SITUACIÓN CLÍNICA	% DEL TOTAL DE DEMANDAS	% DE DÓLARES PAGADOS
Falla en diagnóstico de fracturas	27%	27%
Falla diagnóstico cuerpos extraños en heridas	13%	13%
Complicación de laceraciones, incluyendo daños a tendones o nervios	13%	13%
Falla en diagnóstico o tratamiento de Infarto Agudo de Miocardio	10%	10%
Falla en diagnóstico de apendicitis	4%	4%
Falla en diagnóstico de meningitis	2%	2%
Falla en diagnóstico de embarazo ectópico	2%	2%

COMUNICACIÓN

MANEJO DE LAS EXPECTATIVAS

Cuando los pacientes concurren a un servicio de guardia, en general no buscan un médico determinado sino un hospital o clínica. Pueden concurrir allí porque es el centro más cercano o el que le corresponde por su cobertura médica. Traen también consigo expectativas y algunos preconceptos que deben ser reconocidos por el médico que se encuentra en esta situación.

Los pacientes esperan ser tratados con dignidad y respeto. Más allá del acto técnico del diagnóstico y del tratamiento, buscan una interacción con profesionales que escuchen sus problemas y pongan su bienestar por encima de cualquier otra consideración. También esperan que la atención se brinde dentro de las máximas posibilidades de recursos del centro y que los traslados a otras instituciones ocurran sólo en el mejor interés del paciente. Las expectativas no satisfechas o mal manejadas suelen desembocar en quejas airadas, agresiones y, cuando hay daños, en demandas.

Un clásico ejemplo de expectativas no satisfechas se ve en los pacientes que consultan por segunda vez. Los pacientes que regresan lo hacen con la expectativa de que su caso será revisado con el mayor interés, ya que la primera consulta no sirvió para solucionar su problema. En contraste, el personal del departamento de emergencias suele considerar a estos pacientes como “molestias”. En vez de recibir a los mismos con una actitud receptiva y abierta, son a menudo recibidos con hostilidad y revisados superficialmente. En un número significativo de casos el regreso de los pacientes funciona como una verdadera “alarma” que alerta acerca de posibles errores diagnósticos o inapropiadas instrucciones de alta. De hecho, nuestra propia experiencia de siniestros nos indica que estos pacientes deben ser especialmente evaluados y recomendamos siempre ser muy puntillosos en la documentación y en las instrucciones que se brindan.

El tiempo de espera es también un aspecto en donde las expectativas del paciente suelen chocar con la realidad. No se debe subestimar su influencia en la percepción que se lleva el paciente acerca de la calidad de su atención. El problema se ve agravado cuando el paciente finalmente llega al médico y percibe que éste no le dedica el tiempo que considera necesario. El mismo servicio de guardia debería generar un sistema para notificar a los pacientes acerca de las demoras y explicar los motivos. La misma imprevisibilidad de la actividad suele ayudar a explicar el por qué de la espera. El médico a su vez puede calmar la insatisfacción inicial comenzando la consulta con un pedido de disculpas y haciéndole sentir al paciente que su tiempo vale dedicándole toda su atención cuando éste expone su problema. El tiempo pasado con el profesional es uno de los principales determinantes de la satisfacción del paciente. Por su propia naturaleza, la relación médico-paciente en la guardia debe ser breve, pero aún así hay actitudes del médico que pueden aumentar la percepción que se lleva el paciente de la consulta. El sólo hecho de sentarse, por ejemplo, señala que toda su atención está puesta en el paciente y evita la sensación de “apuro”. También ayuda a optimizar la calidad de estos pocos minutos el saber anticiparse a las necesidades (recetas, certificados, comidas etc). Explique los procesos y los tiempos que deberá esperar por los estudios y considere la posibilidad de que el paciente esté acompañado por algún familiar o amigo.

El médico de guardia debe asumir también que muchas personas que acceden a este servicio cargan con preconceptos y estereotipos. Muchos pacientes todavía piensan que los servicios de emergencias son atendidos por médicos residentes o sin mayor experiencia que no se preocupan demasiado y que sólo quieren “pasar la guardia”. Si el médico luce o actúa reforzando estos estereotipos será mucho más difícil establecer una relación de confianza. Inicie la relación presentándose y cuide dentro de lo posible su aspecto personal. Nos guste o no, los pacientes muchas veces juzgan la calidad de su atención basándose en estos intangibles más que en los aspectos técnicos. No descargue tampoco sobre los pacientes cualquier queja que

usted como profesional pueda tener sobre el sistema. La verdad es que al paciente no le interesa mucho lo cansado que está, o sus problemas salariales.

