

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor

Pág. 3.
Responsabilidad Médica en
Traumatología y Ortopedia

Pág. 7.
Reclamos más frecuentes en la
práctica de la Obstetricia

Pág. 10.
Recomendaciones Generales



Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

En esta oportunidad hemos elegido dos de las especialidades con mayor número de reclamos, como son la traumatología y la obstetricia, para hacer un análisis de las causas específicas de los mismos en cada una de ellas.

Les reiteramos asimismo las recomendaciones generales ante la ocurrencia de un evento adverso.

Esperando que les sea de utilidad, los saluda atte.

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) 154-949-4592, Dr. Susman
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

Línea diurna: (011) 5239 – 7932/3
Dr. Susman, Dr. Sabino: 12 a 18hs.
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Responsabilidad Médica en Traumatología y Ortopedia

Dr. Ricardo Susman

Gerencia de Riesgo y calidad Médica
Swiss Medical Group

En un número anterior de nuestra publicación (Guardia 24 - N° 25) donde se analizan estadísticamente los reclamos por Responsabilidad Profesional en Ortopedia y Traumatología, el autor concluye diciendo:

“El motivo más frecuente de reclamo es el relacionado a complicaciones directas de la cirugía asociadas con la técnica quirúrgica mayoritariamente, el segundo lugar lo ocupan las infecciones del sitio quirúrgico, superando entre ambas causas el 50% de los reclamos de la especialidad”.

Antes de abordar estos temas, debemos recordar que **“La responsabilidad médica”**, salvo excepciones en que se persigue la búsqueda de resultados, se considera como una obligación de medios.

Surge de la bibliografía específica que el profesional tiene en el fondo una obligación de diligencia, tomando antiguos conceptos de tratadistas franceses, describiéndolo como el deber de aportar todos los cuidados de un buen Pater Familiae.

Se acepta que a un médico se le exija normalidad de conducta (uso de conocimiento promedio, destreza promedio, prudencia promedio), siempre que exista normalidad de circunstancias, de tiempo y de lugar.

No hay cirujano que no haya tenido que afrontar el problema que son las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

Cualquier procedimiento médico que se proyecte en un paciente implica la posibilidad cierta de la presentación de eventos que si bien pueden ser considerados como factibles de producirse, no siempre pueden ser evitados.

Es así como en la ciencia médica se establece el concepto de complicación, que cumple con lo enunciado precedentemente y del que ningún acto médico está exento.

La metodología que se establece a fin de minimizar la incidencia de los eventos mencionados es la de protocolizar procedimientos y disminuir el riesgo de que se presenten, riesgo que puede ser definido como la posibilidad de presentación de una contingencia.

No existe un tratamiento, una intervención quirúrgica que garantice el 100% de buenos resultados.

Obviamente existen los regulares y malos resultados. Pero combinado a los malos resultados están los errores. Los caminos que conducen al error diagnóstico o terapéutico en Medicina han sido y seguirán siendo motivos de preocupación para los médicos y toda la sociedad.

En otro artículo de la misma publicación mencioné **“El error es una parte inherente del comportamiento humano y estará siempre presente”**.

Continuamos diciendo que “Cuando se hace la mención de **“cirugía en sitio erróneo”** se está haciendo referencia a los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el lado erróneo, en una zona anatómica errónea, en el paciente erróneo o en la que se realiza un procedimiento diferente al planeado”.

“Surge de la bibliografía especializada que la mayor frecuencia de estos eventos es en cirugía ortopédica (especialmente cirugía de dedos y rodilla), lo que se explicaría por las mayores oportunidades de errores de lateralización en la cirugía de extremidades”.



Regresando al tema que nos convoca surgen de las estadísticas tanto de nuestro país como extranjeras que la Ortopedia y Traumatología se encuentra dentro de las más requeridas en los juicios de responsabilidad profesional.

Existen numerosos factores que participan para que esta situación se mantenga en el tiempo, entre las que se pueden mencionar las dificultades económicas y el conocimiento insuficiente y/o inadecuado.

La traumatología es una especialidad que necesita en numerosas oportunidades la utilización de prótesis y/o material de osteosíntesis para el tratamiento quirúrgico de la variada patología osteoarticular.

Es parte de nuestra responsabilidad no solo la indicación sino también la comprobación de la "calidad" del implante recibido. La confiabilidad y la seguridad del elemento protésico debe tener sustento científico como así también que el proveedor o fabricante sea reconocido en el ámbito profesional.

