Junio 2015 | N° 36

GUARDIA•24

SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Medicina defensiva.

P. 5 Sistemas de reporte de eventos adversos en la atención de la salud: verdaderos protagonistas del trabajo por la seguridad del paciente (parte 2).

P. 8 Aspectos medicolegales a tener en cuenta ante el nacimiento de un prematuro extremo.

SMG SEGUROS

GUARDIA•24

Nota del Editor

Estimados Asegurados:

En esta oportunidad queremos hacerles algunos aportes en relación a los aspectos médico legales en el manejo del prematuro extremo.
Por otro lado, completaremos la segunda parte del informe sobre Sistemas de Reporte de Eventos Adversos en la Atención de la Salud.
Finalmente queremos hacerles llegar algunas consideraciones sobre la Medicina Defensiva, práctica en aumento al considerar los profesionales erróneamente que de esa manera se disminuyen los riesgos de reclamos por "mala praxis".
Esperando que estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

Dr. Horacio E. Canto
Gerente de Riesgo y calidad Médica
Swiss Medical Group

LÍNEA "ON LINE 24 HS":
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz
(011) 154-949-4592, Dr. Susman

LÍNEA DIURNA:
(011) 5239 - 7933
Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: guardia24@smg.com.ar

Medicina defensiva

Dr. Horacio E. Canto
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

La medicina defensiva encuentra una de sus primeras definiciones en 1978 por Lawrence Tancredi , médico psiquiatra y abogado, profesor de psiquiatría clínica de la Universidad de New York .

Tancredi la definió como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica.

¿En qué consiste la medicina defensiva en nuestra práctica cotidiana?. El término es muy amplio y engloba a: el profesional que indica estudios complementarios innecesarios para llegar al diagnóstico, el que prescribe medicamentos no justificados, el que remite un enfermo al hospital para quitarse un problema, el que al trabajar en una guardia ingresa un caso por complacencia o para que otro le "saque las castañas del fuego", el que envía a un paciente a otro especialista tras valorarlo contando con los conocimientos y los recursos necesarios para la resolución de su dolencia, el médico que no hace un procedimiento diagnóstico al que está obligado por su especialidad, alegando que hay cierto riesgo y deja que el enfermo enfrente un riesgo mayor que muchas veces paga con su vida, el que cita una y otra vez al enfermo a su consulta porque no sabe cómo resolverle el problema y el que no realiza una operación de mal pronóstico a sabiendas de que condena al paciente a una muerte segura por el temor a una muerte probable.

A lo largo de este breve artículo trataré de profundizar en esta temática tan poco comentada y demostrada en nuestro medio, así como sus consecuencias.

Todas las acciones mencionadas, el médico las realiza consciente o inconscientemente, no con el propósito de beneficiar al paciente sino con el propósito explícito y la creencia de que ante la posibilidad de un litigio o reclamo por parte del paciente o sus familiares podrá justificar ante la justicia que se cumplieron y superaron las obligaciones de medios, de diagnóstico y de seguimiento en el proceso de atención médica.

La medicina defensiva puede ser activa o positiva, al adoptar el profesional un exceso de distinto tipo de medidas, o pasiva o negativa, al actuar por omisión y esquivando de esa manera asumir la responsabilidad que correspondía, p/ej. evitando atender determinado tipo de pacientes o evitando efectuar procedimientos de riesgo.

Existen además otras formas de medicina defensiva, como ser, pseudo-consentimientos informados, negativas a firmar certificados de defunción, denuncias policiales injustificadas o en ocasiones registros agresivos a otros colegas, el paciente o su familia, tratando de esta manera de justificar un resultado disvalioso por el accionar de un tercero.

Lamentablemente la realidad es que la práctica de la medicina defensiva, al contrario de lo que busca el profesional que la práctica, genera mayor deterioro en la relación médico paciente y mayores costos en la atención médica.

Con respecto a estos últimos, si los afronta el propio paciente, generarán en su economía doméstica gastos innecesarios con el consiguiente perjuicio, mientras que si son afrontados por un financiador, ya sea obras sociales, empresas de medicina prepaga o en el ámbito público el propio estado, ocasionará un perjuicio en última instancia a toda la sociedad involucrada, ya que se estarán destinando recursos que podrían ser utilizados más racionalmente, logrando así un mayor beneficio para todos.

