

SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Programas de Seguridad del Paciente. Roles del Director.

P. 6 El torniquete (manguito) neumático en cirugía de las extremidades.

P. 9 Paciente Pediátrico en Observación en Guardia. Pautas de alarma para su egreso.



GUARDIA • 24

Nota del Editor



Estimados Asegurados:

Nos acercamos a ustedes en esta oportunidad con algunas reflexiones sobre los riesgos que pueden presentarse a los profesionales en la atención de una guardia pediátrica, haciendo especial hincapié en los pacientes en observación.

En segundo lugar, los médicos traumatólogos conocen que la utilización de un manguito neumático en la cirugía de extremidades es un recurso de gran utilidad, pero no exento de riesgos. Por tal motivo nos pareció importante desarrollar algunos conceptos sobre tal elemento. Finalmente, cada vez la importancia asignada en el mundo a los programas de seguridad del paciente, es mayor. Por tal motivo, decidimos abordar dicho tema, haciendo foco en el rol del responsable institucional de los mismos.

Esperando que sean de vuestro agrado, les reiteramos que pueden enviarnos sus inquietudes y solicitar temas de su interés, a nuestra casilla de correo electrónico.

Los saluda atentamente.

Dr Horacio E. Canto

*Gerente de Riesgo y calidad Médica
Swiss Medical Group*



LÍNEA "ON LINE 24 HS":

(011) 154-947-7136, Dra. Flichman

(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

(011) 154-949-4592, Dr. Susman

LÍNEA DIURNA:

(011) 5239 - 7933

Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: guardia24@smg.com.ar

Programas de Seguridad del Paciente

Roles del Director

Dr. Simón Fernández Nievas

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
SMG seguros

El Instituto de Medicina (Institute of Medicine-IOM) de los Estados Unidos inició un proyecto denominado Quality of Health Care in América para promover la mejora significativa de la calidad de atención médica y en el 2000 publicó el informe titulado "To Err is Human: building a Safer Health System", en el cual se plantea el problema de los errores médicos en ese país y la necesidad de tener servicios de salud más seguros (1). En el 2001, se publicó el informe Crossing the Quality Chasm que solicitaba un urgente cambio del sistema de salud para mejorar el nivel de la calidad. El informe comienza diciendo "El sistema de Salud Americano necesita un cambio fundamental. Muchos pacientes, médicos, enfermeras y líderes en salud están preocupados por la salud que se brinda, que no es esencialmente la que deberíamos recibir. El nivel de frustración tanto de los pacientes como de los médicos probablemente nunca ha sido mayor. Actualmente el cuidado de la salud causa daño demasiado frecuentemente y rutinariamente falla en proporcionar sus beneficios potenciales" (2).

A partir de las publicaciones mencionadas, rápidamente se extendió por el mundo la preocupación por contar con sistemas de atención más seguros y diversos países empezaron a desarrollar políticas y estrategias para reducir los errores de la práctica médica y mejorar la seguridad de los pacientes.

En los últimos años todo lo relacionado a la seguridad del paciente ha adquirido gran relevancia en las instituciones de salud de nuestro país, al punto de crearse masivamente áreas para el manejo específico de la misma.

Ha surgido como respuesta en numerosas instituciones, un nuevo rol en la medicina moderna: El Director o Responsable en la Seguridad del Paciente, que se define como la persona que comprende, gerencia y optimiza todas las actividades relacionadas con la calidad y seguridad del paciente dentro de la institución y que reporta a un ejecutivo de alto rango y es parte de la junta administradora (3).

Esta nueva función requiere un conjunto de aptitudes y responsabilidades especiales que aún no están claramente definidas, pero que deben desarrollarse en un entorno organizacional basado en la transparencia, una actitud no punitiva para los errores o cuasi-errores reportados, análisis de las fallas o causas con foco principal en el sistema y no en el individuo, y capacidad institucional de



aprendizaje a partir del error. La persona designada para cumplir con el cargo debe tener necesariamente una visión amplia de la cultura organizacional y adherir al postulado moderno en la Seguridad del Paciente "No es el individuo sino el sistema donde el individuo trabaja quien necesita atención" (4).

