

Errores Quirúrgicos

R. Brühl-Day, DVM (Hons), Ch.Dipl. S.A. Surgery; Dipl. CLOVE, Ed.D.

St. George's University-School of Veterinary Medicine

St. George's, Grenada – West Indies

rbruhl-day@sgu.edu

Los errores en cirugía de emergencias pueden dividirse en dos grupos, aquellos debidos a la condición humana y aquellos debidos a la condición profesional. Ambos se cruzan en algún punto. Los errores pueden empezar tan pronto como se comienzan a transitar los primeros pasos hacia un diagnóstico. Todo paciente debe tener un historia (reseña y anamnesis) tan precisa como sea posible. Esta información será de gran ayuda para comprender algunos de los procesos clínicos subyacentes en el paciente (i.e. un paciente de meses de edad extremadamente delgado puede estar indicando que nunca tuvo un análisis de material fecal realizado ni fue desparasitado adecuadamente) y puede entonces marcar el rumbo hacia un tratamiento no quirúrgico. Pero debe tenerse en consideración que una buena historia clínica no reemplaza una acción médica correcta. Una buena ficha clínica sin el soporte de un buen diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente es simplemente un artefacto. El objetivo principal esta en la apropiada atención médica y lo complementario esta representado por la historia clínica, la cual es el reflejo del actuar del profesional. Esta servirá entonces como referencia ante un caso similar, tendrá el valor legal que requiere la ley o bien será un caso ejemplo para estudio. Ocasionalmente el mejor procedimiento quirúrgico es el que no se realiza, pero como cirujanos sabemos que podemos enfrentarnos con un error realizado por uno mismo o por otro colega, el cual de igual manera debe resolverse para lograr el mejor resultado posible para el paciente.

La estabilización del paciente debe preceder siempre que sea posible a la intervención quirúrgica. Estará en el cirujano el poder evaluar cuando es la mejor oportunidad para llevarlo a cabo. La experiencia juega un rol importante ya que permitirá determinar si uno posee las habilidades quirúrgicas necesarias para realizar una intervención, derivar el caso por su complejidad o buscar una segunda opinión con un colega de referencia. El cirujano debe conocer sus limitaciones acorde con su experiencia y las habilidades que demuestra, es importante para desarrollar la autocritica y poder evaluar mejor la ejecución o la manera como un procedimiento debe ser llevado a cabo, motivando así la corrección de errores que pudieren haber pasado inadvertidos para otros. Cada procedimiento quirúrgico debe ser analizado, evaluado y planeado con anterioridad suficiente, dentro del margen posible de la emergencia. El planeamiento puede salvar tiempo valioso para el paciente cuando se enfrenta una complicación en

medio de un procedimiento quirúrgico sencillo o complicado. La pérdida de “segundos valiosos” puede llevar a complicaciones mayores eventualmente con perjuicio para el paciente.

Cuando se determina el riesgo quirúrgico, no debe perderse de vista el balance de los supuestos beneficios ante el potencial de crear una injuria mayor al paciente. La cirugía debe entenderse como la toma de acción para hacer posible una solución a un problema médico, sea ésta la remoción completa de una neoplasia, aliviar una obstrucción intestinal o simplemente ofrecer al paciente una mejor calidad de vida. Llevar a cabo una cirugía y dejar al paciente en las mismas condiciones, o a veces en peores no tiene justificativo alguno. Algunos veterinarios no saben como o cuando derivar un caso quirúrgico, a veces por un falso sentimiento de culpa (“alguien va a saber que cometí un error, o que no supe como tratar este caso”, que vergüenza...) Este escenario puede llevar a la falta de derivación.

