

APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

Año VII - Número 38 - Enero/Febrero de 2013 - Publicación bimensual de distribución gratuita.

WWW.LAMUTUAL.ORG.AR



EMBARAZOS INCOMPATIBLES CON LA VIDA

Análisis de la Ley 1.044 de la Legislatura Porteña.

Además en esta edición:

- El Consentimiento Informado a la luz de la ley de Derechos del Paciente y su modificación sobre "muerte digna".
- La Capacitación del Personal y la Auditoría de Observación en las Instituciones de Salud.
- Infecciones Hospitalarias. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos (Parte II).

**La
mutual** Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional
www.lamutual.org.ar

Praxis I Médica

Más de 500 instituciones y 4000 profesionales gozan de nuestros beneficios.

Nuestro valor

- La prevención y gestión del riesgo médico legal.
- El asesoramiento especializado ante el conflicto.
- La cobertura económica de una aseguradora.

Tucumán 1668, 3° piso (C1050AAH) - Ciudad de Buenos Aires
Tel.: (011) 4371-9856 (rotativas) - lamutual@lamutual.org.ar



Gestión de riesgos médico legales:

Procedimientos y recomendaciones. Marco jurídico.

Entre otros temas se desarrollan los siguientes:



GESTIÓN DE RIESGOS MÉDICO LEGALES.

- Riesgos y cambios en la actividad sanitaria.
- Recomendaciones desde una visión práctica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- El deber de información a la luz de la ley 26.529.
- Respuestas a las preguntas más frecuentes.
- Rechazo terapéutico y abandono de tratamiento.

HISTORIA CLÍNICA.

- Errores más frecuentes.
- Recomendaciones para una buena gestión de historias clínicas.
- Guía para conformar una HISTORIA CLÍNICA ÚNICA (ley 26.529).

ADMISIÓN, DERIVACIÓN y EGRESO DE PACIENTES.

- Procedimientos y recomendaciones.
- Análisis de situaciones especiales.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Quemaduras por uso de electrobisturí.
- Prevención y gestión de caídas.
- Cirugía Segura y la Resolución 28/2012 del MSN.

COMUNICACIÓN DE INCIDENTES Y RECLAMOS.

- El valor de identificar y comunicar incidentes y eventos adversos.
- Actos médicos judicializados: qué y cómo informar.

El Error Médico

Análisis de sus implicancias jurídicas, económicas y asistenciales.



A los largo de sus 270 páginas, entre otros temas se analizan los siguientes:

- Errores en la historia clínica.
- Relación médico paciente y deber de información.
- Especialidades médicas más frecuentes demandadas.
- El error en las distintas instancias de atención: ambulatoria, guardia, internación programada, urgencia.
- El error en el diagnóstico y en el tratamiento.

Se exponen los números de la responsabilidad médica:

- Análisis sobre consultas preventivas por eventos adversos.
- Exposición estadística sobre mediaciones y juicios.
- Montos reclamados y tiempos de reclamación.
- Demandas que prosperan y reclamos que se concilian.

- Error institucional y seguridad del paciente.
- Las manifestaciones del error en las distintas especialidades: cirugía, traumatología, obstetricia, clínica médica, anestesiología, odontología, enfermería, internación domiciliaria.
- Lesiones evitables e inevitables.
- Los efectos del error médico.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Error del paciente.
- La pérdida de chance en medicina.

- Costos en las mediaciones y juicios.
- Análisis de las sentencias.
- Evolución de las consultas preventivas realizadas oportunamente.

Y además:

- Herramientas para prevenir eventos adversos, quejas y reclamos.
- Gestión de riesgos médico legales. Ventajas cualitativas y cuantitativas.



Entérese de las últimas novedades en Facebook: *El Error Médico - Libro.*

Si desea adquirir alguna de estas obras, consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar, o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas) - **Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL -**

Editorial

En esta primera edición del 2013 de **Argentina Praxis Médica** anunciamos el lanzamiento de la **Segunda edición ampliada y actualizada según ley 26.742 de la obra editada en 2010 por La Mutual: “Nuevos Consentimientos Informados según ley 26.529”**. Se trata de un CD con más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica requiere, en las especialidades médicas más diversas. Cabe mencionar que dicho material es de entrega gratuita a los Socios de La Mutual.

Entre los diversos contenidos que encontrarán en este número se destaca una nota sobre los embarazos incompatibles con la vida, tema abordado a través del análisis de la Ley 1.044 de la Ciudad de Buenos Aires. Además

la segunda parte del informe sobre “Infecciones Hospitalarias, aspectos médico-legales y manejo de riesgos”; un interesante artículo sobre el Consentimiento Informado y otro que destaca la importancia de la capacitación del personal y la auditoría de observación en las instituciones de salud.

Nos alegra compartir un nuevo año junto a nuestros lectores y como siempre les decimos que nuestras vías de comunicación están abiertas para que nos acerquen sus comentarios e inquietudes.

