



Asesoría de prevención **MÉDICO-LEGAL**

Revista del Fondo Solidario de Ayuda Profesional del Colegio de Médicos
de la Provincia de Santa Fe, Segunda Circunscripción | Año 2024 | Edición n. 1



**COLEGIO
DE MÉDICOS**
Provincia de Santa Fe | 2ª Circunscripción

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Las situaciones adversas no esperan
a que estemos preparados para ellas.
Simplemente, ocurren.



La mejor profilaxis frente a los reclamos por presunta mala praxis, **es la buena praxis**



Correcta calidad de atención médica acorde a estándares aceptados de cuidado, guías o protocolos.

Adecuada documentación del acto médico, Historia Clínica, Consentimiento Informado, Protocolo Quirúrgico.

Mantener una buena relación con el paciente y su grupo familiar (asociar a familiares en la consulta o tratamiento, pueden resultar aliados médicos).

Objetivos por perseguir

para una prevención del riesgo médico-legal

La seguridad del enfermo.

La disminución de los reclamos por presunta mala praxis.

Prevención y control de pérdidas de elementos importantes de la Historia Clínica.

Reducir la frecuencia de episodios adversos prevenibles que puedan derivar en reclamos.

Controlar los costos de la actividad, en nuestro medio, resulta ser un tema sensible.

Asegurar una adecuada y completa documentación médica.

Rápida intervención con el paciente y su grupo familiar ante evento adverso.



La prevención colectiva

tiene su sustento en dos pilares

Control de calidad de la atención médica

Identificación de problemas a través del monitoreo continuo, evaluación de resultados y análisis de la aptitud del cuidado del paciente.

Evaluación de datos de calidad a través de la revisión por pares médicos.

Monitoreo de la eficacia de las acciones correctivas y de la curva de aprendizaje.

Prevención de riesgo médico legal

Identificación de riesgos y episodios adversos a través de informes de incidentes, quejas de pacientes y familiares, y otras fuentes de datos.

Evaluación de incidentes, eventos adversos y tendencias a través del jefe de residentes, jefe de servicio o comité de riesgo médico legal.

Recomendación y monitoreo de acciones correctivas diseñadas para disminuir el riesgo del paciente.

En lo particular, los principales **pilares de prevención**

Toda intervención debe estar debidamente fundamentada y avalada por síntomas comprobados, el examen físico, estudios complementarios y de diagnóstico por imágenes.

Lo primero que se discutirá frente a cualquier complicación que origine un reclamo será saber si la intervención que la originó estaba justificada y, por supuesto, poder descartar que se trataba de un procedimiento innecesario.

Adecuada comunicación con el paciente y su grupo familiar: es fundamental responder con corrección y presencia permanente, en especial frente a la aparición de complicaciones, brindando las explicaciones de una manera amable y completa.



Suministrar la información pertinente. Evitar definir errores.

Tiempo, básicamente en los momentos actuales de sobrecarga laboral y despersonalización.

Conocer las limitaciones y mantenerse dentro de las habilidades.

Mantener una correcta documentación del acto médico. Historia Clínica, Consentimiento Informado y Protocolo Quirúrgico.

Obtener el consentimiento informado deberá ser el corolario de una adecuada relación médico-paciente y reflejo de la correcta comunicación entre ambas partes y no un mero acto administrativo.

Recordar que, en la especialidad, la patología es par, por lo que debe ponerse especial énfasis en el lado de la patología para evitar la denominada “cirugía del lado equivocado” así como la “cirugía del sitio erróneo”.

La responsabilidad profesional del especialista también está presente en el seguimiento posoperatorio. Dado que muchas intervenciones se hacen en forma ambulatoria o con estadía nocturna, menos de 24 horas, es imprescindible la instrumentación de un estricto control posoperatorio a los fines de la detección temprana de las complicaciones. En el caso de realizar cirugías en otros lugares distintos al de residencia y/o trabajo habitual, se sugiere atender la precaución del cuidado posoperatorio, el que muchas veces, en el manejo de las complicaciones, queda en manos de especialistas de la localidad y de quien hemos derivado al paciente.

