

HISTORIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS: Errores y omisiones frecuentes

Dr. Fabián Vítolo

>>> ■ Los reclamos por responsabilidad profesional contra los cirujanos son cada día más frecuentes y costosos. Frente a este panorama, resulta oportuno aumentar la conciencia acerca de la importancia de la adecuada confección de las historias clínicas de los pacientes quirúrgicos. Mucha documentación que debiera ser completada por los cirujanos y los anestesiólogos se delega en clínicos de guardia, de piso o en cardiólogos. Como resultado de esto, suelen faltar algunos datos trascendentales y pensamiento que sólo los especialistas pueden dar con precisión. La deformación profesional de documentar casi con exclusividad el acto quirúrgico-anestésico desentendiéndose de otros aspectos de igual trascendencia suele generar dolores de cabeza a la hora de defender la actuación profesional del cirujano y de los anestesiólogos. Es el cirujano el que ha realizado la anamnesis, el examen físico y las pruebas diagnósticas que determinan el criterio quirúrgico. Son los anestesiólogos quienes privan a los pacientes de sus reflejos respiratorios. Son entonces ellos quienes deben asumir mayor responsabilidad a la hora de documentar. Nunca debe darse por supuesto el hecho de que, si no se consignan, los hallazgos son normales o negativos. Algunos fallos son muy claros: “El profesional médico responde por las omisiones de la historia clínica, puesto que en caso contrario resultaría de su conveniencia no asentar en ella determinados datos”. Analicemos entonces los principales errores y omisiones que los especialistas de NOBLE encuentran en las historias que llegan a los estrados judiciales.

Falta de ingreso por parte del cirujano y pobre justificación del procedimiento a realizar.

Muchos especialistas (traumatólogos, cirujanos generales, otorrinolaringólogos, etc) internan a sus pacientes el día de la cirugía y es el médico de guardia o el de piso el que realiza la historia clínica de ingreso. Muchos de estos médicos que reciben a los pacientes no han podido hablar con el cirujano, quien tampoco suele aportar documentación al respecto de la anamnesis y examen físico que ha realizado en el consultorio. Es por ello que muchas veces en las historias de ingreso suelen faltar datos importantes de la semiología que origina la patología a tratar. El problema se agrava en los casos de cirugías ambulatorias, en donde no es infrecuente que sólo se aporte el diagnóstico (ej: litiasis vesicular) o el procedimiento a realizar (Ej: “artroscopia de hombro”).

Cuando falta la descripción fina por parte del cirujano de los síntomas, signos y estudios que lo llevaron a plantear la indicación quirúrgica, la historia clínica se transforma en un híbrido lleno de palabras que no ayudan a clarificar la necesidad de la intervención cuando los demandantes alegan que la misma era innecesaria o que había alternativas mejores. Hemos visto, por ejemplo, casos de cirugías de hernia de disco lumbar con evolución tórpida con una magnífica descripción de la expansión de bases y vértices pulmonares, del abdomen o del cuello, pero en donde no se registra nada de lo que permitirá defender este procedi-

¹CNACyCF, sala I, 1998/06/30. S., A. J. y otro c. Estado nacional y otro, DJ, 1998-3-537.

miento en un juicio: fracaso del tratamiento conservador, Lasegue, dolor insoportable refractario al tratamiento médico, parestesias, distribución radicular, trastornos de la dorsiflexión o flexión plantar, etc.). Tampoco suele describirse en estos ingresos los detalles de los estudios de imágenes o de laboratorio que apoyan la decisión. Como los exámenes y sus informes suelen quedar en poder de los pacientes, resulta importante que el especialista vuelque los datos más importantes. En el caso de la hernia de disco, el asentar que la RMN demuestra una franca extrusión discal con compromiso foraminal a nivel L4-L5 es mucho mejor que registrar "Trae RMN".

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

Consentimientos informados muy incompletos.

