

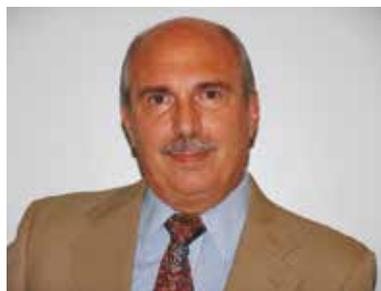
## SUMARIO

- P. 2 Nota del Editor.
- P. 3 Internaciones psiquiátricas involuntarias.
- P. 7 Gestión de crisis en el quirófano. Las llaves de consciencia de situación y factores humanos.
- P.9 Riesgos de cirugía de cataratas.



# GUARDIA • 24

## Nota del Editor



### Estimados Asegurados:

En esta oportunidad queremos hacerles llegar un análisis sobre un tema que preocupa a los médicos generalistas y de guardia, como son los aspectos médico-legales de las internaciones psiquiátricas involuntarias.

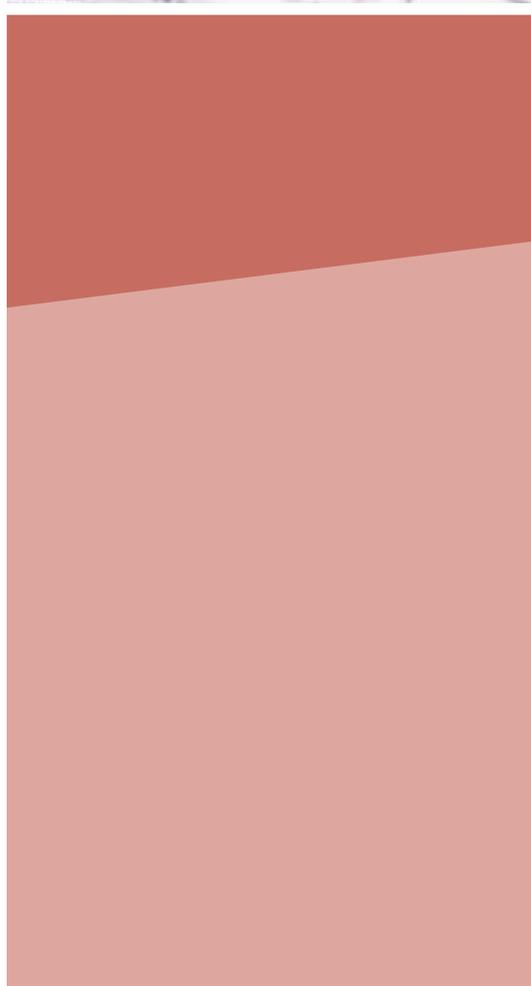
Por otro lado, efectuaremos algunas reflexiones sobre eventos críticos en quirófano.

Finalmente queremos aportarles algunos comentarios sobre las complicaciones de la cirugía oftalmológica más frecuente, como es la cirugía de cataratas, con el propósito de desmitificar que es una intervención sin ningún riesgo.

Esperando que estos temas sean de su interés y utilidad.

Los saluda cordialmente.

 **Dr. Horacio E. Canto**  
*Gerente de Servicios Médicos y  
Responsabilidad Civil Profesional  
SMG Cía. Argentina de Seguros  
Swiss Medical Group*



Línea "On line 24 hs":  
0800 - 333 -1118

LÍNEA DIURNA:  
(011) 5239-7933  
Dr. Susman: (12 a 18 hs).

E-mail: [guardia24@smg.com.ar](mailto:guardia24@smg.com.ar)

# Internación psiquiátrica involuntaria.

 **Dra. Sandra L. Lizos**  
**Gerencia de Servicios Médicos y**  
**Responsabilidad Civil Profesional**  
*Swiss Medical Group*

## Introducción

Muchos son los interrogantes que surgen a los profesionales de la salud al momento de tener que llevar adelante una internación psiquiátrica involuntaria de un paciente cuando este y/o su familia se niegan a concretarla.

A lo largo del presente artículo, podrá verse que ocurrieron cambios desde lo referido por el Código Civil de Vélez Sarsfield con respecto a la internación psiquiátrica involuntaria, hasta el establecimiento de la Nueva Ley de Salud Mental, Ley 26.657.

Es a partir de esta ley en que comienzan a tener un mayor valor las decisiones los equipos médicos intervinientes, además de las decisiones de los jueces. En primera instancia pasaremos a efectuar una reseña histórica en lo referente a internaciones compulsivas o involuntarias, para posteriormente hacer foco en lo referido por la Ley de Salud Mental.

## Desarrollo

La internación psiquiátrica involuntaria de los pacientes siempre ha constituido un hecho que generó en el personal de salud inmensidad de dudas respecto al modo de proceder.