Saludos cordiales,
Dr. Héctor S. Vazzano
Director de APM - Argentina Praxis Médica
Presidente de La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional



Staff:

Director:
Dr. Héctor Salvador Vazzano

Editor Responsable:
Dr. Rafael Alejandro Acevedo

Producción Periodística:
Graciana Castelli

Diseño y Dirección de Arte:
Santiago Ariel Bermúdez

Correo de Lectores:
apm@lamutual.org.ar

Página Web:
www.lamutual.org.ar

Redacción y Publicidad:
(011) 4371-9856 (rotativas)

Contacto:
info@lamutual.org.ar
lamutual@lamutual.org.ar
Tucumán 1668, Piso 3, C1050AAH
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Imprenta:
Zuma Gráfica de Suárez Miriam.
Pasaje Diego de Riojas 2356 – CABA.
(011) 4639-8011

Sumario

Embarazos incompatibles con la vida. Análisis de la ley 1.044 de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.	4
El Consentimiento Informado: algunas precisiones a la luz de la ley de Derechos del Paciente y su modificación sobre “muerte digna”.	8
Capacitar al Personal. ¿sirve? La visión externa (Auditoría de Observación).	12
Publicaciones de La Mutual.	14
Infecciones Hospitalarias. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos (Parte II).	15

APM es una publicación bimestral y gratuita, propiedad de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Derechos reservados. Las notas son de uso público siempre que se citen las fuentes. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la Dirección, ni de la Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional. Registro de la propiedad intelectual N° 5064520.

PRAXIS PROFESIONAL | RESPONSABILIDAD CIVIL | CAUCIÓN | VIDA | ACCIDENTES PERSONALES

Sumamos confianza a nuestros asegurados

- Brindando ventajas diferenciales en nuestras coberturas de Praxis Profesional Médica.

- + Cobertura Extendida sin costo
- + Asistencia 0-800-TPC y Gestión del Riesgo

TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS

TPC Compañía de Seguros
Tel. (5411) 4676.5300 - info@webtpc.com
www.webtpc.com

Embarazos incompatibles con la vida

Análisis de la Ley 1.044 de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires



Por Dr. Esteban Scoufalos. Integrante del Área Médica de La Mutual.

La anencefalia es una anomalía congénita resultante en la falla del mecanismo de cierre del tubo neural en etapas precoces del desarrollo embrionario. Dentro de este grupo de defectos de cierre, la patología más grave es la craneo-raquisquisis, la cual resulta invariablemente en la muerte fetal precoz. Le sigue en gravedad la anencefalia, literalmente ausencia de encéfalo, la cual se caracteriza por la ausencia de los huesos craneanos, de los hemisferios cerebrales y de la corteza cerebral. Su incidencia mundial es muy variable y su causa, de origen multifactorial, es aún desconocida. Es la malformación congénita del sistema nervioso central más incompatible con la vida, casi invariablemente fatal, la cual puede ser diagnosticada a partir de la 12^o semana de edad gestacional. A pesar de que el 25% de los fetos anencefálicos nacen vivos, está médicamente aceptado no ofrecerles soporte vital ya que el tratamiento es considerado fútil. Sin embargo, ya que estos pacientes mantienen ciertos reflejos troncales rudimentarios debido a la falta de afectación del tronco encefálico, se los agrupa dentro de los estados vegetativos persistentes, no cumpliendo por lo tanto con los requisitos de inclusión en el protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos del INCUCAI.

En nuestro país, entre los años 2000 y 2002, se hicieron públicos numerosos casos judiciales en los que se solicitaba una autorización judicial para la interrupción del embarazo o la inducción del parto de un feto anencefálico. El más notorio de ellos fue el fallo S.T.: el 11/01/2001 la Corte Suprema de Justicia de la Nación confirmó por mayoría la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires que había autorizado a la Dirección del Hospital Municipal Materno Infantil "Ramón Sardá" para que procediese a inducir el parto o eventualmente a practicar una operación cesárea a una mujer que se encontraba en estado avanzado de gravidez de un feto anencefálico. La colisión de derechos entre el feto y su madre, el concepto acerca de la inviabilidad del feto y si la interrupción del embarazo debía incluirse en la

figura de aborto, fueron algunos de los temas evaluados por los magistrados. El pronunciamiento judicial se fundamentó en los principios bioéticos que privilegiaron el derecho a la salud de la mujer gestante y de su familia por sobre el de la vida del feto. Este caso, de alto impacto mediático, generó una gran controversia en la opinión pública y dio notoriedad a una patología congénita poco conocida por la sociedad, hasta ese momento. A pesar de esta histórica sentencia, se presentaron muchos casos judiciales en los que sus sentencias devenían prácticamente abstractas ya que, a pesar del fallo S.T., cuando se obtenía el pronunciamiento judicial, las mujeres se encontraban próximas al parto. El tema, ampliamente abordado por los medios de comunicación, se instaló en la sociedad, haciendo evidente la necesidad de contar con una norma que resolviera la cuestión. El 26/06/2003 se sancionó la Ley 1.044 de la CABA, cuyo objetivo es regular el procedimiento de los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la ciudad, "respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida".

A continuación, se presentará un análisis crítico de sus artículos:

Artículo 1^o.- Objeto. La presente Ley tiene por objeto regular, en el marco de lo establecido por la Ley 153, el procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida.

La disposición general de este artículo hace referencia al principio de no discriminación y a los factores socioeconómicos que estuvieron involucrados en el desencadenamiento de los fallos que motivaron a las solicitudes de amparo. El mismo se incluye en el contexto de la Ley 153, la cual establece en varios de sus artículos los conceptos de "acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a



comes

Cámara de empresas de
Salud de la Provincia
de Córdoba

0810-122-7348

www.sentiteseguro.com.ar

www.cames.com.ar

info@sentiteseguro.com.ar

Córdoba - Argentina

las diversas necesidades”, de “la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden” en el sistema de salud y de “eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención de salud”.

