

SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Responsabilidad profesional y seguridad del paciente en la actividad de las licenciadas en obstetricia.

P. 5 Comentario caso médico legal. Cuestionamiento: Contagio intranosocomial de hepatitis B.

P. 8 Reclamos judiciales en ortopedia y traumatología. Reflexiones.



GUARDIA • 24

Nota del Editor



Estimados Asegurados:

En esta oportunidad queremos hacerles llegar algunas reflexiones en relación a las distintas causas de los reclamos en la especialidad de traumatología y ortopedia.

Por otro lado, desarrollaremos una serie de recomendaciones para las licenciadas en obstetricia, dada la trascendente importancia de su participación en el control de un trabajo de parto.

Finalmente queremos aportarles a manera de ejercicio práctico, cómo se definió la estrategia de defensa en un invocado contagio intranosocomial por hepatitis B.

Esperando que estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

Dr. Horacio E. Canto

*Gerente de Servicios Médicos y RC Profesional
SMG Cía Argentina de Seguros
Swiss Medical Group*



LÍNEA "ON LINE 24 HS":

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

(011) 153-843-5614, Dra. Remis

LÍNEA DIURNA:

(011) 5239 - 7933

Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: guardia24@smg.com.ar

Responsabilidad profesional y seguridad del paciente en la actividad de las licenciadas en obstetricia

Dra. Mariana Flichman

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

La medicina actual, cada vez más compleja, genera también cada vez mayores riesgos, para los profesionales y para los pacientes. La obstetricia particularmente, debe afrontar los desafíos de una alta tasa de embarazos de alto riesgo que obliga a ajustar al máximo las prácticas bajo protocolos de seguridad en la atención por un lado y por otro, a guardar un riguroso cuidado en el cumplimiento del marco regulatorio que proteja a los profesionales de la alta litigiosidad.

Marco regulatorio:

Históricamente la actividad de las lic. en obstetricia, estaba regulada por los artículos 49 al 52 de la Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, donde se establecen los derechos y obligaciones de las parteras. Esta Ley, sigue hoy vigente y regula a nivel nacional el ejercicio profesional.

Específicamente el artículo 50 dice:

“Las obstétricas o parteras no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológico, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia.”

Claramente el ejercicio a título individual se limita al trabajo de parto normal, es decir, paciente de bajo riesgo.

El Decreto Reglamentario, N° 6216/67 especifica las prácticas autorizadas y prohibidas de manera detallada.

En los últimos años, con el desarrollo de la licenciatura en la especialidad, han surgido diferentes proyectos de ley tendientes a lograr una ley propia.

Si bien no se ha promulgado una Ley Nacional, algunas provincias ya tienen Ley Provincial del Ejercicio Profesional, como por ejemplo la Provincia de Buenos Aires: **Ley 11.745** modificada por la **Ley 14.802**.

En esta ley se establecen claramente los alcances, obligaciones y prohibiciones del ejercicio profesional, como especialidad autónoma. Establece también la regulación



de la actividad del Colegio de Licenciadas en Obstetricia a nivel provincial, estableciendo la obligatoriedad de la matriculación.

Neuquén y Tierra del Fuego también tienen una Ley provincial del ejercicio profesional.

Pero más allá de la ley propia que regula la actividad, en el ejercicio diario de la actividad asistencial, otras leyes regulan las conductas y toma de decisiones en situaciones particulares, en conjunto con todos los profesionales de la Salud, especialmente el **Código Civil y Comercial de la Nación**, las **Leyes de protección de la Infancia** y la **Ley contra la violencia de género**.



Realidad de los reclamos judiciales:

Históricamente los demandados eran las instituciones y los profesionales médicos. Esto ha cambiado y hoy todo el equipo de salud se ve involucrado, y en el caso particular de la atención del parto, las parteras están formando parte del centro de atención. Incluso de los reclamos en sede penal, por lo que resulta indispensable intensificar la gestión de riesgo en la profesión.

