



SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIRECTOR

Dr. Eusebio A. Zabalúa

COORDINACIÓN

EDITORIAL

Dra. Laura Rodríguez

COMITÉ DE

REDACCIÓN

Cp. Jorge Cherro

Dr. Francisco José Díaz

Dr. Ángel Gilardoni

Dr. Ernesto Díaz Nielsen

Dr. Luis Cervio

COMUNICACIÓN

INSTITUCIONAL

Chantal de la Bouillierie

Inés Ballvé

DPTO. COMERCIAL

Diego Rodríguez Donnelly

REALIZACIÓN

GRÁFICA

Choice Comunicación

Integral

AUSPICIADO POR



MANOS LIMPIAS SON MANOS SEGURAS

SUS CINCO MOMENTOS PARA EL LAVADO DE LAS MANOS

Fuente: OMS / Codeinep
(Grupo Asesor Control de Infecciones y Epidemiología)

1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE

¿CUÁNDO? Lave sus manos antes de tocar al paciente, mientras se acerca a él/ella.

EJEMPLOS: Cuando le da la mano; lo acomoda; le realiza un examen clínico.

2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA

¿CUÁNDO? Lave su manos inmediatamente antes de realizar una técnica aséptica.

EJEMPLOS: Cuidado dental / oral, secreción de aspiraciones, extraer sangre, colocar un catéter, curar una herida, preparar medicación, administrar medicación o alimentos.

3 DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES

¿CUÁNDO? Lave sus manos inmediatamente después de riesgo de exposición con fluidos corporales e inmediatamente después de retirarse los guantes.

EJEMPLOS: Manipular sangre, vaciar la bolsa de orina, manipular residuos patológicos.

4 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE

¿CUÁNDO? Lave sus manos cuando sale de la habitación, después de tocar a un paciente y/o su medio ambiente cercano.

EJEMPLOS: Le dio la mano, lo acomodó, entró para el pase de sala y tocó algún equipo del paciente, lo examinó.

5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE

¿CUÁNDO? Lave sus manos cuando sale de la habitación, después de tocar el medio ambiente cercano al paciente, aún cuando no haya tocado al mismo.

EJEMPLOS: Corrigió el sistema de infusión, cambió un frasco de suero, apagó o conectó una alarma.



CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA COMO RECURSO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Agrest, Alberto, "Calidad en la atención médica como recurso de seguridad del paciente". Septiembre 2007. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.



La calidad de la atención médica debe medirse por sus resultados. Son resultados los cambios en la magnitud de sobrevida y la mejoría o cuanto menos la no interferencia con la calidad de vida.

La seguridad del paciente se refiere a no interferir con mejores probabilidades de sobrevida ni con la calidad de la misma. Es claro que la sobrevida se cuantifica en números, mientras la calidad sólo se aprecia por valores subjetivos. En la primera se trata de verdades y en la segunda de opiniones. La magnitud de sobrevida se mide por los cambios en la expectativa de sobrevida, en la población en general y por los cambios en la expectativa de sobrevida con el tratamiento de enfermedades específicas o su prevención.

Estos son cambios relativos a datos históricos. Estos datos históricos son resultado de estudios estadísticos complejos sobre información sanitaria registrada para las poblaciones generales y sobre información de registros médicos que aceptamos como ciertos.

La mejoría debiera ser posible sin que esta mayor sobrevida subvierta la equidad, subversión que por otra parte se vería reflejada por diferencias

sustanciales de este parámetro en distintos sectores poblacionales. Estas diferencias deberían servir entonces de alerta sobre errores en la política sanitaria y sobre la imperiosa necesidad de subsanarlos. Es sin duda deseable que los resultados sobre la expectativa de sobrevida sean cuanto menos comparables a los mejores obtenidos por otros países. Los resultados deseables se logran mejorando el proceso de atención médica, asignando recursos económicos y con una política sanitaria que atienda a las necesidades de toda la población. Estos tres aspectos deben marchar indisolublemente unidos.

A los médicos nos toca resolver el problema de la atención médica, a los funcionarios políticos la asignación de recursos y a los sanitarios las necesidades específicas en cada sector poblacional. La atención médica es un proceso que va del diagnóstico de una enfermedad a su tratamiento, del diagnóstico de riesgos a la prevención del desarrollo de enfermedad y de la salud a riesgos o enfermedad.

Del diagnóstico al tratamiento ha sido y debiera seguir siendo labor de los médicos, de los riesgos a la enfermedad se siguen ocupando los médicos aunque es predecible que la formación



médica tradicional no sea necesaria para esto y de la salud a la enfermedad debieran ocuparse los sanitaristas.

La formación médica tradicional está dirigida a resolver problemas, descubrir pistas, elaborar hipótesis, ponerlas a prueba y encontrar soluciones apropiadas. Para corregir riesgos sólo se requiere seguir normas y guías y conseguir adherencia en el cumplimiento.

Los sanitaristas se ocupan de corregir causas ambientales de enfermedad, tampoco ellos requieren la formación médica tradicional aunque históricamente se hayan nutrido de ella y lo sigan haciendo.

Se mejora el proceso de atención médica mejorando a los operadores y mejorando el sistema. Esto es válido para cualquiera de los tres niveles que hemos mencionado. Mejorar a los operadores, médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares, se consigue mejorando su información, mejorando su conducta ética y generando un grado de gratificación que genere a su vez autoestima, elemento básico más estimulante y sano que el temor al castigo. La mejoría del sistema radica en facilitar este logro en los operadores y provocar una percepción favorable en pacientes y sus acompañantes de lo que tampoco se puede substraer el personal asistencial.

La corporación médica ha redoblado sus esfuerzos para facilitar el acceso a la información, el acceso a la experiencia y el acceso al desarrollo de destrezas. Falta aún que esto esté al alcance de todos los profesionales y la mayor limitación a estos accesos es un número excesivo de médicos y

su consecuencia más inmediata su formación deficiente y el gran riesgo de su pauperización. Debe agregarse que la información está sesgada por los intereses del complejo médico industrial encargado de la producción de drogas e instrumental de diagnóstico y tratamiento. Se trata de una producción que requiere consumidores que aseguren la renta de las inversiones y esto se asegura más rápido con la novedad que con el progreso. Este sesgo estimula a desatender más a la eficiencia (costo/beneficio) y a la equidad y atender más a la eficacia (normalización de parámetros) y la efectividad (prevención de complicaciones). Este sesgo es comprensible por el tiempo necesario para sacar conclusiones valederas pero este sesgo tiene, sobre todo, el riesgo de ser inútil para prolongar la sobrevida o mejorar la calidad de vida.

Mejorar la conducta ética se ha convertido en un objetivo de la corporación médica que lo ha demostrado con la creación de consejos y comités de ética en sociedades científicas, hospitales y centros de investigación médica. Faltaría todavía valorar los principios éticos de los aspirantes a incorporarse a la grey médica y establecer condiciones laborales que no conviertan la corrupción en una necesidad para la subsistencia. Nuevamente el excesivo número de médicos es en gran parte responsable de esta corrupción y también lo es la aceptación en nuestra población de que la corrupción es una necesidad vital. En un par de generaciones la profesión médica ha pasado de ser una actividad liberal independiente a ser la de un empleado con distintas modalidades de retribución. Esto sin perder las ataduras a principios éticos liberales que le impiden comportarse

con los recursos gremiales para defender sus derechos como lo es la huelga, por el conflicto moral que significa abandonar a los pacientes de cuya atención sigue siendo el garante. La tarea médica exige información, destreza, responsabilidad, dedicación y esfuerzo, todo esto se logra si el médico desarrolla su tarea gratificado y logra una autoestima que justifica su esfuerzo. La autoestima es producto del reconocimiento expresado en el afecto de los pacientes y, sin duda, en la compensación económica.