Y quien piensa en el paciente? El es nuestro objetivo primario y por ello debe estar por encima de cualquier falso sentimiento. A veces el veterinario no sabe como o no puede derivar debido a problemas de distancia, situaciones económicas u otra razón que la realidad económica y/o social que cada país presenta. Algunos cirujanos no buscan la mejor solución para el problema de su paciente y tratan de resolverla de “la mejor manera posible”. En muchos países adonde la situación económica puede influir en la tarea diaria del profesional, el error puede emerger debido a limitantes económica. Esto es algo difícil de comprender a veces por colegas de países desarrollados, pero una realidad para aquellos que tratan de realizar lo mejor en esas circunstancias. La audacia puede estar presente en aquellos casos en los que hay una preparación defectuosa para trabajar con o en un equipo quirúrgico. Esta misma audacia es la que puede llevar a no consultar con profesionales más experimentados. El cirujano debe considerar sus habilidades, experiencia e interés como cirujano antes de comenzar el procedimiento. De esta manera pueden anticiparse problemas que tendrán lugar durante, o a posteriori del acto quirúrgico. El cirujano es también responsable por los aspectos generales y conceptuales que tienen lugar a su alrededor, que sus asistentes estén en el lugar acordado y realizando la tarea encomendada. El adecuado posicionamiento del paciente en la mesa de cirugía puede salvar tiempo y dificultades en algunos procedimientos quirúrgicos. No debemos olvidar la “industria del litigio” que varía según los diferentes países. En la mayoría es el propietario el que debe demostrar la mala praxis del veterinario y no el médico su inocencia. De cualquier manera ésto no es excusa suficiente para no realizar la mejor tarea posible para evitar o prevenir un error quirúrgico.

En la etapa preoperatoria podemos enfrentarnos a conclusiones erróneas por un deficiente o incompleto examen físico, inadecuados resultados de laboratorio, o como consecuencia de la falta de conocimientos tener problemas para interpretar apropiadamente los datos de los análisis clínicos. Deben considerarse alternativas al plan quirúrgico primario en caso de que no funcionara como fue planeado. Debe en cuenta el plan apropiado para la patología apropiada (i.e. un perro con otitis crónica recidivante

no se beneficiará mayormente con una operación de Zepp, es mejor optar por una ablación total del canal auditivo). Que hacer con los métodos auxiliares de diagnóstico como radiografía, ecografía? Cuando y como sacar un radiografía ante un paciente en emergencia? Un paciente traumatizado no necesita una radiografía de urgencia tan pronto como es presentado a la consulta. Inicialmente debemos determinar la condición de ese paciente antes de pedir una “fotografía”. No saber leer una radiografía adecuadamente puede llevar a errores si se carece del entrenamiento necesario. No solicitar un adecuado número de radiografías (i.e. posibilidad de metástasis) o diferentes posiciones puede ocultar alguna otra patología presente y no tan obvia (i.e. hernia paracostal asociada a una ruptura de diafragma). Es sabido que lo que una radiografía muestra puede estar separada de la manifestación clínica de una patología o sus signos clínicos (i.e. neumonía, contusión pulmonar). Pero lo que no debemos olvidar es que, aun ante un muy buen reporte radiológico o ecográfico, no tratamos imágenes sino pacientes.

Dentro del riesgo anestésico se deberá tener en cuenta no solo la edad y la condición general, sino que también el estado físico en el cual se ha presentado y en el que se encuentra luego de una evaluación/estabilización inicial ya que pueden influir en la recuperación posoperatoria. El ayuno insuficiente puede poner al paciente en el camino a una neumonía por aspiración y la finalización prematura de un acto quirúrgico. Diferente es la circunstancia en la emergencia adonde ésta situación deberá resolverse de acuerdo con protocolos preestablecidos para evitar errores adicionales.

Ocasionalmente la intervención debe prolongarse e ignorar que el riesgo de infección se duplica cada hora a partir de la incisión inicial, o desconocer la clasificación de las heridas quirúrgicas relacionadas con el grado de contaminación puede afectar seriamente un acto quirúrgico que de otra manera sería exitoso. La tasa de infección en una intervención que dura menos de una hora y media, en la cual no se utilizan antibióticos es del 1,6%; en tanto que para aquellas que duran más del tiempo mencionado es del 8%. Con el uso de antibióticos en forma profiláctica en el primer grupo la tasa de infección es del 0,8%, en tanto que para el segundo es del 3,3%. Cuando las complicaciones se originan debidas a alguno de los aspectos del error mencionados anteriormente, algunas veces se suma la falta de conocimiento sobre como resolverlos adecuadamente, lo que puede conllevar a mayores inconvenientes.