RELACIÓN CON EL MÉDICO PARTICULAR DEL PACIENTE

Analicemos el siguiente caso: un hombre ingresa a la guardia de un sanatorio con dolor torácico intenso, donde es recibido por un médico clínico que correctamente diagnostica un infarto de cara anterior e indica su admisión a la unidad coronaria del propio centro. El paciente solicita que se consulte a su médico de cabecera y el profesional de guardia lo contacta telefónicamente. El médico personal pide que se lo derive a otro sanatorio ubicado en el otro extremo de la ciudad donde piensa que pueden manejar mejor al paciente. El médico de guardia se niega porque piensa que el paciente no está en condiciones de ser trasladado. A pedido de éste, el médico de cabecera concurre finalmente a la guardia y habiendo evaluado al paciente ratifica la derivación en ambulancia al otro hospital. Al no haber acuerdo, ambos médicos discuten en privado pero finalmente se impone la opinión del médico personal. Durante el traslado el paciente sufre una fibrilación ventricular y muere.

La mujer del paciente inició acciones legales contra los dos profesionales. En el caso del médico de guardia la actora argumentó que el mismo nunca le hizo saber que el paciente corría riesgos y que no estaba de acuerdo con la derivación. Adujo que de haber sabido que había opiniones encontradas podría haber tomado otra decisión. La mujer ganó este juicio.

Dada la naturaleza de la atención médica en la guardia esta situación es altamente predecible. El emergentólogo tiene un deber frente al paciente que no se libera por una relación previa que pudiera tener el paciente con cualquier otro médico. Esto es especialmente válido cuando hay diferencias de opiniones. Si la opinión del médico de guardia difiere de la del médico personal el paciente tiene derecho a conocerla para poder tomar una decisión informada. Los médicos no son los “dueños” de los pacientes y el emergentólogo que discrepe con el tratamiento indicado por el médico de cabecera no debiera permitir que el tratamiento se realice sin que el paciente sea informado de su discrepancia. El hospital o sanatorio a su vez debería desarrollar una norma relativa a la solución de estos conflictos para dar mayor seguridad al profesional de guardia. En la misma podría indicarse por ejemplo la necesidad de que el médico de cabecera evalúe personalmente al paciente y la posibilidad de una opinión neutral de una tercera parte (ej. jefe de servicio).

LA HISTORIA CLÍNICA DE GUARDIA

Cuando un paciente o sus familiares inician una acción legal por una supuesta mala praxis, lo primero que solicitan

es una copia de la historia clínica. La experiencia nos ha demostrado que en los casos originados en la guardia, la documentación suele limitarse a uno o dos renglones en un libro y en la mayoría de los casos lo escrito suele ser un pobre reflejo de la atención brindada por el profesional, limitándose al nombre y el motivo de consulta. Esta documentación puede servir como constancia de que el paciente fue atendido, pero poco nos dice acerca de la calidad de la prestación. Si el emergentólogo pudiera predecir con una certeza del 100% que el paciente no va a sufrir ninguna complicación una vez externado y que no se necesitará la documentación para rebatir argumentos en un juicio no habría mayores problemas. Lamentablemente, esto no es así. Algunos pacientes no evolucionan bien y eventualmente demandan. En ese momento la historia clínica se erigirá en su mejor amiga o en su peor pesadilla.

La historia clínica no tiene exclusivamente un interés médico-legal. De hecho cumple funciones tal vez más importantes: es una herramienta de planificación, ayuda a la continuidad del cuidado y sirve a los fines estadísticos y de facturación. Paradójicamente, su correcta confección con el objeto de prevenir acciones legales ayuda a conseguir los otros objetivos.