Es evidente que el médico no podrá sentirse gratificado si toma conciencia de que está deficientemente informado, que debe ser corrupto para sobrevivir, que no obtiene el afecto de los pacientes porque no les puede dedicar el tiempo suficiente y que la compensación económica es magra y lo hunde en la frustración, o en un esfuerzo extenuante y en el temor a cometer errores. Los mayores responsables de una calidad médica no satisfactoria son una oferta médica que excede las necesidades de la población y que, en la organización asistencial, los honorarios médicos se han convertido en la variable de ajuste económico en una medicina altamente tecnificada y costosa que, por otra parte, es aplicada innecesariamente, en forma demasiado frecuente. La definición de “innecesaria” es que no satisfaga la exigencia de utilidad: mejorar la calidad de vida y prolongar la sobrevida, objetivos finales de la actividad médica.

En los últimos años un esfuerzo adicional para mejorar el proceso de atención médica lo constituye el reconocimiento público de sus errores. El reconocimiento casi privado o limitado a la corporación médica fue desde siempre una fuente de aprendizaje sobre todo en instituciones universitarias. Este mecanismo de aprendizaje ha estado limitado por el temor al desprestigio y, en las últimas décadas, por el temor a juicios de mala práctica. El hacer públicos los errores aumenta el ámbito del aprendizaje técnico y hace un culto ético de la verdad. Nos mejora como médicos y como personas. Corporaciones y aun sociedades enteras parecen desarrollar anticuerpos contra la verdad que ocultan y rechazan tanto en el plano personal como en el de los sistemas.

Esto es cultural y es lo primero que deberemos corregir si queremos convertir el conocimiento del error en fuente de perfeccionamiento del proceso de atención médica personal e institucional.

Podría señalarse que existen dos clases de errores, los puntuales que son los de procedimientos, errores de diagnóstico por falta de conocimientos, por falta de destrezas o por fallas en los sistemas preventivos de errores, y los conceptuales consistentes en caer en un paternalismo que no ofrece alternativas o induce conductas. Para que los errores puntuales no alcancen a activarse sobre el paciente se requieren tamices, en realidad personas que en la cadena desde una indicación a su realización, deben ser concientes de que la inercia del error es una fuerza que puede hacerle atravesar tamices distraídos. La lucha contra el error pareciera ser una lucha contra la distracción. El error aparece más como incompetencia por distracción que por ignorancia.

Los sistemas deben instalar tamices y no atentar contra la necesaria atención de los mismos frustrando y extenuando. Estar libre de errores puntuales no garantiza que no pueda caerse en errores conceptuales o de sentido común.

Una situación emblemática podría ser la de una enfermedad con sobrevida espontánea no mayor de 6 meses y un recurso de tratamiento que tiene una mortalidad inmediata del 30 por ciento y un 50 por ciento de aumentar la sobrevida de 6 meses a 1 año. ¿Es un error provocar una muerte inmediata para quien la expectativa era de 6 meses?, ¿es un error no dar la oportunidad de vivir de 6 meses a 1 año más?

Creo que el error es creer que al médico le corresponde la decisión cuando sólo se trata de ser un instrumento que acepta decisiones en base a valores fundados racionalmente por sus pacientes. Evitaríamos caer en encarnizamientos terapéuticos y hasta diagnósticos injustificados. De esto trata la decisión informada, no se trata del consentimiento informado que requiere un documento, la decisión informada sólo requiere del médico un compromiso.▲

“Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón”

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Dr. Ricardo Durlach

Director Médico del Hospital Alemán y Presidente del ITAES

(Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de la Salud).

En el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2004, en la OPS en Washington DC, recordando la frase atribuida a Hipócrates “Primero no hacer daño”, se formó la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes. La iniciativa intenta imponer ideas, que aplicadas en los hospitales, conduzcan a la reducción de aquellos efectos adversos que tienen probada eficacia.



La OMS impulsa 6 objetivos obligatorios para que todos los hospitales cumplan con los cuidados básicos relacionados con la calidad de atención y la seguridad del paciente. Los efectos adversos son un fenómeno sin fronteras, ocurren en todos los rincones del mundo, independientemente del nivel de desarrollo que hubieran alcanzado.

En los países industrializados se ha estimado que la tasa de fenómenos adversos promedia un 10 por ciento, es decir, que uno de cada 10 pacientes internados sufre un efecto indeseable consecuencia de la atención médica. Los Centros de Control de Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos (CDC) consideran que entre el 5 y el 10 por ciento de los pacientes hospitalizados adquieren una infección hospitalaria.

En nuestro país, la tasa es del 11,3 por ciento. Hay que contar y sumar los daños ocurridos a los pacientes por caída de la cama, por errores en la medicación o en la identificación del paciente y tendremos una apreciación de la magnitud del problema. La atención en el cuidado de la salud, cada vez más compleja, conlleva una combinación de procesos que se basan en la estructura, la tecnología y la capacitación del personal existente en ese lugar y en ese momento. Para considerar las

acciones que se deben realizar en cada establecimiento hay que pensar en adoptar las recomendaciones y poner mucho empeño en la adaptación a las condiciones locales. La figura del epidemiólogo hospitalario podría ser la adecuada para la gestión y organización de la seguridad del paciente.

Por el momento, tal como lo demuestran las infecciones hospitalarias, no hay suficiente conciencia sobre la existencia de herramientas y técnicas que permiten la vigilancia y el control de los efectos adversos. El personal de salud entrenado en epidemiología hospitalaria, ya sea enfermero, médico, bioquímico o biólogo, tiene o puede adquirir el entrenamiento para medir los eventos, según prácticas ya probadas, que llevan a disminuir los efectos adversos indeseables en los hospitales. Tal vez el paso trascendental es reconocer que existe el riesgo, que éste es permanente, que los eventos ocurren, que se pueden cuantificar y se pueden evitar en una medida tan significativa que no resiste el menor análisis de costo-beneficio. Los beneficios se pueden medir en morbilidad, mortalidad, costos atribuibles, demandas judiciales y percepción de los clientes.

El desafío principal tiene que ver con la necesidad de crear una cultura institucional basada en la confianza, la sinceridad, el reconocimiento del

riesgo y la comunicación abierta entre todos los actores del sistema asistencial.

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debido a fallas humanas. Actualmente el énfasis en la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas.

El error humano es apenas una parte del problema de las fallas en la seguridad del paciente. Sin embargo una actitud más conciente por parte del personal de salud evitaría muchos de los errores.

Los expertos en el tema coinciden en que la mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, donde el error no sea vivido como algo punitivo, sino que su detección e informe sean parte de un modelo que suma a una cultura que se promueve.

En algunas instituciones de Buenos Aires existen programas destinados a esta tarea. Estas entidades han creado Comité de Calidad o de Seguridad del Paciente independiente del Comité de Control de Infecciones, sin embargo aún deben incorporar la experiencia en vigilancia epidemiológica de estos últimos.

Los temas que podrían encabezar la lista son: la identificación de los pacientes, la calidad de la comunicación, las caídas de la cama, las escaras

por decúbito, los errores en la medicación, la disponibilidad de una solución hidroalcohólica en la habitación del paciente, el hábito de la higiene de las manos, las infecciones adquiridas en el hospital, el consumo de antibióticos, la vacunación de las poblaciones susceptibles, las medidas de aislamiento de los portadores de microorganismos multirresistentes, la profilaxis antitrombótica y el control de los reservorios ambientales.

Otro aspecto a tener en cuenta es que las medidas de seguridad del paciente contribuyen a la seguridad del personal que lo atiende.

Las prácticas saludables para los pacientes son saludables para la institución y su gente. La problemática está instalada, la OMS y las entidades acreditadoras de instituciones de la salud no van a acreditar instituciones que no cumplan con las exigencias básicas de seguridad del paciente. Es responsabilidad de todos los directivos del sector de la salud, asistencial, asegurador y financiador asumir la Seguridad del Paciente como un imperativo ético a considerar en los sistemas de salud.