Aproximadamente el 80% de los errores médicos están relacionados con fallas en el sistema, esto significa que la solución no es simplemente trabajar más, sino que la clave está en diseñar sistemas que no permitan que el error alcance al paciente (5).

Responsabilidades del responsable en Seguridad del Paciente:

- Instruir a las autoridades, jefes y administradores en los fundamentos de la Seguridad del Paciente para que ellos a su vez puedan transmitir los conceptos a otros colaboradores. La Seguridad del Paciente es un desafío demasiado grande para una sola persona.
- Capacitar a los profesionales que están en la primera línea de contacto en los procesos y programas en Seguridad del Paciente.
- Estimular el reporte de incidentes y eventos adversos. El líder en seguridad debe conocer cuáles son las barreras en su institución para reportar incidentes. En general, estas son miedo a represalias, escepticismo, trabajo extra, y desinterés por la falta de efectividad del sistema.



- Estandarizar el análisis del Error Médico grave para reducir la variabilidad. Una de las herramientas más importantes del líder en seguridad es el Análisis de Causa Raíz, que permite comprender el error desde diferentes aspectos y puntos de vista (6).
- Incorporar a los líderes de cada sector en las iniciativas y cambios por la Seguridad del Paciente. Lograr que los médicos participen en las iniciativas por la seguridad del paciente suele ser una tarea difícil y uno de los principales objetivos del líder en seguridad. Sin embargo, a veces es mejor invertir la ecuación y pensar más en unirse a los esfuerzos que realizan enfermeros y médicos por mejorar la calidad del cuidado de sus pacientes.
- Utilizar herramientas analíticas y proveer datos confiables y comparativos. Gran parte del éxito a largo plazo de un Programa de Seguridad del Paciente pasa por demostrar los logros alcanzados. Únicamente mostrando los beneficios de un sistema proactivo es posible captar la atención de los médicos, en general muy ocupados para participar.
- Hacer de la seguridad del paciente un problema de todos.

Aptitudes del responsable en Seguridad del Paciente

Perspectiva global: Requiere una visión amplia de la inter-relación de las diferentes unidades de la organización institucional.

Comunicación: Debe ser capaz de articular ideas claras y conceptos sin confrontar o pre-juzgar. Es probable que el Director en Seguridad del Paciente deba tratar con algunas personas con una actitud punitiva y resistencia al cambio.

Integridad: La honestidad y la transparencia son fundamentales para mantener la eficacia y generar la confianza indispensable para el éxito del Programa de Seguridad.

Manejo de datos: Debe entender y utilizar métodos estadísticos y analíticos básicos. El inadecuado análisis de una gran cantidad de datos seguramente conducirá a tomar decisiones equivocadas (7).

Liderazgo y capacidad de gestión del cambio: El Director en Seguridad del Paciente debe motivar y coordinar la participación de toda la organización incluyendo médicos, personal no médico, administrativos y pacientes.

Base de conocimientos: una comprensión de la teoría actual de la Seguridad del Paciente y el conocimiento de las normas y requerimientos reglamentarios es esencial junto con el compromiso con el aprendizaje permanente para mantenerse actualizado en una disciplina de cambios constantes (8).

“Nuestros sistemas son demasiado complejos para esperar que simplemente personas extraordinarias puedan hacer su trabajo perfectamente el 100% de las veces. Como líderes tenemos la responsabilidad de poner en marcha sistemas que apoyen prácticas seguras”. James Conway, IHI Senior Fellow; Executive Vicepresident and Chief Operating Officer, Dana-Farber Cancer Institute.

