

INTRODUCCIÓN

Muchas áreas clínicas en el ámbito de la salud pueden causar problemas específicos de administración de riesgos debido a la naturaleza de la población que se atiende y a los distintos tipos de servicio que se brindan. Los estudios que analizan las demandas de distintos servicios hospitalarios muestran que muchos incidentes de riesgo ocurren en las áreas de cuidados intensivos neonatológicos y pediátricos. En estas áreas las demandas se deben generalmente a errores de diagnóstico, tratamiento inapropiado que causó la muerte, caídas, infiltraciones y complicaciones de procedimientos menores.

Adicionalmente, muchos aspectos especiales de la medicina legal, de la administración de riesgos y del control de calidad son únicos en el ámbito pediátrico. Por ello resulta importante focalizarse en los problemas potenciales y desarrollar estrategias proactivas para resolver dichos problemas.

Los juicios por mala praxis que involucran a pediatras tienen características únicas debido a los plazos de prescripción de la responsabilidad contractual (10 años desde que se conoce el daño) y debido al costo proyectado de atención de un niño con daño severo. Las pérdidas de ganancias se proyectan por décadas. Por otra parte, la opinión pública en general considera que los niños, al no poder protegerse por ellos mismos merecen un mayor nivel de protección, generando una natural simpatía que hace difíciles las explicaciones y argumentos legales de defensa, especialmente cuando el niño ha sufrido un daño severo. Esto se suma al aumento de las expectativas de los padres generada por el tremendo avance en la neonatología y su tecnología asociada.

FRECUENCIA E INCIDENCIA

En países donde se llevan estadísticas desde hace más de veinte años como los Estados Unidos, la pediatría como especialidad se encuentra según distintos registros entre las diez especialidades más demandadas. Dentro de la especialidad, la neonatología es la actividad más castigada. Meadow, et al publica en *Pediatrics* en Mayo de 1997 los resultados de un estudio en el cual los investigadores intentaron identificar a todos terapeutas intensivos neonatológicos de los Estados Unidos. Luego de identificar a 2.498 especialistas les enviaron un cuestionario en donde entre otras cosas, les preguntaban acerca de su experiencia personal de juicios de mala praxis. Recibieron 1813 respuestas, representando aproximadamente el 75% de los

médicos que ejercían la terapia Intensiva Neonatológica en dicho país. Los resultados revelaron que el 43% de estos especialistas habían sido demandados al menos una vez. La probabilidad de ser demandados aumentaba en forma lineal de acuerdo a la cantidad de años de práctica. Así, sólo el 20% de los médicos con menos de 5 años de experiencia habían sido demandados, mientras el 60% de los neonatólogos con más de 15 años habían tenido que visitar los tribunales como imputados. La mayoría sostenía que los juicios eran totalmente infundados. También se encontraban preocupados según este estudio en la capacidad de los peritos médicos que intervenían en los casos. El 50% de los médicos no los creía en condiciones de juzgarlos y el 30% opinó que actuaban de forma antiética a menudo. La conclusión final de Meadows es totalmente aplicable a nuestro país, ya que afirma que el sistema legal norteamericano es absolutamente inefectivo para reducir el número de demandas, funcionando como una especie de lotería, *“Los pacientes y sus familias tienen en la mayoría de los casos pocas probabilidades de ganar, pero aquellos que ganan, ganan mucho. Los costos de esta lotería son enormes, con mayor desmoralización de los médicos y creciente desconfianza de los pacientes. Estos costos indefectiblemente se trasladan a los pacientes y a quienes pagan impuestos...”*

En la Argentina, prácticamente no hay estadísticas que confirmen esta alta incidencia. Sin embargo, lo poco que se ha publicado no resulta alentador para la práctica pediátrica. De acuerdo con un informe publicado por la Revista Estrategas en diciembre de 1997, la pediatría se encuentra en el cuarto lugar entre las especialidades más demandadas. Por supuesto, habrá que tener en cuenta que el número de médicos que ejercen esta especialidad es mayor que el que ejerce, por ejemplo especialidades quirúrgicas. (ver recuadro).

