

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
"Responsabilidad médica en
Otorrinolaringología".

Pág. 6.
"Pérdida de Chance".

Pág. 8
Aspectos médicos-legales de
la práctica de enfermería.



■ GUARDIA • 24

Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Continuando con el análisis del riesgo médico legal en las distintas especialidades, queremos acercarles en esta oportunidad lo atinente a una especialidad clínico quirúrgica, con frecuentes prácticas de urgencia, como es la Otorrinolaringología.

Asimismo, deseamos transmitirles desde el punto de vista jurídico, en qué consiste la llamada pérdida de chance por la que en muchas oportunidades se reclama a los profesionales de la salud.

Finalmente, si bien las enfermeras no figuran entre las profesiones más demandadas actualmente, su papel es de gran importancia por el rol protagónico que juegan con los pacientes. Por tal motivo, queremos comentarles algunos aspectos médico legales en la práctica de la enfermería.

También deseamos informarles que como parte del Programa de Prevención de Riesgo que tiene vigente SMG Seguros tanto para los profesionales como para las instituciones aseguradas, desarrollaremos a lo largo del presente año una serie de encuentros sobre temas de importancia médico legal.

Las charlas abarcarán disertaciones sobre Responsabilidad Profesional Médica, Riesgo en la práctica de la Ginecología y la Obstetricia, Traumatología, Pediatría, Clínica Médica, Oftalmología y Diagnóstico por imágenes.

En breve les estaremos informando el calendario correspondiente, así como el sitio y horario de las mismas.

Confianto en que ello sea de vuestro interés, los saluda atte.

Dr Horacio E. Canto
Gerente de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs": (011)154-9477136
Dra Flichman.
Línea diurna: (011) 5239-6300
Dra March/Dr Susman (12 a 18 hs).
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Responsabilidad médica en Otorrinolaringología

Dr. Guillermo A. Motto

Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group.
guillermo.motto@swissmedical.com.ar

El presente artículo tiene como objetivo presentar los aspectos con implicancia medico legal en la practica de la especialidad que puedan ser reprochados o interpretados como supuesta **"Mala Praxis Médica"** comprometiendola **responsabilidad civil/penal** del otorrinolaringólogo.

Los métodos actuales que aplica la otorrinolaringología para prevenir y curar requieren de prácticas diagnósticas y terapéuticas que utilizan los adelantos de la tecnología para llevarse a cabo, casi todas incluyen de una u otra forma acciones más o menos invasivas. Desde recetar un medicamento hasta la realización de una gran cirugía como la resección de un tumor en el peñasco, llevan implícitos riesgos de responsabilidad profesional ante un reclamo por supuesta mala praxis.

Por definición existirá **"mala praxis médica"** cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable.

El médico otorrinolaringólogo debe por lo tanto tener presente que esta alcanzado por la **Responsabilidad Profesional**, que consiste en el deber y la obligación del médico de responder civil y/o penalmente por los daños y perjuicios derivados de su actuación profesional, referida en los artículos 1109 y 1113 del Código Civil y en los artículos 84 y 94 del Código Penal. Esta RESPONSABILIDAD esta conformada por cuatro pilares, que siempre deben estar presentes:

- El hecho reprochado.
- El daño.
- La relación de causalidad.
- La culpa.

Para este último pilar debe probarse que el profesional incurrió en negligencia, impericia o imprudencia.



Dado que en muchas circunstancias, pese a que el accionar médico ha sido correcto, el mismo no se encuentra debidamente documentado.

El registro documental de lo que se explico, se dijo y se hizo al paciente conforma la única herramienta válida para la defensa del médico.

Nunca esta de mas recordar que todo lo que esta escrito es lo que existe, no hay otra forma de documentar el ejercicio de la práctica médica.

El Consentimiento Informado en Otorrinolaringología

El Consentimiento Informado es una **obligación intransferible** del médico, es un deber brindar una correcta información al paciente. Desde el lado del paciente un derecho.

Una completa explicación de la cirugía que se va a realizar, de los procedimientos, los riesgos, los resultados, las alternativas posibles y las eventuales complicaciones que pudieran surgir constituyen la información exigida en un Consentimiento.

El Consentimiento Informado debe cumplir con los siguientes principios: la información debe ser clara, veraz y completa. El paciente debe ser capaz y el asentimiento debe ser voluntario. Esto permite respetar el principio de autonomía o libertad individual que debería gozar todo paciente.