Todavía son muchas las instituciones médicas que continúan manejando el proceso del consentimiento informado como un trámite administrativo más. Suelen entregarse en la admisión de los pacientes formularios demasiado genéricos, con muy poca información específica del procedimiento o cirugía a realizar. Algunos de estos formularios contienen espacios en blanco a completar por el médico responsable que suelen encontrarse vacíos, o con anotaciones ilegibles o vagas (ej: "riesgos habituales"). Documentos de este tipo, entregados por un administrativo minutos antes de una cirugía o procedimiento y sin que reflejen el proceso de información que se realizó con el paciente suelen ser desestimados en los tribunales. Cada vez son más los litigios en donde la principal acusación no es ya la "mala praxis" sino la violación del derecho del paciente a tomar una decisión informada. Por otra

parte, la nueva Ley Nacional 26.529 promulgada en noviembre de 2009 sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado es muy exigente respecto a la cantidad y calidad de información que debe quedar registrada y suscripta por escrito. El paciente debe recibir información clara, precisa y adecuada sobre su estado de salud, el procedimiento propuesto, sus objetivos y sus beneficios. Deben describirse los riesgos y molestias previsibles, las alternativas disponibles y las consecuencias previsibles de la falta de realización del tratamiento propuesto o de sus alternativas. Cuanto más electivo el procedimiento, mayor será la necesidad de información. Queda claro que la mayoría de los consentimientos que aparecen en los procesos judiciales no llegan a cumplir estos requisitos. La información suele ser demasiado genérica. Es recomendable desarrollar modelos por patologías, discutirlos en consultorio, darles tiempo para que lo puedan pensar y pedirles que lo traigan firmado el día de la cirugía.

Falta de evolución por parte del cirujano responsable.

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

Falta de documentación de las medidas adoptadas para prevenir infecciones del sitio quirúrgico.

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son responsables de entre el 15% al 20% de las infecciones nosocomiales. Si bien aún tomando todas las

precauciones muchas de ellas son inevitables, ante una demanda originada en una ISQ, tanto el cirujano como la institución deberán demostrar una “diligencia exquisita” para prevenirlas. Las acciones que han demostrado que son capaces de reducir al mínimo esta posibilidad deberían quedar reflejadas en forma destacada en la historia clínica. Sin embargo, en la mayoría de las historias quirúrgicas suelen observarse las siguientes omisiones.

- [Falta de documentación del baño prequirúrgico;](#)

Aquellos procedimientos que disminuyen el número de microorganismos en piel, también disminuyen el riesgo de ISQ. Ya hay suficiente evidencia científica de que el baño prequirúrgico disminuye la tasa de este tipo de infecciones. La recomendación de los infectólogos es clara: se debe asesorar a los pacientes a tener una ducha o baño (o ayudar a los pacientes internados a bañarse, ducharse o baño de cama), con jabón antiséptico o clorhexidina, o bien el día anterior o el día de la cirugía. Pese a esta recomendación, son muy pocas las historias clínicas (sobre todo en casos ambulatorios) en donde se deja constancia de estas medidas.

- [Falta de documentación de la profilaxis antibiótica en tiempo y forma;](#)

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

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

- [Falta de documentación del manejo de los factores de riesgo para prevenir ISQ;](#)

Hay algunas condiciones que predisponen

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

- Documentación del cumplimiento de la indicación de no fumar en los treinta días anteriores a la cirugía programada (el consumo de cigarrillos tiene efectos vasoconstrictivos y reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, afectando el proceso de curación de la herida y predisponiendo a infecciones.)

- Documentación de una glucemia controlada en el caso de pacientes diabéticos. (La complicación postoperatoria más frecuente del diabético operado es la infección de la herida operatoria). En reclamos por infecciones postquirúrgicas en diabéticos los peritos suelen preguntar con qué glucemia se operó el paciente. La falta de este registro no ayuda a demostrar diligencia en la prevención de esta eventualidad. De poco sirve un resultado de laboratorio de quince días de antigüedad...

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

- [Falta de documentación de la antisepsia de piel;](#)

Muchos cirujanos inician sus partes quirúrgicos describiendo la incisión, olvidándose de la buena costumbre de documentar la antisepsia de piel y la solución empleada. Algunos cirujanos incluso adoptan medidas adicionales que tampoco figuran en la historia (ej: utilización de steri-drape). Tampoco los anestesiistas suelen describir la antisepsia cuando colocan vías o realizan punciones para

bloqueos. Se podrá aducir que es un exceso documentar lo obvio, porque ningún cirujano incidiría o ningún anestesista punzaría sin pintar la piel. Sin embargo, a usted puede tocarle un perito infectólogo de oficio que opine de la siguiente manera:

“en la historia clínica no consta que se haya realizado al enfermo el baño prequirúrgico que disminuye la flora bacteriana residente, ni que el área prequirúrgica hubiera sido lavada con Pervinox (jabón de yodo povidona) adecuado para estas situaciones”

“.. ni tampoco se hizo patente que los médicos o los entes sanitarios observaran en general para todas las operaciones, y en particular en el caso enjuiciado, todas, o al menos las razonables recomendaciones médicas preventivas”