No es casual que las demandas solicitando la inducción al parto fueran entabladas contra instituciones públicas. Tanto en el caso S.T., así como en las demandas que le siguieron posteriormente, las mujeres y sus familias debieron acudir a la jurisdicción constitucional por el hecho de no contar con los recursos económicos suficientes para acceder al sistema privado de salud, en el cual dichas prestaciones muchas veces se realizan sin ninguna clase de autorización judicial.

Este artículo omite especificar la incompatibilidad respecto a la “vida extrauterina”, lo cual se justifica en los fundamentos de la norma al decir que “no recurrimos caprichosamente a esta expresión, ya que apelamos a ella como una manera de hacer ostensible que el feto no puede ser considerado aisladamente de su situación en el seno materno”.

Artículo 2°.- Feto inviable. A efectos de la aplicación de esta Ley se entiende que un feto padece una patología incompatible con la vida cuando presenta gravísimas malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intraútero o a las pocas horas de nacer. Hace referencia a la imposibilidad del feto a sobrevivir fuera del seno materno, o sea, a su inviabilidad, lo cual puede ser determinado a través de los métodos modernos de diagnóstico prenatal. El tiempo de gestación no es el que determina la sobrevivencia de un feto sino su patología, la cual en este caso es intrínsecamente inviable. Este feto no recibirá ningún tipo de soporte vital, medidas consideradas fútiles, por lo cual su único soporte vital, desde el punto de vista técnico, es la madre. Esta particular situación permitiría a la madre decidir sobre si seguir o no con el embarazo, ya que la misma sería la portadora de un feto que padece una patología incompatible con la vida extrauterina, cuyo desarrollo no sería un “proceso de vida” sino un “proceso de muerte”.

Artículo 3°.- Diagnóstico. La incompatibilidad con la vida extrauterina debe ser fehacientemente comprobada por el médico tratante de la mujer embarazada mediante la realización de



dos (2) ecografías obstétricas, en las que deberá consignarse el número del documento de identidad de la gestante o su impresión dígito-pulgar. Ahora sí se hace referencia a la incompatibilidad con la “vida extrauterina”, omitido en el 1° artículo. Llama la atención que se hace una mención explícita de la ecografía como si fuera el único método de diagnóstico de este tipo de patologías. Parecería que los legisladores sólo tuvieron presente a la anencefalia y no consideraron a otros métodos (amniocentesis, muestra de vellosidades coriónicas) útiles también para el diagnóstico de otros tipos de patologías incompatibles con la vida extrauterina. Debido a que la ecografía es un método de control rutinario, no invasivo y de bajo costo, la falta de mención de los otros métodos también hablaría de posibles razones presupuestarias.

Este artículo también tiene por objeto desterrar la idea de la necesidad de una autorización judicial para el adelantamiento del parto. El médico que ejerce su profesión ejerce un derecho que las leyes le acuerdan, configurando así una materia ajena al juzgamiento de los magistrados.

Artículo 4°.- Información. Plazo. Forma. Dentro de las setenta y dos (72) horas de la confirmación del diagnóstico referido por el artículo 2°, el médico tratante está obligado a informar a la mujer embarazada y al padre, si compareciere, explicándoles de manera clara y acorde con sus capacidades de comprensión, el diagnóstico y el pronóstico de la patología que afecta al feto, la posibilidad de continuar o adelantar el parto, y los alcances y consecuencias de la decisión que adopte. Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la gestante.

Este artículo plasma con claridad los alcances de la regla del consentimiento informado. Si bien manifiesta la inclusión del padre en el proceso de comunicación y comprensión de la

Productores y Asesores de Seguros
Especialistas en Praxis Médicas

Quinn Seguros



M.R. Fraguio 719 - Ituzaingó (1714) Bs As.- Tel./Fax: (011) 4624-1947 - info@segurosquinn.com.ar - www.segurosquinn.com.ar

información, no exige el consentimiento de la pareja para llevar adelante o no el adelantamiento del parto, descartando así la mal entendida práctica del consentimiento "bilateral". La necesidad de contar con el consentimiento del cónyuge sería discriminatoria y violatoria del derecho a la autodeterminación personal, de la mujer gestante, ubicándola en un lugar de incapacidad contraria a la ley. Asimismo, la negativa de uno de ellos impediría el accionar médico, volviéndose nuevamente a la discusión acerca de la autorización judicial, desnaturalizando de esta manera el fin de la norma.

Derechos Humanos que integran el bloque de constitucionalidad y la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires hablan, expresamente, de "salud integral", fórmula que se reitera en la Ley 153. Es indudable que de esta manera la ley prevé el reconocimiento de la dimensión psíquica al concepto integral de salud. Asimismo también expresa que se dispongan de los medios terapéuticos necesarios para la mujer gestante y su familia, reconociendo de esta manera las posibles consecuencias gravosas para su integridad psíquica y estabilidad emocional a las que están todos expuestos.

La incorporación de la bioética al debate jurídico ha permitido colocar como punto vital el respeto de la autonomía de la madre y la protección de su dignidad. Sin embargo, la norma aún es insuficiente. La exigencia a la madre de continuar con el embarazo durante 4 meses (...) sigue siendo su punto más débil y reprochable.