Motivos de reclamo:

En obstetricia en general, los principales motivos de reclamo son: **parálisis cerebral, parálisis braquial e infección puerperal.**

Veremos ahora los cuestionamientos más frecuentes específicamente a las licenciadas en obstetricia:

- ✓ Detección tardía de asfixia intraparto por seguimiento domiciliario del trabajo de parto ante situaciones patológicas o de riesgo.
- ✓ Sub-valoración de signos de alarma por ejemplo previos a un desprendimiento de placenta (incluso tenemos una denuncia en sede penal por este motivo) en la atención ambulatoria.
- ✓ Uso inadecuado de ocitócicos.
- ✓ Maniobra de Kristeller y complicaciones asociadas.
- ✓ Manejo del trabajo de parto patológico sin aviso al obstetra de cabecera o sin convocar al médico de guardia.
- ✓ Uso indebido de prostaglandinas.

Analizando los casos para la preparación de la defensa de los profesionales, con frecuencia encontramos serios déficit documentales:

- Partograma incompleto, con hiatos prolongados de tiempo sin registro.
- Diferencias entre lo registrado en el partograma y el registro del monitoreo fetal.
- Monitoreo fetal sin registro de contractilidad uterina.
- Sub registro de antecedentes relevantes.
- Falta de registro de las dosis de ocitócicos y otros medicamentos asociados al trabajo de parto.
- Falta de registro de datos clínicos trascendentes en la atención ambulatoria de guardia: tensión arterial? Dinámica? Vitalidad fetal? Pautas de alarma? Etc criterios que justifiquen la decisión de no internar por ejemplo.

Si bien un porcentaje significativo de los reclamos judiciales en la actualidad, corresponden a litigiosidad indebida, es decir a reclamos sin sustento médico ni jurídico, lo que debe preocuparnos, como profesionales de la salud es que casi un 50% de los reclamos tienen un riesgo alto.

Esto significa que existieron fallas en el proceso de atención que condicionaron el mal resultado.

Por otra parte, también un importante número de casos tienen una alta entidad económica, muy especialmente en obstetricia donde están dos vidas en juego, la madre y el niño, y las consecuencias de los errores o fallas del proceso suelen ser graves.

Estos porcentajes, nos generan, como equipo de Salud un compromiso y un desafío: trabajar por una medicina cada vez más segura para los pacientes, para nosotros como profesionales y para las Instituciones en las que trabajamos.

El único juicio ganado es el juicio evitado.

Comentario caso médico legal.

Cuestionamiento: contagio intranosocomial hepatitis B

Dr. Horacio E. Canto

Gerencia de Servicios Médicos y RC Profesional

Hechos:

Paciente de 61 años en el momento de los hechos, (Noviembre de 1990), por los cuales inicia una demanda.

En dicha oportunidad, el 07/11/90 fue intervenido en el Sanatorio X de una cirugía cardíaca a cielo abierto, con bomba de circulación extracorpórea y con un tiempo de bomba de 55 minutos. Se le realizó un doble puente coronario, con evolución satisfactoria y egresó del sanatorio a los 10 días con buena evolución.

Recibió hemoderivados de 7 donantes diferentes para la referida intervención, a los que se les había practicado las pruebas serológicas pertinentes.

En marzo de 1991 presenta un cuadro clínico y de laboratorio de hepatitis viral aguda, con HBsAg positivo, lo que sugiere etiología casi segura por virus B. En aquel momento no se efectuaba todavía serología para hepatitis C, reconocida como causa también posible de dicho cuadro clínico.

El 02/04/91 se le efectúa una ecografía hepática, detectándose un nódulo sólido d 4.3 x 2.4 x 3.5 cm en el lóbulo derecho.

En análisis de laboratorio del 19/04/91 persistían exclusivamente elevadas la fosfatasa alcalina y la Gamaglutamiltranspeptidasa, con transaminasas normales.

La actora no adjuntó biopsia alguna que demostrara la existencia de hepatitis crónica, cirrosis o hepatocarcinoma, pese a que en el escrito de demanda afirmó que presentaba una cirrosis post-hepatitis B con un nódulo vascularizado que por sus características en el ecodoppler y antecedentes correspondería a un hepatocarcinoma, según la opinión profesional.