La utilización de materiales imperfectos, inadecuados y/o reutilizados nos ubica en una posición desfavorable ante la presentación de una complicación y consecuentemente ante el posible reclamo judicial.

La decisión de la táctica, la técnica y el tipo de implante es responsabilidad del traumatólogo a cargo del paciente y muchas veces entra en discusión, en el medio judicial, si lo utilizado era adecuado, atento que podría haberse implementado otra variante, tanto en relación a la técnica como a la elección del material protésico.

Los dictámenes son claros y refieren que no es una mala práctica médica si la técnica y/o implante utilizados son reconocidos en la bibliografía tanto nacional como internacional para el tratamiento de esa patología, aunque existan otros que podrían interpretarse como "mejores".

Sin embargo, no se debe abusar de las indicaciones en el uso de implantes en Ortopedia y Traumatología, atento que ante un posible reclamo judicial, la bibliografía especializada debe sostener que lo implementado tiene sustento científico.

El avance tecnológico, la investigación, el descubrimiento de nuevos materiales, etc. hace que se presenten constantemente en el mercado nuevos diseños como así también nuevas tecnologías, que no deben encandilar al profesional con las referencias del fabricante y es este profesional quien debe poseer la capacidad para evaluar las cualidades superadoras del nuevo diseño, no solo por la calidad sino también que porque exista la evidencia de investigación previa para ese uso específico y no ceder ante la posible presión comercial de los proveedores.

De un interesante trabajo "Errores y fracasos en la osteosíntesis" del Dr. Alfredo Martínez Rondalelli surgen estas consideraciones, que guardan relación con lo mencionado precedentemente.

"Cascada del fracaso". Se determinan cinco fases:

1. Diagnóstico preciso.
2. Escogencia del tratamiento.
3. Selección del implante.
4. Localización del implante.
5. Rehabilitación precoz.

2. Escogencia del tratamiento. Cada solución genera nuevos problemas. La escogencia de un tratamiento debe ser el resultado de criterios, experiencia y opiniones.

Las opiniones son generalmente regidas por la pasión, y las convicciones son regidas por la razón. Cuando un cirujano exclama: ¡«Yo siempre he hecho esto en determinada forma y me va muy bien»! tengamos precauciones. No podemos bloquear el progreso, ni tampoco experimentar todos los días la última técnica quirúrgica; por lo tanto se le exige al cirujano ser honesto y reconocer sus capacidades y limitaciones del tratamiento a escoger; y asociarse científica y humanamente en los procedimientos que no sean de su completo dominio.

3. Selección del implante. El avance tecnológico nos presenta varias alternativas para escoger con resultados similares el tratamiento de una misma fractura.



El implante que hemos seleccionado debemos conocerlo y tener familiaridad en cuanto sus indicaciones y limitaciones. Se debe escoger material de osteosíntesis con vigencia reconocida, tener la certeza y seguridad que es la mejor solución para el tratamiento de la fractura que se nos presenta.

No debemos cambiar continuamente por lo último que nos ofrecen las casas comerciales; debemos ser dinámicos en el cambio; aceptando con prudencia el progreso; y evitando la improvisación que es el signo temprano del fracaso.

El implante seleccionado debe estar disponible en su totalidad; tanto el instrumental como los diferentes tamaños del implante. Recordar que existen alternativas que debemos preparar y tener listas como soluciones alternas ante algún contratiempo en cirugía.

Conclusión: (la cual hacemos nuestra). El objetivo fundamental de la cirugía, osteosíntesis, es prevenir los errores y fracasos; por lo tanto debemos:

- a. Establecer diagnósticos correctos.
- b. Los tratamientos deben ser escogidos con buen juicio, evitando la improvisación.
- c. La técnica quirúrgica debe ser atraumática.
- d. Seleccionar adecuadamente el implante.
- e. Localización óptima del implante.
- f. Comprobación radiológica del resultado en cirugía.
- g. Reconocer y tratar precozmente las complicaciones.
- h. Cada día debemos ser más exigentes con nuestro trabajo".

Finalmente, en relación a la infección postoperatoria podemos decir que es una complicación que en la actualidad no tiene el significado que tenía hace más de 35 años. Una significativa búsqueda bibliográfica nos permite informar que:

Las infecciones quirúrgicas son ahora denominadas **"infecciones del sitio quirúrgico"** (ISQ) y comprenden a las infecciones que ocurre en alguna parte del campo operatorio después de una intervención quirúrgica [Kirby y Mazuski]. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) consideran que la ISQ incluye tanto la ISQ incisional como la ISQ de órganos y espacios.