Artículo 5°.- Atención Psicoterapéutica. El establecimiento asistencial del sistema de salud debe brindar tratamiento psicoterapéutico a la gestante y su grupo familiar desde el momento en que es informada de las características del embarazo y hasta su rehabilitación.

En las demandas se ha cuestionado en muchos casos que el embarazo de un feto anencefálico cause daños en la salud física de la madre, motivo por el cual se denegaron las autorizaciones respectivas. Los Tratados sobre

Artículo 6°.- Adelantamiento del Parto. Requisitos. Si la gestante, informada en los términos del artículo 4°, decide adelantar el parto, se procederá a la realización de dicha práctica médica una vez cumplidos los siguientes requisitos indispensables y suficientes: a) Certificación de la inviabilidad del feto registrada en la historia clínica de la embarazada, con rúbrica del médico tratante, del médico ecografista y del director del establecimiento asistencial. b) Consentimiento informado de la mujer embarazada, prestado en la forma prescripta por el Decreto N° 208/01. c) Que el feto haya alcanzado las veinticuatro (24) semanas de edad gestacional, o la mínima edad gestacional en la que se registra viabilidad en fetos intrínseca o potencialmente sanos.

Este artículo pone énfasis en la edad gestacional mínima requerida para que la mujer pueda decidir adelantar el parto. Analizando los inc. a) y c) se puede observar lo contradictorio de la norma: por un lado se requiere de la certificación de la inviabilidad del feto y por otro lado se establece un mínimo de edad gestacional, o sea, un plazo de gestación de un feto viable. A través del concepto del adelantamiento del parto se elimina toda idea posible de que se está autorizando para abortar. Sin embargo, obligando a la mujer a mantener su embarazo desde el momento de diagnóstico hasta la posibilidad de adelantar el parto, existe un vacío normativo que vuelve a ignorar el concepto integral de salud de la gestante y de su grupo familiar y el peligro de daño en su salud mental al que todos están sometidos, reconocidos específicamente en su artículo anterior. El inc. b) establece taxativamente que debe existir el consentimiento informado por parte de la mujer gestante, descartando la necesidad de un consentimiento "bilateral" de ambos cónyuges.

Artículo 7°.- Instrucciones. El Poder Ejecutivo instruirá debidamente al equipo de salud y funcionarios que se desempeñan en los efectores del subsector estatal de salud sobre el procedimiento establecido por esta Ley, dentro del pla-

Federacion de Clinicas y Sanatorios Santiago del Estero



24 de septiembre 281
4200 - Santiago del Estero
Tel. (0385) 4224597 / Fax (0385) 4224503

E-mail: feclise@yahoo.com.ar
www.feclise.com.ar

zo de quince (15) días desde su promulgación. Está orientado a eliminar la "judicialización" del acto médico, la cual, como consecuencia de la habitual solicitud de "autorización judicial" de situaciones en las cuales el médico niega un tratamiento, ha cedido espacio de decisión al poder judicial en un ámbito ajeno al mismo.

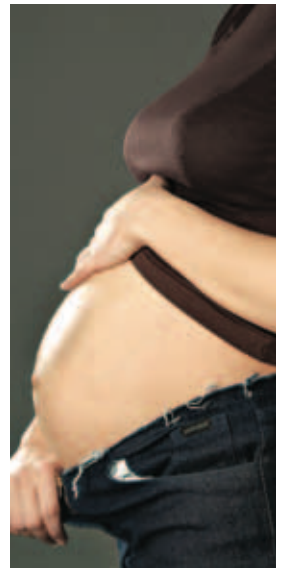
Artículo 8°.- Objeción de conciencia. Procedimiento de reemplazos. Se respeta la objeción de conciencia respecto de la práctica enunciada en el artículo 6° en los profesionales que integran los servicios de obstetricia y tocoginecología del subsector estatal de salud. Los directivos del establecimiento asistencial que corresponda y la Secretaría de Salud están obligados a disponer o a exigir que se dispongan los reemplazos o sustituciones necesarios de manera inmediata.

Este artículo incluye la cláusula de objeción de conciencia la cual tiene por finalidad tranquilizar al personal de salud como derecho de rango constitucional que no podría ser negado a quien lo alegara legítimamente y asegurar que la prestación se realice acorde a lo garantizado por la Ley. Pero la misma omite la obligatoriedad de contar con un registro de objetores, lo cual permitiría organizar los turnos de modo que la institución médica contara en todo momento con al menos un profesional dispuesto a realizar el procedimiento. Asimismo dicho registro permitiría evitar la "doble conducta" por parte de algunos médicos que se niegan a realizar ciertos procedimientos en el ámbito público pero llevan a cabo en el privado.

Artículo 9°.- Prestaciones estatales.

