

La responsabilidad de la enfermera en cirugía

No es posible abordar con toda la extensión necesaria cada una de las especialidades sanitarias, que podrían requerir un auténtico tratado de responsabilidad específica. Por eso vamos a centrarnos en la especialidad de "Cirugía", que suscita un gran número de denuncias por abandono de cuerpos extraños en el interior de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas. La cirugía normalmente sólo permite actos individualizados en lo referente al diagnóstico. Sin embargo, la terapéutica, los medios cruentos para curar, pocas veces constituye un acto individualizado, salvo en pequeñas intervenciones de cirugía menor, necesitándose la concurrencia de un equipo quirúrgico y paraquirúrgico.

El Equipo quirúrgico lo constituyen el cirujano, ayudantes (enfermeras instrumentistas y circulantes y auxiliares). En el resultado de una intervención pueden intervenir factores prequirúrgicos o médicos (preparación del paciente para acudir al quirófano en las mejores condiciones), esterilización, responsable de la asepsia (ropa, material, sala, etc.), anestesia y equipo quirúrgico propiamente dicho. De ahí la complejidad de determinar en qué eslabón de esta cadena se ha producido el fallo desencadenante de un accidente imprevisto, impropio e indeseable.



Personal y compartida

En las intervenciones quirúrgicas, el cirujano adquiere una responsabilidad por su hacer profesional, de tipo personal, como consecuencia de sus propios actos médicos, y al mismo tiempo, una compartida, como responsable del equipo que interviene en la misma, con carácter contractual o no, según se trate de un centro privado sin dotación fija de plantilla o público, con obligación de saber elegir, vigilar y dirigir a las personas que con él actúan.

En cirugía es el facultativo el que se obliga a desarrollar la actividad sanitaria, siendo él -si en determinados casos delega en enfermeras o auxiliares sanitarios- el responsable de los actos que ocasionen aquéllos, ya que toda culpa del auxiliar supondrá una contravención de aquello con lo que se ha obligado el médico. Respondiendo el médico de culpa contractual, ya que es él quien incumple el contrato, sin perjuicio de la responsabilidad extracontractual del resto de profesionales que actuarán de forma negligente, por lo que el perjudicado puede dirigirse contra el facultativo, contra la enfermera o el auxiliar, o contra todos, siendo esto lo más frecuente.

Errores más frecuentes

Centrándonos en los errores más frecuentes, hay que señalar que encontrar materiales quirúrgicos de origen textil es un hecho reconocido y relativamente frecuente. Así, por ejemplo, en la unidad de Cirugía Digestiva del Hospital de Santa Creu y Sant Pau de Barcelona, entre 1983 y 1993, fueron intervenidos 10 pacientes con gasas retenidas. Todas estas gasas tenían marcadores radio-opacos y se habían realizado los correspondientes recuentos antes y después.

El intervalo de tiempo transcurrido entre la probable operación causal y diagnóstico oscilaba entre 11 días y 28 años. Este accidente tiene su máxima frecuencia en cirugía general y digestiva, seguida de la ortopedia y la ginecología y obstetricia.

Según los datos manejados por diferentes trapacistas y facilitados por diferentes centros hospitalarios, solamente en un 23% de los casos en los que se localizó la existencia de cuerpos extraños en un paciente tras una intervención ha tenido que realizarse una segunda cirugía de manera urgente, siendo el resto intervenciones programadas. También es frecuente, en pacientes asintomáticos, el hallazgo casual de materiales olvidados tras la realización de un control radiológico rutinario.

Recuento exhaustivo

Debe efectuarse un recuento adecuado de las gasas antes de la operación, y antes y después del cierre de la herida quirúrgica, pero la realidad ha demostrado que este método está lejos de ser infalible. En todos los casos descritos ocurridos en el citado hospital el recuento se consideró correcto.

En este aspecto es fundamental la prevención, aunque no existen reglas de oro que garanticen la infalibilidad si existen medidas aconsejables para reducir el riesgo: utilización exclusiva de material con marcadores radio-opacos, en número determinado por paquete y recuento preoperatorio del mismo; evitar por parte de los facultativos taponamientos masivos y, en caso de ser necesarios, contar el número de compresas y señalarlas en el exterior por parte de las enfermeras encargadas de la función de contaje; exploración rigurosa de la cavidad y de los planos fasciales, pues en

ocasiones el recuento fue correcto, encontrándose los textilomas en planos fasciales.

La mayoría de los autores aconsejan para mayor seguridad la realización de una radiografía antes de salir de quirófano, a pesar de cumplirse las condiciones anteriores. La única forma de asegurarse de que no queda una gasa en la cavidad abdominal es que el cirujano realice una detallada revisión antes de cerrar la herida.

En la hoja de enfermería

Todo las incidencias que ocurran durante la cirugía deben expresarse para que queden reflejadas en la hoja de enfermería y en el protocolo quirúrgico para evitar consecuencias legales posteriores.

Errores más frecuentes en cirugía

- 1.- Extirpación de pieza anatómicamente sana e inadecuada por error.
- 2.- Abandono de instrumental o material de homostasia (gasas, pinzas etc.) en el interior del paciente.
- 3.- La no solicitud al paciente del correspondiente consentimiento.
- 4.- Abandono del quirófano por parte del cirujano antes de concluir la operación, dejando la intervención en manos de ayudantes.
- 5.- Improvisación de técnicas inadecuadas que implican complicaciones posteriores.
- 6.- No prever el instrumental adecuado para cambio de técnica, etc., estando el médico obligado a revisar equipo, instrumental, aparatos, etc. antes de la intervención.

Miguel Fernández de Sevilla, Letrado del Consejo General de Enfermería.