

Responsabilidad profesional médica, análisis de 2.500 reclamos judiciales.

Dr. Fabián Vítolo*
Cr. Pablo Cirulli**
Dra. Graciela Arroyo***
NOBLE Cía de Seguros

Prólogo

Con casi veinte años de historia, decenas de miles de profesionales de la salud asegurados y la confianza depositada en nosotros de más de 1500 hospitales, clínicas y centros sanitarios de todos los subsectores, NOBLE es la aseguradora de responsabilidad profesional independiente líder de la Argentina. Crecimos sobre la base de una alta especialización, profesionalismo y rigor técnico, privilegiando siempre la palabra empeñada y las relaciones a largo plazo. Desde nuestros orígenes, nos planteamos ser un agente de cambio para el sector salud, tejiendo alianzas estratégicas con los profesionales y organizaciones aseguradas para ayudarlos a enfrentar la litigiosidad creciente. Y esta sociedad no solo implica mantenerlos indemnes ante reclamos muchas veces millonarios, sino también ayudarlos a gestionar efectivamente sus riesgos y exposiciones médico-legales.

Creemos que, más allá de la litigiosidad creciente, el principal riesgo que afrontan los profesionales y establecimientos de salud es el de producir en las personas que les confiaron su cuidado daños que podrían haberse evitado. De allí la fuerte inversión de NOBLE en programas de seguridad del paciente. Nuestro trabajo intensivo y focalizado nos permitió en estos años concentrar mucha información y manejanos con grandes números. Hoy sabemos, por ejemplo, que el daño por caídas de pacientes internados, las equivocaciones de sitio quirúrgico, los errores graves de medicación y el suicidio durante la hospitalización, por sólo mencionar algunas causas de reclamos, son problemas que por su frecuencia y magnitud deben ser adecuadamente gestionados. Y nuestro equipo médico-legal está especialmente preparado para ordenar los datos obtenidos, transformarlos en información sistemática, generar conocimiento y traducirlos en planes de acción concretos.

Este documento, en el cual se analizan 2500 reclamos recibidos por nuestra compañía, es el resultado del trabajo de años de nuestros médicos legistas, abogados, actuarios, técnicos aseguradores y especialistas en seguridad del paciente. Se presentan en el mismo las principales causas de reclamos en las distintas especialidades como así también los desafíos que tuvieron que afrontar nuestros especialistas para la mejor solución de los casos. Se discuten además las mejores estrategias para minimizar daños y acciones legales.

Sus tres autores son tan sólo la cara visible de un enorme equipo altamente motivado para coproducir, junto con sus asegurados, un sistema de salud más seguro para los pacientes y quienes los cuidan. Los invitamos a conocer lo que hemos aprendido.

**Fabián Vítolo. Médico Neurocirujano. Director de Relaciones Institucionales NOBLE Cía de Seguros. Responsable de los programas de gestión de riesgo y seguridad del paciente.*

***Pablo Cirulli Contador. Gerente Técnico. NOBLE Cía de Seguros. Responsable de suscripción y de siniestros.*

****Graciela Arroyo. Médica Cardióloga Infantil y Legista. Jefa de Servicios Médicos. NOBLE Cía de Seguros. Responsable de la estrategia médico-legal de las defensas y cierres de casos.*

Litigiosidad creciente

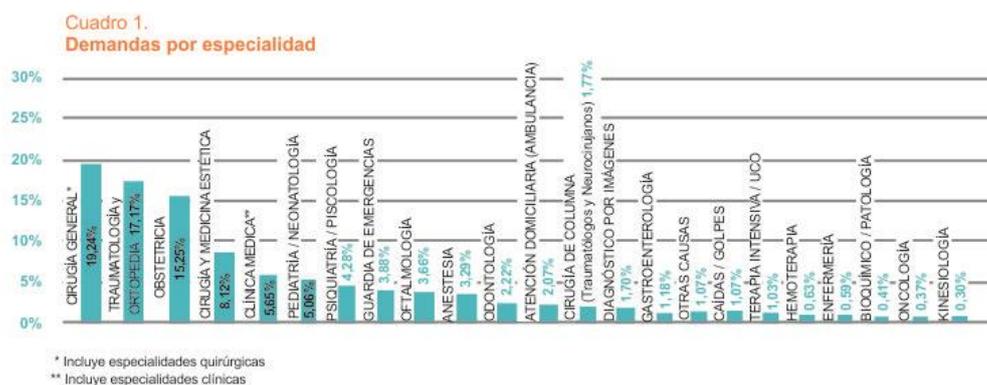
No caben dudas de que la crisis que atraviesa la relación médico-paciente y las malas condiciones de trabajo exponen a los profesionales de la salud a cometer errores, dañar a los pacientes y ser demandados por mala praxis. Muchos de estos casos son publicados con grandes titulares en los medios, lo que profundiza el problema.

Nuestro país ha visto crecer en las últimas décadas, tanto la frecuencia como la intensidad de las demandas por responsabilidad civil, tanto contra profesionales como contra establecimientos y financiadores de la salud. NOBLE no es la excepción.

Al momento de escribir estas líneas, un grupo de familiares de pacientes víctimas de accidentes médicos está promoviendo un proyecto de ley cuyo objetivo es crear una nueva figura penal que aumente las penas a los profesionales que por negligencias o errores hayan provocado lesiones o muertes. Sin embargo, nuestra experiencia de muchos años en el mundo de la responsabilidad médica nos ha enseñado que la penalización de los profesionales no es el mejor camino para solucionar el drama de los errores médicos. Uno de cada diez pacientes que se internan en hospitales de todo el mundo sufre daños durante su atención que podrían haberse prevenido con medidas sencillas y de bajo costo. La mayoría de estos eventos son protagonizados por buenos profesionales, que cometen errores simples en el marco de un sistema de atención muy complejo y procesos deficientes. El tema de los “malos profesionales” apenas llega al 1% del problema.

La respuesta de gran parte de la comunidad médica ante el fenómeno de la litigiosidad creciente y la “industria del juicio” ha sido la de victimizarse, considerando “indebidos” la mayoría de los reclamos. Esta respuesta corporativa impide muchas veces asumir la realidad: la mayoría de las víctimas de los errores y negligencias médicas no demandan a sus médicos. Algunos no lo hacen porque no se enteran que su atención fue negligente; otros porque tienen una muy buena relación con quienes los han atendido o bien porque no tienen acceso a abogados y consideran que el esfuerzo no vale la pena. Paradójicamente, muchos pacientes con complicaciones esperables y que fueron tratados diligentemente, inician acciones judiciales.

No llama la atención que las especialidades más demandadas sean aquellas que tienen mayor invasividad y potencial de dañar (ver cuadro)

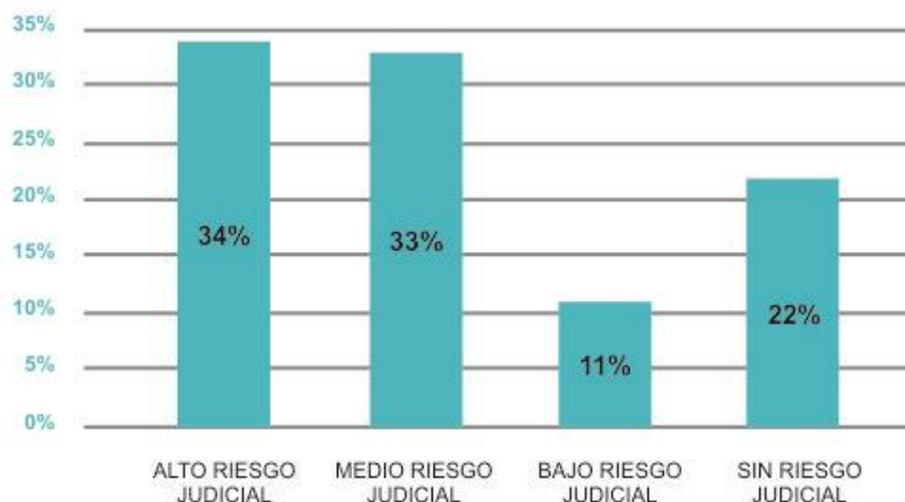


Uno de los mitos que han sido derrumbados a lo largo de los años es el que sostiene que la inmensa mayoría de las demandas son infundadas y que en más del 90% las sentencias son favorables a los médicos. Se trata de una verdad a medias. Es cierto que en un porcentaje mayoritario de los casos que llegan a sentencia los jueces terminan rechazando la demanda, pero lo que pocos dicen es que la inmensa mayoría de los casos con franca responsabilidad nunca llegan a sentencia y se acuerdan antes. Nadie deja correr por años (con los intereses que eso acarrea) un juicio que sabe que va a perder.

Si bien todavía persiste un número relativamente alto de "aventuras judiciales" (personas que buscan una indemnización cuando claramente no hubo una mala praxis), cada vez son más las demandas mejor fundadas, interpuestas muchas veces por abogados especializados en litigar contra médicos e instituciones (estudios jurídicos que a su vez cuentan con sus propios peritos médicos).

El 34% de los casos denunciados a NOBLE nuestros peritos consideraron que hubo negligencia, impericia o imprudencia y fueron clasificados "de alto riesgo judicial". En otro 33%, los reclamos fueron considerados "de riesgo judicial medio". En estos casos, el accionar del médico o presentó algunas grietas por donde atacar o bien no se contó con la documentación necesaria para ofrecer como prueba de un adecuado accionar. El último tercio está representado por casos de riesgo bajo o nulo. Sólo este 33% de reclamos podría considerarse "aventura judicial" (Ver cuadro).

Cuadro 2.
Riesgo judicial de los reclamos denunciados a NOBLE



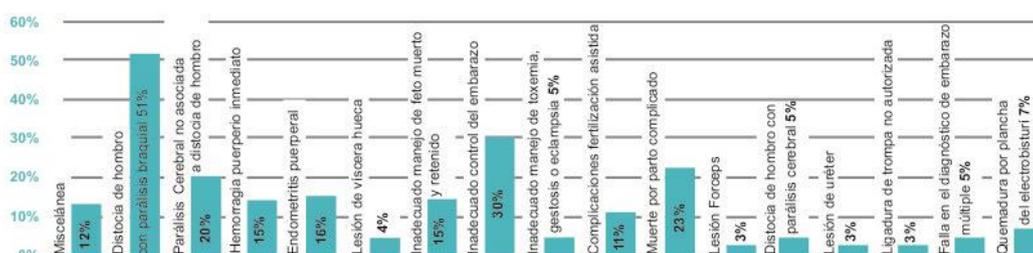
En NOBLE creemos que nuestra función como aseguradores no se agota con defender a nuestros asegurados y compensar a las víctimas de errores médicos. Somos una organización abierta al aprendizaje, y queremos compartir las lecciones aprendidas. En las próximas secciones analizaremos con mayor profundidad las características que tienen los reclamos en las distintas especialidades y brindaremos pautas para minimizar el riesgo de daños a pacientes y la probabilidad de ser demandados. Discutiremos también algunas herramientas de documentación para que nuestros clientes estén a su vez mejor posicionados en caso de recibir demandas.

Obstetricia

Las demandas en esta especialidad son frecuentes y costosas. En todo el mundo representan aproximadamente entre el 20% y el 25% de todos los reclamos por responsabilidad profesional. Los profesionales demandados suelen ser médicos tocoginecólogos y obstétricas (se demanda además a las instituciones donde estos trabajan). Se trata de un fenómeno mundial. Las defensas de estos casos suelen ser más complejas y costosas que en otras especialidades, y el porcentaje de fallos condenatorios también supera la media.

Claramente, la atención de la mujer embarazada expone a los profesionales a las altas expectativas y emociones de los padres. La mayoría de las pacientes que se embarazan son sanas y en general nadie espera que algo pueda salir mal. Es por ello relativamente frecuente que ante daños imprevistos los familiares intenten asignar culpas y buscar una compensación, aún cuando la atención brindada se encuentre dentro de los estándares de práctica aceptados. Por otra parte, el riesgo en obstetricia se duplica, ya que existe la posibilidad de causar daños y secuelas tanto a la madre como al recién nacido, ambos con expectativas de vida de muchos años. En el caso de bebés con secuelas neurológicas, los gastos a futuro son también cada vez mayores, lo que explica en cierto modo los importantes montos de demandas y sentencias.

Cuadro 3.
Causas de reclamos en obstetricia



Parálisis Cerebral o muerte del recién nacido:

La parálisis cerebral (PC), representa un desafío para la defensa de casos de responsabilidad profesional, sobre todo cuando se tiene en cuenta la frecuencia relativamente alta de esta patología. La PC afecta del 2 al 2,5 por mil nacidos vivos por año. A los 5 años, la mitad de ellos padecerán algún grado moderado o severo de la misma. En la Argentina, esta incidencia representa alrededor de 1500 nuevos casos por año (Consenso FASGO, 2001).

La parálisis cerebral es un término utilizado para describir distintos síndromes de incapacidad física. Los niños afectados presentan un control anormal del movimiento y la postura por una alteración del desarrollo cerebral. Se manifiesta en los primeros años y no es progresiva. Aquellos más afectados padecen retraso intelectual, epilepsia y problemas visuales o auditivos. Se trata de cuadros dramáticos que suelen generar en quienes juzgan un deseo de ayudar a los padres con semejante carga, aún cuando el caso aparezca como "inculpable".

Pese a que la etiología de la mayoría de los casos de parálisis cerebral continúa desconocida y todavía se discuten las probables causas, la mayoría de la sociedad (entre ella los padres), considera erróneamente que la asfixia intraparto es la principal, cuando no la única, causa de la parálisis cerebral y que un cuidado perinatal adecuado siempre es capaz de prevenir esta asfixia y por lo tanto la parálisis cerebral que sería su consecuencia. Ambos conceptos han quedado desvirtuados por la evidencia científica, ya que muchos casos de asfixia neonatal comprobada no van seguidas de parálisis cerebral y porque la mayoría de las parálisis cerebrales no están asociadas con una asfixia severa intraparto. Por otra parte, pese a las mejoras en la calidad del cuidado perinatal y al aumento del porcentaje de cesáreas, las tasas de parálisis cerebral han permanecido estables en los últimos 40 años.

Dado lo arraigado de los conceptos anteriores, no llama la atención que el sufrimiento fetal agudo (expresión que engloba un sinnúmero de situaciones obstétricas en donde el común denominador es la asfixia fetal), sea el responsable de más del 50% las demandas en obstetricia. En estos casos, la defensa se ve muy dificultada si no puede demostrarse que el trabajo de parto estaba siendo controlado de acuerdo a los estándares recomendados de práctica y que se respondió de manera rápida y oportuna. Lamentablemente, estas dos premisas no pueden acreditarse en un gran número de reclamos. Algunas veces no se documentan adecuadamente los controles y/o no se responde al sufrimiento fetal en tiempo y forma.

Nuestros peritos han observado a lo largo de los años una notoria deficiencia en la documentación del trabajo de parto, ya sea a través de un partograma (curvas) o mediante controles reglados. Algunas veces incluso falta esta pieza vital para la defensa. En muchas instituciones de nuestro país se siguen utilizando para la documentación obstétrica modelos de historia clínica genéricos con texto libre, por lo que el registro suele quedar librado a la

discrecionalidad del profesional (ej: Latidos Cardíacos Fetales positivos como único registro), lo que suele derivar en historias clínicas muy insuficientes para articular una defensa. Debemos destacar en este punto lo que esperan encontrar registrado del trabajo de parto los peritos que analizan estos reclamos: controles maternos (FC, TA, posición); contractilidad uterina (frecuencia, duración, intensidad y tono); frecuencia cardíaca fetal (frecuencia entre contracciones, bradicardia asociada con contracciones); características del cérvix (borramiento, dilatación); estado de las membranas ovulares (presentación, variedad, plano); medicamentos administrados (nombre, dosis, vía).

¿Cada cuánto hay que documentar estos controles? Aquí el problema se complica, ya que existen numerosas guías de práctica muy taxativas en cuanto a la frecuencia. Sometidos los peritos a la pregunta de un juez respecto a la frecuencia con que deben realizarse estos controles maternos y fetales, es muy probable que informen que los mismos deben realizarse y registrarse una vez por hora al comienzo del período dilatante, cada media hora a partir de los 5-6 cm de dilatación cervical, y cada 15 minutos en el período expulsivo. Aún cuando no existe un consenso claro acerca de esta frecuencia ni estudios que demuestren la utilidad de este esquema, muchos autores lo sostienen; su registro (o la falta del mismo) son temas relevantes en los juicios originados en esta especialidad. También puede ser muy importante el registro de la hora de ruptura de membranas cuando se discuten infecciones neonatales.

Con respecto al monitoreo fetal electrónico (ya sea al inicio del trabajo de parto, continuo o intermitente), se debe prestar especial atención a la configuración o "seteo" de la fecha y hora del dispositivo. Nuestros peritos han observado en algunos juicios que el horario del trazado del monitoreo no coincidía con la hora real, lo cual complica cualquier defensa.

En cuanto al segundo tema planteado (velocidad de respuesta frente a emergencias obstétricas), nuestros peritos coinciden en que en la inmensa mayoría de las demandas por sufrimiento fetal agudo, la ausencia del médico obstetra o del anestesiólogo (guardias pasivas), tuvo un papel significativo. Las emergencias son frecuentes en la práctica de la obstetricia. Muchas instituciones que atienden partos carecen de médicos obstetras de guardia activa, siendo las obstétricas o bien los médicos de guardia los responsables de contactar al tocoginecólogo ante un trabajo de parto. Otras veces las instituciones sí tienen obstetras de guardia, pero casi ninguna cuenta con anestesiólogos de guardia activa. 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 anestesista, pero ¿qué sucede cuando el sufrimiento fetal agudo se instala durante el trabajo de parto sin antecedentes que lo hagan previsible? No resulta un buen argumento de defensa aducir que dicho evento se trató de un accidente "imprevisible". La doctrina en responsabilidad civil es pacífica en que 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 posibilidad de que un parto normal se complique y que deba realizarse una cesárea en minutos debe estar prevista.

Dado el clima actual, las instituciones deben estar preparadas para resolver estas emergencias en no más de treinta minutos, a veces incluso en menos tiempo. Veamos como ejemplo, qué nos dice la jurisprudencia:

"Al margen entonces de que existiera o no obligación reglamentaria de mantener un profesional de la especialidad en la guardia del nosocomio, lo probado e indiscutible, es que si se hubiera hecho presente en el crítico momento en que hacía falta, probablemente el daño no se hubiera producido. Sobre todo si se tiene en cuenta que la internación de la parturienta venía de las primeras horas del día 25 de octubre de 1998"

*...**la terminación del parto debió efectuarse, máximo a los quince minutos** de pedir el anestesista, de esa manera se hubiera evitado un sufrimiento fetal agudo o sub-agudo, con la consecuente lesión cerebral de extrema gravedad"*

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala B(CNCiv)(SalaB) 04/02/2005 G., A. W. c. Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficencia y otros

Independientemente de que el obstetra y el anestesista se encuentren de activa o no, lo concreto es que las instituciones en donde se realizan partos (sin importar el volumen que manejen) deben estar en condiciones de responder en minutos ante contingencias que son esperables en la práctica obstétrica (ej. procidencia de cordón, desprendimiento brusco de placenta). El no hacerlo expone penalmente al Director y civilmente a la Institución por cifras millonarias que muchas veces exceden las sumas aseguradas contratadas.

Otro tema que suele subestimarse y que puede definir la suerte de una demanda por parálisis cerebral o muerte neonatal es la importancia de la documentación de las características de la placenta y el cordón umbilical. Uno de los puntos

centrales de las pericias en casos de recién nacidos con lesiones neurológicas es la determinación del momento en el que se produjo el daño. Lamentablemente, la mayoría de las veces se descarta una muy importante pieza de evidencia para la defensa. La placenta es considerada unánimemente como el diario de la vida gestacional. Su examen puede aportar la evidencia que se necesita para determinar la causa biológica de una anomalía perinatal o del desarrollo. La patología placentaria permite en muchas ocasiones establecer con exactitud la causa del problema. Una placenta incompleta puede justificar la existencia de hemorragias y retención, una placenta fina y de gran diámetro una insuficiencia placentaria; una gruesa, infecciones fetales; una superficie grisácea infartos viejos o anemia fetal; un cordón corto, de menos de 40 cm puede hablarnos de un feto poco activo, de malformaciones o de enfermedades mío o neuropáticas; un cordón largo, de más de 100 cm puede explicar alguna torsión o nudo intraútero, etc). De esta forma, lesiones que parecían relacionadas con el nacimiento pueden rastrearse hasta encontrar su origen en problemas ocurridos precozmente en la vida fetal. La anatomía patológica es también una buena herramienta para explicar la falta de progreso durante el trabajo de parto, siendo instrumental a la defensa de casos de mala praxis relacionados con una mala evolución del recién nacido.

Se estima que la anatomía patológica de la placenta es obtenida en menos del 15% de los casos de los que debería. No todas las placentas deben ser analizadas por un patólogo, si bien algunos expertos lo han propuesto. La lógica necesidad de controlar costos y las dificultades logísticas determinan que dicha práctica no sea costo efectiva y en general no es recomendada. Sin embargo, hay coincidencia generalizada en que el médico obstetra debe realizar en todos los casos un análisis macroscópico general, documentarlo adecuadamente y hacer un triage, sobre bases establecidas, para determinar qué placentas deberán enviarse a patología para un examen más exhaustivo (microscópico, bacteriológico, etc). Esto no significa una gran carga de trabajo adicional, ya que el examen de la placenta normal y el de la mayoría de las anormales puede ser realizado por profesionales experimentados en un minuto. La documentación de este análisis macroscópico es fundamental, independientemente de que la placenta sea o no enviada al patólogo.

Parálisis braquial asociada a distocia de hombros

También en estos casos la defensa debe lidiar con el concepto erróneo pero muy arraigado de que el daño del plexo braquial es únicamente el resultado de la excesiva tracción lateral de la cabeza fetal en la última etapa del parto, es

decir en el período expulsivo, mecanismo producido generalmente cuando se produce una distocia de hombro.

La mayoría de los casos que llegan a los estrados judiciales, fundamentan su argumento en un mal accionar del profesional médico, debido a maniobras bruscas o inadecuadas que producirían este tipo de lesiones en el recién nacido. Sin embargo, son numerosos los trabajos científicos que demuestran que la parálisis del plexo braquial no siempre se asocia a un parto dificultoso ni a maniobras incorrectas por parte del profesional interviniente. De hecho, hay casos de parálisis del plexo braquial sin distocia de hombros, sin tracción y hasta en nacimientos por cesáreas.

Justo también es reconocer que, si bien hay consenso acerca de que aproximadamente la mitad de los neonatos con distocia de hombros pesan menos de 4 kg al nacer, la mayoría de las demandas por distocia de hombros llegadas a NOBLE se asociaron con macrosomía fetal. Nuestros peritos han observado que en un gran número de casos la macrosomía fetal fue incorrectamente ponderada, ya sea por deficiencias en el control prenatal o bien porque el obstetra que atendió el parto no era el mismo que siguió el embarazo y carecía de los antecedentes obstétricos.

En estos casos, la defensa se ve muy dificultada si no pueden acreditarse por medio de la historia clínica cuestiones muy concretas tales como la valoración clínica y ecográfica de la macrosomía fetal, la realización de una pelvimetría apropiada y la correcta evaluación de los antecedentes clínico-obstétricos en cada caso en particular. Ambas variables (peso fetal estimado y pelvimetría) deben ser valoradas en conjunto. En el caso de que los antecedentes o características materno-fetales hagan sospechar al obstetra la posibilidad de una distocia, se debería dejar reflejada en la documentación la toma de conciencia del problema, la información brindada a la paciente, las alternativas discutidas y el plan a seguir. Dicho plan debería ser comunicado efectivamente a los profesionales que eventualmente puedan llegar a atender el parto (miembros del equipo, obstetras de guardia, etc.). Veamos qué dice alguna jurisprudencia al respecto:

“Pese a no haberse acreditado la concurrencia de factores de riesgo en el feto, no se dejó en la historia clínica constancia de las características de la pelvis de la paciente (en cuanto a forma y tamaño) por lo que no existen elementos para colegir que no haya resultado dificultosa la extracción de la bebé y que no haya sido necesaria la realización de maniobras a ese fin.”.

Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Santa Fe. Sala I "C.M.A c/ A y otro. s/ daños y perjuicios". 13 de diciembre 2016 (Microjuris)

Hemorragia y shock en el puerperio inmediato

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna en todo el mundo. Puede verse tanto luego de partos por vía vaginal como luego de cesáreas. La atonía uterina es la causa más frecuentemente citada en la literatura, responsable del 50 al 70% de las hemorragias post alumbramiento y del 4% de todas las muertes maternas. Esta pérdida del tono de la musculatura del útero trae como consecuencia la ausencia de contracciones, indispensables para la involución del útero tras el parto; pero su manejo preventivo puede realizarse durante trabajo de parto o después de este, con el uso de uteroinhibidores. Otras causas son traumas/laceraciones/desgarros vaginales y cervicales, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos.

En muchos de los reclamos judiciales llegados a NOBLE, nuestros peritos observaron un inadecuado control del puerperio inmediato por parte del personal de enfermería. Las graves complicaciones a las que se expone la madre durante las primeras horas post-parto (hemorragias, embolias, sepsis) obligan a un monitoreo y vigilancia muy estrechos durante las primeras 6 horas. Se deben chequear (y registrar) los signos vitales, el sangrado vaginal y el estado del útero con una frecuencia estandarizada. Aquí también, de manera similar a lo que ocurre con la frecuencia sugerida de controles durante el trabajo de parto, la existencia de algunas guías de práctica muy taxativas (que la parte actora suele incorporar al proceso como prueba), expone mucho a los profesionales e instituciones. La guía de procedimientos en obstetricia del Colegio de Médicos de la Prov. de Buenos Aires, Distrito III, por ejemplo, recomienda realizar controles cada 15 minutos durante las primeras dos horas, cada 30 minutos la siguiente hora, y luego cada hora hasta completar las seis horas sugeridas. Luego controles habituales por turno de enfermería. En los juicios por responsabilidad profesional, tanto en obstetricia como en el resto de especialidades, la línea de tiempo importa.

Endometritis puerperal

La infección materna post-parto y sus consecuencias (histerectomías, raspados, sepsis) son otras causas estadísticamente significativas de demandas a médicos obstetras. Los reclamos en general se basan en los efectos sobre la futura fertilidad de la paciente. El análisis de las causas permite establecer ciertos parámetros comunes a la mayoría de los casos:

- Insuficiente control del puerperio (alta precoz)
- Ausencia de signos vitales debidamente consignados en la historia clínica.
- Relativización de la hipertermia y de la taquicardia como signos precoces de infección puerperal
- Insuficiente valoración de los factores de riesgo para el desarrollo de endometritis (flujo abundante, tactos reiterados, infección urinaria, etc.
- Falta de valoración y documentación de antecedentes personales que aumentan el riesgo (enfermedades de transmisión sexual, desnutrición, anemia e insuficiente control prenatal).

Inadecuado control del embarazo

Los controles del embarazo se encuentran absolutamente reglados por guías internacionales, regionales y nacionales. Este control debe ser precoz, periódico y completo. La falta de registro de los controles expone a los profesionales e instituciones que no pueden acreditarlos en el caso de que aparezcan complicaciones que podrían haber sido evitadas mediante un adecuado seguimiento:

“El Dr. E, si bien no causó directamente la toxoplasmosis congénita de la menor, impidió una mayor probabilidad de que la enfermedad, padecida por su madre durante el embarazo, no le fuera transmitida”.

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Sala A. “F. M. G. y otros c/ C. P. M. G. S.A. 18 de mayo 2020

Nuestros peritos observan que en muchos casos cuesta acceder a los antecedentes del embarazo y los controles prenatales. Se pierden de esta forma datos que pueden ser relevantes, no sólo para la atención de urgencia por parte de profesionales que no han seguido el embarazo, sino también para las pericias médicas en casos de conflicto. Muchos Servicios de Obstetricia han

adoptado con algunas o ninguna modificación el "carnet prenatal" sugerido por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología). Si bien su presencia en la historia de internación representa un avance frente a la carencia absoluta de datos, cada vez son más los legistas que comienzan a cuestionar si este modelo contiene los datos suficientes para que el médico actuante consigne fehacientemente su accionar.

Si bien el modelo referido resulta práctico para su confección, permite una fácil obtención de datos estadísticos y facilita el traslado de la documentación, suele carecer del espacio suficiente para que se consignen los eventos que pueden surgir como complicaciones durante la gestación. La sola mención del examen físico como normal o anormal resulta claramente insuficiente a la hora de demostrar que la mujer ha sido sometida a un examen físico completo y adecuado. Si se quiere estar bien posicionado ante eventuales reclamos, el profesional debería considerar al carnet como la información mínima indispensable que se exigirá en un juicio, no limitando su documentación de la atención del embarazo y de los controles prenatales a este carnet, agregando las hojas que deba agregar para aportar una historia prenatal que, sin ser engorrosa en su confección, vuelque con mayores precisiones el resultado de su accionar. Toda esta información además de estar en manos de la paciente debe quedar en la institución en donde se atendió el parto.

Ligaduras de trompas sin consentimiento

Si bien no tenemos muchas demandas por esta causa, vale mencionarla dada la dificultad que plantea a la defensa. Al no poder demostrar el consentimiento, algunos obstetras alegan que tuvieron que ligar las trompas ante hallazgos inesperados durante la cesárea e invocan generalmente motivos de salud de la madre, cuya vida correría riesgo en caso de volver a quedar embarazada. Se trata de un argumento que suele ser muy discutido y rara vez aceptado.

A casi 15 años de sancionada la Ley Nacional 26.130 (2007) que establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de ligadura de trompas de Falopio y de conductos deferentes (vasectomías), numerosos profesionales e instituciones desconocen los principales requisitos que esta ley impone, sobre todo en lo referente a la instrumentación del consentimiento informado. Este desconocimiento deriva a veces en una documentación muy deficiente, autorizaciones "verbales", ligaduras que aparecen como "necesarias durante las cesáreas" sin que se haya advertido a la paciente (aún cuando los antecedentes permitían prever la situación), etc.