Hace referencia a cuestiones administrativas que escapan a la problemática que se está tratando. La Ley 1.044 de la CABA se encuentra dotada

de intenciones elogiables. La misma protege simultáneamente el derecho a la vida del feto, ya que la inducción del parto no provocaría su muerte, y el derecho a la salud de la madre, quien tendrá la posibilidad de interrumpir su embarazo a partir de las 24 semanas de edad gestacional, no estando obligada de continuarlo hasta que el parto se produzca naturalmente. La incorporación de la bioética al debate jurídico ha permitido colocar como punto vital el respeto de la autonomía de la madre y la protección de su dignidad. Sin embargo, la norma aún es insuficiente. La exigencia a la madre de continuar con el embarazo durante cuatro meses, desde el momento de diagnóstico de anencefalia hasta la posibilidad que la Ley le permite interrumpirlo, sigue siendo su punto más débil y reprochable. Es real la reticencia exhibida por la jurisprudencia criminal argentina respecto a la aceptación del aborto terapéutico. La solución ofrecida por los legisladores porteños no hace otra cosa más que reforzar esa tendencia de los magistrados y brinda un argumento más para fundamentar la no-vigencia del supuesto de aborto no punible. Al crear la norma un procedimiento prolongador del embarazo, en definitiva lo que hace es desconocer los supuestos de aborto despenalizado, logrando el efecto contrario que se propone paliar, el daño en la salud mental de la madre. A pesar de sus puntos criticables, sería adecuado que la disposición entablada por la Legislatura porteña se haga extensiva al ordenamiento jurídico nacional. **APM**



Desde 1898 un Progreso Seguro...



El Progreso Seguros S.A.

Casa Central: Avda. Córdoba 2522 - C1120 AAU - Ciudad de Buenos Aires - Tel: 4961-3680 y lin. rot. - Fax: 4961-0868
E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar

Casa Matriz: Avda. Casey 99 - 88170 AAA - FIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923-472223 y lin. rot.
Fax: 02923-472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar

El Consentimiento Informado: algunas precisiones a la luz de la ley de Derechos del Paciente y su modificación sobre “muerte digna”.



Por Alberto A. Alvarellos. Titular de Alvarellos & Asociados Abogados.

Han quedado cubiertas por los nuevos tiempos aquellas viejas concepciones sociales, deontológicas y hasta jurídicas que, inmersas en el hoy llamado paternalismo médico, entendían que el galeno que, obviamente, sabe más que el paciente, está en condiciones de tomar decisiones terapéuticas sin consultar al enfermo o dando explicaciones someras e incompletas.

En la actualidad, la información y su consecuencia, el consentimiento informado “se constituye en un derecho fundamental o derecho humano positivizado, propio, singular y distinguible o diferenciado, siendo además una de las últimas aportaciones realizadas en la teoría de los derechos humanos, y manifestación necesaria de los clásicos derechos a la vida, a la integración física, derecho a la libertad personal y de conciencia, y manifestación del principio de libre desarrollo de la persona y de la autodisposición, dentro de los límites legales, sobre el propio cuerpo” (1).

En este contexto, entonces, asistimos al reconocimiento de los derechos del paciente a recibir información y a tomar decisiones y, consecuentemente, a los deberes del médico de proporcionar dicha información y, además, a respetar las decisiones tomadas por el paciente.

En nuestro país, una ley de facto del año 1967, la 17.132, dictada para regular el ejercicio de la medicina en el ámbito de la Capital Federal y del entonces Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, se refiere a estos derechos, de los que muy poco se hablaba en aquella época.

En efecto, la norma citada, que por vía analógica ha sido tenida en cuenta en numerosas jurisdicciones provinciales, trata sobre estos derechos del paciente, pero enunciándolos como deberes del galeno. El art. 19, inc. 3, de la ley, menciona entre esos deberes: “Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa

de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones rutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.

Con el transcurso del tiempo, a medida que fueron incrementándose, tanto en número como en diversidad de objeto, los litigios judiciales relacionados con la llamada mala praxis médica, la doctrina y la jurisprudencia fueron precisando el alcance de estos derechos y el modo en que debía suministrarse la información y requerirse el consentimiento del paciente para la realización de determinadas prácticas médicas.

Concepto en la doctrina y en la ley 26.529.

Dos autoras que trataron con mucha profundidad el tema del consentimiento informado, Sandra Wierzba y la actual Vicepresidente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Elena Highton de Nolasco, han definido al consentimiento informado “como una declaración de voluntad efectuada por un paciente, quien luego de recibir información suficiente referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención” (2).

Con algunas variantes, esa definición fue incorporada a la ley 26.529, genéricamente llamada de “Derechos del Paciente” (vigente desde el 20-02-10), cuyo art. 5 dice que “entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios espera-



Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur

Tucumán 2131 - Posadas - Misiones - Argentina
Tel. (03752) 440030 - C.P. 3300



dos del procedimiento: d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados". La ley 26.529, fue modificada en mayo de 2012, por la ley 26.742, que incorporó a su articulado algunas disposiciones tendientes a otorgar mayor autonomía al paciente, en el marco de la llamada "muerte digna".

Respecto del consentimiento informado, se agregan dos incisos al citado art. 5: "g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento".

En el artículo siguiente se establece la obligatoriedad del previo consentimiento informado del paciente para "toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado", "dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria". La reglamentación de la ley, que debía conocerse dentro de los 90 días contados a partir de su publicación, ocurrida el 20 de noviembre de 2009, nunca se llevó a cabo.

A los fines de esta nota agregamos dos disposiciones más. El art. 7 establece que el consentimiento informado será meramente verbal, aunque se requerirá la forma escrita y la firma del paciente en los siguientes casos: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la ley; e) Revocación (se refiere a la posibilidad del paciente de dejar

sin efecto anteriores conformidades que hubiera prestado para la realización de determinados procedimientos médicos). Como es lógico, el inciso f), incorporado por la llamada Ley de Muerte Digna, requiere la firma de un acta, firmada por todos los intervinientes en el caso que el paciente decida rechazar los procedimientos médicos ya enumerados.