La ISQ incisional se subdivide en superficial y profunda, dependiendo de si la infección está limitada a la piel y tejido subcutáneo solamente (ISQ superficial) o si se extiende en los tejidos profundos, tales como las capas aponeuróticas y musculares, de la pared corporal (ISQ profunda).

La ISQ de órgano / espacio es una infección que ocurre en cualquier parte dentro del campo operatorio, distinta de donde los tejidos de la pared corporal fueron incididos. Los ejemplos incluyen los abscesos intraabdominales

desarrollados después de una operación abdominal, el empiema desarrollado después de una operación torácica y la osteomielitis o la infección articular desarrollada después de un procedimiento ortopédico [Horan y col.].

La ISQ es el resultado de las interacciones dinámicas que ocurren entre un huésped (paciente), un patógeno potencial (bacterias, virus, hongos, etc.) y el medio ambiente (quirófano, equipo quirúrgico, etc.). La infección ocurre cuando las estrategias de defensa son exitosamente evadidas por los microorganismos y se provocan cambios deletéreos en el huésped [Cooper].

La ISQ puede ocurrir a cualquier nivel, comenzando por la piel y extendiéndose hasta la cavidad más profunda que quede después de la resección de un órgano.

En los casos de infección postoperatoria que llegan a la Justicia, la parte actora siempre hace hincapié en que el origen de la misma estuvo en una alteración del medio ambiente, es decir, a causa de los médicos (defectos de técnica, mala asepsia y antisepsia del campo operatorio, etc.) o de la institución (defectos en la esterilización del material, limpieza de los quirófanos, etc.). Obviamente nunca analizan los otros 2 lados del triángulo, es decir, la virulencia del germen actuante y el estado inmunológico del paciente.

La fuente de los microorganismos patógenos que causan la ISQ puede provenir del propio enfermo, incluso de un sitio lejano al que se está operando [Carlsson y col.] Dicen al respecto Struelens y Byl: "La mayoría de las infecciones (aproximadamente el 80%) son adquiridas por vía endógena a través de la translocación de microorganismos procedentes de la flora mucocutánea del paciente".

Existen 2 poblaciones microbianas en la piel, una temporaria y otra indígena. La primera se adquiere por contacto y es fácilmente removida con la limpieza, mientras que la segunda no es tan fácilmente eliminada porque se ubica en las glándulas y conductos de la piel, a una profundidad de 20 capas celulares [Ritter y Esterhai].

Los bordes de la herida operatoria pueden ser recolonizados por las bacterias que habían sido "eliminadas" mediante la asepsia y antisepsia, en un lapso de 30 a 180 minutos después de la preparación preoperatoria de la piel del paciente [Johnston y col.; Ritter].

Por ello, si bien con las medidas de asepsia y antisepsia habituales se logra disminuir la cantidad de bacterias constituyentes de la flora habitual de la piel, es imposible lograr una desinfección completa, ya sea por métodos físicos y/o químicos. En consecuencia, incluso en cirugías limpias es esperable entre un 1% y un 5% de infecciones, aún en los centros quirúrgicos de mayor complejidad en el mundo [Cruse y Foord; Cruse; Culver y col.; Ferraz y col.].

La microbiología de la ISQ depende del tipo de operación realizada, pero la gran mayoría son causadas por el *Staphylococcus aureus*, los estafilococos coagulasa-negativos (generalmente el *Staphylococcus epidermidis*), los enterococos y la *Escherichia coli* [Barie y Eachempati; Anaya y Dellinger].

Las medidas generales para prevenir la ISQ pueden ser clasificadas en aquellas dirigidas a los factores de riesgo preoperatorios del paciente y en aquellas relacionadas con su manejo perioperatorio. En relación con estas últimas, las consideraciones incluyen la preparación del paciente y del equipo quirúrgico para la cirugía, el entorno de la sala de operaciones, la profilaxis antibiótica, las técnicas intraoperatorias y otros aspectos del cuidado intra y postoperatorio del paciente.

Podemos afirmar que LAS INFECCIONES POSTQUIRURGICAS SON UNA COMPLICACION POTENCIAL DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE TODAS LAS ESPECIALIDADES.