Obraba en autos documentación que mencionaba la existencia de un nódulo hepático detectado ecográficamente en 1991 y que al parecer no fue adecuadamente valorado en controles posteriores. La actora atribuye su hepatitis B a una inoculación del virus a través de las transfusiones realizadas en el Sanatorio X en el momento de la cirugía cardíaca.

Posteriormente (19/06/97) se efectuó angiografía del nódulo hepático que fue compatible con un hemangioma. En distintas documentales se menciona que el nódulo fue embolizado, describiéndose el procedimiento como quimioembolización, pese a no haber evidencia alguna de que se haya tratado de una patología neoplásica, (en el mismo centro asistencial que diagnosticó presuntivamente hepatocarcinoma previo a la biopsia).

Consideraciones medicolegales:

Las consideraciones argumentadas por la demandada sobre lo actuado en el Sanatorio X y por sus profesionales se enfocaron en tres aspectos:

- 1) En primer lugar documentando la excelencia en la realización de los tests serológicos realizados a los especímenes de sangre de banco y que se utilizaron para las transfusiones.
- 2) En segundo lugar desarrollando las distintas posibilidades de contagio del virus B, haciendo especial hincapié, no solo en las distintas fuentes de contagio, sino en los tiempos de incubación y períodos ventana, y en la no absoluta infalibilidad en la detección del virus B en muestras de sangre, pese a que las pruebas efectuadas eran las correctas y previstas por ley.
- 3) Finalmente, aclarando debidamente las reales posibilidades de evolución a una hepatitis crónica y/o a un hepatocarcinoma, trasladando dichas consideraciones genéricas al caso de autos.

Desarrollando cada una de las nombradas de la siguiente manera:

1) En relación a este punto, adquirió relevancia fundamental la prueba documental, o sea los libros de donadores y los registros de la serología efectuada a cada uno de los especímenes de hemoderivados utilizados, sumado a la descripción de los controles de calidad en dichas determinaciones. Si bien las constancias de lo realizado fue de gran importancia, existía también la posibilidad que las muestras estuvieran en ese momento cursando el llamado período ventana o haber dado falsos resultados negativos. En base a ello, se desarrolló el segundo punto.

2) Vías de transmisión de la hepatitis B:

Se conoce tradicionalmente con el nombre de hepatitis sérica, teniendo un largo período de incubación después de la exposición al virus.

El nombre hepatitis sérica, usado durante muchos años indicaba la primera vía común reconocida de transmisión del virus de la hepatitis B, resultado de la presencia continúa del virus en sangre, a saber por transmisión percutánea de suero. Actualmente está confirmado, que el virus de la hepatitis B se disemina también comúnmente por vías que no involucran una transmisión percutánea directa (pinchazos, inyectables, transfusiones, etc.), como ser por contacto sexual, y de madres a neonatos.

Por lo tanto, se debe dejar bien en claro que las vías de transmisión son variadas.

Las más importantes, sin lugar a dudas, son por transferencia cutánea y probablemente por contacto de elementos de sangre y quizás otros líquidos corporales (por ejemplo: saliva), y por contactos sexuales.

La inoculación percutánea directa del virus por medio de agujas puede ocurrir con sangre o sus productos contaminados, hemodiálisis, tatuajes, perforación de orejas, acupuntura, compartir agujas o por pinchazos accidentales. La demostración del virus en semen y saliva de personas infectadas avalan la posibilidad de la transmisión venérea. Por último, si bien los alimentos y el agua aparentemente no son fuentes del virus, se ha detectado el antígeno de superficie del virus en algunos mariscos sobre los que habrían drenado aguas servidas no tratadas. (Mandell, Douglas, Bennett, Enfermedades Infecciosas, principios y práctica, 3ª edición). También ha sido detectado Antígeno de superficie en fluido seminal, saliva, leche materna, lágrimas, líquido sinovial, flúidos intestinales, jugo gástrico y raramente en orina y heces; pero excepto en saliva y líquido seminal la naturaleza infectiva en el resto todavía no ha sido determinada claramente.