La preocupación por la seguridad del paciente no es un tema nuevo, sin embargo la OMS ha iniciado una serie de acciones que ofrecen la oportunidad de participar en una campaña internacional. En 2009 se ha decretado el 5 de mayo como el Día Mundial de la Higiene de Manos con el propósito de difundir los 5 pasos a incorporar del procedimiento de higiene de manos.





ANTECEDENTES

1985 El estudio SENIC del CDC de Atlanta, Estados Unidos demostró que si se cumplen todos los pasos indicados en las guías, se pueden reducir el 32% de las infecciones hospitalarias.

1999 El Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el libro "To err is human: building a safer health system".

2004 En la Asamblea Mundial de la OMS se acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes bajo el lema "Ante todo, no hacer daño".

2005 La Comisión Europea y el Consejo de Europa consensuaron la declaración "Patients security: making it happen". La Agencia Nacional Inglesa para la Seguridad del Paciente considera que el 15% de las infecciones hospitalarias son prevenibles y que añaden al sistema un costo de 100 millones de libras anuales en concepto de tratamiento y tiempo de internación adicionales.

2004-2006 La campaña "Salvemos 100.000 vidas" cumplió su propósito con los 6 objetivos que hoy la OMS ha adoptado para amplificar este logro. Institute for Healthcare Improvement de Estados Unidos lanzó la campaña "Protecting 5 million 'lives from harm'" con 12 intervenciones para que

en cada institución se instale la cultura de la calidad. De acuerdo a La Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes estos son algunos de los objetivos que se han impuesto para que todos los hospitales cumplan con los cuidados básicos relacionados con la calidad de atención y la seguridad del paciente:

► **1.** El paciente ha de estar correctamente identificado. El paciente debe portar siempre una pulsera que permita su identificación. Si está dormido, anestesiado o confundido se podrá controlar su identidad. Si se muda de habitación o pasa a un área de procedimientos o cuidados especiales, llevará consigo la identificación que permitirá comparar los datos de la persona con la muestra para el laboratorio, la sangre o la medicación que se le administra y el procedimiento que se le realiza.

Ya llegará el momento en que con un código de barras se logre mayor eficiencia en el control o vigilar la trazabilidad de la atención de patologías más sensibles a la inadecuación del tratamiento.

► **2.** La efectividad de las comunicaciones. La comunicación en la institución, ascendente y descendente, es clave en el funcionamiento. La comunicación puede ser verbal o escrita, telefónica o electrónica, pero siempre tiene que ser clara, precisa, a tiempo, completa y fácilmente entendible por quién la recibe.

Cuando se analizan las cosas que salen mal, siempre surge la duda respecto a que si hubiéramos escuchado atentamente o prestado más atención al mensaje probablemente las cosas hubieran resultado diferentes. Muchos de los problemas fueron el resultado de que alguien no oyó algo o lo entendió de manera distorsionada.

La OMS en su empeño por disminuir los errores humanos en el cuidado de la salud sugiere que si se da una orden telefónica debe comenzar con una completa identificación por parte del que la imparte y ser repetida completa por quién la recibe después de haberse identificado. La orden o el resultado de la prueba solicitada son confirmados por quién dio la orden.

Son formas que permiten asegurarse que la orden fue comprendida, que el que escuchó estaba atento y que la orden es correcta porque el que la debía ejecutar está conforme con la solicitud.

Estas modalidades de trabajo se han aplicado en otras profesiones con el objetivo de asegurar que la comunicación no sufra modificaciones a lo largo de los eslabones de la cadena de la información. Esto es especialmente válido en áreas de cuidados críticos o en quirófanos.

► **3.** Mejoras en la seguridad de la dispensación y administración de los medicamentos. El parecido del envase por su aspecto y/o el nombre escrito o pronunciado puede inducir al error.

Entre los estándares exigidos por la OMS estos medicamentos deben estar identificados con un mecanismo de alerta en el lugar de almacenamiento, de dispensación y administración.

A la hora de aplicar un medicamento se debe anteponer un sistema que garantice que es el medicamento indicado para el paciente correcto e identifique la hora y quién lo proveyó.

► **4.** El procedimiento correcto, en el paciente correcto y en el sitio correcto. El paciente que va a ser movilizado a un área de procedimientos, por ejemplo, a un quirófano, debe partir con la

piel marcada en el sitio de la intervención. Es el mecanismo para evitar errores de lado en los procedimientos sobre órganos pares.

El mejor control que se puede instalar es que sea el propio paciente el que valide la marcación del sitio quirúrgico cuando aun está despierto.

Un paciente que es requerido desde un área de procedimientos y no tiene marcado en la piel el lugar de la incisión, no puede ser derivado. Será la enfermera, en principio, conciente de su responsabilidad, la encargada de impedir que el paciente sea trasladado a la sala de operaciones si no tiene el sitio a operar debidamente marcado.

En las instituciones sensibles y que cumplen con estándares más exigentes en la seguridad del paciente estos eventos se denuncian por escrito.

► **5.** Reducción del riesgo de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. El concepto de tolerancia cero para el no cumplimiento de aquellas prácticas o actitudes que puedan permitir la transmisión y emergencia de microorganismos multirresistentes implica un cambio cultural que se asocia a que todas las personas pertenecientes al equipo de cuidado de los pacientes, independientemente del rango y función, podrán interrumpir un procedimiento si no se está cumpliendo con las recomendaciones de las guías escritas. Implica que en la institución están las guías escritas de los procedimientos que se realizan en el área.

El esfuerzo de las entidades por incrementar el hábito de la higiene de las manos consiste en luchar contra costumbres que ya no son permitidas en instituciones de vanguardia.

En los office de enfermería, consultorios y en todas las habitaciones debe haber dispositivos con solución de alcohol para la higiene de las manos.

Sólo falta incrementar la adhesión al hábito. Para eso es necesario tomar iniciativas concernientes a recordar que la práctica es parte de la higiene personal, que es una imperiosa necesidad para evitar la contaminación ambiental del medio en el



que se trabaja y una obligación cuando se trata de abordar a un paciente. Pero es más que eso.

Aplicar el concepto de tolerancia cero es, por ejemplo, retirar la colaboración a quién no cumpla con las normas al hacer un procedimiento, a los efectos de no caer en la figura de cómplice del hecho.

► **6.** Reducción del riesgo de daño por caídas. La caída de pacientes en el hospital es un fenómeno universal que obliga a las instituciones responsables a asumir el riesgo.

Un programa dirigido al respecto debe evaluar las condiciones que ofrece la institución en las áreas de circulación, en las duchas y en el mantenimiento de las camas.

El estado mental del paciente, a veces confundido por edad, enfermedad o medicación, pone involuntariamente en riesgo su salud exponiéndolo a situaciones que superan sus habilidades. Ambas condiciones ofrecen oportunidades para intervenir y elevar los estándares en el cuidado de los pacientes.

Hoy existen programas que facilitan todos y cada uno de los pasos para lograr una tecnificación confiable y eficiente. Éstos van desde la captura electrónica del dato y el análisis de la información, hasta la representación gráfica y entendible de los resultados.

Cabe suponer que la aplicación de estrategias sobre la Seguridad del Paciente traerá consigo una merecida reducción de los efectos indeseables de la atención de la salud y una disminución muy significativa de los gastos, ambos ítems muy necesarios para el sistema.

Dijo Aristóteles: “Somos lo que hacemos día a día, de modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”.

Bibliografía

- World Health Organization. *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press, 2000.
- Comisión Europea. *DG Salud y Protección del Consumidor. Patient Security: Making it Happen*. Luxemburgo, 2005. Disponible en: <http://www.cpme.dyndns.org:591/database/Luxemburg%20Declaration%20on%20Patient%20Safety%20Programme%2014.03.05>.
- García Barbero M. *La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*. OMS, Oficina Europea. Barcelona. España.
- Zokoe DS, Classen D. *Improving Patient Safety Through Infection Control: A New Healthcare Imperative* *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29:S3-S11. ▲

CIRUGÍAS SEGURAS SALVA VIDAS

ADECRA / OMS

Se estima que la incidencia de muerte y complicaciones mayores intrahospitalarias en el perioperatorio en los países industrializados es del **0,4 al 0,8 y del 3 al 17 por ciento**, respectivamente. Estas cifras podrían ser mayores en los países en vías de desarrollo.