La medicina, no es una ciencia exacta. Dada la multiplicidad de factores que juegan en cada proceso biológico, es extremadamente raro que se pueda determinar con precisión, todas las condiciones necesarias y suficientes para que se produzca un efecto.

Por lo cual parece ilusorio pensar que en algún momento de la evolución del conocimiento científico en el arte de curar, se podrán extirpar por completo las complicaciones o las reacciones incidentales e inesperadas debidas a la presencia de hechos fortuitos.

En las ciencias de la salud como en cualquier otra actividad humana, las complicaciones simplemente ocurren o aparecen como consecuencia de algo que se hizo o se dejó de hacer, o como consecuencia de circunstancias fortuitas.

En la actualidad, a pesar del empleo de rigurosas técnicas de esterilización y el adecuado control de la asepsia en los ambientes quirúrgicos sumado a todos los gestos médicos protocolizados, los procesos infecciosos producidos en los procedimientos quirúrgicos son eventualidades que se presentan a pesar de tomar todos los recaudos para evitar su aparición.

No es objetivo de ninguna institución en el mundo la eliminación de todo germen del ámbito hospitalario ("espacios comunes libres de virus, gérmenes y bacterias", y "personal aséptico") por tratarse de un objetivo imposible de alcanzar y sin importancia práctica: se trata de que no lleguen los gérmenes a invadir al paciente; específicamente en el caso de los quirúrgicos, en definitiva de que los gérmenes no alcancen el campo operatorio.

Por último, del trabajo "Infección del Sitio Quirúrgico en pacientes sometidos a cirugías ortopédicas" (Dr. Ferreira Starling y col) surge:

La ISQ relacionada a los procedimientos ortopédicos constituye una complicación grave y catastrófica para los paciente, cirujanos e instituciones hospitalarias, ya que una infección puede prolongar el tiempo de internación del paciente por hasta dos semanas, doblar las tasas de rehospitalización, aumentar los costos con la asistencia en más de 300%, además de causar limitaciones físicas importantes que reducen significativamente la calidad de vida de los pacientes operados.

Por último podemos interpretar que, teniendo en consideración que la responsabilidad es compartida entre las instituciones y los profesionales se debería continuar trabajando en equipo para intentar encontrar el camino correcto que minimice el impacto hacia quienes está dirigido nuestro esfuerzo: **LOS PACIENTES.**



Reclamos más frecuentes en la práctica de la obstetricia

actualización

Dr. Jorge Rodríguez

Gerencia de Riesgo y calidad Médica
Swiss Medical Group

Este tipo de reclamos ocupan el primer lugar en nuestro país y en el resto del mundo. Dado su prevalencia en el ámbito de la responsabilidad médica, sus elevados costos, y las implicancias implícitas para las instituciones de salud y para el entorno familiar consideramos útil efectuar un relevamiento del tema.

En el período 2005-2013, se han recibido en SMG Seguros un total de 148 reclamos, consistentes en mediaciones y juicios por supuesta responsabilidad profesional relacionadas con la especialidad Obstetricia.

Cabe preguntarse cuál es el motivo por el cual esta es una de la especialidades con más conflictos judiciales en la práctica médica. Las razones de esta situación son muy evidentes:

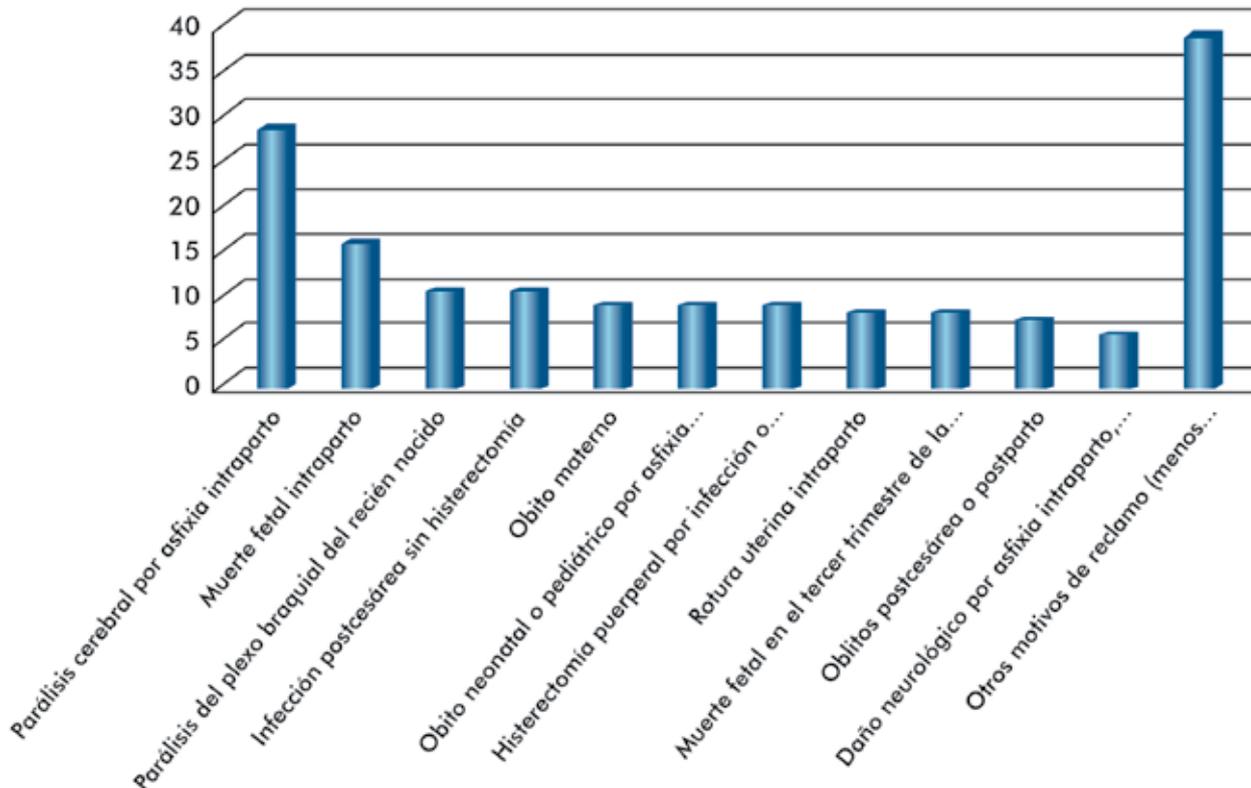
- Es la única especialidad donde hay dos vidas en juego, (o más), aún tratándose de un embarazo normal.
- La gran mayoría de las pacientes son sanas y jóvenes.
- La expectativa de ambos padres y de sus familias es que todo saldrá bien, pues el embarazo es una cuestión fisiológica, o sea no es una enfermedad. Como consecuencia de este razonamiento, si algo salió mal seguramente es porque el médico obstetra o la partera hicieron algo mal, o no hicieron lo que debían hacer.
- Según el pensamiento habitual de cualquier lego en la materia, luego de un embarazo normal no debiera existir una complicación en el nacimiento.

Dado que en una importante cantidad de casos se litiga por daño neurológico irreversible a un recién nacido, los montos de estos reclamos son muy elevados.

A continuación presentamos cual fue la causa invocada y el porcentaje de los reclamos más frecuentes:

Reclamos más frecuentes	N° de juicios y mediaciones	Porcentaje
Parálisis cerebral por asfixia intraparto	28	18.92%
Parálisis del plexo braquial del recién nacido	15	10.14%
Muerte fetal intraparto	9	6.08%
Infección postcesárea sin histerectomía	9	6.08%
Obito neonatal o pediátrico por asfixia intraparto	8	5.41%
Histerectomía puerperal por infección o hemorragia	8	5.41%
Obito materno	8	5.41%
Muerte fetal en el tercer trimestre de la gestación	7	4.73%
Rotura uterina intraparto	7	4.73%
Oblitos postcesárea o postparto	6	4.05%
Daño neurológico por asfixia intraparto, que no es parálisis cerebral	5	3.38%
Otros motivos de reclamo (menos frecuentes)	38	25.68%
Total	148	100%

Causas de juicios y mediaciones



Analizaremos a continuación cuáles son las imputaciones más frecuentes caso por caso:

1) Parálisis cerebral por asfixia intraparto:

En este caso fueron las siguientes: inadecuado control del trabajo de parto (controles insuficientes o muy espaciados), ausencia de control con monitoreo fetal electrónico, médico obstetra ausente durante el trabajo de parto, falta de anestesista para la cesárea de urgencia, no se efectuó la reanimación fetal intraútero, no se le dio importancia a la aparición de meconio en el líquido amniótico, y hubo tardanza en efectuar la cesárea. En algunas otras ocasiones se indica que se llevó a cabo una inducción al parto sin indicación alguna.