En relación específicamente a los costos que trae aparejado la práctica de una medicina defensiva, son casi imposibles de determinar con precisión. No obstante distinto tipo de fuentes mencionan estimativamente que en los Estados Unidos la medicina defensiva representa entre un 10 a un 17 % del total del gasto del sistema de salud.

Un ejemplo clásico son los sobrecostos por un excesivo e injustificado pedido de estudios por imágenes, (TAC), en el manejo de traumatismos craneoencefálicos leves. Solamente en niños y adolescentes ello representó en los Estados Unidos en un año casi 45 millones de dólares.

Finalmente, ante esta situación que en muchos casos modifica la práctica médica, debemos preguntarnos:

¿Es ética la Medicina Defensiva?. La respuesta es no, ya que:

• Impacta sobre la salud individual, cambiando el objetivo del acto médico (del paciente al médico),
• Impacta sobre la salud colectiva, por los costos agregados al sistema de salud,
• Impacta sobre la relación médico paciente.

Por lo que el médico debe aprender a valorar realistamente el riesgo legal de su desempeño profesional y tomar en cuenta el costo emocional, físico y financiero al paciente , antes de emplear medidas defensivas.

Para revertir en nuestro medio el efecto nocivo de dicha práctica, y combatir sus efectos que vician la comunicación entre médico y paciente, es necesario que los médicos lleven a la práctica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanística y se restaure la relación médico paciente.

Esas actitudes en su conjunto, conforman una propuesta de práctica profesional denominada medicina asertiva.

Este tipo de práctica médica se resume en 4 puntos:

• Mantener una comunicación adecuada con cada paciente,
• Intentar una contínua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas,
• Respetar los derechos de los pacientes, y
• Defender sus derechos como médicos.

La mejor manera de actuar éticamente y evitar riesgos por el desempeño profesional es ejercer una medicina centrada en el paciente. Ello resulta complejo, pero al mismo tiempo sencillo. Complejo, porque involucra la formación del profesional desde su origen familiar y social, en la preparación básica, en la universidad, en su paso por los hospitales en el pre y postgrado en la práctica cotidiana de su profesión. Esto quiere decir que los principios éticos y morales se adquieren durante toda la vida, y la ética médica la aprenderá y aplicará cuando estudie y ejerza la medicina.

Y sencillo, porque actuar éticamente sólo exige honestidad y seriedad, consigo mismo y con su paciente. Para actuar honestamente se requiere tener una preparación básica sólida, actualizarse y capacitarse continuamente y anteponer los derechos y el bienestar del paciente a cualquier otro interés.

El médico debe actuar siempre con la verdad, aunque esto implique reconocer errores y el riesgo que conlleva.

En un editorial de la revista de la Asociación Médica Americana, Budetti señala: *tal vez la mayor ironía es que la medicina defensiva puede ser contraproducente y en realidad podría aumentar el riesgo de mala praxis.*

El actual clima de alto cuestionamiento a la responsabilidad profesional es un claro perjuicio a la atención de los pacientes, y la medicina defensiva no solamente no ofrece ningún beneficio, sino que puede ocasionar mucho daño.

Uno de los caminos para no tener un reclamo, decididamente no es practicar la misma.

La situación en temas de responsabilidad médica en nuestra sociedad es muy compleja en estos días, por lo que consideré de importancia reflexionar sobre uno de los aspectos a tener en cuenta.

Sistemas de reporte de eventos adversos en la atención de la salud: verdaderos protagonistas del trabajo por la Seguridad del Paciente (parte 2)

Dra. Mariana Flichman
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

Introducción:

En la primera parte del artículo definimos las dos modalidades de gestión de eventos adversos: **Prospectiva y Retrospectiva**, y comenzamos a delinear un modelo de Programa prospectivo.

En la segunda parte recorreremos las formas de gestión en terreno de los incidentes, los modelos de gestión retrospectivos y como analizar los resultados estadísticos.

Desarrollo:

Principales diferencias entre ambas modalidades de gestión.

REPORTE VOLUNTARIO	RELEVAMIENTO RETROSPECTIVO
Permite gestión del incidente concreto	No se gestionan los incidentes en terreno
Control del impacto en el paciente y su familia	Permite obtener indicadores de calidad y seguridad
Colaboración con el equipo a cargo	Independiente de la voluntad de reporte
No permite obtener indicadores	Permite benchmarking
Depende de la voluntad de reportar	Permite monitoreo y gestión de procesos

Como podemos observar, ambos modelos son complementarios y en nuestra experiencia deben desarrollarse en forma conjunta.