Por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud elaboró el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, que pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

El mismo se enmarca en el reto mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, otros profesionales sanitarios y con pacientes de todo el mundo, se ha identificado un conjunto de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano.

En este sentido, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas quirúrgicas.

Cada uno de los puntos de control ha sido incluido basándose en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costos significativos.

Por tales motivos, el listado se ha diseñado para que sea simple y breve. Cabe destacar que muchos de sus pasos ya están aceptados como parte de las rutinas de práctica en muchos quirófanos del mundo.

EXPERIENCIA

Con el soporte de la OMS, entre octubre de 2007 y septiembre de 2008, se eligieron 8 hospitales distribuidos por todo el mundo con diferencias marcadas en cuanto al entorno socioeconómico. Los mismos están ubicados en Seattle, Estados Unidos; Toronto, Canadá; Londres, Inglaterra; Amman, Jordania; Nueva Delhi, India; Manila, Filipinas; Itakara, Tanzania; y Auckland, Nueva Zelanda. Cada hospital identificó entre 1 y 4 quirófanos que sirvieron de salas de estudio. El objetivo fue detectar reducciones en complicaciones mayores tras la introducción del checklist de la OMS.

Se intentó involucrar en el estudio a 500 pacientes consecutivos antes y después de la implementación del checklist durante un período de entre 3 y 6 meses. Asimismo, se hizo un seguimiento de 30 días luego de llevadas a cabo las cirugías en el hospital registrando las complicaciones mayores o la muerte.

RESULTADOS

Finalmente, el estudio se llevó a cabo en 3.733 y 3.955 pacientes, durante el período basal y de postintervención, respectivamente.

Los resultados se mantenían en los casos en los que el investigador no estaba físicamente en el quirófano y en los hospitales de alto o bajo nivel de ingresos (aunque el efecto de las complicaciones fue mayor en los de bajos ingresos). La adherencia a los ítems medidos del checklist subió del 34,2 al 56,7 por ciento.

Como conclusión, se pudo inferir que la aplicación del checklist puede reducir un gran número de muertes y complicaciones mayores en el perioperatorio.

OBJETIVOS DE LA OMS PARA UNA CIRUGÍA SEGURA

1. Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.
2. Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor al paciente.
3. Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.
4. Identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre.
5. Evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido.
6. Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
7. Prevenir la retención inadvertida de gasas o instrumental.
8. Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
9. Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA “LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS”

- 250 hospitales en el programa a principios de enero de 2009 y 2.500 hospitales en el año 2010.
- Incorporar hospitales que alcancen a un cuarto de la población mundial en 2009 y que representen a la mitad de la población en 2010.
- Disponer de estadísticas vitales en cirugía en un país de cada región de la OMS en 2010.

- 234 millones de intervenciones quirúrgicas realizadas cada año en todo el mundo.
- Más de 1 millón de personas mueren al año a causa de las complicaciones. La mitad son evitables con el uso del checklist.
- Una operación por cada 25 personas/año.
- Tasa de complicaciones quirúrgicas conocida: entre el 3 y el 17%.
- Tasa de mortalidad conocida: entre el 0.4 y el 0.8%.
- La mitad de las muertes son evitables.
- Al menos 7 millones de complicaciones incapacitantes –incluyendo 1 millón de muertes– cada año en todo el mundo.
- El checklist implica la coordinación del equipo quirúrgico –el cirujano, el anestesiólogo, las enfermeras y las instrumentadoras– en los controles de seguridad en las fases específicas de la atención perioperatoria (“sign in”, “time out” y “sign out”).
- Incremento de la adherencia a los estándares básicos del 36% al 68% (en algunos hospitales casi hasta el 100%).

Bibliografía

- Alex B Haynes et al. *N Engl J Med* January 2009.
- Servizo galego de saúde - Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela - España.
- “Instructional Manual for the Use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist”.
- D Arnal. *Se puede reducir la mortalidad postoperatoria con un simple Checklist. Rev electrón AnestesiaR* 2009; Volumen 1(2): 9. ▲

LUEGO DE REALIZADO EL CHECKLIST:

■ La tasa de mortalidad descendió de
1.5 % a 0.8 % (p=0.003)

■ La tasa de morbilidad descendió de
11 % a 7 % (p<0.001)

> Las infecciones quirúrgicas se redujeron de

6.2 % a 3.4 % (p<0.001)

> Las reintervenciones se redujeron de
2.4 % a 1.8 % (p=0.047)

> Las neumonías aumentaron de
1.1 % a 1.3 % (p:0.46)

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN LA PLANTA

PRIMERA VERIFICACIÓN ANTES DE INGRESAR AL QUIRÓFANO:
Residente o staff médico completan los siguientes campos:

- | | |
|--|--|
| ☐ Comprobada la identificación del paciente | ☐ Preoperatorio y consulta anestésica realizada |
| ☐ Historia actualizada | ☐ Confirmar cama de postoperatorio |
| ☐ Identificación del diagnóstico y cirugía programada | ☐ Consentimiento informado cirugía |
| ☐ Diagnóstico correcto | ☐ Consentimiento informado transfusión |
| | ☐ Marcar zona quirúrgica en el paciente |

SEGUNDA VERIFICACIÓN ANTES DE INGRESAR AL QUIRÓFANO:
Supervisora o enfermera completan los siguientes campos:

- | | |
|---|--|
| ☐ Está chequeado y firmado el apartado anterior (si no lo está notifica al cirujano responsable) | ☐ Procedimiento de preparación de paciente quirúrgico realizado |
| ☐ Comprobada la identificación del paciente | ☐ Confirmado marcado de zona quirúrgica |
| ☐ Historia clínica presente | |

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

PRIMERA VERIFICACIÓN ANTES DE INGRESAR AL QUIRÓFANO:
Residente o staff médico completan los siguientes campos:

- | | |
|--|---|
| ☐ Confirmada la identidad del paciente, la localización quirúrgica y el procedimiento | ¿TIENE EL PACIENTE? |
| ☐ Localización quirúrgica marcada o no aplicable | Alergias conocidas ☐ NO ☐ SI |
| ☐ Oxímetro de pulso en el paciente en funcionamiento | Dificultad en la vía aérea (Evaluación Mallampati 3 o 4) |
| ☐ Historia del paciente presente | ☐ NO ☐ SI Y HAY AYUDA DISPONIBLE |
| ☐ Control de seguridad anestésica completado | Riesgo de pérdida de >1000 cm ³ de sangre (15 cm ³ por Kg. en niños) |
| | ☐ NO ☐ SI Y SE ESTABLECE ACCESO - I.V. ADECUADO |

PAUSA QUIRÚRGICA: antes de la incisión de la piel, cirujano, anestesiólogo, enfermera y/o instrumentadora completan los siguientes elementos :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente la identificación del paciente, el sitio quirúrgico, el procedimiento y la posición | |
| ☐ Administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos | ☐ No aplicable |
| ☐ Visualización de los diagnósticos por imágenes esenciales | ☐ No aplicable |
| ☐ Anticipación de incidentes críticos | |
| ☐ El cirujano repasa: posibles medidas críticas o inesperadas, duración de la intervención, posible pérdida de sangre | |
| ☐ El anestesiólogo repasa: elementos críticos del plan de reanimación y consideraciones específicas del paciente si las hay | |
| ☐ La enfermera repasa: indicadores de esterilización, elementos del equipamiento, otras consideraciones del paciente | |

SALIDA: antes de retirar el campo estéril, completar los siguientes elementos:

- | | |
|--|--|
| ☐ EL CIRUJANO REPASA CON TODO EL EQUIPO: | |
| • Procedimiento realizado • Sucesos intraoperatorios importantes • Plan quirúrgico | |
| ☐ EL ANESTESIÓLOGO REPASA CON TODO EL EQUIPO: | |
| • Sucesos intraoperatorios importantes • Plan de recuperación | |
| ☐ LA ENFERMERA REPASA CON TODO EL EQUIPO: | |
| • Conteo de gasas e instrumental • Identificación de las muestras biológicas incluyendo el nombre del paciente | |
| • Sucesos intraoperatorios importantes y plan de atención | |

CADA FORMULARIO DEBE CONTENER FIRMA Y FECHA

HISTORIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS: ERRORES Y OMISIONES FRECUENTES



Dr. Fabián Vítolo
Gerente de Relaciones Institucionales de Noble

Los reclamos por responsabilidad profesional contra los cirujanos son cada día más frecuentes y costosos. Frente a este panorama, resulta oportuno aumentar la conciencia acerca de la importancia de la adecuada confección de las historias clínicas de los pacientes quirúrgicos. Mucha documentación que debiera ser completada por los cirujanos y los anestesiólogos se delega en clínicos de guardia, de piso o en cardiólogos. Como resultado de esto, suelen faltar algunos datos trascendentales que sólo los especialistas pueden dar con precisión.

La deformación profesional de documentar casi con exclusividad el acto quirúrgico-anestésico desentendiéndose de otros aspectos de igual trascendencia suele generar dolores de cabeza a la hora de defender la actuación profesional de los cirujanos y de los anestesiólogos. Es el cirujano el que ha realizado la anamnesis, el examen físico y las pruebas diagnósticas que determinan el criterio quirúrgico. Son los anestesiólogos quienes deprivan a los pacientes de sus reflejos respiratorios.

Son entonces ellos quienes deben asumir mayor responsabilidad a la hora de documentar. Nunca debe darse por supuesto el hecho de que, si no se consignan, los hallazgos son normales o negativos. Algunos fallos son muy claros: “El profesional médico responde por las omisiones de la historia clínica, puesto que en caso contrario resultaría de su conveniencia no asentar en ella determinados datos”. Analicemos entonces los principales errores y omisiones que los especialistas de NOBLE encuentran en las historias que llegan a los estrados judiciales.

FALTA DE INGRESO POR PARTE DEL CIRUJANO Y POBRE JUSTIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Muchos especialistas (traumatólogos, cirujanos generales y otorrinolaringológicos) internan a sus pacientes el día de la cirugía y es el médico de guardia o el de piso el que realiza la historia clínica de ingreso. Muchos de estos médicos que reciben a los pacientes no han podido hablar con el

cirujano, quien tampoco suele aportar documentación al respecto de la anamnesis y examen físico que ha realizado en el consultorio. Es por ello que muchas veces en las historias de ingreso suelen faltar datos importantes de la semiología que origina la patología a tratar. El problema se agrava en los casos de cirugías ambulatorias, en donde no es infrecuente que sólo se aporte el diagnóstico (ej: “litiasis vesicular”) o el procedimiento a realizar (ej: “artroscopia de hombro”).

Cuando falta la descripción fina por parte del cirujano de los síntomas, signos y estudios que lo llevaron a plantear la indicación quirúrgica, la historia clínica se transforma en un híbrido lleno de palabras que no ayudan a clarificar la necesidad de la intervención cuando los demandantes alegan que la misma era innecesaria o que había alternativas mejores.

Hemos visto, por ejemplo, casos de cirugías de hernia de disco lumbar con evolución tórpida con una magnífica descripción de la expansión de bases y vértices pulmonares, del abdomen o del cuello, pero en donde no se registra nada de lo que permitirá defender este procedimiento en un juicio: fracaso del tratamiento conservador, Lasegue, dolor insoportable refractario al tratamiento médico, parestesias, distribución radicular, trastornos de la dorsiflexión o flexión plantar, por ejemplo. Tampoco es habitual describir en estos ingresos los detalles de los estudios de imágenes o de laboratorio que apoyan la decisión. Como los exámenes y sus informes suelen quedar en poder de los pacientes, resulta importante que el especialista vuelque los datos más destacados. En el caso de la hernia de

disco, el asentar que la resonancia magnética demuestra una franca extrusión discal con compromiso foraminal a nivel L4-L5 es mucho mejor que registrar “Trae RMN”.

Si bien se puede alegar que esta documentación se encuentra en las fichas del consultorio externo, muchas veces las mismas no son institucionales y carecen de la fuerza probatoria que tiene una historia de internación. Es común que ante una evolución inesperada, los pacientes y los peritos de la parte actora aleguen que la cirugía no debió haber sido realizada y la justificación de la misma debe saltar a la vista desde la misma historia. El cirujano no debería dejar en manos de clínicos la descripción de la semiología quirúrgica que le corresponde. Nadie mejor que él para hacerlo.

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS MUY INCOMPLETOS

Todavía son muchas las instituciones médicas que continúan manejando el proceso del consentimiento informado como un trámite administrativo más. Suelen entregarse en la admisión de los pacientes formularios demasiado genéricos, con muy poca información específica del procedimiento o cirugía a realizar. Algunos de estos formularios contienen espacios en blanco a completar por el médico responsable que suelen encontrarse vacíos, o con anotaciones ilegibles o vagas (ej: “riesgos habituales”).

Documentos de este tipo, entregados por un administrativo minutos antes de una cirugía o procedimiento y sin que reflejen el proceso de infor-

mación que se realizó con el paciente suelen ser desestimados en los tribunales. Cada vez son más los litigios en donde la principal acusación no es ya la “mala praxis” sino la violación del derecho del paciente a tomar una decisión informada.

Por otra parte, la nueva Ley Nacional 26.529, promulgada en noviembre de 2009, sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado es muy exigente respecto a la cantidad y calidad de información que debe quedar registrada y suscripta por escrito. El paciente debe recibir información clara, precisa y adecuada sobre su estado de salud, el procedimiento propuesto, sus objetivos y sus beneficios. Deben describirse los riesgos y molestias previsibles, las alternativas disponibles y las consecuencias previsibles de la falta de realización del tratamiento propuesto o de sus alternativas.

Cuanto más electivo el procedimiento, mayor será la necesidad de información. Queda claro que la mayoría de los consentimientos que aparecen en los procesos judiciales no llegan a cumplir estos requisitos. La información suele ser demasiado genérica. Es recomendable desarrollar modelos por patologías, discutirlos en el consultorio, darles tiempo para que lo puedan pensar y pedirles que lo traigan firmado el día de la cirugía.

FALTA DE EVOLUCIÓN POR PARTE DEL CIRUJANO RESPONSABLE

En muchas historias clínicas de pacientes con evoluciones postquirúrgicas tópidas, el cirujano



suele delegar la documentación en manos de los clínicos, terapistas o eventualmente en los médicos residentes. Se hace entonces a veces muy difícil demostrar la diligencia del mismo cuando en internaciones prolongadas escriben todos menos el médico responsable de haber llevado el paciente al quirófano. Algunos abogados directamente interpretan esto como abandono de paciente. En muchas historias de internación, el cirujano responsable sólo se hace presente en los partes quirúrgicos. La historia clínica debería reflejar la preocupación que seguramente el especialista tuvo por la evolución de su paciente (sobre todo cuando ésta fue desfavorable).

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA PREVENIR INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO

Las Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) son responsables de entre el 15 por ciento y el 20 por ciento de las infecciones nosocomiales. Si bien aún tomando todas las precauciones muchas de ellas son inevitables. Ante una demanda originada en una ISQ, tanto el cirujano como la institución deberán demostrar una “diligencia exquisita” que tuvieron para prevenirlas.

Las acciones que han demostrado que son capaces de reducir al mínimo esta posibilidad deberían quedar reflejadas en forma destacada en la historia clínica. Sin embargo, en la mayoría de las historias quirúrgicas suelen observarse las siguientes omisiones.