La preparación incompleta del campo operatorio (tricotomía, lavado, etc.) pueden crear circunstancias desfavorables durante la intervención si se necesita extender la incisión o eventualmente esto adiciona más contaminación durante la misma. Una esterilización defectuosa, así como deficiencia en los controles de esterilización o un almacenado prolongado de la lencería o el instrumental quirúrgicos pueden llevar a potenciar un error. Todo el instrumental debe ser controlado previo a la intervención para estar familiarizado especialmente con aquel de carácter especial necesario para un procedimiento exitoso; como por ejemplo los dispositivos para mantener una adecuada normotermia. Los reportes de quemaduras por dispositivos para incrementar las temperaturas corporales del paciente, así como falla de los

electrodos dispersivos de las unidades electroquirúrgicas abundan en la literatura médica y legal. El uso de un instrumento equivocado, especialmente en una intervención delicada, puede llevar a una técnica defectuosa o a una falta de manejo delicado de los tejidos. No saber como utilizar apropiadamente el instrumental (i.e. separador de Balfour), tanto como la falta de mantenimiento son otros factores que se combinan en el camino al fracaso. Ha sido bien definido que todo material de sutura es un cuerpo extraño, por ello el material debe ser elegido cuidadosamente. Como cirujanos sabemos que no es lo mismo el uso de una aguja atraumática al suturar que utilizar una con doble pasada del material de sutura a través de ojo de la aguja. El trauma microscópico puede sumar mas injuria tisular. El tamaño debe ser el mínimo para brindar la sujeción necesaria de los tejidos y mantener a su vez la reacción por cuerpo extraño en su mínima expresión. Aquí aparece la técnica de anudado defectuosa, haciendo los nudos muy apretados debido a la falta de manejo sobre cuanta tensión debe ponerse o a la falta de confianza en la técnica individual.

Entre otras razones que pueden generar un error quirúrgico podemos incluir la falta de conocimiento adecuado de la anatomía regional y quirúrgica, las que pueden conducir a una técnica defectuosa o inapropiada (i.e. ruptura del diafragma pélvico o “hernia perineal”), adonde la distorsión anatómica producida por la patología misma puede llevar a equivocaciones si no se conoce bien el área. También lo es operar a través de incisiones “en ojo de cerradura”, adonde no hay una adecuada exposición y visualización de los tejidos u órganos. El manejo rudo de los tejidos está a menudo asociado a la falta de instrumental y conocimientos anatómicos adecuados. El conocimiento insuficiente de la técnica quirúrgica en sí misma puede también ser la causa que lleva al error quirúrgico. Esto esta directamente relacionado con la formación, el entrenamiento y la actualización. Nuevas y más seguras técnicas quirúrgicas aparecen en forma permanente, producto de la investigación, el ensayo en laboratorio y desarrollo de nuevos instrumentos. El no actualizarse o no capacitarse convenientemente es una forma de errar si se lo asocia a algunos nuevos procedimientos o técnicas quirúrgicas (i.e. laparoscopia, cirugía de invasión mínima).

Cuando se realiza una biopsia se puede tomar una muestra equivocada, incompleta, o bien del lado erróneo. Un margen de seguridad insuficiente puede llevar a la recidiva de una neoplasia. No hacer opcional el análisis histopatológico de un tejido, al incluirlo en el costo del procedimiento evita los errores en cuanto a un diagnóstico definitivo se refiere y que influye en el pronóstico. No podemos dejar de mencionar el olvidar remover una sutura en jareta en la región anal cuando se ha reparado una hernia perineal.

