



ERRORES DE LOS RESIDENTES EN LA ELABORACIÓN DEL PARTE QUIRÚRGICO/ ERRORS OF RESIDENTS IN THE DEVELOPMENT OF SURGICAL PART

V. Leyton¹, M.E. De Armas¹, A. Coturel², C. Ocampo³.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH - CABA.

1. Residente de Cirugía General.

2. Jefe de Residentes de Cirugía General.

3. Jefe de Servicio.

RESUMEN

El protocolo operatorio es el documento fundamental de constancia del procedimiento quirúrgico realizado, tanto desde el punto de vista médico como legal.

Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, con el fin de detectar los errores en la confección del parte quirúrgico por residentes de cirugía general y establecer cuáles son los más frecuentes. Para ello se solicitó a 66 residentes de cirugía completar dos partes quirúrgicas cada uno de diferentes casos clínico quirúrgicos determinados (132 partes).

Del total de partes quirúrgicas completados sobre la hernioplastia programada en el 100% no se mencionó el recuento de gasas, 40% no se indicó si se requirió algún tipo de transfusión, 36,3% no se completó si fue o no necesario enviar material para anatomía patológica, 22,7% no se colocó la fecha de la intervención, en el 18,1% faltó incluir algún miembro del equipo. En el parte quirúrgico de laparotomía exploradora en el 41% de los partes no se mencionó la fecha de la intervención quirúrgica, 30,3% no se mencionó si se envió material para anatomía patológica, el 22,7% se omitió algún miembro del equipo quirúrgico, en el 16,6% no se menciona el evento ocurrido con el recuento de gasas.

La elaboración del parte quirúrgico es realizado principalmente por residentes de cirugía, su elaboración errónea puede tener consecuencias médico legales. Debe ser supervisado por cirujanos ya formados.

ABSTRACT

Background: The operating protocol is the fundamental document of evidence of surgical procedure performed, both medically and legally. Objective: To detect errors in the preparation of the surgical part by residents of general surgery. Establish which are the most frequent errors. Design: Observational, prospective study. Method: 66 surgical residents were asked to complete two surgical parts each different surgical clinical cases determined (132 parts).

Results: Of the total of completed surgical hernia repair parts on the program in 100% gauzes count was not mentioned, 40% not indicated whether any transfusion was required, 36.3% did not complete or if it was not necessary to send material for pathology, 22.7% the date of the intervention was not placed in 18.1% failed to include a team member. In the surgical part of exploratory laparotomy in 41% of the parties of the date of surgery was not mentioned, 30.3% did not mention whether the material was sent for pathology, 22.7% a team member was omitted surgical, 16.6% occurred with no gauzes event count mentioned.

Conclusion: The preparation of the surgical part is performed mainly by surgical residents, their erroneous medical preparation can have legal consequences. It must be supervised by surgeons already formed.

Keywords: Professional Misconduct, Legislation as Topic.

Recibido: 24/04/2015

Aceptado: 05/08/2016

Los autores no declaran conflicto de interés.

Contacto: vanyley@outlook.com

INTRODUCCIÓN

El protocolo operatorio es, desde el punto de vista médico como legal, el documento fundamental de constancia del procedimiento quirúrgico

realizado¹. Un Protocolo quirúrgico leído por un cirujano que no ha participado en la operación tiene que situarlo exactamente como si hubiese estado dentro del quirófano².

Según Lazzarino, los protocolos quirúrgicos son realizados por médicos residentes en el 75,6% de los casos³ y según lo descrito por Tolino llega al 96%⁴. Su elaboración implica detalle objetivo y completo de las acciones realizadas en el acto quirúrgico, que pueden además servir para base de fu-



turas investigaciones científicas, como así también, litigios de diferente orden.

Los médicos residentes tienen una gran responsabilidad a la hora de completar un parte o protocolo quirúrgico, y siempre debería estar supervisado por el especialista cirujano que participó en el procedimiento.