Justificación del puesto

Existen numerosas razones por la cual una Institución u organización debe crear el puesto del Director o responsable en Seguridad del Paciente. Una de las principales, es que la Seguridad del Paciente es una forma efectiva para reducir el costo en salud mediante la prevención del error médico, además de preservar la reputación de la institución al mejorar la experiencia de la atención del paciente incluyendo la calidad, acceso y confiabilidad, y como resultado final mejorar la salud de la comunidad.

El costo de la mala atención

El IOM estimó que el costo total por errores médicos en un año en los Estados Unidos es de 17 a 29 mil millones de dólares (1).

Otro autor demostró que el impacto de los errores de medicación prevenibles causan un aumento de la estadía en la internación de 4.6 días con un costo de 4.685 dólares por día extra, con una incidencia de 6.5 errores prevenibles por cada 100 admisiones (10).

En Canadá se calculó que el costo por cada error médico es de 2.162 a 11.846 dólares (11).

En un estudio se calculó que el 5.3% de las cirugías presentan una o más complicaciones quirúrgicas, con un promedio de estadía 4 veces mayor que los pacientes sin complicaciones. El costo total adicional de los pacientes con complicaciones quirúrgicas es de 37.917 dólares (12).

Hoy se acepta que la tasa de Eventos Adversos en pacientes hospitalizados es de alrededor del 10% en los países desarrollados, hasta el doble en países en vías de desarrollo o subsdesarrollados. En otras palabras, de cada 10 internaciones, uno o dos pacientes presentarán por un error médico algún tipo de daño. Alrededor de la mitad de los Eventos Adversos serán prevenibles.

Comentarios finales

Es imposible motivar a las personas a hacer su tarea correctamente todo el tiempo sin excepción, aunque si es posible rediseñar sistemas que sean más seguros.

El liderazgo efectivo nunca es fácil de lograr. El líder en Seguridad del Paciente debe incluir la opinión de las personas en las decisiones que las afectan. Escuchar lo que les preocupa es un excelente primer paso.

Hacerlo bien desde el primer momento. El diseño de nuevos sistemas debe ser cuidadoso, consistente y aceptado por las personas que están involucradas. Sencillamente no hay tiempo para aprender continuamente la misma lección.

La naturaleza de los procesos cognitivos humanos no puede ser modificada, por lo que los sistemas pensados en función de la infalibilidad de quienes intervienen serán propensos a fracasar reiteradamente. Es por ello que consideramos, que nuestro espíritu de trabajo en este importante tema, deberá ser fundamentalmente sistémico.

Como dijo James Reason; "No es posible cambiar la condición humana, pero sí las condiciones en que los humanos trabajan".

REFERENCIAS

1. Kohn LT y otros. *To Err is Human: Building a Safer Health Care in America*, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academies Press; 1999.
2. Richardson W y otros. *Crossing The Quality Chasm*, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academies Press; 2001.
3. Patient Safety Officer, The Leapfrog Group. WWW.Leapfroggroup.org
4. *A Conversation with Patient Safety Officer*, Patient Safety Authority, Pennsylvania. 2007
5. Leonard M y otros. *Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions*. Chicago, Illinois: Health Administration Press; 2004.
6. Wachter Robert. *Understanding Patient Safety: Chapter 14 "Reporting systems, Root Cause Analysis, and Other Methods of Understanding Safety Issues."* McGraw-Hill, Second edition, 2012.
7. Douglas B y otros. *Patient Safety Officers Roles and Responsibilities*, Patient Safety and Quality Healthcare. 2005.
8. *The growing role of the Patient Safety Officer: Implications for risk managers*. American Society for Healthcare Risk Management of the American Hospital Association, 2004.
9. Bates D. *The cost of adverse drug events in hospitalized patients*. Adverse Drug Events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *Journal of the American medical Association*.
10. Dr. Edward Etchells Canadian Patient safety Institute *The Economics of Patient Safety in Acute Care Technical Report*. 2013.
11. Sunil Eappen .*Relationship Between Occurrence of Surgical Complications and Hospital Finances*. *JAMA*. 2013;309(15):1599-1606



El torniquete (manguito) neumático en cirugía de las extremidades

Dr. Ricardo Susman

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

El tema permite realizar diversas observaciones y obtener conclusiones en relación a este importante recurso por la eventuales repercusiones médicas, como también por la responsabilidad profesional en el ámbito judicial.

