

RECOMENDACIÓN ENERO 2009 LA HORA IMPORTA: DEMUESTRE CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN

Muchas de las afirmaciones de los demandantes en los juicios por mala praxis son muy difíciles de rebatir por la falta de registro en la historia clínica de la hora en la cual tal o cual parámetro fueron obtenidos o bien determinada práctica realizada. Algunas frases usuales en los reclamos:

“Nadie lo controló durante todo ese tiempo...”

“Cuando lo pasaron a la habitación estaba totalmente dormido y no respondía...”

“Lo tuvieron tirado en la guardia sin hacerle nada...”

Es una buena costumbre iniciar cualquier evolución escrita por la hora en la que se realiza. La clara especificación de la hora adquiere particular relevancia en los casos de responsabilidad profesional, ya que muchas veces uno de los principales objetivos de la parte actora consiste en demostrar discontinuidad (“baches”) en la atención, principalmente en áreas y procesos críticos en donde las horas y los minutos cuentan: recuperación anestésica, trabajo de parto/ puerperio inmediato y guardia.

En los reclamos por complicaciones anestésicas en el postoperatorio, se observa que muchas veces los anestesiólogos realizan un registro único y estático del estado del paciente al finalizar la anestesia. No siempre queda clara la hora en que finalizó la cirugía en sí (último punto) ni la secuencia de la recuperación. ¿A qué hora lo extubó? ¿A qué hora se encontraba con ese Score de Aldrete? ¿Cada cuanto le controlaban los parámetros vitales en la primera hora del postoperatorio?, ¿A qué hora fue dado de alta de quirófano?,

¿A qué hora ingresó a piso? Muchas veces la próxima evolución de un profesional en la historia clínica se produce varias horas después de la salida del paciente del quirófano. Se generan entonces baches en la documentación que, en los casos legales, suelen ser llenados por dichos de los familiares. En estas situaciones, cuando los pacientes se complican luego de haber registrado un Aldrete alto, es frecuente que se escriban evoluciones como la siguiente:

“Mientras el paciente estaba siendo controlado en el área de quirófano, se constata depresión respiratoria seguida de paro, instaurándose medidas de resucitación, etc, etc.” La pregunta que surgirá en un juicio es obvia: ¿a qué hora tenía un Aldrete de 9? ¿Qué parámetros y con qué frecuencia se controlaban? ¿Quién los controlaba? Es en estos casos en los cuales un solo registro del estado del paciente al finalizar la anestesia y sin especificar la hora aparecerá como insuficiente. El Cuerpo Médico Forense ha determinado que se entiende por postoperatorio inmediato a los primeros 60 minutos de la finalización del acto quirúrgico (aprox), aclarando que **el acto quirúrgico finaliza cuando el paciente se halla recuperado**¹. Si se entiende por paciente recuperado a un Aldrete de 8 / 9, la hora del postoperatorio inmediato (responsabilidad conjunta del anestesista y del cirujano) empezaría a correr desde dicho registro. Es por eso vital documentar a qué hora se encontraba en ese estado. Ya hay suficientes estándares que especifican **que los controles en la primera hora del postoperatorio deben realizarse cada 15 minutos y luego cada 30 minutos hasta el momento del alta del sector**². Por lo tanto se recomienda desarrollar una hoja de recuperación anestésica formal, con una grilla que permita un registro más dinámico del estado del paciente con obligación de documentación seriada de la TA, FC, FR, Oximetría y Aldrete durante el tiempo que el paciente permanece en el quirófano y con clara especificación de la hora del alta del sector.

¹ Fallo del Juez en lo Correccional (Nº6) Eduardo Etcharran. Marzo 2000. Condena a cirujano plástico R.A.P y a su anestesista E.L.S., publicado en “Mala praxis en cirugía plástica. Montanelli N. Ed García Alonso. Buenos Aires 2003

² Asociación Argentina de Cirugía. Guía de organización y procedimientos en cirugía ambulatoria. 2006. Publicada en pág. Web. www.aac.org.ar. (Durante los primeros 15' los controles deberían realizarse cada 5')

En obstetricia, la prueba documental se complica mucho más, ya que además de demostrar la continuidad en la atención desde el momento en que la paciente se interna, se suma la necesidad de que dicha atención sea congruente con lo actuado durante el embarazo, sin que suela quedar un registro claro en la historia de internación (la que suele secuestrarse) de los antecedentes y del seguimiento del mismo.

