

1 Aspectos generales de los procedimientos

José M. Ceriani Cernadas

Los procedimientos constituyen uno de los actos de mayor responsabilidad en la actividad médica asistencial. Forman parte de una serie de condiciones de los profesionales, en especial conocimientos, habilidades, compromiso ético y responsabilidad. Enfocaremos tres aspectos generales que, a nuestro juicio, engloban los puntos principales a tener en cuenta en la ejecución de los procedimientos.

A. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

En todos los órdenes del cuidado médico uno de los aspectos esenciales es el adecuado entrenamiento del personal. En los procedimientos este punto es básico y fundamental ya que los profesionales a cargo del cuidado de los pacientes deben adquirir las habilidades necesarias para la ejecución correcta de las técnicas.

El tema es muy delicado y ha merecido mucha atención en la literatura médica porque el aprendizaje se efectúa principalmente con el paciente. Esto justifica que la enseñanza de las prácticas médicas merezca una consideración especial, ya que comprende múltiples aspectos relativos a los preceptos éticos, que son los que deben guiar todo acto médico. Es absolutamente necesario que el entrenamiento sea progresivo y muy riguroso en su cumplimiento. Es un imperativo ético no realizar un procedimiento sobre un paciente si no se está capacitado y no se tiene la supervisión de otro profesional con más experiencia, al menos en la etapa de aprendizaje. Los conceptos teóricos son importantes para conocer bien las indicaciones y riesgos, pero la habilidad manual para la aplicación del método constituye todo un desafío de la enseñanza en Medicina.

Es necesario que el entrenamiento sea planificado con la debida prudencia, teniendo en cuenta siempre la enorme responsabilidad que implica la realización de una técnica sobre el paciente, en especial las invasivas. Lamentablemente esto no suele cumplirse en forma estricta y a menudo se observan profesionales que con escasa experiencia realizan procedimientos, con el riesgo de producir en el paciente perturbaciones

serias. En estos casos tienen tanta responsabilidad sus superiores como el mismo profesional. En los programas de la residencia médica es común que no estén señalados los aspectos del aprendizaje de las habilidades. Esto tal vez sea más crítico en pediatría y en especial en los recién nacidos, en los que muchos procedimientos presentan una mayor dificultad y requieren un entrenamiento extremadamente riguroso.

Todo Servicio de Neonatología debe tener planificado este aspecto, tanto en el caso de las enfermeras como en el de los médicos, a fin de que el sistema de aprendizaje de las prácticas sea apropiado. Debemos tener siempre presente aquella antigua frase "Primum non nocere", ante todo no producir daño, para que en todo momento guíe nuestra responsabilidad.

B. SEGURIDAD

Los errores ocurren en todos los órdenes de la vida ya que forman parte de la condición humana. Cotidianamente se encaran múltiples acciones y se toman varias decisiones, pero al mismo tiempo se cometen numerosos errores. Los motivos son diversos y muy complejos y no están aún bien definidos los mecanismos que intervienen.

Los esfuerzos que se realizan para la prevención de los errores en la práctica médica tienen, lamentablemente, el modelo de la infalibilidad, que es el estilo que predomina en la profesión médica. Habitualmente se sigue la siguiente premisa: *"si los médicos y los enfermeros están adecuadamente entrenados y poseen suficientes conocimientos, no cometerán errores"*. Nada más alejado de la realidad, ya que los errores ocurren aun en los más capaces. En forma inapropiada el error suele considerarse como debido a que indefectiblemente alguien cometió una falla, sea por no prestar adecuada atención o no tener el suficiente cuidado de evaluar si lo que se está haciendo es lo correcto. El castigo a esto suele ser el oprobio y el desprestigio entre sus pares.

Asimismo, el abordaje médico en la prevención del error es reactivo y los errores se descubren en forma habitual cuando producen una lesión o daño en el paciente. Las medidas correctivas tienden en general a enfatizar el aspecto individual, sin buscar ni profundizar las causas subyacentes. No suele observarse las condiciones de trabajo, entre ellas si tienen a su cargo muchos pacientes, si el horario es demasiado extenso, si hay problemas personales, etc. En general las medidas correctoras son de forma y no de fondo y no hay un abordaje integral.

Los estudiosos del error humano, pertenecientes en su mayoría a la psicología cognitiva, disienten con ese modelo imperante. El error es parte de la actividad humana y muchas veces está más allá del control de los individuos. Es imperioso reconocer que tanto el sistema como las personas contribuyen al problema y que es necesario entonces imple-

mentar estrategias con un enfoque amplio, que será lo más efectivo para lograr una disminución de los errores.