¿Cuál es el objetivo del torniquete?

El torniquete neumático mantiene un campo operatorio relativamente exangüe durante la cirugía de las extremidades, minimiza la pérdida de sangre, facilita la identificación de estructuras vitales y reduce el tiempo quirúrgico.

Sin embargo puede inducir lesiones por isquemia-perfusión con consecuencias potencialmente perniciosas locales y sistémicas.

Un poco de historia

Los orígenes del torniquete neumático moderno se remontan a la época del Imperio Romano (199 a.C. 500 d.C.), cuando se usaban dispositivos de bronce y cuero no neumáticos para controlar hemorragias secundarias a amputaciones de miembro durante la guerra. El objetivo era salvar una vida sin tener en cuenta el miembro. El término "torniquete", acuñado por Jean Louis Petit, deriva del verbo francés "tourner", que significa girar. Petit describió un nuevo dispositivo similar a un tornillo que ajustaba un cinturón para detener el flujo arterial. Con el advenimiento de la anestesia general, Joseph Lister fue el primero en usar un torniquete para crear un campo quirúrgico exangüe, en 1864. Al final del siglo XIX, Friedrich von Esmarch diseñó un torniquete más avanzado que consistía en un vendaje de goma plano destinado a la exanguinación y a la detención del flujo sanguíneo.

El primer problema de la venda de Esmarch son las altas presiones generadas. Se han demostrado presiones de más de 1.000 mmHg. También se alarga y retuerce la piel durante la aplicación produciendo un trauma en la piel. Estos problemas producen una alta incidencia de complicaciones asociadas al torniquete de Smarch y relativas al torniquete neumático. Hay definitivamente una incidencia mayor de lesión nerviosa temprana que con el torniquete neumático. Como resultado de esto el Esmarch ha sido generalmente abandonado en el uso habitual, como así también desaconsejado desde el punto de vista médico legal.



En 1904, Harvey Cushing introdujo el primer torniquete insuflable (neumático), que permitía medir y controlar manualmente la presión del torniquete.

Uso del torniquete arterial

- Anestesia regional (ARI) - Contener al anestésico.
- Ayuda a la cirugía - El campo quirúrgico exangüe reduce las pérdidas de sangre y facilita la identificación de las estructuras, de este modo se reduce el tiempo y las complicaciones quirúrgicas.

La responsabilidad del torniquete - mantenimiento, aplicación y las posibles complicaciones caen tanto en el cirujano como en el anestesiólogo, por lo que todos son responsables legalmente, (independientemente si se usa primariamente por indicación quirúrgica o anestésica).

Aplicación del torniquete.

No existen normas, sin embargo, han sido propuestas muchas recomendaciones.

El manguito y torniquete debe ser colocado por alguien con experiencia en su uso, función y complicaciones.

Cuando se usa para ARI, debe ser aplicado por el anestesiólogo responsable. Se coloca primero un relleno liso y cómodo, para prevenir el traumatismo de la piel. Antes de inflar se debe quitar todo el aire del manguito y se adapta suavemente sin arrugas. Se aplica cómodamente y estrechamente al relleno para evitar trauma en la piel. En pacientes obesos, tirar distalmente de la piel y tejido subcutáneo durante la aplicación. Ayudar para impedir la suelta del manguito, pérdida de la oclusión, potencial toxicidad del Anestésico Local (RI) y pérdida de la hemostasia. La colocación proximal a la extremidad (en el muslo o brazo) es preferible porque las cantidades mayores de tejido y el músculo protegen a los nervios de una potencial lesión. Poner el torniquete sobre el punto de máxima circunferencia de la extremidad. La colocación debajo de la rodilla o codo invita a un riesgo alto de complicaciones y es desaconsejada por algunos autores. Evitar aplicar el manguito sobre prominencias de huesos o áreas donde la piel, nervios o vasos sanguíneos sean comprimidos excesivamente contra una superficie ósea dura. Tener cuidado con las deformidades de los huesos y lugares de fracturas previas.