Esta ley es muy específica en cuanto a los requerimientos del consentimiento informado para este tipo de práctica. Se recomienda la utilización de formularios con información preimpresa y su discusión con el médico a cargo.

También trata la ley acerca de los objetores de conciencia, admitiendo el derecho de los profesionales a ejercer su objeción sin consecuencia laboral alguna. La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos o las derivaciones necesarias.

Habiendo dicho esto, se han presentado más requerimientos a NOBLE por ligaduras de trompas fallidas (pacientes que se embarazaron) que por ligaduras no consentidas.

Complicaciones de fertilización asistida

La mayoría de los reclamos llegados a NOBLE se originaron en lesiones ováricas que requirieron laparotomía por sangrado. En una paciente, al daño ovárico se sumó una lesión de vejiga. Otro caso se originó a partir de la falta de rotulación de los embriones congelados: los padres se negaron a implantarlos y reclamaron por daños y perjuicios. Otro caso se originó en la muerte de la pareja sin firma de consentimiento. Pero los casos más graves se originaron en la transferencia de embriones con fibrosis quística. En el caso de embriones con fibrosis quística fecundados con gametos de la pareja no hay responsabilidad y son fáciles de defender, pero un caso de embriones gestados con una donante mal estudiada sabiendo que el padre era portador de la enfermedad, la situación es muy distinta y el riesgo judicial es alto.

Otras causas:

- *Mal manejo de feto muerto y retenido:* Esta muerte natural de un embrión o feto ("embarazo no viable" o "muerte fetal intrauterina", según la duración del embarazo) puede ser identificada mediante ecografía antes de que ocurran síntomas como pérdida sanguínea y dolor abdominal. A veces el embrión puede incluso no haberse desarrollado ("bolsa vacía"). Anteriormente, el tratamiento para un embrión/feto muerto, generalmente era el procedimiento de dilatación y legrado, aunque ahora se han desarrollado fármacos para reemplazar la necesidad de cirugía que pueden ser útiles para dar lugar a la expulsión (ej: misoprostol y similares). Estos medicamentos pueden utilizarse hasta las 24 semanas de gestación (Revisión Cochrane). La espera de la expulsión espontánea

también es posible. Las demandas llegadas a NOBLE tuvieron mayormente con el retraso en el diagnóstico de esta condición y la aparición de algunas complicaciones: hemorragias severas o infecciones que derivaron en histerectomías.

- Lesión de órganos vecinos (Viscera hueca-uréter): Es una posibilidad en toda cesárea. Estos riesgos deben ser adecuadamente explicitados en el consentimiento informado. La falta de este documento complica notoriamente la defensa de los casos, sobre todo cuando la cesárea no aparece debidamente justificada. También ayuda la descripción en el parte quirúrgico de las dificultades técnicas que puedan haber contribuido a estas lesiones (evitar la frase: "cirugía según técnica"). La mayor gravedad de estas demandas no tiene que ver tanto con la lesión en sí, sino con las complicaciones asociadas a su reconocimiento tardío
- Lesión por fórceps: Dadas las gravísimas complicaciones para el bebé asociadas a la instrumentación del parto (fracturas en el cráneo, compresión de la cabeza, edema cerebral, y hemorragias intracraneales), la decisión de utilizar fórceps debe estar debidamente justificada en la historia clínica. Aún así, se trata de casos con altas chances de una sentencia desfavorable para los médicos.
- Quemaduras por plancha de electrobisturí monopolar: Si bien cada vez son menos frecuentes por la utilización de nuevos dispositivos y nuevas planchas descartables, nuestros peritos continúan recibiendo casos originados en esta complicación. Desarrollaremos más el tema cuando analicemos los reclamos en cirugía.
- Inadecuado manejo de toxemia, gestosis o eclampsia: Según el consenso F.A.S.G.O 2006- Consenso para el Manejo de la Preeclampsia Grave – Eclampsia, Elaborado por la Sociedad Argentina de Hipertensión y Embarazo, los trastornos hipertensivos de la gestación son una de las complicaciones médicas más frecuentes durante la gestación. La incidencia reportada oscila entre el 5 y el 22 % de todos los embarazos, según diferentes publicaciones, dependiendo de la población y definición utilizada). La Preeclampsia Grave /Eclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna (200.000 muertes maternas por año en el mundo) y fetal (se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal) En nuestro país, además, está fuertemente asociada al aumento de la

morbimortalidad perinatal y al bajo peso al nacer.

En muchos de los reclamos judiciales llegados a NOBLE, nuestros peritos observaron un inadecuado control durante el embarazo. Las principales falencias son: no se realiza un correcto análisis de la presión arterial; no se tiene en cuenta un aumento excesivo de peso materno; no se buscan edemas; insuficiente solicitud de análisis de laboratorio o inadecuada valoración de los mismos lo que determina una medicación insuficiente y una falta de alerta que en muchas ocasiones lleva a la muerte fetal. En otras oportunidades se realiza a tiempo la internación, sin embargo, los controles insuficientes durante la misma o la valoración equivocada del laboratorio llevan a establecer conductas expectantes que culminan con la muerte fetal

- Partos domiciliarios: Estos reclamos se originaron en complicaciones graves de partos asistidos en domicilio por "equipos de salud" (generalmente una sola obstétrica), pero sin una institución asistente. Muchas veces estas parturientas fueron "depositadas" sin responsable alguno en las guardias de hospitales, sanatorios y clínicas, a veces de manera muy tardía y sin poder resolver el parto en forma favorable. Si bien el parto domiciliario es una posibilidad amparada por la ley, muy pocas veces se cumple en nuestro país con los requisitos para hacerlo de una manera segura, los cuales han sido establecidos por distintas guías internacionales de práctica. Entre ellos: obstétrica matriculada o médico con experiencia en partos que trabaje de manera articulada con centros de internación habilitados para la atención materno-infantil; la presencia de otra persona además de la obstétrica que disponga del suficiente entrenamiento, habilidades y equipos para realizar una resucitación completa del neonato de acuerdo a las normas de los programas de resucitación neonatales; rápido acceso a interconsultas y la garantía de un transporte rápido y seguro hacia un hospital cercano, con acuerdos pre-establecidos para este tipo de transferencias (los traslados que se demoran más de 20 minutos se asociaban con mayor morbimortalidad. Si bien el derecho al parto domiciliario se encuentra consagrado por ley en la Argentina, es responsabilidad de los profesionales comunicar que el riesgo de complicaciones neonatales (convulsiones, depresión del recién nacido) se duplican, mientras que las secuelas graves se triplican, al igual que la mortalidad fetal y neonatal (Posición Conjunta de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires –SOGIBA- y la Sociedad Argentina de Pediatría –SAP-,

2016)

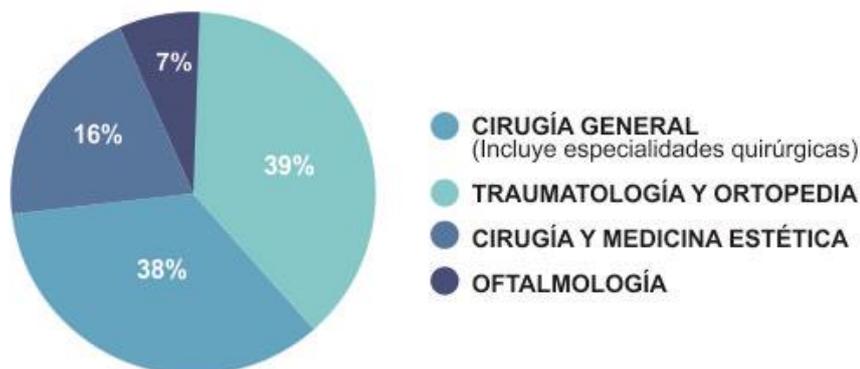
- Violencia obstétrica: A pesar de no haber recibido demandas de responsabilidad civil vinculadas con este tema, muchos de nuestros asegurados nos han denunciado incidentes relacionados a acusaciones de violencia obstétrica presentados en defensorías de la mujer. Las denuncias ante estos organismos son por violencia física (prácticas invasivas o medicación no justificada, aceleración innecesaria de los tiempos del parto biológico) o psicológica (trato grosero, discriminación, humillación, falta de información del estado de su hijo o hija). Resulta entonces importante capacitar a todo el personal obstétrico en las prácticas que rigen el parto humanizado y los derechos de la madre, establecidos en la ley nacional 25.929 del año 2015: a ser adecuadamente informada, a elegir el lugar, la forma y la vía del nacimiento, a estar siempre acompañada, a evitar las prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, entre otros derechos.
- Laceraciones fetales: son lesiones que pueden ocurrir durante los partos por cesárea, y son generalmente el resultado de maniobras inadecuadas con el bisturí o por otros instrumentos utilizados durante el procedimiento. La gran mayoría de estas laceraciones son menores y fáciles de tratar en el mismo quirófano, pero algunas veces, las lesiones pueden ser profundas y requerir puntos de sutura o cirugía reconstructiva. La forma de prevenir las laceraciones fetales se encuentra en constante revisión. En los Estados Unidos, un bisturí de seguridad llamado C-safe ha demostrado ser una forma efectiva de ayudar a prevenir laceraciones fetales. Este bisturí especial ofrece protección adicional durante la cesárea al permitir a los cirujanos cortar "hacia arriba" y lejos del bebé. Otras estrategias de prevención incluyen: movilizar la pared uterina antes de la incisión; entrada roma en la cavidad uterina antes de la incisión; utilizar tijeras con protección; retirar los retractores de la pared abdominal antes de la incisión.

Cirugía

Las demandas a cirujanos generales y especializados (ej: traumatólogos, urólogos, ginecólogos, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, cirujanos estéticos), representan más del 50% de las demandas recibidas en NOBLE. Esto no llama la atención, en parte por la enorme cantidad de cirugías que se llevan a cabo cada año y en parte por la potencialidad de los daños que se pueden causar con un bisturí o con cualquier instrumental quirúrgico. Muchos de estos eventos son complicaciones propias de los distintos procedimientos, descritas en la literatura, cuya materialización parece “sorprender” a los actores, quienes suelen sostener que no fueron advertidos de dicho riesgo. Es muy común que en las demandas aleguen que de haber conocido dicho riesgo no se hubieran operado. Algunos ejemplos de esto último son: infecciones, hemorragias, dehiscencia de suturas, lesión de víscera hueca, uréter o vejiga, lesión de vía biliar, queloides, etc). Otras veces, las demandas tienen su origen en daños que escapan de las complicaciones habituales y que resultan difíciles de explicar y defender: material retenido en cavidad (oblitos), errores de sitio quirúrgico, pérdida de piezas de anatomía patológica y quemaduras por electrobisturí monopolar, entre otras.

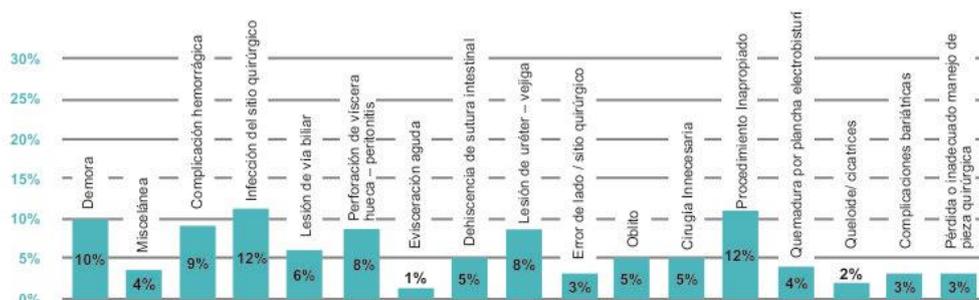
Dentro de las especialidades quirúrgicas, se destaca la traumatología, que por sí sola representa el casi el 40% de los reclamos. Otras dos especialidades quirúrgicas de alta litigiosidad son la cirugía estética (16%) y la oftalmología (7%) (ver cuadro). El resto de la torta se completa con los reclamos originados en cirugías generales y especializadas. Las causas en este último grupo son muy variadas (ver cuadro)

Cuadro 4.
Distribución de reclamos judiciales en cirugía general y especialidades quirúrgicas



Los quirófanos modernos son sin duda entornos complejos y de alto riesgo, caracterizados por la incertidumbre inherente a toda cirugía, la necesidad de transmitir rápidamente información crítica, la naturaleza cambiante en la condición del paciente y la necesidad de toma de decisiones rápidas. A esto se suma que a veces los distintos miembros del equipo pueden desconocerse entre sí o bien desconocer las necesidades del paciente o del procedimiento. En sistemas complejos como el quirúrgico, no basta con la excelencia individual. Gran parte del resultado se juega en la capacidad que tengan los cirujanos de trabajar en equipo y comunicarse efectivamente. Lamentablemente, ninguna de estas dos condiciones se encuentra en el ADN de muchos de estos especialistas. Recién en los últimos años se ha comenzado tímidamente a entrenarlos en técnicas copiadas de la aviación que buscan estimular estas competencias (CRM –Crew Resource Management-; uso de listados de verificación –checklists-, etc.). El desarrollo de la simulación también se avizora como un instrumento fundamental para disminuir la tasa de errores quirúrgicos. Comenzaremos por describir los más graves, si bien no son los más frecuentes.

Cuadro 5.
Causas de reclamos en cirugía general y especialidades quirúrgicas



Errores de sitio quirúrgico

El error de sitio quirúrgico, algo difícil de imaginar para la población general, es mucho más frecuente de lo que se cree. Se estima que sólo en los EE.UU se producen entre 1500 y 2500 cirugías en el sitio incorrecto por año (ej: ojo izquierdo en vez del derecho, operación de vesícula cuando se había programado una cirugía de hernia, etc). En una encuesta realizada a 1050 cirujanos de mano, el 21% confesó haber operado en el sitio incorrecto al menos una vez durante sus carreras. En NOBLE recibimos anualmente algún par de estos casos. Este error, considerado un "never event" (algo 100% prevenible y que no debería ocurrir nunca) es el evento adverso más frecuentemente reportado a la base de eventos centinela (incidentes graves) denunciados a la Joint Commission (13% de todos los eventos). La magnitud del problema es tal, que su prevención es una de las prioridades internacionales en seguridad del paciente establecidas no sólo por la Joint Commission, sino también por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las especialidades quirúrgicas más frecuentemente involucradas en errores de sitio quirúrgico, según la misma base de eventos centinela, son la traumatología (41% de los casos), cirugía general (20%), neurocirugía (14%) y urología (11%). El 13% restante se lo llevan otras especialidades, dentro de las que se destacan al oftalmología, otorrinolaringología, cirugía vascular y cirugía de tórax. En NOBLE tenemos una distribución similar. El 58% de los casos se producen durante cirugías ambulatorias, el 29% en internados y el 13% en ámbitos como UTI o emergencias (errores de sitio en procedimientos invasivos). En cuanto al tipo de error, el 76% son equivocaciones del sitio quirúrgico, el 13% de pacientes, y el 11% de procedimientos.

Un porcentaje importante de cirujanos que se equivocan de lado o de sitio se sienten tan avergonzados por su ocurrencia que optan por la peor de las alternativas: mentirle al paciente. Veamos algunas de las "explicaciones" que hemos escuchado:

"Si bien entró para operarse de una hernia por vía laparoscópica, al colocar el laparoscopio vimos que la vesícula se encontraba muy inflamada; decidimos hacer entonces la colecistectomía y diferir la hernia para más adelante" (en un caso en el que un cirujano que se equivocó de procedimiento)

"Al realizar bajo anestesia la movilización pasiva del otro miembro, vimos que su rodilla izquierda también se encontraba comprometida, por lo que decidimos operarle las dos. Le solucionamos un problema a futuro" (en el caso de un traumatólogo que se dio cuenta mientras estaba operando que se trataba de la rodilla equivocada).

Más allá de la cuestionable decisión ética de esta falta de transparencia, tampoco parece ser una estrategia médico-legal adecuada. Se trata de una mentira muy fácil de descubrir. Los pacientes y sus familias pueden llegar a comprender y perdonar el error, pero nunca la defraudación de su confianza.

Para trabajar en la prevención de estos eventos, hay que conocer por qué se producen: la inhabilidad cognitiva para distinguir consistentemente la lateralidad derecha de la izquierda (que es mucho mayor de lo que se supone, sobre todo cuando el paciente está boca abajo); la falta de un proceso formal para la verificación; la modificación de la disposición (layout) de la mesa quirúrgica y los dispositivos; la exclusión de miembros claves del equipo en el proceso de verificación; la inadecuada revisión de estudios e imágenes, la escasa participación activa del paciente; una cultura que no promueve la comunicación abierta entre los miembros del equipo; letras o abreviaturas ilegibles, entre otras causas.

Si bien el error de sitio puede ocurrir en cualquier tipo de cirugía o procedimiento, las probabilidades aumentan en las siguientes situaciones:

- Más de un cirujano involucrado en el caso, ya sea porque se contemplan múltiples procedimientos o porque el paciente ha sido derivado por otro cirujano.
- Más de un procedimiento en el mismo acto quirúrgico, especialmente cuando los mismos se realizarán en distintos lados del paciente.

- Presiones de tiempo inusuales para iniciar o completar el procedimiento. Esto puede originarse en listas quirúrgicas excesivamente cargadas o en situaciones de emergencia.
- Disposición inusual de la mesa y del equipamiento quirúrgico
- Inusuales características físicas del paciente, incluyendo obesidad mórbida y deformidades.

Desde hace años que se cuenta con herramientas para prevenir estos eventos. En el año 2003, la Joint Commission publicó el "Protocolo Universal para la Prevención del Error de Sitio, Procedimiento o Paciente". Este protocolo nació del consenso de expertos de las principales especialidades y disciplinas quirúrgicas y contó con el apoyo de más de 40 asociaciones médicas de dicho país. Se describe en el mismo de forma detallada el proceso de marcación de sitio y de verificación prequirúrgica, de manera estandarizada, redundante y en distintas etapas del preoperatorio inmediato. La herramienta estimula además la comunicación y el trabajo en equipo antes del inicio de cada cirugía. La Organización Mundial de la Salud, por su parte, dentro del marco del "Segundo Desafío Global por la Seguridad del Paciente Cirugía Segura Salva vidas" publicó en el año 2007 el "Listado de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", que contempla específicamente la demarcación del sitio quirúrgico en las tres etapas del checklist: en la entrada, en la pausa y en la salida.

Lamentablemente, muchos cirujanos, convencidos de que a ellos nunca les pasará una contingencia de esta naturaleza, subestiman esta herramienta y la encaran como un requisito administrativo más... ¡En NOBLE hemos recibido al menos tres demandas por equivocación de lado o sitio con checklist firmado por varias personas! Por eso, no basta con "imponer" esta norma mediante un memo y esperar que todos la cumplan. Una disposición de este tipo sólo garantiza tener un 100% de planillas de chequeo completas, pero no un 100% de verificación. Para que la verificación funcione se deben dar ciertas condiciones tales como: la demostración de la necesidad de un cambio; el compromiso, apoyo y participación de las máximas autoridades de la organización y de las especialidades involucradas; el adecuado entrenamiento del personal (tanto en los aspectos técnicos como "blandos" del checklist); líderes locales convencidos en cada servicio; posibilidad de realizar adaptaciones según las condiciones locales, distribución clara de roles/responsabilidades y la implementación gradual y escalonada del proceso, incorporando el feedback de los usuarios.

Oblitos (material retenido en cavidad)

La palabra oblito deriva del latín “oblitus/oblivus” que significa “olvidado/olvido”. El término se encuentra incluido en el diccionario de la Real Academia como “cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica”. Dentro de estos olvidos, las gasas y compresas representan cerca del 70%, y el instrumental el 30% (retractores, electrodos, pinzas). Se trata, al igual que el error de sitio quirúrgico, de un evento mayormente prevenible que es mucho más frecuente de lo que piensa la población general (no así los cirujanos, que saben de su ocurrencia relativamente común). Los oblitos representan el 5% de los reclamos que NOBLE recibe de todas las especialidades quirúrgicas.

La verdadera incidencia de cuerpos extraños olvidados en los pacientes es muy difícil de determinar debido a la dificultad para obtener datos precisos acerca de nuevos casos. El temor a las posibles implicancias médico-legales hace que este hecho suela permanecer como “secreto de quirófano”. Por otra parte muchos pacientes permanecen asintomáticos por años, siendo el hallazgo del oblito un hecho incidental que no siempre es denunciado.

Un estudio del 2003 publicado en el New England Journal of Medicine estima su incidencia en 1 cada 8.800 cirugías generales, estimando 1500 casos nuevos anuales en los Estados Unidos. Esta estimación, como otras publicadas, se basa exclusivamente en reclamos por mala praxis por los que todos los autores coinciden en que la frecuencia sea probablemente mucho mayor.

En nuestro país la casuística más amplia es la presentada por el Prof. Siano Quirós, quien sobre 24.166 pacientes operados en 14 años pudo comprobar 28 oblitos (1 caso cada 3030 operaciones). Si bien no hay datos precisos, en la experiencia de necropsias hospitalarias de nuestro cuerpo médico forense no infrecuentemente se han hallado gasas o compresas olvidadas.

En más del 50% de los casos el material suele quedar “olvidado” en abdomen o pelvis. En un porcentaje cercano al 20% en vagina. El resto se distribuye en otras localizaciones: tórax, canal espinal, cerebro, cara y extremidades. En muchos casos en los que se olvidan en el paciente gasas o instrumental, el cuerpo extraño es removido y el paciente se recupera. Sin embargo, los oblitos pueden dar lugar a severas complicaciones que en ocasiones pueden llevar incluso a la muerte (cuadros obstructivos, perforaciones intestinales, sepsis).

Determinados procedimientos quirúrgicos y situaciones conllevan mayor riesgo de oblitos: cirugías de emergencia (aneurismas de aorta, trauma, histerectomías por hemorragia post-parto, desgarros vaginales post-parto); inesperado cambio del plan quirúrgico (apendicectomías que se transforman en colectomías por cáncer, diverticulitis perforadas, complicaciones durante la cirugía); imposibilidad de recuento por paciente descompensado; obesidad mórbida, múltiples equipos quirúrgicos; cambio de instrumentadoras durante la cirugía; pérdida de sangre de más de 700 ml; horario nocturno y fines de semana; distintos equipos en un mismo acto quirúrgico (ej: traumatólogos y cirujanos de tórax); cansancio del equipo.

El recuento de gasas e instrumental es sin duda la primera barrera de prevención. Lamentablemente, dicho recuento suele realizarse de manera superficial y muchas veces no se documenta: en casi el 90% de las cirugías en las que se retuvo algún cuerpo extraño, el recuento fue informado como correcto. La política de recuento de las instituciones debería estar estandarizada, ser clara y concisa. La norma debería establecer *qué* se debe contar, *quién* debe hacerlo, *cuándo* y *cómo*. También debe abordar la responsabilidad de la documentación del recuento y la conducta a adoptar ante recuentos discrepantes. Las instituciones deberían revisar sus políticas actuales referidas a este tema y determinar si se requieren cambios. Deberían además participar del análisis no sólo los cirujanos, sino también las instrumentadoras, el personal encargado del mantenimiento del instrumental y los responsables de compras.

Las otras dos estrategias más difundidas para prevenir oblitos son la utilización de gasas marcadas con hilo radiopaco y la utilización de radioscopia o radiología de rutina antes de salir de quirófano, aún con recuentos normales. Algunas de las circunstancias que ameritarían esta precaución son los pacientes con obesidad mórbida, cirugías donde el sangrado se espera un sangrado importante, casos que involucran a múltiples equipos quirúrgicos y procedimientos particularmente largos o donde el ritmo de la cirugía tiene que acelerarse por alguna complicación (ej: ruptura de aneurismas de aorta, cesáreas de emergencia). Algunos autores han planteado dudas acerca de la costo-efectividad del screening radiológico en pacientes de alto riesgo. Según Gawande, serían necesarios 300 radioscopías para detectar 1 cuerpo extraño retenido. Según el mismo estudio debería valorarse el costo de estos estudios vs. el costo de un eventual juicio por responsabilidad profesional.

Casi unánimemente los fallos judiciales consideran al oblito como constitutivo de negligencia, entendiendo a la misma como a la falta de adopción de las precauciones necesarias. Generalmente se considera que faltó hacer algo más para evitar que el hecho sucediera.

Destacados miembros del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional evitan referirse a los oblitos como "accidentes quirúrgicos" ya que "accidente" es técnicamente todo hecho dañoso y fortuito que ocurre espontáneamente, sin la intervención de terceras personas. En el caso del oblito, siempre habrá alguien que lo dejó. Es por ello que dichos forenses prefieren referirse al oblito en sus informes como a un "incidente desafortunado". Incidente, porque es realmente un "hecho inesperado que sobreviene en el curso de un asunto y tiene con éste algún enlace". Desafortunado, porque no es precisamente "resultado de la buena suerte, que provoque felicidad".

Del análisis de casos jurisprudenciales argentinos surge que en la inmensa mayoría de los casos, los oblitos han sido severamente juzgados por nuestros tribunales. La doctrina coincide unánimemente en que quien demanda el resarcimiento de un daño debe probar la existencia del mismo y la culpa de su autor. Sin embargo, en el tema de los oblitos los fallos en general se apartan de este principio general considerando que, acreditada la existencia del oblito, corresponderá al cirujano demostrar que actuó sin culpa, ya que la misma se presupone en estos casos. Se invierte así la carga de la prueba bajo el principio "res ipsa loquitur" ("la cosa habla por sí sola").

Tampoco podrá exculparse el cirujano aduciendo que sus colaboradores (ayudantes, instrumentadora o circulante) le informaron de un recuento correcto. La Ley 17.132/67 (del arte de curar) en su Art. 19 inc 9 dice que es obligación del médico *"fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare un daño para terceras personas."* Ello ha sido así interpretado en numerosos fallos de responsabilidad médica en general y de oblitos en particular.

Pérdida o inadecuado manejo de la pieza quirúrgica

Si bien representaron sólo el 3% de nuestras demandas quirúrgicas, la pérdida o mala preparación de la pieza para anatomía patológica es también un hecho

100% evitable y difícil de defender. Algunas muestras pueden volver a obtenerse, como es el caso de biopsias intestinales para descartar una inflamación o una enfermedad celíaca. Sin embargo, el hacerlo significa someter nuevamente al paciente al riesgo del procedimiento, además de sobrecargar al sistema de salud con costos, tiempo y trabajo adicional. Sin embargo, la mayor preocupación es la generada por la pérdida de aquellas piezas que no pueden volver a obtenerse, como en los casos de tumores resecados completamente, lesiones de piel e inclusive órganos enteros. La pérdida de estos especímenes puede resultar en tratamientos inapropiados o innecesarios. Más aún, puede retrasar el diagnóstico, aumentar la ansiedad del paciente y ser una fuente potencial de litigios.

Los casos que hemos recibido van desde piezas que nunca llegaron al servicio de anatomía patológica, hasta la confusión de las mismas por mala rotulación, pasando por recipientes que llegan al servicio de patología rotulados pero vacíos. También tuvimos casos de pérdida de las muestras cuando eran trasladadas a un laboratorio externo y de material que quedó olvidado en quirófano y fue arrojado a la basura por el personal de limpieza.

Se trata de un riesgo que las instituciones deben abordar desarrollando normas y procesos que garanticen que las muestras lleguen en condiciones al anatomopatólogo y que éste cuente con la suficiente información como para poder hacer su análisis.

Cuando una pieza se pierde, tradicionalmente se busca exclusivamente la causa del error en la persona, atribuyéndole apatía, distracción o desatención. Esta visión limitada del problema lleva a que las únicas acciones correctivas tomadas para resolver el problema a futuro se basen en sanciones disciplinarias y reentrenamiento de los "culpables". Sin juzgar acerca de la conveniencia o no de estas acciones, la solución punitiva suele no bastar y en ocasiones puede incluso ser contraproducente. El abordaje sistémico, en cambio, no se centra sobre los individuos sino sobre los sistemas que determinaron y permitieron el error. El análisis se focaliza entonces en qué barreras pueden desarrollarse para reducir la posibilidad de que estas cosas pasen y minimizar su impacto en el caso de que un trabajador de la salud se equivoque (sistemas redundantes, chequeos cruzados, etc). Mientras que la causa próxima al evento adverso suele involucrar errores y omisiones individuales, los orígenes de dichas fallas suelen estar enraizadas en problemas organizacionales y en un inadecuado desarrollo de los procesos.

Por eso resulta conveniente que los responsables de las Instituciones revisen sus actuales normas y procedimientos para el envío de material a anatomía patológica. En las mismas deben detallarse los roles y procedimientos para una adecuada preparación y etiquetado de la pieza, junto con una completa confección de la solicitud que debe acompañar a la misma.

Quemaduras de piel por electrobisturí monopolar

Representan el 4% de nuestras demandas originadas en el ámbito quirúrgico. Casi todos los casos siguen un mismo patrón: la cirugía se realiza sin ninguna complicación de acuerdo a lo programado y, al retirar los campos, se observa una zona de eritema en el sitio en donde se aplicó la placa ("plancha") del electrodo neutro, correspondiente a una quemadura, en algunos casos de gravedad. Cuando se interroga al equipo quirúrgico, la respuesta más común suele ser que se trata de algo que escapa a su control porque no hubo ningún signo de alarma del aparato de electrocirugía durante su utilización. Muchas veces, al revisar lo actuado se comprueba que a pesar de haber colocado la placa en forma correcta, sucedió algo durante el procedimiento (ej. movimientos involuntarios, cambios de posición) que modificaron 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.

El 70% de las quemaduras se producen por defectos en el electrodo neutro (la placa"), siendo menos frecuentes las quemaduras producidas por fugas de corriente a través del revestimiento de aislamiento del electrodo activo, o cuando inadvertidamente se activa el mismo (se "pisa el pedal")

Desde el punto de vista médico-legal, hay responsabilidades que 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.