Más allá de los libros obligatorios de guardia (denuncias policiales, accidentes, violencia) no existe ningún estándar que habilite a que la documentación del departamento de emergencias sea mínima. De hecho los jueces esperan encontrar en ella la misma información que en las historias de internación en lo referente a los hallazgos, estudios, interconsultas, diagnóstico, plan, etc. Si bien muchos médicos se quejan de la falta de espacio que encuentran en los libros, se debe tener en cuenta que nunca la falta de espacio puede ser esgrimida como excusa para una inadecuada documentación. El aducir falta de tiempo tampoco suele ser una defensa convincente en tribunales. Al igual que lo que sucede con la comunicación, el médico deberá sacar el máximo provecho del poco tiempo que suele disponer para escribir en forma concisa, breve y objetiva los hallazgos de la consulta. Reemplazar a los libros por historias u hojas de guardia con ítems preimpresos ayuda a cumplir estos objetivos. En ese caso, deberán completarse todos los campos que apliquen y en los que no aclararlo. Tampoco se debe tachar de forma tal que no se pueda leer ni se deben dejar espacios en blanco.

Es frecuente también encontrar en los registros de guardia verdaderas “guerras” en las historias en donde se utiliza a la misma como un campo de batalla donde se dirimen disputas con otros miembros del equipo de salud o bien se ventilan deficiencias que debieran ser manejadas por otra vía. Debe tratarse que la documentación refleje el profesionalismo de todo el personal asistencial.

En el siguiente cuadro se especifica la información que es-

para encontrarse en la documentación de guardia tanto por motivos puramente médicos como legales.

HISTORIA CLÍNICA DE GUARDIA

INFORMACIÓN INDISPENSABLE

- Identificación del paciente (si no es posible, explicar el motivo).
- Hora y forma de arribo (la hora es fundamental en cada evolución).
- Signos vitales.
- Historia pertinente y hallazgos físicos.
- Tratamiento recibido antes del arribo.
- Indicaciones diagnósticas y terapéuticas.
- Interconsultas (si corresponde).
- Evolución clínica y respuesta al tratamiento.
- Resultados de laboratorio/imágenes/procedimientos.
- Impresión diagnóstica.
- Destino.
- Instrucciones.

OTROS ELEMENTOS IMPORTANTES

- Antecedentes Alérgicos.
- Medicación que está tomando.
- Historia de inmunización antitetánica.
- Nombre del médico de cabecera.
- Descripción de las recetas dadas.
- Probabilidad de embarazo.
- Firma del paciente aclarando que ha recibido y comprendido las instrucciones.

INSTRUCCIONES DE EXTERNACIÓN

En muchos juicios originados en la guardia de emergencias el demandante alega que no se le dio ninguna instrucción específica y la defensa sostiene que el paciente se complicó porque no cumplió con las indicaciones dadas (ej: nueva consulta si continúan o se agravan los síntomas, consulta en 24hs, etc). Casos muy costosos de meningitis a partir de otitis media o de complicaciones de traumatismos de cráneo suelen basarse en las pautas de alarma que se le dieron al paciente. Si bien la principal preocupación del médico debe ser la atención, no debe subestimarse el papel que juegan las instrucciones de alta en un proceso judicial. El prolongado tiempo generalmente transcurrido entre la consulta en la guardia y el juicio suele jugar a favor del demandante. Cuando no hay ninguna documentación de las instrucciones es probable que se confíe más en la memoria del paciente que en la del médico, ya que para el primero, el episodio vivido en la guardia es un evento único e infrecuente en su vida y para el médico y las enfermeras es un caso más de los miles que se atienden por año en un servicio de emergencias. De hecho es difícil que el personal de salud recuerde

a los pacientes de guardia a no ser que se hayan presentado circunstancias excepcionales.

Las instrucciones de externación deben ser documentadas por escrito y la firma del paciente de que las ha leído y comprendido lo hace responsable en el caso de daños por su falta de cumplimiento. Muchos médicos de guardia sólo anotan las indicaciones y pautas de alarma en la historia y no le hacen firmar nada al paciente. Sin embargo, desde el punto de vista legal, la prueba de que el paciente estaba al tanto de lo que tenía que hacer se facilita con un documento firmado. Firmar algo representa un acto serio que no debe ser tomado a la ligera y la mayoría de las personas entiende esto. Aún cuando el demandante alegue que no entendía lo que estaba firmando, la firma tiene bastante efecto y sirve a los fines de una mejor defensa en casos legales.