Un caso de parálisis cerebral o de distocia de hombro es casi indefendible hoy en día sin un adecuado registro del partograma. En muchas instituciones de nuestro país, se siguen utilizando para la documentación obstétrica modelos de historia clínica genéricos con texto libre, en donde no se documenta siempre la hora de ingreso y el registro queda librado a la discrecionalidad del profesional, lo que suele derivar en historias clínicas muy insuficientes para articular una defensa.

Sometido a la pregunta de un juez con respecto a la frecuencia de los controles maternos y fetales habituales es muy probable que un perito obstétrico informe que los mismos (Signos vitales, contractilidad uterina, frecuencia cardíaca fetal, cérvix, etc) **deben realizarse ,y por ende 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.**³ Aún cuando no hay un consenso claro acerca de esta frecuencia ni estudios que demuestren la utilidad de este esquema, muchos autores lo sostienen y sin duda su registro (o la falta del mismo) serán temas relevantes en un juicio por responsabilidad profesional. También puede ser importante el registro de la hora de ruptura de membranas cuando se discuten infecciones neonatales.

Análoga situación se da con el puerperio inmediato. Las graves complicaciones a la que se expone la madre durante las primeras horas (hemorragias, embolias, sepsis, etc) obligan a un monitoreo y vigilancia estrechos durante las primeras 6 horas del postparto, obligando a chequear (y registrar) los signos vitales, el sangrado vaginal y el estado del útero con una frecuencia estandarizada, **recomendando cada 15 minutos durante las primeras dos**

³ Colegio de Médicos de la Prov. de Buenos Aires. Distrito III. FRP. Guía de procedimientos en Obstetricia. Aspectos Médico-legales de la práctica obstétrica.

horas, cada 30 minutos la siguiente hora y luego cada hora durante tres horas hasta completar las seis horas sugeridas. Luego controles habituales por turno de enfermería.

Con respecto al monitoreo fetal electrónico (sea éste al inicio, continuo o intermitente), se debe prestar especial atención a la configuración o “seteo” de la fecha y hora del aparato, ya que en algunos juicios se ha observado que el horario del trazado del monitoreo no coincidía con la hora real, lo cual trajo grandes problemas a la defensa.

Lo antedicho es aplicable también al ámbito de la guardia de emergencias. Cuando surgen problemas médico-legales en este sector, las preguntas suelen ser: ¿A qué hora ingresó al establecimiento?, ¿A qué hora fue visto por el médico? ¿A qué hora se realizó la interconsulta? ¿Cuánto tardó el especialista en arribar? ¿A qué hora se solicitó el estudio? ¿A qué hora se realizó? ¿A qué hora recibió el médico de guardia el resultado?. ¿Cada cuánto evaluó al paciente que estaba en observación? Si bien las características de la actividad de emergencias impiden estandarizar la frecuencia y el tipo de los controles, lo concreto es que se deberá probar una continuidad en la atención. Esto sólo puede lograrse especificando claramente los horarios en los que ocurrieron los eventos, algo que pocas veces queda reflejado en los actuales libros de guardia.

Otros de los aspectos buscados por los abogados demandantes en las historias clínicas son las discordancias entre los registros realizados por los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. Se debe verificar que los horarios coincidan. A NOBLE han llegado historias con horario de ingreso a las 24:00 con monitoreos de ingreso realizados dos horas antes e informes de ecografías con ausencia de latidos fechados dos meses antes de que se interne una madre con un monitoreo reactivo que después se complicó con muerte fetal (en este caso hubo una confusión en la transcripción del mes, siendo en realidad la ecografía posterior a la internación). Lo curioso es que varios profesionales hacen referencia a la muerte fetal ocurrida ¡dos meses antes! sin que nadie corrija el error en la historia.

En síntesis, la hora importa.

NOBLE recomienda que se escriba la hora en toda evolución médica, desarrollando herramientas de documentación estandarizada con frecuencia de controles definidos en recuperación anestésica y, trabajo de parto/puerperio.

En caso de requerir modelos de documentación estructurada, no dude en consultarnos.