El peligro con el electrobisturí los equipos de electrocirugía no se limita a quemaduras cutáneas en la zona del electrodo neutro (plancha). Hemos recibido dos casos en los cuales se generó fuego en el quirófano, con quemadura del paciente (afortunadamente muy leves) y de los campos quirúrgicos. El incendio quirúrgico puede ocurrir cuando los tres elementos del " triángulo del fuego" (calor, combustible y oxígeno) se combinan en ciertas proporciones y bajo ciertas condiciones. Estos elementos se encuentran presentes en cada cirugía: los cirujanos aportan la fuente de ignición y calor, a

través de electrocoaguladores (en más del 70% de los casos), fuentes de calor como fibra óptica (20%) y equipos láser (10%); los anestesistas participan con el oxígeno, el óxido nitroso y el aire comprimido; las instrumentadoras, por su parte, suelen aportar el combustible: campos de tela o descartables, gasas, sábanas, y los antisépticos de piel, entre otros. Consecuentemente, cada miembro del equipo quirúrgico se asocia con uno o más lados del triángulo de fuego y debería tomar conciencia de cuál es su eventual participación. Esta complicación ha sido más descripta en cirugías otorrinolaringológicas, de cabeza y cuello y tórax superior ("carpas" con oxígeno enriquecido), si bien puede darse en cualquier parte del cuerpo. Cada miembro del equipo quirúrgico debería comprender los peligros de incendio que presentan cada uno de los lados del triángulo y estar atento a que los distintos elementos no puedan combinarse. Resulta fundamental la capacitación básica en este tema (ej: garantizar que el antiséptico de piel se haya secado) y la comunicación de estos riesgos entre ellos. El entrenamiento del personal no debe agotarse en la prevención del fuego sino que debe incorporar la conducta a seguir en caso de incendio sobre el paciente:

Infecciones de sitio quirúrgico

Se encuentran dentro de las demandas más frecuentes en este ámbito (12%). Esto no llama la atención, ya que las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes en el mundo cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados se infectan. En África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesáreas sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y capacidad para cuidar de sus hijos. Pero las infecciones quirúrgicas no afectan únicamente a los países pobres. En los EE.UU, por ejemplo, contribuyen a que los pacientes pasen 400.000 días más en el hospital, con un costo adicional de US\$ 900 millones al año. En el caso de Europa, las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son la segunda infección hospitalaria más frecuente, incrementando casi en una semana la estancia hospitalaria media del paciente afectado y triplicando el costo de su tratamiento.

En estos casos, las defensas de los cirujanos y las instituciones suelen cargar con las complejidades probatorias derivadas de una visión simplista que considera que todas las infecciones adquiridas en el hospital por gérmenes ajenos al paciente son el resultado exclusivo de las deficiencias en la asepsia, esterilización, higiene o control en el instrumental, utensilios o ambiente, y que

podrían haber sido evitadas con un mínimo de diligencia. Sin embargo, la prueba respecto al origen, tiempo y lugar de la infección no resulta tan fácil de abordar y de resolver, ya que las infecciones suelen ser provocadas por múltiples causas, resultando muy dificultoso en la práctica identificar a una sola de ellas (la falta de asepsia) como la causa exclusiva y adecuada de la infección. En este sentido, se ha sostenido que las infecciones hospitalarias son provocadas a veces por la creciente resistencia microbiana a antibióticos utilizados para combatir infecciones comunes, a veces por estar expuestos los pacientes hospitalizados a un descenso de su resistencia natural a las infecciones, y en otras oportunidades se deben a la creciente necesidad de procedimientos invasivos que aumentan este riesgo

No basta como argumento de defensa alegar que en todo el mundo un cierto porcentaje de heridas quirúrgicas se infectan a pesar de una máxima diligencia si no se está en condiciones de probar esa "máxima diligencia".

La principal línea de defensa será entonces demostrar una "diligencia exquisita" en la prevención de esta complicación. Los cirujanos deberán acreditar en la historia clínica todas las medidas recomendadas para prevenir la infección del sitio quirúrgico, las cuales han sido, consagradas por las principales guías de práctica (ej: baño prequirúrgico, antibiótico profiláctico en tiempo y forma, verificación de los testigos de esterilización, adecuada antisepsia de piel, control de glucemia preoperatoria en diabéticos, etc.). En el caso de que no se haya podido prevenir la infección, deberán demostrar su detección y tratamiento tempranos. Las organizaciones, por su parte, deberán acreditar el cumplimiento de normas y procedimientos de limpieza de quirófanos e instrumental, y los protocolos de su central de esterilización. También ayuda mucho a la defensa la existencia de un programa activo de control de infecciones con especialistas, comité, minutas, libros con tasas y medidas adoptadas, etc. Por otra parte, el riesgo de una infección del sitio quirúrgico debe ser adecuadamente discutido y documentado durante el proceso de consentimiento informado.

Lesión de vía biliar

Representaron el 6% de las demandas originadas en cirugías generales. En su inmensa mayoría estas lesiones se vincularon con colcecistectomías laparoscópicas, aunque también hemos recibido casos originados en cirugías a cielo abierto. La lesión más frecuente es la del colédoco (perforación, laceración, punción, fístula), seguida de lesiones en el conducto hepático común y cálculos retenidos. Algunas de estas lesiones se produjeron porque el

cirujano confundió el cístico con el colédoco; otras por la inapropiada colocación de los clips fallando en el cierre del cístico. Muy vinculadas a estas lesiones de la vía biliar se encuentran las lesiones de intestino delgado. Otros reclamos fueron originados por quemaduras por el equipamiento al utilizar electrobisturì monopolar. En la mayoría de los casos que recibimos en NOBLE las lesiones no fueron advertidas en el momento de la primera cirugía. Solo en pocos casos el cirujano reconoció la lesión en el momento. La mayoría de los pacientes tuvieron que ser sometidos a una segunda cirugía (generalmente una derivación en Y de Roux como by pass de la lesión biliar). Algunos pacientes tuvieron complicaciones graves (sepsis).

En estos casos, los demandantes suelen alegar impericia del cirujano, falta de información sobre esta complicación en el proceso de consentimiento informado (minimización del procedimiento) y/o que se reaccionó tardíamente ante signos y síntomas postoperatorios. Eso último merece una reflexión: dado el gran crecimiento de la cirugía ambulatoria, los pacientes se encuentran en pocas horas en sus casas. Si no hay una adecuada instrucción de pautas de alarma y adecuados canales de comunicación, puede reaccionarse tarde ante cursos postoperatorios atípicos (dolor abdominal, ictericia, exudados, fiebre, vómitos). En los casos de muerte por sepsis es clásico que los familiares aleguen un pobre control postoperatorio. Se deberá entonces probar que se brindaron y comprendieron los signos y síntomas que requerían una consulta inmediata. La situación es más grave si es el médico el que reacciona tarde ante estas complicaciones.

Cuando se produce una lesión de vía biliar, es relativamente común que los peritos de las distintas partes discutan si estaba indicada o no la realización de una colangiografía de control intraoperatoria o la colocación de drenajes, si bien ninguna de las dos medidas suele prevenir reclamos porque se realizan después de producida la lesión. A pesar de esto, la realización de una colangiografía intraoperatoria y la colocación de drenajes no dejan de tener un valor potencial, dado el común denominador en los litigios por lesiones de vía biliar es que frecuentemente son detectadas tardíamente, muchas veces cuando el paciente ya presenta signos de sepsis.

Otras lesiones asociadas a las colecistectomías provienen del uso del electrocauterio. Si bien algunas de estas quemaduras se producen en la vía biliar, la mayoría de las mismas se producen en el intestino delgado en zonas que están fuera del campo visual de laparoscopia (generalmente a consecuencias de "fugas" eléctricas producidas por defectos en el aislamiento).

del electrodo dentro de la cánula del trocar (mal mantenimiento de los equipos). El patrón de estos reclamos es bastante característico: el paciente es operado en forma ambulatoria o de corta estancia, el seguimiento postoperatorio es deficiente, y evoluciona hacia cuadros de peritonitis de evolución tórpida.

La posibilidad de una lesión de vía biliar y las alternativas debe ser discutida siempre durante el proceso de consentimiento informado. Este riesgo debe ser explicitado de manera taxativa en el documento. Ayuda además a la defensa la existencia de un parte quirúrgico que refleje las dificultades técnicas intraoperatorias (ej: plastrones, variantes anatómicas poco usuales) y la identificación precoz de la lesión.

Cirugía innecesaria

En el 5% de los reclamos por complicaciones quirúrgicas recibidas en NOBLE, la parte actora alegó que la cirugía realizada no era necesaria. Una acusación de este tipo obliga a definir qué debe entenderse por "cirugía innecesaria". En uno de los primeros tratados de errores en cirugía (1932), Max Thorek-, un cirujano de Chicago, manifestó que *"el primer gran error en la cirugía es la cirugía innecesaria"*. Leape a su vez define a una operación innecesaria como aquella que es inefectiva o sin sentido, o bien que no confiere ventajas sobre un procedimiento o alternativa menos riesgosa, no representando la cirugía un beneficio neto o indiscutible para el paciente. Representa un claro ejemplo de error de juicio o de conocimiento.

El Comité de Estudios de Servicios Quirúrgicos de EE.UU. (SOSSUS) definió 6 categorías de intervenciones, que a priori y sin previo análisis, podrían ser consideradas innecesarias:: a) Operaciones en las cuales no se extraen tejidos patológicos; b) Operaciones con indicación quirúrgica opinable; c) Operaciones para aliviar síntomas tolerables o no invalidantes; d) Operaciones para trastornos asintomáticos o no amenazantes; e) Operaciones consideradas obsoletas, desacreditadas o anticuadas; f) Operaciones con escasa o nula justificación por la clínica y/o estudios complementarios. Cada categoría requiere una evaluación precisa y rigurosa de cada caso en estudio antes de juzgar el grado de necesidad de la intervención.

Resulta fundamental para defender exitosamente estos casos que los cirujanos documenten claramente en la historia clínica la justificación de la cirugía. Muchas veces esta prueba documental trascendente se pierde, sobre todo en cirugías ambulatorias, donde sólo figura el motivo de admisión quirúrgica (ej: "Colelap"). Para ilustrar esto, bien vale el ejemplo de un caso real. Se trató de un

paciente de 55 años de edad, diabético tipo II, hipertenso, tabaquista y etilista severo que fue internado por un neurocirujano de la obra social para ser intervenido en forma programada hernias de disco L4-L5 y L5-S1, con implante de instrumentación de fijación de la columna vertebral. A las dos semanas la herida comenzó a supurar, aislándose un estafilococo meticilino-resistente. Pese al adecuado tratamiento médico y a la toilette quirúrgica con remoción del implante realizada, el paciente evolucionó en forma tórpida con numerosas intercurencias falleciendo a los cinco meses de la cirugía. La demanda por daños y perjuicios entablada por la familia se basó en la acusación de que el neurocirujano había operado a su familiar cuando no era aconsejable hacerlo, de acuerdo a los antecedentes del paciente y la opinión de otros médicos consultados post facto. La historia clínica que se aportó como prueba resultó absolutamente deficiente para sostener una defensa exitosa. Apenas figuraban los "títulos": *"Hernia de disco L4-L5 y L5-S1, examen neurológico normal; actualmente sin dolor"*. Por otra parte, como la historia de internación la había realizado un médico de guardia que admitió al paciente, estaba plagada de datos clínicos que, si bien pueden ser importantes y deben figurar (ej: riesgo quirúrgico), poco aportan para esclarecer si la cirugía estaba o no indicada.

Hubiera sido útil para defender este caso que el cirujano escribiera no más de 5 renglones en la historia clínica institucional (que suelen tener mayor peso probatorio que "fichas" de consultorio que terminan aportándose tarde al proceso) describiendo: el fracaso del tratamiento conservador; una clara descripción del dolor (intensidad, irradiación radicular); una descripción semiológica más fina que permitiera justificar la intervención (ej: parestesias, déficit de la dorsiflexión del pie); una mención a la resonancia magnética que demostrara la magnitud del compromiso, y una indicación clara de la necesidad de instrumentar la columna en un paciente con mayor riesgo de infección a consecuencia de su diabetes (ej: listesis). Estos cinco renglones hubieran marcado la diferencia. No siempre se trata de escribir más (la HC de este paciente era de tres hojas), sino de escribir lo justo.

Procedimiento inapropiado

Representaron en nuestra serie el 12% de los reclamos provenientes del área quirúrgica. En estos casos, los actores suelen alegar que si bien la intervención estaba indicada, la técnica utilizada no era la aconsejada para esa patología o ese paciente (ej: que el cirujano utilizó una técnica "vieja" que había sido superada por otras más modernas y menos invasivas, o que no tuvo en cuenta las características particulares del paciente, etc). Los procedimientos

inapropiados, que no dejan de ser una forma de cirugía innecesaria, pueden subdividirse en los siguiente grupos: a) operaciones inapropiadas para la enfermedad padecida; b) operaciones inapropiadas para un determinado paciente; c) operaciones apropiadas para la enfermedad y el paciente, pero efectuadas por un cirujano no adecuadamente entrenado para practicarlas. En estos casos, valen las mismas recomendaciones que para la cirugía innecesaria. En estos casos los jueces se apoyan mucho en la opinión de peritos expertos; son ellos quienes suelen tener la última palabra.

Complicaciones de cirugía bariátrica

El crecimiento de la cirugía de la obesidad en las últimas décadas se ha visto acompañado en todo el mundo por un aumento de la litigiosidad por mala praxis vinculada a este campo emergente. Es por ello que los aspectos médico-legales y de administración de riesgos en este tipo de procedimientos reciben cada vez mayor atención. Las complicaciones de cirugía bariátrica representaron el 3% de las demandas quirúrgicas recibidas por NOBLE. Muchas instituciones han desarrollado en nuestro país programas de cirugía bariátrica para cubrir la creciente demanda, y no todas cuentan con equipos realmente afianzados. Claramente, no alcanza con un cirujano que sepa hacer un by pass gástrico. Si bien los beneficios de estas técnicas están probados, los procedimientos bariátricos conllevan riesgos muy significativos no exentos de mortalidad. La morbimortalidad se ha visto muy asociada en estos casos a la curva de aprendizaje de los cirujanos y de los equipos quirúrgicos. Las causas de demandas en este subgrupo están vinculadas a las graves complicaciones clínicas y quirúrgicas de este tipo de cirugía. Dentro de las primeras se destacan las siguientes: tromboembolismos pulmonares, infartos de miocardio, infecciones urinarias, bronquitis, atelectasias, neumonías). Dentro de las complicaciones vinculadas a la técnica quirúrgica, las más importantes son: infección de herida operatoria, evisceración aguda, colecciones intraabdominales, obstrucción intestinal dehiscencia de sutura, peritonitis post-operatoria y sepsis. La mayoría de las demandas que recibimos tienen que ver con este segundo grupo de complicaciones. También se han descripto complicaciones postoperatorias tardías, que se presentan después de los 30 días. Entre las quirúrgicas, se destacan la estenosis de la anastomosis gastroyeyunal, la úlcera anastomótica y la hernia incisional. Las complicaciones clínicas tardías corresponden mayormente a carencias nutricionales por disminución drástica de la ingesta, por mala absorción o por omisión de una adecuada suplementación de nutrientes. Estas carencias suelen derivar en

alteraciones de piel y faneras, anemia y osteoporosis. También pueden presentarse complicaciones funcionales, como el síndrome de dumping e hipoglucemia, por la llegada rápida de hidratos de carbono simples al intestino delgado.

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos médico-legales, la frecuencia y la magnitud de las complicaciones obligan a extremar las habituales medidas de prevención, principalmente en lo que respecta a la comunicación con el paciente/ familia y la documentación. En caso de recibir una demanda a raíz de alguna de las complicaciones mencionadas, tanto el cirujano como la institución, además de presentar una completa historia clínica, deberán acreditar:

- Una adecuada selección del paciente según los criterios establecidos por las distintas normas de práctica (ej: fracaso del tratamiento médico multidisciplinario; IMC >40 kg; patología asociada de relevancia médica como HTA, diabetes tipo II, dislipemia, apnea del sueño, etc.). En un caso, una paciente murió por sepsis, y nuestros peritos concluyeron en que se había hecho una mala valoración del IMC y que no había indicación quirúrgica.
- Una adecuada acreditación de los profesionales y equipo que realizó el procedimiento. En el caso de los cirujanos, deberán acreditar no sólo su formación en esta técnica quirúrgica (experiencia como cirujano digestivo, antecedentes curriculares, cursos, congresos, jornadas y otras actividades científicas), sino que también deberán demostrar su capacidad en el manejo pre y postoperatorio de estos pacientes. No sólo los cirujanos deben estar entrenados en cirugía bariátrica. La necesidad de recursos se extiende al personal de recuperación anestésica (que debe estar entrenado en el soporte ventilatorio y respiratorio de los pacientes) y el personal de enfermería (que debe estar experimentado en atención respiratoria, en el manejo de sondas nasogástricas y drenajes abdominales, accesos venosos en obesos movilización y deambulación del obeso mórbido, con conocimiento de las complicaciones perioperatorias y capacidad para reconocer problemas cardíacos, diabéticos o vasculares).
- Una minuciosa evaluación preanestésica, que en la cirugía bariátrica adquiere una relevancia particular por las siguientes particularidades:

los obesos desaturan oxígeno más rápidamente que los no obesos; la reducción del compliance pulmonar (mayor resistencia al aire); mayor riesgo de aspiración (por el mayor volumen del contenido gástrico, la alta presión intrabdominal y mayor incidencia de reflujo gástrico; mayor riesgo de intubación (cuellos cortos). Es fundamental con respecto a esto último la documentación del grado de Mallampati (escala que mide la probable dificultad de la intubación).

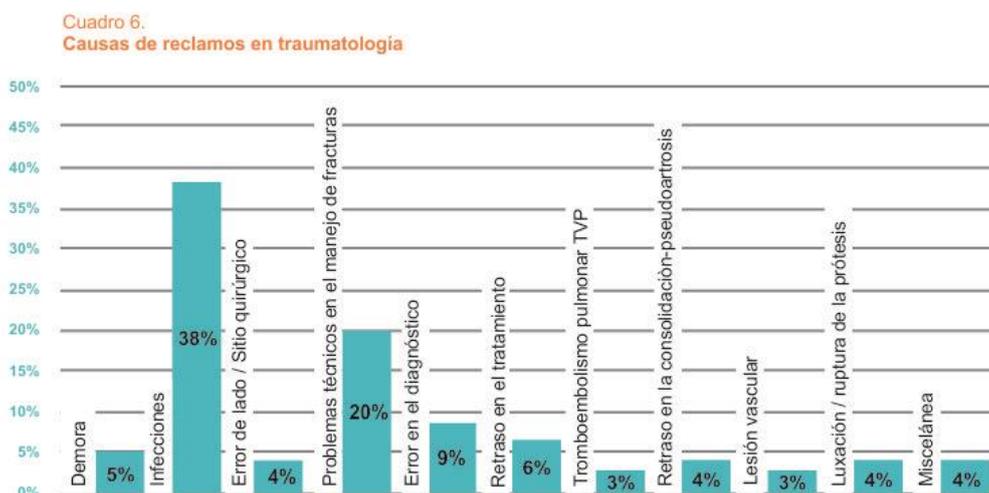
- Una adecuada evaluación psicológica que incluya el análisis de los hábitos de alimentación, la dependencia a drogas o alcohol, la capacidad del paciente para entender en qué consiste la cirugía y la existencia de trastornos mentales que pudieran contraindicar el procedimiento. Tuvimos dos demandas por muerte por dehiscencia de sutura y sepsis en casos con nula o mal valoración psicológica
- Un adecuado proceso de consentimiento informado. La información acerca de los objetivos de la cirugía, su naturaleza, beneficios, riesgos y alternativas es vital para que los pacientes puedan tomar una decisión acerca de cuál es el procedimiento más adecuado a su situación. Las instituciones y los profesionales pueden utilizar una gran variedad de materiales educativos para brindarle al paciente esta información. El documento del consentimiento informado deberá ser específico para cada tipo de cirugía. El mismo debe ser explicado personalmente por el cirujano y por los otros miembros del equipo y se le debe brindar al paciente el tiempo necesario como para que medite la decisión.

Otras causas de reclamos a cirujanos

Las restantes causas de demandas a cirujanos son sumamente variadas y se originan generalmente en lesiones originadas por problemas de técnica quirúrgica: complicaciones hemorrágicas (hemos tenido lesiones vasculares serias producidas por el ingreso a ciegas de trócares de laparoscopías), dehiscencia de suturas intestinales, lesión de uréter/vejiga (más frecuente en procedimientos ginecológicos), perforación de víscera hueca con peritonitis, evisceración aguda, etc. En general se trata de complicaciones propias del procedimiento que deben ser adecuadamente discutidas y documentadas durante el proceso de consentimiento informado. Ayuda a la defensa de estos casos que las complicaciones técnicas que haya podido tener el cirujano se encuentren adecuadamente registradas en el parte quirúrgico.

Traumatología

Los traumatólogos se encuentran entre los médicos más expuestos a recibir demandas por responsabilidad profesional. En nuestra serie, las demandas en esta especialidad representan casi el 40% de las demandas provenientes del ámbito quirúrgico. La gran mayoría de estos reclamos se originan en infecciones del sitio quirúrgico/osteomielitis (38%) y en problemas técnicos en el manejo de fracturas/luxaciones (20%) (ver cuadro 6). La cirugía de columna también es una causa frecuente.



El ejercicio de esta especialidad tiene algunas características que exponen particularmente a quienes la ejercen:

- En traumatología las urgencias son frecuentes. Los pacientes arriban a una guardia de emergencias sin haber elegido al profesional, y éstos disponen en general de muy poco tiempo para establecer una adecuada relación médico-paciente (una de las principales barreras para prevenir demandas)
- Pese a la gravedad de algunas lesiones, los pacientes suelen tener expectativas desmedidas con respecto a los resultados. El aparato locomotor es un sistema de mucha sensibilidad para las personas, ya que su alteración afecta la vida de relación y laboral. Generalmente estos pacientes esperan una recuperación pronta, total y tienen baja tolerancia a la pérdida de función, aún luego de un tratamiento correcto. Esta

pérdida funcional suele ser percibida como un "fracaso" de la cirugía o de la técnica empleada y no una consecuencia del accidente original.

- El ritmo de trabajo que suelen tener estos profesionales determina que la documentación sea en general bastante pobre, lo que dificulta las defensas (las historias clínicas mínimas y la letra ilegible en esta especialidad ya son un clásico entre nuestros peritos).
- Los resultados de las cirugías están muy condicionados por la calidad de las prótesis y elementos quirúrgicos que los traumatólogos utilizan. Cuando estos elementos son inadecuados, reutilizados o defectuosos, los profesionales quedan expuestos a complicaciones por las que suelen ser considerados los únicos responsables.
- Más allá de los conocimientos teóricos, la ortopedia y traumatología exige el desarrollo de destrezas manuales muy específicas que sólo pueden adquirirse luego de un cuidadoso entrenamiento supervisado. Muchos juicios se originan por delegar la reducción de fracturas o luxaciones en médicos en formación o médicos de guardia sin la adecuada supervisión.
- Tal vez en pocas especialidades como en la traumatología, el éxito de los tratamientos dependa tanto del cumplimiento y la colaboración del paciente. Los resultados se observan generalmente después de un tiempo, necesario para las consolidaciones y recuperación de tejidos. Se requiere de los pacientes un compromiso prolongado en el tiempo para una adecuada rehabilitación.
- Es común que los traumatólogos deban atender a pacientes politraumatizados. En estos casos, los resultados ortopédicos dependen en buena parte del éxito en las otras áreas que prestan atención al paciente. La naturaleza interdisciplinaria y protocolizada de la atención del politraumatizado requiere del traumatólogo una especial capacidad de trabajo en equipo, ya que la evaluación de las lesiones en las extremidades en la primera fase de asistencia del politraumatizado queda relegada a un segundo plano, con la excepción de algunas fracturas de pelvis, amputaciones o lesiones de grandes vasos. Las lesiones óseas raramente pondrán en peligro la vida del paciente, pero sí serán la causa, si el mismo sobrevive, de discapacidades. Por otra parte, muchas veces la inestabilidad hemodinámica y la necesidad de realizar

otros procedimientos de urgencias pueden retrasar el diagnóstico de fracturas, las cuales a veces son detectadas varios días después del accidente.

- Por último, la expansión del conocimiento ha generado un importante número de subespecialidades dentro de la ortopedia y traumatología. Esta situación obliga en cierta medida al traumatólogo general a considerar el hecho de derivar o no un determinado paciente, puesto que en el caso de un resultado adverso, los actores podrían basar su reclamo en la falta de interconsulta o derivación al especialista.

Muchas de las causas entabladas contra traumatólogos tienen el mismo origen que las demandas a cirujanos generales: retraso en el diagnóstico o tratamiento, infecciones de sitio quirúrgico, errores de lado, oblitos, quemaduras con plancha de electrobisturí, lesiones de órganos vecinos (en este caso vasos y nervios) etc. Aplican a estas situaciones las mismas recomendaciones establecidas anteriormente. Sin embargo, otro grupo de reclamos resultan propios de la especialidad.

Infecciones de prótesis- osteomielitis

Representaron en nuestra serie el 38% de las mediaciones y juicios en esta especialidad. Por su alto volumen, la mayoría de estas infecciones están vinculadas a artroplastias de cadera o de rodilla. Se trata de complicaciones que suelen ser devastadoras, tanto para el paciente como para el médico. El tratamiento de estas infecciones requiere en general una segunda operación para remover la prótesis e insertar un espaciador impregnado en antibióticos, una terapia antibiótica sistémica prolongada (con los posibles efectos adversos de estas drogas), una tercera operación cuatro a seis semanas después de completado el esquema antibiótico para un reimplante articular (seguida de numerosas sesiones de kinesiología adicional), y un período de recuperación de entre tres y seis meses. Todo esto acompañado de un importante dolor y disminución de la movilidad (que puede requerir la dependencia de una silla de ruedas o un andador) junto con considerables gastos de bolsillo para los pacientes, lucro cesante y dependencia de la familia o de los cuidadores. Por otra parte, las evoluciones de los pacientes reintervenidos son significativamente peores que las de aquellos que no se infectan, siendo la incapacidad permanente una posibilidad concreta en muchos casos. Se trata de una verdadera "tormenta perfecta", que expone mucho a los traumatólogos y

que los obliga durante todo ese tiempo a mantener una adecuada comunicación y relación.

A pesar de que la incidencia de estas infecciones se ha reducido en forma significativa gracias a las mejoras en las técnicas quirúrgicas, el tratamiento del aire en el quirófano y la profilaxis antibiótica, es habitual encontrar tasas de infecciones que oscilan entre el 1% y el 3%, aún con las mejores medidas de prevención. La etiología es bien conocida y existe un claro predominio de las infecciones causadas por grampositivos, que constituyen más del 50% de los casos, siendo el germen más frecuente el estafilococo.

En el caso que surjan demandas por esta causa, la línea de defensa es la misma que discutimos en el caso de infecciones luego de cirugías generales: la discusión de este riesgo durante el proceso de consentimiento informado y la "diligencia exquisita" en las medidas de prevención y monitoreo de esta complicación. En el caso de artroplastias de cadera y rodilla, esta diligencia se demuestra cuando el traumatólogo puede acreditar que siguió las mejores prácticas recomendadas por la evidencia científica. Estas prácticas son básicamente tres: utilizar un agente antiséptico con base alcohólica para la preparación preoperatoria de la piel; instruir a los pacientes para que se bañen o duchen con jabón de clorhexidina por un mínimo de tres días antes de la cirugía, e investigar la portación nasal de *estafilococo aureus* en los pacientes, decolonizando a los portadores con mupirocina intranasal durante cinco días. Otras prácticas con amplio consenso y aplicables a toda cirugía son la apropiada utilización de antibióticos profilácticos dentro de la hora anterior a la incisión en piel y la adecuada remoción del vello corporal, en caso que se decida hacerlo (evitar el rasurado al ras).

Problemas técnicos en el manejo de fracturas-luxaciones

Es la segunda causa de demandas en esta especialidad (20%). En algunos de estos casos nuestros peritos consideraron que la cirugía fue realizada de manera imperita, derivando en pseudoartrosis, nuevas fracturas y/o problemas articulares. En otros, opinaron que el traumatólogo tardó en reconocer la complicación de tratamientos asociados a las fracturas de tibia y peroné, pseudoartrosis y problemas articulares.

El manejo de fracturas suele asociarse con una mayor frecuencia y severidad de los reclamos, principalmente en situaciones de emergencia, donde la necesidad de solucionar una fractura puede llevar a un traumatólogo de guardia fuera de su área de experiencia (ej: un especialista en artroscopía que debe solucionar

una fractura distal de radio en un paciente mayor). En estos casos, el profesional no debería dudar en solicitar ayuda.

Muchas de estas fallas técnicas suelen originarse en fijaciones inadecuadas, fallando el implante antes de la consolidación ósea. Esto puede deberse a la inexperiencia del cirujano en la utilización del dispositivo o bien porque no se previó la necesidad de partes de la instrumentación y por lo tanto las mismas no estaban disponibles en quirófano. El cirujano que utiliza dispositivos para reducir y fijar fracturas debe estar familiarizado con el instrumental y sentirse cómodo con su uso. Todas las partes del set de instrumentación que remotamente podrían necesitarse deberían estar disponibles al momento de la cirugía. Se han descrito también complicaciones adicionales por la utilización de placas y tornillos para fracturas subtrocantéricas a pesar de la advertencia en contra del fabricante, clavos intramedulares cortos y pobre selección del material de instrumentación.

La mayoría de estas demandas se originan en un mal manejo o de fracturas de fémur (retraso en su diagnóstico, necrosis avascular, falta de consolidación, luxaciones). A veces las fracturas no son evidentes en las radiologías simples. En los casos de traumas femorales proximales, si existen signos sospechosos y las radiografías resultan negativas, es prudente recurrir al examen de resonancia magnética. En caso de no poder obtenerla, también parece aconsejable advertir al paciente o a sus familiares la posibilidad de una fractura no confirmada en el momento, pese a la radiografía negativa, e indicar la conveniencia de inmovilizar y repetir el examen radiográfico días después. En el caso de niños, el tratamiento cerrado de fracturas de fémur puede generar reclamos costosos debido a sus complicaciones: caída del pie, necrosis de piel, síndrome compartimental y malrotación-acortamiento. La mayoría de estos casos se deben a la aplicación de un tratamiento no estándar para este tipo de fracturas. También hemos tenido casos de complicaciones secundarias al yeso, sobre todo en niños, donde no se consideró negligente el seguimiento

Se debe tener además siempre en cuenta que las artritis, bursitis y ciática previas pueden ocultar los síntomas y signos de cualquier fractura y que en los ancianos la fractura puede resultar de un trauma aparentemente leve ("cuando la cadera sufre, la rodilla grita"). En casos de consolidación lenta, es conveniente anticiparse al diagnóstico de no unión con tomografías y estudios adicionales, advirtiendo al paciente sobre la evolución que está tomando el caso.