A fin de brindar un marco histórico al respecto comenzamos diciendo que: el antiguo Código Civil de Vélez Sarsfield del año 1869, se refería a las internaciones involuntarias a través del artículo 482 en el cual efectuaban las indicaciones pertinentes para su proceder. Posteriormente, el mismo fue reformado por la Ley 17.711 y finalmente por la Ley Nacional de Salud Mental.

El código civil señalaba: *“el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial”*.

*Debe aclararse que como demente se consideraba a aquella persona que había recibido una declaración de insania, y su libertad se hallaba limitada frente al eventual caso de llegar a generar un daño para sí o para otros, siendo que solo esta limitación a su libertad podía ser determinada por el recurso impuesto a través de una orden judicial.*

Al momento en que se llevó a cabo la modificación pertinente con la implementación de la Ley 17.711 del año 1968, se procedió considerar dos situaciones hasta el momento no contenidas en el antiguo Código de Vélez Sarsfield, a saber:

*“Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos puedan dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública”*.

*“A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 del Código Civil o sea, (esposo o esposa, parientes del demente, el Ministerio de Menores, el Cónsul si el demente fuera extranjero y cualquier persona del pueblo cuando el demente sea furioso o incomode a los vecinos), el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos que requieran asistencia en establecimientos adecuados ...”*.

Como puede notarse esta modificación ampliaba la posibilidad de internación de personas no solamente dementes, sino también a individuos alcohólicos crónicos y adictos, por lo que aparte de los pacientes declarados como incapaces, se podía llegar a internar de modo involuntario, y situándolos en el mismo nivel a los dos grupos de individuos mencionados. Asimismo, se extendía la internación no solo a quienes generaran riesgo para sí o para terceros, sino a los que eran pasibles de provocar una afectación de la tranquilidad pública, siendo que el pedido de la internación podía ser originado desde el accionar judicial, así como también a partir de las autoridades policiales con el posterior aval judicial. No obstante, las modificaciones mencionadas, la internación continuaba bajo la potestad del juez. Solo el juez, a través de la comprobación de la existencia de los causales que motivaban la internación, podía determinarla, siempre previa evaluación de un médico psiquiatra forense, quien se limitaba a efectuar la evaluación médica correspondiente.

A todo lo ya mencionado precedentemente le siguió la ley 22.914 sancionada en el año 1983. A partir de esta ley, por primera vez se introdujo en concepto de peligrosidad del

paciente dentro del ámbito de la Salud Mental, el cual no hablaba sólo de la personalidad del paciente, sino del índice de peligrosidad. Este concepto fue referido en el artículo 7 de la mencionada ley del siguiente modo: "...La Dirección del Establecimiento confeccionará una historia clínica de cada internado, en la que constará con la mayor precisión posible los datos personales, los exámenes verificados, el diagnóstico y el pronóstico, la indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya, el régimen aconsejable para su protección y asistencia, las evaluaciones periódicas del tratamiento, y las fechas de internación y egreso.". Esta ley, independientemente de ser voluntarias o no, establecía que las internaciones podían hacerse efectivas de cuatro modos diferentes, dos de las cuales no requerían de la intervención judicial.

Las internaciones que no requerían de la intervención judicial eran las siguientes:

- Internaciones solicitadas a pedido del interesado o por su representante legal (padre o tutor para el caso de los menores, o el curador, en el caso de los dementes, sordomudos o inhabilitados) sin la necesidad de existencia de riesgo.
- Internaciones de "urgencia", con existencia de riesgo.

Las otras dos formas de internación requerían de la intervención judicial, hallándose las mismas ya referidas en el artículo 482, incluyendo la internación que se generaba a partir de la intervención policial.

Hasta aquí, lo referente al marco histórico previo a la Ley de Salud Mental 26.657 y lo inherente a la internación psiquiátrica involuntaria de los pacientes.

A continuación analizaremos la actual Ley de Salud Mental, los aspectos relacionados con la internación involuntaria y las diferencias con las leyes que le precedieron. En primer término haremos un extracto de los principales artículos de la Ley 26.657, en relación con la internación involuntaria.

**ARTICULO 20.** - La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

**ARTICULO 21.** - La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas

como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

**ARTICULO 22.** - La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

**ARTICULO 23.** - El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

**ARTICULO 24.** - Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si



persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

**ARTICULO 25.** - Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

**ARTICULO 26.** - En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos." Como puede evidenciarse en los artículos expuestos de la Ley de Salud Mental, se exteriorizan distintos conceptos que deben conocerse y tenerse en cuenta al momento de llevar a cabo una internación involuntaria.

En primer lugar se menciona el concepto de riesgo cierto e inminente el cual a través del Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley de Salud Mental se explicita, del siguiente modo: "...aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental."

Luego continúa remarcando que para poder proceder con la misma, no debe existir otra alternativa terapéutica fuera de la internación del paciente, o sea que no pueda ser asistido en forma ambulatoria, pese incluso a contar con un adecuado contexto familiar a tal fin.