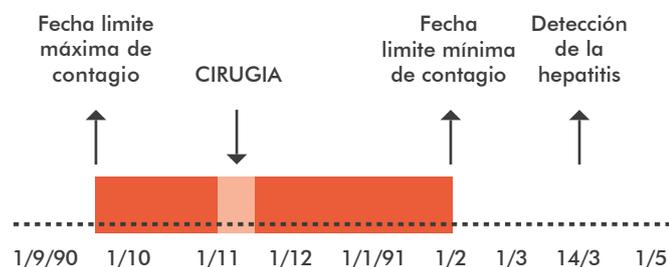
Por último con respecto a este punto de vista se puede decir que las altas tasas de frecuencia de hepatitis B en parejas sexuales de pacientes afectados, en miembros de la familia de portadores crónicos de Ag de superficie, llevan a reconocer que muchos casos resultan de modos de contagio no percutáneo menos obvios, o percutáneos ocultos (**Harrison's, Principios de Medicina Interna**).

Con respecto al tiempo de incubación, los siguientes son los períodos de incubación mínimos y máximos, según los principales autores sobre el tema:

- Mandell — 4 a 28 semanas, en muchos casos 60 a 110 días.
- Harrison's — 45 a 160 días, promedio 60 a 90 días.
- Bockus — 30 a 160 días.
- Harvey — 50 a 160 días.

Por lo que en relación al tiempo de incubación, la mayoría de los autores coinciden que los límites mínimos y máximos oscilan entre 30/60 días a 5/6 meses.

Aplicando esto al caso de autos, si tomamos cronológicamente las fechas consignadas en los hechos y lo graficamos se podrá observar:



Si en base a la fecha de manifestación de la hepatitis tomamos los períodos mínimos y máximos de incubación, puede deducirse que el contagio se tiene que haber producido entre mediados de setiembre de 1990 como máximo, hasta principios de febrero de 1991 como mínimo.

Si se observa que la paciente sólo estuvo internada en el Sanatorio Mitre del 5 al 15 de noviembre de 1990, el contagio puede haberse producido antes, durante o después de ese período.

Debe señalarse, como dato de importancia, que el paciente había recibido medicación por vía inyectable antes y durante la internación, ignorándose si también la recibió una vez que egresó del sanatorio.

Con respecto a la seguridad en la detección de la misma en muestras de sangre o hemoderivados se expresó lo siguiente:

- Recientes estudios de hepatitis postransfusional indican que en un 5 a 10% de los casos todavía actualmente son de hepatitis B.
- Muchos de ellos ocurren después de una transfusión de sangre que fue negativa para antígeno de superficie por medio de las pruebas más sensibles disponibles, **indicando que estas no detectan a todos los individuos infectados con virus de la hepatitis B en la sangre.**

Existen distintas posibilidades para que un dador sea portador de hepatitis B, y que no sea detectado, pese a realizarse correctamente todas las pruebas serológicas correspondientes:

1) Hay buenas evidencias de que algunos pacientes con infecciones persistentes con virus de la hepatitis B no tienen antígeno de superficie detectable en suero. Una fracción pequeña, pero significativa de donantes de sangre, cuyo suero es negativo para antígeno de superficie por medio de las pruebas más sensibles, puede transmitir infección con virus B a los receptores de su sangre.

2) Existe la posibilidad que el dador se encuentre en el llamado "período ventana" con desaparición de la sangre, (por lo menos a niveles detectables) del antígeno de superficie justo al finalizar el período de hepatitis clínica. (**Mandell, Douglas, Bennett, Enfermedades infecciosas, principios y practica, 3ª ed.**)

3) Con respecto a la evolución, la gran mayoría de pacientes que han cursado hepatitis B, tiene un curso favorable y se recuperan totalmente.

Hay sin embargo ciertos hallazgos clínicos y de laboratorio, los cuales sugieren un curso más complicado y prolongado. Pacientes añosos y con enfermedades serias subyacentes pueden tener un curso prolongado y más comunmente pueden desarrollar hepatitis severa.