Otros problemas técnicos no están relacionados con la pericia del cirujano sino con dudas sobre la calidad del material protésico implantado que se rompió. Ante un reclamo basado en daños producidos por implantes defectuosos, el profesional deberá probar su diligencia, prudencia y pericia en la selección y manejo de los materiales, ya que puede ser hallado responsable por cualquier daño originado en fallas del material. Las nuevas tecnologías, muy frecuentes en esta especialidad, también exigen del profesional una gran capacidad de discernimiento e independencia frente a la presión comercial de los productores de estos elementos, que muchas veces pueden inducir daños al paciente por recibir tratamientos novedosos no adecuadamente probados o con la suficiente evidencia de investigación previa. Si el cirujano sospecha fallas, malfuncionamiento, defectos de fabricación o deterioro prematuro antes del uso de la prótesis (empaquetamiento defectuoso, corrosión, etc), deberá contactar al fabricante y notificar el incidente a la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica). Esta agencia ha desarrollado un sistema de tecnovigilancia y los formularios para la denuncia pueden bajarse de su página web.

Trombosis venosa profunda. Tromboembolismo pulmonar

Si bien representaron tan sólo el 3% de las demandas que recibimos en esta especialidad, vale resaltar esta complicación porque se han publicado guías validadas para prevenirla. Si el traumatólogo no puede acreditar que cumplió con los estándares de práctica para prevenir y tratar la TVP o el TEP, la defensa se hace muy dificultosa.

La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación común de la cirugía ortopédica, principalmente en reemplazos totales de cadera y rodilla. Sin profilaxis, la incidencia objetivamente confirmada de TVP luego de una cirugía traumatológica mayor varía entre el 40 al 60%. Si bien la asociación entre TVP y tromboembolismo de pulmón (TEP) es generalmente aceptada, afortunadamente esta complicación es infrecuente y se encuentra actualmente por debajo del 1%..

Pese a a las mejoras significativas en la profilaxis de la TVP y de las técnicas quirúrgicas en estos últimos 10-15 años, las tasas de tromboembolismo y de mortalidad por esta complicación se han mantenido marcadamente estables. Sin embargo, de ocurrir una muerte, es muy probable que el traumatólogo se enfrente a una demanda y en su defensa deberá demostrar cuál fue su estrategia para prevenir esta complicación.

Hay consenso mundial en utilizar la profilaxis antitrombótica en pacientes de alto riesgo, como en los casos de las cirugías mencionadas, pacientes obesos o postrados, portadores de neoplasias, embarazadas y otros estados de hipercoagulabilidad. En EE.UU generalmente se utiliza o bien warfarina sódica por vía oral o heparina de bajo peso molecular subcutánea. Otros medicamentos utilizados son la aspirina y los pentasacáridos sintéticos. Además, existen medidas generales, como la movilización temprana, ejercicios activos de flexo-extensión de los tobillos y medias de presión graduadas. La evaluación del riesgo del paciente y las medidas adoptadas deberían figurar siempre en la historia clínica en forma clara.

Obviamente, la utilización de medidas antitrombóticas suele aumentar la preocupación de los traumatólogos por la posibilidad de complicaciones hemorrágicas mayores, las cuales se ven en el 1 al 3% de los casos de reemplazos totales de cadera o rodilla y que pueden derivar en infecciones o posterior rigidez de la articulación. El sangrado es una causa común de retorno al quirófano para la evacuación de un hematoma o, en el peor de los casos, para la remoción del implante a consecuencia de una infección. Es sin duda un riesgo que no debe ser subestimado. Esta preocupación sumada a la potencial complicación devastadora de un hematoma espinal en pacientes sometidos a anestesia raquídea ha llevado muchos traumatólogos en los EE.UU a iniciar la profilaxis con heparina de bajo peso molecular a partir de las 12 horas postoperatorias (incluso 24 hs. después), o alternativamente a utilizar warfarina debido a que el inicio de su efecto anticoagulante es más tardío que el de la heparina.

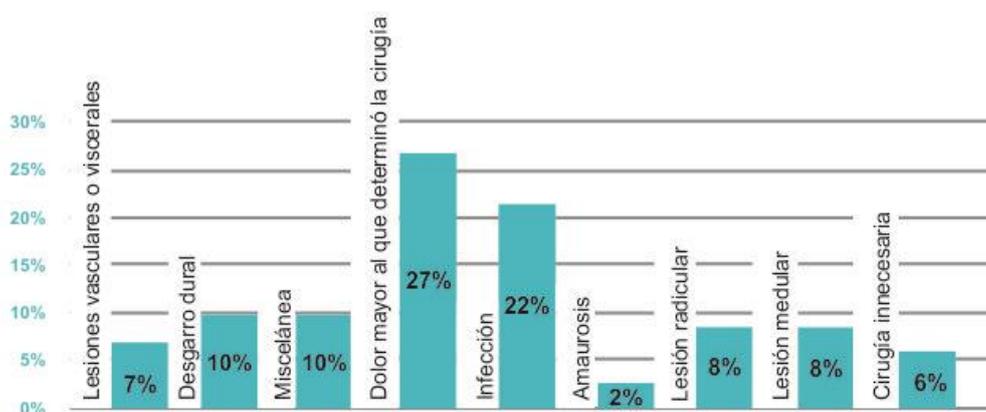
Si bien no existen dudas en realizar la profilaxis en cirugías ortopédicas mayores (principalmente en reemplazos totales de cadera y de rodilla), el temor del sangrado hace que el "timing" de la administración de la medicación anticoagulante sea un tema controvertido. Hoy parece haber bastante consenso en cuanto a lo siguiente: no se requiere profilaxis antitrombótica preoperatoria (si se administra dentro de las 2 hs del inicio de la cirugía incluso aumenta el riesgo de sangrado); la iniciación de la terapia antitrombótica entre las 6 y las 9 hs postoperatorias es efectiva y no se asocia con un aumento de sangrado mayor; la iniciación de la terapia antes de las 6 hs postoperatorias aumenta el riesgo de sangrado sin demostrar mayor eficacia antitrombótica, por lo que las 6 horas parecen ser un umbral razonable para el inicio de la profilaxis; la iniciación de la profilaxis entre las 12 y las 24 hs postoperatorias podría ser menos efectiva que la iniciación a las 6 hs, aunque se necesita de más

evidencias para confirmar esta hipótesis. De lo expuesto, surge con claridad que el traumatólogo puede optar entre distintas estrategias para prevenir la eventual catástrofe de una muerte de su paciente por un TEP. Lo que no puede dejar de tener es precisamente una estrategia y reflejar la misma en la historia clínica.

Complicaciones de cirugía de columna

Las complicaciones de la cirugía de columna son una fuente importante de juicios por responsabilidad profesional para los traumatólogos y neurocirujanos que desarrollan esta subespecialidad. Por su frecuencia y el involucramiento de dos especialidades, en NOBLE clasificamos a estos reclamos dentro de una categoría especial (ver cuadro 7). La mayoría se originan en cirugías de hernias de disco lumbares y cervicales, si bien también hemos recibido demandas por un mal manejo de escoliosis. Esto no llama la atención, dado que la patología discal es muy frecuente en la población general.

Cuadro 7.
Causas de reclamos en cirugía de columna



La cirugía de columna tiene todos los ingredientes que pueden hacer de un juicio una pesadilla. Se trata en general de pacientes con patologías que no amenazan la vida, donde el principal síntoma (dolor) tiene un fuerte componente subjetivo y donde las opiniones de expertos suelen diferir entre abordajes conservadores y radicales. Existen a su vez variadas alternativas de tratamiento que no siempre son adecuadamente informadas al paciente, el cual puede verse sorprendido ante evoluciones que no fueron anticipadas. Por otra parte, en caso de pacientes cuadri o parapléjicos los costos de lucro cesante y de gastos a futuro suelen ser millonarios.

La cirugía espinal es técnicamente difícil y la adquisición de las habilidades necesarias demanda años de aprendizaje. El margen de error es mínimo y sólo la cuidadosa atención a los detalles en el pre, intra y postoperatorio asegura buenos resultados en forma consistente. Cuando surgen complicaciones y juicios por responsabilidad profesional, el apresuramiento en la decisión quirúrgica (salvo en los casos de franca urgencia) y la falta de información adecuada al paciente suelen ser aspectos ampliamente debatidos por todas las partes.

La mayoría de las demandas por mala praxis en cirugías de columna tienen su origen en la inadecuada selección del paciente, la falta de una evaluación psicológica en casos que lo ameritan y en no haber agotado los tratamientos conservadores. A ello se suman muchas veces las complicaciones de la instrumentación quirúrgica.

La cirugía de columna tampoco se encuentra exenta de las complicaciones generales que pueden presentarse con cualquier cirugía y que ya hemos abordado en extenso (errores de lado, oblitos, infecciones, quemaduras, etc.) Sin embargo, muchos reclamos se originan en complicaciones específicas de este tipo de procedimientos.

- Desgarros duros: Es una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía de columna lumbar. El desgarro dural en sí no basta para generar demandas. Aquellas que progresan lo hacen porque el desgarro se asoció con alguna secuela (daño a raíces nerviosas, síndrome de cola de caballo, fístula de LCR, dolor, aracnoiditis, pseudomeningocele, trastornos esfinterianos e infecciones). El daño a la duramadre es una complicación aceptada de la cirugía de columna lumbar que muchas veces es difícil de evitar en descompresiones complejas. Dada su relativa frecuencia, el desgarro dural es una potencial complicación que debería ser discutida con el paciente durante el proceso de consentimiento informado. En caso de producirse, debería figurar en el parte quirúrgico las medidas adoptadas para reparar el defecto. El paciente debería ser advertido de su ocurrencia y se debería intensificar el control postoperatorio (y la documentación del mismo) buscando prevenir secuelas.
- Error de nivel: Si bien es infrecuente, la equivocación de nivel en cirugías de hernias de disco es una posibilidad concreta que, en caso de materializarse, tiene una chance cercana al 100% de transformarse en un juicio por mala praxis. Muchas veces este error se origina en una mala

interpretación de las variaciones anatómicas congénitas. Aproximadamente el 5% de la población tiene seis vértebras lumbares en donde uno de los segmentos sacros se encuentra "lumbarizado" o bien 4 vértebras lumbares, en donde la última lumbar se encuentra "sacralizada". Esto puede confundir al cirujano y gatillar el error, sobre todo cuando no se cuentan con los estudios en quirófano, no se dispone de radioscopia o no se logra tomar una adecuada radiografía por limitaciones técnicas de la mesa o alguna característica del paciente. El cirujano debe mantener un alto índice de sospecha cuando los hallazgos operatorios no se condicen con lo esperado de acuerdo a la semiología y estudios. Si bien puede comprenderse la causa raíz de este error, la mayoría de los peritos especializados lo considera inaceptable y muy difícil de defender. Es por ello imperativo que el cirujano adopte medidas de seguridad que garanticen la identificación del nivel correcto. Hay básicamente dos métodos. Uno consiste en exponer el sacro en el campo operatorio. Es posible identificar las estructuras mediante la visión directa y la palpación de los niveles. En el caso de cirugías mínimamente invasivas, el nivel correcto puede ser identificado introduciendo una aguja en el nivel supuestamente afectado procediendo a chequearlo radiológicamente. Eventualmente puede utilizarse marcación con azul de metileno a través de la misma aguja. Es prudente documentar todas las medidas adoptadas para identificación del nivel y en caso de hacer control radioscópico con aguja realizar y guardar una placa.

- Lesiones vasculares o viscerales: Si bien son sumamente infrecuentes, las lesiones vasculares o viscerales secundarias a la perforación del anillo fibroso anterior por el extractor son las complicaciones más letales a las que un cirujano de columna se puede enfrentar. Los vasos más frecuentemente lesionados son la aorta, la cava o los vasos iliacos, mientras que los órganos afectados suelen ser el intestino, los uréteres, la vejiga y el páncreas. A pesar de la naturaleza ominosa de estas lesiones, su sola ocurrencia no suele considerarse "ipso facto" evidencia de negligencia por parte de los peritos. Lo que sí se espera en caso de que esto ocurra, es que esta complicación sea reconocida y tratada rápidamente. Esto no siempre es tan fácil. Muchas lesiones pasan inadvertidas en los primeros minutos ya que no se observa en el campo quirúrgico una hemorragia masiva que alerte tempranamente. La perforación del anillo fibroso y la lesión vascular generalmente pasan inadvertidas para el cirujano. El mismo debe mantener un alto índice de

sospecha cuando trabaja en exéresis radicales en el espacio discal anterior. La hipotensión o la aparición de pequeñas cantidades de sangre en el instrumental de resección son los principales signos de alerta. El espacio discal es avascular y los instrumentos deberían aparecer secos y limpios. Ante la sospecha, se debe pedir ayuda urgente a los cirujanos vasculares. Las tragedias ocurren cuando el cirujano de columna se deja estar en la esperanza de que la lesión sea mínima y resuelva espontáneamente. Es entonces muy tarde para evitar el desenlace fatal.

- Síndrome de cola de caballo: La aparición de este síndrome también suele originar problemas médico-legales, ya que exige un reconocimiento y respuesta rápida. Los síntomas y signos pueden ser un motivo de consulta en guardia o el resultado de una complicación luego de una cirugía de hernia de disco lumbar. El 3% de las hernias de disco lumbares se presentan con este síndrome, El reconocimiento de este cuadro agudo generalmente recae principalmente en el médico de guardia y en forma secundaria sobre el especialista llamado en interconsulta. En estos casos se debe realizar y documentar un meticuloso interrogatorio y examen físico, incluyendo el tono rectal y la sensibilidad peri-anal. Se debe dejar asentada también la evaluación de la función vesical. El monitoreo neurológico debe ser realizado y registrado a intervalos frecuentes. En caso de compromiso severo, la respuesta debe ser inmediata. El cuadro también puede aparecer excepcionalmente en el postoperatorio como una complicación, y en ese caso las demandas generalmente se fundamentan en la presunta impericia quirúrgica.
- Daño a raíces con déficit neurológico agregado: El daño a raíces nerviosas con déficit motor (paresia de la dorsiflexión del pie o de la flexión plantar) en cirugías lumbares tiene en la literatura un rango de incidencia muy variable que va del 0,5 al 9% de los procedimientos, siendo L5 la raíz nerviosa más frecuentemente dañada. Cerca de un tercio de los casos se asocia con desgarros dures. Si bien muchos médicos demandados aducen que cuando la protrusión discal es muy grande aún la retracción más delicada de las raíces para exponer el disco o para remover el hueso que comprime puede afectar la función futura, en muchas ocasiones las raíces son laceradas y severamente dañadas por el instrumental. Esta situación suele ser el resultado de una pobre técnica quirúrgica y es muy difícil de defender. No suele esperarse

esta complicación de un cirujano de columna competente. Una única línea de defensa consistiría en poder demostrar que el foramen se encontraba tan estrecho que impedía la completa visualización de la raíz haciendo inevitable la contusión de la misma. Todas las dificultades operatorias deben quedar bien expuestas en el parte quirúrgico. De poco valdrá en estos casos la frase habitual: "*cirugía según técnica...*" La fijación con injerto óseo y tornillos transpediculares también es una fuente posible de lesiones radicales. La maniobra de inserción de los tornillos se realiza generalmente a ciegas, con conocimiento anatómico de la dirección de los pedículos. Los estudios han demostrado que aún en manos expertas un 20% de los tornillos traspasan un poco los límites del pedículo. Esto no suele ser clínicamente importante, pero de vez en cuando puede ocurrir alguna desviación seria en la inserción que termine dañando alguna raíz nerviosa. La complicación entonces suele ser advertida cuando el paciente se recupera de la anestesia quejándose de dolor o déficit en la pierna. No necesariamente la mala posición de los tornillos es fruto de la impericia y hay elementos que permiten elaborar alguna línea de defensa si el cirujano es demandado. En estos casos, la posición del profesional se debilita cuando en la historia clínica no se justifica claramente la necesidad de instrumentación (la primera acusación suele ser que la misma no era "realmente necesaria") y cuando no se informó al paciente de esta posibilidad en el proceso de consentimiento informado. La minimización del procedimiento siempre trae problemas cuando la evolución es desfavorable. Los déficits neurológicos luego de cirugías de columna cervical son menos frecuentes pero pueden llegar a ser mucho más dramáticos. Su presentación es diversa, abarcando desde la cuadriplejía a la irritación aislada de una raíz. También son complicaciones conocidas la lesión del recurrente laríngeo y de la cadena simpática. Todas estas complicaciones deben ser discutidas con el paciente durante el proceso de consentimiento informado y debidamente registradas.

- Síndrome de cirugía lumbar fallida ("Failed back surgery"): Un cierto número relativamente alto (en nuestra serie llegó al 27%) de pacientes operados de hernias de disco lumbar no mejoran o incluso empeoran luego del procedimiento. A estos pacientes se los suele agrupar dentro de lo que se denomina "Síndrome de Columna Lumbar Fallida", caracterizado por la recurrencia del dolor tras la cirugía, en ausencia de patología discal u ósea que lo justifique. Debido al alto porcentaje de fracasos, las reintervenciones tras la primera cirugía se hacen a veces

necesarias, obteniendo muchas veces pobres resultados respecto a la disminución del dolor y mejora funcional. Este cuadro es una de las principales causas de demandas contra traumatólogos y neurocirujanos, si bien es muy difícil que estos juicios se resuelvan a favor del paciente, ya que hay muchas causas que pueden explicar esta sintomatología y la mayoría no se deben a mala praxis por parte de los profesionales actuantes. La principal etiología es la fibrosis peridural, resultado de una respuesta cicatrizal propia de cada organismo que está fuera del control del profesional. Otra causa descrita de este síndrome se origina en una descompresiónhis insuficiente del receso lateral con estenosis foraminal. Si bien alguien puede alegar algún error de criterio o de ejecución por parte del cirujano, difícilmente pueda decirse que el mismo ha incumplido con el estándar de práctica aceptado por el profesional medio. Por otra parte, el desarrollo de inestabilidad segmentaria luego de la cirugía de hernia de disco lumbar puede hacer necesaria una fijación posterior, pero también este problema puede aparecer sin que necesariamente implique negligencia.

- *Amaurosis (Neuropatía Óptica Isquémica)*: Nuestro departamento legal ha recibido dos demandas por esta causa luego de cirugías de columna por patologías benignas. Se trata de un cuadro devastador: los pacientes se despiertan de la anestesia ciegos de un ojo cuando nada hacía prever una complicación de esta naturaleza. En los dos casos la lesión se debió a la compresión del globo ocular contra el cabezal (paciente en decúbito ventral), si bien la literatura demuestra que la mayoría de las veces la pérdida de visión no se produce por compresión directa, sino por una etiología multifactorial en la que se asociarían grande pérdidas de volumen sanguíneo, hipotensión, anemia y prolongada duración de la cirugía. Ante situaciones de este tipo la carga de la prueba recae fuertemente sobre el profesional, quien deberá demostrar que la atención no fue diligente. La mejor forma de hacerlo sin dejar flancos débiles consiste en documentar en la foja anestésica la protección del decúbito de los globos oculares. No hay unanimidad entre los profesionales acerca de si un riesgo de tan baja probabilidad debe ser informado al paciente en el proceso de consentimiento. Sin embargo, algunos autores recomiendan que todos los pacientes que van a ser operados de columna sean advertidos de este riesgo, que si bien es muy bajo es invalidante e intratable.

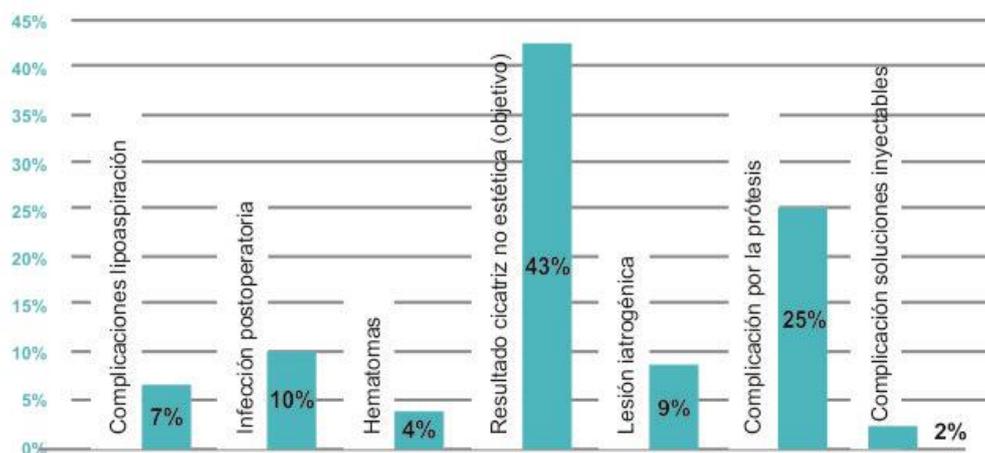
Cirugía estética

Representaron en nuestra serie el 16% de todos los reclamos quirúrgicos. La inmensa mayoría se originaron en cicatrices y malos resultados estéticos que resultaron muy claros y obvios para los peritos a partir de retracciones, encapsulamientos, queloides, etc.

Algunas de las características del ejercicio de esta especialidad exponen particularmente a los cirujanos que la ejercen. Tal vez la más distintiva de ellas sea la obligación de resultados, establecida mayoritariamente en nuestra doctrina y jurisprudencia.

En otras especialidades quirúrgicas, la cirugía tiene generalmente un fin curativo o paliativo. Cuando existe una necesidad terapéutica, el médico asume una obligación de medios, en la que no se compromete a un resultado, sino que se obliga a actuar diligentemente, con prudencia y con pericia para lograr la evolución esperada. Esta justificación terapéutica de la cirugía puede determinar que no sea encontrado responsable ante un daño si se demuestra que actuó de acuerdo a los estándares aceptados de su especialidad. En la cirugía estética, en cambio, las personas acuden al médico con un fin de embellecimiento y de satisfacción personal sin que exista una patología previa. En estos casos, la falta de necesidad terapéutica agrava la responsabilidad del médico, obligándolo a resultados., ya que si no se prometiera un resultado estéticamente agradable, nadie solicitaría este tipo de intervención:

Cuadro 8
Reclamos en cirugía estética



Como dijimos, la gran mayoría de la jurisprudencia argentina considera que la naturaleza de la obligación del cirujano plástico, cuando actúa exclusivamente con fines estéticos es de resultado (no así en el caso de cirugías plásticas reparadoras en el caso de pacientes oncológicos, grandes quemados, trauma, etc.):

"En los casos de cirugía estética o reparadora, la obligación asumida por el médico es de resultado y por lo tanto aquél será responsable de los daños ocasionados si no demuestra caso fortuito o fuerza mayor. Es que la intervención del médico sólo está justificada por la finalidad perseguida de lograr un efecto favorable desde el punto de vista estético. Ello supone que el médico ha pronosticado al paciente un resultado, pues no otro es el objeto del consentimiento que éste ha prestado..."

Fallo de la Cámara Nacional Civil. Sala I. R.D.A de R., sentencia definitiva, c 083433, "C.R. c/F.A. s/daños y perjuicios". 8/7/1992

Aún pudiendo llegar a aceptar que la cirugía estética, como cualquier cirugía, presenta riesgos imprevisibles, y que siempre están presentes los imponderables que caracterizan a las obligaciones de medios, los jueces son más severos con los cirujanos estéticos que con otros especialistas:

*"Aún cuando se estime que la responsabilidad del especialista en cirugía estética es de igual naturaleza que la de cualquier otro cirujano, aunque difiere en su extensión, **dado que debe apreciarse con mayor severidad**, lo cierto es que al haberse prometido un resultado, existe un desplazamiento de la carga de la prueba, ya que ante el incumplimiento del "opus" propuesto y las secuelas en la cara de la paciente, corresponde al cirujano acreditar su falta de culpa. Y, por tanto, el acaecimiento de un caso fortuito, que no estaba en las manos del cirujano superar, pese a la diligencia en su labor"*

Fallo de La Cámara Nacional Civil., Sala E, Setiembre 20, 985- P de TP Ana M. c./OA,J. La Ley 1986-A, 469-DJ, 986-II-12-ED, 117-244

Otras características de esta especialidad son:

- Gran frecuencia de pacientes conflictivos: Si bien no se puede generalizar, la literatura abunda acerca de pacientes con un perfil de personalidad que condiciona su capacidad de adaptación a una intervención estética y la aceptación de su resultado. Muchas personas que desean una cirugía estética padecen neurosis con trastornos narcisistas de la personalidad y son hipersensibles a la frustración y los

fracasos. Otros, los menos, presentan cuadros de dismorfofobia graves. De allí que la adecuada selección de los pacientes sea uno de los factores determinantes del éxito o el fracaso del procedimiento. La elección correcta suele resultar de la combinación del buen criterio quirúrgico, el sentido común, el instinto y las interacciones personales. Más allá de la interconsulta con profesionales en salud mental, resulta fundamental que el cirujano estético, en su proceso de selección, sepa quién es su paciente (rasgos de personalidad, gustos, disconformidades), cuáles son los objetivos estéticos que persigue, cuándo es el mejor momento para ser intervenido (ej: si se encuentra atravesando una crisis o no) y por qué quiere ser intervenido (si tiene expectativas realistas y comprende las limitaciones de la cirugía)

- Gran influencia de los medios de comunicación: La promoción de productos, técnicas y profesionales en medios gráficos y televisivos ha llevado a una innegable mercantilización de la cirugía estética, que termina transformando a los pacientes en clientes cada vez más exigentes y poco tolerantes cuando el resultado final no es el publicitado. A su vez, los mismos medios son muy rápidos en la difusión de accidentes y presunta mala praxis, aún antes de que se expida la justicia, generando un clima que favorece la desconfianza y la generación de reclamos.
- Frecuente utilización de prótesis y soluciones inyectables: El cirujano estético se vale frecuentemente de prótesis y soluciones inyectables, lo que genera un riesgo adicional, puesto que jurídicamente puede verse involucrado por las deficiencias de estos productos, dependiendo para ello de un tercero. Si el profesional no verifica el estado y procedencia de los mismos, podría implicar responsabilidad de este, aunque no esté vinculado con su fabricación.
- Procedimientos realizados por profesionales no calificados: Todavía sigue viéndose de tanto en tanto daños producidos por médicos sin la debida especialización en cirugía estética. La formación del especialista en cirugía plástica es ardua, y exige dedicación y esfuerzo permanentes. Ante un conflicto médico-legal, el profesional deberá acreditar que es realmente un especialista, lo que exige demostrar que ha cumplimentado alguno de los diferentes programas de entrenamiento existentes en la Argentina que, en síntesis, tienen una duración mínima de tres años y que otorgan certificados una vez aprobada la

correspondiente evaluación (residencias, carrera de especialista, cursos superiores etc.)

- Frecuente minimización de los procedimientos: La mayoría de las cirugías estéticas se realizan sobre bases ambulatorias con excelentes resultados y satisfacción de los pacientes. Este hecho determina que muchas personas creen que intervenciones de cierta envergadura son “procedimientos menores”. La baja frecuencia de eventos graves suele generar cierta relajación en los estándares de seguridad. Por otra parte, algunas cirugías de relativa complejidad todavía se realizan en establecimientos poco preparados para manejar complicaciones graves en el intra o postoperatorio inmediato.
- Mayoría de pacientes privados: A diferencia de lo que ocurre con otras especialidades, la mayoría de los procedimientos y cirugías estéticas no se encuentran cubiertas por las obras sociales y prepagas. El paciente tiene entonces que afrontar de su bolsillo los costos de las intervenciones, a lo que se suma muchas veces el costo de los implantes. Este hecho no es menor, ya que ante la aparición de problemas, es frecuente que los pacientes traten de recuperar lo invertido en forma rápida (muchas veces para ser intervenidos por otro profesional). Lamentablemente, la vía elegida para recuperar el dinero suele ser un reclamo por responsabilidad profesional, muchas veces sin fundamento. Por otra parte, la ausencia en el proceso de la prepaga, obra social o clínica (que suelen “alquilar” los quirófanos para estas cirugías) hace que el profesional deba afrontar el reclamo sólo, sin contar con la espalda económica de las instituciones y financiadores.
- Mayores exigencias en la documentación del consentimiento informado: Una regla no escrita sostiene que cuanto más electivo es el procedimiento, mayor es el deber de información. El proceso de consentimiento informado y su instrumentación adquieren entonces una particular relevancia en las cirugías y procedimientos estéticos. Las intervenciones voluntarias, con fines de embellecimiento personal y no de curación, no admiten situaciones en las que pueda justificarse una limitación de la información en función de la necesidad del procedimiento. El paciente debe acceder a la intervención estética con un completo conocimiento de todas sus consecuencias y de sus posibles resultados. El médico deberá en estos casos informarle en forma completa, veraz y exhaustiva no sólo las complicaciones más

frecuentes y probables sino también aquellas improbables pero posibles:

*“El deber de información impuesto a los facultativos adquiere particular relevancia **tratándose de cirugías estéticas con fines de embellecimiento**, en las que debe satisfacerse de una manera prolija y pormenorizada, **atendiendo a los fines cosméticos y no curativos del cometido...**”*

Fallo de la Cámara Nacional Civil. Sala E, setiembre 20-985. P de TP, A.M.c./O.A., J. La Ley, 1986-A, 469-DJ, 986-II-12-ED, 117-244

Dicho en un lenguaje más llano, si el paciente desarrollara alguna complicación a partir de la cirugía, aún sin que haya mediado mala praxis (ej: cicatriz queloide, infección pese a todos los recaudos, etc.) el profesional deberá responder por los daños si no puede acreditar que esa probabilidad había sido advertida al paciente.