DEMANDAS EN PEDIATRÍA

EE.UU. HARVARD (1)

Neurocirugía (15%)
Obstetricia/Gin (11%)
Cirugía Plástica (11%)
Cirugía Vascul ar (10%)
Cirugía Cardíaca (9%)
Cirugía General (8%)
Medicina Interna (2,5%)
PEDIATRÍA (2%)
Cirugía Máxilo-facial

INGLATERRA NHS (2)

Obstetricia (27%)
Ginecología (11%)
Cirugía General (9%)
Emergencias (7%)
Medicina Interna (6%)
Anestesia (3%)
PEDIATRÍA (3%)
Otras

ARGENTINA (3)

Obstetricia (26%)
Cirugía (25%)
Traumatología (14%)
PEDIATRÍA (10%)
Clínica Médica (9%)
Infectología (8%)
Anestesia (4%)
Cirugía Plástica (4%)

1.- Datos de CRICO (Controlled Risk Insurance Company), aseguradora de las instituciones afiliadas a la Universidad de Harvard (1997)

2.- Datos del Servicio Nacional de Salud Británico (NHS), 1997

3.- Datos Publicados por la Revista ESTRATEGAS en dic '97, correspondientes a las demandas al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entre 1982 y 1993

¿QUÉ ES LO QUE HACE AL PACIENTE PEDIÁTRICO DIFERENTE EN CUANTO AL RIESGO?

- La experiencia del médico y de enfermería es crítica.
- Las normas y protocolos de atención varían de acuerdo a las edades
- Los niños tienen mayor requerimiento de oxígeno y menor reserva que los adultos
- Los síntomas en los neonatos pueden ser muy sutiles
- El daño neurológico es más difícil de evaluar en niños
- La probabilidad de error con el manejo de la medicación es mayor
- Los recién nacidos y niños pequeños son más vulnerables a lesiones serias por infiltración
- Los síntomas en los niños suelen variar dramáticamente en un corto período de tiempo
- Los padres pueden comunicar o interpretar en forma imprecisa los síntomas
- La preparación psicológica del niño afecta la respuesta y la recuperación

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO

- Hospitales con muy pocos recursos pediátricos atienden a un considerable número de pacientes
- Llevada por la necesidad de reducir costos, la pediatría es literalmente "empujada" a la atención ambulatoria. Sin embargo, el desarrollo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento para apoyar procedimientos ambulatorios suele ser deficiente.
- Muchos pediatras clínicos trabajan como "médicos guardabarreras" de los sistemas prepagos u obras sociales, decidiendo cuándo debe o puede verse a un especialista, aumentando su exposición en el caso de retrasar una derivación o un diagnóstico.

ORIGEN DE LAS DEMANDAS

- Supervisión de médicos residentes
- Problemas de comunicación
 - *médico/enfermera al paciente/padres*
 - *médico a médico (interconsultores múltiples)*
- Incompleta documentación (consentimiento informado)
- Expectativas insatisfechas
- Inadecuada documentación (transporte neonatal)
- Errores de tratamiento
- Complicaciones de tratamiento (infiltraciones I.V)

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN PEDIATRÍA

1.- Relación con los padres

Muchas demandas por mala praxis se desencadenan luego de una evolución desfavorable que los padres no consideraban posible. El núcleo de estas demandas radica en una mala comprensión de las diferencias existentes entre una mala evolución causada por una complicación inherente al tratamiento/o procedimiento y una mala evolución debida a una alteración en el estándar aceptado de atención (negligencia, impericia, imprudencia). Los tratamientos y procedimientos médicos tienen riesgos asociados. Por ello, los profesionales de la salud deben decirles a los padres que si bien se realizan todos los esfuerzos posibles para asegurar la calidad de atención dentro de los estándares aceptados, no se pueden garantizar resultados ni evoluciones óptimas. La obligación del médico es de medios.

La insatisfacción de los pacientes con su grado de comunicación con el médico es algo común a todas las especialidades. Sin embargo, en el caso de la atención pediátrica, los padres generalmente tienen un mayor grado de ansiedad y preocupación. También hay una mayor expectativa, ya que la conciencia general es la de que los niños son naturalmente saludables y que no debieran morir o sufrir enfermedades mortales. Por eso, cuando un niño muere o sufre, inmediatamente se cuestiona la atención que recibió. De ahí que el tipo de relación que se establece entre el pediatra y los padres suele cobrar una importancia mayor que la experimentada por otros servicios.