2) Parálisis del plexo braquial del recién nacido:

Las imputaciones son las siguientes: se omitió el diagnóstico de una macrosomía fetal, no se efectuó la cesárea para prevenir una distocia de hombros ante el diagnóstico de macrosomía fetal, no se efectuaron las maniobras específicas para resolver la distocia de hombros, y hubo una tracción desmedida de la cabeza fetal.

3) Muerte fetal intraparto:

En este caso son las mismas que para la parálisis cerebral por asfixia intraparto.

4) Infección postcesárea sin histerectomía:

Se mencionan: ausencia de profilaxis antibiótica o inadecuada profilaxis durante la cesárea, inadecuada antisepsia del campo operatorio, y material de uso quirúrgico no estéril.

5) Obito neonatal o pediátrico por asfixia intraparto:

Aquí se repiten las referidas a la parálisis cerebral por asfixia intraparto.

6) Histerectomía puerperal por infección o hemorragia:

Se mencionan en relación a la infección: ausencia de profilaxis antibiótica o inadecuada profilaxis durante la cesárea, inadecuada antisepsia del campo operatorio, material de uso quirúrgico no estéril, omisión diagnóstica y terapéutica de infecciones cervicovaginales durante el embarazo, retención de restos placentarios, retraso en el diagnóstico de la infección puerperal, e inadecuado tratamiento de una endometritis puerperal.

En cuanto a la hemorragia las imputaciones son: excesivo uso de ocitocina o misoprostol, que provocó una hiperdinamia durante el trabajo de parto, lo que llevó a la atonía uterina, y que no se utilizaron la embolización arterial u otras técnicas conservadoras para evitar la histerectomía.

7) Obito materno:

Los casos de muerte materna estuvieron relacionados con sepsis puerperal y hemorragia postnacimiento, y en un caso muerte por hemorragia intracraneana. Las imputaciones en los casos de sepsis materna han sido las mismas que en el caso de histerectomía puerperal por infección; y en los casos de hemorragia postnacimiento, que se tardó en cohibir la hemorragia (no se hizo la histerectomía o la embolización a tiempo), y que se descuidó el tratamiento de la hipovolemia o shock materno.

8) Muerte fetal en el tercer trimestre de la gestación:

Aquí nos encontramos con las siguientes: la omisión diagnóstica de una restricción de crecimiento intrauterino, la falta de solicitud de estudios para valorar la vitalidad fetal, tales como ecodoppler, o monitoreo fetal, y que no se interrumpió el embarazo a tiempo ante evidencias de sufrimiento fetal crónico.

9) Rotura uterina intraparto:

En esta grave patología se imputa: la aparición de hiperdinamias por administración de ocitocina y misoprostol, persistir en intentar el parto por vía vaginal ante la evidencia de una desproporción pélvico-fetal; y en los casos de cesárea anterior, en que no hubo información adecuada sobre la posibilidad de una rotura uterina y que esta requería de una histerectomía como tratamiento.

10) Oblitos postcesárea o postparto:

En estos casos se hace hincapié en una negligencia por parte del cirujano que no examinó correctamente la cavidad abdominal, o el canal del parto, y que no hubo un recuento de gases como medida de prevención antes de finalizar el acto quirúrgico.

11) Daño neurológico por asfixia intraparto, que no es parálisis cerebral:

Aquí se repiten las referidas a la parálisis cerebral por asfixia intraparto, aunque cabe adicionar una imputación no obstétrica, que es la inadecuada reanimación del recién nacido por el médico neonatólogo.

Como podemos observar con absoluta claridad los reclamos por asfixia intraparto son los más frecuentes, cualquiera sea la consecuencia que se presente con posterioridad.

En los casos en que el neonato sobrevive, específicamente se reclama por su incapacidad, que generalmente es mayor al 80 % y en forma permanente, por su tratamiento, por daño estético, y por los gastos que generará su diario vivir. Por lo tanto, esto son los reclamos más onerosos sin ningún lugar a dudas.

En segundo lugar, la parálisis del plexo braquial, que en todos los casos se asoció a distocia de hombros, y en la gran mayoría a macrosomía fetal.