Uno de los aspectos primarios para alcanzar resultados en la prevención es producir un cambio en el estilo y los hábitos. Parece claro que si los médicos, las enfermeras y otros miembros del Hospital quieren reducir errores en el cuidado de los pacientes, se requerirá que modifiquen la forma de pensar y actuar acerca de los errores. Esto significa dejar el modelo punitivo clásico y aceptar que somos falibles y que por ende inevitablemente nos vamos a equivocar. De esa forma el error será visto desde otro punto de vista y las estrategias incluirán no solo las medidas individuales, sino también los aspectos generales del sistema.

Con relación a los procedimientos deben tenerse en cuenta los siguientes puntos:

- Identificar los posibles errores en los procedimientos, sobre todo los que ocurren con mayor frecuencia y los que pueden producir daño
- Delinear los pasos necesarios para prevenir o disminuir los errores
- Proporcionar a los profesionales jóvenes una instrucción muy rigurosa, teórica y práctica, antes de permitirles efectuar los procedimientos
- Realizar una supervisión estricta, muy en especial cuando se aprenden nuevos procedimientos
- Enfatizar en todo momento que “Una práctica segura es tan importante como una práctica efectiva”

La multiplicidad de mecanismos y causas implicados en los errores motiva que no haya normas universales para reducirlos. Aplicar métodos en cada paso del sistema como recursos, enseñanza, controles y entrenamiento y desarrollo operacional de los procedimientos logrará disminuir los errores.

C. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

El consentimiento podría definirse como una declaración de voluntad efectuada por el paciente; que en el caso de recién nacidos y niños pequeños son los padres, los que deben asumir esta responsabilidad. Ellos son, luego de que se les ha brindado suficiente información con respecto a la enfermedad o padecimiento de su hijo, los que deciden prestar, o no su conformidad para el tratamiento o procedimiento propuesto por el médico.

Más allá de los términos formales de esta definición, el consentimiento está inmerso en un aspecto de gran trascendencia: la relación médico-paciente, que principalmente incluye comunicación, confianza y em-

patía entre ambas partes. Este aspecto constituye uno de los pilares de la medicina, una disciplina cuyo objetivo esencial es velar por el bienestar de los pacientes. El concepto de la relación y la confianza entre el médico y sus pacientes es tan antiguo que ya estaba señalado por Hipócrates y sus discípulos hace más de 2.000 años; sin embargo, ha sufrido a lo largo del tiempo importantes y sustanciales cambios.

Durante muchos años el modelo médico preponderante fue el *pater-nalista*, en el que casi todas las veces el médico decidía lo que había que hacer, sin dar mayores explicaciones y sin atender, o conocer, los deseos y las necesidades de los pacientes o de los padres en el caso de los niños pequeños. Esta conducta no significaba que los médicos obraran mal voluntariamente, solo que esa era la forma de relación con sus pacientes y la mayoría de los profesionales y de la gente lo aceptaba como lo más conveniente.

Este modelo comenzó a declinar en los últimos cincuenta años, pero aun persiste en ciertas comunidades y en algunas disciplinas médicas más que en otras. El deterioro de ese modelo responde a múltiples causas, entre ellas una mejor información de la gente y un creciente cuestionamiento de las decisiones médicas. Por ende, y como consecuencia de esto, entre otros varios motivos se comenzó a observar un incremento progresivo de las acciones legales contra los médicos.

En forma casi simultánea la profesión médica comienza a requerir un espacio filosófico para reflexionar sobre sus acciones y se desarrolla entonces la ética médica en la que se destaca, entre otros, el concepto de autonomía como un elemento fundamental de los derechos de los pacientes.

A través de estas transformaciones fue surgiendo la necesidad de que el paciente otorgara en forma explícita su consentimiento para el tratamiento propuesto e incluso pudiera optar entre diversas propuestas.

No obstante, el consentimiento sigue constituyendo, en el pensar de la mayoría, una resultante natural de la buena relación y comunicación entre el médico y su paciente. Si esa relación se desarrolla en una atmósfera abierta y cálida, donde las explicaciones del tratamiento o procedimiento a efectuar (con sus beneficios y riesgos), son claras, concisas y verídicas; el paciente se sentirá comprendido y realmente tendrá de modo espontáneo la oportunidad de poder intercambiar opiniones, preguntar, y asentir, si así lo entiende. Este consentimiento expresado en forma verbal fue durante muchos años, y aún hoy lo es en ciertos ámbitos, un elemento más que suficiente para respetar la autonomía de los pacientes y sellar un "contrato" tácito entre ambas partes en un marco donde priva la confianza mutua.