2.- Consentimiento informado

Si se considerara al consentimiento en menores tan sólo como un **mero acto jurídico**, el médico debería atenerse a rigideces legales previstas en el Código civil referidas a capacidad, incapacidad, representación, régimen de nulidades, etc. De ser así, el consentimiento sólo podría ser otorgado por los padres o representantes legales, tanto para los menores impúberes (hasta 14 años), incapaces de hecho absolutos como para los menores adultos (14-21 años), incapaces de hecho relativos.

Sin embargo, la jurisprudencia, el derecho comparado y la Convención Internacional de Derechos del niño comienzan a legitimar la participación de menores adultos en el proceso de consentimiento informado, considerando al mismo no como un acto jurídico, sino como una **mera manifestación de voluntad no negocial**. Con ello, todo se vuelve normal y práctico, ya que se apela al sentido común. Debe tenerse en cuenta que los menores adultos, relativamente incapaces desde el punto de vista legal pueden y deben considerarse capaces de aceptar y consentir por sí mismos ciertos tratamientos, fundamentalmente los referidos a cuestiones que su pudor o temor impide y ellos expresamente prohíben- que les sean revelados a sus padres (ej: enfermedades venéreas, adicciones, anticoncepción, etc.). El consentimiento del paciente,

por constituir una manifestación de la voluntad es preciso realizarlo con discernimiento, que por imperio del artículo 921 del Código Civil se adquiere a los 14 años. **En resumen, el menor adulto estaría en condiciones de consentir un tratamiento a menos que sea incapaz de tomar una decisión relativa al tratamiento propuesto. Será el médico quien deberá evaluar en cada circunstancia la aptitud y madurez para consentir.**

No obstante lo dicho, se aconseja fortalecer la relación triangular entre padres, hijos y equipo de salud que garantice el derecho del menor a formarse un juicio propio y a expresar su opinión libremente, en función de su edad y madurez. **Solamente en los casos en los que esta relación se resquebraja por diversidad de posiciones que puedan afectar el mejor interés del niño deberá darse paso a la intervención judicial como última alternativa de protección al menor.**

3.- Traslados

Una de las causas más frecuentes de reclamos en pediatría son los traslados y derivaciones mal realizadas. Muchas veces surgen discrepancias entre las instituciones y los médicos que derivan y los que reciben, lo que agregado a una deficiente documentación del proceso, generalmente complica la defensa en el caso de surgir complicaciones. En el caso de pediatría el tema merece una particular atención, ya que los centros de alta complejidad neonatológica y pediátrica son pocos y los traslados son más frecuentes, sin que haya abundancia de personal médico y de enfermería especializado.

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

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

escrito. Deberá proveerse a los médicos de traslado y del centro que recibe o bien copias o un resumen claro de la historia clínica.

4.- Complicaciones de vías y tubos

Las estadísticas demuestran que muchas demandas se originan en complicaciones de accesos vasculares (centrales y periféricos) y de tubos y sondas (torácicos, gastrointestinales etc).

Muchas unidades pediátricas generales admiten hoy a niños que en el pasado hubieran estado internados en terapias intensivas o cuidados intermedios. Por otra parte, los avances terapéuticos y tecnológicos han originado un aumento en el número de procedimientos invasivos a través de catéteres, sondas y accesos vasculares. Las potenciales complicaciones asociadas con la colocación y mantenimiento de los mismos exponen a los pediatras a nuevos riesgos y exigen una atención especial.

Si bien no pueden eliminarse todas las complicaciones asociadas con estos procedimientos, muchas pueden ser disminuidas si se toman algunas precauciones:

- Adecuado entrenamiento de los operadores
- Conocimiento de los riesgos potenciales asociados.
- Adecuada preparación del niño
- Selección de los mejores materiales
- Atención obsesiva a la técnica
- Adecuado seguimiento post-inserción
- Remoción oportuna en el caso de complicaciones.

También resulta prudente en estos casos informar adecuadamente a los padres acerca de los objetivos, la naturaleza, beneficios y riesgos asociados a dichos procedimientos y obtener su consentimiento. Este hecho debería ser documentado en la historia clínica.