Presión del torniquete

El torniquete debe inflarse rápidamente para impedir que la sangre quede atrapada en la extremidad durante el periodo en que la presión del manguito excede a la venosa pero no a la arterial. El fin es producir un campo incruento y/o contener anestésico local. Por lo tanto, la presión del manguito necesita ser suficientemente alta para impedir el paso de la sangre arterial y venosa. Sin embargo, el mecanismo mayor de la lesión nerviosa está relacionado con la excesiva presión. Por lo tanto tiene que haber una compresión. *El fin está en producir una presión baja que sin riesgos mantenga la oclusión arterial y la hemostasia.*

Esta presión mínima del torniquete que requiere mantener la hemostasia dependerá:

- **Tamaño de la extremidad:** Se requieren presiones más altas sobre el muslo que sobre el brazo porque tienen que ser comprimidas masas de tejido subcutáneo mayores para poder comprimir la arteria. Al contrario, hay que bajar las presiones en caquéticos y pacientes delgados.
- **Tipo de manguito y anchura del manguito:** La presión del manguito requerida para eliminar el flujo de sangre disminuye con el aumento de la anchura del manguito. El uso de manguitos más anchos permiten presiones más bajas y ayudan a disminuir las complicaciones. Se recomiendan los manguitos de 7 cm preferentemente a los de 5 cm, especialmente para la pierna.
- **Enfermedad periférica vascular:** Serán necesarias presiones en el manguito altas en pacientes hipertensos y pacientes con vasos calcificados con menor compresibilidad.
- **Rango aproximado:** Medida de la presión sanguínea preoperatoria del paciente y mirar la gráfica de presiones normales del paciente. Inflar el manguito con 50 a 75 mm Hg

adicionales para el brazo y 75 a 100 para la pierna por encima de la basal. Nunca clampear el tubo para prevenir el desinflado, una fuga en el manguito puede no detectarse si la línea de presión se clampea.

Tiempo de torniquete

Los límites absolutos para el torniquete de isquemia y compresión nerviosa no se han establecido. No hay regla sobre cuanto tiempo puede inflarse un manguito sin riesgo. El máximo de tiempo recomendado en la revisión de la literatura oscila de 1 - 3 horas. Normalmente entre 1.5-2 horas.

Los estudios funcionales muestran que la mayoría de los pacientes toleran 2 horas de isquemia con torniquete sin secuelas. Sin embargo, se han informado parálisis por torniquete cuando el tiempo y la presión estaban en límites de seguridad. También, se han demostrado anomalías del EMG y cambios funcionales con tiempos menores de 1 hora.

Otros factores son considerados en determinantes del tiempo de torniquete, incluyendo, la salud general del paciente, estado nutricional, presión del torniquete, trauma de la extremidad, neuropatía, etc. Estos factores alteran la susceptibilidad de un paciente a las complicaciones e influyen en la decisión de la duración segura.

NO HAY TIEMPO MÁXIMO DE TORNIQUETE SEGURO

El tiempo más seguro es el más corto.
La información actual sugiere que la aplicación continua no debería exceder las 2 hs.

Reperusión

Si a veces es necesaria la prolongación del tiempo de torniquete, se deberían usar tiempos de reperusión. Estos permiten la corrección de anomalías metabólicas en la extremidad y restaurar los almacenes depleccionados de energía. Hay estudios que sugieren reperfusiones de 15 a 20 min. La mayoría recomiendan 15 a 20 min. después de una aplicación de inicial de 2 horas. El tiempo óptimo de reperusión para siguientes periodos de isquemia se desconoce.