Los casos legales asociados con malas evoluciones suelen demostrar lo siguiente:

- El seguimiento programado desde la guardia expone menos que dejar la responsabilidad del seguimiento a la discrecionalidad del paciente:
 - Ej: "Vuelva en 24 hs a control en tal lado y con tal médico" vs "cualquier cosa, vuelva"
- Las instrucciones específicas referidas a las acciones y a los tiempos son mejores que las instrucciones generales:
 - Ej: "Hielo en la rodilla durante media hora cuatro veces por día" vs. "póngase hielo"

En el siguiente cuadro se resumen las principales recomendaciones referidas a las instrucciones de externación.

INSTRUCCIONES DE EXTERNACIÓN

RECOMENDACIONES

- Especificar bien los tiempos.
- Especificar bien las acciones.
- Escribir en forma legible y en lenguaje comprensible (no médico).
- Deben ser breves, puntuales y no mezcladas con otros elementos educativos.
- Dar signos y síntomas de alarma.
- Brindar dentro de las posibilidades el nombre y teléfono del médico a contactar para seguimiento en consultorio.
- Especificar qué hacer y dónde concurrir si hay un cambio súbito en el cuadro.
- Hacer firmar a los pacientes que han recibido y comprendido las indicaciones de alta.

NEGATIVA A LA INTERNACIÓN O TRATAMIENTO

Los pacientes que se niegan a ser internados o incluso atendidos en la guardia de emergencias generan situacio-

nes conflictivas que el profesional debe tener previstas y saber manejarlas. Los pacientes pueden rechazar la atención por múltiples razones. La mayoría de estas situaciones pueden manejarse fácilmente con un conocimiento básico de la ley. Otras son más difíciles porque la legislación no puede contemplar la infinita variedad de situaciones.

Algunos trabajos describen el perfil típico de los pacientes que se niegan a la atención y a la internación. Los mismos suelen estar disgustados por la misma situación de enfermedad y canalizan sus temores y su enfado en el médico o la institución tratante. Cuando se los entrevista sus argumentos en general tienen que ver con desconfianza en los médicos que los atienden y en la institución, la duda acerca del plan diagnóstico y terapéutico, la negación de la enfermedad y el tiempo de espera. En la actual época de medicina gerenciada también se mezclan reclamos a la obra social o a la prepaga para ser admitidos en algún otro centro de la cartilla.

La Ley 17.132 de ejercicio profesional en su artículo 19 Inc 3 "Obligaciones de los médicos" especifica que se deberá:

"Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo en los casos de inconciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativa de suicidios y delitos".

La jurisprudencia y la doctrina también son claras al respecto en nuestro país. La Dra. Elena Highton de Nolasco, Vicepresidenta de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, escribe junto con la Dra. Sandra Wierzbica en su libro "La relación médico-paciente – el Consentimiento Informado" (Ed Ad Hoc):

"Si se partiera de la base de que el consentimiento del paciente es condición previa al tratamiento y de una completa libertad de la persona, correspondería admitir lisa y llanamente que, -a menos que hubiera intereses sociales o de terceros de por medio,- el rechazo de la práctica, luego de la revelación de sus riesgos y beneficios y de su necesidad, debería constituir la más completa defensa para el médico acusado de negligencia por no haber administrado el tratamiento por cuya omisión resultara la muerte o el daño definitivo del paciente". "Si el paciente es mayor o capaz, existen dos opciones frente a la negativa del paciente:

- ***Poder continuar con otros procedimientos de acuerdo a los deseos del enfermo.***
- ***Puede dejar de atenderlo totalmente (cuando el médico está convencido de que el tratamiento rechazado es crucial para la salud del paciente y no existan otras alternativas éticamente válidas para el profesional)".***

Se deberá respetar entonces la autonomía del paciente salvo cuando haya que proteger los derechos de terceras partes inocentes como niños e incapaces o cuando se

quieran prevenir daños a otras personas. Dicha autonomía es respetada cuando se le explica al paciente claramente cuáles son las alternativas y los riesgos de su negativa permitiéndole tomar una decisión informada.

Los pacientes que no pueden comprender las consecuencias de la negativa no pueden, por definición, tomar una decisión informada. Entre ellos los pacientes con:

- Intoxicación alcohólica.
- Intoxicación por drogas.
- Hipoxia.
- Acidosis o cualquier descompensación metabólica.
- Demencias.
- Crisis psicóticas.
- Encefalopatías.