► Falta de documentación del baño prequirúrgico

Aquellos procedimientos que disminuyen el número de microorganismos en la piel, también disminuyen el riesgo de ISQ. Ya hay suficiente evidencia científica de que el baño prequirúrgico disminuye la tasa de este tipo de infecciones. La recomendación de los infectólogos es clara: se debe realizar a los pacientes una ducha o baño con jabón antiséptico o clorhexidina, o bien el día anterior o el día de la cirugía. Pese a esta recomendación, son muy pocas las historias clínicas

(sobre todo en casos ambulatorios) en donde se deja constancia de estas medidas.

► Falta de documentación de la profilaxis antibiótica en tiempo y forma

Hay numerosas guías y recomendaciones de los infectólogos para la administración de profilaxis antibiótica de acuerdo al tipo de intervención. La evidencia científica también demuestra que, para que la misma sea efectiva, el antibiótico debe ser administrado dentro de la hora previa para maximizar la concentración en los tejidos y que la profilaxis debe finalizar dentro de las 24hs (en la cirugía cardiovascular a las 48 hs.).

A pesar de esta evidencia, muchas veces no puede encontrarse en la documentación la administración del antibiótico. Cuando figura, no suele quedar claro el momento en el que se administró.

► Falta de documentación del manejo de los factores de riesgo para prevenir ISQ

Hay algunas condiciones que predisponen a los pacientes a sufrir Infecciones del Sitio Quirúrgico. El cirujano generalmente las tiene en cuenta y adopta medidas para minimizar la posibilidad de infección. Sin embargo, no suele quedar un registro en la historia clínica del manejo de estos factores de riesgo, entre ellos:

- Documentación del cumplimiento de la indicación de no fumar en los treinta días anteriores a la cirugía programada (el consumo de cigarrillos tiene efectos vasoconstrictivos y reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, afectando el proceso de curación de la herida y predisponiendo a infecciones).
- Documentación de una glucemia controlada en el caso de pacientes diabéticos: la complicación postoperatoria más frecuente del diabético operado es la infección de la herida operatoria. En reclamos por infecciones postquirúrgicas en diabéticos los peritos suelen preguntar con qué glucemia se operó el paciente. La falta de este registro no ayuda a demostrar diligencia en la prevención de



esta eventualidad. De poco sirve un resultado de laboratorio de quince días de antigüedad.

- Documentación del incremento de dosis anti-biótica profiláctica en casos de obesidad mórbida. El riesgo de ISQ se incrementa de dos a siete veces en pacientes con índice de masa corporal de 35 kg/m² o más.

► **Falta de documentación de la antisepsia de la piel**

Muchos cirujanos inician sus partes quirúrgicas describiendo la incisión, olvidándose de la buena costumbre de documentar la antisepsia de la piel y la solución empleada. Algunos cirujanos incluso adoptan medidas adicionales que tampoco figuran en la historia (ej: utilización de steri-drape).

Tampoco los anestesiólogos suelen describir la antisepsia cuando colocan vías o realizan punciones para bloqueos. Se podrá aducir que es un exceso documentar lo obvio, porque ningún cirujano incidiría o ningún anestesiólogo punzaría sin pintar la piel. Sin embargo, puede tocarle un perito infectólogo de oficio que opine de la siguiente manera:

“En la historia clínica no consta que se haya realizado al enfermo el baño prequirúrgico que disminuye la flora bacteriana residente, ni que el área prequirúrgica hubiera sido lavada con jabón de yodo povidona, adecuado para estas situaciones” (...) *“ni tampoco se hizo patente que los médicos*

o los entes sanitarios observaran en general para todas las operaciones, y en particular en el caso enjuiciado, todas o al menos las razonables recomendaciones médicas preventivas”.

Un informe de este tenor determinó que en el fallo mencionado el juez opinara:

“Es indudable que esta extensa reseña de hechos hace presumir la falta de diligencia del médico y en tales condiciones incumbía a éste (o al hospital) dar la prueba de su ausencia de culpa”.

► **Falta de la documentación del control de los testigos de esterilización por parte de las instrumentadoras**

Si bien el control de los testigos del material esterilizado es realizado en todas las cirugías, muchas veces no queda ningún registro de este control. El profesional y el centro quirúrgico quedarán menos expuestos si a la documentación quirúrgica se le agrega este ítem (con un casillero para tildar sería suficiente).

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL CONTROL DEL ELECTRODO NEUTRO (PLANCHA DEL MONOPOLAR)

Las quemaduras por fallas en la utilización del electrobisturí monopolar son una causa frecuente de reclamos en cirugía.

Muchas veces, revisando lo actuado se comprueba que, a pesar de haber colocado la placa en forma correcta y con abundante gel, sucedió algo durante el procedimiento (ej: movimientos involuntarios, cambios de posición) que modificó el contacto de la misma con el paciente. Otras veces, la lesión se origina en la mala calidad o estado de la placa del electrodo o del equipo. Desde el punto de vista médico-legal, unas responsabilidades le competen a la institución y otras a los profesionales.

El principio de confianza permite suponer a los cirujanos que los equipos de la institución en donde operan funcionan y son mantenidos adecuadamente.

Por otra parte, los profesionales deben conocer la forma adecuada de utilización de los aparatos de electromedicina. Si bien el hecho de documentar la verificación de la correcta colocación de la plancha no suele alcanzar para evitar que la institución responda por su deber de seguridad, el cirujano demostrará su diligencia documentando esta verificación en el parte quirúrgico (un casillero para tildar puede bastar).

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL STATUS DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

Si bien no hemos recibido demandas por tétanos quirúrgico, la posibilidad existe. Todas las normas de preparación quirúrgica establecen la necesidad de chequear el estado de inmunización an-

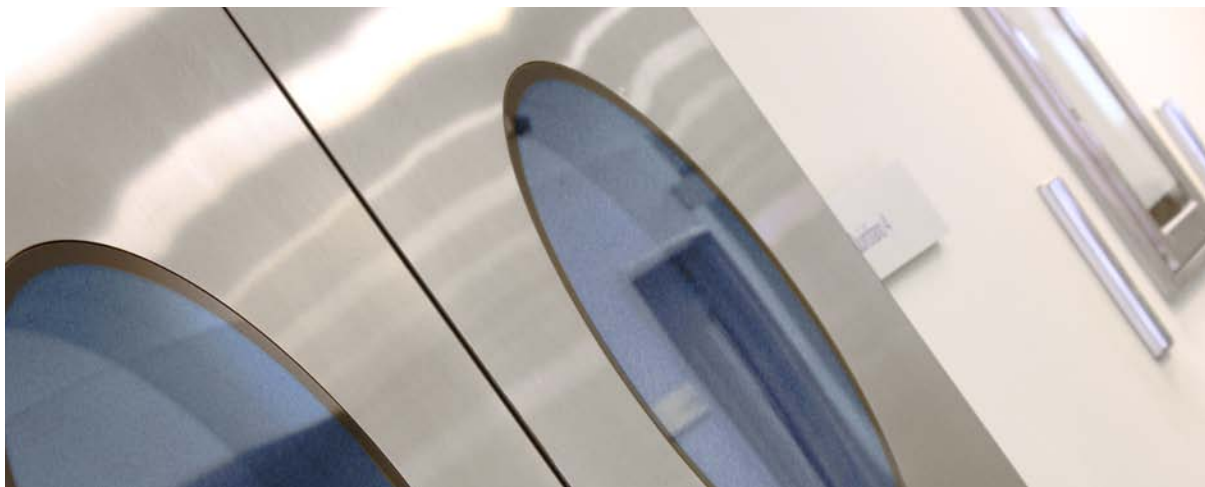
titetánica y, en el caso de considerar al paciente como no protegido, obrar en consecuencia. Sin embargo, no suele figurar en las historias quirúrgicas esta verificación.