El consentimiento informado debe tener dos grandes partes. Una primera parte de información al paciente, es en esta etapa donde se expresan los riesgos y las complicaciones más frecuentes y una segunda parte donde conste la firma del paciente o sea el consentimiento en sí mismo, acompañada a su vez por la firma del médico.

Se considerarán algunos puntos ineludibles sobre la información que debe ser brindada a los pacientes que van a ser sometidos a una cirugía otorrinolaringológica.

Para la otorrinolaringología podemos dividir las cirugías correspondientes al oído, a las cavidades nasales y a la faringe/laringe/cuello.

Cada una de estas con complicaciones propias y otras comunes a cualquier procedimiento quirúrgico. Mencionaré las primeras:

- **Oído**

Tres grandes ejemplos de procedimientos quirúrgicos otológicos: la mastoidectomía, la timpanoplastia y la estapedectomía. Será preciso informar al paciente y dejar registro sobre la posibilidad de daño del nervio facial, esto explicado en términos claros para el paciente, como por ejemplo "parálisis de la cara del lado de la cirugía" en contraposición no sería correcto redactarla como una "parálisis del VII par". A su vez se dejará constancia siempre sobre la función auditiva; en la mastoidectomía aclarando que no es el primer objetivo de la cirugía conservarla o mejorarla y por la otra parte en el consentimiento para una estapedectomía, que sí es una cirugía que busca como primer objetivo mejorar la audición, aclarar posibilidades de falla aún "en las mejores manos".

- **Nariz Y Senos Paranasales**

Muchos reclamos son realizados luego de cirugías de nariz, tanto de las que tienen un objetivo estético como las realizadas con un fin funcional.

En la cirugía de septoplastia se deben aclarar como posibles riesgos: Perforación del tabique, persistencia de la obstrucción nasal por inflamación o alergias, sangrado postoperatorio, entre otras.

En la rinoplastia se deberá aclarar el riesgo de no obtener un resultado estético satisfactorio y aparición o persistencia de obstrucción nasal, pese a la excelencia en la técnica quirúrgica.

- **Faringe/Laringe/Cuello**

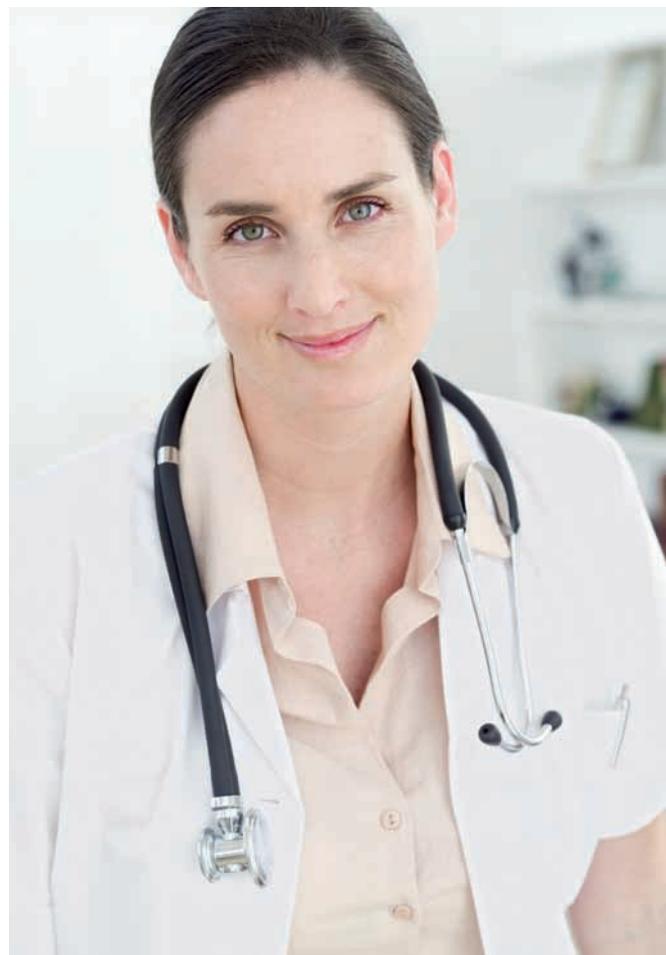
Aquí cabe destacar los consentimientos para adenoamigdalectomía, cirugía que la mayoría de las veces se realiza en niños, debe ser un consentimiento especial para menores donde ambos padres firmen. Se debe registrar claramente la hemorragia como la complicación más importante. En laringectomías se deberá aclarar que la extensión de la resección estará determinada por los

hallazgos intraoperatorios y la enfermedad en sí. Ante una enfermedad extendida puede surgir la necesidad de un traqueostoma definitivo, por lo que esto debe estar aclarado.