La cirugía estética comparte gran parte de los riesgos descriptos para cualquier procedimiento quirúrgico (infecciones, hemorragias, oblitos, errores de lado, etc). Describiremos a continuación algunas particularidades específicas de los reclamos en esta especialidad.

Resultado-cicatriz antiestética

Representaron en nuestra serie el 43% de la demandas en esta especialidad. Los casos que progresan son aquellos en los cuales los peritos concuerdan, generalmente en base a fotos antes/después, en un pobre resultado estético. A veces estos resultados son producto de una mala técnica quirúrgica y en otros son la consecuencia de complicaciones hemorrágicas o infecciosas. Algunos ejemplos: fosas nasales demasiado expuestas o asimétricas, asimetría de mamas, párpados muy chicos luego de blefaroplastia (que dificulta el cierre ocular), etc.

Un párrafo aparte merecen las cicatrices hipertróficas y queloides, cuya aparición es imprevisible, dependiendo mayormente de una predisposición genética. Ambos tipos de cicatrices son muy difíciles de tratar, requiriendo en muchas ocasiones la asociación de diferentes opciones terapéuticas para conseguir su control. Se trata de una posibilidad que debe ser discutida y documentada en el proceso de consentimiento informado. Las intervenciones quirúrgicas con fines puramente cosméticos no deben realizarse en pacientes con antecedentes de cicatrización patológica.

Complicaciones de las prótesis mamarias

Representaron en nuestra serie el 25% de los reclamos originados en cirugías estéticas. La mayoría se debieron a deformidades y dolor a consecuencia de una contractura capsular (encapsulamiento). Se trata de una reacción tipo cuerpo extraño. Debido a la dificultad para destruir o expulsar el implante de silicona, el organismo reacciona aislándolo generando una cápsula periprotésica engrosada, lo que altera en muchos casos la forma de la mama. En nuestra experiencia, estos cuadros se asocian con bastante frecuencia a la contaminación bacteriana del sitio quirúrgico.

La segunda gran causa de las demandas vinculadas a prótesis mamarias son las asimetrías, que pueden originarse en una mala posición o bien en el deslizamiento o rotación de la prótesis. Si bien al actual riesgo de rotura de prótesis es bajo, a lo largo de estos años hemos recibido varias demandas de este origen. En caso de que mediante una resonancia magnética o una ecografía se revele una ruptura protésica, el recambio es obligado. Como algo excepcional, nuestros peritos recuerdan un caso en el cual la prótesis literalmente se “escapó” a través de una dehiscencia de la herida.

Lesión iatrogénica

Perforación de tabique, lesión nervio facial en liftings, lesión de piso de órbita y perforaciones viscerales durante lipoaspiración

Complicaciones de lipoaspiración

Representaron en nuestra serie el 7% de las demandas contra cirujanos estéticos. La mayoría de estos casos se originaron en seromax, necrosis de piel, alteraciones de la sensibilidad e infecciones. Sin embargo, dos reclamos se debieron a desenlaces fatales: una hemorragia masiva con desequilibrio hemodinámico/shock y un tromboembolismo graso masivo. En casi todos los casos el proceso y la instrumentación del consentimiento informado jugó un rol central.

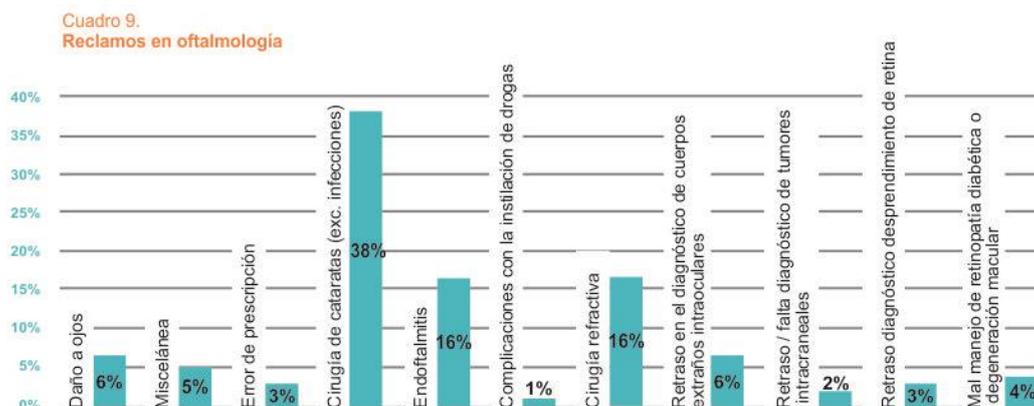
Se conjugan en este procedimiento gran parte de las situaciones expuestas cuando hablamos de las características particulares de la cirugía estética: procedimiento frecuente, expectativas desmedidas, percepción por parte del paciente de que se trata de un procedimiento menor, baja tolerancia a las complicaciones, instalaciones inadecuadas y riesgos muy infrecuentes pero potencialmente mortales que no son advertidos al paciente ni documentados adecuadamente en el consentimiento informado.

La muerte luego de una lipoaspiración es muy infrecuente. Las estadísticas publicadas abarcan un rango que va desde 3 a 25 muertes cada 100.000 procedimientos. Sin duda estos números plantean un dilema ético. ¿Debe informar el cirujano estético este riesgo? Dado lo electivo del procedimiento y la magnitud de las posibles complicaciones, sería cuestionable ocultar estas probabilidades. Como vimos, en los casos de cirugías estéticas, el consentimiento del paciente debe ser irreprochable, pues el menor reproche que pueda hacerse al respecto compromete la responsabilidad del médico.

Oftalmología

Los juicios contra oftalmólogos representaron en nuestra serie el 7% de los reclamos originados en cirugías y el 3,66% de la totalidad de mediaciones y juicios recibidos. Cerca del 40% de los casos se debieron a complicaciones de cirugías de cataratas y el 16% a endoftalmitis (la mayoría de las cuales también fueron consecuencia de la cirugía de cataratas. El tercer lugar lo ocuparon las complicaciones de cirugías refractivas (Ver cuadro 9).

Algunas de las particularidades de esta especialidad la exponen a reclamos. En primer lugar, hoy los pacientes tienen acceso a una creciente publicidad comercial de alternativas tecnológicas y nuevos procedimientos en oftalmología que suelen generarles expectativas poco fundamentadas. El manejo de patologías antes inmanejables genera en los pacientes la falsa esperanza de una visión perfecta, aún con órganos defectuosos en los cuales el mejor resultado está muy lejos de asegurar una visión normal Segundo, las características de la medicina gerenciada en nuestro país determinan que los oftalmólogos, como otros profesionales, deban atender un gran volumen de pacientes para obtener un ingreso razonable. El poco tiempo del que disponen los priva muchas veces de las principales herramientas para prevenir acciones legales: una sólida relación con los pacientes y una prolija documentación. Tercero, el uso de equipos médicos es otra fuente de riesgos específicos, ya que los mismos pueden fallar, tener un manejo inadecuado, esterilización deficiente, causar reacciones por los conservantes de los medicamentos, etc. Algunos ejemplos de daño incluyen las endoftalmitis estériles por materiales extraños o detergentes, descompensación corneal por toxicidad con droga, opacidad postoperatoria de los lentes intraoculares por la silicona de la presentación, etc.



Complicaciones de cirugías de cataratas

Siendo la cirugía de cataratas el procedimiento quirúrgico más frecuente en la oftalmología, no llama la atención que sea la principal fuente de reclamos contra médicos de esta especialidad (más del 30% de los casos en la mayoría de las series publicadas, 38% en nuestra serie). La mayoría de las demandas se basan en complicaciones reconocidas de la cirugía que no fueron suficientemente advertidas, ocupando el primer lugar las endoftalmitis postquirúrgicas.

Las expectativas de los pacientes acerca del pronóstico de la cirugía de cataratas han cambiado considerablemente en los últimos años. El acceso a información acerca de los grandes avances tecnológicos en lentes intraoculares- no siempre bien interpretada- genera muchas veces en los pacientes la percepción de que alcanzarán una visión casi perfecta, sin ningún tipo de dependencia de anteojos o lentes de contacto. Cuando estas altas expectativas se ven defraudadas por un mal resultado, algunas personas son propensas a iniciar acciones legales, principalmente cuando han tenido que pagar de su bolsillo lentes intraoculares especiales de última generación que no estaban cubiertas por su obra social o prepaga.

En general, los peritos con experiencia en la defensa de este tipo de reclamos recomiendan las siguientes acciones para disminuir la posibilidad de ser demandado y mejorar la posición del oftalmólogo en un juicio por responsabilidad profesional:

- Maneje adecuadamente las expectativas del paciente: el paciente debe comprender las limitaciones de la cirugía, sobre todo en presencia de otras condiciones oftalmológicas como retinopatías diabéticas o degeneraciones maculares vinculadas con la edad.
- Documente la comorbilidades oculares o clínicas que puedan afectar el pronóstico de la cirugía: La ambliopía, retinopatías, glaucoma etc. pueden alterar el pronóstico. Por otra parte, características especiales del ojo, cirugías o traumatismos previos aumentan la complejidad del procedimiento. Algunas condiciones médicas y medicamentos como anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios y antagonistas alfa adrenérgicos pueden crear problemas intra y postoperatorios.
- Discuta las opciones de anestesia con el paciente, el anestesiólogo y eventualmente con el clínico de cabecera: Muchas veces los pacientes

no están adecuadamente informados acerca de los riesgos de la anestesia y de la sedación. La mayoría de las demandas originadas en problemas anestésicos se relacionan con inyecciones peri o retrobulbares. Estas son opciones particularmente riesgosas para pacientes bajo medicación anticoagulante /antiagregante o con trastornos de la coagulación.

- Documente adecuadamente el consentimiento informado: Los principales problemas surgen cuando los pacientes alegan que no fueron advertidos de una complicación en particular para la cual presentaban un riesgo aumentado o bien que fueron coaccionados para firmar del documento el mismo día de la cirugía. El oftalmólogo debe poder probar en estos casos el proceso de información que siguió con su paciente, iniciado en el consultorio y plasmado en un documento firmado con la suficiente antelación en donde se informen la naturaleza, los beneficios, los riesgos y las alternativas específicas de la cirugía de cataratas. En este aspecto, los oftalmólogos cuentan con una gran ventaja: el trabajo del Dr. Roberto Borrone, médico especialista del Servicio de Oftalmología del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional y director del Área de Docencia e Investigación de la Comisión de Certificación del Consejo Argentino de Oftalmología (CAO), quien desde el año 1999 viene desarrollando modelos muy didácticos y completos de consentimiento para cada procedimiento y cirugía oftalmológica. Puede accederse a los mismos a través de la página web del CAO. En 2018, Borrone publicó la primera edición impresa con 77 modelos, y hoy la base ya cuenta con 100. Es la serie más completa de consentimientos informados oftalmológicos del mundo, considerando cualquier idioma. Se han transformado hoy en un estándar de lo que los peritos de esta especialidad esperan encontrar en un consentimiento.
- Documente las indicaciones de alta y el seguimiento: La mayoría de las cirugías de cataratas se realizan en forma ambulatoria. En estas situaciones, los pacientes pueden ser enviados a sus casas sin haber comprendido su rol en el cuidado postoperatorio y el nivel de alerta que deben tener ante potenciales problemas. Resulta entonces prudente entregarle al paciente instrucciones escritas acerca del cuidado postoperatorio, detallando los síntomas de posibles complicaciones que deberían ser notificadas de inmediato. La entrega de esta información también deberá quedar registrada en la historia clínica. Todo el staff del consultorio debe estar instruido acerca de la importancia de notificar

inmediatamente si un paciente llama en el postoperatorio cercano manifestando problemas, quejas o preguntas.

Endoftalmitis

Las endoftalmitis postoperatorias representaron en nuestra serie el 18% de las demandas contra oftalmólogos. Se trata de una de las complicaciones más temidas de la cirugía oftalmológica. El 61% de las demandas por esta complicación se originan en cirugías de cataratas, y la endoftalmitis lidera la lista de reclamos en relación con otras complicaciones vitreoretinales como la luxación del cristalino o de la lente intraocular, la hemorragia expulsiva, la oclusión vascular y el edema macular cistoide. Vale para esta infección postoperatoria lo mismo que para otras especialidades quirúrgicas. Se trata de una posibilidad que debe ser discutida durante el proceso de consentimiento informado. En estos casos, asumiendo en primer lugar que la cirugía estaba indicada y habiendo reconocido y tratado rápidamente esta complicación, los peritos suelen ver a la endoftalmitis más como una fatalidad que como una mala praxis. Claro está, que el cirujano deberá probar que fue extremadamente diligente en todas las medidas destinadas a prevenir su aparición, algo que en nuestro país es difícil debido a historias clínicas y partes quirúrgicos muy incompletos.

Por otra parte, las demandas por endoftalmitis secundarias a trauma son raras (6% del total de demandas por esta complicación), pero en el 57% de los casos derivan en pagos al demandante. Claramente, aquellos oftalmólogos que no administran antibióticos y/o controlan muy de cerca un ojo luego de un trauma no suelen ser apoyados por los peritos expertos. Los profesionales también deben prestar la profesional atención a los sistemas de pedido, limpieza, esterilización y mantenimiento del equipamiento oftalmológico, ya que un número no despreciable de endoftalmitis se originan en estos errores de procesos.

Complicaciones de cirugía refractiva

En nuestra serie, el 16% de las demandas contra oftalmólogos e instituciones oftalmológicas se originaron en complicaciones de cirugías refractivas. Dada la naturaleza electiva de este tipo de cirugías, las altas expectativas de los pacientes y el desconocimiento general de la población, el potencial para demandas por responsabilidad profesional es significativo. Sin embargo, los procedimientos refractivos no expondrían más a los profesionales que cualquier

otro tipo de cirugía oftalmológica y la severidad de los reclamos (montos demandados) suele ser moderada cuando se los compara con otros procedimientos oftalmológicos más invasivos. Las estrategias de gestión de riesgos en cirugía refractiva deberían contemplar: el entrenamiento y experiencia del oftalmólogo y su personal en esta técnica; la selección de los pacientes (las expectativas deben ser realistas); el consentimiento informado; el ingreso de los datos al sistema; la seguridad del equipo láser y la publicidad (ser prudente en lo que se promete en medios gráficos).

Retraso en el diagnóstico de cuerpos extraños intraoculares

Representaron en nuestra serie el 6% de las demandas a oftalmólogos. Es la principal causa de reclamos en trauma ocular (más del 50% de estos casos). La mayoría de las veces el cuerpo extraño no se detectó porque el oftalmólogo utilizó una sola modalidad diagnóstica. La ecografía, la tomografía computada y en especial los rayos X pueden ocasionalmente pasar por alto un cuerpo extraño o dar una errónea localización si son utilizados como único método. Por otra parte algunos traumatismos que provocan una importante hemorragia pueden llevar a la demora en el diagnóstico de desprendimiento de retina: a veces no se pudo diferenciar entre la hemorragia y el desprendimiento, otras no se utilizó la ecografía y ocasionalmente la presencia de un desprendimiento post traumático tardío no fue tenida en cuenta. Uno de los factores de riesgo médico-legal en casos de traumatismo ocular es el hecho de que el ojo estaba en buenas condiciones antes del accidente y del tratamiento subsecuente. Frecuentemente el paciente piensa la remoción del cuerpo extraño o la reparación de la herida por sí sola dará por resultado un ojo normal o en buenas condiciones. Por eso es aconsejable advertirle el pronóstico antes de realizar cualquier procedimiento.

Inadecuado manejo de retinopatías

Representan el 4% de las demandas contra oftalmólogos. Los reclamos por mala praxis originados en retinopatías se han vuelto más frecuentes, especialmente los originados en retinopatías diabéticas (50% de estos casos) y degeneración macular. Para muchos de estos pacientes, la idea de tratamiento es sinónimo de curación, considerando a la terapia láser como la restauradora de una visión perfecta aún cuando las probabilidades de que ello ocurra sean lejanas. El oftalmólogo corre riesgo médico-legal cuando trata una lesión próxima a la fovea principalmente cuando la agudeza visual preoperatoria es buena. Está comprobado que la mayoría de los pacientes frecuentemente olvidan las advertencias prequirúrgicas acerca de las complicaciones,

especialmente si éstas amenazan la vista. La acreditación de la información brindada al paciente y del consentimiento informado es fundamental en la defensa de estos casos.

Retraso diagnóstico en desprendimientos de retina

Representaron el 3% de los reclamos contra oftalmólogos en nuestra serie. Las demandas por retrasos en el diagnóstico y tratamiento de desprendimientos de retina son más frecuentes que las originadas por las complicaciones del tratamiento (complicaciones del láser, vitrectomías). Es común el caso de pacientes que llaman al consultorio para pedir turno diciéndole a la secretaria que tienen algunos síntomas asociados con desprendimiento, como sombras, destellos lumínicos, etc, obteniendo un turno para dentro de un mes, con obvios malos resultados al revisar el enfermo tardíamente. Las secretarías deben estar entrenadas para reconocer cuándo un paciente debe ser visto rápidamente o no. En caso de duda deberían consultar con el oftalmólogo. En el caso de tratarse de un paciente conocido, el profesional tiene mayor responsabilidad. Si la situación se muestra seria y el paciente no puede ser revisado, se le debe advertir que debe consultar inmediatamente a otro profesional y documentar el consejo.

Error de sitio quirúrgico (Daño a ojos)

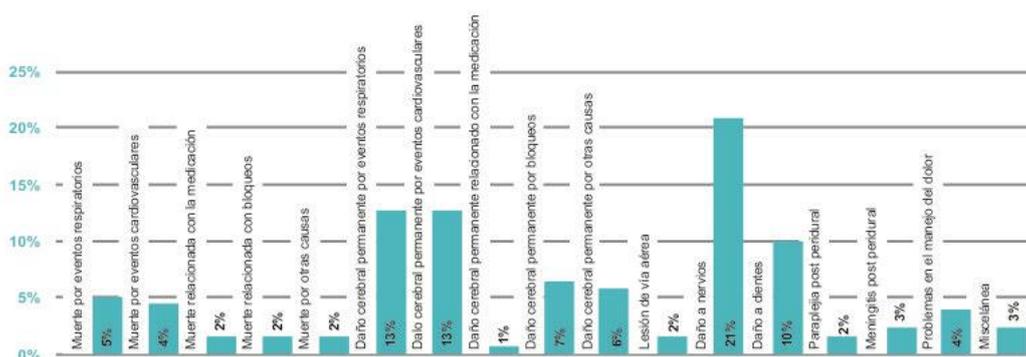
Como vimos anteriormente, la oftalmología es una de las especialidades donde más se han reportado errores de lado (junto con la traumatología, la urología y la neurocirugía). Cerca del 6% de las demandas recibidas en NOBLE tuvieron que ver con implantes equivocados, bloqueos anestésicos en ojo equivocado, ojo equivocado, paciente o procedimiento equivocado. Aquí una vez más, la utilización sistemática y a conciencia del Protocolo Universal para la Identificación del sitio quirúrgico hubiera prevenido la inmensa mayoría de estos errores y reclamos.

Anestesia

Las demandas contra anesthesiólogos son poco frecuentes, pero tienen un alto impacto humano y económico. Representaron el nuestra serie el 3,39% de todos los reclamos Más de la mitad de estas mediaciones y juicios (53%) se originaron en muertes o daño cerebral permanente, ya sea por eventos respiratorios, cardiovasculares o relacionados con la medicación o bloqueos (ver cuadro 10).

Afortunadamente, los avances tecnológicos, el trabajo constante en investigación y la capacitación en seguridad de las sociedades de anestesia de todo el mundo han determinado que estas situaciones sean realmente excepcionales. Hoy, la mortalidad anestésica ha caído al rango de 5-6 muertes por cada millón de procedimientos. Sin embargo, la baja frecuencia de estos eventos adversos no debe hacernos perder de vista el efecto devastador que un error anestésico puede tener sobre el paciente, sus familias y el mismo anesthesiólogo. Cuando un paciente muere o queda con una secuela cerebral grave no esperada en el postoperatorio, el profesional deberá cargar no sólo con el impacto emocional del hecho, sino que tendrá grandes posibilidades de encontrarse con una demanda por responsabilidad profesional (mala praxis) en sede penal y civil, con montos de muchos millones.

Cuadro 10:
Causas de reclamos en anestesia



Los problemas médico-legales graves no los suelen presentar los pacientes que llegan en mal estado general a la cirugía (ASA III, IV y V). La experiencia demuestra que los casos más serios provienen de pacientes ASA I o II, en los que nadie previó la complicación. Cuando un paciente ingresa con una patología de baja o mediana complejidad quirúrgica (ej: artroscopias, legrados, cirugías otorrinolaringológicas, etc) y muere o queda con daño cerebral permanente, el

anestesiólogo deberá enfrentar la presunción de que algo hizo mal. La magnitud del riesgo que corre el paciente al privarlo de sus reflejos respiratorios, determina que los anestesiólogos deban probar en un juicio que actuaron con la máxima diligencia, pericia y prudencia. Así lo entienden los jueces de nuestro país:

*"La actuación de un médico anestesista **configura uno de los supuestos en los cuales se agrava el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, pues el recto ejercicio de la medicina es incompatible con actitudes superficiales**"*

Fallo de la Cámara Civil y Comercial de Rosario. Sala II 16 de Dic. 1997

*"... **pues la menor imprudencia, el descuido o la negligencia más leves adquieren una dimensión especial, sin que lo excuse el hecho de que los procedimientos posteriores hayan sido adecuados y realizados en tiempo oportuno.**"*

Fallo de la Cámara Nacional Civil, Sala A. 28 de marzo 2003

Lamentablemente, las historias clínicas que llegan los tribunales suelen ser muy pobres en aspectos fundamentales de la evaluación preanestésica, del monitoreo intraoperatorio y del manejo de la recuperación anestésica.

Para manejar apropiadamente este riesgo, resulta importante conocer las principales causas de demandas a los anestesiólogos:

Muerte o daño cerebral permanente por eventos respiratorios

Representaron en nuestra serie el 18% de los reclamos contra anestesiólogos (5% por muertes y 13% por daño cerebral). La mayoría de estos eventos se vincularon con una intubación dificultosa o una extubación prematura. Las otras causas fueron la inadecuada ventilación/oxigenación, la aspiración y la obstrucción de la vía aérea.

En casi la mitad de estos eventos respiratorios nuestros peritos determinaron que la atención había sido sub-estándar (sobre todo en casos de intubación en esófago y 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. 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. La experiencia de juicios por intubación difícil de la Sociedad Estadounidense de Anestesia (ASA) demuestra que en el 60% de los casos la dificultad no había sido anticipada. Cuando un anesthesiólogo se enfrenta a una vía aérea difícil, la misma ASA recomienda limitar los intentos de intubación convencional a tres. Los datos sugieren que la capacidad de rescate de la máscara laríngea o del Combitube pueden verse reducidos por los efectos de los múltiples intentos. El pedido rápido de ayuda y de equipamiento apropiado puede salvar vidas.

Algunos de estos eventos respiratorios graves ocurrieron fuera del ámbito de quirófano. La mala evolución suele explicarse por la falta de equipamiento y recursos para manejar la vía aérea o la falta de personal entrenado en el manejo de la misma. La realización de técnicas anestésicas para procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera del área quirúrgica requiere que dichas áreas cuenten con unos mínimos fijados para proporcionar cuidados anestésicos y seguridad adecuada al paciente. Estos mínimos deberían ser revisables y ampliables a juicio del anesthesiólogo responsable.

El período postoperatorio inmediato es también potencialmente peligroso para los pacientes anestesiados: un porcentaje significativo de las muertes y daños cerebrales ocurren en esta etapa. Lamentablemente, en nuestro país no es común contar con unidades de recuperación anestésica con personal y equipamiento apropiado, lo que debería resultar en menos accidentes en este período. Los pacientes suelen ser recuperados en quirófano y aguardar en una camilla o cama hasta pasar a piso o ser dados de alta en casos ambulatorios. No suele haber personal de enfermería específicamente abocado a la tarea de supervisión y registro de parámetros vitales. Nuestra experiencia en NOBLE nos demuestra que los casos más graves se vieron en cirugías menores (otorrinolaringológicas, legrados ginecológicos) con pacientes que son literalmente "encontrados" en paro respiratorio. Al momento de reconstruir los hechos, al no haber documentado los controles es muy difícil demostrar la continuidad en la atención.

Con respecto a los registros en este período, muchos anesthesiólogos documentan algunos parámetros de recuperación pero no especifican el valor de la escala de Aldrete (que mide de manera objetiva los parámetros de recuperación anestésica) y, cuando lo hacen, sólo suele haber un único registro

del mismo sin especificar claramente la hora. No es común que se registren controles seriados de esta escala y de otros parámetros vitales. Resulta entonces fundamental que los anestesiólogos desarrollen una ficha estandarizada de recuperación anestésica que registre el control seriado efectuado mientras el paciente permanecía bajo su control. Se debe tener en cuenta que el alta de quirófano precipitada aduciendo falta de personal para el control efectivo del paciente, puede determinar que las complicaciones pasen inadvertidas en el piso (donde el grado de supervisión es menor) y el anestesiólogo será criticado por permitir la salida del quirófano demasiado temprano.

Una mención especial merecen los eventos adversos respiratorios vinculados con la broncoaspiración de los pacientes, responsables del 10% de eventos respiratorios asociados a muerte y daño cerebral. Afortunadamente, la mayoría de las broncoaspiraciones no evolucionan tan seriamente. La mayoría de los casos de neumonías por aspiración suelen ser rápidamente tratadas con antibióticos y, cuando es necesario con ventilación mecánica en terapia intensiva. Sólo cuando evolucionan con muerte y daño cerebral suelen sobrevenir demandas. La práctica habitual generalmente requiere que el anestesiólogo averigüe 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. Lamentablemente, esta evaluación no suele figurar en las historias quirúrgicas de nuestro medio, donde tampoco suele consignarse claramente las horas de ayuno o la hora de la última ingesta en la ficha anestésica. La falta de documentación de estas previsiones dificulta la defensa del anestesiólogo en estos casos.

Muerte o daño cerebral permanente por eventos cardiovasculares

Representaron en nuestra serie el 17% de los reclamos contra anestesiólogos (4% por muertes y 13% por daño cerebral permanente). La gran mayoría de estos eventos fueron multifactoriales. Otras causas fueron embolias pulmonares, mal manejo de fluidos, ACV's, hemorragias e infartos de miocardio. En este tipo de eventos, a diferencia con los eventos respiratorios, nuestros peritos juzgaron que el anestesiólogo había actuado correctamente en casi el 70% de los casos, con excepción del manejo de fluidos, donde se consideró responsable al profesional la mayoría de las veces.

Cuando NOBLE comenzó sus operaciones, hace casi 20 años, todavía se discutía si era o no necesaria la presencia de un cardiólogo en quirófano para

realizar el monitoreo del paciente. Hoy, con el grado de desarrollo de la anestesiología y la formación actual de los profesionales en esta especialidad son muy pocas las situaciones que justifican la presencia de un cardiólogo en quirófano. Siempre es el anestesiólogo el responsable y debería ser él quien determina la necesidad de este especialista durante el acto quirúrgico (ej arritmias complejas). El cardiólogo debe ofrecer algo complementario a lo que el anestesiólogo puede ofrecer y hoy, con el entrenamiento de estos últimos profesionales en colocación de marcapasos temporales, catéteres de Swan Ganz y otras habilidades esas situaciones son escasas. Las autoridades de aplicación en nuestro país han determinado no sólo que no es necesario que el monitoreo lo haga el cardiólogo (Resolución de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Normas 1 y 2) sino que este acto médico es función del anestesiólogo, sea cual fuere el procedimiento anestésico: general, regional, local, sedación o vigilancia monitorizada (Resolución N° 642 del Ministerio de Salud de la Nación en Agosto del 2000).

Muerte o daño cerebral permanente relacionado con bloqueos

Representaron el 9% de los reclamos contra anesthesiólogos asegurados en NOBLE (2% por muertes y 7% por daño cerebral). La inmensa mayoría se debieron a paros cardíacos inesperados durante anestésias raquídeas. La situación tiene todos los componentes de una pesadilla para el anesthesiólogo: la mayoría de estos paros cardíacos se producen en pacientes jóvenes y "sanos", ASA I, cuando nadie espera que se presente una complicación de semejante gravedad. Se trata de un evento que puede llegar a vivir cualquier profesional de esta especialidad, ya que se ha demostrado que la incidencia de paros cardíacos en bloqueos raquídeos (1 cada 20.000 casos) es bastante mayor que en anestesia general.

El mecanismo común de estos paros cardíacos inesperados parece involucrar relaciones aún no bien claras entre la vasodilatación, la disminución del retorno venoso y la disminución del gasto cardíaco. Todo esto puede llevar en algunos casos a la bradicardia por reflejo cardíaco directo y/o por actividad vagal. El nivel de bloqueo parece clave en el desencadenamiento de los fenómenos: cuanto más alto, más riesgo. El anesthesiólogo debería prestar una especial atención en el perioperatorio de estos pacientes a los factores de riesgo: pacientes vagotónicos, atletas (que pueden agregar al tono vagal aumentado el síndrome de corazón de atleta) y pacientes que llegan a la cirugía con tratamiento farmacológico crónico con beta bloqueantes o vasodilatadores o diuréticos.

Cuando ocurra una situación de este tipo, el tratamiento de emergencia deberá ser precoz y efectivo. Estos paros suelen ser muy resistentes a la reanimación cardiorrespiratoria, por lo que habría que tratar la bradicardia moderada en forma precoz, no demorando la Atropina y los vasoconstrictores. Si no hay rápido resultado a la terapia no se debería dudar en administrar adrenalina.

Se supone que el riesgo con las anestésicas peridurales es menor. Probablemente influya la instalación más lenta del bloqueo permitiendo la puesta en marcha de mecanismos compensadores y/o de terapias adecuadas. Las pacientes obstétricas en las cuales las peridurales son frecuentes, tienen un menor tono vagal, hecho que probablemente influya. En obstetricia, tanto para los bloqueos peridurales como para la anestesia raquídea el nivel de vigilancia suele ser alto, ya que la hipotensión post bloqueo es casi la regla. Dicho de otra manera, es improbable que el anestesiólogo en obstetricia esté con la "guardia baja".

