

Error médico: del caso King a un caso actual y recomendaciones de la OMS sobre cirugías seguras

Medical error: From King's case to a current one and WHO's recommendations about safe surgeries.

Daniel Andrés Cáceres-Alpaca¹

La prensa local peruana informó, el 25 de enero de 2010, sobre un caso de error médico en el cual un paciente diabético (JVM), de 86 años, con la pierna derecha gangrenada fue programado para una amputación de ese miembro, en el Hospital Alberto Sabogal de la Seguridad Social (EsSalud) del Callao, pero se le amputó la otra pierna.

Este caso originó una gran campaña de la prensa local, con la consiguiente estupefacción de la comunidad, se aseveró que le habían amputado la pierna 'sana' o 'saludable'. Y, sin conocerse oficialmente las investigaciones ni mediar juicio alguno, los cirujanos traumatólogos fueron suspendidos junto con los otros miembros del equipo quirúrgico. Las implicancias legales de este hecho aún no han finalizado, por lo que se espera mayor información a corto plazo.

El error médico mencionado avisó nuevamente a los políticos oportunistas, quienes con sus declaraciones azuzaron a la opinión pública sobre la 'necesidad' de un seguro contra las negligencias médicas. Todo esto reavivó una sesgada intención del mal llamado 'SOAT médico', que trató de imponerse en el Congreso hace dos años. Por supuesto que, tanto antes como ahora, los *lobbistas* y las compañías de seguros se frotaron las manos.

Lo sucedido nos rememora otro hecho similar acaecido en el pasado reciente.

EL CASO KING

Esto nos remonta al 20 de febrero de 1995, fecha en que ocurrió un caso en Estados Unidos, que suele ser fuente de interés e información en la literatura médica sobre errores en la práctica profesional.^{1,2}

1. Médico internista. Departamento de Medicina, Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Profesor Auxiliar, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se trata del caso de Willie King, un hombre de 51 años de edad, diabético, dependiente de insulina, con insuficiencia vascular avanzada en sus miembros inferiores, sometido a cirugía cardíaca previa, con nefropatía y neuropatía diabéticas, a quien se le indicó la necesidad de una amputación de su pierna derecha. Ambos miembros estaban afectados pero King solo autorizó la amputación de ese miembro debido a los dolores severos que le causaba. La cirugía se desarrolló en el University Community Hospital, en Tampa, Florida, fue realizada por el Dr. Rolando Sánchez, traumatólogo de 53 años de edad, y una serie de errores determinó que al señor King le amputasen la pierna izquierda.

El Dr. Sánchez señaló en su defensa que la pizarra en la que se anotan las operaciones del día en el quirófano, la lista de la coordinación y el sistema computarizado del hospital indicaban que la pierna izquierda debía ser amputada.

Cuando el cirujano entró a sala de operaciones, ya los ayudantes habían esterilizado y puesto los campos quirúrgicos a la pierna equivocada. Poco antes de acabar la cirugía, la enfermera circulante notó que, según la historia clínica, se había cometido un error, pero ya era tarde. El cirujano concluyó la intervención y el señor King fue notificado de lo sucedido en la sala de recuperación.

A partir de esta fecha, se suscitaban campañas e informes a través de la prensa local, que lograron, como pocas veces en la historia de la medicina, que un cirujano fuera tan expuesto a la burla y a la más feroz crítica de la población y las autoridades.

Según su hoja de vida, el Dr. Sánchez tenía un historial impecable: estudió medicina en la *New York University*, fue jefe de residentes y becario de cirugía vascular en



el *New York University Hospital* y profesor asistente de Cirugía y Emergencia en el *Albert Einstein College of Medicine*.¹

Para su defensa, resaltó que todos los documentos existentes señalaban la pierna izquierda y que el aspecto de ambas era igual de comprometidas, con lesiones de insuficiencia vascular y que la amputación de ese otro miembro era cuestión de tiempo.

El fiscal replicó que el Dr. Sánchez no había cotejado los datos con la historia clínica ni con el consentimiento informado que estaban en la historia clínica y que fueron advertidos tardíamente.

Willie King luego tuvo que ser amputado de la otra pierna afectada por la gangrena en otro hospital y requirió rehabilitación por largo tiempo. Declaró a la prensa que no sabía cómo debía ser sancionado el médico y que no creía que este fuera el único responsable, acotó: “Hay un problema en algún sitio, que necesita ser corregido, no sé cual es, ni cómo solucionarlo”.

La presión de los medios fue muy decisiva y por el aspecto mediático, finalmente, se le impuso como sanción al Dr. Sánchez la suspensión temporal de su licencia médica por seis meses y se le calificó como una amenaza para la salud, el bienestar y la seguridad de los pacientes. El señor King fue indemnizado por orden judicial con 900 000 dólares a pagar por el hospital y 250 000 dólares, por el médico.⁽³⁻⁶⁾

Este caso y otro dieron origen a iniciativas a favor de la seguridad del paciente que se somete a intervenciones quirúrgicas.⁽⁷⁾

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS (Resumen de Recomendaciones de la OMS)⁽⁷⁾

En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza fue la formulación de retos mundiales por la seguridad del paciente.

El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la intervención sanitaria. El tema elegido para el segundo reto por la seguridad del paciente fue la seguridad de las prácticas quirúrgicas.

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de traumatismos, cánceres y las enfermedades cardiovasculares, se calcula que en todo el mundo se realizan 234 millones de operaciones de cirugía mayor cada año, lo que equivale

a una operación por cada 25 personas. A pesar del costo-eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo que tiene repercusiones importantes en la salud pública. En países industrializados, se han registrado complicaciones importantes en el 3% al 16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4% al 0,8%, aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5% al 10% en operaciones de cirugía mayor.

En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y los equipos, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades.

El segundo reto mundial, la cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007. El objetivo de este reto fue mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, para lo que definió un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los estados miembros de la OMS.

Se señalan cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos.

El segundo reto intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:

1. Proporcionar información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública;
2. Definir un conjunto mínimo de medidas uniformes (‘estadísticas vitales quirúrgicas’) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica;
3. Identificar un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos;

4. Evaluar y difundir la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

Los cuatro grupos de trabajo definieron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica. Esos objetivos se condensaron en una lista de verificación de una página que los profesionales sanitarios podrán utilizar para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad.

Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

La inclusión de cada medida de control en la Lista de verificación está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable. Muchas de las medidas individuales ya son práctica habitual aceptada en centros de todo el mundo, aunque raras veces se cumplen en su totalidad. Por consiguiente, se insta a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizar la Lista de verificación y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales.

Instrucciones breves sobre cómo utilizar la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía

Es fundamental que el proceso de verificación de la Lista lo dirija una sola persona. Por lo general, el responsable de marcar las casillas de la Lista será una enfermera o cualquier médico que participe en la operación.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una cirugía: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica) y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (salida).

En cada una de las fases, antes de continuar se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Antes de la inducción de la anestesia (entrada), el encargado de rellenar la Lista de verificación confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (pausa quirúrgica) para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos; todos los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

En la salida, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el fun-



cionamiento del instrumental o los equipos y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de sacar al paciente de sala repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento postoperatorio y la recuperación.

La cirugía segura salva vidas es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura. Todos los estados miembros, hospitales o consultorios del mundo y los equipos quirúrgicos fueron invitados a aceptar este reto.

Si bien es cierto que los internistas no operamos, considero que las recomendaciones mencionadas líneas arriba pueden ser muy útiles toda vez que realicemos procedimientos –como toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, artrocentesis, etc.–, que en algunos casos pueden ser de tipo mayor como las endoscopias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Two feet of mistakes, *Medicine: How to police serious errors by doctors?* Newsweek Mar 27, 1995.
2. Cook R, Woods D, Miller C. A tale of two stories: Contrasting views of patient safety. Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998 .
3. Embattled Tampa hospital retrains to scape surgery ban. *The Daytona Beach Sunday News Journal*. April 9 1995, page 2C.
4. Maybe news story was left without leg to stand on. *Rome News-Tribune* Apr 4, 1995.
5. Report: Hospital cut safeguards. *St. Petersburg Times*. St. Petersburg, Fla. Apr 7, 1995.
6. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *NEJM* 2002;347(24):1933-40.
7. La cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud, 2008. URL disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/>

Correspondencia a: Dr. Daniel Andrés Cáceres Alpaca
correo electrónico: mailcaceres@yahoo.es

Fecha de recepción: 23-02-10.

Fecha de aceptación: 02-03-10.