A tener en cuenta, **lo que ellos ven**

VIII. HECHOS:

Según establece la norma del art. 130 del CPCCSF, realizaremos una narración objetiva de los hechos. Este relato se basará en la historia clínica del Sr. [REDACTED] en el "Hospital [REDACTED]" de la ciudad de Rosario.

Esta documentación fue oportunamente secuestrada en la medida de aseguramiento de pruebas realizada en la ciudad de Rosario (Juzgado de Primera Instancia Civil y Comercial de Distrito n° 16 de Rosario, expte. [REDACTED]).

Historia **clínica**

Tal como se asentó en la ficha de consultorio externo del Hospital [REDACTED] (fs. 34 vta. del Aseg. Pruebas), en fecha **07/03/2018** el actor fue evaluado por el Dr. [REDACTED] -en los consultorios externos del nosocomio- quien registró lo siguiente:

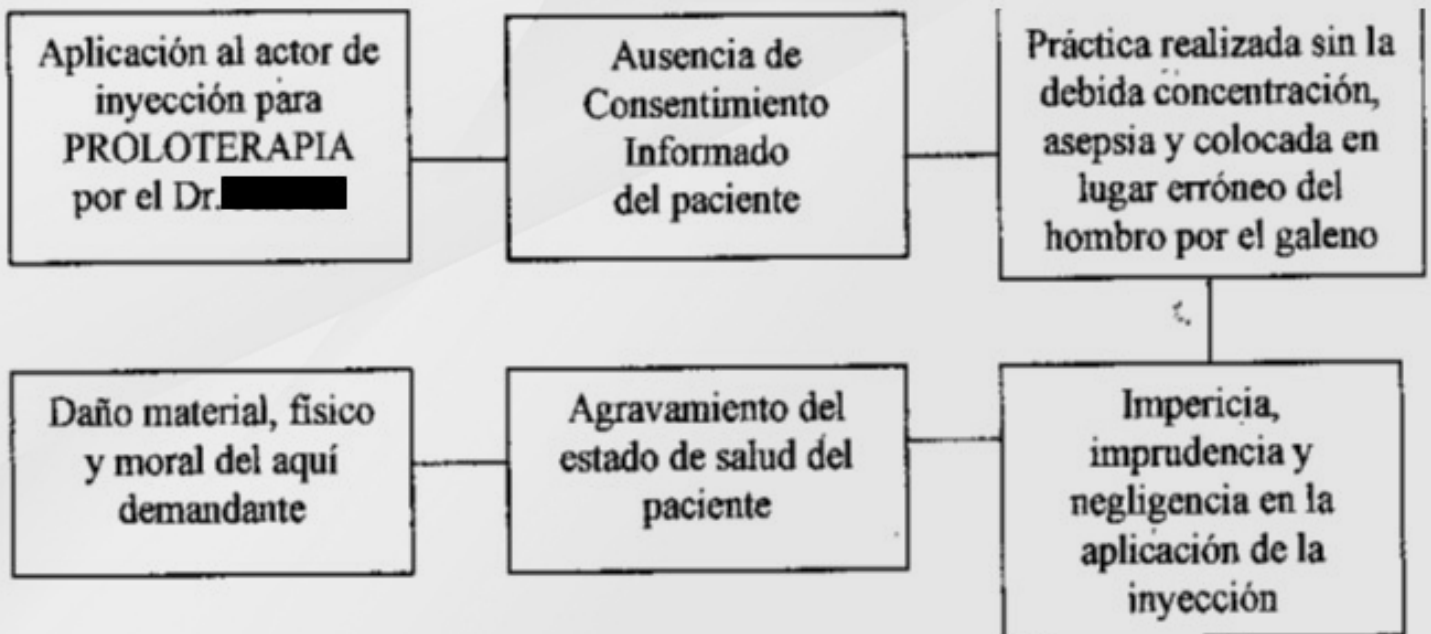
*"07/03/2018. O y T. se evalúa paciente en tratamiento con proloterapia⁸ por tendinopatía del supraespinoso. Se observa mejoría en el rango de movilidad, relata disminución del dolor. Se realiza proloterapia con dextrosa al 22,5% (números no claros y superpuestos) intraarticular en hombro y al 12.5% en tendón.
Se cita a nuevo control en 6 semanas."*

Historia clínica

consentimiento informado

Cabe aclarar que- a pesar de ser la infiltración un tratamiento invasivo- nunca se le explicó al paciente en qué consistía, cuáles eran sus riesgos o posibles complicaciones. **Tampoco obra en la HC ningún consentimiento informado que acredite lo antedicho.**

A la hora de juzgar, la conjugación de una hipótesis de RPM es necesaria la existencia de nexo causal entre la conducta obrada por el galeno y el daño del demandante. Debe existir CAUSA ADECUADA art 906 CC.