Después de una hepatitis B aguda, aproximadamente el 10% de pacientes persiste con antígeno de superficie positivo por más de 6 meses. La mayoría de estos individuos aclararán

el antígeno de su circulación durante los siguientes años, pero en un pequeño porcentaje persisten como portadores crónicos de antígeno de superficie.

Estos portadores pueden:

- 1) Ser asintomáticos.
- 2) Tener en bajo grado hepatitis crónica persistente.
- 3) Tener hepatitis crónica activa.

La persistente no se considera progresiva, en cambio la activa puede ser más severa y progresar a cirrosis y luego carcinoma hepatocelular.

Según la actora, esto último es lo que habría acontecido en el caso de autos.

Es importante destacar que lo señalado en los informes adjuntados sobre una presunta cirrosis y carcinoma hepatocelular **no está avalado por ningún estudio anatomopatológico.**

Por otro lado el nódulo atribuido a un hipotético carcinoma de hígado detectado en el lóbulo derecho, aparentemente ya existía en el año 1991, ya que la propia actora acompaña una ecografía abdominal, de fecha 2/4/91 en donde se consigna *"En lóbulo hepático derecho, segmentos 6-7 se observa imagen macronodular hiperecoica sólida de 4.3 x 2.5 x 3.5 cm, inespecífica en exámen aislado."*

Resulta incontrovertible que dicho nódulo no puede corresponderse a un cáncer hepático, ya que su evolución hubiese sido ominosa en un breve lapso de tiempo, como está referido en toda la literatura médica. A título de ejemplo en la obra **"Oncología Clínica" de Gerald P. Murphy, 2da edición, pag. 309**, se menciona que la mediana de la supervivencia para carcinoma hepatocelular, va de 5 a 10.5 meses, dependiendo de características bioquímicas de los mismos. Por lo que, resulta llamativo también que en el hipotético caso que el nódulo detectado en 1997, hubiese sido un carcinoma hepático, la paciente siga viva 4 años después, al interponer la presente demanda, ya que un hepatocarcinoma suele tener al momento de diagnosticarse, como se dijo, un pobre pronóstico, con una breve sobrevivencia dada la agresividad de tal neoplasia.

En base a ello, se realizaron averiguaciones en el centro asistencial en el que se atendió la actora, confirmándose que la actora **no presentó ni hepatitis crónica activa, ni cirrosis, NI UN HEPATOCARCINOMA.**

Ya que le fue efectuada una biopsia por punción del nódulo en lóbulo derecho, correspondiendo el mismo a un hemangioma, tumor benigno de origen vascular.

Sin lugar a dudas correspondiente al hallazgo ecográfico de 1991, sin relación alguna con nada de lo cuestionado.

Surge además de lo actuado en el centro asistencial en donde se atendió a posteriori, que no se efectuó quimioembolización, (o sea embolización de medicación quimioterápica), sino que solamente fue embolizada como tratamiento esclerosante de su hemangioma.

Conclusiones:

En base a lo desarrollado, el planteo de los demandados se efectuó sobre los tres puntos explicados, pudiendo en base a lo dicho, tener sólidos argumentos de defensa, ya que por lo señalado no era posible asegurar que el contagio se hubiera producido en ocasión de la cirugía en cuestión.



Reclamos judiciales en ortopedia y traumatología. Reflexiones.

Dr. Ricardo Susman

Gerencia de Servicios Médicos y RC Profesional.

“El médico está siendo socialmente juzgado al mismo tiempo que es obligado a ser la cara visible y expuesta del sistema de salud”. Derecho de los pacientes al servicio de la salud, C. Ghersi.

Los reclamos por presunta mala praxis médica están a la orden del día. Actualmente, la mera obtención de un resultado adverso en ocasión de asistir a un paciente, constituye uno de los principales factores de riesgo en lo que a dichos reclamos respecta.