Las Normas Nacionales de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación indican que si la cirugía es electiva se debe realizar vacunación doble bacteriana 30 días antes de la misma, debiendo completar el esquema al mes y al año. Es importante realizar un adecuado interrogatorio para evitar sobrevacunación antitetánica y no indicar gammaglobulina si el paciente tiene el esquema actualizado.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL AYUNO Y DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE ASPIRACIÓN

El 10 por ciento de eventos respiratorios asociados a muerte y daño cerebral se originan en la broncoaspiración de los pacientes. Ante un juicio por mala praxis originado por esta causa, toda la prueba girará en torno a la ponderación y manejo de este riesgo por parte del anestesiólogo durante la evaluación preanestésica. El profesional debe estar seguro de que el estómago del paciente se encuentra vacío.

Si bien todos los anestesiólogos confirman verbalmente la hora de la última ingesta con el paciente, el dato del ayuno no suele documentarse en muchas fojas quirúrgicas y anestésicas, pese a figurar dicho ítem en el formulario.



En otras ocasiones, la historia ni siquiera contempla este ítem. La práctica habitual generalmente requiere que el anestesiólogo averigüe además los antecedentes de reflujo gastroesofágico del paciente en el preoperatorio y, en el caso de presentar síntomas, tomar medidas contra la aspiración durante la sedación y la anestesia. La falta de documentación de estas previsiones dificulta la defensa del anestesiólogo en estos casos.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA

Aproximadamente el 50 por ciento de los juicios por eventos adversos respiratorios en quirófano están vinculados con la intubación dificultosa o la extubación prematura.

Dada la importancia que tiene el manejo de la vía aérea dificultosa y de las implicancias legales en caso de surgir un problema, llama la atención que en una gran parte de las fichas preanestésicas no figure una adecuada evaluación de la misma. Vale recordar en este punto que la mayoría de las demandas por mala praxis contra anestesiólogos no se originan en cirugías complejas con riesgo ASA elevado, sino en operaciones “de rutina” con ASA I o II en donde se relajaron los estándares por exceso de confianza.

En las auditorías que realizan los administradores de riesgo de NOBLE se pudo comprobar que, en general, no se documentan parámetros tales como la escala de Mallampati, apertura bucal (normal o restringida), distancia tiro-mentoniana y movilidad cervical. En toda ficha debería figurar la previsión de una intubación difícil.

En el caso de preverla, se deberán registrar además todas las medidas adoptadas para evitar complicaciones. La experiencia de juicios por intubación difícil demuestran que en el 60 por ciento de los casos la dificultad no había sido anticipada. La documentación debería ser lo más estructurada posible, con ítems a completar. Cuando se dejan renglones con texto libre, en general los anestesiólogos anotan: “Sin antecedentes de relevancia,

ASA I”. Muy poco para defender un caso de daño cerebral por dificultades en la intubación.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DE LA PROTECCIÓN OCULAR Y LOS DECÚBITOS

Las lesiones a nervios son una causa relativamente frecuente de demandas contra anestesiólogos. De hecho, son la segunda causa de reclamos en esta especialidad luego de la muerte y el daño cerebral. Las neuropatías cubitales son las más frecuentes, seguidas por las lesiones del plexo braquial. En la mayoría de estas situaciones, a pesar de una profunda investigación médico-legal, es muy difícil establecer con certeza el mecanismo lesional. Sin embargo, cuando se presentan estas complicaciones, el paciente, sus abogados y consultores asumen que algo se realizó incorrectamente.

En nuestra experiencia, vemos que generalmente no se documentan las medidas de protección, lo que facilita la especulación de los demandantes acerca de que las lesiones se debieron a la compresión del nervio cubital sobre una superficie dura o a un “estiramiento” del plexo braquial debido a una mala posición. También se deben documentar las medidas de prevención adoptadas para evitar la compresión del globo ocular en cirugías espinales. Hemos recibido dos demandas por pérdida total de la visión luego de cirugías realizadas en decúbito ventral.

La pérdida inesperada de la visión en estos procedimientos es una complicación devastadora que ha recibido una creciente atención por parte de los anestesiólogos, los cirujanos de columna y los oftalmólogos en los últimos 15 años.

Sin embargo, a pesar de la mayor conciencia, los profesionales se encuentran en una delicada situación, ya que es muy difícil prevenir este tipo de situaciones cuando en la mayoría de los casos no queda clara la etiología. En la mayoría, la pérdida de la visión no es producida por la compresión directa sobre el globo ocular. Se postula para gran número de estas situaciones una etiología

multifactorial, probablemente asociada a grandes pérdidas de sangre, hipotensión y anemia. Sin embargo, la lesión también puede estar originada por la compresión del globo ocular contra el cabezal cuando el paciente se encuentra en decúbito ventral, lo más probable es que la demanda se base en que el anestesiólogo no protegió adecuadamente el ojo.

Desde el punto de vista médico-legal, tanto en las lesiones cubitales como en la pérdida de visión postoperatoria en cirugías espinales, los abogados de la parte actora suelen invocar la doctrina legal del “res ipsa loquitur” (“la cosa habla por sí sola”).

Si bien puede ser discutible, lo concreto es que ante situaciones de este tipo la carga de la prueba recae fuertemente sobre el profesional, quien deberá demostrar que la atención no fue negligente. Y la mejor forma de hacerlo sin dejar flancos débiles es documentar en el parte anestésico la protección de decúbitos y de ojos (córneas y decúbito). Un casillero a completar con tilde suele bastar.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL INICIO Y FIN DE LA CIRUGÍA

Pese a que este ítem suele figurar para completar en la mayoría de los partes quirúrgicos, en un número elevado de casos no se completa. Para conocer la duración de la cirugía debe recurrirse entonces a las anotaciones de los anestesiólogos, que no siempre son legibles. Por otra parte, los tiempos de la cirugía en sí (incisión-último punto) son distintos a los del acto anestésico, que incorpora las etapas de inducción y recuperación. El inicio y fin de la cirugía (mejor documentar así que como “duración”) es un dato que no puede faltar en ningún parte quirúrgico. Ante una complicación inesperada en el perioperatorio, todos los minutos son importantes y se deberá demostrar continuidad en la atención. La duración de la cirugía es una variable que también suele aparecer en algunos juicios por infecciones postoperatorias, ya que todos los procedimientos tienen establecidos tiempos promedio y puntos de corte a partir de los cuales el riesgo de infección aumenta.

ILEGIBILIDAD Y POBRE DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y LOS HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

Muchas partes quirúrgicos son absolutamente ilegibles. Otros son muy escuetos y poco precisos. Ante una complicación en la cual se alegue impericia es bueno contar con una descripción del campo operatorio, del órgano patológico, de los hallazgos y eventuales dificultades que debieron ser sorteadas.

Es difícil defender casos de lesiones serias (ej: lesiones de colédoco, perforación de vísceras, lesiones de uréter o lesiones vasculares) con la única herramienta documental de un renglón que dice “*Cirugía según técnica*”.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL RECUENTO DE GASAS E INSTRUMENTAL

Todos los equipos quirúrgicos (cirujanos, instrumentadoras) realizan el recuento, pero muy pocos lo documentan. Los oblitos son complicaciones que suelen derivar frecuentemente en juicios de responsabilidad y distintos trabajos demuestran que su incidencia no es excepcional. Ante un litigio por mala praxis originado en esta causa, la justicia también tiende a presumir culpa del profesional, quien deberá aportar pruebas de su diligencia.

Cuando un oblito aparece y en el parte quirúrgico figura “Recuento normal” el error es evidente. Si bien el mero hecho de haberlo documentado no resulta muy determinante en la evolución de los litigios, al menos demuestra que se siguió un proceso. Si no figura, se puede discutir incluso si el profesional contó las gasas y el instrumental.

En la primera situación, el cirujano queda mejor posicionado y permite una mejor solución del litigio (generalmente hay que llegar a un acuerdo, ya que los casos suelen perderse en tribunales).

También puede resultar útil documentar en el parte quirúrgico los factores que pueden determinar un mayor riesgo de esta complicación (ej: cierre urgente por riesgo de vida, excesivo sangrado).