Continuamos ahora con el Modelo de **Reporte Voluntario**:

Una vez definidas las formas de reporte ya mencionadas, debemos evaluar la gestión de los incidentes y la taxonomía a utilizar.

Gestión de los Incidentes:

Etapas

1. Recepción del reporte y análisis preliminar.
2. Clasificación según gravedad. Detección de **Evento Centinela.**
3. Comunicación con la persona que reportó o directamente análisis del caso en el terreno. Incluye entrevistas con el equipo de Salud y eventualmente con el paciente y su familia.
4. Gestión del incidente si es necesario.
5. Casos de mayor gravedad: análisis de **causa raíz. Modelo de Reason.**
6. Clasificación del incidente.
7. Carga en la base de datos.
8. Optativo: medición del impacto económico.
9. Devolución a la persona que reportó.

Consideramos trascendente el contacto con la persona que reporta. Si bien el reporte puede ser anónimo, en nuestra experiencia en la enorme mayoría de los casos, la persona que reporta **espera una respuesta.**
Debe desarrollarse la entrevista en un ambiente serio pero respetuoso y en el marco de una máxima confidencialidad.

Análisis de los Incidentes:

MODELO DE CAUSALIDAD DE LOS ACCIDENTES: MODELO DE REASON

La incorporación del concepto de "accidente de organización" fue posible gracias a un sencillo pero gráficamente poderoso modelo elaborado por el Profesor James Reason, que proporcionó un medio para comprender cómo la aviación (o cualquier otro sistema de producción) funciona con éxito o se dirige al fracaso. **Este modelo explica que, los accidentes se producen, cuando cierto número de factores permiten que ocurran —siendo cada uno de**

ellos necesario pero en sí no suficiente para quebrar las defensas del sistema. Debido a que los sistemas complejos como la aviación o la medicina están extremadamente bien defendidos por capas de defensas profundas, las fallas en un punto único rara vez tienen consecuencias en el sistema ni llegan a dañar al paciente. Es decir introduce el **concepto sistémico**, dejando de lado el modelo individualista.

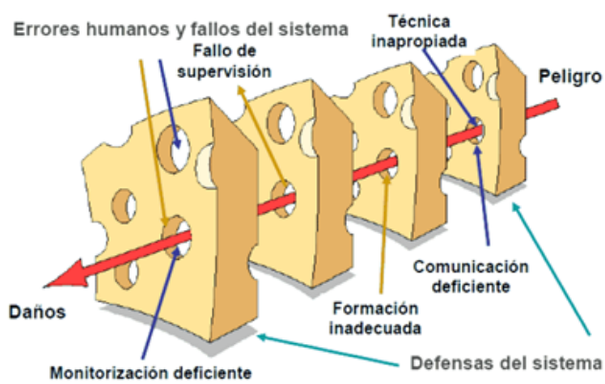
Las fallas humanas o las fallas activas a nivel operacional actúan de **desencadenantes** de las condiciones latentes que llevan a facilitar la quiebra de las defensas de seguridad operacional inherentes del sistema. En el concepto presentado por el modelo de Reason, todos los accidentes comprenden una combinación de **condiciones activas y latentes.**

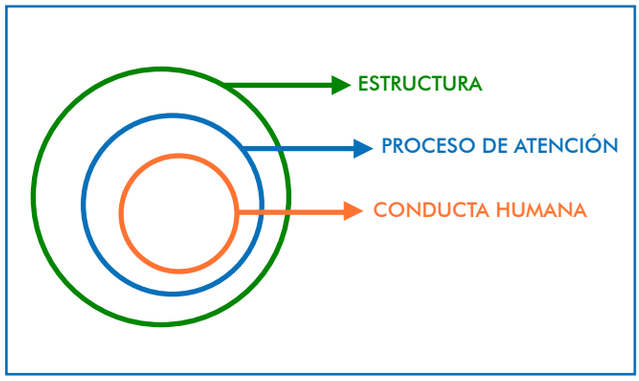
Las fallas activas son acciones u omisiones, incluyendo errores y violaciones, que tienen consecuencias adversas inmediatas. En general y en retrospectiva se les considera actos inseguros.