Ante una demanda por esta eventualidad, el anestesiólogo deberá poder demostrar que había valorado los factores de riesgo y que actuó correctamente en la emergencia, por lo que deberá contar con el equipamiento y las drogas necesarias para realizar reanimación cardiopulmonar.

Muerte o daño cerebral permanente relacionado con la medicación

Representaron en nuestra serie el 3% de los reclamos contra anestesiólogos (2% por muertes y 1% por daño cerebral). Más de la mitad de estos casos se debieron a equivocaciones de drogas o de dosis. Le siguieron en frecuencia la reacción alérgica o adversa a drogas y, muy lejos, la hipertermia maligna, con tan sólo un par de casos. En la inmensa mayoría de los errores con drogas nuestros peritos hallaron responsable al anestesiólogo, mientras que en la mayoría de los reclamos por reacciones alérgicas o adversas fueron consideradas "inculpables". Las drogas más frecuentemente involucradas en este tipo de incidentes son los bloqueantes neuromusculares y la epinefrina. En casi todos los casos se confundieron las jeringas y se administró una droga en lugar de otra.

Para prevenir errores de medicación en esta especialidad se recomienda actuar sobre factores organizacionales, la identificación con colores, la protocolización y una buena comunicación. No obstante, la identificación mediante etiquetas de las jeringas no garantiza la ausencia o disminución de la equivocación, ya que la mayoría de los errores ocurren con jeringas perfectamente identificadas.

En los casos de juicios originados en hipertermia maligna, durante el proceso se investigará si el anestesiólogo recabó antecedentes personales o familiares en la evaluación preanestésica y si actuó adecuadamente en la emergencia (si administró dantrolene en tiempo y forma). Resulta importante prever esta eventualidad y tener una estrategia acorde a la gravedad de la misma (redes de provisión inmediata ante la emergencia)

Muerte o daño cerebral permanente por otras causas

Representaron el 8% de reclamos contra anestesiólogos en nuestra serie (2% por muertes y 6% por daño cerebral). Cerca del 80% de estos casos se vincularon a fallas o mal manejo de equipos. Los dispositivos de administración de gases son una especial preocupación de los anestesiólogos, ya que muchas de sus características predisponen a la ocurrencia de eventos críticos: la necesidad de múltiples conexiones, la utilización de complejos mecanismos eléctricos y mecánicos y las variaciones en manufactura y diseño entre otras.

A pesar de la complejidad de los circuitos y sistemas, los aparatos fallan menos que los hombres. Las demandas por mala utilización de los equipos triplican a las originadas en fallas de los mismos. La mala utilización comprende a los errores humanos asociados con la preparación, el mantenimiento y la utilización de un dispositivo. La mala función tiene que ver con fallas inesperadas independientes del mantenimiento de rutina y de la utilización. En la mayoría de las demandas por mala utilización de equipos el error primario fue del anestesiólogo, pero en cerca de un tercio de los casos el error se debió a personal auxiliar, incluyendo no sólo a técnicos y enfermeros sino también a personas ajenas al ámbito de quirófano (incorrecta instalación de las líneas de gases durante la construcción, errores de ingenieros o de servicios técnicos, etc).

Las desconexiones, y sobre todo las malas conexiones "caseras" son responsables de varias demandas. Otra causa común es la falta de reconocimiento acerca de cómo utilizar equipamiento nuevo. Algunos manuales provistos por el fabricante son ignorados por ser excesivamente largos o pobremente escritos. Otras veces, por la urgencia o la fuerza de las circunstancias, no hay oportunidad para entrenarse, y es de lamentar que muchas instituciones no le dediquen a la capacitación el tiempo necesario. Por último, algunos incidentes se originan por no chequear adecuadamente el equipamiento antes de su utilización. El anestesiólogo es legalmente responsable por el funcionamiento de los equipos que utiliza y por las drogas utilizadas. Si bien no se le pide que verifique situaciones que escapan a su

control (ej: instalaciones centrales de gases), ante una muerte o daño cerebral esta magnitud deberá demostrar que chequeó todo lo que estaba a su alcance: equipamiento de back up, conexiones, calibración de los aparatos y funcionamiento de alarmas, válvulas, vaporizador etc.). La ficha anestésica debería consignar la realización de estos controles.

Daño a nervios o médula espinal

Cerca de un cuarto (23%) de los reclamos que recibimos en esta especialidad se originaron en daños a nervios (21%) o a la médula espinal (2%). Este porcentaje es similar al de otras series de reclamos en esta especialidad como las de la American Society of Anesthesiology (ASA), donde representan el 21% de las demandas.

Los sitios de lesión más frecuentes en anestésias generales fueron el nervio cubital y el plexo braquial, mientras que las lesiones de raíces lumbosacras y médula espinal se asociaron a técnicas regionales.

En la mayoría de los reclamos por neuropatías cubitales los actores suelen alegar una inadecuada protección de decúbitos al posicionar el paciente y en los reclamos por parálisis braquial una excesiva elongación del plexo durante la movilización del paciente dormido o bien cuestiones vinculadas a la posición (uso de soportes para los hombros, mala posición de los brazos o extensión sostenida del cuello). Sin embargo, la evidencia científica demuestra que en la inmensa mayoría de los casos no puede determinarse con exactitud la causa de estas complicaciones, cuyos síntomas aparecen a veces de manera tardía. Un porcentaje menor de lesiones de plexo braquial estuvieron asociadas con el bloqueo regional axilar.

El mecanismo casi excluyente de las lesiones medulares en nuestra serie fue el hematoma epidural vinculado a una anestesia peridural, si bien se han descripto la lesión química, el síndrome de la arteria espinal anterior y la meningitis. En todos los casos los pacientes evolucionaron con paraplejía. Los procedimientos más frecuentemente involucrados fueron cesáreas y bloqueos epidurales o subaracnoideos para el manejo del dolor.

La prevención en estos casos tiene que ver con una atención obsesiva a la técnica, la documentación de la protección de los decúbitos y de la posición del paciente y la recabación de antecedentes de trastornos de coagulación (para el caso de hematomas espinales).

Lesiones de vía aérea

La lesión de las vías respiratorias durante la anestesia general es una fuente de morbilidad para los pacientes y de responsabilidad para los anesthesiólogos. En nuestra serie, representaron el 2% de las demandas contra estos profesionales. Los sitios más frecuentes de lesión fueron la laringe, la faringe y el esófago. El mayor porcentaje de los reclamos se asociaron con una intubación difícil (muchas veces no anticipada). Cerca del 90% de las lesiones de vías respiratorias fueron temporales o no incapacitantes.

Los tipos más comunes de lesiones laríngeas fueron la parálisis de las cuerdas vocales, granulomas, dislocación aritenoidea y hematomas. Los reclamos de lesiones faríngeas incluyeron principalmente perforación faríngea, laceraciones y contusiones, principalmente durante intubaciones difíciles. También recibimos reclamos de perforaciones a partir de sondas nasogástricas y catéteres de succión. Las lesiones esofágicas fueron más graves que todos los otros tipos de lesiones de las vías respiratorias combinadas.

Unos pocos reclamos tuvieron su origen en lesiones traqueales y de la articulación temporomandibular (ATM). La perforación de la tráquea se diagnosticó en casi todos los casos durante el post-operatorio por el desarrollo de enfisema subcutáneo, neumotórax o neumomediastino. Los reclamos por dolor o dislocación de la ATM se presentaron en mujeres jóvenes (consistentes con la epidemiología del trastorno) y fueron de bajo monto. La forma de prevenir estas demandas y mediaciones es, como dijimos anteriormente, la evaluación obsesiva del grado de dificultad previsto de las intubaciones (Mallampati) y la disponibilidad del set de instrumentos para abordar una vía aérea difícil.

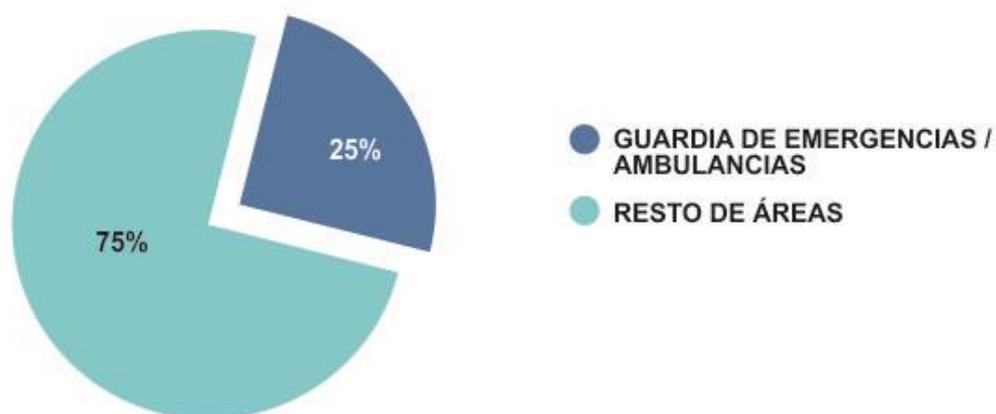
Otros reclamos contra anesthesiólogos

Los otros reclamos contra estos especialistas fueron de naturaleza muy variada: daño a ojos (por falta de protección corneal) amaurosis (fenómeno ya descrito), meningitis luego de bloqueos raquídeos, cefalea post-operatoria, neumotórax y neumonías por aspiración.

Atención clínica

Los reclamos originados en la atención clínica general de adultos y niños fueron casi un cuarto de todos los reclamos recibidos por NOBLE (24%). De ellos, el 25% se originaron en guardias o traslados de emergencias y un 75% en el resto de las áreas y especialidades clínicas. El 79% de los reclamos se vincularon a errores de tratamiento y el 21% a errores diagnósticos. Estos últimos fueron la causa predominante de demanda en el ámbito ambulatorio (guardias y consultorios), mientras que los errores terapéuticos se produjeron mayormente en pacientes internados en instituciones de agudos (ver cuadros 11 y 12).

Cuadro 11:
Reclamos originados en emergencias

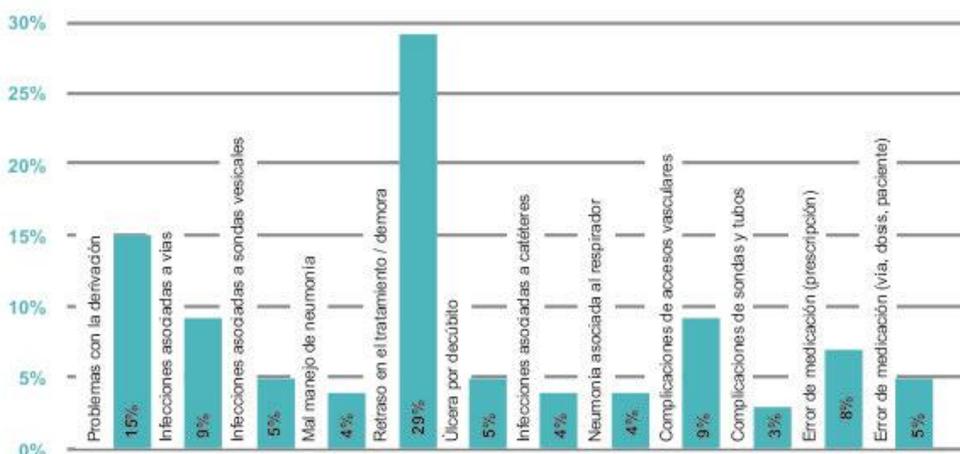


Cuadro 12.
Reclamos por errores diagnósticos vs. terapéuticos



Errores en el tratamiento

Cuadro 13.
Errores en el tratamiento



Retrasos y demoras

Representaron casi un tercio de todas las mediaciones y juicios vinculados con el tratamiento (29%). En estos casos, los actores suelen alegar que se tardó demasiado en actuar una vez realizado el diagnóstico. La mayoría de los casos se relacionaron con situaciones de urgencia atendidas por un médico de guardia que para resolverse necesitaban de la concurrencia rápida de algún especialista o de una derivación a un centro de mayor complejidad. Algunos ejemplos de estos retrasos fueron: demora en el tratamiento de hematomas intracraneanos por falta de neurocirujano, retrasos en la realización de apendicectomías que derivaron en peritonitis o de cuadros anginosos que terminaron en grandes infartos con insuficiencia cardíaca posterior o muerte. También recibimos reclamos por el retraso para instaurar antibióticoterapia en casos de neumonía o meningitis. En pediatría, un reclamo bastante frecuente es el retraso en la resolución quirúrgica de la torsión testicular (muchos cirujanos no quieren operar sin un doppler que confirme el diagnóstico clínico).

Otras demoras terapéuticas se debieron a pacientes que fueron enviados desde la guardia de emergencias a sus casas sin adecuadas pautas de alarma. En muchos juicios originados en este ámbito, el demandante alega que no se le dio ninguna pauta de alarma ni 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, de complicaciones de traumatismos de cráneo o de peritonitis a partir de un dolor abdominal mal manejado suelen basarse en las pautas de alarma que se le dieron al paciente. Si bien todos los médicos de guardia brindan pautas de alarma e instrucciones a sus pacientes, sólo una pequeña minoría documenta en el libro u hoja de guardia cuáles fueron dichas indicaciones. Los más previsores suelen escribir (cuando tienen espacio) en forma genérica: "Se dan pautas de alarma". Lo más frecuente es no encontrar ninguna referencia escrita de este hecho. Las justificaciones de los médicos de guardia suelen ser entendibles (sobrecarga de pacientes, falta de tiempo para una documentación minuciosa, otras prioridades, etc). Sin embargo, estas justificaciones no alcanzan para una defensa exitosa. Dada esta falta de tiempo y, teniendo en cuenta la patología prevalente en guardia, algunas instituciones han comenzado a desarrollar pautas de alarma preimpresas para las presentaciones más frecuentes. El departamento médico-legal de NOBLE ha desarrollado para sus asegurados modelos de pautas pre-impresas para condiciones tales como: cefalea, traumatismo de cráneo, dolor abdominal, crisis hipertensiva, neumonía de la comunidad, crisis asmática, otitis, cólico renal, arritmias y dolor torácico, entre otras condiciones potencialmente peligrosas.

Otros retrasos de tratamiento se produjeron con pacientes internados que se deterioraron en piso o sala de internación. Algunos fueron literalmente encontrados en paro cardíaco. Esto ocurrió principalmente en post-operatorios (Ej: shock hemorrágico luego de cesáreas que resultaron en histerectomías), y en pacientes derivados a piso desde UTI (insuficiencias respiratorias y cardíacas agudas, deterioro del sensorio, hipotensión, edema pulmonar y sepsis). Estas situaciones podrían haberse prevenido si se hubiese monitoreado a tiempo los signos de deterioro que suelen aparecer horas antes del paro cardíaco y la convocatoria en el lugar de un equipo de respuesta rápida capaz de rescatar al paciente antes del desenlace fatal.

Problemas con la derivación

Estos reclamos se encuentran íntimamente relacionados con los retrasos y demoras recién descriptos. Generalmente se originan en guardias de emergencias. En estos casos, resultaba necesario derivar al paciente a centros de mayor complejidad (típicamente cuadros de infarto o de accidentes cerebrovasculares que requerían hemodinamia) y se retrasó el traslado. En algunos casos, los pacientes fueron derivados sin que hubiera una

comunicación efectiva con el centro receptor, el cual no contaba con especialistas o camas para resolver el problema.

Claramente, las derivaciones exponen legalmente tanto a quienes derivan como quienes reciben, incluyendo también a las empresas de ambulancias tercerizadas, que muchas veces no tienen la complejidad ni el recurso humano que el traslado requiere (sobre todo en traslados de urgencias pediátricas o de neonatología). La mayor responsabilidad cae en el médico o el centro que deriva, quienes deben garantizar que la ambulancia se encuentre equipada de acuerdo a las necesidades del traslado. Las empresas de emergencias médicas, deben garantizar la capacitación de los médicos que hacen traslados de alto riesgo. Algunas demandas surgieron porque el paciente presentó un paro cardiorrespiratorio durante el traslado y el manejo del mismo no fue el adecuado. La documentación de este proceso resulta fundamental. Deberá proveerse a los médicos de traslado y del centro que recibe o bien copias o un resumen claro de la historia clínica.

Complicaciones de accesos vasculares, sondas y tubos

Los avances terapéuticos y tecnológicos han originado un aumento en el número de procedimientos invasivos a través de catéteres, sondas y accesos vasculares. Estas complicaciones representaron en nuestra serie el 12% de los reclamos vinculados con el tratamiento de pacientes (9% complicaciones de accesos vasculares y 3% de sondas y tubos). En adultos, el reclamo más frecuente fue la lesión de uretra por un mal manejo de sondas vesicales (ej: forzar su colocación en pacientes mayores generando una falsa vía o intentar retirar una sonda Folley sin desinflar el balón). También hemos recibido mediaciones y juicios vinculados a problemas técnicos en la colocación de vías centrales; neumotórax, arritmias severas, perforación o cateterización arterial (en un caso grave se lesionó la carótida con un importante hematoma compresivo que originó un ACV), trombosis venosas y daños a estructuras vecinas. En la mayoría de estos casos, los accesos vasculares fueron colocados sin control ecográfico valiéndose exclusivamente de reparos anatómicos, lo que dificulta en la actualidad la defensa de estos casos. La colocación de vías centrales guiadas por ecografía se ha transformado hoy en día en una práctica de seguridad reconocida y su no utilización expone a los médicos en caso de surgir complicaciones. Las ventajas asociadas con el control ecográfico en tiempo real de la colocación de la vía central incluyen la detección de variantes anatómicas y la localización exacta de los vasos (ej: la carótida es anterior a la vena yugular interna en el 3% al 9% de los pacientes), la detección de venas

centrales con trombosis pre-existentes - que pueden impedir la colocación exitosa-, y el control de la localización de la guía y del catéter luego de la inserción de la aguja en piel.

No sólo las vías centrales pueden complicarse, también recibimos reclamos por lesiones arteriales en la búsqueda de accesos venosos periféricos (en un caso un paciente perdió una mano por isquemia). En pediatría, también se reportaron incidentes aislados con sondas gastrointestinales y accesos venosos. En un caso que resultó dramático, un neonato perdió una falange de su dedo meñique al intentar despegar con una tijera la tela adhesiva con la que se había fijado en su mano una vía venosa que se infiltró.

Las lesiones por extravasación vinculadas a los accesos venosos con fines diagnósticos y terapéuticos también fueron una causa relativamente frecuente de mediaciones y juicios. Los accidentes más graves que recibimos estuvieron vinculados al gluconato de calcio (tanto en pediatría y como adultos luego de cirugías de tiroides), a los medios de contraste y la quimioterapia. En el caso de pediatría, la mayoría de los casos se vieron en neonatos y niños menores de seis meses con extravasación de antibióticos o de suplementos nutricionales. En cuanto a las sustancias de contraste, la mayoría de las extravasaciones sólo ocasionaron un mínimo edema y eritema. Sin embargo, algunas otras originaron lesiones severas de piel con ulceraciones y necrosis. Las extravasaciones que se produjeron durante sesiones de quimioterapia produjeron algunas lesiones mutilantes y profundas, comprometiendo nervios, tendones y articulaciones (algo que suele impresionar mucho a los jueces que deben decidir en estos casos). Debe tenerse en cuenta que muchas de las drogas oncológicas son vesicantes directos sobre los tejidos (producen ampollas) y que, además de causar una lesión inmediata en el sitio de extravasación, tienen la capacidad de ligarse al ADN de los tejidos, de forma tal que la droga es continuamente liberada de las células que mueren a las células sanas, resultando en un lento pero continuo crecimiento de la ulceración a lo largo del tiempo. La Doxorrubicina, por ejemplo, puede permanecer en los tejidos hasta cinco meses después de la extravasación, lo cual significa que la lesión puede presentarse tardíamente y con un área de destrucción tisular extensa. Las úlceras causadas por estos agentes altamente vesicantes usualmente no cicatrizan y requieren de cirugía plástica reparadora del defecto. Dentro de los más vesicantes merecen mencionarse: doxorrubicina, daunorrubicina, vincristina, vinblastina, mitomicina, azatioprina y el acicovir.

Ante una demanda originada en una lesión por extravasación, la falta de evidencias que demuestren que se tomaron las debidas precauciones o bien la

falta de una respuesta rápida y apropiada frente a la sospecha puede complicar cualquier defensa. Dentro de las debidas precauciones, siempre se debe considerar: las condiciones del paciente que aumentan el riesgo de extravasación (más en neonatos, niños pequeños, ancianos y personas que no pueden comunicarse); el tipo de droga que se inyecta (su osmolaridad, ph, toxicidad, acción sobre el tono vascular); el sitio de inserción (evitar espacios articulares y pliegues); la técnica (especial atención al tipo de catéter), y la medicación concurrente (ej: anticoagulación). Debe por otra parte sospecharse una extravasación ante ciertos síntomas o signos, teniendo en cuenta que no siempre están todos presentes: dolor quemante o punzante en el sitio de inyección, edema, tumefacción, dolor a la palpación, falta de retorno venoso de la vía, resistencia al inyectar, ampollas en el sitio de inyección e induración de la piel. El tratamiento en estos casos debe ser rápido, instaurando: medidas generales (suspender de inmediato la inyección, no retirar la vía y con la aguja colocada intentar extraer la mayor cantidad de droga extravasada posible, intentar diluir la misma con 5-10 ml de suero fisiológico, inyectar si corresponde el antídoto adecuado, retirar la vía, elevar el miembro, dejar descubierta al área para evaluar evolución); aplicar frío o calor según corresponda al tipo de citostático, corticoides y antídotos específicos. Por supuesto, resulta útil contar con un protocolo escrito y de fácil acceso para los enfermeros que contemple las distintas situaciones

Infecciones asociadas al cuidado

Representaron en nuestra serie el 22% de los reclamos vinculados al tratamiento de pacientes (9% infecciones asociadas a vías venosas periféricas, 4% bacteriemias asociadas a catéteres centrales, 4% neumonías asociadas al respirador, y 5% infecciones de tracto urinario asociadas a sondas vesicales).

La mayor frecuencia de flebitis infecciosas asociadas a catéteres venosos periféricos no llama la atención porque los mismos constituyen una parte esencial del trabajo clínico de todos los días. En la mayoría de los reclamos por esta causa, las lesiones fueron moderadas y transitorias, si bien algunos se originaron en complicaciones sistémicas serias, como endocarditis y sepsis.

Las bacteriemias asociadas a catéteres centrales y neumonías asociadas a la asistencia respiratoria mecánica se produjeron mayormente en las unidades de terapia intensiva. Se trata de dos complicaciones reconocidas de estos procedimientos invasivos. Sin embargo, este hecho por sí sólo no alcanza para defender exitosamente los casos si no se puede acreditar que se actuó con máxima diligencia. Y esta máxima diligencia hoy significa haber implementado

adecuadamente los paquetes de medidas ("bundles") para prevenir estos cuadros. Los paquetes de medidas son un pequeño conjunto de intervenciones con una fuerte evidencia científica, para un segmento/ población de pacientes definida y en un solo ámbito de atención, que cuando se implementan todas juntas derivan en resultados significativamente mejores que cuando se implementan individualmente. En el caso de vías centrales: lavado de manos; precauciones de barreras máximas; antisepsia de piel con clorhexidina; selección juiciosa del sitio de acceso venoso evitando la vía femoral en adultos, y la revisión diaria de la necesidad de la vía y retirar rápidamente las que no sean necesarias. En el caso de neumonías asociadas al respirador: elevación de la cabecera entre 30 y 45 grados, higiene bucal diaria con clorhexidina, despertar diariamente al paciente y evaluar si puede ser extubado, profilaxis de trombosis venosa profunda y profilaxis de úlcera péptica. Estos "bundles" han llevado a reducir en las terapias intensivas que los aplican consistentemente las tasas de bacteriemias a 0 por mil días catéter y de neumonías asociadas a respirador por debajo de 2 por mil días/ventilación.. Se trata de mejoras espectaculares cuando se comparan estas tasas con las que se reportaban antes de implementar estos paquetes. Por eso se consideran hoy un estándar de atención que puede llegar a ser exigible en reclamos por estas causas. Nuestros peritos también advierten que en un porcentaje importante de casos llegados a NOBLE no se pudo acreditar la adecuada rotación de las vías ni el cultivo de la punta del catéter al momento de retirarlo, algo que debería realizarse siempre de rutina.

Las infecciones urinarias se encuentran dentro de las cinco infecciones más comunes en hospitales y centros de salud, y el 80% de ellas se encuentran asociadas a la instrumentación de la vía urinaria con sondas vesicales. Esta complicación se asocia con un aumento de la morbimortalidad, de los costos hospitalarios y del tiempo de internación. La bacteriuria también lleva a un uso de antibióticos que podrían haberse evitado; además, las sondas pueden ser reservorios de bacterias multi resistentes y una fuente de transmisión de infecciones a otros pacientes. También son una causa relativamente frecuente de juicios: 5% de los reclamos que recibimos en NOBLE vinculados al tratamiento de pacientes internados tuvieron su origen en el uso y abuso de sondas vesicales.

Distintos trabajos estiman que entre el 12% y el 16% de los pacientes serían sondados por períodos cortos durante su internación y en casi la mitad de los casos, no habría una indicación válida para hacerlo. El riesgo diario de adquisición de una infección urinaria oscila entre un 3% y un 7% mientras la

sonda permanece colocada. Si bien menos del 5% de los pacientes con bacteriuria desarrollan bacteriemias secundarias, la frecuencia de esta complicación determina que las infecciones urinarias asociadas a sondas vesicales sean la principal causa de infecciones del torrente sanguíneo secundarias. Se estima que hasta un 12,9% de las bacteriemias hospitalarias tienen origen urinario. En el caso de reclamos por esta causa, se deberá acreditar la justificación del uso de la sonda, que tiene indicaciones muy precisas: retención u obstrucción urinaria aguda; medición precisa de la diuresis en pacientes críticos; perioperatorio de algunos tipos de cirugía; para colaborar con la cicatrización de heridas perineales o sacras en pacientes con incontinencia; cuidados paliativos en pacientes terminales; e Indicación de inmovilización por trauma o cirugía.

La sobrecarga de pacientes y de trabajo del personal de enfermería no es una indicación aceptable de sondado, y mucho menos es aceptada en los tribunales. Para prevenir infecciones asociadas a sondas vesicales deben combinarse estrategias generales y específicas. Dentro de las primeras se incluyen: colocar sondas sólo para las indicaciones apropiadas; dejarlas colocadas el mínimo indispensable; garantizar que sólo personal entrenado coloque y mantenga las sondas; insertar las sondas utilizando técnicas asépticas y equipo estéril; mantener un circuito cerrado y el flujo de orina libre, sin obstrucciones, además de higiene de manos y precauciones estándar para la prevención de infecciones.

Dentro de las estrategias específicas, las que han demostrado ser más útiles son: revisión diaria de la necesidad del catéter, sistemas de recordatorio a los médicos (por enfermería o historias electrónicas), sondado intermitente en pacientes apropiados, órdenes de retiro automáticas programadas en las historias electrónicas; protocolos que permitan a las enfermeras retirar los catéteres sin necesidad de una indicación médica cuando se cumplen criterios preestablecidos y ecografía de vejiga para medir la retención urinaria y evitar la cateterización innecesaria.

Inadecuado manejo de neumonías de la comunidad

El mal manejo de neumonías de la comunidad representó en nuestra serie el 4% de las demandas vinculadas al tratamiento de pacientes. Se alegó generalmente en estos casos un inadecuado diagnóstico o tratamiento de las complicaciones asociadas: derrames pleurales, empiema pulmonar, neumonías, fístulas broncopleurales y absceso pulmonar. El mayor desafío de la defensa en estos casos consiste en la gran variabilidad que existe entre los distintos médicos

cínicos en el manejo de los aspectos diagnóstico-terapéuticos de las neumonías adquiridas en la comunidad, lo que constituye una de las razones que explican las grandes diferencias en las tasas de ingreso hospitalario, en la obtención del diagnóstico microbiológico, en la solicitud de estudios complementarios, y en la elección del esquema antimicrobiano. En estos casos, además del diagnóstico precoz de la neumonía y de sus complicaciones, resulta fundamental acreditar un adecuado seguimiento del tratamiento instaurado. Resulta prudente valorar al paciente a los 2-4 días de iniciado el tratamiento para valorar si existe fracaso terapéutico (persistencia de fiebre elevada o agravamiento de los síntomas y signos). Puede repetirse este control a los 7 días o al finalizar tratamiento. A partir de la 4ta semana se debería solicitar una radiografía de control para comprobar la resolución total del cuadro. Para no dispersar la responsabilidad del seguimiento, estas últimas acciones deberían estar específicamente asignadas a una persona (ej: médico de cabecera, médico que lo atendió en la guardia, médico de consultorio externo, etc.)

Úlceras por presión

El 5% de las mediaciones y reclamos originados en tratamientos fueron a raíz de la aparición de úlceras por presión (UPP) que no estaban presentes en la admisión. Se trata del evento adverso de mayor incidencia en hospitales de Argentina, según el estudio IBEAS (2009). No todas las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas, pero la aparición o el empeoramiento de las mismas inmediatamente generan cuestionamientos acerca de la calidad de la atención y aumentan la posibilidad de que la institución sea demandada por responsabilidad profesional. La mera existencia de la úlcera suele ser vista por los abogados de la parte actora como una evidencia física de la negligencia de los profesionales. Esta posición se ve reforzada en parte por la gran eficacia que suelen tener las medidas preventivas agresivas tendientes a la identificación y tratamiento de estas lesiones. No es difícil para quienes demandan por mala praxis demostrar a legos que la úlcera no apareció de la mañana a la noche, sino que es el resultado de un cuidado negligente a lo largo del tiempo. Los juicios por mala praxis originados en esta causa, generalmente acompañados de fotos de alto impacto para quienes no son profesionales de la salud, agregan un componente emocional muy fuerte que hace aún más difícil defender estos casos.