Sí bien sobre el médico reside el deber de informar, sobre el paciente se halla la verdadera toma de conciencia sobre su responsabilidad en el éxito o fracaso de su tratamiento, pues en el caso de no cumplir con las indicaciones prescritas por el profesional, no realizar el tratamiento adecuado, no acudir a los controles programados o abandonar el tratamiento sugerido, estaría quitándole la responsabilidad al médico interviniente.

Es entonces una oportunidad valiosa para que tanto el médico como el paciente, asuman su responsabilidad, exijan sus derechos, pero por sobre todo cumplan con las obligaciones que se imponen para el desarrollo adecuado de esta relación médico paciente.

En ejercicio del derecho personalísimo del individuo a disponer libremente de su cuerpo, le cabe al paciente la posibilidad de aceptar o rechazar un determinado procedimiento médico aún siendo de imperiosa necesidad para su vida futura. Por lo tanto no sería erróneo denominar al consentimiento informado, "decisión informada" (Rodríguez de Armas, R. 2001).



Jurisprudencia sobre “el deber de informar”

Vemos un ejemplo de un fallo en el contexto de una Rinoplastia:

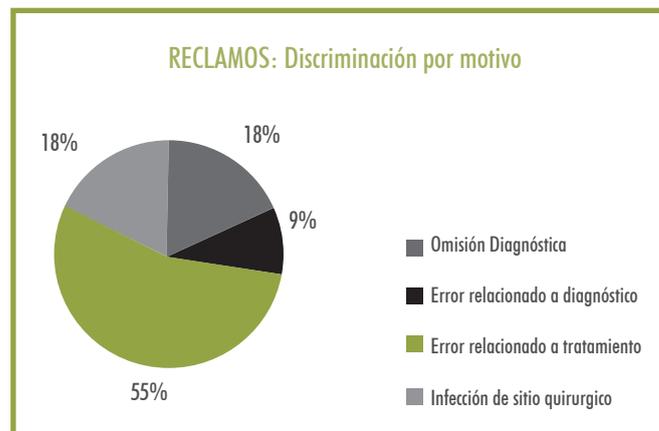
“... aún cuando la lesión que afectó a la actora en su ojo derecho durante el transcurso de una cirugía...”
 “... pudiera tratarse de un riesgo de la operación, el cirujano debió haber informado a su paciente del mismo, a fin de que ésta en conocimiento de él pudiera elegir libremente si lo asumía o no. Al no haber adoptado el profesional demandado esta conducta, faltó al deber de información...” (Sumario N° 16191 de la Base de Datos de la Secretaría de Jurisprudencia de la Cámara Civil - Boletín N°20/2004). DUPUIS, MIRÁS, CALATAYUD. L.130166 R. V. L. c/ V. D. s/ ORDINARIO.19/09/03. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. Sala E.

Causas más frecuentes de reclamo a los Otorrinolaringólogos

El otorrinolaringólogo puede incurrir en responsabilidad profesional y/o mala praxis médica en alguna de las siguientes

1. Omisión del deber de informar: justamente la ausencia del Consentimiento Informado, se aplica todo lo referido ut supra.
2. Errores o retrasos en el diagnóstico y/o en el tratamiento: para eximirse se deberá demostrar que el otorrinolaringólogo obró como lo hubiese hecho la media de los especialistas, y cumpliendo con todas las medidas científicas vigentes (“obrar según la Lex Artis”)
3. Infección de sitio quirúrgico, será importante registrar que se utilizó la profilaxis antibiótica correcta según normativas y la esterilización de quirófano e instrumental fue la adecuada.
4. Daño por el “uso de las cosas”, de gran peso en la especialidad, ya que el microinstrumental, el electrobisturí, los medios ópticos (microscopio / endoscopio), etc. deben estar en correctas condiciones técnicas de uso.
5. Violación del secreto médico y falsificación de certificados.

En cuanto a los reclamos ingresados en el año 2009 en SMG seguros hacia asegurados otorrinolaringólogos, se pueden discriminar los siguientes motivos:



En el gráfico se observa claramente la importancia de los relacionados a “errores” en el tratamiento, donde frecuentemente se imputa al médico por los resultados no deseados en las cirugías.