Cuanto más graves sean las consecuencias de negarse a una atención que podría salvar la vida, más cuidadoso se deberá ser en la ponderación de la capacidad del paciente para entender y en su documentación. Si bien se debe aplicar alguna forma de determinación de capacidad en la guardia para los pacientes que quieren retirarse contra el consejo médico, no existe un test mental estándar. Los médicos de guardia no están obligados a realizar tests formales (Ej Mini Mental) pero sí deberán evaluar la capacidad del paciente para decidir. La determinación de la misma no debiera resultar intimidante. Siempre es bueno permitir a la familia o a los amigos que presencien el proceso. Pueden ser importantes aliados para permitir que el paciente cambie de opinión y permita la internación o el tratamiento. El sólo hecho de que el paciente se encuentre lúcido, orientados en tiempo, espacio y sobre sí mismos y que puedan mantener una conversación lógica excluye infinidad de cuadros. Debe poder repetir con sus propias palabras las consecuencias de la negativa. La presencia de un psiquiatra puede ayudar, aunque esto no es frecuente y suele resultar poco práctico en un servicio atareado.

Si el paciente se niega a cooperar con la evaluación no respondiendo a las preguntas o no dejándose examinar y el médico siente que hay una amenaza inmediata a la vida del paciente podrá inferir que hay suficiente evidencia indirecta de un juicio alterado y constituiría una excepción que permitiría al médico ignorar la negativa.

La documentación de la negativa es fundamental.

NEGATIVA AL TRATAMIENTO O INTERNACIÓN. SITUACIONES ESPECIALES

MENORES DE EDAD:

Los niños son titulares de derechos humanos personalísimos inherentes a su condición de persona. Generalmente no pueden ejercerlos por sí mismos sino que lo hacen a través de sus padres o representantes legales. En una situación de conflicto en la cual los padres se niegan a un tratamiento potencialmente salvador, el "mejor interés del niño" es una consideración suprema, siendo abundante la

jurisprudencia que fundamenta las decisiones. El médico de guardia deberá entonces tomar la custodia temporaria y actuar en la emergencia informando debidamente a las autoridades del hospital y a la Asesoría de Menores de Turno.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (TESTIGOS DE JEHOVÁ):

El tema de la transfusión de sangre en los Testigos de Jehová tiene tres aspectos: el médico, el legal y el ético. Hoy en día el aspecto legal está bastante claro a través de las disposiciones de los códigos, leyes y jurisprudencia. En este sentido resultó fundamental el pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa "Bahamondez, Marcelo S. medida cautelar, del 6 de abril de 1993. En él, seis jueces del Alto Tribunal, con distintos argumentos (unos por el derecho a la libertad religiosa, otros por el señorío sobre el propio cuerpo, etc.) se definieron a favor del respeto a la objeción de conciencia, o sea a la voluntad del enfermo. Para la inmensa mayoría de la doctrina el valor libertad está por encima del valor vida.

- Si el paciente de guardia se encuentra lúcido y con capacidad para tomar una decisión se deberá respetar su negativa y documentarla.
- Si el paciente de guardia se encuentra inconsciente el médico deberá actuar según su leal saber y entender e informar eventualmente al juez civil de turno.
- Si el paciente se encuentra inconsciente y trae consigo una negativa previamente escrita y firmada por él se genera un conflicto ya que se deberá valorar si dicha negativa está vigente al momento de la emergencia. Idealmente se deberá conseguir la autorización del juez



civil de turno. En la duda se debería actuar, aún a riesgo de quedar expuesto desde el punto de vista legal.

- Si el paciente es un menor y los padres se niegan se deberá proceder de acuerdo al mejor interés del niño e informar al juez civil de turno.
- Si el paciente es una embarazada que se niega a una indicación precisa de transfusión se podrá respetar su decisión siempre que la misma no ponga en peligro al niño por nacer. Se deberá hacer la consulta urgente al juez civil de turno, quien generalmente ordena la transfusión ya que su obligación es tutelar el derecho a la vida del feto.

Algunos médicos pueden sentir en estas situaciones vulnerados sus principios y convicciones. Puede entonces apartarse del caso siempre y cuando haya otro médico que se pueda hacer cargo del paciente.