Estas lesiones pueden ser causadas por muchos factores, pero la presión prolongada sobre la piel es sin duda el factor determinante, ya que la misma termina ocluyendo la circulación capilar, especialmente en la posición sentada o acostada. Las localizaciones más frecuentes son la zona sacra, talones,

tuberosidades isquiáticas ("huesos de la sentada"), trocánteres mayores y maléolos laterales. Las complicaciones de las úlceras por decúbito incluyen infecciones, osteomielitis y sepsis. En general, los individuos con úlceras por presión tienen un riesgo de muerte de dos a seis veces mayor que aquellos que no las padecen.

En la defensa de estos casos, en los cuales se suele demandar directamente a las instituciones por su deber de seguridad (además de incluir muchas veces a los médicos y enfermeros a cargo), resulta importante poder acreditar que se evaluó adecuadamente el riesgo que presentaba el paciente, que se adoptaron medidas de prevención y que se identificó y trató la úlcera de manera rápida y adecuada.

Para evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión existen hoy escalas validadas, de las cuales la más utilizada es la Escala de Braden, que establece un score de riesgo en base a ponderar la sensibilidad del paciente, la exposición a la humedad de la piel, el nivel de actividad física, el grado de movilidad, el estado nutricional y el nivel de fricción con las sábanas.

Dentro de las medidas preventivas se incluyen la valoración de la piel por turno, el control de factores etiológicos (cambios posturales, utilización de superficies especiales de apoyo, protección local de la piel y control de la humedad), y el control de factores contribuyentes, dentro de los cuales se destaca el estado nutricional del paciente. Las superficies especiales de apoyo pueden ser estáticas o dinámicas. Dentro de las primeras se incluyen colchonetas, cojines o colchones de aire, agua, espuma o gel, los cuales funcionan bien para pacientes que, si bien tienen riesgo de desarrollar escaras, pueden cambiar de posición sin ayuda y no "aplastan" el dispositivo cuando su peso se apoya sobre la superficie especial. Dentro de las superficies de apoyo dinámicas se destacan los colchones de aire alternante y las camas fluidificadas. Estas últimas superficies están diseñadas para mantener en forma continua una presión por debajo de la presión de cierre de los capilares y requieren energía eléctrica; son muchas veces necesarias cuando fracasan las superficies estáticas, cuando hay interrupción de la integridad de la piel o bien cuando los pacientes presentan un alto riesgo de sufrir esta complicación (ej. pacientes totalmente postrados). En cuanto al cuidado local de la piel las opciones son los aceites grasos esenciales, ácidos hiperoxigenados, cremas humectantes, apósitos de espuma, óleo calcáreo y aceites (de almendras, e incluso de maíz u oliva)

En el caso de reclamos judiciales a partir de úlceras por presión, las fotografías suelen jugar un papel protagónico. Si el paciente ya presenta la lesión al

momento de ser admitido, muchas instituciones tienen como política incluir fotos de la misma en la historia clínica. La utilización de fotos para documentar el seguimiento es un tema más controvertido. Algunos especialistas en administración de riesgos y abogados hospitalarios se oponen a que se incluya en la documentación clínica fotos de las úlceras por presión. Sostienen que en las audiencias por presunta mala praxis, estas fotos suelen ser presentadas en forma amplificadas, resultando extremadamente gráficas, lo que puede generar reacciones emocionales en quienes deben juzgar. Otros profesionales sostienen que, independientemente de las ramificaciones legales, las fotografías son importantes para el manejo apropiado de la lesión y por lo tanto del paciente. En el caso de decidir tomar fotos, algunas recomendaciones son: obtener el consentimiento del paciente; garantizar la privacidad de las imágenes; agregar una escala de medida; registrar con precisión nombre del paciente, fecha/hora y utilizar imágenes de alta fidelidad. Como las imágenes digitales pueden modificarse y tampoco suelen verse en estas lesiones las caras de los pacientes, la veracidad de las fotos pueden llegar a ser cuestionada en tribunales. En casos extremos, en donde se presume una amenaza legal cierta, puede llegar a ser necesario la certificación de un escribano que de fe de que la foto corresponde al paciente, rubricando la hora y fecha.

La fotografía es un complemento y no reemplaza el registro escrito que enfermería debe realizar precisando con detalle las características de la lesión y su evolución en el tiempo. Para este último propósito también existe una escala validada: la Escala PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing), que se utiliza para monitorizar la evolución de la úlcera. La escala mide, asignándole un puntaje a cada ítem, el tamaño de úlcera (longitud x ancho), la cantidad de exudado (de ninguno a abundante), y el tipo de tejido (cerrado, epitelial, de granulación, esfacelos, necrosis)

Dijimos al principio de este apartado que no todas las úlceras por presión son evitables. Para defender entonces estos casos, se deberá demostrar que la aparición de la úlcera fue un evento inevitable. De acuerdo a un panel de expertos, sólo podrían inevitables aquellos casos en los cuales el paciente desarrolló una úlcera por presión aún cuando el prestador evaluó la condición clínica del mismo y su riesgo de sufrir esta complicación; definió e implementó intervenciones que son consistentes con las necesidades del individuo y los estándares reconocidos de práctica; monitoreó y evaluó el impacto de estas intervenciones, y determinó que el abordaje es el apropiado"

Caídas

Las caídas de pacientes internados representaron el 1,07% de todas las mediaciones y juicios denunciados a NOBLE por cualquier causa. La mayoría se produjeron en adultos mayores internados y se asociaron a síndromes confusionales agudos (delirium), si bien también recibimos casos de pacientes de cualquier edad o condición física que quedaron expuestos a este riesgo debido a los cambios fisiológicos producidos por su enfermedad, medicación, cirugías, procedimientos o estudios diagnósticos que los dejaron momentáneamente débiles o más confusos.

Esto no llama la atención, ya que las caídas de pacientes hospitalizados son frecuentes. Distintas estadísticas sugieren que entre el 2% y el 10% de los pacientes internados se caerán durante su estadía hospitalaria. El problema es mayor en geriátricos, donde la mayoría de los pacientes sufrirá algún episodio de caída durante el año (tres de cada cuatro pacientes, según el CDC). Sin embargo, las instituciones de agudos no se encuentran exentas de este problema: según estimaciones del Dto. de Veteranos de los Estados Unidos, el 15% de las caídas ocurren en hospitales y clínicas generales de agudos.

Afortunadamente, cerca del 70% de los pacientes que se caen no sufren ningún tipo de lesión. Sin embargo, el 30% restante suele sufrir daños de distinta índole que pueden incluso amenazar la vida. Entre el 4% y el 6% de los pacientes que se caen en instituciones de salud sufren lesiones serias como fracturas de cadera y fracturas/luxaciones de hombro (las lesiones que más frecuentemente desencadenaron demandas en nuestra serie), hemorragias intracraneanas y muerte. Son estos últimos casos los que llegan a los tribunales. En la mayoría de los casos denunciados a NOBLE los pacientes, generalmente adultos mayores, se cayeron en el baño mientras se higienizaban o bien cuando intentaban llegar al mismo para orinar. Nuestros peritos observaron que durante la pandemia COVID este tipo de caídas se incrementó, atribuyendo este hecho a la ausencia de acompañante. Otros ejemplos de reclamos recibidos: paciente que se cae de mesa de hemodinamia, paciente obeso que se cae por rotura de la camilla en la que se lo trasladaba, y recién nacido que se le cae de las manos a una enfermera en la unidad de neonatología, con fractura de cráneo y hematoma extradural, que afortunadamente se operó a tiempo y evolucionó sin secuelas.

Los pacientes y sus familias suelen percibir a estos eventos como ocurrencias que pudieron ser evitadas y que denotan una atención médica deficiente. También comienzan a considerarlo así los financiadores y reguladores de los

Estados Unidos: desde octubre del 2008, el programa de seguro de salud para personas mayores de 65 años y discapacitados (Medicare) no reembolsa a los hospitales los gastos de tratamientos originados en caídas que pudieron ser evitadas. Desde el año 2005, la prevención de caídas en hospitales, geriátricos y en internación domiciliaria es uno de los objetivos nacionales de seguridad de los pacientes impuesto por la Comisión de Acreditación (Joint Commission). El objetivo requiere que las organizaciones de salud acreditadas implementen programas de prevención de caídas y que evalúen permanentemente la efectividad de los mismos.

El análisis de nuestra serie de caídas, muy similar a otras publicadas, revela los principales factores contribuyentes de este fenómeno: una inadecuada evaluación del riesgo de caída de los pacientes (existen escalas validadas con Downton y Morse para hacerlo); problemas de comunicación (no se transmitió información del riesgo de caída de un turno o de un servicio a otro (ej: de piso a sala de rayos), excesiva confianza en el uso de barandas (las mismas no previenen la inmensa mayoría de las caídas porque los pacientes no rolan; incluso pueden ocurrir lesiones más serias cuando los pacientes intentan pasar por encima de ellas), retraso en la atención de pacientes con urgencia miccional; falta de adherencia a protocolos y prácticas de seguridad; deficiencias ambientales (pisos resbaladizos, falta de antiderrapantes en el baño, falta de barras de agarre, inadecuada iluminación); inadecuada orientación del staff, falta de personal, pobre supervisión y falta de liderazgo.

La prevención de caídas es uno de los principales objetivos de seguridad del paciente establecidos por organizaciones de alcance mundial como la OMS y la Joint Commission. Existen infinidad de protocolos destinados a prevenir este tipo de incidentes. Cada vez es más difícil defender estos casos si las instituciones aseguradas no pueden acreditar todo lo que hacen para prevenir estos eventos.

Errores de medicación

Los errores de medicación representaron el 13% de los reclamos vinculados a tratamientos (8% en la fase de prescripción y 5% en la de administración). La inmensa mayoría se produjeron en pacientes internados, lo que resulta esperable, porque estas personas se encuentran en situaciones clínicas más agudas o serias y, por otra parte, los regímenes de medicación son más complejos. Los niños pequeños y los adultos mayores son más susceptibles a tener resultados adversos, como también los pacientes con enfermedades renales o hepáticas. Los errores de medicación en estas circunstancias

generalmente involucran la administración del medicamento por la vía o dosis equivocada y la falla para seguir los regímenes de tratamiento.

La comprensión de las situaciones en donde la evidencia demuestra el mayor riesgo de daño de ciertas medicinas en particular, resulta clave en este reto. Se denominan “medicamentos de alto riesgo” a aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves e incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Por todo ello, el adecuado manejo de los medicamentos de alto riesgo debe ser un objetivo prioritario de todos los programas de seguridad clínica que se establezcan en las instituciones de salud. Cerca del 50% de los eventos adversos serios y reclamos fueron producidos por los siguientes grupos terapéuticos y drogas: anticoagulantes, opiáceos, insulinas, sedantes, potasio endovenoso, quimioterapia (medicación intradural o intratecal) y metrotexato oral (uso no oncológico)

La complejidad del proceso a medicación, caracterizado por la participación de distintas personas en distintas etapas (selección, prescripción, transcripción, dispensación, administración y seguimiento), determina que la gama de errores que se pueden cometer sea muy amplia: omisión de dosis, dosis adicional, dosis equivocada, concentración equivocada, velocidad equivocada, formulación equivocada, vía equivocada, frecuencia u horario equivocado, fármaco equivocado, paciente equivocado, administración pese a alergias conocidas, etc.

De todos estos errores, merecen destacarse los que originaron reclamos graves en nuestra serie:

- Dos casos de soluciones orales administradas por vía intravenosa. Ambos casos se produjeron en neonatología y determinaron la muerte del bebé
- Un caso mortal de inyección intratecal vincristina (que debe ser administrada por vía endovenosa) durante un tratamiento de quimioterapia para tratar una leucemia

Las principales causas de errores de medicación son:

- Falta de conocimiento de un fármaco: es una causa frecuente de errores de prescripción. Existen hoy más de 6000 principios activos, con distintas formulaciones y dosis. De allí la importancia del desarrollo de formularios terapéuticos (vademecums) institucionales, los cuales permiten normatizar el uso de medicamentos y establecer una terapéutica racional y costoefectiva. Tienen también un importante valor formativo e informativo.
- No tener en cuenta factores específicos del paciente: alergias, insuficiencia hepática, renal o cardíaca, pluripatología, obesidad, bajo peso, perioperatorios, pacientes pediátricos, administración de 5 o más medicamentos, más de 12 dosis diarias. Muchas de estas condiciones alteran la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, y requieren reajustes o cálculos de dosis.
- Falta de disponibilidad inmediata de datos del paciente: Vinculado con el punto anterior. No se pueden tener en cuenta los factores específicos del paciente si quien prescribe, dispensa o administra no tiene acceso fácil y rápido a una historia clínica completa del paciente.
- Identificación errónea o no identificación del paciente: no se cumple al momento de prescribir o administrar el medicamento con el proceso de verificación de la identidad del paciente. Deben utilizarse como mínimo dos identificadores, ninguno de los cuales debe ser el número de cama o habitación (hemos recibido incidentes por errores en pacientes que habían sido cambiados de cama) Tampoco debe confiarse exclusivamente en las pulseras identificatorias. Pueden contener datos erróneos.
- Falta de controles: Descompensaciones inadvertidas del paciente durante o luego de la administración de determinados medicamento
- Abreviaturas ambiguas: abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración (ej: letra U para expresar unidades internacionales; al confundirla con un 0, se administró la dosis por 10, el símbolo μgr para expresar microgramos, que se confunde con miligramos; DFH para difenhidramina, que se confunde con difenilhidantoína, etc). Es importante desarrollar un glosario de abreviaturas unánimemente aceptadas y minimizar en lo posible su uso.

- Medicamentos LASA "Look Alike-Sound Alike": Se trata de medicamentos con similitud fonética, ortográfica o de envasado que exponen al profesional a cometer errores potencialmente graves (ej: ampollas muy parecidas de cloruro de potasio y de agua destilada; de furosemida y diazepam... y la lista sigue hasta el infinito). La principal responsabilidad de esto recae sobre la industria farmacéutica y el departamento de compras de muchas organizaciones que toman decisiones sin preguntarles a los efectores finales. Los medicamentos de alto riesgo deben estar adecuadamente identificados (colores, etiquetas) para evitar estos errores. La industria farmacéutica puede colaborar con mejores envases y etiquetados (ej: tall man letters-cefOTAXime, cefTAZIdime, etc.)
- Letra ilegible: Es una causa muy frecuente de errores. Cada vez se ven menos con las historias electrónicas (que generan otros riesgos, como por ejemplo una inadecuada selección de un listado con letra muy chica; copiar y pegar, etc.)
- Fallas en la comunicación y trabajo en equipo: Información sobre el paciente o la droga que no llegan en tiempo y forma a quien tiene que llegar. Los mayores problemas de comunicación suelen provenir de órdenes verbales mal interpretadas (diferentes acentos y pronunciaciones, ruidos de fondo, interrupciones, nombres de drogas poco familiares) Para evitar este error deben utilizarse técnicas de comunicación estructurada como la técnica "Escribo-Repito-Confirmo!": la meta es que todos aquellos que reciban órdenes verbales o telefónicas escriban la indicación completa o la ingresen en el sistema computarizado, se la lean de vuelta a quien realizó la indicación y reciban luego la confirmación.
- Identificación equivocada o falta de identificación del fármaco: Se toma del carro o del estante un medicamento equivocado, no se rechequea y termina administrándose al paciente
- Almacenamiento inadecuado: Medicamentos vencidos, pérdida de la cadena de frío
- Falta de estandarización: Sobre todo en la prescripción. Falta de contenidos mínimos: nombre completo del medicamento, dosis, forma farmacéutica, vía, frecuencia, concentración, velocidad de infusión)

- Cambios en la cadena de suministro: Se producen confusiones porque cambian el color de ampollas y cajas de los medicamentos que se venían utilizando.
- Factores ambientales: iluminación deficiente, exceso de ruido, fatiga de alarmas, falta de lupas, distracciones e interrupciones frecuentes (más graves mientras se prepara medicación que requiere cálculos). Estas situaciones pueden prevenirse colocando chalecos identificatorios a los enfermeros que están realizando una actividad crítica. Mientras tienen puesto el chaleco, no se los puede interrumpir.
- Sobrecarga laboral: Está demostrada la relación entre la fatiga y los errores (turnos laborales prolongados, exceso de pacientes con pluripatología)
- Falta de capacitación para operar dispositivos complejos: Sobre todo cuando se utilizan distintos tipos de bombas de infusión. La falta de estandarización de las mismas puede generar errores graves por una inadecuada configuración.
- Sistemas informáticos inadecuados o que funcionan mal: falta de alertas de interacciones o errores de dosis. Falta de campos forzosos que obliguen a registrar ciertos datos.
- Falta de documentación de alergias: deben estar destacadas en la historia clínica del paciente.
- Falta de marcación de los puertos de inyección: algunos pacientes críticos tienen tubos, vías, sondas y catéteres que exponen mucho al error de vía (ej: solución enteral por vena, o solución intravenosa por vía intratecal). La falta de jeringas de inyección oral y la utilización de llaves de tres vías que conectan con cualquier dispositivo complican el panorama. La utilización de etiquetas de distintos colores adyacentes a los puertos de inyección pueden ayudar a prevenir este problema (ej: azul para vías intravenosas, amarilla para vía intratecal, etc)
- Capacitación del paciente pobre o inexistente: sobre todo al momento del alta. Muchos pacientes se reinternan porque no fueron adecuadamente capacitados sobre el manejo de la medicación en su casa. Todos los pacientes deberían ser dados de alta con un listado de medicamentos debidamente conciliado e instrucciones de uso. Lo mismo aplica para el seguimiento de condiciones crónicas. Los pacientes "activados" que saben qué toman y para qué lo hacen

adhieren mejor a los esquemas terapéuticos y sufren menos eventos adversos.

Además de las estrategias particulares para prevenir errores con determinados medicamentos de alto riesgo, existen principios generales que deberían aplicarse siempre para minimizar daños a los pacientes y reclamos por responsabilidad profesional:

1. Reducir la posibilidad de la ocurrencia de estos errores: Estandarizando los medicamentos de alto riesgo disponibles en los hospitales, limitando el número de presentaciones de los mismos en diferentes dosis, concentraciones y/o volumen (ej: heparinas, insulinas). Retirando o limitando la existencia de medicamentos de alto riesgo de los botiquines de las unidades asistenciales (ej: evitar el almacenamiento de soluciones concentradas de cloruro de potasio en los depósitos de las unidades).
2. Hacer visibles los errores: Implantando sistemas de “doble chequeo” independiente en puntos vulnerables para interceptar errores; Instruyendo a los pacientes sobre los síntomas a los que deben estar atentos cuando se les administra una medicación de alto riesgo y cuándo contactar a enfermería por ayuda; Incluyendo en la papelería de enfermería y en las solicitudes recordatorios sobre los parámetros a controlar luego de la administración de medicamentos de alto riesgo.
3. Minimizar las consecuencias de los errores Desarrollando protocolos que permitan la administración de agentes reversiones por parte de enfermería sin tener que contactar al médico; garantizando que los antídotos y agentes reversiones se encuentren rápidamente disponibles. (ej: asegurar la disponibilidad de naloxona en áreas donde se usan habitualmente opiáceos); teniendo protocolos de rescate disponibles

No podemos terminar este capítulo de errores de medicación sin destacar el importantísimo rol que juegan hoy en día los farmacéuticos hospitalarios optimizando la prescripción (ej: mejorando la calidad de la atención farmacéutica) y reduciendo problemas vinculados a la medicación. El cuerpo de la evidencia sugiere que los farmacéuticos agregan un enorme valor a la atención de los pacientes, a los equipos clínicos, a las instituciones y a los sistemas de salud. Los estudios también demuestran que el efecto de los farmacéuticos es mayor cuanto mayor sea el número de procesos clínicos en

que se los involucra. Por eso es bueno que estos profesionales tengan una presencia muy visible en las salas de internación y participen de las recorridas.

Errores diagnósticos

Los errores diagnósticos representaron en nuestra serie el 20% de las demandas originadas en la atención clínica general. En un tercio de estos casos, fueron los familiares quienes demandaron a raíz de la muerte del paciente. El daño vinculado a errores diagnósticos es aquel que resulta del retraso o fracaso para tratar condiciones que estaban presentes al momento de la consulta, o bien de tratamientos que se dieron para tratar una condición que el paciente no tenía. El error diagnóstico no sólo consiste en la falla para ponerle la "etiqueta" a una enfermedad sino también en la falla para establecer y comunicarle al paciente de manera precisa y oportuna una explicación de su problema de salud. Esta visión incorpora la perspectiva del paciente y la naturaleza compleja del proceso diagnóstico.

Los errores diagnósticos más comunes en guardias de emergencias los vimos en síndromes coronarios agudos, apendicitis, meningitis (en niños), y lesiones traumatológicas, mientras que el reclamo más común en el caso de consultorios externos fue el retraso en el diagnóstico de cáncer (principalmente de mama y de ovario).

Muchos de estos errores diagnósticos fueron cometidos por médicos experimentados. La falta de conocimientos o de habilidades diagnósticas sólo explica una pequeña proporción de estos reclamos. En general, los errores diagnósticos se producen por una conjunción de factores cognitivos, actitudinales comunicacionales, y sistémicos.

Dentro de los factores cognitivos, los más importantes son los sesgos de pensamiento. A los médicos nos gusta pensar que nuestros diagnósticos son absolutamente racionales y deductivos, cuando la mayoría de las veces tienen un alto componente intuitivo o emocional. Las investigaciones demuestran que la mayoría de los médicos arriban a dos o tres diagnósticos posibles en minutos, desarrollando sus hipótesis a partir de información muy incompleta. La inmensa mayoría de las veces estas intuiciones son correctas (el famoso "ojo clínico"), pero a veces se cae en sesgos tales como los siguientes: *sesgo de disponibilidad* (aceptar un diagnóstico por ser el que tenemos más presente o disponible en nuestra mente); *sesgo de representatividad* (tendencia a "encajar" las condiciones con las que se presenta un paciente con ciertas representaciones clínicas prototípicas, pudiendo llevar a la falta de diagnósticos diferenciales); *cierre prematuro* (consiste en estrechar el número de hipótesis diagnósticas muy tempranamente en el proceso, de forma tal que el diagnóstico correcto no llega a considerarse; *sesgo de anclaje* (tendencia a quedarse

"anclado" en el diagnóstico original pese evidencias que sugieren lo contrario); *sesgo de contexto* (ocurre cuando el médico está muy influenciado por la historia y los antecedentes del paciente, sus diagnósticos previos u otros factores y el caso es formulado en el contexto equivocado); *sesgo de autoridad* (aceptar de manera acrítica el diagnóstico formulado por un médico que respetamos); y *sesgo de confirmación* (tendencia a buscar datos que confirmen la propia idea original sin buscar o tener en cuenta datos que la desafían).

Dentro de los factores actitudinales, los más frecuentes son el exceso de confianza y la complacencia. El exceso de confianza se expresa muchas veces en el desinterés de muchos médicos por cualquier sistema, algoritmo diagnóstico o recurso que ayude a la toma de decisión, aún cuando la información que puede ayudarlos se encuentre fácilmente accesible mediante una computadora en el mismo punto de atención. La complacencia suele reflejar una subestimación de la cantidad de errores, una tolerancia a los mismos y la creencia de que son inevitables y que poco se puede hacer para minimizarlos. Aparece cuando se piensa que los errores diagnósticos son más infrecuentes de lo que son en realidad.

Dentro de los factores comunicacionales que inciden en los errores diagnósticos se destacan la fragmentación de la atención, el escaso entrenamiento de los profesionales en comunicación y trabajo en equipo, un sistema que promueve y recompensa la autonomía y el desempeño individual y la falta de participación del paciente y su familia en el proceso.

Por último, una gran cantidad de factores sistémicos contribuyen también a la aparición de errores diagnósticos: la sobrecarga de trabajo, el mal clima laboral y procesos inadecuados para seguir análisis complementarios, notificar resultados anormales, traspasar información de pacientes y planificar altas.

Para combatir los errores diagnósticos deben combinarse estrategias focalizadas en las competencias de los médicos con estrategias focalizadas en el sistema. Dentro de las primeras se incluyen: la mejora en la *capacitación formal y el entrenamiento* del personal (ateneos, casos problema), el *entrenamiento en "sesgos de pensamiento"* y *la mejora en el feedback* al médico acerca de su precisión diagnóstica. Las estrategias sistémicas, por su parte, deben apuntar a lo siguiente: *combatir los errores cognitivos* (bibliografía sobre procesos mentales, ateneos, sistemas informáticos de ayuda a la decisión clínica, utilización de guías y algoritmos, acceso a internet y revistas científicas); *mejorar la comunicación* (historia clínica electrónica, técnicas de comunicación estructurada, sistema eficiente para comunicar resultados anormales, facilitación de interconsultas, segunda lectura de estudios claves,

supervisión de médicos en formación, seguimiento de pacientes dados de alta); *identificación y auditoría de errores* (sistema de reporte de errores, autopsias, ateneos de morbimortalidad, comparación de diagnóstico de ingreso vs. diagnóstico de egreso y de derivación vs. diagnóstico final, informes finales de radiología y patología) y *mejora de las condiciones de trabajo* (evitar sobrecarga, minimizar interrupciones, minimizar presiones de producción)

Habiendo descrito las causas y posibles soluciones generales al problema de los errores diagnósticos, repasaremos a continuación las presentaciones clínicas que generan más errores y reclamos judiciales.

Error en el diagnóstico de infarto de miocardio (IAM)

Es una de las principales causas de demandas contra médicos de guardia y empresas de emergencias médicas. Distintas estadísticas demuestran que entre el 4% y el 8% de todos los IAM son mal diagnosticados en su primera evaluación en guardia. Se trata de siniestros muy costosos, y la mayoría se cierran con pagos millonarios al demandante (en nuestra serie, estos reclamos se llevaron más de 30% de lo pagado en reclamos por guardia). Sin dudas, el dolor torácico tiene todos los elementos que pueden hacer de un juicio una pesadilla. Las víctimas generalmente son jóvenes en su edad de mayor productividad, que suelen ser el sostén de sus familias y que experimentan el comienzo de la enfermedad como una absoluta sorpresa (nadie quiere escuchar que su marido tiene gastritis y luego encontrarlo muerto en la cama de su casa horas más tarde...)

Los principales errores que identificaron nuestros peritos en el diagnóstico de síndromes coronarios agudos fueron:

- Falla para reconocer una presentación atípica
- Asumir que el dolor torácico es de origen gastrointestinal o esquelético
- Asumir que las mujeres raramente tienen infartos
- Asumir que los pacientes menores de 40 años no se infartan
- Asumir que la ausencia de factores de riesgo cardíaco descarta la posibilidad de infarto.
- Falla para interrogar y documentar cuidadosamente la historia
- Falta de indicación de electrocardiograma (ECG)
- Inadecuada interpretación del ECG
- Lectura tardía del ECG
- Falla en la obtención de enzimas o isoenzimas

- Inadecuada interpretación de los valores de enzimas (no son confiables en los estadios tempranos y pueden no ser positivas en casos de angina inestable.)
- Falla para derivar al paciente al departamento de emergencias.
- Negativa a la internación (u observación en guardia) de pacientes con síntomas vagos
- Falla para brindar adecuadas instrucciones de alta (signos de alarma, cuándo consultar nuevamente)
- Inadecuado entrenamiento y experiencia del médico de guardia.

Hay coincidencia generalizada entre los expertos que para prevenir estos errores se debe: tener criterios de admisión amplios (especial atención a la segunda consulta); contar con un área de observación específica; adecuado entrenamiento y supervisión de los médicos; profundizar el interrogatorio y el examen físico; recordar siempre que enzimas normales no excluyen el diagnóstico; ECG y enzimas a intervalos más cortos. Se deben considerar siempre las presentaciones atípicas (hemos tenido casos que fueron diagnosticados dos veces como cervicalgias y otro como dolor de espalda a nivel torácico)

Para defender exitosamente estos casos, la documentación del interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios resulta fundamental. Se deben registrar tanto los hallazgos positivos que apoyan el diagnóstico como los negativos pertinentes que ayudan a descartar un riesgo elevado.

- Documente la historia del dolor: Localización, irradiación, duración. Relación con la respiración.
- Documente los factores de riesgo: diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria previa, infartos previos, edad (más de 30), antecedentes de hiperlipidemia, colesterol alto, sedentarismo, tabaquismo, alcohol.
- Documente los síntomas asociados: diaforesis, ansiedad excesiva, náuseas, mareos, piel fría, sudoración
- Documente los antecedentes: DBT, hipertensión, enfermedad coronaria o muerte súbita de etiología desconocida.
- Documente los hallazgos del examen físico, con especial atención a signos de diaforesis, presencia de enfermedad vascular, signos de falla

de bomba, enfermedad valvular, alteración de ruidos cardíacos, arritmias.

- Documente los diagnósticos diferenciales con patologías que amenazan la vida: neumotórax, aneurisma disecante, embolia pulmonar.
- Documente sus indicaciones de alta. En el caso de decidir la externación o del paciente, resulta útil brindar instrucciones por escrito y dejarlas asentadas en la historia. Las instrucciones deberían advertir al paciente que llame a emergencias ante los siguientes síntomas: aumento del dolor torácico, palpitaciones, náuseas o vómitos, sudoración, irradiación del dolor al cuello, brazos, mandíbula o dorso, indigestión, mareos.

Error en el diagnóstico de apendicitis/peritonitis

El dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta en las guardias médicas, representando entre el 5 y el 10% de todas las visitas. Sólo entre el 1% al 3% estos pacientes tendrá una apendicitis aguda, muchas veces de presentación atípica. Sin embargo, la apendicitis continúa siendo la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, afectando al 7% de la población a lo largo de su vida.

Si bien el diagnóstico de apendicitis en hombres jóvenes es generalmente sencillo, las consideraciones diagnósticas son mayores en el caso de mujeres premenopáusicas, embarazadas, niños y ancianos. La presentación clásica de la apendicitis sólo se daría en el 55% de los casos y se han descrito tasas de error de hasta el 40% en el manejo de dolor en fosa ilíaca derecha.