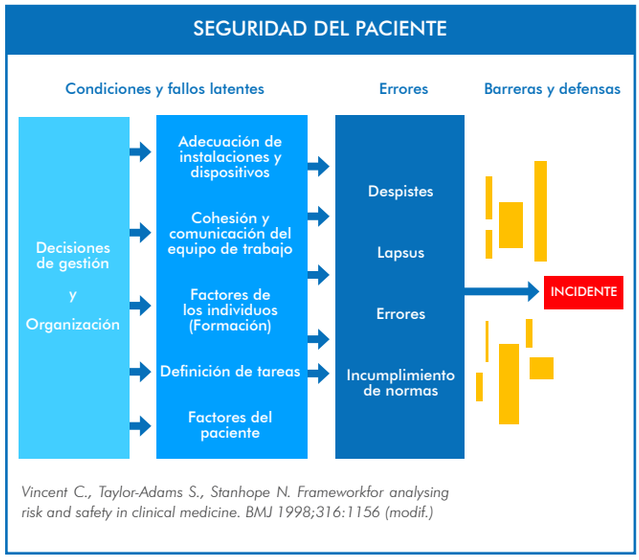
Las condiciones latentes solo pueden llegar a ser evidentes una vez que se han quebrado las defensas del sistema. Estas condiciones son creadas generalmente por personas que están muy lejos, en tiempo y espacio, del accidente. El personal que ejecuta los procesos hereda condiciones latentes del sistema. La perspectiva subyacente del tratamiento de accidentes de organización procura identificar y mitigar estas condiciones latentes en todo el sistema, en vez de realizar actividades localizadas para minimizar las fallas activas de los individuos. **Las fallas activas son solo síntomas, y no causas, de los problemas de seguridad.**

Aun en las organizaciones mejor dirigidas, la mayoría de las condiciones latentes comienzan en quienes toman decisiones. Este personal directivo también está sujeto a limitaciones y predisposiciones humanas normales, así como a limitaciones de tiempo, presupuestarias y políticas. Dado que estas carencias no siempre pueden evitarse, deben adoptarse medidas para detectarlas y reducir sus consecuencias perjudiciales.

MODELO DE REASON O DEL QUESO SUIZO







Vincent C., Taylor-Adams S., Stanhope N. Frameworkfor analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998;316:1156 (modif.)

En resumen, este modelo de análisis implica un cambio de concepción, y nos conduce a un segundo proceso que es el **Análisis de causa Raíz**. El análisis de causas raíz (ACR) tiene sus orígenes en la psicología industrial y en el estudio de los factores humanos y consiste en una aproximación al análisis del error de manera retrospectiva revisando cada una de las etapas del proceso, y sus factores contribuyentes. El estudio de análisis de errores, también llamado ACR, es muy empleado para investigar los accidentes industriales graves, como son los nucleares o los de la aviación.

Con respecto a la taxonomía y clasificación de los Incidentes, sugerimos la Taxonomía de la OMS. Nosotros actualmente utilizamos una versión simplificada y adaptada a la Cultura Institucional pero que permite realizar comparación de resultados con la versión original.

Para la medición del daño sugerimos la Clasificación Internacional de la "National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention": **NCCMERP**

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
A	Circunstancias o eventos que tienen la capacidad de causar un error/daño.
B	Un error que no alcanzó al paciente.
C	Un error que alcanzó al paciente pero que no causó daño.
D	Un error que alcanzó al paciente y requirió monitoreo o intervención para confirmar que no causó daño en el paciente.
E	Daño temporal en el paciente que requiere una intervención.
F	Daño temporal en el paciente que requiere internación o prolonga la internación.
G	Daño permanente.
H	Daño que requiere acciones inmediatas para salvaguardar o sostener la vida.
I	Muerte del paciente.

Con respecto a la Gestión posterior, debemos dividirla en la propia del caso, y las estrategias de mejora:

Las propias del caso implican una reducción del impacto en el paciente: son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente. Se aplican al paciente (tratamiento clínico de una lesión, plan de seguimiento y contención tras el evento) y a la organización (reunión informativa con el personal, cambios de cultura, taller de casos).

Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la resiliencia del sistema.

Son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan la probabilidad de daño asociado a un incidente. Implican revisión o diseño de normas, accesibilidad de materiales, cambios en los procesos e incluso la toma de decisiones ante la necesidad de cambios que deben partir de los Líderes de la Organización.

Es trascendente ofrecer un Programa con los siguientes atributos:

- Accesible
- Confidencial y confiable: proteger a quien reporta, a quien se atreve a reportar su propio error privilegiando la seguridad del paciente y del servicio brindado.
- No punitivo.
- Abierto e imparcial.
- Productivo: que genere los cambios necesarios en la Organización.