Es de importancia también tener presente las pautas sobre las cuales el equipo de profesionales intervinientes debe regirse para elaborar el informe solicitado que justifique la internación involuntaria, a saber:

- Debe estar firmado por un psicólogo o médico psiquiatra.
- Dicho informe debe hacer saber de la existencia del riesgo cierto e inminente para sí o para terceros y las causas que lo justifican.
- Debe constar la imposibilidad de alternativas de tratamiento eficaces para dicho riesgo en forma ambulatoria.
- Debe aportar, en el caso que la situación lo permita, un informe con las medidas implementadas con anterioridad a la decisión de internación del paciente, orientado de solucionar el conflicto presentado por el mismo.

Asimismo, la ley establece los tiempos para llevar a cabo las distintas presentaciones al juez respecto de la condición del paciente, así como los tiempos que él mismo debe respetar y hacer respetar con el objetivo de salvaguardar la integridad del damnificado.

Para esto se hace referencia a lo mencionado en el propio texto de la Ley, en el que se señala que la internación involuntaria debe ser notificada al juez dentro de las 10 horas de efectivizada la misma, para lo cual se podrá implementar la comunicación telefónica, o bien un medio tecnológico verificable y avalado de acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Órgano de Revisión.

Luego, dentro de un máximo de 48 hs. deben presentarse al juez todas aquellas constancias que avalen la internación involuntaria del paciente, según los aspectos que ya fueran detallados precedentemente, y circunscriptos dentro del artículo 20 de la presente ley, determinando que el propio juez en un plazo no mayor de las 72 hs. establezca si:

- a) Autoriza la internación involuntaria por considerar válidos los causales expuestos.
- b) Solicita informes complementarios tanto al propio equipo de salud actuante o bien de profesionales externos, siempre que no se entorpezca con el tratamiento del paciente, lo cual, en el caso de ser profesionales externos al equipo de salud, deberá no superar un máximo de 7 (siete) días para definir la situación del paciente.
- c) Denegara la internación si considera que de las evaluaciones efectuadas no surge dato contundente que avale la medida de internación involuntaria, debiendo al paciente otorgársele la inmediata externación.
- d) Indicará por sí mismo, a partir de su propia decisión, la internación involuntaria cuando el servicio de salud al que el paciente pertenece se la niega, y este cumpla con los causales requeridos para tal fin.

Por otra parte, existen otros tiempos que la ley determina y no se relacionan con la primera etapa de la internación, pero que deben ser respetados mientras el paciente continúe en una internación involuntaria, como ser:

- a) El juez deberá solicitar cada 30 (treinta) días al equipo médico interviniente un informe periódico del paciente, a fin de reevaluar si las condiciones que motivaron que el mismo fuera internado en forma involuntaria, se encuentran aún presentes. Caso contrario deberá indicar su inmediata externación. Estos informes multidisciplinarios solicitados deben incluir toda la información referente a los planes y estrategias de asistencia del paciente, las respuestas del mismo a las medidas implementadas, debiendo fundamentar de modo concreto y preciso los motivos que avalen con la continuidad de su internación.
- b) En el caso de transcurridos 90 días y luego de tres informes presentados, si el paciente continuara internado en forma involuntaria, el juez tendrá que establecer a través del Órgano de Revisión, un equipo multidisciplinario ajeno al que asiste al paciente, a fin que determine la necesidad de continuidad de la internación del mismo.

En el caso de discrepancias de criterios entre el equipo interviniente y el Órgano Revisor que efectúa la reevaluación de la situación del paciente, se optará por tomar la conducta que menos restrinja la libertad de éste.

Con respecto a la externación, la misma depende del equipo médico interviniente, quien solo deberá notificarle al juez de la decisión tomada, no teniendo el mismo injerencia alguna al respecto, salvo la excepción ya mencionada en la presente ley y referida en el artículo 34 del Código Penal sobre imputabilidad.

Un hecho no menor, y no referido hasta el momento en el análisis efectuado, son los derechos que tienen los pacientes sometidos a internación psiquiátrica involuntaria.

En todo momento debe velarse por su integridad, así como de su capacidad de discernimiento de las conductas tomadas con su persona. Es por esto, que siempre que sea posible, debe intentarse agotar todos los medios para que el paciente comprenda la situación que está atravesando y las decisiones tomadas, aún cuando estas van contra su voluntad.

Asimismo, y tal como la Ley lo refiere, el paciente tiene derecho a contar con un abogado que lo represente ya sea privado o público, este último designado por la justicia cuando el propio paciente no puede designar uno, a fin de defender sus intereses, su integridad, y sus declaraciones anticipadas, en el caso de existir las mismas, procurando que la internación establecida de modo involuntario no se exceda más allá del tiempo estrictamente necesario.