Contraindicaciones

Cuando se debería evitar el torniquete:

- Enfermedad periférica vascular. Raynaud.
- Heridos graves o extremidad traumatizada.
- Neuropatía periférica o enfermedad del SNC.
- Infección grave en la extremidad.
- Enfermedad tromboembólica en la extremidad.
- Cambios artríticos severos/resaltes óseos en la extremidad.
- Condiciones deficientes de la piel de la extremidad.
- Fístula AV.

- Carencia de equipo apropiado.
- Hemoglobinopatía de células falciformes.

Complicaciones (se pueden mencionar entre otros):

1. Sobrecarga de volumen.
2. Embolia pulmonar.
3. Traumatismo en la piel.
4. Fallo del torniquete.
5. Cambios Metabólicos/Gaseosos en la sangre.
6. Dolor al torniquete.
7. Hipertensión por el torniquete.
8. Hemodinámicos.
9. Lesión arterial.
10. Lesión muscular.
11. Cambios tisulares - Edema, Síndrome compartimental, Síndrome post-torniquete.
12. Hematoma, sangrado.
13. Efectos farmacológicos.
14. Neurológicos.

Las complicaciones pueden aparecer por un uso inapropiado del torniquete.

Hay un amplio espectro de lesiones neurológicas desde parestesias hasta parálisis completa. El nervio radial era el nervio más comúnmente lesionado en la extremidad superior. Esto es atribuido a la anatomía (cercanía del nervio al hueso con poco tejido interpuesto). La parálisis por torniquete en la extremidad inferior secundaria al torniquete neumático es sumamente rara. De los casos informados, todos habían tenido presiones iniciales colocadas a 500 mmHg.

A pesar de la muy baja incidencia de secuelas neurológicas mayores (como parálisis) la incidencia de sutiles alteraciones neurológicas y deterioro funcional prolongado parece ser bastante común.

Las complicaciones pueden estar asociadas a fases del uso del torniquete - exanguinación de la extremidad, inflado del torniquete, mantenimiento del inflado del torniquete, fallo en el mantenimiento del inflado del torniquete, y desinflado del torniquete.

Evaluación pretorniquete

A causa de las complicaciones potenciales y efectos adversos, el uso del torniquete debería recordarse durante la evaluación preoperatoria. Una evaluación completa es necesaria con anterioridad a cualquier uso del torniquete, por lo cual se recomienda:

1. Identificar cualquier contraindicación.
2. Identificar las condiciones que pueden poner al paciente en un riesgo de daño aumentado relacionado con el torniquete.
3. Obtener consentimiento informado.

A manera de resumen:

- Los torniquetes neumáticos modernos están diseñados con mecanismos para regular y mantener las presiones.
- Una inspección de mantenimiento rutinariamente ayuda a asegurarnos de que estos sistemas funcionan adecuadamente.
- Las complicaciones por la utilización del torniquete neumático incluyen hinchazón post operatorio, retraso en la recuperación de la potencia muscular, neuropraxia por compresión, hematoma de la herida con el riesgo de una posible infección, lesiones vasculares, necrosis de tejidos y síndrome compartimental. También pueden producirse complicaciones sistémicas.
- La incidencia de complicaciones se puede reducir mediante la utilización de torniquetes mas anchos, valoración preoperatoria cuidadosa del paciente y siguiendo estrictamente los principios aceptados en cuanto al uso del torniquete.

RECOMENDACIONES:

1. *Premedicar con sedantes para aumentar la tolerancia al manguito si el procedimiento se espera que dure > 30 minutos con una anestesia regional.*
2. *Verificar siempre el torniquete como parte de la comprobación del equipo.*
3. *Usar únicamente torniquetes neumáticos apropiados, evitar torniquetes con banda de goma (Esmarch).*
4. *El tamaño del torniquete debería ser apropiado para el tamaño del brazo, los manguitos más amplios minimizan la presión. Más grande mejor.*
5. *Usar presiones bajas de torniquete que den una hemostasia adecuada sin riesgos.*
6. *No clampar el tubo. Controlar continuamente la presión del torniquete.*
7. *Mirar cuidadosamente las condiciones de volumen en pacientes con reserva cardiaca limitada cuando se aplique la venda de goma.*
8. *Aplicar el torniquete donde los nervios estén mejor protegidos por músculos.*
9. *La colocación proximal evita que los nervios se compriman fácilmente.*
10. *Estar dispuesto para tratar los cambios hemodinámicos asociados con el inflado del torniquete, mantenimiento y desinflado. Si el estado ácido / base del paciente está comprometido puede ser útil la colocación de una línea arterial directa.*
11. *El tiempo más corto posible de torniquete es importante por muchas razones (dolor, hipertensión, trauma, cambios metabólicos, etc).*
12. *El tiempo puede disminuirse demorando el inflado hasta el punto que sea posible. Una vez que el torniquete se ha desinflado quitar inmediatamente el manguito y el relleno de protección para ayudar a disminuir el edema secundario a la obstrucción venosa.*
13. *Cuando el tiempo de torniquete se prolonga es necesario el uso de un torniquete doble y reperfundir en períodos intermitentes.*

Paciente Pediátrico en Observación en Guardia

Pautas de alarma para su egreso

Dra. Evangelina Rocha

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

Una gran parte de los reclamos extrajudiciales y judiciales por supuesta mala praxis tienen que ver con cuestionamientos por inadecuadas o inoportunas altas médicas luego de haber estado el paciente bajo un periodo de observación en guardia.

El paciente pediátrico tiene características propias que lo diferencian de otro tipo de pacientes. Es un paciente dinámico, que en pocas horas puede recuperarse y egresar a su domicilio o desmejorar y ameritarse una internación.

El ingreso de un niño al sistema de guardia de Emergencias puede caracterizarse por una consulta banal que requiera tratamiento y baja complejidad, o por un paciente que requiere una intervención terapéutica con control más estrecho y que demande una Observación en Guardia.

Esta **observación** es una internación abreviada transitoria que puede extenderse de 3 a 6 hs. y la finalidad es la de definir la necesidad de hospitalización.

Es de buena práctica comunicarles a los padres el tiempo previsto en que permanecerán en esta vigilancia.

En esta estancia se iniciaran los tratamientos y se evaluara si el paciente mejora y puede continuar su tratamiento en seguimiento ambulatorio.

Por su parte el médico debe llevar un registro detallado y cronológico de la atención que realice al paciente a fin de que quede claramente documentada la evolución clínica durante su estadía en guardia.

Asimismo dar intervención a enfermería para que efectúe y registre los controles oportunos acorde a la patología.

Si bien existen normas y guías de manejo del menor en emergencias, la valoración clínica sigue siendo el pilar para la adecuada categorización del paciente.

La correcta evaluación del profesional debe ser debidamente registrada en la historia clínica y debe incluir:

- Anamnesis minuciosa (antecedentes perinatales y personales), situación clínica actual.
- Registrar motivo de consulta "lo referido por el paciente" o en su caso los padres del menor.



- Parámetros de signos vitales
- Examen físico. Índice de TAL (bronquiolitis). Escala de Glasgow (en caso de TEC). Score de Riesgo.
- Estudios solicitados (con su resultado).
- Control médico y de enfermería (debe constar horarios, hallazgos y conducta).
- Tratamientos realizados.
- Sospecha diagnóstica (es fundamental que en aquellos casos que se ha decidido la externación, el medico deje registrado cual fue su interpretación final del cuadro y/ o diagnostico presuntivo.
- Indicaciones dadas. Signos de alarma y citación a control.