Sentencia

En esta faena, amén de la historia clínica agregada, resulta crucial a los fines de dirimir la presente contienda el resultado de la pericia médica rendida en autos a fs. 268/276, cuyas observaciones fueron evacuadas en audiencia de producción de pruebas (fs. 289).

La vital importancia de este medio probatorio reside en que en esta clase de juicios, donde se juzga la actuación de profesionales de la ciencia médica, la PRUEBA PERICIAL reviste especial relevancia, porque los hechos ventilados en el proceso exceden el conocimiento esta juzgadora y requieren inexcusablemente la intervención de expertos.

En función del plexo probatorio rendido en autos (principalmente pericial médica y documental del principal y conexas,...), no se advierte conducta antijurídica por parte del galeno demandado. Y si bien, puede resultar reprochable la circunstancia de no acreditarse el consentimiento informado por parte del paciente para la realización de dicha práctica, se ha acreditado en autos que no existe relación de causalidad adecuada entre la misma y el resultado dañoso, en especial si se analizan los riesgos habituales detallados por el perito oficial.

A la luz de la sana crítica, que no se ha demostrado violación de la *lex artis* y, por tanto, no se encuentra satisfecha la carga probatoria que pesaba sobre el accionante para adjudicar la responsabilidad reprochada.

Por tanto, debe desestimarse la imputación de responsabilidad articulada contra el galeno demandado.

Ejemplo extraído de una demanda acerca de lo que se advierte **de nuestra documental médica**

En la Ficha de Consultorio externo del Dr. C (que llama la atención por su prolijidad, misma birome, misma letra legible y sello tras cada registro; difícil creer que se confeccionó realmente tras cada consulta con el apuro de tener pacientes en sala de espera), en fecha 13/11/2019 el médico accionado escribió: “Pte con lesión del manguito rotador y artrosis. Se plantea como opción terapéutica Artroplastía reversa el 20.11.2019. Estudios prequirúrgicos no contraindican la cirugía. Se opera 22.11.2019.”

Ejemplo del mismo caso en la **segunda intervención**

En la historia clínica también obra un documento con membrete de Centro con leyenda “Consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas”, que al igual que el utilizado en la intervención anterior, es pre-impreso, general, en blanco, sin siquiera fecha. Éste lleva firma del actor y familiar.

También hay otro documento con membrete de Centro Médico. con leyenda de “Propuesta de Consentimiento informado” para anestesia pre-impreso, sin fecha y en blanco. Firmado por el paciente y acompañante.

Otro ejemplo de los buenos, para considerar

Resumen Internación

PACIENTE QUE INGRESA PARA CIRUGÍA ELECTIVA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. DEFORMIDAD DE BOUTTONNIERE 5TO DEDO MANO DERECHA. POSTERIOR A UNA INMOVILIZACIÓN CON YESO DE HIPERFLEXIÓN DEL 5TO DEDO POR FRACTURA DE 5TO METACARPIANO DESDE EL 27/3/2019.

Control post operatorio día 10. El paciente refiere haber movido la muñeca y dedos de la mano reiteradas veces sintiendo sensación de debilidad por lo cual consulta si es normal. Se le explica la importancia del reposo y que no debe mover ni la muñeca ni los dedos por la posibilidad de generar complicaciones en la región operada como por ejemplo desprendimientos de suturas o inestabilidad de capsular articular interfalángica proximal, debido a que debe permanecer en reposo por un tiempo de 1 mes aproximadamente desde la cirugía, para la correcta cicatrización, se le explican los riesgos de no cumplir con las indicaciones médicas, haciéndolo responsable de las mismas. Se examina y el paciente no presenta dificultad en absoluto en la movilidad de muñeca y dedos de la mano excepto el 5to dedo que debe permanecer en inmovilización. Paciente afebril, sin dolor, se observa inflamación a nivel de herida en región interfalángica con escaso sangrado seco, se reitera importancia de reposo y miembro sobreelevado para que desinflame y cicatrice el tratamiento quirúrgico. Vendaje, continuar con inmovilización, control el 17/6. Se dejan pautas de alarma.