Finalmente, el art. 9 establece las excepciones al consentimiento informado: a) Cuando medie grave peligro para la salud pública; b) Cuando medie una situación de emergencia, con grave emergencia para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

La información que se debe al paciente.

Como vimos, el art. 5, ley 26.529, establece el deber de suministrar información al paciente y lo hace de un modo que consideramos excesivamente minucioso y, al mismo tiempo, inapropiado. Ello, porque entendemos que, en una materia tan delicada como ésta que abordamos, en la que pareciera que el médico debe conducirse con máximo cuidado, resulta más aconsejable dejar que sea el profesional que regule, a partir del conocimiento del paciente, de su entorno y de la patología que lo aqueja, el modo en el que irá proporcionando la información correspondiente. Es cierto que el art. 4, ley 26.529, dispone en caso de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o a los familiares que enumera, pero consideramos que la norma hubiera tenido una redacción más adecuada si en dicha disposición se hubiera hecho expresa referencia a la discrecionalidad del médico para determinar las circunstancias de la información. Es que la información al paciente es un acto médico que, se ha dicho, "constituye, como otras, una labor que debe llevarse a cabo con prudencia y tino y sin caer en extremos; entre abrumar al paciente y minar su confianza con datos estadísticos y retacearle la información existe un ancho campo por donde debe transitar el profesional. El ejercicio del deber de información por parte del médico nos pone nuevamente ante una cuestión de proporciones, no siendo adecuado ni el exceso ni el defecto" (3).

Desde luego que la prudencia con la que debe conducirse el médico, a la que aludimos, en modo alguno puede esgrimirse como excusa para, planteado el conflicto, liberar su responsabilidad, escudándose en ella. Por tal motivo, el profesional que considere conveniente limitar la información que debe suministrar, deberá dejar debida constancia de ello en la historia clínica, dando cuenta de las razones por las cuales informó a los familiares en lugar de hacerlo directamente al enfermo.

Por tratarse de una información suministrada en el marco de un contrato ciertamente especial -en el que el objeto es, justamente, el estado de salud de quien la recibe- Marcelo J. López Mesa (4) señala tres aspectos distintivos acerca del modo cómo debe cumplirse, en el vínculo médico-paciente, el deber de informar. Y lo hace contraponiéndolos al modo en que se suministra información en cualquier otro vínculo contractual. Veamos:

a. En la relación contractual ordinaria no existe una limitación aceptable de la información que tenga en cuenta las condiciones del cocontratante. En la información médica, esa limitación por causas personales existe efectivamente y nos hemos referido a ella anteriormente. El médico, en ejercicio del llamado "privilegio terapéutico", debe adecuar la información, considerando el efecto que la misma producirá en la evolución del paciente.

b. El modo o el ámbito en el que en un contrato cualquiera se da la información a la otra parte del mismo, no constituye una materia que requiera especial atención. En cambio, ello tiene especial trascendencia en el ámbito médico: el profesional no debe minimizar el grave cuadro ni magnificar la patología de poca entidad, no

debe ser alarmante, pero tampoco mortificante. c. En el ámbito contractual "común", la información debe brindarse en forma clara. Pero en la relación médico-paciente, el profesional deberá extremar los recaudos para que el enfermo entienda de qué le está hablando; el galeno debe cuidarse de "hablar el lenguaje" del paciente, debe recurrir al lenguaje profano para que no queden dudas de que su información ha sido debidamente comprendida.

Respecto de esto último, el citado jurista, incluye un fallo del Tribunal Supremo de España, que fija los requisitos de la información al paciente, diciendo que la misma "ha de ser puntual, correcta, veraz, leal, continuada, precisa y exhaustiva, es decir, que para la comprensión del destinatario se integre con los conocimientos a su alcance para poder entenderla debidamente y también ha de tratarse de información suficiente que permita contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención que los servicios médicos le recomiendan o proponen".

Finalmente, digamos que el Código de Ética Médica de la República Argentina contiene dos importantes reglas en materia de información al paciente. En primer lugar, el art. 9 del mismo, dice que el profesional "evitará en sus actos, gestos y palabras, todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo sin necesidad; pero si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es regla y el médico la hará a quien a su juicio corresponda". Y el art. 10 del citado Código prescribe que la "la revelación de la incurabilidad se le podrá expresar directamente a ciertos enfermos cuando, a juicio

CONSTRUIR 
Obra Social del Personal de la Construcción Salud

SIEMPRE AL SERVICIO DE SUS AFILIADOS

OSPECON

CENTRO MEDICO DE ATENCION PRIMARIA

CEMAP RIO GALLEGOS — SANTA CRUZ SUR

ALCORTA Nº 130-RIO GALLEGOS-SANTA CRUZ

TEL.: 02966-432050 / 426058 E-MAIL: medz640@uocra.org



UOCRA
Unión Obrera de la Construcción
de la República Argentina
Seccional Santa Cruz Sur

del médico, y de acuerdo con la modalidad del paciente, ello no le cause daño alguno y le facilite, en cambio, la solución de sus problemas". En suma, la literatura médica, la jurisprudencia de los tribunales y la doctrina jurídica aconsejan, como surge de las referencias que aquí hemos incluido, la medida y el cuidado a la hora de informar. Y es por ello que entendemos que la información que habrá de darse al paciente y la extensión de la misma no pueden ser establecidas en forma taxativa, sino que debe ser el prudente criterio profesional el que determine la "medida" de la información, sin que esa prudencia del galeno, reiteramos, pueda justificar una omisión. En una materia tan delicada como ésta, cuando el profesional considere conveniente limitar la "cantidad" de la información o proporcionarla a la familia en lugar de dársela al paciente, deberá dejar constancia fundada de ello en la historia clínica.