Sus referentes deben ser confiables, humildes y deben contar con el apoyo de los máximos líderes de la Institución.

Programa Retrospectivo:

En el año 2000 el Institute of Healthcare Improvement (IHI) desarrolló una herramienta denominada "Global Trigger Tool", la misma fue mejorada en los años siguientes, adaptándose a los resultados de las experiencias en su utilización.

El Global Trigger Tool (GTT) permite identificar eventos a partir de elementos "gatillo" o disparadores que aparecen en las historias clínicas (ej: naloxona, para revertir una depresión respiratoria, pedidos de radiografías que no se condicen con el diagnóstico –para identificar caídas- etc.).

GTT se ha convertido en una herramienta que cientos de hospitales en distintos países utilizan para controlar las tasas de eventos adversos ocurridos durante el proceso asistencial.

En 2008, la Oficina del Departamento de los Estados Unidos realizó un estudio piloto para medir los eventos adversos en los beneficiarios de Medicare y utilizar la herramienta Global IHI como un método de detección. Hoy el uso es muy amplio y la experiencia ha definido la metodología como confiable, convirtiéndola en una herramienta estandarizada de medición.
Nosotros la utilizamos desde el año 2013 con sus tres indicadores de calidad:

- **Porcentaje de admisiones con eventos adversos.**
- **Número de eventos adversos cada 100 admisiones.**
- **Número de eventos por mil dias cama.**

La metodología requiere el entrenamiento de operadores (pueden ser médicos o enfermeros), que releven en forma periódica las historias clínicas.

Los resultados permiten el monitoreo de los Programas de Seguridad y la realización de Benchmarking entre Instituciones, favoreciendo el intercambio y políticas de mejora compartidas entre las Instituciones que participan del Programa.

Aspectos medicolegales a tener en cuenta ante el nacimiento de un prematuro extremo

Dr. Jorge Piriz
Gerencia de Riesgo y Calidad Médica
Swiss Medical Group

En la práctica obstétrica y neonatológica se considera **nacimiento prematuro o pretérmino** a todo parto que se produce antes de completarse la semana 37 de gestación, independientemente del peso del neonato (Organización Mundial de la Salud). Los nacimientos prematuros pueden ser espontáneos (80%) o inducidos por indicación médica (20%) ante la aparición de complicaciones maternas o fetales que pongan en riesgo la salud o vida del bebe, de la madre o la de ambos. Un neonato será considerado un **prematuro extremo** cuando nazca antes de las 28 semanas.

La llegada de un bebe prematuro extremo siempre enfrenta al obstetra y al neonatólogo a la toma de decisiones complejas desde el punto de vista médico y ético (iniciar o no maniobras de reanimación; mantener o no las medidas de soporte vital una vez iniciadas; continuar con tratamientos médicos desproporcionados o fútiles; etc.), mas aún si aquel se encuentra en el "límite de la viabilidad". El concepto **"límite de la viabilidad"** no está claramente definido y está sujeto a factores de tipos maternos, obstétricos, perinatales, del equipo neonatal, de los recursos y organización hospitalaria, pero los expertos sitúan esta "zona gris gestacional" entre las 23 y 25 semanas. Desarrollo:

El manejo de los niños prematuros extremos aún continúa generando controversias tanto en las actitudes intervencionistas como en las abstencionistas, ya que ambas estrategias pueden generar consecuencias indeseadas. Por un lado, la falta de resucitación adecuada de un recién nacido recuperable podría aumentar el riesgo de padecer graves secuelas permanentes en el futuro, mientras que la reanimación y el intensivismo terapéutico en un niño no viable y marcadamente inmaduro podría ocasionar la sobrevida de un niño incapacitado de vivir sin tecnología de soporte, con la consecuente ausencia de una minima calidad de vida para el paciente y el negativo impacto sobre la familia.

Los bebés prematuros –y más aun los *prematuros extremos*- presentan un mayor riesgo de sufrir complicaciones perinatales potencialmente fatales, o de sobrevivir con serias secuelas neurológicas, pulmonares, oculares, auditivas, etc.

