

## **RECOMENDACIÓN AGOSTO 2009**

### **JUSTIFIQUE LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN LA HISTORIA DE INTERNACIÓN**

Uno de los principales problemas a la hora de defender juicios por responsabilidad profesional derivados de daños luego de una cirugía radica en la muy pobre documentación en la historia clínica institucional (ya se trate de pacientes internados o ambulatorios) de los motivos que determinaron la indicación quirúrgica. Muchas veces, esta prueba documental trascendente se pierde en fichas de consultorio las cuales no siempre son presentadas en el juicio, e informes de estudios en poder del paciente. Se debe tener en cuenta que el eje central de las pericias en casos de responsabilidad médica es la historia del establecimiento asistencial, que es la que suele ser secuestrada y a la que se le da mayor valor probatorio.

Para reflejar esta problemática, nada mejor que recurrir a un caso real:

Paciente de 55 años de edad, diabético tipo II, hipertenso, tabaquista y etilista severo que es internado por un neurocirujano de la obra social para ser intervenido en forma programada por una hernia de disco L4-L5 y L5-S1, con implante de instrumentación de fijación de la columna vertebral. Se opera el mismo día de su internación, siendo externado cinco días después con buena evolución. Reingresa al sanatorio a los veinte días postoperatorios por una infección del sitio quirúrgico, con secreción purulenta por la herida. Se aísla un estafilococo meticilino resistentes. Pese al adecuado tratamiento médico y a la toilette quirúrgica con remoción del implante realizada, el paciente evoluciona en forma tórpida con numerosas interurrencias falleciendo a los cinco meses de la cirugía.

Entablada la demanda por mala praxis por la familia, el primer punto de la demanda, en donde se exponen opiniones de otros profesionales, se basa en que el neurocirujano habría practicado dicha operación cuando no era aconsejable hacerlo, de acuerdo a los antecedentes del paciente.

Al analizar la historia clínica del sanatorio con el fin de buscar argumentos en contra de esta acusación, lo que está escrito es extremadamente pobre. La misma está completada por un médico clínico y no por el cirujano. Veamos qué se lee en las partes referidas a esta patología (se trata de una historia preimpresa con ítems a relevar y texto libre):

**Motivo de Consulta:** *"Cirugía programada de hernia de disco"*

**Osteoarticular:** *"No deformidades. No dolor. Motilidad Conservada"*

**Neurológico:** *"Vigil, lúcido, orientado en tiempo y espacio. No signos neurológicos de foco motor ni meníngeos"*

**Diagnóstico presuntivo:** *"Cirugía Programada hernia de disco L4-L5, L5-S1"*

En esta historia clínica de internación, se escribieron más de tres carillas de datos que, si bien pueden ser importantes y deben figurar, poco aportan para esclarecer la duda acerca de si la cirugía estaba o no indicada.

Hubiera sido útil para este caso que el cirujano escribiera no más de cinco renglones transcribiendo lo que seguramente tiene en su ficha de consultorio, la cual no suele tener el mismo peso probatorio que la documentación institucional, sobre todo si se trata de fichas de consultorios particulares y no de los consultorios externos de los establecimientos. Concretamente en esta historia no figuraba:

- ✓ El fracaso del tratamiento conservador: hay coincidencia generalizada en que el primer tratamiento de las hernias discales es siempre conservador, con medidas tales como el reposo, el descenso de peso,

antiinflamatorios y tratamiento kinesiológico. Sólo ante el fracaso del tratamiento médico se opta por la cirugía.

- ✓ Una clara descripción del dolor: Siendo que el dolor es uno de los principales determinantes de la cirugía, hubiera sido útil profundizar en las características del mismo, irradiación, utilización de alguna escala análoga (¿era un dolor 5 o un dolor 9?). ¿Tenía cialgia?, ¿Tenía Lasegue? ¿A cuántos grados?
  
- ✓ Una descripción semiológica más fina y específica que permita justificar la intervención: Ej: parestesias, trastornos de la dorsiflexión o flexión plantar, actitud postural, etc. (Esto se ve agravado por el ingreso del clínico: “No deformidades. No dolor. Motilidad conservada.”)
  
- ✓ Una mención a los estudios de imágenes que demuestren la magnitud del compromiso. Hoy el estándar para el diagnóstico de esta patología es la Resonancia Magnética o bien como mínimo una tomografía. Si bien se descarta que se realizaron estudios de imágenes, los informes de los mismos no aparecen en ningún lado y complican la defensa. Sin duda, la descripción en la historia de una imagen con franca extrusión discal y compromiso de las raíces lumbares hubiera ayudado a defender la indicación quirúrgica.
  
- ✓ Una justificación de la indicación de instrumentación de la columna. No todas las hernias de disco lumbares deben instrumentarse. La colocación de prótesis aumenta el riesgo de infección y más tratándose de un paciente diabético que de por sí tiene dicho riesgo aumentado. Para defender la fijación de columna hubiera sido útil describir signos evidentes de espondilolistesis o cambios degenerativos en platillos vertebrales o en facetas.

Como conclusión, podemos decir que, si bien puede ser posible recoger esta información por otras vías, el hacerlo siempre resulta engorroso y su resultado

azaroso. Documentar bien tampoco debería significar una gran pérdida de tiempo. No se trata de escribir más sino lo justo. Ej:

*“Paciente de 55 años con antecedentes de lumbociatalgia de cinco años de evolución refractario al tratamiento médico. Cuadros repetidos de dolor lumbar intenso con irradiación ciática, intolerables aún con reposo en cama. Parestesias en cara externa de pierna y pie. Dorsiflexión y flexión plantar conservada. Lasegue a 25°. Actitud escoliótica. RMN: Extrusión discal con franco compromiso de las raíces L4-L5 y L5-S1 a nivel foraminal. Signos francos generativos en columna con espondilolistesis”*

Estos seis renglones pueden marcar la diferencia entre defensas simples y exitosas y defensas complejas con alto índice de fracasos. Si bien se trata de un ejemplo específico de neurocirugía, el concepto aplica para todas las patologías quirúrgicas. De poco sirve escribir 3 hojas sobre el abdomen, la tiroides y la mecánica respiratoria en un ingreso de un paciente sin una descripción más detallada del órgano o sistema afectado que permita justificar la indicación quirúrgica.

**NOBLE RECOMIENDA A SUS PROFESIONALES E INSTITUCIONES ASEGURADAS DOCUMENTAR EN TODOS LOS INGRESOS QUIRÚRGICOS LOS ANTECEDENTES, LA SEMIOLOGÍA Y LOS ESTUDIOS QUE JUSTIFICAN LA INTERVENCIÓN.**