La instrumentación del consentimiento informado en la ley 26.529. Su omisión.

Ampliando la exigencia de la ley 17.132 en materia de instrumentación del consentimiento informado, la ley 26.529 lo requiere en forma escrita para un mayor número de situaciones, tal como hemos visto.

Entendemos que tal exigencia deberá ser cumplida, sin embargo, observando las limitaciones a las que hacíamos referencia más arriba y que, por lo tanto, el médico determinará la medida de la información de modo de no incidir negativamente con ella en la evolución del paciente. Pero si no hubiera obstáculo razonable para la información plena, deberá el profesional tener el necesario cuidado de plasmar por escrito las características del acto médico a realizar, sus consecuencias, complicaciones más habituales y, sobre todo, las alternativas al mismo que hubieran sido explicadas al paciente.

De todas formas, la ampliación de exigencias incluidas en la ley 26.529 no incidirá en el campo de la responsabilidad civil galénica ya que no pareciera que, con fundamento en sus disposiciones, vaya a modificarse la opinión doctrinaria que sostiene que "para que se configure un supuesto de responsabilidad del médico por la no obtención de consentimiento informado, debe poder establecerse una relación clara entre la falta de ese elemento y el perjuicio final sufrido por el paciente; si no existe ese nexo causal, no ha responsabilidad pese a la falta de consentimiento" (5).

Ha declarado la jurisprudencia sobre el punto: "a sola omisión del médico de solicitar el consentimiento de la paciente no implica sin más un daño que autorice la reparación, pues deben configurarse los presupuestos de la responsabilidad civil. Es decir, es necesario que exista el factor de atribución, nexo de causalidad adecuado y el daño. A su vez, la presencia de este consentimiento informado por parte del paciente no libera automáticamente al médico, si se

configuran los restantes elementos de la responsabilidad. En otras palabras, la falta de consentimiento informado dentro de la responsabilidad médica es un principio fundamental, pero no una razón axiológica de índole objetiva para atribuirle el daño al galeno por su intervención quirúrgica" (6).

La omisión del consentimiento informado descalifica el acto médico pero, por sí sola, no constituye una fuente de resarcimiento. Para ello será preciso que tenga nexo causal con el daño invocado por el paciente.

Y enhorabuena que así sea por cuanto, desarrollándose el vínculo entre el médico y el paciente en la intimidad del consultorio, más allá de la formalidad escrita ahora impuesta, la sola omisión del consentimiento informado como fuente de responsabilidad civil, abriría la puerta a innumerables y, muchas veces, injustificados e injustos reclamos indemnizatorios. **APM**



(1) Plaza Penadés, Javier. "El nuevo marco de la responsabilidad médica y hospitalaria", Aranzadi, Navarra, 2001, pág. 70. (2) Highton, Elena y Wierzba, Sandra: "La relación médico-paciente: el consentimiento informado", Ed. Ad Hoc, 1991. (3) Trigo Represas, Félix y López Mesa, Marcelo: "Tratado de la responsabilidad civil, Ed. La Ley, T. II, pág. 324 (4) López Mesa, Marcelo, "Tratado de la responsabilidad médica", Ed. Legis, pág. 310. (5) López Mesa, Marcelo, op. cit., pág. 378 (6) Cám. 1ra. Civil y Comercial, Córdoba, 01.10.11, "G., M.T. c/ C, N.E.", elDial.com, AA7396.



Sociedad Odontológica

SIEMPRE UN PASO ADELANTE

Capacitar al Personal, ¿sirve?

La visión externa (Auditoría de Observación)

Por Lic. Gloria Meca. Asesora de Prestaciones de FECLIBA.



En las dos décadas que llevo capacitando y realizando Auditorías de Observación dentro de los Prestadores del Sistema de Salud, yo misma me he planteado este interrogante más de una vez: ¿sirve realmente lo que estoy haciendo?

Y este tipo de duda, cruel sin dudas para alguien a quien le apasiona el tema y se encuentra realmente comprometido con su labor, no es buena. Déjenme hacerlos partícipes de una experiencia que me sirvió cada vez que ese interrogante anidaba en mi mente.

Acá va el cuentito, y lo llamo así no porque no sea verídico, sino porque lo narraré de la forma más amena posible.

Un amigo médico me pidió que “le diera una mano” a otro amigo médico; recuerdo sus palabras: “¡El lugar es un desastre Gloria!”.

Esto fue hace 16 años. Resultó que ese amigo que necesitaba una mano era un Directivo -socio principal- de un Sanatorio. Lo llamaremos Dr. X. Mi amigo veía “offside” lo que su amigo no podía ver “inside”. Y me encomendaba la “grata” tarea de hacérselo ver... No solo no veía el desastre, sino que le interesaba que yo fuera allí casi tanto como que lo visitara una plaga de langostas. Por ello, un día, sin cita previa, llegué al lugar. Realicé una recorrida como observador desconocido: caminé por todos los pasillos, me senté o permanecí parada mirando y observando las recepciones de todos los servicios, y después de eso me retiré.