PROBLEMAS DE COBERTURA

Los problemas de cobertura pueden exponer al médico de guardia y a las instituciones desde el punto de vista legal. Algunos pacientes pueden presentarse en centros privados con una presunta urgencia o emergencia y enterarse en la admisión de guardia que su obra social o prepaga no le brinda cobertura en ese lugar. También puede darse el caso de no tener la cuota al día. No obstante esta situación, el paciente deberá tener acceso a un médico para que realice una evaluación del paciente y determine la gravedad del cuadro. Se le deberá brindar al enfermo los primeros cuidados que prudentemente puedan prestarse o que razonablemente se requieran. La obligación de actuar del profesional no sólo se apoya en las normas del Código Civil, sino también como consecuencia de la exigibilidad jurídica del deber de asistencia al enfermo que prescriben las normas contenidas en el Código Internacional de Ética Médica, el Código de Ética de la Confederación Médica Argentina y la declaración de Ginebra.

Por encima de cualquier consideración económica o administrativa, el sanatorio a través del médico tiene el deber de atender al herido o enfermo grave, pues la urgencia exige ese comportamiento aunque luego surjan problemas administrativos o de pago, ya que si al paciente en estado grave le ocurriera un perjuicio por un traslado inconveniente y se prueba que ésta es la causa, podrá hallarse al profesional y a la institución responsables.

Nuestra jurisprudencia abunda en fallos que sostienen esta posición. La Cámara Civil y Comercial de Córdoba ha dicho que el médico no puede condicionar su intervención a un reglamento administrativo o al cumplimiento de determinadas formalidades, pues el médico debe ante todo cumplir con su deber profesional y moral, doctrina desde

luego extensible a los establecimientos asistenciales; pero de ello de ningún modo se infiere la abdicación del derecho a reclamar el pago contra quien fuera procedente. El mismo criterio siguió la Corte Suprema de Justicia de la Prov. de Buenos Aires en “Dezeo José M.c/Guido Oscar H y otros”, en que se trató del caso de una persona de unos sesenta años que concurre a una clínica privada con una fractura expuesta en la pierna provocada al querer saltar sobre una zanja embarrada. La clínica no lo atendió porque adujo no tener convenio con la obra social que poseía el accidentado. El paciente concurrió a otra clínica, donde finalmente le amputaron la pierna. La Corte se pronunció diciendo “que una atención demorada o suspendida o brindada con alternancias, cuando es otra la exigencia que se desprende de la enfermedad, configura la negligencia médica, uno de los rostros de la culpa, caracterizado por hacer menos de lo debido”.

DERIVACIONES Y TRASLADOS

Una de las causas más frecuentes de reclamos originados en la guardia son los traslados y derivaciones mal realizadas. Muchas veces surgen discrepancias entre las instituciones y los médicos que derivan y los que reciben, lo que agregado a una deficiente documentación del proceso, generalmente complica la defensa en el caso de surgir complicaciones.

Las derivaciones exponen tanto a quienes derivan como a quienes reciben, incluyendo también a las empresas de ambulancias en el caso que este servicio se brinde tercerizado. Las responsabilidades deberían ser delineadas de antemano según las circunstancias. Hay centros de derivación que envían a sus propias ambulancias y profesionales asumiendo la responsabilidad, mientras que otras aceptan telefónicamente al paciente recayendo la principal responsabilidad en el hospital que deriva siendo esta responsabilidad aún mayor si este último hospital subcontrata con empresas de ambulancias. En este caso, el hospital o médico que deriva deberá garantizar que la ambulancia se encuentre debidamente equipada de acuerdo con las necesidades del traslado y de las complicaciones que pudieran surgir. Los médicos que transportan pacientes de alto riesgo deberán estar adecuadamente entrenados. Todos los traslados de recién nacidos debieran acompañarse de una muestra de la sangre materna.

La documentación del proceso resulta fundamental. Se le deberá requerir al médico que deriva que describa los motivos y beneficios que espera obtener de la derivación, como así también de los riesgos más frecuentes que pudieran surgir del traslado. Deberá cerciorarse que el paciente ha sido aceptado por la Institución a la que deriva y dejarlo asentado por escrito. Deberá proveerse a los médi-

cos de traslado y del centro que recibe o bien copias o un resumen claro de la historia clínica.