La otorrinolaringología presenta los riesgos inherentes a toda práctica médica y quirúrgica.

Tanto la Doctrina como la Jurisprudencia han determinado que aquel que más conocimientos y pericia tiene, será también a quien más se le exigirá y reprochará por daños derivados de supuesta mala praxis.

Para la prevención de la responsabilidad médica se deben tener en cuenta:

- Una correcta relación médico-paciente: su falla es el factor decisivo o detonante del reclamo.
- Cumplimiento con la Lex Artis: el incumplimiento con los aspectos técnicos y éticos de la especialidad suelen ser la prueba del mal accionar médico.
- La Historia Clínica y el Consentimiento informado: las fallas de registro hacen presumir culpa médica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Fraraccio Jose A.V., Praxis Médica - Aspectos Médicos Legales -, Ed. Dosyuna, 2008.
- Ley 17132/67
- Código de Ética de la AMA

La pérdida de la chance

Dr. Roberto A. Vázquez Ferreira

Doctor en Derecho por la UBA

Profesor Titular de Derecho Civil II

De la lectura de algunos fallos surge que el obrar negligente de los profesionales médicos impidió al paciente tener una mayor posibilidad de curación o probabilidad de salvar su vida. No obstante ello, al establecerse la cuantía indemnizatoria, no se tiene en cuenta que se está tan sólo ante la pérdida de una chance y se manda a indemnizar el daño íntegramente, como si el profesional médico hubiera sido el autor directo del perjuicio final (muerte o enfermedad). Algo así como que el médico "puso la enfermedad" en el paciente o es el causante de la enfermedad. Este tipo de razonamientos ha sido descalificado por arbitrario tanto por la doctrina como por la jurisprudencia.

Explica Trigo Represas que "la pérdida de una oportunidad o 'chance' constituye una zona gris o límite entre lo cierto y lo incierto, lo hipotético y lo seguro; tratándose de una situación en la que media un comportamiento antijurídico que interfiere en el curso normal de los acontecimientos de forma tal, que ya no se podrá saber si el afectado por el mismo habría o no obtenido una ganancia o evitado una pérdida de no haber mediado aquél; o sea que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y en contra de obtener o no cierta ventaja, pero un hecho de un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades".(1)

En estos supuestos a raíz del acto imputable se ha perdido una 'chance' por la que debe reconocerse el derecho a exigir su reparación. En este caso se trata de la chance de curación o mejoría, que en algunos casos puede ser ínfima. La doctrina aconseja efectuar un balance de las perspectivas a favor y en contra. Del saldo resultante se obtendrá la proporción del resarcimiento.

La indemnización deberá ser de la chance y no de la ganancia perdida". (2)

En el terreno médico el profesor francés Chabas ejemplifica con un caso típico: "Una mujer sufre hemorragias uterinas"

El médico consultado no diagnostica cáncer, no obstante signos clínicos bastante netos. El médico se obstina. Cuando la paciente finalmente consulta a un especialista es demasiado tarde: el cáncer de útero ha llegado a su estadio último. La enferma muere. No podría decirse que el primer médico mató a la paciente. Ella hubiese podido, aún tratada a tiempo, morir de cualquier manera (la estadística da el coeficiente

abstracto de chances de curación de un cáncer tomado en su origen).

Si se considera que el perjuicio es la muerte, no se podría ni siquiera decir que la culpa del médico ha sido una condición *sine quanon* de ella. Pero obsérvese que la paciente, comprometida en un proceso de muerte, tenía chances de sobrevivir y la culpa médica hizo perder esas chances... También se trata de chances perdidas cuando un enfermo tiene posibilidades de sanar mediante un tratamiento o una operación correcta. La estadística, evidentemente abstracta, indica cuáles son esas chances.

Por culpa del médico, por ejemplo, por un error en la operación, la enfermedad deviene definitiva.

En todos estos casos, la situación final (muerte, enfermedad definitiva) no puede serle imputada al agente, porque hay dos causas posibles: una causa natural o su culpa, y no se sabe cuál es la verdadera...

