

Gestión de riesgos

Desde hace más de veinte años que venimos pregonando que a través de la metodología de la gestión de riesgos, integrada como un subsistema de un programa de calidad, podemos analizar, identificar, evaluar y dar tratamiento a los factores de riesgo que comprometen la seguridad del paciente y la responsabilidad del médico, con el objetivo final de mejorar la calidad y evitar los daños que sean evitables, ya que, hasta para la propia medicina, existen daños que son inevitables. También hemos dicho, juntamente con la doctrina y jurisprudencia de los tribunales, que cuando llega el momento en que debemos probar que tanto las instituciones médicas cuanto los prestadores individuales han sido diligentes, nada mejor que una buena documentación clínica, que hubiera recogido la mayor cantidad de datos que permita demostrar lo que se hizo, para tratar de evitarle al paciente el sufrimiento de un daño, que hubiera sido evitable. En esta oportunidad y como muestra, hemos considerado 17 expedientes judiciales que contienen como reclamo situaciones diagnosticadas en los momentos

La Seguridad del paciente y la Responsabilidad civil médica en Obstetricia: parálisis cerebral y braquial

previos al inicio del parto, y/o durante el parto, y que determinaron diferentes lesiones en el recién nacido. Las situaciones mencionadas fueron consideradas como episodios de sufrimiento fetal agudo, que dejaron como secuela parálisis cerebral en el recién nacido y dificultades durante el parto que dieron como resultado, parálisis braquial en el recién nacido.

La recolección de datos se orientó a conocer elementos que pudieran perfilar el evento, con algunas características maternas y del proceso de gestación. Para ello se buscó como dato la edad materna y la edad gestacional al momento del parto, como así también el número de gesta para la madre, del nacimiento por ocurrir.

Sobre el momento del parto se buscó conocer datos que permitieran definir periodos de tiempo; medidos en horas y minutos, transcurridos desde la admisión de la madre en el establecimiento y hasta el momento del nacimiento.

También se buscó la documentación clínica de los datos relacionados con las características del parto, la presentación del feto, la modalidad de inicio y finalización, los controles del índice de Apgar y la condición del recién nacido.

De los expedientes analizados, los reclamos fueron presentados través del proceso de Mediación Obligatoria en 13 casos. En 2 de ellos a la fecha de redacción de esta nota están iniciadas demandas penales y civiles, y en dos casos se trata de denuncias preventivas a la compañía de seguros del riesgo, por secuestro de historia clínica ocurridos en el establecimiento.

De los casos de mediación (13), en 4 de ellas el requirente ha iniciado el beneficio de litigar sin gastos. En 7 casos la mediación tiene definido el cierre de la misma sin acuerdo. En 2, el proceso de mediación, continúa abierto. Los mencionados reclamos fueron iniciados durante los años 2005/2006, dentro de los cinco meses y 22 días de haberse producido el parto. Las sumas de dinero reclamadas en compensación de los daños, no se encontraron determinadas en todos los procesos, ni siquiera en los cerrados sin acuerdo. De los datos consignados en los expedientes, se pudo establecer que los montos reclamados van desde \$265.000 hasta \$6.946.000.



Escriben

Fernando G. Mariona

Abogado

Lic. Mario Coria

Lic. Carlos González

Con respecto a la edad materna promediados 15 datos -en 2 casos no se consigna la edad de la madre- se concluye que el promedio es de 24,4 años, con una edad mínima de 17 años y una máxima de 39 años.

El promedio de la edad gestacional es de 39,3 semanas. Sobre este dato cabe destacar que en los registros clínicos aportados por lo requeridos a los expedientes, esta información no siempre es uniforme en el dato de una misma historia. Por ejemplo, en uno de los casos, en la hoja de internación figura el dato de 40 semanas, en los antecedentes obstétricos se menciona a la paciente cursando un embarazo de 38 semanas, en el parte obstétrico se menciona un nacimiento de 39 semanas de ges-

ta. Para este particular se unificó el dato recolectando la información que contiene el parte de hospitalización (registro de admisión). Asimismo se hace notar que en dos casos no se pudo obtener el dato de la edad gestacional y en otros dos se la pudo considerar como edad gestacional pretérmino. El dato referido a número de gesta, permite concluir que en 7 casos se trató de nacimiento de madres primíparas, en 8 casos se trató de nacimiento de madres múltiparas, en ambas caracterizaciones, hay antecedentes de madres con pérdida de una gesta anterior, o con nacimientos patológicos. En 2 de los expedientes no se consigna esta información. El dato relacionado con la presentación fetal, permite resumir que en 12 casos la presentación fue cefálica (normal, esperable), en 1 caso la presentación fue podálica y en 1 fue pelviana, en 3 casos no esta consignada la presentación del feto. En 3 casos se documentaron al momento del parto procidencias anatómicas, en 2 casos distocias de hombro y cuello. No se consignó la ubicación de los hombros, ni de las maniobras obstétricas utilizadas.