OBJETIVOS

Detectar los errores en la confección del parte quirúrgico por residentes de cirugía general. Establecer cuáles son los errores más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño fue observacional, prospectivo. La población que se tomó fue constituida por todos los residentes de Cirugía General de los Hospitales Municipales la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA						
PACIENTE					H.C. Nº	
SERVICIO					CAMA Nº	
CIRUJANO Dr.						
AYUDANTE Dr.				ANESTESISTA Dr.		
AYUDANTE Dr.				INSTRUMENTADORA		
AYUDANTE Dr.				TRANSFUSIONISTA		
ANESTESIA						
TRANSFUSION						
ANATOMIA PATOLOGICA						
FECHA			HORA DE INICIACION		HORA DE FINALIZACION	
DESCRIPCION						

Figura 1: Hoja de Parte quirúrgico Hospital Cosme Argerich.

durante febrero de 2016. Se incluyó una muestra al azar de 66 residentes de 1° a 4° año. Se solicitó completar formularios de parte quirúrgicos utilizados en CABA sobre dos situaciones quirúrgicas determinadas (132 partes quirúrgicos):

1. Hernioplastia inguinal programada, con reparación según técnica de lichtenstein.
2. Laparotomía por herida de arma de fuego, en la cual se realizó gastrectomía y colecistectomía, requiriendo transfusión de sangre, y con un recuento de gases incorrecto, por lo que se revisó la cavidad y se realizó radioscopia.

La hoja de parte quirúrgico utilizado tiene espacios preestablecidos para completar los datos del paciente, el equipo quirúrgico, fecha y hora de la cirugía, anatomía patológica, tipo de anestesia, transfusiones, y cuenta además con un espacio para completar con la descripción de la intervención quirúrgica.

RESULTADOS

En el parte quirúrgico de hernioplastia programada en el 100% de los casos no se mencionó el recuento de gases, en el 40 % no se indicó si se requirió algún tipo de transfusión, 36,3 % no se completa si fue o no necesario enviar material para anatomía patológica, 22,7% no se colocó la fecha de la intervención, en el 18,1 % faltó incluir algún miembro del equipo.

Error/Omisión	Caso 1	%
Recuento de gases	66	100
Transfusión	27	40,9
Anatomía patológica	24	36,3
Fecha	15	22,5
Servicio	12	18,1
Miembros del equipo	12	18,1
Hora inicio-fin	6	9

Tabla 1. Porcentaje de errores/ omisiones en el parte quirúrgico de hernioplastia inguinal.

En el parte quirúrgico de laparotomía exploradora en el 41% de los partes no se mencionó la fecha de la intervención quirúrgica, 30,3 % no se mencionó si se envió material para anatomía patológica, el 22,7% se omitió algún miembro del equipo quirúrgico, en el 16,6 % no se menciona el evento ocurrido con el recuento de gases.

Error/Omisión	Caso 2	%
Fecha	27	41
Anatomía patológica	20	30,3
Miembros del equipo	15	22,7
Recuento de gases	11	16,6
Servicio	11	16,6
Hora inicio-fin	4	6

Tabla 2. Porcentaje de errores/ omisiones en el parte quirúrgico de hernioplastia inguinal.

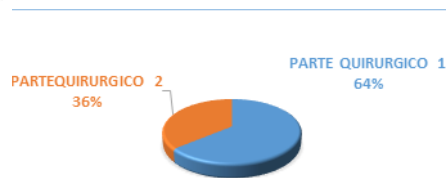


Figura 2. Porcentaje de errores/ omisiones según parte quirúrgico: se observa mayor porcentaje de errores en el procedimiento de menor complejidad.