Cuando el perjuicio es la pérdida de una chance de supervivencia, el juez no tiene la facultad de condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que se debería si él hubiese realmente matado al enfermo". (3)



La cuestión inherente a la pérdida de la chance ha sido muy bien aplicada en una sentencia de la Sala D de la Cámara Nacional Civil con voto del Juez Alberto J. Bueres. Se trata de la sentencia de fecha 26 de febrero de 1999 dictada en autos "BUZAGLO, P. I. c/ R., M." (4)

En el caso concreto se trataba de una paciente que murió como consecuencia de un cáncer, el que no había sido diagnosticado en forma correcta. El cirujano le había extraído a la paciente un nódulo de los pechos, el que fue remitido al anatomopatólogo para su análisis histológico. El anatomopatólogo elaboró su informe que fue entregado en propias manos a la paciente. El resultado era un fibroadenoma (tumor benigno).

A tenor de ese resultado, el cirujano controló periódicamente a la paciente. Al tiempo, se descubre que la paciente tenía cáncer (que en definitiva le terminó provocando la muerte).

También se descubrió que el anatomopatólogo había elaborado un segundo informe con diagnóstico de cáncer, el que envió al sanatorio donde la paciente era tratada. Recibido este segundo informe por el personal del sanatorio, se corrigió el protocolo cambiándose el primer informe por el segundo que tenía como resultado la presencia de un tumor maligno.

En el caso quedó probado que el anatomopatólogo no tomó la precaución - dada la gravedad del caso - de comunicarse con el cirujano que atendía a la paciente para reportarle el error del primer informe diagnóstico.

Quedó probado que cuando se entregaban estudios en la sede del sanatorio, éstos no eran remitidos al médico o paciente. El tribunal consideró inadmisibles que en un sanatorio se reciban informes médicos de vital importancia - como es el resultado de una biopsia - y estos queden en manos de personal administrativo sin que se entreguen en forma inmediata al médico tratante. De haberse organizado correctamente el servicio sanatorial, el segundo informe remitido por el anatomopatólogo al sanatorio, tendría que haber llegado en forma inmediata a manos del cirujano, quien hubiera podido actuar con otro tipo de terapia adecuada al mal que padecía la paciente. Al no contar con el segundo informe - que daba cuenta de la malignidad de la enfermedad - mal pudo encarar un tratamiento para su cura, lo que en definitiva se tradujo en una real pérdida de chance de curación de la paciente.

Ahora bien, el tribunal consideró con buen criterio que la paciente ya tenía cáncer de mama, lógicamente no atribuible a la acción médica. Y lo que se discurre en tal supuesto, en lo que hace al establecimiento de los daños, es la chance de curación o de sobrevida de la que fue privada la paciente por el accionar médico.

Pero solo se trata de eso, de la pérdida de la chance, pues absolutamente nadie puede asegurar que de haber sido correctamente atendida hubiera salvado su vida. En palabras del tribunal, lo que corresponde resarcir es solo la pérdida de la chance de sobrevida ocasionada por una muerte acelerada, pero que también pudo haber ocurrido - o no - en tiempo más o menos prematuro, a causa del mal preexistente.

Concluyó en tal oportunidad el Dr. Bueres: **“En resumidas cuentas, cuando el daño consiste en la pérdida de una “chance” de supervivencia, el tribunal no puede condenar al profesional a pagar una indemnización equivalente a la que se debería si el hubiera realmente “matado” al enfermo (...)**

Es que el médico no “puso” la enfermedad en el paciente, sino que simplemente no contribuyó a tratar de detener a esta. El límite de su responsabilidad estará dado por la

pérdida de la chance de curación y no por el desarrollo definitivo de la enfermedad”.

Obviamente que en tales condiciones, el monto indemnizatorio otorgado se vio sustancialmente reducido conforme la chance perdida, y teniendo muy en cuenta el mal que aquejaba a la paciente. En otras palabras, la indemnización no corresponde fijarla en lo que comúnmente se conoce como valor vida, sino tan sólo respecto de esa pérdida de chance, y ello, siempre que además esté probada la culpa de los médicos intervinientes.

Ahora bien, no cualquier perjuicio es indemnizable a título de pérdida de chance. Se exige la presencia de los mismos presupuestos generales de la responsabilidad civil. Por eso, debe quedar claro que la teoría de las chances de curación no puede constituir un subterfugio para reparar daños sin causalidad adecuada.⁽⁵⁾ Conforme éste razonamiento, la víctima deberá probar la culpa del galeno y la relación de causalidad entre esa culpa y la privación de la chances.