MALTRATO DE MENORES

El equipo de trabajo en el área de abuso y violencia familiar de la Sociedad Argentina de Pediatría publicó en la revista Archivos Argentinos de Pediatría (año 2003 ; 101 /1) un excelente artículo en el que define al problema y trata acerca de las distintas formas de maltrato (físico, emocional, sexual, laboral, etc). También es minucioso en la descripción de los indicadores de maltrato y del procedimiento a seguir ante la sospecha del mismo.

Las distintas leyes provinciales y la Ley 24.417 de violencia familiar prevén la obligación de denunciar por parte de los profesionales de la salud este tipo de situaciones. Frente a una sospecha de maltrato físico sufrido por un menor, el médico puede optar por elegir tres vías para efectuar su denuncia:

- Realizar la denuncia en la asesoría de menores de turno o ante la Oficina de Recepción de Denuncias de Violencia Familiar de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil.
- Dar parte a la seccional de policía para que se de curso a un futuro expediente por lesiones agravadas por el vínculo.
- Realizar ambas denuncias.

Es importante que la dirección de la institución junto con sus asesores legales tengan esta situación prevista y desarrollen un procedimiento a seguir en estos casos.

El estudio mencionado nos dice: “...muchas veces suele pensarse que hacer la denuncia frente a situaciones de sospecha o presunción de maltrato infanto-juvenil puede acarrear complicaciones legales para el denunciante o la institución. Existen reticencias a denunciar por parte de los profesionales y esto está vinculado con el hostigamiento jurídico que sufren los médicos. En este sentido, los profesionales de la salud entienden que estarán más resguardados de la acción legal cuando omitan denunciar. Por otra parte, la realidad demuestra que, a veces, la decisión de denunciar un caso de maltrato infanto-juvenil adoptada por el equipo de salud o alguno de sus integrantes puede verse impedida por la decisión en contrario que puede tomar un superior jerárquico. Si bien dentro de las instituciones existen cuestiones internas, administrativas u organizativas necesarias para su buen funcionamiento, no es menos cierto que estas cuestiones no pueden priorizarse frente a un interés tan primordial como el del niño o la niña víctima. Tampoco es dable invocar obediencia debida”. “La omisión de denunciar constituye de por sí un acto de mala práctica profesional en cuanto existe una negligencia, una impericia o una inobservancia de los deberes a

cargo del obligado que puede generar, en concausalidad con la conducta violenta de los maltratados, un daño que puede ir desde una lesión física hasta la muerte de la víctima, pasando por toda la gama de daños emocionales”.

PACIENTES QUE SE RETIRAN ANTES DE SER EVALUADOS Y FUGAS

Se debe diferenciar esta situación de la negativa a la internación o a la permanencia en la institución. Algunos pacientes que concurren a la guardia externa se retiran antes de haber podido ser evaluados, muchas veces disgustados por el tiempo de espera u otros motivos. En la Argentina no es común que haya enfermeras profesionales realizando un proceso de triage y son los administrativos quienes tienen el primer contacto con el paciente, sus familias y sus problemas. Dicho personal debiera estar entrenado en el reconocimiento de los síntomas y signos que no pueden esperar y tener protocolizada la asignación de prioridades (de forma similar a la de los despachadores de auxilios en las empresas de emergencias médicas). Es importante que tengan control visual del área de espera de forma tal de poder percibir cambios en el cuadro inicial y reconocer precozmente a aquellos pacientes molestos por la espera. Ante esta circunstancia podrán explicarle las causas y la lógica del retraso en un departamento de urgencias. En el caso de que el paciente se retire deberán documentar la hora y las explicaciones dadas.

Otros pacientes se retiran sin avisar luego de haber ingresado a la guardia y de ser dejados en observación en boxes o el shock room. Ésta sería la auténtica “fuga de paciente” (si bien el término resulta algo carcelario). En estos casos se deberá documentar que el paciente se retiró sin notificar al personal, la hora en la que fue visto por última vez y la atención brindada. Se debería a su vez determinar el riesgo para sí mismo y para terceros y, si corresponde, notificar a la familia y eventualmente a la policía.