Un error mínimo por no observar puede llevar a un problema mayor, tal y como el bregar con espacios muertos. Cuando, donde y que tipo de drenajes deben ser utilizados para prevenir los seromas posoperatorios, una eventual dehiscencia o eventualmente una evisceración? Cuando se dejan coágulos en

abundancia, tejidos traumatizados o desvitalizados el nivel de contaminación necesario para tener una infección se reduce dramáticamente. Se sabe que un nivel de hasta 10^5 microorganismos por gramo de tejido es considerado contaminación y 10^6 es infección. Como ejemplo, los restos de arcilla (i.e. paciente arrastrado sobre un camino luego de haber sido atropellado) dejados en una herida traumática luego de haber sido lavada y debridada pueden llevar a solamente a una cantidad de 10^2 microorganismos por gramo de tejido necesarios para tener una infección de la herida. La falta de lavado y aspiración es considerada un error en algunos procedimientos exploratorios de cavidades contaminadas.

En el posoperatorio, el monitoreo de las heridas para corregir problemas por edema, una inflamación que se prolonga, el incremento de la temperatura local o general del paciente, un excesivo lamido o mordido de un área son signos de alarma que no deben ser ignorados. Cualquier incremento de estos signos que persiste hasta los 4-5 días del posoperatorio pueden llevar a una dehiscencia y/o infección de la herida. Debe ser tenido in mente que la falta de medicación para controlar el dolor puede mostrar un camino similar que lleva a la automutilación, remoción temprana de drenajes, vendajes o puntos de sutura. Un vendaje apretado también puede llevar a la automutilación debido a isquemia y/o dolor. Como reconocer el dolor en el paciente en recuperación? La agitación, vocalización, temor a moverse, o agresividad son signos que pueden reflejar dolor en el paciente. La limpieza diaria de una herida permitirá una rápida evaluación sobre como esta cicatrizando o la detección temprana de una potencial complicación. Debe recordarse que algunos procedimientos producirán secreción y es importante saber explicar como debe ser higienizada el área para evitar la queja de un propietario (i.e. como cuando se utiliza un fijador externo en la interfase clavo/piel se acumula una secreción de tipo similar a pus; la explicación como el propietario debe cuidar la zona en forma sencilla evitará complicaciones ulteriores). El uso racional de antibióticos impedirá el desarrollo de formas microbianas cada vez más resistentes. La toma de muestras para un cultivo y antibiograma debe ser la norma. El abuso de antibióticos no debe ser utilizado para ocultar los errores cometidos quirúrgicamente. Cuando se considera una infección presente se debe realizar inicialmente una evaluación profunda del paciente y la herida. Esto brindará la experiencia necesaria para el manejo adecuado de la misma y la oportunidad de éxito.

La nutrición ha sido la estrella de lo ultima parte de la década de los 90's. Tal y como se dice "si el intestino trabaja, úselo". Es por ello que la nutrición enteral debe ser reiniciada cuanto antes para prevenir injurias colaterales en algunos casos (i.e. atrofia de las vellosidades intestinales). No calcular la posibilidad de colocar una sonda para nutrición antes del cierre de la cavidad abdominal puede ser un error a lamentar en el posoperatorio o la razón de una nueva e innecesaria anestesia.

La remoción de catéteres, drenajes, sondas y puntos de sutura debe ser bien planeada para evitar otras complicaciones postoperatorias (i.e. estenosis de un nuevo stoma, flebitis, recidiva de una colecta de

fluido, etc.). Es frecuente observar la falta de cuidado de catéteres, sondas, gasas dentro de una cavidad o una sonda que se “anuda” en la vejiga cateterizada después de haber cerrado la cavidad abdominal. Esto es a veces un hallazgo incidental cuando se toma una radiografía de control.

No es mandatorio para el profesional el lograr un diagnóstico pero si hacer todo lo posible de su lado para obtenerlo, contribuyendo para ello con su conocimiento, su análisis clínico y habilidades, así como el recurrir ocasionalmente a la ayuda de colegas con mayor experiencia. La falta de cuidado o la negligencia no deben ser protegidas con la justificación del error. La adhesión estricta a los principios de la cirugía moderna (asepsia, hemostasia, manejo delicado de los tejidos y adecuada exposición) es un excelente aspecto a tener en cuenta para comenzar a evitar los errores pre, intra y postoperatorios.