Con lo expuesto queda claro que en una demanda judicial y en el hipotético supuesto de que la actora llegare a probar culpa profesional y causalidad, una eventual condena solo podría tener en cuenta la pérdida de la chance y para ello será fundamental atender a las conclusiones de los peritos médicos que hayan dictaminado en la causa. De ahí la importancia al contestar la demanda de explicar al tribunal que en el peor de los casos, el paciente sólo ha perdido una chance de curación y la medida de esa chance se la debemos requerir a los peritos en los puntos de pericia. Todo ello engloba un punto fundamental a la hora de ejercer la defensa de los profesionales e instituciones de la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, “Reparación de daños por mala praxis médica”, Edit. Hammurabi, pág. 241.
2. TANZI, Silvia, “La reparabilidad de la pérdida de la chance” en la obra colectiva “La Responsabilidad” libro en homenaje al Prof. Dr. Isidoro Goldenberg, Edit. Abeledo Perrot, pág. 330.
3. CHABAS, Francisco, “La pérdida de una chance en el Derecho francés” publicado en J.A., semanario del 7/12/94
4. Sentencia publicada en La Ley, diario del 3 de noviembre de 1999, pág. 8 y sgtes.
5. SC de Mendoza, sala I, 23/06/2003, “Marchena, Jorge E. c/ Dimensión S.A. y otros”, RCyS, 2004-I, 162.

Aspectos médicos-legales de la práctica de enfermería

Lic. Fernanda Suarez

Gerencia de Administración de Riesgo

Swiss Medical Group

fernanda.suarez@swissmedical.com.ar

Todo profesional de la salud entre los que están incluidos los enfermeros debe conocer el marco legal que regula el ejercicio de su profesión, es decir, los derechos y obligaciones que tienen en el ejercicio de su actividad.

Por lo cual "no se pueden desconocer los contenidos de la ley que regula el ejercicio de la enfermería".

No es un atenuante aducir desconocer una ley, para no cumplirla.

El papel que juega enfermería dentro del Sector Salud es de suma importancia, ya que está en contacto directo con los pacientes en los casos de hospitalización las 24 horas del día, estando estos bajo su custodia y responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe conocer las implicancias legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.

Marco legal de la enfermería

Originariamente la actividad de la enfermería tuvo su primer esbozo de legislación a partir de la ley del ejercicio profesional de la medicina y actividades afines N° 17132/67 (arts. 58 a 61).

Actualmente el ejercicio profesional de la enfermería en la Argentina está regulado por la Ley Nacional 24.004 (año 1991), su reglamentación 2.497 (año 1993). La ley 24.004, dispuso que fueran aplicables las disposiciones del art. 131 y ss. de la ley 17.132, respecto al régimen disciplinario.

En la CABA por la Ley de Salud 153 (año 1999), su reglamentación 208 (año 2001) y la Ley 298 (año 1999), su reglamentación 1.060 (año 2004).

En el orden provincial se ha regulado el ejercicio de los enfermeros siguiendo en grandes rasgos los lineamientos de la Ley Nacional 24.004.

El Artículo 28° de la Ley 24.004 establece: "Invítase a las provincias que lo estimen adecuado a adherir al régimen establecido por la presente". En los casos de ausencia de legislación, se remite a los derechos y obligaciones derivados de la Ley Nacional de Enfermería para entender las posibles derivaciones en cuanto a responsabilidad jurídica.

Estas leyes mencionadas ut supra regulan las tareas de los enfermeros, determinan e imponen reglas, límites, alcances, derechos, obligaciones y sanciones, encuadrando de esta forma el ejercicio de la profesión. Todas reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el nivel profesional y el auxiliar.

La enfermera/o consolida su responsabilidad a través de su formación universitaria, su experiencia profesional y su capacitación de post grado.

La responsabilidad profesional es la obligación que tiene toda persona que ejerce una profesión o arte de observar los deberes que le son propios. La posibilidad de actos de mala praxis resulta cada vez más frecuente porque las actividades del equipo de salud se ven ampliadas a causa del progreso de la tecnología, lo cual implica multiplicación de los riesgos en los distintos tratamientos.

En las estadísticas de juicios por responsabilidad profesional, se advierte que si bien los juicios a los enfermeros son infrecuentes, en los últimos años se han incrementado y siempre involucran a los establecimiento asistenciales en donde ellos ejercen su profesión.

Problemas Legales en los que puede incurrir la enfermera

La Doctrina y la Jurisprudencia han señalado que los casos más frecuentes de problemas legales en los que pueden verse involucradas las enfermeras son:

Implementación del tratamiento médico sin una orden médica.