En 13 casos el inicio del parto fue espontáneo, en 1 de ellos inducido, en 1 no hay datos consignados y en 2 la decisión fue de cesárea electiva. Respecto de la inducción no se encontró indicación médica para la misma. Hubo 9 casos de partos concluidos por la vía vaginal, 7 por operación cesárea, 1 caso no consigna datos. En 3 casos fue necesario recurrir al uso de fórceps, en 1 de ellos por agotamiento materno por periodo de trabajo de parto prolongado, en 2 por presentarse procidencias anatómicas. En 1 caso fue necesario utilizar técnica de vacuum, por el tamaño del recién nacido. Algunas de las cesáreas fueron la culminación de trabajos de parto que no concluyeron por la vía vaginal por diferentes motivos. Analizados los datos de horas de admisión y hora de nacimiento, en 13 casos, se puede concluir que el tiempo promedio transcurrido entre una situación y la otra fue de 7,18 horas, se debe destacar que en 3 casos no se consignan todos los datos por lo tanto no fueron considerados. En un caso la admisión ocurrió 7 días antes de la decisión de realizar la operación cesárea, se trató de un embarazo de muy alto riesgo, en el cual se debió adelantar la fecha del nacimiento para preservar la vida de la madre y el neonato, el cual no obstante padeció múltiples malformaciones anatómicas fisiológicas.

Se destaca que el tiempo mínimo entre la hora de admisión registrada y la del nacimiento fue de 35 minutos mientras que el máximo fue de 25 horas; sigue sin considerarse el caso de los 7 días de internación previa.

Sobre la condición de los recién nacidos, hay datos en 16 casos, en 1 no hay información. De los que tienen información, se consigna que 15 nacieron vivos, 1 nació muerto.

De los 15 nacidos vivos, 1 falleció 15 semanas más tarde y 1 a los 10 días de nacido; de los 13 restantes; 1 padece ceguera, 1 tiene diagnosticada microcefalia, 1 tiene mielomeningocele y múltiples malformaciones anatómicas fisiológicas. En 1 caso en el cual el recién nacido presentó distocia de hombro y cuello, se ha diagnosticado una lesión en C4 y C5 definida como moderada/grave. En otros dos casos se consignó fractura de clavícula que es coincidente con recién nacidos de alto peso para la edad gestacional. De los datos surgen que al momento del parto se observaron dos procidencias de mano.

El test de APGAR, que permite la valoración de la vitalidad cardiorespiratoria y neurológica del neonato, realizándolo al nacimiento (1 minuto) y a los 5 minutos del parto. La máxima puntuación es 10 y se considera negativo cuanto más bajo sea el resultado, sobre todo si es menor de 5. Esto es peor cuando no existe mejoría con la

reevaluación a los 5 minutos.

De los datos analizados se cuenta con información en 15 casos, en dos de ellos no se encuentran transcritos datos.

De los que se cuenta información tenemos 8 recién nacidos con valores entre 7 y 10; 6 recién nacidos entre 6 y 2 y un caso nació muerto por lo que su valor es cero.

Conclusiones

En general en materia de documentación hemos encontrado falencias en cuanto a: documentación médica de los controles prenatales; tiempo de evolución de la ruptura de membranas, indicación de la inducción al parto; falta de registro de inicio de la distocia; falta de registro de la ampliación de episiotomía y falta de registro de ubicación de los hombros y de las maniobras utilizadas.

La falta de registros clínicos es el principal indicador de una baja calidad de prestación, ya que lo que no está escrito es porque no se hizo. La principal obligación de una entidad prestadora es la de garantizar la calidad y eficiencia de la prestación. Es una obligación de resultado. Su incumplimiento genera responsabilidad objetiva. Una de las maneras de exonerarse de ello es que todos los involucrados, reflejen en la historia clínica lo que hicieron, pues si no lo escriben es como si no lo hubieran hecho.

Así de simple.