Ante la ocurrencia de un desenlace fatal o de secuelas permanentes y discapacitantes, no es infrecuente que los familiares en algún momento cuestionen si estos resultados no deseados no fueron debidos a un inadecuado control y manejo médico durante el embarazo, el parto y/o durante su estadía en la unidad de cuidados intensivos neonatologicos, intentando responsabilizar a los profesionales o al sanatorio.

A continuación brindamos algunas consideraciones a tener en cuenta en relación al tema, a los fines de intentar salvaguardar lo mejor posible la responsabilidad del médico y de la institución.

En relación a la comunicación entre las diferentes áreas y profesionales involucrados:

• Siempre que ingrese al sanatorio una embarazada con riesgo de parto de un prematuro extremo, el servicio de neonatología debería ser inmediatamente informado para que pueda tomar las medidas correspondientes. Si la institución no cuenta con la complejidad necesaria para afrontar el manejo de estos neonatos, es su obligación gestionar la inmediata derivación a otro centro médico que cuente con ella.

• La comunicación entre las diferentes áreas y los profesionales actuantes (obstetra de cabecera, obstetra de guardia, el personal de la sala de partos y el servicio de neonatología) debe ser fluida, transparente y óptima en tiempo y forma.

En relación al accionar en la sala de partos:

• En el caso de prematuros extremos en el límite de la viabilidad, la sala de partos o la de recepción neonatal no sería el lugar ideal para tomar decisiones respecto a reanimar o no al recién nacido. Dadas las implicancias éticas que estas decisiones conllevan y los potenciales cuestionamientos que pueden surgir por parte de los padres, siempre que el recién nacido muestre señales de vida es recomendable iniciar las maniobras de reanimacion y, una vez en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos, reevaluar con mayor tranquilidad cuál es la situación clínica real del prematuro; cuál es el pronóstico en cuanto a las probabilidades de sobrevida y de secuelas incapacitantes y cuál es la postura de los padres al respecto, y recién en ese momento tomar decisiones razonadas respecto a seguir adelante, o por el contrario, limitar los esfuerzos terapéuticos.

En relación a la información brindada a los padres:

• Siempre que las circunstancias del caso particular lo permitan, es fundamental que previo al nacimiento del bebé y/o inmediatamente después del parto, tanto el obstetra como el neonatologo le brinden a los padres una información adecuada sobre la situación real y los riesgos a los que se verá expuesto el recién nacido debido a su situación de prematurez, más aun si el mismo se encuentra en los límites de la viabilidad. **Los padres deben estar al tanto de que a pesar de haberse logrado una reanimación inicialmente exitosa, existe la posibilidad de que su hijo evolucione desfavorablemente, que presente complicaciones graves potencialmente fatales, o que quede con secuelas a largo plazo a pesar de habérsele brindado los cuidados y tratamientos en correcto tiempo y forma.**

• **Es fundamental que la información brindada a los padres por el obstetra de cabecera, el obstetra de guardia y los neonatologos, tenga el mismo enfoque, guardando la mayor coherencia y objetividad posible.** El dialogo transparente y multidisciplinario es crucial para sostener un ámbito de confianza y colaboración entre la familia y el equipo de salud. Las informaciones ambiguas o disímiles entre las diferentes áreas o profesionales generarán malos entendidos y, por lo general, conllevan a futuros cuestionamientos sobre la actuación médica.

La información debe estar desprovista de tecnicismos médicos innecesarios, utilizando en la medida de lo posible palabras sencillas que sean fácilmente entendibles. Saturarlos en ese momento con datos científicos solo logrará confundirlos y complicar más aun la toma de decisiones. Téngase en cuenta que los padres se encuentran ante el desafío de comprender y asimilar rápidamente información médica estando en condiciones de angustia e incertidumbre.

Las conversaciones deben en la medida de lo posible involucrar a ambos padres, disponiéndose siempre del tiempo suficiente para las preguntas y respuestas, y de un lugar con adecuada privacidad que les permita a ellos expresar sus opiniones y sentimientos.

• **La información brindada día a día a los padres debe mantener un hilo conductor.** Debe ser coherente con la información brindada los días previos. Es por ello que en la medida de lo posible, las explicaciones y novedades sobre la evolución del bebé debieran ser dadas siempre por los mismos interlocutores, evitando las diferentes versiones de cada médico de turno. Es fundamental que en los pases de guardia y recorridas de sala, todos los médicos de la UCIN sean actualizados acerca de cuál viene siendo la información brindada a los padres, como también cuál es la postura de estos últimos ante la eventual ocurrencia de complicaciones.