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

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

- [Falta de la documentación del control de los testigos de esterilización por parte de las instrumentadotas;](#)

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

Falta de documentación del control del electrodo neutro (plancha del monopolar)

Las quemaduras por fallas en la utilización del electrobisturí monopolar son una causa frecuente

de reclamos en cirugía. Muchas veces, revisando la actuado se comprueba que, a pesar de haber colocado la placa en forma correcta y con abundante gel, sucedió algo durante el procedimiento (ej. movimientos involuntarios, cambios de posición) que modificó el contacto de la misma con el paciente. Otras veces, la lesión se origina en la mala calidad o estado de la placa del electrodo o del equipo. Desde el punto de vista médico-legal, 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. Si bien el hecho de documentar la verificación de la correcta colocación de la plancha no suele alcanzar para evitar que la institución responda por su deber de seguridad, el cirujano demostrará su diligencia documentando esta verificación en el parte quirúrgico. Un casillero para tildar puede bastar.

Falta de documentación del status de vacunación antitetánica.

Si bien no hemos recibido demandas por tétanos quirúrgico, la posibilidad existe. Todas las normas de preparación quirúrgica establecen la necesidad de chequear el estado de inmunización antitetánica y, en el caso de considerar al paciente como no protegido, obrar en consecuencia. Sin embargo, no suele figurar en las historias quirúrgicas esta verificación. Las Normas Nacionales de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación indican que si la cirugía es electiva se debe realizar vacunación doble bacteriana 30 días antes de la misma, debiendo completar el esquema al mes y al año. Es importante realizar un adecuado interrogatorio para evitar sobrevacunación antitetánica y no indicar gammaglobulina si el paciente tiene el esquema actualizado.

Falta de documentación del ayuno y de la valoración del riesgo de aspiración.

El 10% de eventos respiratorios asociados a muerte

²C. Nac. Civ., sala D, 16/7/2001 - Frenquel, Adolfo v. Centro de Ortopedia y Traumatología). JA 2001-IV-580. JA 2001-IV-580

y daño cerebral se originan en la aspiración de los pacientes. Ante un juicio por mala praxis originado por esta causa, toda la prueba girará en torno a la ponderación y manejo de este riesgo por parte del anestesista durante la evaluación preanestésica. El profesional debe estar seguro de que el estómago se encuentra vacío. Si bien todos los anestesistas confirman verbalmente la hora de la última ingesta con el paciente, el dato del ayuno no suele documentarse en muchas fojas quirúrgicas y anestésicas, pese a figurar dicho ítem en el formulario. En otras ocasiones, la historia ni siquiera contempla este ítem. La práctica habitual generalmente requiere que el anesthesiólogo averigüe además los antecedentes de reflujo gastroesofágico del paciente en el preoperatorio y, en el caso de presentar síntomas tomar medidas contra la aspiración durante la sedación y la anestesia. La falta de documentación de estas previsiones dificulta la defensa del anesthesiólogo en estos casos.

Falta de documentación de la evaluación de la vía aérea.

Aproximadamente el 50% de los juicios por eventos adversos respiratorios en quirófano están vinculados con la intubación dificultosa o la extubación prematura. Dada la importancia que tiene el manejo de la vía aérea dificultosa y de las implicancias legales en caso de surgir un problema, llama la atención que en una gran parte de las fichas preanestésicas no figure una adecuada evaluación de la misma. Vale recordar en este punto que la mayoría de las demandas por mala praxis contra anesthesiólogos no se originan en cirugías complejas con riesgo ASA elevado, sino en operaciones “de rutina” con ASA I o II en donde se relajaron los estándares por exceso de confianza. En las auditorías que realizan los administradores de riesgo de NOBLE se pudo comprobar que en general no se documentan parámetros tales como la escala de Mallampati, apertura bucal (normal o restringida), distancia tiro-mentoniana y movilidad cervical. En toda ficha debería figurar la previsión de una intubación difícil.

En el caso de preverla, se deberán registrar además todas las medidas adoptadas para evitar complicaciones. La experiencia de juicios por intubación difícil de la ASA demuestra que en el 60% de los

casos la dificultad no había sido anticipada. La documentación debería ser lo más estructurada posible, con ítems a completar. Cuando se dejan renglones con texto libre, en general los anesthesistas anotan “Sin antecedentes de relevancia, ASA I”. Muy poco para defender un caso de daño cerebral por dificultades en la intubación.

Falta de documentación de la protección ocular y de decúbitos.