Una mención especial corresponde a situaciones particulares que se establecen cuando las personas afectadas de una internación involuntaria son menores de edad o incapaces, para esto se considera pertinente adjuntar lo mencionado en el decreto reglamentario de la ley al respecto:

*“En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá:*

- a) *Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,*
- b) *Recabar su opinión,*
- c) *Dejar constancia de ello en la historia clínica,*
- d) *Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.*

*En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado. Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.”*

## Conclusiones

A manera de resumen, puede decirse que ha ocurrido un cambio significativo con respecto al modo de proceder frente a las internaciones psiquiátricas involuntarias, lo que podríamos resumirlo en los siguientes puntos:

- Es un recurso terapéutico excepcional.
- Debe mediar un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- Debe necesariamente existir un dictamen del servicio que

realice la internación, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales deberá ser psicólogo o psiquiatra.

Históricamente era el Juez quien determinaba y a quien se le solicitaba la autorización para proceder con una internación involuntaria, al punto que los escritos mencionaban habitualmente la siguiente leyenda: *“se ordena internación del paciente XXXXX por resultar peligroso para sí y/o para terceros, bajo apercibimiento penal del médico en caso de no proceder a efectuar la internación”*. En la actualidad este hecho se ha visto modificado, sólo pudiendo el juez por sí mismo ordenar una internación involuntaria, cuando cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

El equipo médico interviniente pasa a tener un papel protagónico al momento de determinar la internación de un paciente, no debiendo aguardar la decisión del juez para efectivizar la internación involuntaria. El juez, una vez notificado, deberá tomar las medidas expuestas a lo largo del presente relato haciendo respetar los tiempos estipulados, con el objeto de dar seguridad a la integridad de la persona, y evaluar, a través de la intervención de los equipos de salud la continuidad o no de la misma.

En base a lo desarrollado, consideramos que el espíritu de la ley es velar por la integridad de la persona, buscando evitar lo que con la antigua legislación acontecía, que eran internaciones muy extensas donde los pacientes una vez ingresados a instituciones psiquiátricas eran abandonados sin un adecuado seguimiento, y sin un plazo de tiempo limitado a lo estrictamente necesario.

## Bibliografía

- Poder Ejecutivo De La Nación Argentina. 2013. Decreto 603/2013. Reglamentación de la ley 26657.
- Poder Ejecutivo Nacional. 1968. Ley 17711. Reformas al código civil.
- Poder Ejecutivo Nacional. 1983. Ley 22914. Internación y egreso de establecimientos de salud mental.
- Senado Y Cámara De Diputados De La Nación Argentina. 2010. Ley 26657, Ley Nacional De Salud Mental.
- Dalmasio VELEZ SARFIELD, 1869. Código Civil de La Nación Argentina. Aprobado por el Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- Las internaciones involuntarias en la Ley 26657 y en el Régimen de Inimputabilidad Penal: Tensiones y actualidad de un debate en torno a la noción de peligrosidad. Cámara, Araceli; Paladino, María Emilia (Licenciada en Psicología, (UNLP); Oñativia, Xavier Andrés (Licenciado y Profesor en Psicología, (UNLP)

# Gestión de crisis en el quirófano.

## Las llaves: Consciencia de situación y factores humanos.

 **Dra Mariana Flichman**  
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group

Dos historias de crisis, manejo de la emergencia y resultados opuestos en escenarios que, ante la situación crítica, tienen mucho en común: *“No te preocupes, es una operación rutinaria, muy corta, de bajo riesgo”*.

En el año 2005, la joven esposa de Martin Bromiley muere en un quirófano, en una cirugía segura, que no lo fué; el análisis de los hechos mostró que no falló el equipamiento ni falló la alta tecnología. Fallaron el entrenamiento de la consciencia de situación, el liderazgo, el trabajo en equipo, la comunicación ¡Los factores humanos!. Así hoy, Martín, piloto de aviación comercial, lidera un movimiento de Seguridad de pacientes centrado en el entrenamiento en factores humanos. Muy diferente fue el resultado del vuelo 1549 de US Airways que despegó el 15 de enero de 2009 del Aeropuerto La Guardia en Nueva York con destino el Aeropuerto Internacional de Charlotte, en Charlotte (Carolina del Norte).

El avión había despegado del Aeropuerto La Guardia a las 3:11 p.m. hora local con 150 pasajeros y cinco tripulantes. A menos de dos minutos de vuelo y en plena maniobra de ascenso, a una altura de 850 metros, el Airbus 320 fue impactado de frente por una densa bandada de aves (gansos) dañando ambos motores y dejándolo sin propulsión. El comandante Chesley Sullenberger y su copiloto Jeff Skiles, mantuvieron la calma profesional y empezaron a analizar rápidamente la situación consultando los protocolos de emergencia. Ambos motores estaban apagados y al no poder reiniciarse, los pilotos declararon la emergencia a la torre de Control de La Guardia para intentar regresar a dicho aeropuerto o una alternativa. Doscientos ocho segundos después del impacto, el avión viró a la izquierda en dirección a dos probables aeropuertos alternativos (el más cercano era Teterboro) con la autorización de la torre de La Guardia que había suspendido todos los despegues en la zona. Sin embargo, el Airbus perdía altura rápidamente superando por sólo 300 metros el puente George Washington, por lo cual el capitán tomó la decisión de amerizar sobre el río Hudson ejecutando una maniobra llamada “ditching” y la mantuvo a firme. El descenso fue constante, se preparó a la tripulación y pasajeros para esta maniobra, y en el último instante la tripulación pudo levantar la nariz del aparato con lo cual el acuatizaje tuvo lugar suavemente (les recomiendo la película: “Sully: hazaña en el Hudson”).