La jurisprudencia menciona:

“Toda intervención quirúrgica, de por sí, presenta ciertos riesgos, por más sencilla que esta sea”, CNF Civ y Com, Sala III/95.

“El médico o el cirujano no pueden asegurar el éxito de un tratamiento, sino únicamente las técnicas adecuadas para ello”. CN Civ y Com, Sala IV/88.

Pero nos preguntamos, ¿por qué la Ortopedia y Traumatología tiene el mayor número de reclamos, no solo en nuestra compañía sino también en las otras vinculadas con la praxis médica?

Nuevamente, mencionando la jurisprudencia surge:

“La determinación de si existió un obrar culposo en la prestación de los servicios médicos sólo puede lograrse mediante la comparación de la conducta obrada con la que era esperable en un profesional diligente, que puede considerarse como modelo de una conducta normal”. CNCiv, Sala F 16/12/02.

¿Se cumplirá lo mencionado en el párrafo anterior?

Lo que debemos recordar es que la Medicina es una profesión de riesgo con un acrecentamiento del mismo en las especialidades quirúrgicas, entre las que se encuentra la Ortopedia y Traumatología.

Por lo tanto, errores, accidentes, eventos adversos, complicaciones, etc. son parte de los riesgos propios de nuestra actividad y se presentan con determinada periodicidad, que en los últimos años se ha ido incrementando, tanto en la actividad pública como en la privada.

Entre los cuestionamientos judiciales más frecuentes podemos mencionar los relacionados al diagnóstico (retraso, omisión, error, falta de agresividad en la toma de decisiones diagnósticas); los relacionados al tratamiento (retraso, omisión, error de lado, etc.); las complicaciones (infección del sitio quirúrgico, etc.) y finalmente los relacionados al resultado.

Nos centraremos en un par de ejemplos, relacionados con la especialidad, para intentar explicar el porqué de esta nota: el fracaso en la cirugía del raquis y el fracaso en la osteosíntesis.

Entre las entidades nosológicas que pueden requerir tratamiento quirúrgico en el contexto de la patología degenerativa del raquis lumbo-sacro, la hernia discal ocupa el primer lugar.

La cirugía por hernia discal lumbar, es uno de los procedimientos más frecuentes en la práctica quirúrgica.



Otras entidades como la estenosis del canal raquídeo, o la espíndilolistesis, pueden ser pasibles de tratamiento quirúrgico ante el fracaso de las terapias conservadoras.

Síndrome de fracaso de la cirugía espinal lumbar:

Con este nombre se denomina al cuadro clínico que presentan algunos pacientes sometidos a cirugía del raquis lumbosacro, en quienes no se logra una mejoría satisfactoria de los síntomas a largo plazo.

Entre las principales causas de falla de la cirugía del raquis lumbar podemos citar:

- a) Incorrecta selección de pacientes;
- b) Procedimiento quirúrgico incorrecto;
- c) Asociación de hernia discal con otras lesiones degenerativas del raquis;
- d) Fibrosis epidural y aracnoiditis;
- e) Recidiva herniaria: el porcentaje de recurrencia de una hernia discal oscila entre el 5% y 10%;
- f) Complicaciones.

En la literatura sobre cirugía de hernia discal lumbar, se han reportado varios tipos de complicaciones vinculadas directamente al procedimiento, no todas vinculadas al fracaso de la cirugía.

En la literatura se menciona una frecuencia de complicaciones quirúrgicas entre 2,9% y 10,8%.

Entre las complicaciones descritas, las más frecuentes son las infecciones, seguidas por el desgarro quirúrgico de la duramadre con sus dos consecuencias: la fístula de LCR (líquido céfalo raquídeo) o el pseudomeningocele.

Las infecciones y el pseudomeningocele pueden ser causa de recaída precoz del dolor lumbar o radicular.

La lesión durante la cirugía, de una raíz raquídea, es una complicación poco frecuente, y además de ser causa de déficit neurológico postoperatorio, también puede ser causa de dolor neuropático en la evolución.