Dada la gravedad de las potenciales complicaciones en caso de no diagnosticar a tiempo una apendicitis aguda, no sorprende que el retraso en el diagnóstico y tratamiento de esta patología se encuentre entre las cinco principales causas de demandas a médicos de guardia), que sea la segunda causa de demandas a pediatras -después de error en el diagnóstico de meningitis- y que se encuentre dentro de las 10 causas más frecuentes de reclamos a médicos de atención primaria. Nuestra aseguradora no es ajena a esta realidad mundial, hemos recibido en estos años numerosos reclamos por peritonitis complicadas, sepsis y muertes originadas en el retraso para diagnosticar cuadros de apendicitis atípicos.

Los médicos de guardia deben ser extremadamente cautos con aquellos pacientes que se presentan con síntomas y signos mínimamente sugestivos de

apendicitis y considerar siempre esta posibilidad entre sus diagnósticos diferenciales. Las situaciones que suelen retrasar el diagnóstico de esta patología son:

- La presentación atípica, con poco dolor en fosa ilíaca y ausencia de náuseas y/o vómitos.
- La automedicación y retraso en la primera consulta (el promedio estaría en los dos días)
- La falta de realización y documentación de tacto rectal
- La administración de analgesia intramuscular en forma sintomática, sin diagnóstico.
- El diagnóstico primario de gastroenteritis, a pesar de la ausencia de signos y síntomas propios de dicha patología (náuseas, vómitos y diarrea).
- La falta de instrucciones al paciente para que se presente nuevamente dentro de las 12-24 hs. Falta de documentación de estas instrucciones en la historia clínica.

Desde el punto de vista médico-legal, tal vez la mejor recomendación sea considerar que todo paciente con dolor abdominal tiene apendicitis hasta que se demuestre lo contrario. Dado que en casi la mitad de los casos no puede arribarse a un diagnóstico específico durante la primera visita, las instrucciones y el seguimiento de los pacientes adquieren especial relevancia. Las demandas más graves no tienen que ver con la falta de diagnóstico en la primera consulta, sino con cuadros que se pasaron por culpas generalmente concurrentes. Debe a su vez revisarse siempre de manera muy crítica el diagnóstico de gastroenteritis y tener en cuenta que la falta de examen de genitales y de recto en casos de dolor abdominal bajo puede crear situaciones de alto riesgo. Otros consejos: considerar siempre la posibilidad de embarazo ectópico en toda mujer en edad fértil que se presenta con dolor abdominal bajo; tener en cuenta que los exámenes de laboratorio raramente sirven para determinar la presencia o ausencia de un abdomen quirúrgico, y pensar en aneurisma de aorta en personas mayores.

Error en el diagnóstico de fracturas y luxaciones

En nuestra serie, muchos reclamos se generaron por lesiones traumatológicas mal manejadas por guardia, tanto por médicos generalistas como por especialistas. La mayoría de las demandas se basaron en que el profesional no diagnosticó una fractura (el caso más típico fue la fractura de escafoides). Los reclamos originados en la falta de diagnóstico de luxaciones o de compromiso neurovascular son menos frecuentes.

La falta de diagnóstico oportuno de fracturas del esqueleto axial (las cuales pueden asociarse con compromiso neurológico severo) suelen aumentar dramáticamente los costos de los litigios. Sin embargo, las situaciones que exponen al médico clínico o al emergentólogo a cometer un error diagnóstico son relativamente pocas y en su mayoría pueden ser prevenidas o mitigadas si se tienen en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Deben evitarse en la guardia diagnósticos tales como "distensión o esguince de muñeca". Todas estas lesiones deberían ser tratadas como fracturas hasta que se demuestre lo contrario mediante entablillado (inmovilización) y reevaluación clínica y radiológica.
- Un "esguince de pulgar" obliga también a descartar la disrupción del ligamento cubital colateral. Estas lesiones deben ser inmovilizadas correctamente y los pacientes derivados a traumatología dentro de las 24 hs.
- La mayoría de las lesiones agudas requieren la inmovilización de las articulaciones proximal y distal. El médico de guardia lo suficientemente preocupado como para pedir una radiografía debería estarlo también por una adecuada inmovilización, tanto por el confort del paciente como por la posibilidad de una fractura "oculta".
- En este tipo de lesiones, se debe exponer y evaluar siempre la articulación proximal y la distal.
- Los pacientes con lesiones en la rodilla no deberían ser examinados en una silla de ruedas. Deben ser desvestidos y examinados en una camilla para poder realizar adecuadamente las maniobras semiológicas necesarias.

- Los traumatismos de rodilla con colecciones líquidas o que generan dudas acerca de la estabilidad requieren una adecuada inmovilización, evitar apoyo o peso (muletas) y una inmediata consulta con un traumatólogo.
- Se debe sospechar siempre compromiso neurovascular en pacientes con fracturas mayores de rodilla.
- Se debe sospechar síndrome compartimental anterior en fracturas de pierna distales. Se requiere un seguimiento apropiado en estos casos.
- En el libro o historia clínica de guardia se debe documentar siempre
 - Mecanismo lesional
 - Inspección, palpación
 - Grado de movilidad de la extremidad afectada y de las articulaciones proximal y distal
 - Circulación distal
 - Sensibilidad
 - Evaluación motora
 - Resultados de estudios
 - Instrucciones
- Cuando el médico de guardia (clínico) sospeche una lesión traumatológica debería seguir los siguientes pasos para proteger a sus pacientes y a él mismo: elevación, hielo, inmovilización adecuada y reevaluación en 24 hs. Debe advertir siempre al paciente acerca de la posibilidad de una fractura que no se ve en la placa pero que puede verse en unos días

Error en el diagnóstico de cuerpos extraños o de lesiones nerviosas, tendinosas y vasculares en heridas y laceraciones

La atención de heridas origina un alto porcentaje de los reclamos por mala praxis en guardia de emergencias. Las principales causas de estas mediaciones o juicios son la falla para detectar cuerpos extraños, la falta de diagnóstico de lesiones tendinosas o nerviosas y la falta de medidas para prevenir una infección resultante. El mal resultado estético raramente es una causa de juicios en la medicina de urgencia.

Una adecuada historia debería incluir el mecanismo de la lesión. El examen físico debe a su vez incluir la búsqueda de cuerpos extraños retenidos en la herida. La función flexo-extensora de los tendones, la sensibilidad y los pulsos distales deben ser siempre documentados luego de observar el movimiento e inspeccionar la herida.

Cuando la laceración es producida por un vidrio roto, el médico de guardia debería considerar la indicación de radiografía simple si la herida no puede ser completamente explorada. Los cuerpos extraños deberían ser detectados. La decisión de removerlos o no debe realizarse caso por caso. Cuando se sospeche la posibilidad de un cuerpo extraño retenido, se debe informar al paciente y explicarle las razones a favor y en contra de la exploración quirúrgica. A estos pacientes deben dárseles pautas de alarma de infección y ser citados para una nueva evaluación. Ante cualquier herida sospechosa, el paciente debe ser citado en 48 hs. para una nueva evaluación.

Error en el diagnóstico de hematomas intracraneanos y hemorragias subaracnoideas

Si bien se trataron de casos aislados en nuestra serie, los reclamos originados en el retraso en el diagnóstico de estas condiciones fueron muy difíciles de defender.

El traumatismo de cráneo (TEC) expone al médico de guardia a diversos riesgos, dado el marco en que generalmente debe desenvolverse. Si bien en el TEC moderado y grave las decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento son más evidentes, es el TEC leve, con Glasgow mayor de 13/15 el que plantea mayores riesgos en términos de responsabilidad profesional. La mayoría de los pacientes con traumatismo de cráneo se encuentran conscientes cuando son evaluados y el manejo de los mismos debe basarse en el riesgo de desarrollar un hematoma intracraneano agudo y en la prevención de síndromes postconmocionales persistentes. En la mayoría de estos casos, con pacientes lúcidos, no se encuentran indicados estudios de imágenes, pero sí una observación horaria del estado del sensorio y la vigilancia de síntomas y signos de alarma como cefalea, vómitos, visión borrosa o déficit motor. En casos de Glasgow 15/15, estos controles pueden ser realizados por los propios familiares. Nunca se debe atribuir el deterioro del sensorio a drogas o alcohol. La defensa de estos casos se ve muy facilitada si el médico puede acreditar el cumplimiento de algoritmos diagnósticos (ej: ATLS), el examen neurológico

realizado (Glasgow, pupilas, déficit motor) y las instrucciones y pautas de alarma que entregó al paciente o a su familia (preferentemente escritas).

Un porcentaje alto de hemorragias subaracnoideas no son diagnosticadas en su primera visita a la guardia (según algunos trabajos, hasta el 30%). Hemos recibido en NOBLE reclamos por pacientes que fueron externados de la guardia con diagnóstico de cefalea o migraña y que fueron intervenidos días después (generalmente en otra institución) por aneurismas cerebrales, no siempre con buena evolución. El médico de guardia debe tener un alto índice de sospecha en cuadros de cefalea de instalación súbita sin antecedentes migrañosos y tener presente que los síntomas y signos de irritación meníngea (ej: rigidez de nuca) no siempre están presentes en el inicio del cuadro. En estos casos, la documentación del interrogatorio, el examen físico y las pautas de alarma también resulta de vital importancia.

Error en el diagnóstico de meningitis

Se trata de una presentación clínica de alto riesgo para pediatras. Niños que son tratados por otitis o por síntomas inespecíficos, suelen desarrollar cuadros fulminantes en horas, dejándolos con secuelas neurológicas graves. El principal problema con el diagnóstico de cualquier tipo de meningitis en niños es que los síntomas de presentación (con la excepción de la rigidez de nuca), son vagos e inespecíficos, pudiendo corresponder a una gran variedad de condiciones. Este hecho determina que muchas veces se retrasen los diagnósticos, con terribles consecuencias (daño neurológico permanente o muerte).

En estos casos, resulta importante mantener un nivel de alerta adecuado, instruyendo a los padres en los síntomas y signos de alarma y estimulándolos a las consultas reiteradas. La documentación del interrogatorio, del examen físico y de las instrucciones dadas es fundamental para poder defender exitosamente estos reclamos.

Error en el diagnóstico de torsión testicular en niños

Las demandas contra pediatras por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la torsión testicular (con la consecuente pérdida del testículo) son relativamente frecuentes. En NOBLE recibimos varios reclamos por esta causa a lo largo de estos años. La Cámara Civil (Sala B) condenó en noviembre de 2016 a un sanatorio y una empresa de medicina prepaga por las demoras en la realización de los estudios necesarios para confirmar el diagnóstico (eco doppler), que

lógicamente retrasaron la cirugía de un niño de tres años. La indemnización fue calculada en \$400.000, a lo que deben sumarse intereses y costas del proceso. (Microjuris)

El diagnóstico diferencial de la torsión testicular con una hernia inguinal estrangulada puede ser clínicamente difícil en el niño pequeño y la exploración quirúrgica de emergencia es la regla en los dos casos. En el adolescente, el problema radica en que ninguna señal clínica es específica de torsión testicular. Los datos de la literatura parecen concluir que las dos principales señales siguen siendo el aumento del volumen del testículo con aumento del dolor cuando uno levanta el mismo (Signo de Prehn), y la abolición del reflejo cremasteriano. Sin embargo, hasta un 50% de los niños con torsión testicular presentan un reflejo cremasteriano positivo del lado doloroso. La realización de un examen doppler para confirmar el diagnóstico en este contexto estaría indicado sólo si es factible con mínima demora y no retrasa la exploración quirúrgica. La sensibilidad de este estudio estaría entre el 88 y el 100%, con una especificidad del 97%, esencialmente por el estudio del flujo arterial con doppler.

El diagnóstico de torsión del testículo debe ser siempre el único diagnóstico hasta que se pruebe lo contrario y la cirugía debe realizarse en la emergencia dado que existe una relación directa entre la reversibilidad funcional y la longitud de la isquemia. En el proceso de consentimiento informado los padres deben ser advertidos del riesgo de necrosis testicular, capaz de justificar una orquidectomía durante la intervención. No debe retrasarse la exploración quirúrgica esperando la realización de un examen doppler. La torsión del pedículo espermático es una realidad que el pediatra debe considerar a cualquier edad, e incluso ante la presencia de un doppler considerado como normal.

Error en el diagnóstico de aneurisma de aorta en adultos mayores

Algunas demandas que recibimos se originaron en pacientes a quienes se les diagnosticó en guardia un cólico renal y terminaron falleciendo por ruptura de aneurismas de aorta abdominal (AAA). Se trata de un error relativamente frecuente en el ámbito de emergencias, porque el dolor causado por el líquido libre filtrado en cavidad de los aneurismas de aorta suele confundirse con el dolor típico de un cólico renal. Por eso, los médicos de guardia deben estar muy alertas cuando pacientes de más de 60 años se presentan en la guardia con un aparente cólico renal.

Debe siempre considerarse el potencial de aneurisma de aorta abdominal en personas mayores con dolor en flanco, especialmente si se asocia a hipotensión. Antes de diagnosticar estos cuadros como cólico renal, debe descartarse primero la posibilidad de que se trate de un aneurisma de aorta abdominal. Debe plantearse siempre la realización de una ecografía en la guardia o una tomografía si el paciente se encuentra estabilizado.

Retraso en diagnóstico de cáncer

Es la principal causa de reclamos por error diagnóstico fuera de la guardia de emergencias. Los casos llegados a NOBLE fueron por retrasos en el diagnóstico de cánceres de mama y de ovario. En dos casos se trató de mujeres con mamografías BI-RADS 3 que no tuvieron adecuado seguimiento. Los hallazgos en esta categoría tienen una muy alta posibilidad (más de 98%) de ser benignos y no se espera que estos hallazgos cambien en el tiempo. Esto determina que a veces las pacientes relajen los controles, que están recomendados a los 6 meses y luego regularmente, hasta que se determine que el hallazgo es estable (generalmente un mínimo de 2 años). En estos casos, las mujeres volvieron a la consulta varios años después. En otros, se diagnosticó cáncer de mama por mamografía, y al revisar un estudio realizado años antes, se observó en retrospectiva una lesión que en ese momento pasó desapercibida o no pareció significativa. Los cánceres de ovario se diagnosticaron varios meses después de haber diagnosticado quistes simples por ecografía. También recibimos tres reclamos por biopsias endoscópicas con falsos positivos de cáncer que determinaron gastrectomías (dos casos) y una hemicolectomía. No se pudo encontrar células cancerosas en ninguna de las tres piezas quirúrgicas.

La recomendación en estos casos tiene que ver con adecuados protocolos de seguimiento y recordatorios para médicos y pacientes (en el caso de pacientes con lesiones sospechosas que requieren controles periódicos), con el doble control de los tacos y con biopsias intraoperatorias en el caso de grandes resecciones.

Retinopatía del prematuro

El 4% de las demandas en pediatría de nuestra serie se originaron en el retraso en el diagnóstico y tratamiento de retinopatías del prematuro. Un escenario común se presenta cuando el oftalmólogo examina a un prematuro en una clínica u hospital, diagnostica la retinopatía e indica la reevaluación entre la segunda y la cuarta semana. En ese ínterin, sin embargo, el bebé es transferido a otra institución o bien dado de alta sin instrucciones claras, perdiéndose el seguimiento.

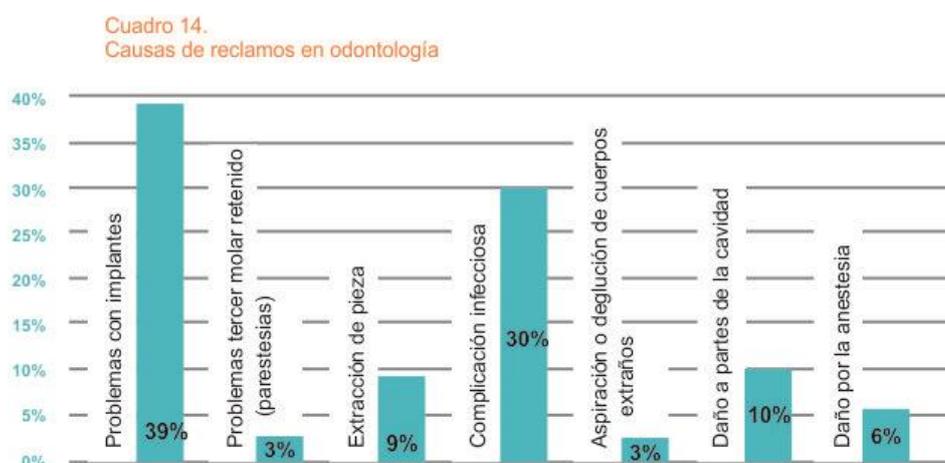
En las demandas originadas en esta causa generalmente se discute acerca de quién tenía la responsabilidad del seguimiento. Parece razonable asumir que el servicio de neonatología es el responsable de garantizar el mismo mientras el paciente está internado y que el neonatólogo que externa o deriva al prematuro es quien debe extremar los recaudos para garantizar el seguimiento mediante adecuadas instrucciones a los padres o a los profesionales a los cuales deriva. En los juicios por presunta mala praxis, sin embargo, los expertos de las distintas partes involucradas suelen discrepar acerca de los grados de responsabilidad, perjudicando generalmente la defensa de todo el equipo de salud como tal. Mientras que los peritos y abogados de los oftalmólogos sostienen que la agenda del seguimiento es responsabilidad de los neonatólogos, los otros peritos y abogados (de la parte actora y de los neonatólogos) suelen sostener que una vez que el oftalmólogo ha examinado al paciente establece una relación con el mismo que lo obliga a responsabilizarse por el seguimiento. Desafortunadamente, muchos servicios de neonatología y oftalmólogos que realizan este screening se encuentran cada vez más con la pesada imposición de demostrar que han tomado medidas extraordinarias para garantizar el seguimiento de las retinopatías del prematuro. Una forma de hacerlo puede consistir en discutir y entregar a los padres gacetillas informativas acerca de la progresión de la retinopatía y advirtiéndoles a los mismos cuándo los bebés deben ser reevaluados. El documento, del cual debe quedar una copia en la historia clínica, debería ser firmado por los padres, aclarando que comprenden la importancia de los controles en tiempo y forma.

Para evitar problemas de comunicación resulta recomendable desarrollar una norma escrita delineando las responsabilidades de los neonatólogos y de los oftalmólogos de la institución. Los primeros deberían hacerse responsables primarios de la agenda de los controles y de la entrega de información a los padres. Los oftalmólogos, por su parte, tendrían la responsabilidad de presentarse regularmente todas las semanas o bien en períodos de tiempo

determinados de común acuerdo en el servicio de neonatología para examinar a todos los prematuros que lo requieran.

Odontología

Los reclamos contra odontólogos representaron el 2,2% de todas las demandas denunciadas a NOBLE. Dos causas se destacan claramente: los problemas vinculados con implantes (39% de los reclamos) y complicaciones infecciosas (30%) Ver cuadro 14:



Reclamos originados en implantes

En la gran mayoría de estos casos (más del 40%) nuestros peritos concluyeron que hubo una inadecuada valoración previa del caso, inadecuados estudios pre-implante o problemas vinculados al consentimiento. Otros reclamos se originaron por un resultado estético o funcional insatisfactorio, fallas del implante (por causas biológicas o de diseño) o por daños a estructuras vecinas (ej: perforación de lámina del etmoides, involucrando al seno maxilar, nervio dental inferior o lingual).

Dado que una proporción significativa de reclamos se originan en una mala selección y evaluación de los pacientes, desde una perspectiva médico-legal es importante que el odontólogo identifique y discuta con sus pacientes las potenciales complicaciones del procedimiento para asegurar que los mismos tengan expectativas razonables. En la planificación del tratamiento se deberían considerar y documentar:

- Las condiciones sistémicas del paciente: distintas condiciones sistémicas pueden afectar el resultado final: diabetes, osteoporosis, tabaquismo, radio quimioterapia, enfermedades cardiovasculares, trastornos de coagulación, tratamiento prolongado con corticoides.
- Las condiciones del sitio de implante: Probablemente la consideración local más importante en la colocación de un implante sea la cantidad y calidad del hueso y la forma del reborde alveolar en el sitio de implante. Importa tanto la evaluación clínica como la radiológica. Si las imágenes periapicales y panorámicas no son adecuadas, se debería recurrir a la tomografía computada o a reconstrucciones tridimensionales a fin de localizar sitios de implantación con mejor soporte óseo. También ayuda la realización de impresiones para confeccionar modelos de estudio sobre los cuales realizar encerados de diagnóstico y placas de guía quirúrgica. El estado general de la boca también es importante. Se han reportado fracasos por infecciones cruzadas a partir de lesiones endodónticas inmediatamente adyacentes al sitio del implante.
- Selección del material de implante:

El odontólogo debería obtener el apropiado material de implante de proveedores o fabricantes reconocidos. La seguridad y confiabilidad de los materiales deberá estar sustentada en evidencias científicas publicadas. Debería estudiar también las instrucciones del fabricante y mantenerse actualizado en todo lo referente a materiales y diseños.

Ante un reclamo basado en daños producidos por implantes defectuosos el odontólogo deberá probar su diligencia, prudencia y pericia en la selección y manejo de los materiales. El profesional puede ser hallado responsable por cualquier daño originado en fallas del material

Reclamos originados en odontología general

El resto de reclamos contra odontólogos se originaron en complicaciones de los tratamientos odontológicos generales (extracciones, conductos, etc):

- Lesión de dientes vecinos
- Extracción de pieza equivocada
- Fractura mandibular
- Fractura de implantes

- Fractura radicular, fractura de pernos o roturas de elementos protésicos por mal oclusión o por utilización de materiales deficientes.
- Lesiones de nervios y vasos sanguíneos.
- Recidivas en tratamientos de ortodoncia
- Fracturas dentales post-tratamientos endodónticos
- Comunicación buco sinusal
- Parestesias por anestesia o por extracción
- Rotura de instrumental endodóntico en ápices con posterior proceso periapical
- Desajuste articular por prótesis y ortodoncia desadaptados en oclusión (trastornos Articulares)
- Hiperplasia mucosa por prótesis desadaptada
- Hipersensibilidad dental post tratamiento protésico en piezas vitales
- Alergias a sustancias utilizadas en la práctica
- Ulceración de la mucosa bucal por efecto de los ácidos utilizados para el blanqueamiento
- Medicación en pacientes embarazadas (sin autorización del médico)
- Restos radiculares (ápices) post extracción
- Defectos óseos producidas por extracciones complejas
- Fracaso en la oseointegración
- Visualización de pernos cortos
- Aspiración o deglución de cuerpos extraños. Instrumentos que se rompen (ej: rotura de fresas, material de endo u ortodoncia, etc.)

Reclamos originados en ortodoncia

En estos casos los actores demandaron por un mal resultado. O bien no se logró la alineación o por una mala valoración previa se intentó corregir una desarmonía que solo era posible corregir mediante cirugía.

Deficientes historias clínicas

Uno de las principales dificultades a las que se enfrentan nuestros peritos a la hora de defender a los odontólogos es la pobreza de muchas de sus historias clínicas y la falta de consentimiento informado. Los principales hallazgos en las fichas odontológicas que se aportaron como prueba en juicios fueron;

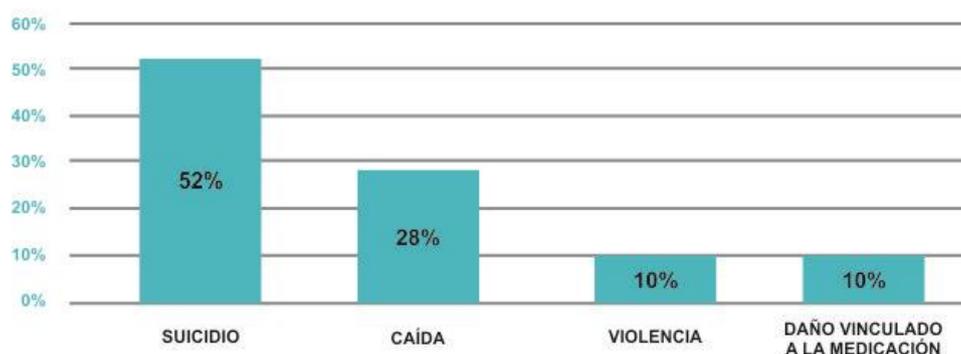
- Insuficiente espacio para describir el estado general del paciente, sus antecedentes generales y odontológicos.
- No se detalla el examen de los tejidos blandos

- Insuficiente espacio para detallar exámenes complementarios (radiografías, laboratorio)
- El espacio sólo permite consignar el nombre del tratamiento realizado o a realizar. No existe espacio para una adecuada descripción de la patología (la misma debe deducirse a partir del tratamiento instituido)
- Insuficiente espacio para registrar la evolución, que en la atención odontológica es de primordial importancia ya que la técnica suele exigir más de una sesión operatoria o pasos intermedios.
- No se registra la dinámica mandibular ni la evaluación de la articulación témporomandibular.
- No se registra la evaluación periodontal.
- No se registra el análisis de la oclusión.
- No se registra el consentimiento informado

Salud mental

Las demandas contra psicólogos y psiquiatras representaron el 4,2% de todas las demandas recibidas en NOBLE. La mayoría de los problemas surgieron con pacientes institucionalizados en establecimientos de salud mental. Más del 50% se originaron en suicidios. Cerca del 30% de los reclamos se originaron en caídas, (generalmente por las mismas razones que en instituciones de agudos). También recibimos demandas por pacientes internados que atacaron a otros pacientes (10%) y daños vinculados a errores de medicación (10%).

Cuadro 15.
Causas de reclamos en salud mental



Suicidio en internación

En nuestra serie, la mitad de los suicidios ocurrieron dentro del establecimiento de salud mental. La otra mitad de los pacientes se suicidaron en su hogar o en la vía pública durante altas terapéuticas, La mayoría de estos pacientes se ahorcaron, asfixiaron o arrojaron al vacío.

Los principales problemas identificados por nuestros peritos en el caso de pacientes que se suicidaron estando internados fueron:

- Factores ambientales: falta de protección y refuerzo en ventanas de forma de impedir saltos al vacío, baños con grifería que permitieron ahorcamientos, falta de mantenimiento de estos refuerzos.
- Observación del paciente incompleta o infrecuente.

- Inadecuada evaluación de riesgo de suicidio en el ingreso.
- Incompleta reevaluación periódica del paciente, principalmente antes de salidas terapéuticas.
- Incompleto examen del paciente y de sus pertenencias (por ejemplo, falla para identificar un contrabando)
- Falta de personal. Insuficiente capacitación y acreditación.
- Inadecuada comunicación entre los miembros del equipo de salud y entre estos y las familias. Información no disponible cuando se la necesita.
- Inadecuada planificación. Pacientes asignados a unidades o lugares inapropiados para un adecuado control.

Aún habiendo demostrado la difícil previsibilidad de la mayoría de los suicidios, es probable que ante el hecho consumado los derechohabientes inicien acciones legales contra la institución alegando que no cumplió con sus obligaciones de cuidado y vigilancia.

Dice Kraut: *"El psiquiatra no tiene el deber de prever y evitar el suicidio de cualquier paciente bajo tratamiento psiquiátrico, sino tan sólo de realizar un correcto diagnóstico sobre el estado clínico del paciente y una evaluación del riesgo"*.

Se debe comprender que muchas veces no hay antecedentes y los síntomas y signos se encuentran en estado latente. Por su parte, Achaval¹ sostiene que la obligación de resultado sólo puede darse cuando todos los actos médicos están reglados y no cuando dependen de las variables de la personalidad, de la patología, de la familia, etc. Ante una demanda, la institución y el profesional deberán demostrar que actuaron con la diligencia y prudencia que indicaban las normas aceptadas de práctica bajo las mismas circunstancias.

No obstante, existen ciertas patologías mentales (melancolía, depresión, etc) en las que los índices de suicidio alcanzan cifras significativas, lo que determina para el profesional y la institución un incremento del deber de evitar el daño. Llamas Pombo señala: *"Es clara la responsabilidad del psiquiatra que no advierte la tendencia suicida o agresiva de un enfermo mental o que,*

advirtiéndolas, no toma las medidas de prevención oportunas. Situaciones tales exigen, en pacientes internados y cuando la probabilidad de suicidio es alta, una vigilancia intensa a través de los medios y el personal adecuados." Estamos entonces ante una obligación de medios reforzada.

La evaluación individual del riesgo de suicidio resulta fundamental a la hora de defender estos casos. El propósito de dicho análisis es el de identificar rápidamente factores de riesgo tratables y tomar las medidas de seguridad adecuadas. La evaluación del riesgo suicida es un proceso continuo y dinámico que requiere un profundo conocimiento del paciente. Se debe realizar cuando el paciente ingresa, durante su hospitalización y particularmente en el momento del alta.

Hemos visto que una cantidad considerable de pacientes psiquiátricos se suicidan durante salidas terapéuticas o luego del alta de internación. Cuando los pacientes salen con autorización médica, sea en forma transitoria durante un fin de semana, o vacaciones, o son derivados a consultorios externos, siempre debe haber un responsable que se notifica de los cuidados, de la medicación y ritmo terapéutico adecuado, de los riesgos de la misma y de la vigilancia del propio paciente, ya que el médico es el responsable del deber de cuidado si no lo cede en el momento oportuno. Sin embargo sigue siendo responsable médico del paciente por haber autorizado la salida. Quizás pueda considerarse que las salidas sean de tiempos muy breves y con destino a condiciones ambientales y humanas adecuadas.

Una vez ocurrido el suicidio y cuestionado el accionar médico, la historia clínica se erige en la principal evidencia de todo lo ocurrido. Los peritos se apoyarán en la documentación de valor médico, como los registros institucionales de entrada y salida, medicaciones, interconsultas, etc. La documentación debe ser objetiva evitando escribir subjetividades abiertas a múltiples interpretaciones: *"prevenirlo en la medida de lo posible..." "tomar las medidas de seguridad pertinentes..." "aplicar el tratamiento adecuado..."* Se deberá especificar qué medidas y qué tratamientos.

La historia clínica debe constar con una evaluación del índice de peligrosidad para sí mismo y para terceros que se atribuye al paciente internado. La documentación del riesgo suicida y de las medidas de prevención adoptadas deberá ser especialmente meticulosa. Los requerimientos de certificados previstos por la ley como así también los consentimientos a la internación y tratamiento también son parte de la documentación trascendente. Toda la

documentación señalada, correctamente llevada, bien conservada y con letra legible evitará muchas veces el avance de la denuncia