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

En nuestra experiencia, vemos que generalmente no se documentan las medidas de protección, lo que facilita la especulación de los demandantes acerca de que las lesiones se debieron a la compresión del nervio cubital sobre una superficie dura o a un “estiramiento” del plexo braquial debida a una mala posición.

También se deben documentar las medidas de prevención adoptadas para evitar la compresión del globo ocular en cirugías espinales. Hemos recibido en NOBLE dos demandas por pérdida total de visión luego de cirugías realizadas en decúbito ventral. La pérdida inesperada de visión en estos procedimientos es una complicación devastadora que ha recibido una creciente atención por parte de los anesthesiólogos, los cirujanos de columna y los oftalmólogos en los últimos 15 años. Sin embargo, a pesar de la mayor conciencia, los profesionales se encuentran en una difícil situación, ya que es muy difícil prevenir este tipo de situaciones cuando en la mayoría de los casos no queda clara la etiología. En la mayoría, la pérdida de la visión no es producida por la compresión directa sobre el globo ocular. Se postula para gran número de estas situaciones una etiología multifactorial, probablemente asociadas a

grandes pérdidas de sangre, hipotensión y anemia. Sin embargo, la lesión también puede estar originada en compresión del globo contra el cabezal cuando el paciente se encuentra en decúbito ventral. Como ocurre con las lesiones cubitales, cuando ocurre esta complicación, lo más probable es que la demanda se base en que el anestesiólogo no protegió adecuadamente el ojo.

Desde el punto de vista médico-legal, tanto en las lesiones cubitales como en la pérdida de visión postoperatoria en cirugías espinales, los abogados de la parte actora suelen invocar la doctrina legal del “res ipsa loquitur” (“la cosa habla por sí sola”). Si bien puede ser discutible, lo concreto es que ante situaciones de este tipo la carga de la prueba recae fuertemente sobre el profesional, quien deberá demostrar que la atención no fue negligente. Y la mejor forma de hacerlo sin dejar flancos débiles es documentar en la foja anestésica la protección de decúbitos y de ojos (córneas y decúbito). Un casillero a completar con tilde suele bastar.

Falta de documentación del inicio y fin de la cirugía.

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

Ilegibilidad y pobre descripción de la técnica y los hallazgos quirúrgicos.

Muchas partes quirúrgicas son absolutamente ilegibles. Otros son muy escuetos y poco precisos. Ante una complicación en la cual se alegue impericia, es bueno contar con una descripción del campo operatorio, del órgano patológico, de los hallazgos y eventuales dificultades que debieron ser sorteadas. Es difícil defender casos de lesiones serias (ej lesiones de colédoco, perforación de vísceras, lesiones de uréter, lesiones vasculares, etc) con la única herramienta documental de un renglón que dice “Cirugía según técnica”.

Falta de documentación del recuento de gases e instrumental.

Todos los equipos quirúrgicos (cirujanos, instrumentadoras) realizan el recuento, pero muy pocos lo documentan. Los oblitos son complicaciones que suelen derivar frecuentemente en juicios de responsabilidad y distintos trabajos demuestran que su incidencia no es excepcional. Ante un litigio por mala praxis originado en esta causa, la justicia también tiende a presumir culpa del profesional, quien deberá aportar pruebas de su diligencia. Cuando un oblitado aparece y en el parte quirúrgico figura “Recuento normal” el error es evidente. Si bien el mero hecho de haberlo documentado no resulta muy determinante en la evolución de los litigios, al menos demuestra que se siguió un proceso. Si no figura, se puede discutir incluso si el profesional contó las gases y el instrumental. En la primera situación, el cirujano queda mejor posicionado y permite una mejor solución del litigio (generalmente hay que llegar a un acuerdo, ya que los casos suelen perderse en tribunales). También puede resultar útil documentar en el parte quirúrgico los factores que pueden determinar un mayor riesgo de esta complicación (ej: cierre urgente por riesgo de vida, excesivo sangrado, etc)

Falta de documentación del material de implante.

No siempre nuestros auditores de riesgo encuen-

tran el sticker en donde se describen las características de la prótesis implantada (sobre todo en cirugías traumatológicas). Cuando estos elementos son inadecuados, reutilizados o defectuosos exponen a complicaciones en las que generalmente se considera sólo al profesional como responsable. La presencia del sticker permitirá demostrar que la selección de la prótesis se encuentra dentro de estándares aceptados y eventualmente, ante una falla del material derivar la responsabilidad hacia el fabricante.

Falta de documentación del envío del material a Anatomía Patológica.

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

Falta de documentación seriada durante la recuperación anestésica.