De acuerdo al grado de compromiso la incapacidad es variable, pero puede llegar hasta alrededor de un 60 %, y en forma permanente. **Específicamente se reclama por la incapacidad en sí misma, sus posibles tratamientos, y el daño estético consecuente.**

En base a este análisis es conveniente efectuar las siguientes recomendaciones para la práctica diaria de la especialidad:

1. La práctica obligatoria del consentimiento informado por escrito (acorde a la legislación vigente) para la atención del nacimiento, donde se informe a la paciente acerca de los procedimientos posibles a llevar a cabo.
2. Debe tenerse en cuenta que la historia clínica del control prenatal es un instrumento de mucho valor donde deben quedar registradas todas las indicaciones médicas.
3. En internación, se debe estar en condiciones de responder en forma adecuada ante una emergencia obstétrica en el tiempo más rápido posible. La bibliografía nacional e internacional avalan un máximo de 30 minutos para la extracción fetal en los casos donde se presentan alteraciones significativas de la frecuencia cardíaca fetal.



4. Confeccionar adecuadamente el partograma. Si el formulario es preimpreso, es importante dejar constancia de todos los controles materno-fetales que consten en el mismo.
5. Si es necesario el uso del monitoreo fetal intraparto, el médico obstetra de cabecera debe estar al tanto de la evolución del mismo, aun habiendo monitorista fetal en la institución.
6. Los trazados de monitoreo fetal intraparto deben tener el nombre y apellido de la paciente, hora de inicio y de finalización, registro de la contractilidad uterina, pues en caso contrario, en una instancia judicial pueden ser considerados como no válidos. En el caso que el monitor fetal imprima una hora que no es la real, se aconseja que se consigne en forma manuscrita la hora real de inicio y de finalización, y se deje registrada en la historia clínica la discordancia.
7. No es aconsejable la realización de cesáreas a demanda de la paciente, pues en el caso de existir complicaciones relacionadas a la cesárea, y algún eventual cuestionamiento en sede judicial por estas, la defensa del médico es muy difícil pues no hubo una indicación precisa para practicar la cesárea.
8. En los casos donde hay riesgo que aparezca una distocia de hombros, es aconsejable informar a la embarazada sobre esta situación, sus consecuencias posibles, y la posibilidad de efectuar una cesárea. Esto le permitirá tomar una decisión sobre la vía del parto.
9. En los casos de distocia de hombros, deben quedar consignadas en la historia clínica las maniobras puestas en práctica para la resolución de la distocia.
10. Las indicaciones de los diferentes procedimientos deben ser claramente registradas en la historia clínica, nos referimos a inducción al parto, fórceps, vacuum, cesárea, e histerectomía.
11. No se deben dar altas médicas antedatadas, y debe quedar registrado el control efectuado prealta, con el estado clínico de la paciente, las indicaciones médicas, y la indicación del control ambulatorio.
12. Ante cualquier complicación surgida se debe informar adecuadamente a la paciente, y a los familiares cercanos que requieran explicaciones sobre lo sucedido.
13. Es muy importante conocer los aspectos legales y medicolegales de la práctica de la Obstetricia.

A través de este artículo, la intención es la de dar una información real sobre la actualidad medicolegal y judicial actual, y en base a ello aportar consejos derivados del análisis de numerosos casos de la especialidad, que puedan ser utilizados para la mejor prevención posible.

Recomendaciones Generales

Estimado profesional:

La toma de conocimiento precoz sobre la existencia de algún evento adverso que pudiera ser motivo futuro de un reclamo, ya sea judicial o extrajudicial, es de gran importancia para una adecuada estrategia de defensa.

Es por ello que le solicitamos que en caso de tomar conocimiento de que se haya producido alguno de los siguientes hechos:

- Evento no deseado en la atención de un paciente con un perjuicio para el mismo,
- Secuestro de historia clínica,
- Citación policial o judicial, aunque sea en calidad de testigo,
- Notificación de mediación o demanda,
- Pedido judicial de informes a la institución donde Usted se desempeña, sobre un acto médico en el que haya participado,
- Pedido de fotocopia de historia clínica de paciente que haya presentado un evento adverso,

nos lo informe rápidamente, con el propósito de analizar lo sucedido y su potencial responsabilidad. Nuestro equipo médico legal está a su disposición diariamente por vía telefónica, e-mail o nuestra línea celular de 24 hs.



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



Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@smg.com.ar / www.smgseguros.com.ar