En la seguridad del paciente (Errores de administración de medicamentos, (no utilizar la regla de los 5 correctos: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta, vía correcta), caída de pacientes hospitalizados, identificación errónea del paciente, inadecuado manejo de úlceras por presión, no respetar las normas de bioseguridad, inadecuada utilización de aparatología médica, quemaduras o heridas por tratamiento mal aplicados.).

Pérdida o robo de valores de pacientes.

El realizar su trabajo con negligencia, impericia, imprudencia, inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo.

Divulgación del secreto profesional o facilitar la historia clínica a personas no autorizadas.

Eutanasia.

Entre las conductas del Ejercicio Profesional de Enfermería a nivel individual que deben extremarse, la Doctrina Jurídica y la Jurisprudencia de los Tribunales han señalado las siguientes:

El detalle preciso de las condiciones del paciente al ingreso (evaluación) a fin de tomar las precauciones que su cuidado requiera.

Que toda acción u observación de enfermería quede registrada en forma oportuna y fehaciente. Esto es, que reúna los requisitos de un instrumento legal. El registro de la prestación profesional es la única prueba documental del cumplimiento del servicio brindado que a la luz de un proceso judicial se transforma en un documento de prueba y como tal debe ser tratado.

Para evitar responsabilidades profesionales debemos tener en cuenta una serie de puntos:

En primer lugar y como norma general es fundamental el registrar, escribir y hacer constar todos los pasos e intervenciones terapéuticas o cuidados aplicados que puedan derivar en posibles implicancias legales.

El registro de la prestación profesional deberá reunir los siguientes requisitos: Fecha, hora, firma y aclaración, número de matrícula, sin tachaduras ni enmiendas, legible, descriptiva de la observación o intervención realizada con datos objetivos.

Es conveniente recordar que para el juez lo que no está escrito, no se realizó, "lo escrito habla por mí".

Ante cualquier hecho o situación conflictiva y/o problemática la enfermera debe informar a su superior inmediato para resolver lo atinente en equipo. Es fundamental para evitar responsabilidades profesionales:

- Trato cordial, afable y respetuoso con el paciente y sus familiares.
- Uso de protocolos avalados por sociedades científicas o colegios profesionales.
- Explicar detalladamente y preferiblemente por escrito, riesgos y efectos secundarios del tratamiento.
- Trabajar mediante objetivos.
- Utilizar el consentimiento informado y el contrato terapéutico.
- Prestar atención segura y competente de acuerdo con estándares legales.
- Practicar la asistencia de manera de salvaguardar los derechos del paciente.
- Evitar la violación de los derechos del paciente y de otras leyes.

Ética de la Enfermera

Además de los aspectos legales en materia de salud, existen normas éticas del ejercicio profesional de enfermería que no deben descuidarse. Entre otras:

1. La preservación de vida está por encima de intereses personales.

2. Ser siempre profesional en la atención a pacientes.
3. No esperar provecho personal o económico por la atención prestada.
4. No ser cómplice de atención inadecuada o irresponsable por otros (operaciones innecesarias, abortos, tratamientos inadecuados, etc.).
5. *Guardar siempre el secreto profesional y no divulgar información relacionada con los pacientes a personas no autorizadas.*
6. *Mantener la armonía, discreción, el respeto y la cooperación con los integrantes del equipo de salud.*
7. *Brindar trato amable y considerado a pacientes y a sus familiares.*
8. *Es derecho de todo individuo el prepararse para la muerte, la enfermera propiciará el apoyo necesario para dicho acto.*
9. *Es deber de la enfermera consultar cuando exista duda sobre los procedimientos empleados para la atención del paciente.*
10. *Los procedimientos que tienen como fin quitar la vida al paciente están prohibidos.*
11. *La enfermera está obligada a respetar al paciente como persona única e indivisible en toda circunstancia.*
12. *La enfermera nunca deberá olvidar que está obligada a prepararse continuamente, actualizarse y desarrollarse, si se considera que tiene en sus manos el don más preciado del hombre: **La Vida.***



La importancia de la comunicación y el rol de enfermería en la prevención de demandas por mala praxis

El objetivo básico de la comunicación en enfermería es ayudar al enfermo a concretar las percepciones de lo que cree necesitar, e ir desgranando y validando juntos las posibles formas de ayuda que la enfermera puede llevar a cabo.

Las habilidades para llevar a cabo la comunicación interpersonal resultan fundamentales para proporcionar cuidados de calidad en los servicios de salud. La comunicación supone establecer un proceso en el que la enfermera y el enfermo escuchan lo que dicen y validan los posibles significados.