GUARDIAS PASIVAS

Algunas demandas se originan en ausencias o retrasos en la llegada de médicos especialistas que se encuentran de guardia pasiva, pudiendo éstos depender de la institución o de la obra social/prepaga del paciente. Hemos observado en un caso la situación poco defendible de un abdomen agudo quirúrgico que se complicó debido al retraso del cirujano de la cobertura médica (de guardia pasiva) estando presente el cirujano de la clínica (de guardia activa) sin que éste interviniera.

El listado y cronograma de los especialistas de pasiva deberá estar actualizado y visible y la institución debiera establecer un plazo aceptable de respuesta y tener definido

de antemano la conducta a tomarse en casos de demoras o negativas a concurrir.

Especial mención merece el caso de los obstetras y anestelistas de guardia pasiva en centros que brindan esta prestación. En el 90% de las demandas por “sufrimiento fetal agudo” la ausencia del médico obstetra o anestesiólogo (guardia pasiva) surge como dato significativo. La ausencia del obstetra durante el trabajo de parto y su reemplazo por obstétricas y en algunos casos por médicos generalistas podría significar un control inadecuado del trabajo de parto.

El tema del obstetra y el anestesta de guardia activa o de presencia inmediata garantizada merece considerarse a la luz de los siguientes argumentos:

Es cierto que la gran mayoría de los embarazos finaliza en un parto eutócico, como también es cierto que la caracterización de un embarazo como de alto riesgo ha permitido prever la terminación del embarazo con la presencia de un equipo perinatal que incluye al anestesta, pero ¿qué sucede cuando el sufrimiento fetal agudo se instala durante el trabajo de parto de una paciente sin antecedentes que lo hagan previsible? Dos posturas encontradas se suscitan al respecto:

- 1) La de todos los obstetras que sostienen que dicho evento es un accidente imprevisto del parto.
- 2) La de muchos jueces, que invocando el Art. 902 determinan que siendo una complicación posible es deber del obstetra prever el accidente y por lo tanto contar con un anestesta disponible en forma inmediata: “Cuanto mayor sea el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la responsabilidad que resulte de las consecuencias posibles de los hechos”. En otras palabras, la tendencia actual de la justicia es considerar responsable al obstetra (y a la institución) por no realizar la previsión necesaria para responder a las contingencias del trabajo de parto y en el marco de esta visión de la justicia sobre el trabajo del obstetra, la presencia de un médico anestesta parece transformarse en un requisito tan importante como contar con un quirófano habilitado, un banco de sangre o la presencia de un médico neonatólogo.

PALABRAS FINALES

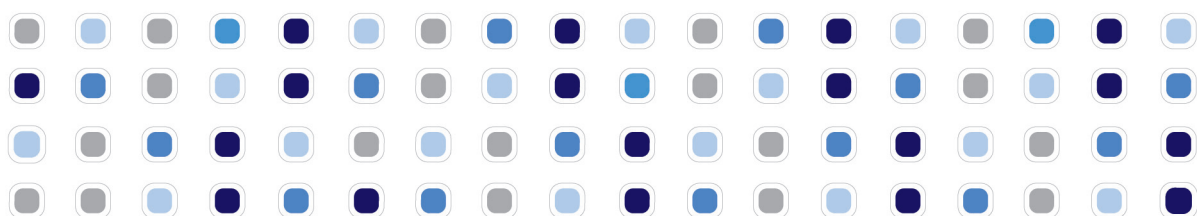
El Departamento médico-legal de NOBLE considera importante el desarrollo de mecanismos preventivos que ayuden a minimizar demandas y mejoren los elementos de prueba en casos de litigio. Las herramientas presentadas son generales y cada institución debería adaptar las mismas a sus características y posibilidades. Las situaciones expuestas en este trabajo surgen de la experiencia que hemos adquirido en años de defensa de médicos e instituciones.



CAMARA de ENTIDADES de DIAGNOSTICO
y TRATAMIENTO AMBULATORIO



www.cedim.com.ar



Montevideo 451 piso 10 | CABA | Tel: 011 4374-2526 | Fax: 011 4375-2070
info@cedim.com.ar

En Responsabilidad Profesional La Mejor Opción

Mucho más que una cobertura

www.nobleseguros.com/blog
Artículos, Jurisprudencia, Recomendaciones



NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Sarmiento 539 - 8º, 9º, 10º Piso (C1041AAK) Bs As - (011) 5239-2030 - www.nobleseguros.com | comercial@nobleseguros.com