Control, retiro de vendaje, indico terapia ocupacional de 5to dedo de mano derecha, se observa mayor rango de flexión y extensión. El paciente se pone agresivo por referir que él quiere y espera recuperar la totalidad de la movilidad. Se le explica las posibilidades de no llegar a extender y flexionar por completo activamente el dedo a pesar del intento de reparación quirúrgica. Dicha posibilidad fue explicada previo a la cirugía, lo cual el paciente aceptó y decidió operarse. Indico más sesiones de kinesiología y terapia ocupacional, reposo de un mes más y control en 15 días. En el día de la fecha el paciente ingresa sin turno para solicitud de nuevo certificado debido a un error en el número de documento. Le confeccionó un nuevo certificado. Se le explica al paciente que solicitare a su obra social derivación a otro traumatólogo especialista en mano, para interconsulta y evaluación, debido a la posibilidad de que no haya tenido el éxito o el resultado esperado de la cirugía realizada en su 5to dedo, el paciente acepta y está de acuerdo con lo propuesto y estará a la espera del llamado para continuar el tratamiento con otro profesional.

Demanda

En fecha XX/XX/2019 se dio inicio a la medida de Aseguramiento de Pruebas, caratulado LM c/ SANATORIO ... Y OTROS/ S ASEGURAMIENTO DE PRUEBA en trámite por ante este Juzgado de Primera Instancia de Distrito en lo Civil y Comercial de la 6ta. Nominación de la localidad de Rosario. Mediante la misma, se procedió a secuestrar la documentación médica sobre la base de la cual, en adición a aquella que se agrega y rendirá oportunamente, resultan la base fundante de este reclamo.

Sin perjuicio de ello, en un todo de acuerdo a la legislación vigente y aplicable a los hechos que se describirán. dentro del plazo legal vigente - el cual está establecido en 3 años-. vengo a iniciar la correspondiente demanda de daños y perjuicios contra quienes, con su actuar culposos, generaron las lesiones en el paciente que hoy se reclaman provocando con ello un evidente e irreparable daño a su persona y por los que los aquí demandados deberán responder con el mayor alcance y severidad posible.

Otra demanda en que, lo primero que cuestiona, es la historia clínica

a.- 1) Pericia sobre historia clínica

Puntos de pericia: se designe perito médico legista a fin que examinando H.C., los estudios de laboratorio e imágenes, hojas de enfermería, libro de guardia y de novedades de la Sala, y de ser necesaria los protocolos obrantes en el laboratorio y sección de diagnóstico por imágenes de la institución **determine:**

- a.- Si la H.C. ha sido confeccionada conforme las recomendaciones del Código Ético de la A.M.A. y mencionando cada caso en particular:
- b.- Señale si la misma es cronológica.
- c.- Si contiene interlineados, borrados, uso de *liquid paper* o correctores de cualquier tipo, sobre escrituración

Puntos de pericia

- d.- Si contiene atestaciones efectuadas fuera de los límites marginales.
- e.- Si cada observación está suscripta y sellada por el profesional respectivo.
- f.- Si se ha llegado a un diagnóstico y cuáles fueron los estudios utilizados.
- g.- Si se hicieron diagnósticos diferenciales.
- g.- Si tales estudios están anexados a la H.C. o si consta su transcripción En este último caso si coinciden con los protocolos de los laboratorios o dependencias que los efectuaron.
- i.- Si se realizaron interconsultas y con qué profesionales y resultados.
- j.- Si consta en la misma la información que se brindó al paciente respecto a diagnóstico y pronóstico.
- k.- Si el paciente prestó el debido consentimiento.