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL MATERIAL DE IMPLANTE

No siempre nuestros auditores de riesgo encuentran el sticker en donde se describen las características de la prótesis implantada (sobre todo en cirugías traumatológicas). Cuando estos elementos son inadecuados, reutilizados o defectuosos exponen a complicaciones en las que generalmente se considera sólo al profesional como responsable. La presencia del sticker permitirá demostrar que la selección de la prótesis se encuentra dentro de estándares aceptados y eventualmente, ante una falla del material derivar la responsabilidad hacia el fabricante.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DEL ENVÍO DEL MATERIAL A ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se han recibido en estos años incidentes y reclamos originados en la pérdida o el mal manejo de las piezas destinadas a anatomía patológica. Si bien estos eventos se dan de manera aislada, cuando ocurren y a consecuencia de ello el paciente tuvo algún tipo de daño, resultan muy difíciles de defender. El envío o no de una pieza a anatomía patológica debe figurar siempre en el parte quirúrgico y, para mayor garantía, la persona que retira el material del quirófano debería firmar una planilla de recepción de la muestra. Se delimitan así responsabilidades en caso de pérdida.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN SERIADA DURANTE LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA

Hemos observado, a partir de incidentes y reclamos una muy pobre documentación del postoperatorio inmediato luego de anestesia general o neuroleptoanalgesia. Los problemas más graves se han dado en cirugías menores (otorrinolaringológicas, legrados) con pacientes que son literalmente “encontrados” en paro respiratorio. El patrón de documentación en estos casos se repite y es frecuente que se escriban evoluciones como la siguiente:

“Mientras el paciente estaba siendo controlado en el área del quirófano, se constata depresión respiratoria seguida de paro, instaurándose medidas de resucitación”.

Las preguntas que surgirán en un juicio son obvias: ¿A qué hora tenía un Aldrete de 9? ¿Qué parámetros y con qué frecuencia se controlaban? ¿Quién los controlaba? Al momento de reconstruir los hechos, al no haber documentado los controles es muy difícil demostrar la continuidad en la atención.

Generalmente el anestesiólogo anota en la ficha anestésica el estado en que el paciente salió del quirófano (escala de Aldrete), pero suele faltar documentación del período que va desde la extubación hasta esta evaluación final, previa al alta del sector.



Para poder defender la diligencia en este período resulta importante desarrollar un formato de hoja estructurada de recuperación en donde figuren los controles realizados, siendo fundamental el registro seriado de la escala de Aldrete.

Recordamos algunas normas generales que surgen del protocolo de evaluación postoperatoria de la “Guía de Organización y Procedimientos en Cirugía Ambulatoria de la Asociación Argentina de Cirugía”:

Controles de signos vitales que deben repetirse y documentarse:

- Presión arterial.
- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia ventilatoria.
- Saturación de oxígeno.

Frecuencias consecutivas en los controles:

- Primeros 15 minutos: controles cada 5’.
- Siguiendo hora: controles cada 15’.
- Luego, controles cada 30’ hasta el momento del alta del sector.

Otros controles:

- Temperatura corporal al ingreso.
- Debe aplicarse una escala que evalúe las condiciones para el alta (ej: Aldrete) y utilizarla a los 15’ del ingreso del paciente a la recuperación.
- Debe aplicarse la escala visual análoga para evaluar y tratar el dolor postoperatorio.

Es recomendable dar el alta con los valores mínimos de esta escala. Se deben controlar y consignar otros eventos como náuseas, vómitos, diuresis, condiciones de la herida, drenajes y sangrado.

FALTA DE DOCUMENTACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES DE ALTA

Gran parte de los cirujanos dejan la epicrisis en manos de los clínicos de piso. Las mismas suelen ser muy escuetas respecto a las indicaciones brindadas al paciente. Es común que se docu-

mente: “Paciente en condiciones de externación. Control por consultorios externos”. La documentación precisa de las instrucciones brindadas por el cirujano, ante eventuales conflictos, es una importante herramienta de defensa.

Es responsabilidad del paciente cumplir puntualmente con todas las indicaciones que se impartan e informar al médico de inmediato sobre cualquier circunstancia que, por sus características sea susceptible de alterar el normal reestablecimiento, todo ello hasta que sea otorgada el alta definitiva.

Existen fallos en donde la falta de cumplimiento del paciente ayudó a limitar en parte la responsabilidad del cirujano:

“Por todo ello, no es posible eximir de responsabilidad a la demandada en forma total, como se pretende. Pero sí propiciaré la elevación del porcentaje respecto de la actora que propongo llevarlo al 70% y el remanente atribuirlo a la doctora G. Ello porque ha dado muestras de un proceder poco diligente, anómalo, con actitudes que motivaron recelos y han puesto en duda la escrupulosidad que debe imperar en todo acto médico, en cuanto a los deberes de conducta referidos al cumplimiento de todas aquellas acciones destinadas a evitar que los pacientes sufran.”

Resulta entonces importante que figure en la epicrisis el plan de alta, con los siguientes datos:

- Sitio, fecha y hora del próximo control y profesional responsable del mismo.
- Signos de alerta que indiquen un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, así como también las acciones que debe llevar a cabo si se presentan.
- Higiene y control de la herida quirúrgica.
- Medicamentos.
- Dieta.
- Qué actividades diarias puede retomar y cuáles no.

A su vez, el paciente debería dejar asentado en la historia clínica que ha recibido y comprendido las instrucciones brindadas por el médico.▲



RESUMEN DE RECOMENDACIONES

1. Escribir en la historia clínica de ingreso una descripción detallada de la semiología de la especialidad y los estudios que justifican el procedimiento a realizar (cirujanos).
2. Documentar en forma personalizada la información brindada al paciente, en la cirugía programada, para que éste pueda tomar una decisión: naturaleza del procedimiento a realizar, beneficios, riesgos y alternativas.

Considerar formularios especiales por patología. Dar tiempo para poder procesar la información (cirujanos).
3. Documentar diariamente la evolución hasta el alta del paciente. No dejar la documentación de la evolución postoperatoria exclusivamente en manos de los clínicos (cirujanos).
4. Documentar la realización del baño prequirúrgico (enfermeras de piso).
5. Documentar en forma destacada en el parte quirúrgico la profilaxis antibiótica dentro de la hora previa a la incisión en la piel cuando esté indicada (anestesiólogos).
6. Documentar en cirugías programadas el manejo de los factores de riesgo para infecciones del sitio quirúrgico: diabetes, tabaquismo, obesidad (cirujanos).
7. Documentar la antisepsia de la piel (cirujanos).
8. Documentar el control de los testigos de esterilización (instrumentadoras).
9. Documentar la adecuada colocación de la plancha del electrobisturí (instrumentadoras).
10. Documentar el status de vacunación antitetánica (médico de piso).
11. Documentar la hora de la última ingesta (anestesiólogos).
12. Documentar la evaluación de la vía aérea: cuello, Mallampati, distancia tiro-mentoniana y apertura bucal (anestesiólogos).
13. Documentar la protección ocular y los decúbitos (anestesiólogos).
14. Documentar claramente hora de inicio y fin de la cirugía (cirujanos).
15. Documentar los hallazgos quirúrgicos trascendentes (cirujanos).
16. Documentar el recuento de gasas e instrumental quirúrgico (instrumentadoras).
17. Documentar el material de implante utilizado, stickers (instrumentadoras).
18. Documentar el envío del material a anatomía patológica y su recepción (instrumentadoras).
19. Documentar en forma seriada el test de recuperación post-anestésica Aldrete durante el tiempo que el paciente permanece en el área quirúrgica (anestesiólogos).
20. Documentar las instrucciones de alta (cirujanos).

En Responsabilidad Profesional

La Mejor Opción

Mucho mas que una cobertura

www.noble-arp.com/blog

Artículos, Jurisprudencia, Recomendaciones



NOBLE
COMPAÑÍA DE SEGUROS

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