Sully logra, desobedeciendo una orden del control, con alta consciencia de situación, resolver la crisis, sin víctimas que lamentar.

En el quirófano, cuando un evento grave ocurre, rápidamente se vuelve crítico: sangrado masivo, shock, hipoxia, paro cardíaco, hipertermia maligna, intoxicación aguda por anestésicos locales. **El fracaso, ante la crisis, en más del 50% de los eventos, obedece a lo que denominamos habilidades no técnicas: factores humanos.**

A nivel individual en la teoría de los factores humanos se describen habilidades no técnicas que complementan los conocimientos técnicos para facilitar el funcionamiento seguro y eficaz. Son habilidades tales como la comunicación efectiva, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, consciencia de situación y el estrés controlado de la gestión. Los profesionales más eficaces emplean estas habilidades para tener un adecuado rendimiento al quedar sometidos súbitamente a alto nivel de stress.

**Las habilidades no técnicas se pueden enseñar, practicar, y evaluar junto a las habilidades técnicas y de capacitación en el lugar de trabajo. Las habilidades no técnicas SE DEBEN ENTRENAR.** Esta es una asignatura pendiente de nuestras escuelas de formación profesional tanto de pre como de posgrado.

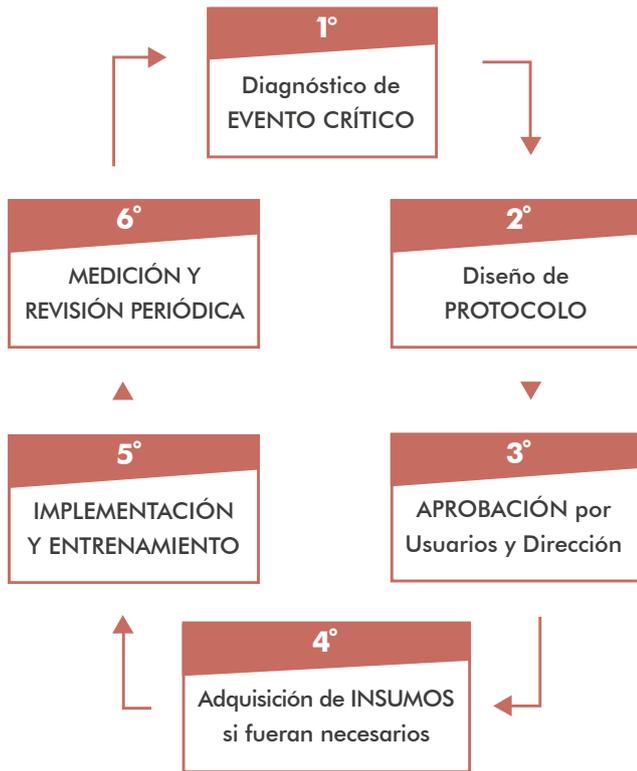
¿Qué nos pasa físicamente cuando nos vemos sometidos a una situación crítica? Nuestra respuesta a la supervivencia está centrada en 3 pilares: la visión, el procesamiento cognitivo y la habilidad motora. Los 3 se pierden ante el stress.

Ante el aumento del ritmo cardíaco inducido por las hormonas del stress, progresivamente se pierden estas tres habilidades, indispensables para llevar adelante con éxito cualquier proceso de atención médica.

Cuando la frecuencia cardíaca (FC) pasa los 140 (cosa que sucede tempranamente en estos casos, comprobado simplemente monitoreando profesionales en el simulador), perdemos primero motricidad fina, luego motricidad compleja, visión periférica y por último se compromete la capacidad cognitiva: **el sistema límbico domina la corteza.** Así, el profesional sometido, sin entrenamiento, a una situación

de stress, comete errores de fijación, pierde habilidad motora, no puede tomar decisiones y el mal resultado es casi inevitable con un alto costo para el paciente y para el profesional.

¿Cómo lo debemos gestionar? **Hoy las Instituciones tienen el deber de implementar protocolos de manejo de los eventos críticos más frecuentes. Estos protocolos tienen que ser desarrollados por los equipos de trabajo y aprobados por la Dirección Médica.**



## Herramientas

**CRM:** este concepto, desarrollado inicialmente por la industria aeronáutica fue luego adoptado por diversos autores para la anestesiología (pionera como especialidad en estos temas) y hoy es una estrategia de gestión a ser utilizada en cada rincón de una Organización de Salud: RECURSOS PARA EL MANEJO DE CRISIS.

El CRM tiene como objetivo coordinar, utilizar y aplicar todos los recursos disponibles para optimizar la seguridad del paciente y los resultados. Estos recursos incluyen a todas las personas involucradas en el proceso junto con sus habilidades y actitudes, así como sus limitaciones, además del equipamiento. El CRM comienza antes de la crisis. Todos los principios que ayudan a manejar una crisis aguda también ayudan a evitarla.

El CRM trata de captar los errores tan pronto como sea posible y minimizar las consecuencias negativas que ya han ocurrido. Gaba, Howard y Fish desarrollaron unos puntos clave del CRM para anestesia que han sido actualizados recientemente.

## Puntos clave del CRM:

1. Conocer el entorno.
2. Anticipar y planificar.
3. Pedir ayuda pronto: declarar y ayudar a declarar la crisis.
4. Ejercer el liderazgo y saber seguirlo.
5. Distribuir la carga de trabajo.
6. Movilizar todos los recursos disponibles.
7. Comunicarse eficientemente.
8. Utilizar toda la información disponible.
9. Prevenir y manejar los errores de fijación.
10. Comprobaciones cruzadas (dobles).
11. Utilizar ayudas cognitivas.
12. Re-evaluar periódicamente.
13. Buen trabajo de equipo.
14. Repartir la atención de forma juiciosa.
15. Establecer prioridades de forma dinámica.

Hoy el entrenamiento se realiza a través de la simulación clínica. Las Instituciones pueden hacer simulacros que les permitan poner a prueba a los equipos de trabajo. Por ejemplo: simulacro de sangrado crítico: tiempo del laboratorio, tiempo de medicina transfusional, tiempo en declarar la crisis, tareas de colaboración, etc. Se definen indicadores, se entrena y se miden periódicamente ajustando desvíos. Estos protocolos y el plan de simulación y entrenamiento deben formar parte de la planificación estratégica de cada Organización, en función de las actividades que desarrolle.

Podemos extender estos conceptos también a ámbitos no quirúrgicos, por ejemplo un centro de diagnóstico por imágenes, tiene que contar con protocolos de reacción adversa por contraste, paro cardíaco, etc.

Un polí consultorio, sin mayor complejidad, también debe estar preparado para sortear emergencias con algún plan de contingencia. En resumen: anticiparse a la crisis, implementar protocolos, entrenar el equipo de trabajo y sostenerlo en el tiempo.

## Reflexión final

La morbi-mortalidad asociada a eventos críticos en el quirófano sigue siendo muy alta. Es muy alto el porcentaje de muertes evitables. Estas afirmaciones imponen una obligación de gestión, indelegable para los líderes de las Organizaciones de Salud, para los líderes de equipos profesionales, para los formadores de profesionales.

La propuesta nos obliga a un cambio de los modelos mentales tradicionales, nos invita a pensar de una manera diferente el problema, a pensarlo en equipo, a anticiparnos, formarnos, entrenarnos. Las Organizaciones pueden aprender, pueden cambiar y crecer en Seguridad, aún sin recursos económicos.

Este artículo es una invitación a poner en marcha los cambios que nuestra medicina necesita: que cada uno de nosotros como profesional tiene la obligación y el derecho, para cumplir con lo básico. Primero, no dañar.

# Riesgos de cirugía de cataratas.


**Dr Horacio E. Canto**  
**Gerencia de Servicios Médicos y**  
**Responsabilidad Civil Profesional**  
 SMG Cía Argentina de Seguros

La cirugía de cataratas es después del parto, la intervención más frecuente a nivel mundial. Según algunas fuentes, más de 20 millones de procedimientos anuales. Es por ello que para el lego, su práctica es considerada algo menor y de rutina exenta de riesgos y complicaciones. Nada más errado. Incluso, los profesionales al explicar a sus pacientes en qué consiste la misma, minimizan la posibilidad de alguna complicación. Si bien es cierto que la cirugía de cataratas, al igual que otras prácticas de cirugía ocular, ha experimentado un considerable desarrollo, por el advenimiento de la tecnología, también es cierto que el riesgo de complicaciones no es cero. Los avances tecnológicos incluyen tanto a las técnicas quirúrgicas en sí, como a la calidad de las lentes intraoculares. Esto ha dado lugar a un aumento en la seguridad de la intervención, así como en la calidad de los resultados visuales obtenidos.

A pesar de todos los avances en seguridad, en algunas ocasiones hay riesgo de que se produzcan ciertas complicaciones:

1. Opacificación de la cápsula posterior: en la intervención de cataratas la lente intraocular debe quedar implantada dentro del saco capsular en contacto con la cápsula posterior. Este contacto directo entre el material sintético de la lente y la cápsula "natural" del ojo, desencadena una reacción defensiva (a cuerpo extraño); produciéndose una secreción de fibrina que trata de aislar la lente intraocular y así evitar el contacto directo de lo "artificial" con lo "natural". Esta capa de fibrina no es totalmente transparente y deteriora la calidad visual. Se soluciona fácilmente realizando una capsulotomía con láser YAG (procedimiento no quirúrgico que se realiza en la consulta).

La opacificación de la capsula posterior no es estrictamente una complicación intraoperatoria, sino un efecto secundario que puede suceder cierto tiempo tras la intervención, más del 50 % de los ojos operados alrededor de los dos años. Los nuevos materiales y el diseño estructural de las lentes ha conseguido reducir, en gran medida, la incidencia de dicho efecto.

2. Edema Corneal: el traumatismo quirúrgico producido por las soluciones de irrigación, ultrasonidos, y la propia manipulación del instrumental, en ocasiones puede dar lugar a una retención de líquidos en el estroma corneal por daño del endotelio corneal. Al margen de la importancia de realizar una cirugía meticulosa y precisa es importante

realizar un contaje endotelial preoperatorio para detectar a aquellos pacientes con mayor riesgo potencial. En estos casos de riesgo también resulta conveniente utilizar viscoelásticos dispersivos que ofrecen una mayor protección del endotelio corneal.

Puede decirse que el edema transitorio es frecuente, no así el definitivo.

3. Ruptura de la capsula posterior: la integridad de la cápsula posterior garantiza la perfecta compartimentalización de las cámaras oculares; esto es mucho más importante de lo que parece. Cuando se rompe la cápsula, el vítreo se desplaza desde su posición original invadiendo las cámaras anteriores. Este desplazamiento puede dar lugar a tracciones vítreoretinianas aumentando el riesgo de desprendimiento de retina y edema macular quístico. La mejor manera de prevenir la ruptura de la cápsula posterior es maximizar la precisión de los movimientos durante la fragmentación de la catarata e inserción de la lente intraocular. La tasa de ruptura capsular es inversamente proporcional a la experiencia del cirujano.

4. Pérdida de células en el endotelio corneal: la energía utilizada para fragmentar la catarata y las corrientes de irrigación/aspiración empleadas en la evacuación de los fragmentos de la catarata resultan perjudiciales para el endotelio corneal. Una técnica depurada, correctamente ejecutada por manos expertas, minimiza el uso de energía e irrigación, favoreciendo la preservación del endotelio corneal. La utilización de viscoelásticos dispersivos supone una protección adicional en los casos de córneas que tienen un bajo contaje endotelial preoperatorio.

5. Edema Macular Quístico: por factores todavía no bien conocidos, en el postoperatorio inmediato de algunos pacientes, puede aparecer una retención de líquido a nivel de la mácula (lo que se conoce como síndrome de Irvine Gass). El proceso por lo general es autolimitado y se resuelve mediante la administración de medicación tópica (antiinflamatorios no esteroideos).

6. Rotura de fibras zonulares (Dehiscencia zonular) inducida: Las zónulas son los filamentos que sujetan el cristalino y transmiten la tensión del músculo ciliar. Son extraordinariamente delicadas y se pueden romper fácilmente si hay una manipulación brusca. En ocasiones hay pacientes que presentan rotura de fibras zonulares (dehiscencia zonular)



desde antes de la operación. Al producirse una rotura significativa de fibras zonulares la lente intraocular no quedará bien centrada y será necesario implantar un anillo de tensión capsular (CTR: Capsular Tension Ring). Al igual que en el caso de rotura de capsula, el contar con un cirujano experto reduce significativamente la incidencia de esta complicación.

7. Caída de la lente intraocular a cámara vítrea: Cuando se ha producido una ruptura de la cápsula posterior de gran tamaño, hay que ser muy cuidadoso con el implante de la lente intraocular ya que al no estar intacta la cápsula posterior, la lente puede "colarse" por esta apertura y pasar a cámara vítrea. La caída de la lente intraocular a cámara vítrea puede suceder durante la intervención o en diferido, meses o años después. Para evitar esta complicación el cirujano tiene que asegurarse de tener suficiente soporte capsular antes de realizar la implantación en saco capsular, o bien realizar directamente una implantación en el sulcus ciliar.

8. Quemaduras en la incisión: durante la emisión de los ultrasonidos se produce un aumento de temperatura que en raras ocasiones puede llegar a dañar los bordes de la incisión corneal. Esto repercute negativamente en el proceso de cicatrización y autosellado, haciéndola menos estanca. El caudal de irrigación actúa como refrigerante disminuyendo la temperatura de la incisión.

9. Caída de la catarata a cámara vítrea: cuando la ruptura de la cápsula posterior se produce antes de haber extraído totalmente la catarata, se corre el riesgo de que algún fragmento de la catarata (o toda ella) caiga a la cámara vítrea. Cuando esto sucede hay que realizar una vitrectomía posterior (extracción total o parcial del gel vítreo junto con los restos de la catarata). Obviamente la mejor manera de evitar la caída de fragmentos de la catarata a la cámara vítrea es la preservación de la integridad de la cápsula posterior. La detección precoz de una rotura capsular es fundamental para evitar la caída de fragmentos a la cámara vítrea, ya que se procede con suma delicadeza en su retirada.

10. Desprendimiento de retina: la cirugía de cataratas realizada con técnicas anticuadas y las complicaciones in-

traoperatorias pueden predisponer al desprendimiento de retina; al producirse tracciones vitreoretinianas la retina puede sufrir desgarros y desprenderse. Las intervenciones realizadas con técnicas de pequeña incisión disminuyen los efectos adversos de la intervención de cataratas sobre la retina. Una intervención realizada sin complicaciones tiene un impacto mínimo sobre la retina.

11. Infección/Endoftalmitis: la tasa de infecciones tras cirugía de cataratas es bajísima (menos de 1 de cada 1000). Es una complicación grave que requiere una actuación inmediata (antibióticos intravítreos). Si se diagnostica a tiempo y se trata correctamente no tiene graves consecuencias, pero si la infección se detecta muy avanzada o no se trata correctamente puede dejar graves secuelas. Una cirugía aséptica es la mejor prevención para esta complicación.

De manera sistemática se administra una dosis profiláctica de antibióticos intraoculares al final de la intervención lo que refuerza la protección frente a cualquier infección.

12. Perforación corneal durante la realización de incisiones anastigmáticas (Incisiones Arcuatas e ILRs - Incisiones Limbares Relajantes): las incisiones corneales de la cirugía de cataratas modifican la curvatura de la córnea y esto puede aprovecharse para corregir el astigmatismo.

Al posicionar la incisión principal en el eje de máxima curvatura de la córnea ([link a página de astigmatismo](#)) se disminuye el astigmatismo preoperatorio. En ocasiones no es suficiente para neutralizar totalmente el astigmatismo existente y se puede recurrir a incisiones suplementarias antiastigmáticas (estas incisiones son un método más de corrección de astigmatismo). Las incisiones antiastigmáticas sólo resultan efectivas si son profundas, y por ello existe un riesgo de perforación que en el caso de producirse puede requerir una sutura. En manos muy experimentadas estas perforaciones son excepcionales.

13. Hemorragia Expulsiva: la coroides es la capa vascular que hay debajo de la retina. En las antiguas operaciones de cataratas, con grandes incisiones, se producía una brusca caída de presión intraocular que facilitaba la aparición de una hemorragia coroidea; en ocasiones estas hemorragias daban lugar a un hematoma que empujaba desde atrás, a la retina y vítreo, produciendo la expulsión del contenido intraocular a través de la incisión. Era una complicación devastadora que siempre dejaba graves secuelas.

Gracias a las técnicas de pequeña de incisión ya no se producen bruscas caídas de presión y la cirugía se realiza de manera estanca lo que elimina prácticamente cualquier posibilidad de que se dé esta complicación.

Si bien algunas de las complicaciones mencionadas son muy poco frecuentes, el objeto de este artículo es desmistificar que este tipo de intervenciones "siempre salen bien", ya que las referidas complicaciones, aunque muy poco frecuentes pueden ocurrir, debiendo el oftalmólogo poner el máximo celo en jerarquizar todas las medidas de prevención.



## **LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA**

Ahora también acompañamos a nuestros asegurados con una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico legal.

 **0800-333-1118**  
Disponible las 24 horas, los 365 días del año.

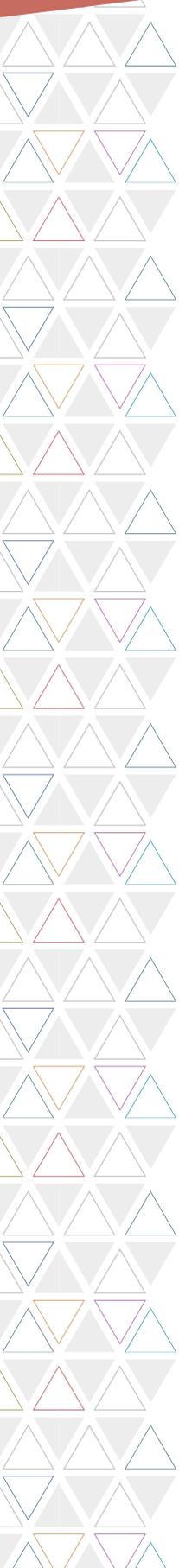
---

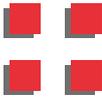
Comuníquese con su Productor Asesor de Seguros o envíenos un mail a [consultassmgseguros@swissmedical.com.ar](mailto:consultassmgseguros@swissmedical.com.ar)

---



 **SMG**  
**SEGUROS**



 **SMIG**  
**SEGUROS**

Nº de inscripción en SSN  
0002

Atención al asegurado  
0800-666-8400

Organismo de control  
[www.argentina.gob.ar/ssn](http://www.argentina.gob.ar/ssn)

 **SSN** | SUPERINTENDENCIA DE  
SEGUROS DE LA NACIÓN