Chequeo quirúrgico - Check list

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA
ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA
¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento informado? ☐	Confirmar que todos los miembros del equipo se presenten con su nombre y función ☐	Circulante confirma:
¿Tiene el paciente alergias conocidas? Si, hay equipo de soporte ☐ No ☐	Confirmar la identificación del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento ☐	El nombre del procedimiento ☐ El recuento correcto de instrumental, gasas y agujas ☐
¿Está en ayunas? Si ☐ No ☐	¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐	El rotulado correcto de las muestras para Anatomía Patológica / Laboratorio ☐
¿Es portador de dispositivo implantable? Si ☐ No ☐	Paciente en posición y fijación adecuada ☐	¿Hay algún problema con el instrumental y/o equipos? ☐
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? Si ☐ No procede ☐	PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano ¿Habrán pasos quirúrgicos no sistematizados? ☐ ¿El procedimiento quirúrgico durará el tiempo asignado? ☐	Confirmar: Anestesiólogo: ¿Tiene la ficha anestésica completa? ☐
Estudios complementarios presentes ☐ ¿Son necesarios mallas o prótesis? Si, están presentes y en condiciones ☐ No procede ☐	Anestesiólogo ¿Presenta el paciente algún problema específico? HTA ☐ Hepatitis ☐ DBT ☐ Otro ☐	¿Indica plan de analgesia posquirúrgica? ☐
CONTINUACIÓN DEL PROCESO DE INGRESO A QUIRÓFANO	Instrumentadora ¿Se confirmó la esterilidad? ☐ ¿Hay problemas con el instrumental o equipos? ☐	Cirujano: ¿Tiene el protocolo quirúrgico completo? ☐
Revisar con el Anestesiólogo Se completó la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación necesaria ☐ Se ha colocado el oxímetro de pulso - monitor - tensiómetro al paciente y funciona ☐ Se ha administrado profilaxis antibiótica ☐ Vía aérea difícil / riesgo de aspiración Si, hay equipo de soporte ☐ No ☐ Revisar con el Cirujano Confirmación del sitio quirúrgico Derecho ☐ Izquierdo ☐ Bilateral ☐ No procede ☐		

Ejemplo de la demanda de indicación poco clara, historia clínica poco clara, seguimiento posoperatorio, poco control

Debido a indicación médica (Dr. [REDACTED]) es intervenido quirúrgicamente el día 10/12/08 por primera vez.

En dicho momento contaba con 52 años, sin comorbilidades preexistentes (HTA, DBT, alergias medicamentosas).

Conforme el informe, a su ingreso, presentaba gonalgia derecha de aparición súbita tras esfuerzo deportivo.

Se le realizan estudios y por presentar cuadro de bloqueo articular y dolor, y le atribuyen que era "sin signos de inestabilidad;" se decide realizar liberación del retináculo externo por vía artroscópica el día 10 de diciembre de 2008. Durante la internación presenta dolor nocturno y tumefacción a nivel de rodilla operada, por lo que se le realiza artrocentesis (punción articular con el fin de extraer líquido articular para su evaluación), la cual dio resultado positivo con extracción de sangre.

Puntos de pericia

¿Es correcto dar de alta al paciente con dolor e inestabilidad?

¿A qué pudo deberse el dolor agudo que motivo la segunda re internación y cirugía?

¿Motivos de la dolencia posterior a la cirugía?

¿Puede la demora en una intervención quirúrgica generar el cuadro agudo de dolor y excesivos coágulos en una patología como la del actor?

¿Qué secuelas deja en los pacientes el sangrado en napa luego de cirugía de rodilla?

El padecimiento posterior a las cirugías y la incapacidad articular del actor, ¿se debe a las circunstancias quirúrgicas y posquirúrgicas?

Cualquier otra cuestión de interés.

Ofrezco a la Dra. ...(médica traumatóloga), como perito de parte.

