

Matías A. Loewy, con colaboración de Tesy De Biase

BUENOS AIRES, ARG. Una paciente con diabetes, jubilada, de 67 años de edad, con una infección necrosante, a quien ya habían amputado un dedo del pie derecho, fue sometida a una nueva intervención para extirparle la pierna hasta la altura de la rodilla. El problema es que el cirujano operó por error la pierna "sana": la izquierda en lugar de la derecha.[1]

El hecho ocurrió el pasado 19 de julio en una clínica de Berazategui, en las afueras de la Ciudad de Buenos Aires, y provocó conmoción en toda Argentina. Dos cirujanos participantes en la cirugía fueron imputados ante la justicia, y subsisten dudas respecto de si la intervención quirúrgica indicada en primer término era necesaria. La paciente falleció el 6 de agosto a 2 semanas de la cirugía, actualmente el caso se encuentra en dictamen forense.[2]

"En la historia de la medicina argentina no habría sucedido nunca un error como el de la amputación de la pierna equivocada en Berazategui", enfatizó el diario Clarín después de consultar con varias fuentes.

Es un caso de mala práctica "visiblemente grosero", sostuvo la abogada Celia Weingarten, codirectora de la carrera de especialización en Derecho de la Salud y Responsabilidad Médica e Institucional de la Universidad de Buenos Aires.[3]

Sin embargo, por terrible que parezca el caso, las llamadas "cirugías en el sitio equivocado" (que abarcan aquellas que equivocan el lado, la zona anatómica o incluso al paciente) quizá sean más frecuentes de lo que muchos piensan. Y las intervenciones sobre estructuras anatómicas pares y con escasas evidencias externas de patología son las que cargan con el mayor riesgo de error, coinciden diversas fuentes y estudios.

Una búsqueda en la base de datos PubMed devuelve más de 200 artículos de la literatura médica que abordan distintos aspectos de las cirugías en sitio equivocado, de los cuales un tercio se publicó en los últimos 5 años.

Pero cuando los casos ocurren, suelen ser silenciados por los profesionales participantes. Y cuando se difunden al público generan un revuelo social de grandes proporciones, que estigmatiza a los médicos involucrados y siembra un manto de sospechas sobre la formación profesional y la calidad y seguridad de los procedimientos en hospitales y centros de salud.

¿Por qué puede pasar lo que nunca debió haber pasado? ¿Y cómo hacer para evitarlo?

"40 por semana"

Algunos estudios y organismos han intentado dimensionar estos errores de consecuencias temibles y terribles para todos los involucrados. En 2011, el Joint Commission Center for Transforming Healthcare de Estados Unidos estimó que en ese país ocurrían 40 eventos adversos de ese tipo por semana. En 2015, investigadores alemanes revisaron la literatura y estimaron que la incidencia de cirugías en el sitio equivocado es de 1 por cada 112.994 procedimientos, "aunque se estima que el número de casos no reportados es mayor".[4]

Si se tiene en cuenta que en el mundo se realizan más de 300 millones de intervenciones quirúrgicas por año, podría haber como mínimo 3.000 víctimas anuales.[5]

Aunque el error puede darse en todas las especialidades quirúrgicas, los autores alemanes concluyeron que la mayoría de los casos se reporta en cirugía ortopédica, y que la principal causa es el quiebre en el proceso de comunicación del equipo asistencial. El dramático caso en Argentina parece cumplir con los dos criterios.

En España, un trabajo reciente evaluó de manera retrospectiva 9.129 reclamaciones registradas entre 1986 y 2017 en el Servicio de Responsabilidad Profesional Médica del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.[6] Y constató que hubo 57 reclamaciones sobre cirugías en sitio equivocado (1,78 por año), con un incremento en los últimos diez años (0,92 a 3,83). Las zonas anatómicas más implicadas fueron los dedos (17,5%) y la columna (15,8%), seguidos de la rodilla y los dientes (12,3% cada uno).

"La cirugía de sitio equivocado presenta una incidencia no desdeñable de reclamación y elevadas tasas de responsabilidad profesional médica, reforzando la necesidad de incrementar los esfuerzos en materia de seguridad del paciente en esta área", concluyeron los autores, encabezados por la Dra. Esperanza Gómez-Durán, directora de la maestría de Psicopatología Legal, Forense y Criminológica de la Universidad Internacional de Cataluña, e integrante del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, España.

El ámbito quirúrgico es uno de los más proclives a fallas o eventos adversos de todo tipo. Un trabajo reciente que analizó 66 estudios realizados en todo el mundo determinó que más de la mitad de los incidentes dañinos es prevenible. Y que la prevalencia más alta de daño prevenible al paciente se comunicó para las áreas de cuidados intensivos (18%) y de cirugía (10%).

Otro relevante estudio calculó que más de la mitad de los eventos adversos que ocurren durante procedimientos quirúrgicos resulta de errores humanos, de los cuales 51,6% fue de índole cognitiva, como falta de atención, lapsus de memoria, imposibilidad de reconocer un problema, o sesgos en la planificación del acto o en la resolución de problemas.

Fallas de sistema

Errar es humano, pero, ¿es admisible un daño irreparable, irreversible, como el ocasionado a la jubilada argentina? ¿Y solo los cirujanos son responsables? En 2001, las cirugías en sitio equivocado fueron encuadradas por el National Quality Forum de Estados Unidos como never events ("nunca eventos"):[7] errores de la atención médica que son claramente identificables, prevenibles y serios en sus consecuencias para los pacientes, y que indican un problema real en la seguridad y credibilidad de las instituciones de salud.

Pero estos errores se engloban dentro de una categoría más amplia de eventos adversos asociados al cuidado de la salud, que como los define la Organización Mundial de la Salud, son padecimientos no deseados que se producen durante un proceso de atención médica.

Dr. Ezequiel García Elorrio

Aunque en Latinoamérica las estadísticas son muy escasas, estudios realizados en la región sugieren que los distintos tipos de eventos pueden alcanzar a 10% de los pacientes hospitalizados, señaló a Medscape en Español el Dr. Ezequiel García Elorrio, coordinador de la orientación Gestión clínica y calidad de atención en organizaciones de salud, de la Maestría en Efectividad Clínica de la Universidad de Buenos Aires.[8]

Estos eventos ocurren, en la mayoría de los casos, no por "fallas humanas", sino por fallas latentes dentro de procesos complejos en los que interviene todo un sistema que incluye a un equipo de profesionales, explicó el Dr. García, quien añadió que la detección de las causas de los errores cometidos "permite rediseñar los procesos y evitar futuras repeticiones".

"No existen procedimientos con infalibilidad absoluta", agregó el también profesor de Salud Pública en la Facultad de Medicina del Instituto Universitario CEMIC, en Buenos Aires, y editor asociado del International Journal for Quality in Health Care, añadiendo que penalizar a los médicos no cambia los desenlaces adversos: "No hay que justificar los errores, sino aprender de ellos".

El Dr. García Elorrio lamentó que nuestra herencia española se haya traducido en una legislación que hace recaer todo el peso sobre una o dos personas, en lugar de hacerlo sobre el sistema. La legislación anglosajona, en cambio, no penaliza los eventos adversos, salvo que hayan estado movidos por una conducta negligente, explicó. "Esto promueve una conducta de apertura y aprendizaje, sin dejar de lado los derechos de los ciudadanos a ser compensados por el daño padecido por ellos y sus familias", apuntó.

Listas de control y pausa

Al analizar las causas de estos eventos en el quirófano, la Dra. Gómez-Durán y sus colaboradores afirmaron que "la mayoría de los casos de cirugías en el sitio errado se relaciona con falta de información sobre el lugar de la intervención en la historia clínica, en la historia preanestésica u hoja de programación quirúrgica".

Para prevenir estos errores sugieren "aplicar los protocolos específicos de prevención del error de sitio, estar físicamente con el paciente momentos previos a la anestesia revisando la intervención, documentar claramente en los registros clínicos el lugar anatómico de la intervención, marcar el lugar anatómico de la intervención previa revisión de la documentación clínica, que la cirugía sea practicada por el mismo cirujano que indicó la intervención, y utilizar el check-list como herramienta de control preoperatorio. Estas herramientas, pese a no eliminar el riesgo, utilizadas de forma correcta, contribuyen a minimizarlo".

En el año 2009, la Organización Mundial de la Salud publicó una lista de verificación para asegurar las cirugías que, de aplicarse, evitaría la mayoría de los errores que surgen en asociación con los procedimientos quirúrgicos. También un manual de aplicación, que incluye acciones muy sencillas a cumplir por los integrantes del equipo, básicamente cirujano, enfermeros y anestesta, como confirmar la identidad del paciente antes de anestesiarlo, marcar el sitio a intervenir, tener

precauciones sobre posibles complicaciones antes y después de la cirugía. El lema de la iniciativa fue: "La cirugía segura salva vidas".

Diversas adaptaciones de este mismo modelo funcionan en todo el mundo. En Argentina, por ejemplo, en 2012 el Ministerio de Salud aprobó un manual de procedimientos para cirugías seguras. Según declaró una funcionaria a la prensa, ese manual se actualizaría en los próximos meses. México, en tanto, publicó en 2013 una guía de Intervenciones preventivas para la seguridad del paciente quirúrgico, que también incluye una lista de verificación.

Dr. Fernando Vago Anaya

Por otra parte, cada centro asistencial tiene sus propias medidas de seguridad protocolizadas, expresó el Dr. Fernando Vago Anaya, traumatólogo del Hospital Británico de Buenos Aires. En su institución se respeta una lista de verificación de cuatro instancias que, en términos muy sencillos, llama "semáforos":

- Primer "semáforo": el paciente llega a la planta quirúrgica, un enfermero lo conduce al vestuario y le pregunta nombre, edad, antecedentes médicos, alergias y de qué se opera.
- Segundo: el enfermero circulante o volante repite esas preguntas al paciente ya cambiado.
- Tercero: el cirujano y el anestesista agregan preguntas de su especialidad, controlan al paciente, revisan los estudios y hacen la marcación del sitio de la cirugía.
- Cuarto "semáforo": se le suele llamar "pausa" o "pausa quirúrgica", el enfermero circulante enumera a quién van a intervenir, especifica de qué y en qué zona, pregunta al cirujano, anestesista e instrumentista si todo es correcto, y en caso afirmativo, da la voz de inicio de la cirugía.

Cada uno de estos pasos contribuye con la seguridad de una intervención. "Si sucede un error, seguramente es porque ha arrastrado una cadena de errores. Si alguien se equivocó, es fundamental detectarlo y evitar que avance", expresó el Dr. Vago.

Sitios de marcación, errores cognitivos y falta de personal

Aunque las listas de verificación y otras precauciones pueden parecer engorrosas y vanas para aquellos cirujanos que llevan varias décadas operando y se sienten impermeables al error, más de 90% de los médicos aseguró preferir que el equipo quirúrgico las cumplimente en el caso de que ellos mismos tuvieran que ser operados.[9] Sin embargo, el check-list no es el único elemento para tener en cuenta.

Dr. Pat Croskerry

De acuerdo con el Dr. Pat Croskerry, director del programa de pensamiento crítico de la Facultad de Medicina de Dalhousie University, en Halifax, Canadá, y coautor del libro Patient Safety in Emergency Medicine (2009), las cirugías de sitio equivocado "no son poco comunes en medicina".

"Parte del problema es que en la sala de operaciones la parte del cuerpo afectada está a menudo aislada por campos quirúrgicos y cubierta con yodo, por lo cual la visualización no es óptima", manifestó a Medscape en Español.

El Dr. Croskerry añadió que "la mejor solución es identificar la zona del cuerpo a ser intervenida mediante algún tipo de marca". Un estudio reciente en Australia identificó dos marcadores cuyos trazos siguen siendo visibles aún después de aplicar soluciones antisépticas preoperatorias en la piel del paciente.[10]

El auge de los tatuajes también pueden ser un problema. En 2018, cardiócirujanos de Londres tuvieron que dibujar una flecha grande sobre el hombro derecho del paciente (con neumotórax primario recurrente) para señalar el lado de la intervención y, de esa forma "contrarrestar" un pequeño tatuaje con el símbolo de play a la altura del corazón, lo cual podría haber dado lugar a confusión.[11]

Respecto de los errores cognitivos, el Dr. Croskerry afirmó que el más común es el exceso de confianza: el cirujano que cree que nunca puede equivocarse. "Desde mi punto de vista, los programas de formación médica necesitan incorporar la ciencia cognitiva", sostuvo.

También es necesario fortalecer la cultura de equipo: las jerarquías en la sala de operaciones, y la autonomía individual del cirujano no puede estar por encima de la seguridad de los pacientes. Como probaron los famosos experimentos del psicólogo estadounidense Stanley Milgram sobre la obediencia a la autoridad, en la década de 1960, si la responsabilidad es del otro, la propia conducta queda libre de culpa y cargo.

Para el Dr. Vago Anaya, otro factor de riesgo que no hay que soslayar es el déficit de personal: los errores se minimizan si existen recursos humanos adecuados.

"Si la pobre enfermera está haciendo el trabajo de tres, es más difícil que hablemos de desinterés o sencillamente que no le importa el otro. O, en todo caso, la desidia es también de arriba hacia abajo, es decir, de las autoridades que no disponen el recurso humano que hace a la seguridad de los pacientes", advirtió.

De la soledad del cirujano a la consideración del otro

En un artículo reciente sobre "nunca eventos" en cirugías, un cirujano y un anestesiólogo de la India, los doctores Jitendra Kumar y Rajni Raina, citaron un poema de Emily Dickinson (1830 - 1886):[12]

"¡Los cirujanos deben ser muy cuidadosos si empuñan el cuchillo! Bajo sus finas incisiones se agita el culpable: ¡la vida!". Se podría decir que también se agita el riesgo inmanente del error grave.

Un cirujano que confiesa haber intervenido alguna vez un miembro equivocado habló con Medscape en Español bajo condición de anonimato: "Ante la ley y la sociedad, toda la responsabilidad recae en el cirujano, no en el equipo". Y recordó una frase famosa del boxeador argentino Oscar "Ringo" Bonavena: "Todos aplauden. Pero cuando suena la campana, te sacan el banquito y uno se queda solo".

"El que pone la cara es uno. Y en las cirugías, el responsable es el que pone el bisturí", añadió.

La psicoanalista argentina Silvia Bleichmar (1944 - 2007), autora de libros como La Construcción del Sujeto Ético, interpretaba hechos dramáticos causados por actitudes involuntarias, pero con una dosis de desconsideración por el otro, mediante un concepto construido por la filósofa alemana Hannah Arendt: la banalidad del mal. Este término, que se hizo mundialmente famoso por su aplicación a las atrocidades del nazismo, según Bleichmar, hablaba de una total indiferencia ante la vida del otro y, en términos colectivos, a la costumbre frente a cualquier barbarie cotidiana, sintiendo indiferencia aun por atrocidades sobre las que se tiene responsabilidad.

Pero los expertos insisten en que la mayor responsabilidad debe recaer sobre los equipos y los sistemas, no sobre personas individuales. Y que tampoco se deben esperar soluciones simples y mágicas.

Los doctores Kumar y Raina escribieron: "No se puede negar que un día dado, hasta la mejor persona puede cometer el peor error, y no podemos hacer que cada acción sea 100% libre de errores o accidentes.

El complejo sistema del manejo quirúrgico, que requiere de un abordaje multidisciplinario con múltiples niveles de intervención, también lo vuelve proclive al error. En ese escenario, ninguna píldora mágica va a mejorar la seguridad del paciente, sino un enfoque exhaustivo para ayudar a minimizar ese grave problema".