Se describen otras complicaciones poco frecuentes que no son motivo de recaída del dolor. Son la lesión de estructuras retroperitoneales, el hematoma epidural, el síndrome de Ogilvie y el síndrome de cola de caballo postoperatorio.

Para la instrumentación raquídea, además de lo ya descrito se agrega injuria nerviosa o vascular por mala posición de un tornillo transpedicular, y falla del sistema de fijación en general por rotura o mala posición.

Conclusión: la cirugía debe ser llevada a cabo por un equipo con experiencia en cirugía raquídea, que debería contar con la infraestructura necesaria para resolver todas las patologías asociadas a la espíndilo artrosis en todas sus etapas evolutivas, y capaz de diagnosticar y resolver las complicaciones.

Teniendo en cuenta estos factores, se puede realizar una correcta selección de los pacientes candidatos para cirugía, y del procedimiento adecuado para cada caso, intentando así reducir la incidencia de fracasos en el tratamiento quirúrgico de una enfermedad tan frecuente y compleja como lo es la patología degenerativa del raquis lumbo-sacro.

Fracaso en la osteosíntesis:

Podemos establecer cinco etapas:

- 1) Diagnóstico preciso.
- 2) Escogencia del tratamiento. **La escogencia de un tratamiento debe ser el resultado de criterios, experiencia y opiniones.**
- 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 de 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 y sus consecuencias.

- 4) Localización del implante. Todo implante así como tiene sus indicaciones, tiene una posición óptima de localización en el hueso que debemos respetar; las modificaciones o aproximaciones nos conducen al error.

Todo implante tiene unas dimensiones especiales que debemos conocer y saber escoger para su localización. El implante tiene un punto de inserción; que en lo posible no debe ser el foco de fractura; su longitud no debe ser ni muy larga, ni muy corta. **El conocimiento de la anatomía nos señala las zonas de riesgo donde se puede lesionar la circulación.**

- 5) Rehabilitación precoz. La rehabilitación es parte fundamental del tratamiento, ¿cuántas osteosíntesis bien indicadas y mejor realizadas finalizan con resultados pobres, por falta de una rehabilitación temprana y dinámica? Como así también su adecuado control.

Las complicaciones existen y debemos aprender a reconocerlas y tratarlas oportunamente; en forma muy general detallamos:

- a) La infección requiere debridamiento, estabilización, antibióticos y tratamientos costosos y largos.
- b) La no-unión (pseudoartrosis) requiere osteosíntesis e injertos óseos.

- c) La fijación inestable exige un cambio de la osteosíntesis.
- d) El acortamiento, deformidad, angulación, rigidez, necrosis avascular son también manifestaciones de complicaciones.

El objetivo fundamental de la cirugía es llevar a la “curación”, 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.

Entonces nos preguntamos, ¿cuáles podrían ser las probables causas del incremento de los reclamos y la especialidad no escapa a esta generalidad?. Podríamos mencionar, entre otras:

- El fenómeno tecnológico y progreso de la medicina.
- Despersonalización-Deshumanización.
- Situación de los hospitales públicos.
- Déficit de la formación universitaria.
- Desconocimiento de las leyes.

- Falta de toma de conciencia.
- Situación socioeconómica.
- Influencia de los medios.
- Pacientes en categoría de consumidores.
- Tendencia mundial en el derecho de daños.

¿Qué estamos viendo últimamente?

En los miembros del equipo de salud se puede observar:

- Multiempleo.
- Falta de compromiso.
- Insuficiente y deficiente capacitación de pre y postgrado.
- Falta de tiempo necesario en la consulta médica.
- Hospitales y sanatorios colapsados.
- Quiebre de la relación paciente/profesional, con violencia y desconfianza inusitadas y crecientes, situación que se ve con mayor frecuencia en la actualidad y expone el médico a situaciones de riesgo personal.

Sin embargo, a pesar de todo lo mencionado, los médicos somos apasionados de nuestra profesión, como así también de la especialidad que desarrollamos, por lo tanto, debemos continuar nuestro camino, poniendo todo nuestro empeño para ejercer nuestra actividad con la mayor responsabilidad y compromiso.





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