Relación con los pacientes y sus familias

La principal herramienta con que cuentan los profesionales de la salud para evitar juicios por mala praxis es una adecuada comunicación con los pacientes y sus familiares. La experiencia ha demostrado que en toda demanda subyace un cortocircuito en la misma.

El papel que juega enfermería en la prevención de acciones por responsabilidad profesional es central.

Es el enfermero/a quien pasa la mayor cantidad de tiempo con el paciente y su familia y es el primero en reconocer el enojo o la disconformidad de los mismos ante distintos aspectos de su atención (complicaciones no esperadas, quejas o dudas por el accionar de los médicos, etc.). De acuerdo a cómo maneje el enfermero o auxiliar estas situaciones dependerá muchas veces que se inicien o no juicios contra ellos mismos, los médicos y la institución donde trabajan.

Por su cercanía con los pacientes es también el enfermero quien está en mejores condiciones para identificar exposiciones a riesgo (ej.: riesgo de caídas, falta de ayuno en cirugías, etc.), y para identificar tempranamente eventos adversos (daños ocasionados al paciente a consecuencia de errores médicos y no de la propia enfermedad).

Ante cualquiera de las situaciones descritas, (disconformidad, exposiciones a riesgo aumentadas o eventos adversos), enfermería debería informar de la situación al resto del equipo (supervisor, médico a cargo, etc.) para determinar el mejor curso de acción.

Relación con los médicos

La colaboración entre médicos y enfermeros es un elemento imprescindible en cualquier programa de seguridad del paciente y de manejo de riesgos. La capacidad de estos profesionales para trabajar juntos como un solo equipo es esencial para mejorar las evoluciones de los pacientes, reducir las exposiciones y lograr una óptima atención.

Cuando existen tensiones en esta relación, el medio se vuelve inseguro y el paciente queda expuesto a errores.

Por otra parte, debemos tener en claro que hay actos de enfermería que son dependientes del médico, pero también hay algunos que se interrelacionan y muchos otros son autónomos del médico. Los actos dependientes son aquellos en los que el médico es quien designa las intervenciones que deben realizar los enfermeros (en estos casos, los médicos asumen una obligación de supervisión, con responsabilidad solidaria de los errores cometidos por el enfermero); actos autónomos son aquellos que no requieren supervisión o dirección de los médicos (en estos casos, el enfermero asume responsabilidad por sus actos propios), y los interrelacionados son aquellas situaciones en las que la prescripción y tratamiento se realizan en forma interdependiente entre enfermeros y otros profesionales de la salud (en estos casos, puede existir responsabilidad solidaria entre el enfermero y el otro profesional de la salud, dependiendo de cada caso puntual).

Hay que tener en cuenta que los enfermeros son el último eslabón en el proceso de atención del paciente porque si cometen un error siempre repercute directamente sobre el paciente. Por tal motivo, hay que brindar información a los enfermeros respecto al riesgo de mala praxis y la forma de prevenirla o de afrontarla. Ya que los enfermeros establecen múltiples relaciones, porque ellos no sólo mantienen una relación estrecha con el paciente, sino con sus familiares, con los médicos y con los demás enfermeros (más aún cuando entre ellos existen diferentes niveles de jerarquización). Y además los enfermeros cumplen una función de intermediarios entre el médico y el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.scribd.com/doc/18734764/ANEXOS-LEGALES-Leyes-que-regulan-el-ejercicio-de-la-Enfermeria>.
2. Cumplido, Manuel José. "Responsabilidad profesional del equipo de salud". Manual de información para la buena praxis. Ediciones Alveroni. Córdoba República Argentina - Diciembre de 1997.
3. Brussino, Silvia L., Bioética, Racionalidad y Principio de Realidad, en Cuadernos de Bioética - año 1 - N° 0, Ad-Hoc, Buenos Aires, octubre 1996, pág. 47.
4. Brunner, L.S. Suddarth. D.H. Enfermería MédicoQuirúrgica. 4ª. Edición. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. Madrid, España.2005.
5. Vázquez Ferreyra Roberto. Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina. Ed. Hamburabi. Buenos Aires, 1992 pág. 78



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos SMG Seguros

Seguro Automotor:	15% de Descuento ⁽¹⁾⁽²⁾
Integral Médico:	20% de Descuento ⁽¹⁾
Seguro de Hogar:	25% de Descuento ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Acceda a éstos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica.

⁽²⁾ Cuando es OKm., cuenta además con un descuento adicional del 10%.