Otra demanda que da cuenta de falta de estudio para síndrome de túnel carpiano

Del relato de los hechos narrados y del informe Médico del Dr. [REDACTED], surge claramente la falta de previsión y la omisión de los más elementales recaudos que debería haber observado el demandado [REDACTED] en el caso, para no llegar este lamentable resultado.-

2.3.1)-DAÑO MATERIAL-INCAPACIDAD FÍSICA:

De acuerdo a las consideraciones médicos legales conforme Informe medico, conclusiones médicas, estado actual de la víctima, edad de la actora al momento de la cirugía 63 años, se estima un porcentaje de incapacidad del 40 %.-

4-RELACION DE CAUSALIDAD:

En el caso que nos ocupa está mas que acreditada la relación de causalidad entre la cirugía, que practicó el Dr. [REDACTED] por su diagnóstico de Síndrome del túnel carpiano (STC) bilateral y sin solicitar estudios de conducción nerviosa (necesarios para descartar radiculopatía cervical) indicando una cirugía de inmediato en el SANATORIO [REDACTED], con los daños que hoy padece actora.-

Otra historia clínica,

no queda claro el protocolo de fractura expuesta

DIA	Nuevos síntomas ó signos - Complicaciones - Modificaciones diagnósticas - Control tratamiento - Resultados - Comentarios de alta	FIRMA MÉDICO
10/02/14	Paciente de 20 años, viene intercedido de porfiria, viene plagado, viene limpio. Ingreso desde [REDACTED] por Exclusión de [REDACTED] - Nervio [REDACTED]	

De 24 de de exclusión. Donde se [REDACTED] [REDACTED] y refiere el paciente se le realiza [REDACTED] [REDACTED] a [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	
--	--

DIA	Control tratamiento - Resultados - Comentarios de alta	FIRMA MÉDICO
11/02/14	Pte. cuando lo [REDACTED] [REDACTED] EX [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] TC. Se realiza curación de herida	

Asesoria de [REDACTED]. [REDACTED]	
---	--

¿Qué cosas se encuentran en las historias clínicas?

No se justifica el procedimiento.

Escasas evoluciones, irrelevantes.

Inadecuado Consentimiento Informado.

Pobre documentación, de estudios, preanestésicos.

No se documenta medidas preventivas, ayuno, alergias, antecedentes.

No se documenta protecciones al paciente en la internación (tracción esquelética, bretes, antiescara).

No se documenta chequeo de lado.

No se documenta inicio y fin de cirugía.

No se documenta sobre material .

No hay controles reglados en posoperatorio.



Las demandas en Ortopedia y Traumatología **son consecuencias de**

- Infecciones.
- Cuestiones técnicas con el manejo de fracturas.
- Error diagnóstico.
- Retraso en el tratamiento.
- Luxación, aflojamiento o intolerancia de los materiales.
- Pseudoartrosis o consolidaciones viciosas. Acortamientos.
- Error de sitio quirúrgico.
- Lesión de partes blandas, vascular, nerviosa.
- Trombosis venosa profunda – Tromboembolismo pulmonar
- Limitaciones funcionales.
- Síndromes secuelares.
- Recidivas.

Esto **se debe a**

- Escasa relación médico paciente (surge de la urgencia en la atención).
- Expectativas desmedidas respecto de los resultados de las lesiones (frecuentemente graves o severas).
- Pobre documentación (falta de estudios complementarios, historia clínica incompleta, sin consentimiento).
- Resultados condicionados por los materiales de osteosíntesis o prótesis
- Dependencia del resultado de la colaboración del paciente.
- Complicaciones con gran repercusión funcional , y de notable evidencia.



●
Consentimientos por patología de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología. Completar.

●
Check list. Chequeo de seguridad de cirugía.

●
Protocolos quirúrgicos. Descriptivos-completos.

●
Denuncia de eventos adversos con el material. Comités Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología y Asociación Rosarina de Ortopedia y Traumatología.

●
Denuncia ante amenazas o malos tratos por parte del paciente.

●
Historia clínica. Esquemas preconformados que den cuenta de la elección y necesidad de la internación o de la intervención.

●
Dejar expresado realidad, riesgos, aceptación y medidas terapéuticas.

●
Diagnóstico, plan de tratamiento y estudios complementarios.

●
Epicrisis. Aprovechar del resumen para dar cuenta de forma que, lo que no se expresó antes, se evidencie. Pieza fundamental y oportuna para la prevención médico-legal.





Fondo Solidario de Ayuda Profesional

España 1715, piso 1, 2000 Rosario, Santa Fe, Argentina
Teléfono: (+54 341) 482 2905/3479 | WhatsApp (+54 9 341) 6000228
fosap@colmedicosantafe2.org.ar | www.colmedicosantafe2.org.ar