Sin embargo, cada vez más se está imponiendo otra modalidad, en la que el médico explica al paciente las características del tratamiento elegido, con sus probables riesgos y beneficios, pero este último debe, antes de que se efectúe el procedimiento, firmar un formulario, en gene-

ral inútilmente extenso y complejo. Esto ocurre ya que existe entre las partes (o en la institución médica donde el paciente se atiende) la suposición de que el consentimiento oral va a ser insuficiente ante un reclamo legal. Sin embargo, esta creencia de que lo que está escrito constituye una salvaguarda ante un posible juicio de mala praxis no es cierta. Legalmente no está estipulado que así sea y no hay jurisprudencia que lo haya establecido, como tampoco se ha definido qué grado de responsabilidad profesional le corresponde a la ausencia del consentimiento escrito. Estos puntos resaltan aun más el hecho de que, más allá de los aspectos legales, el consentimiento es un elemento propio de la buena relación del médico con su paciente. Por otra parte es interesante destacar que al denominar el consentimiento como "informado", estamos refiriéndonos a un proceso en el cual, a través de entrevistas adecuadas, el médico junto con su equipo les da a los padres la mayor y mejor información. Se debe tratar de que ellos tengan el tiempo para decidir y no pretender que se defina luego de una sola explicación. Cuando ocurre esto último, en general la información es deficiente y la relación entre las partes es inapropiada, por lo que el consentimiento, sea cual sea fuere su forma, verbal o escrito, tiene poco valor y no es éticamente aceptable.

Asimismo, debemos tener en todo momento presente que disponer de una adecuada información sobre el padecimiento y la terapéutica respectiva a que es sometido su hijo es un derecho de los padres y no un mero trámite con finalidades de salvaguarda legal. Lamentablemente en el presente muchas veces es necesario dejar constancia escrita de que se respetan los derechos de la persona, ya que éstos suelen no ser tenidos en cuenta.

¿Cuándo es necesario solicitar consentimiento?

En Neonatología hay múltiples procedimientos que forman parte de la mejor atención médica y, por consiguiente, el consentimiento formal de los padres no es necesario. Esto incluye, por ejemplo, la colocación de una vía intravenosa, las punciones con fines diagnósticos, la asistencia respiratoria mecánica, entre varios otros procedimientos. Si un recién nacido prematuro presenta una enfermedad de membrana hialina, y a criterio del grupo tratante debe ser sometido a intubación traqueal, administración de surfactante y ventilación mecánica, el consentimiento no tiene lugar ya que es una práctica aceptada desde el punto de vista médico y ético y debe instaurarse. Sin embargo, el hecho de no requerir un consentimiento formal, verbal o escrito, no justifica de ninguna manera que el médico omita la explicación detallada a los padres sobre los motivos del procedimiento que va a emplear y sus posibles riesgos. Por el contrario, cualquier tratamiento en el que todavía no haya experiencia suficiente en Neonatología o se encuentre en fase experimental requiere el consentimiento de los padres. Asimismo, el consentimiento es nece-

sario en la mayor parte de los estudios de investigación, en especial los ensayos clínicos controlados, con distribución aleatoria de la población.

En otras situaciones los procedimientos a efectuar en un recién nacido deben evaluarse en forma cuidadosa para definir si son proporcionados al trastorno que presenta. Ello ocurre en los casos en los que la medicina no puede aportar soluciones para situaciones irreparables y que un procedimiento habitual, como la ventilación mecánica, se vuelve desproporcionado, ya que su único fin sería la prolongación biológica de la vida. En estas situaciones los deseos de los padres deben ser tenidos siempre en cuenta y es aquí donde principalmente surge la necesidad de un abordaje médico abierto y comprensivo. La adecuada relación con ellos será, como ya señalamos, el aspecto esencial del consentimiento, ya que entonces estarán presentes todos los componentes necesarios –confianza, respeto por la autonomía e información apropiada–, a fin de que los padres puedan expresarse y sentir que son escuchados y respetados.

BIBLIOGRAFÍA

- Allmark P, Mason S, Gill AB, Megone C. Obtaining consent for neonatal research. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:F166-67.
- Ceriani Cernadas JM. El error en Medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch Arg Pediatr* 2001;99:522-29
- Ginzburg HM, Wilkins BA, MacDonald MG. Leyes, manejo del riesgo y práctica de la neonatología. En Avery Gb, Fletcher MA, MacDonald MG. *Neonatología, Fisiopatología y manejo del Recién Nacido*. 5ta. edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1999. p.71.
- Leape LL, Woods DD, Hattie MJ, et al. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998; 280:1444-47.