• **Si dadas las circunstancias del caso particular los médicos consideran que el pronóstico es claramente desfavorable y que los tratamientos brindados están siendo fútiles y/o desproporcionados, se les deberá explicar a los padres los fundamentos por los cuales sería razonable el retiro o suspensión de tratamientos de soporte vital.** Los padres deben entender que el hecho de haber ingresado a su bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatológicos no los obliga a ellos ni a los médicos a seguir proveyendo intervenciones médicas con el solo fin de mantener la vida.

En relación a la Documentación Médica:

• **Registrar adecuadamente (con fecha y horario) cada uno de los controles, los cuidados y los tratamientos realizados por el personal médico y de enfermería.** Ante cualquier resultado no deseado, el médico debe poder demostrar que siempre actuó diligentemente.

• **En la historia clínica siempre deben quedar consignados los fundamentos médicos que determinaron la toma de decisiones complejas.**

• Siempre que las circunstancias del caso lo permitan, es fundamental una correcta instrumentación por escrito de los "**consentimientos informados**" por parte de los padres. Las "conversaciones" de estos temas en el medio de tanto estrés y angustia no suelen ser bien recordadas por estos últimos, prestándose a malos entendidos y potenciales cuestionamientos.

• En aquellos casos en que los padres se nieguen a algún estudio o tratamiento que ha sido indicado por el médico, éste último no debe olvidar que tiene la obligación ética, profesional y legal de velar por el mejor interés del neonato (por lo más beneficioso para este ultimo). Si el médico considera que la decisión de los padres es una alternativa válida y razonable, deberá confeccionarse el correspondiente formulario de "**rechazo terapéutico**". Por el contrario, si el profesional considera que las negativas de los padres son irracionales y en contra del mejor interés del bebe, aquel no debería aceptarlas y tendría que actuar acorde a las buenas prácticas médicas, aunque esto implique pasar por alto la voluntad de los padres. Si el tiempo lo permite,
se recomienda consultar inmediatamente al área legal, ya que deberá judicializarse. Si el tiempo no lo permite, se deberá actuar fundamentando ello en la historia clínica y luego avisar al área legal.

• En aquellos casos en que el equipo médico y los padres han consensuado que -dada la situación clínica y el pronóstico del recién nacido- lo más razonable sería la **suspensión de las medidas de soporte vital y/o de los tratamientos fútiles o desproporcionados**, es sumamente importante que en la historia clínica queden registrados todos los fundamentos médicos que sustenten dicha decisión, como también la información brindada a los padres y, la firma de estos últimos avalando tal conducta.

En relación a este punto, es frecuente observar que aun cuando médicamente estaría claramente indicado, los profesionales suelen resistirse a llevar a cabo el retiro del soporte vital por temor a que su accionar sea eventualmente cuestionado desde el punto de vista legal.

Al respecto cabe recordar lo siguiente: La nueva **ley de muerte digna** (Ley 26742) le da el derecho a los padres de que en determinadas circunstancias puedan tomar este tipo de decisiones respecto a sus hijos. Según esta ley, **si el recién nacido se encontrara en una situación clínica irreversible, incurable y/o terminal, los padres estarían facultados para rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial, e incluso para solicitar el retiro de medidas de soporte vital, cuando estos tratamientos sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría y estuvieran tan solo prolongando el tiempo de ese estadio terminal, irreversible e incurable.**

Por otro lado, la misma ley en su artículo 11 bis señala lo siguiente: ***"Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma"***. Esta es la razón por la cual los profesionales no deberían temer llevar a cabo el retiro de tratamientos de soporte vital cuando existan claros fundamentos médicos y tal decisión haya sido consensuada con los padres.

Lo desarrollado son tan solo algunas consideraciones a tener en cuenta en el manejo de este tema tan delicado y controvertido.
En este tipo de contexto es cuando el profesional debe -más que nunca- actuar acorde a las buenas prácticas recomendadas por su especialidad, conociendo además el marco ético y legal que rige el ejercicio de su profesión.

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN 0800-666-8400 - www.ssn.gob.ar – Nº INSCRIPCIÓN SSN: 0002

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

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica

SMG SEGUROS

Comuníquese con su Productor Asesor o envíenos un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar / www.smgseguros.com.ar

U0092

SMG SEGUROS

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN 0800-666-8400 - www.ssn.gob.ar — N° INSCRIPCIÓN SSN: 0002