5.- Consejo telefónico

Los pediatras son frecuentemente consultados telefónicamente por los padres, quienes buscan contención y consejos acerca de diversas condiciones de sus hijos. Este hecho aumenta su exposición médico-legal, ya que puede ser difícil establecer una clara historia por conversación telefónica y por otra parte se debe expresar a veces una opinión sin contar con los beneficios de un adecuado examen físico. La falla para documentar llamadas significativas puede tener un impacto negativo en el caso de que el paciente se complique y se reciba una demanda. Muchas veces, las consultas telefónicas son insignificantes y no merecen ser documentadas. Sin embargo los siguientes lineamientos pueden ser útiles:

- Documente las llamadas telefónicas en donde se le informa a los padres resultados positivos de análisis. Anote en su ficha si le aconsejó que lo viera o si lo instruyó para seguir algún curso determinado de acción.
- Documente aquellas conversaciones significativas, en las cuales brindó un consejo importante o adoptó una medida transitoria. También cuando la

conversación se refiere a ajustes en la medicación o cuando el caso se basa en síntomas comunes que de persistir podrían indicar un problema más serio. Hágalo también si quien lo llamó no le resulta familiar.

- Documente la sustancia de lo hablado por teléfono con médicos consultores acerca de un paciente específico.

En estos casos, trate de llevar alguna agenda o anotador y transcriba el hecho lo antes posible a la historia clínica de consultorio. En general basta con una pequeña nota de evolución.

6.- Errores de Medicación.

La pediatría ocupa el segundo lugar luego de clínica médica en lo que respecta a demandas basadas en errores de medicación. La creciente complejidad de los recursos farmacológicos sumada a la menor tolerancia de la población pediátrica al error determina esta importante área de exposición. La estadística mundial demuestra que este tipo de errores se ve más frecuentemente en pediatría que en neonatología, ya que el número de drogas que se administra a los neonatos es más limitado, siendo éste un grupo bastante homogéneo. Las complicaciones vinculadas con la medicación generalmente son multidisciplinarias y multifactoriales resultando ocasionalmente en daño a los pacientes y en pérdidas financieras a las instituciones (por aumento en los costos de atención y por demandas por responsabilidad profesional).

Las complicaciones incluyen errores humanos en la prescripción, preparación y administración como así también eventos que no son errores pero que pueden resultar en una incorrecta administración de la medicación (por ej: extravasación inadvertida de una vía IV que determina una inadecuada o tardía administración de la droga). Según distintos estudios:

- El error en la dosis es el más común de error de medicación, prevaleciendo la sobredosis como el error prevalente
- Las indicaciones médicas inapropiadas representan una minoría de los errores de medicación. Sin embargo, estos errores de prescripción se asocian en general con consecuencias más serias que las originadas en la preparación y administración.
- Los residentes de primer año (en USA) tienen un índice de error significativamente mayor. Este índice disminuye progresivamente en forma lineal con los años de graduados y de entrenamiento.
- La costumbre de aceptar indicaciones verbales puede generar problemas serios.

Las instituciones pueden limitar sus exposiciones a este tipo de reclamos analizando estos incidentes e identificando sus causas específicas. Al respecto puede resultar útil el desarrollo de un sistema formal de notificación de problemas, que apunte más a evitarlos en un futuro que a castigar a los culpables. Entre las prácticas que pueden ayudar a disminuir estos errores

y por ende evitar reclamos podemos recomendar.

- Evalúe permanentemente a su personal médico y de enfermería en cuanto a las dosis de las medicaciones y sus variaciones de acuerdo a peso y edad.
- Establezca un sistema de identificación de alergias
- Evite la preparación de drogas en la unidad de enfermería.
- Utilice dosis preparadas por farmacia
- Involucre a farmacia en el proceso, solicite que cheque cuidadosamente cada orden.
- Mantenga como política que todas las indicaciones deban ser escritas excepto en emergencias extremas.