Otros aspectos a tener en cuenta al momento de decidir su internación o su manejo ambulatorio son:

- Situación familiar (padres en conflicto, sospecha de baja adherencia a las indicaciones).
- Verificar que los padres hayan comprendido, los signos de alarma que deben tener en cuenta y ante los cuales deben regresar.
- Accesibilidad al sistema de salud, (cercanía, disponibilidad de movilización en caso de requerir nueva evaluación o control).
- Disponibilidad de los medicamentos o elementos necesarios para el tratamiento.
- Factores de Riesgo que puedan agravar el cuadro por el que se consultó.
- De ser posible intentar la comunicación con su pediatra de cabecera que puede aportar datos o consensuar su seguimiento posterior.



En caso de que el paciente NO se encuentre en condiciones de alta y se decida su internación:

- Comunicar a los padres y al paciente el cambio de conducta médica ante una evolución no satisfactoria.
- Así como también el pedido de interconsultas o progresión de estudios complementarios
- No demorar tratamientos urgentes a la espera del traslado o de la cama.
- Dar especial importancia al pase del paciente entre colegas finalizado el horario de guardia. Debe asegurarse la continuidad asistencial y terapéutica.

Recomendaciones para el Egreso de Paciente que estuvo en observación por guardia:

• Escribir, escribir y escribir...

La historia clínica es la única herramienta con que cuenta el médico para la defensa de su ejercicio diligente y oportuno. Es importante que se consignen las características del paciente a su ingreso, que fue lo que se realizó y las condiciones en las que egresa.

• Dar pautas de alarma:

Explicar con palabras sencillas y claras los signos o síntomas que los padres deben observar y por los cuales deben regresar nuevamente a consulta.

De ser posible dar folletos (Hoja para padres, Fiebre - Bronquiolitis) en web www.swissmedical.com.ar, o escribir las mismas para asegurarse de que no serán olvidadas.

• Asegurar el control evolutivo:

En la medida de lo posible comunicarse con el médico de cabecera para planificar seguimiento ambulatorio o asegurarse el retorno a guardia.

Algunos fallos de que muestran lo analizado:

CASO 1:

Condenan a pediatra y a un sanatorio por el fallecimiento de una niña de 6 años. La niña había sido atendida por 2 médicos por un cuadro de angina, vómitos y diarrea que la llevaron a la deshidratación. Pese al pedido de internación por parte de sus padres y sumado a la demora en la admisión por falta de cama, finalmente la paciente es internada tardíamente en terapia intensiva donde se produce el fatal desenlace.

El fallo condenatorio del tribunal dijo " la médica tuvo una conducta negligente al no disponer la internación de la paciente, le prescribió medicación oral a una paciente que presentaba cuadro de vómitos, la envió de regreso a su casa con fiebre y deshidratación y no confeccionó la historia clínica" (sic).

CASO 2:

Paciente de 2 años, consulta en guardia derivado por su pediatra de cabecera por síndrome febril para la realización de radiografías y laboratorio. El paciente queda en observación mientras se realiza los mismos.

Al momento de chequear resultados, el profesional tratante consideró que el paciente se encontraba en condiciones de continuar su control ambulatorio y dejó debidamente consignado en la historia clínica que se comunicó con el pediatra de cabecera para garantizar su seguimiento en 24 hs en su consultorio.

En dicho periodo, el paciente desmejora su estado general y reingresa a guardia con signos de sepsis. Falleciendo a las 72 hs. Se inició instrucción penal siendo la profesional sobreseída por haber documentado adecuadamente su actuación.

Conclusiones finales:

No sólo por el incremento de los reclamos judiciales, sino como prueba de la calidad de la atención brindada, un profesional debe ejercer su actividad de acuerdo a las guías y normas de la especialidad, basadas en evidencias científicas, efectuando un adecuado razonamiento clínico y dejando claramente asentado en la historia clínica todo lo visto y realizado.

Es importante recordar que: Un inadecuado registro de lo hallado, pensado, o actuado en la consulta, puede convertir injustamente una buena praxis en mala praxis.



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos

| | |
|-----------------|-------------------|
| Integral Médico | 20% de Descuento* |
| Seguro de Hogar | 25% de Descuento* |

(*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica