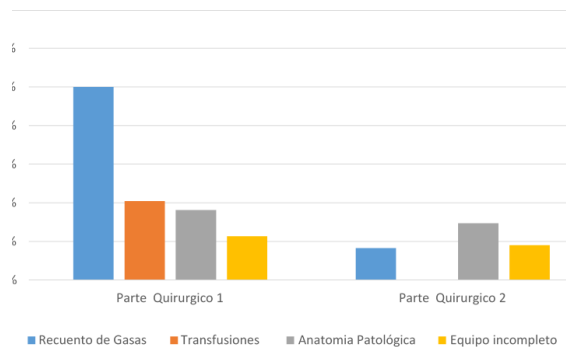


Figura 3. Comparación entre partes quirúrgicas y errores más frecuentes.

DISCUSIÓN

El parte quirúrgico es uno de los componentes más importantes de la historia clínica de un paciente asistido en el servicio de cirugía², reducir el error en su elaboración puede prevenir faltas y esclarecer circunstancias que rodean a la atención médica del paciente, mejorando la calidad de atención quirúrgica y la educación continua de los cirujanos. Para ello debe cumplir con las siguientes funciones⁷:

- Intercomunicación de médicos tratantes.
- Elemento docente para la enseñanza de procedimientos quirúrgicos.
- Información al paciente.
- Instrumento para eventual litigios.
- Mecanismo administrativo.

El médico residente es el principal efector de los protocolos quirúrgicos, 89% según Ferreres².

Aunque el médico residente de cirugía se encuentra bajo un proceso de aprendizaje sistemático, de responsabilidad progresiva y creciente, en el art. 13 de la Ley de Ejercicio Profesional 17132/67, se establece que debe responder por su responsabilidad profesional médica desde el momento en que ha obtenido su matrícula profesional, ya que a partir de ese momento, se encuentra en condiciones de ejercer su profesión de médico de manera autorizada, por lo que se establece que "la ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al residente en cumplimiento de los programas de residencia, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional, sin perjuicio de la que eventualmente pueda recaer sobre el instructor que hubiera dispuesto su realización". Ley Nacional N° 22127/79, art. 16⁵.

Ferreres destaca en su trabajo prospectivo comparativo de elaboración de partes quirúrgicos la diferencia de apreciación entre un cirujano en formación de otro ya formado, siendo llamativo que ningún residente especificó el conteo de gasas, al igual que en el presente trabajo en el caso número 1 (100%), y en el 11% del segundo caso; probablemente por desconocimiento de las implicancias médico legales

de un obli. La ley interpreta este error como culpa por omisión; el médico es el garante del control y fiscalización del equipo humano que lo acompaña⁶.

CONCLUSIÓN

La elaboración del parte quirúrgico es una tarea llevada a cabo principalmente por médicos residentes, quienes en el caso de elaboración errónea del mismo pueden tener consecuencias médico legales.

Es esencial que esta tarea este supervisada por cirujanos ya formados, garantizándose las funciones que dicho protocolo debe cumplir.

BIBLIOGRAFÍA

- Rostin CO, Confección de protocolo quirúrgico Cap. 4 1997.
- Ferreres A, Carlucci D, Lomónaco C, et al. Investigación Prospectiva de 200 protocolos quirúrgicos, Rev Argent Cirug 2005;88 (1-2):55-62.
- Lazzarino C, Viglione F, Ciano A, et al. Errores en la confección de los partes quirúrgicos: Responsabilidad profesional del residente de Cirugía. Rev. Arg. Res. Cir 2013; 18(2): 17-24.
- Tolino MJ. La historia clínica y el protocolo quirúrgico. Rev Argent Resid Cir. 2008; 13:45-8.
- Ferreres A. Responsabilidad civil y penal del médico cirujano. Enciclopedia Cirugía Digestiva F.Galindo y colab. www.sacd.org.ar 2014 Tomo I.102:1-17.
- Manrique et al. Oblito: Incidencia, consecuencias médicas, legales y éticas. Rev. Argent. Cirug. 2003; 85 (1-2) 31-35.
- Friedell MT. The operative record. Int Srug 1976; 61 (6-7): 326.
- Ferreres A, Schiavo H, Baldomar J, et al. El Protocolo Quirúrgico: su análisis médico-legal. Rev Argent Cirug 2003; 84 (1-2): 55-6.