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

“Mientras el paciente estaba siendo controlado en el área del quirófano, se constata depresión respiratoria seguida de paro, instaurándose medidas de resucitación, etc, etc”.. La preguntas que surgirán en un juicio son obvias, ej: ¿a qué hora tenía

un Aldrete de 9? ¿Qué parámetros y con qué frecuencia se controlaban? ¿Quién los controlaba?. Al momento de reconstruir los hechos, al no haber documentado los controles es muy difícil demostrar la continuidad en la atención.

Generalmente el anestésista anota en la ficha anestésica el estado en que el paciente salió del quirófano (escala de Aldrete), pero suele faltar documentación del período que va desde la extubación hasta esta evaluación final, previa al alta del sector. Para poder defender la diligencia en este período resulta importante desarrollar un formato de hoja estructurada de recuperación en donde figuren los controles realizados, siendo fundamental el registro seriado de la escala de Aldrete.

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

Controles de signos vitales que deben repetirse y documentarse:

- Presión arterial
- Frecuencia Cardíaca
- Frecuencia Ventilatoria
- Saturación de Oxígeno

Frecuencias consecutivas en los controles

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

Otros Controles:

- Temperatura corporal al ingreso
- Debe aplicarse una escala que evalúe las condiciones para el alta (ej: Aldrete) y utilizarla a los 15' del ingreso del paciente a la recuperación
- Debe aplicarse la ESCALA VISUAL ANÁLOGA para evaluar y tratar el dolor postoperatorio. Es recomendable dar el alta con los valores mínimos de esta escala.

Se deben controlar y consignar otros eventos como:

- o Náuseas
- o Vómitos
- o Diuresis
- o Condiciones de la herida
- o Drenajes
- o Sangrado

Falta de documentación de las instrucciones de alta.

Gran parte de los cirujanos dejan la epicrisis en manos de los clínicos de piso. Las mismas suelen ser muy escuetas respecto a las indicaciones brindadas al paciente. Es común que se documente: "Paciente en condiciones de externación. Control por consultorios externos". La falta de documentación precisa de las instrucciones brindadas priva al cirujano, ante eventuales conflictos, de una importante herramienta de defensa, ya que es responsabilidad del paciente cumplir puntualmente con todas las indicaciones que se impartan e informar al médico de inmediato sobre cualquier circunstancia que, por sus características sea susceptible de alterar el normal reestablecimiento, todo ello hasta que sea otorgada el alta definitiva".

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

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

Resulta entonces importante que figure en la epicrisis el plan de alta, figurando:

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

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

³CNCIV - SALA M - 25/07/2008 ., G. N. c/ G., P. M. s/ daños y perjuicios

HISTORIAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

Resumen de Recomendaciones

1. Realizar un ingreso (cirujano) en donde se describa con detalle la semiología de la especialidad y los estudios que justifican el procedimiento a realizar
2. Documentar en forma personalizada (cirujano) la información brindada al paciente para que éste pudiera tomar una decisión: naturaleza del procedimiento a realizar, beneficios, riesgos y alternativas. Considerar formularios especiales por patología. Dar tiempo para poder procesar la información
3. Documentar diariamente hasta el alta (cirujano). No dejar la documentación de la evolución postoperatoria exclusivamente en manos de los clínicos
4. Documentar la realización del baño prequirúrgico
5. Documentar en forma destacada en el parte la profilaxis antibiótica dentro de la hora previa a la incisión en piel
6. Documentar en cirugías programadas el manejo de los factores de riesgo para infecciones del sitio quirúrgico (diabetes, tabaquismo, obesidad).
7. Documentar la antisepsia de piel
8. Documentar el control de los testigos de esterilización (instrumentadoras)
9. Documentar la adecuada colocación de la plancha del monopolar
10. Documentar el status de vacunación antitetánica
11. Documentar la hora de la última ingesta (anestesistas)
12. Documentar la evaluación de la vía aérea (cuello, Mallampatti, distancia tiro-mentoniana, apertura bucal, etc-). (anestesistas)
13. Documentar la protección ocular y de decúbitos (anestesistas)
14. Documentar claramente hora de inicio y fin de la cirugía (cirujanos)
15. Documentar los hallazgos quirúrgicos trascendentes.
16. Documentar el recuento de gasas e instrumental
17. Documentar el material de implante utilizado (stickers)
18. Documentar el envío del material a anatomía patológica y su recepción
19. Documentar en forma seriada la escala de ALDRETE durante el tiempo que el paciente permanece en el área quirúrgica .
20. Documentar las instrucciones de alta