7.- Posición del bebe

En pediatría se agrega, como factor de riesgo para recibir demandas el síndrome de muerte súbita (Sudden Infant Death Syndrome). Este síndrome puede afectar a cualquier bebe pero pareciera que en algunos casos especiales la incidencia es mayor (varones, prematuros y bajo peso al nacer). Más del 80% de estas muertes ocurren en los primeros seis meses de edad con un pico entre los dos y tres meses. El riesgo disminuye a medida que el niño crece. Un reciente artículo publicado en Inglaterra afirma que *“desafortunadamente, a pesar de las recientes campañas para reducir estas tragedias, todavía mueren por año en el Reino Unido casi 350 bebés por año en forma súbita e inexplicable (prácticamente un bebé por día). Sigue siendo la principal causa de muerte en bebés de más de un mes, llevándose más vidas que la meningitis, accidentes de tránsito, leucemia o cualquier forma de cáncer”*.

Si bien en general no le caben mayores responsabilidades a los pediatras, es muy probable que ante una desgracia de tal magnitud los padres, en su desesperación, atribuyan algún tipo de culpa al equipo de salud e inicien un reclamo. Es por eso que los médicos se encontrarán en mejor posición de defensa si instruyeron a los padres acerca de medidas preventivas, especialmente las vinculadas con la posición del bebé.

El tema de la posición fue abordado por un comité especial de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics Task Force on Infant Positioning) que concluyó que el peso de la evidencia demuestra que la posición prona es un factor de riesgo significativo vinculado al síndrome de muerte súbita y recomienda que la misma sea reemplazada por la posición supina o lateral para infantes sanos y de término. Los pediatras del hospital deberían ser consultados para determinar la norma institucional al respecto (principalmente luego de la alimentación) y el personal de enfermería y las familias deberían ser capacitadas acerca del estado actual del debate. Al respecto también pueden resultar útiles las indicaciones de no fumar en la habitación del bebé, evitar que le suba la temperatura y aconsejar que la cabeza permanezca descubierta.

Por otra parte, aquellas poblaciones pediátricas con

mayor incidencia de aspiración, como los infantes con reflujo, deberían incluir en su plan de cuidados instrucciones específicas acerca de las posiciones que minimicen la probabilidad de reflujo o problemas respiratorios.

8.- Nutrición Parenteral Total

Las potenciales complicaciones de este tipo de alimentación, utilizada en sus orígenes para brindar soporte nutricional a niños con patología gastrointestinal quirúrgicamente tratable y que no toleraban la alimentación enteral y extendida posteriormente a recién nacidos pretérmino graves, expone al equipo pediátrico a nuevos riesgos. Entre las causas de complicaciones podemos incluir:

- Incompleto conocimiento acerca de los requerimientos nutricionales del prematuro o recién nacido grave.
- Los estándares de referencia se basan en general en patrones de crecimiento del feto o del recién nacido de término sano.
- Inadecuadas herramientas de monitoreo para los efectos agudos y de largo plazo de la nutrición parenteral.
- Efectos tóxicos de sobre distintos órganos de este tipo de alimentación.
- Escaso margen entre deficiencia y toxicidad de algunos componentes de los preparados.
- Errores humanos y técnicos en los múltiples pasos (indicación, preparación y administración)

Los pacientes pediátricos que reciben este tipo de alimentación deberían ser cuidadosamente monitoreados por el personal médico y de enfermería. Deberían establecerse protocolos que determinen la frecuencia de estudios de laboratorio. La tolerancia y repuesta del niño a la nutrición parenteral deberá estar adecuadamente documentada en la historia clínica.

9.- Abuso y abandono de menores

El abuso y abandono de menores es un fenómeno bien reconocido y documentado. El personal pediátrico hospitalario es a menudo el primero que puede detectar esta situación e intervenir para proteger al niño de futuros abusos. Son bien conocidos los signos físicos y emocionales de este cuadro. La responsabilidad del pediatra en la detección, diagnóstico, tratamiento y derivación es crítica. Es función de estos profesionales estar actualizados respecto a los requerimientos y proceso de notificación y de intervención judicial. La falta de cumplimiento de esta obligación puede dar origen a reclamos contra el médico.

En definitiva, al repasar todos estos puntos los pediatras observarán que prácticamente no hay nada de lo expuesto que no supieran o realicen habitualmente. Sin embargo, la experiencia de miles de demandas demuestra que los problemas se repiten, por lo cual siempre resultará útil insistir en su prevención.