Días más tarde concerté una cita y me reuní con el Dr. X, le comenté mi “visita sorpresa” y lo que había obtenido de ella: el lugar era un “semi-caos”. Con paciencia le expliqué qué se podía hacer para cambiar las cosas, entre ellas capacitar a su personal, que estaba a la deriva, mejorar la atención y lograr con ello captar nuevos financiadores.

Juro que intuía la respuesta... pero igual me atacó la sensación de impotencia: “Para qué quiero capacitar, para qué necesito que sepan atender mejor, facturar mejor, si pacientes van a haber siempre, siempre hay enfermos, la población que se atiende acá no pide mucho y además cuando el empleado aprende un poquito, se va...”.

Esa fue su respuesta.

Mi memoria es excelente y las palabras que escuché, por más desafortunadas que parezcan, son tan reales que asustan.

Este Directivo era “uno de los dueños del lugar”, pero para él todo podía seguir igual, total los argumentos que presentaba en su cabeza eran tan sólidos como una roca.

De más está decir que cuando la población que se atendía allí y “no pedía mucho” fue retirada por el financiador después de 10 años de atenderse dentro del establecimiento, y se tuvo que salir a buscar un nuevo “financiador-amigo”, las referencias del lugar eran tan nefastas que la solución fue despedir a una cuarta parte del personal y, obviamente, el establecimiento quedó pendiente de una soga invisible que se cortaba en cualquier momento.

Y se cortó al fin.

La gente fue despedida, juicios, más juicios, y el Dr. X se perdió un tiempo.

Hace unos 3 años atrás, hablando con el mismo médico amigo que me había pedido “darle una mano” hacía tantos años, surgió el Dr. X en la conversación. Le pregunté qué era de su vida. Me dijo que se dedicaba a cultivar arándanos...

Hace unos 6 meses nuevamente vino en una charla con mi amigo el nombre del Dr. X y me comentó que el mismo estaba muy tranquilo (igual que hace 16 años...) pero que en una conversación le había comentado que tenía algunos problemas con los responsables de marketing, gente que no proviene del rubro “arándanos”, pero que “es buena gente”.

El tema era que si bien la empresa estaba bien armada, el producto no tenía la salida de exportación rentable que poseían otros cultivadores que exportaban el doble que él.

En ese momento, les digo con una mano en el corazón, pensé “tal vez la gente de marketing necesitaría una capacitación sobre arándanos...”.

No se lo dije a mi amigo: lo único que sé de arándanos es que son deliciosos.

Este “cuentito” viene a cuento (valga la redundancia) sobre lo que “muchos” Directivos opi-

ACLER

**Asociación de Clínicas y Sanatorios
de la Provincia de Entre Ríos**

Enrique Carbó N° 245 - C.C. N° 175 - 3100 Paraná - Entre Ríos
Tel. (0343) 4230040 - Fax: (0343) 4230379



nan sobre capacitar al personal, brindar herramientas, darles medios, cambiar las cosas.

Si tuviéramos una máquina que nos permitiera adelantar unos 5 años este presente, encontraríamos seguramente el Dr. X -ahora cultivador de arándanos- dedicándose a otro rubro y con la misma mentalidad del pasado.

Vale recordar a Peter Senge y su teoría sobre el desarrollo organizacional para darnos cuenta que en cualquier organización se requiere de un método que, partiendo de técnicas y procedimientos, mejore el trabajo.

Los métodos planteados son el enriquecimiento del trabajo, equipos auto-dirigidos y comités de administración para poder proyectar calidad de vida laboral.

Las empresas en general, y sobre todo el “microcosmos” que representan las empresas de Salud con sus características únicas, no están exentas de los cambios en el ambiente tecnológico, político y social; lo que se traduce en panoramas complejos e inciertos.

Se requiere poseer una perspectiva estratégica, que implemente el proceso y planifique el cambio. Es real que muchos prestadores invierten grandes cantidades de dinero y esfuerzo en capacitación o Auditorías de Observación y ello es excelente, es una muy buena intención.

La realidad es que si se queda en la “intención”, la mayoría de las cosas sigue igual. Y si las co-

sas siguen igual, ¿para qué invierto tanto dinero y tiempo?, se pregunta el Directivo. Para darle una respuesta es fundamental, prioritario, ver cómo y con quién se están tratando de efectuar los cambios.

De nada vale capacitar al personal o el mejor informe de Auditoría de Observación, con detalles micro y macro de la situación, con sugerencias, propuestas, etc., si no queremos pasar “de la intención a la acción”.

Por ello, sea una Capacitación, una Auditoría o el mecanismo que elija el Prestador de Salud para mejorar el servicio que brinda, no debe agotarse allí.

El seguimiento es fundamental y debe ser exhaustivo, deben conseguirse los resultados esperados una vez finalizado el mecanismo elegido. Cada establecimiento de salud tiene sus particularidades y necesidades propias, por lo tanto lo expuesto es primordial. Cada uno tiene sus fortalezas y sus debilidades.

Implantar en la práctica lo que en forma teórica vieron los empleados en la capacitación, implementar las acciones (soluciones) que se dieron en las propuestas de la Auditoría de Observación: ese es el camino.

Tomar las riendas del mercado interno y ponerse en “acción”.

Si esto no se implementa, siempre está la alternativa de cultivar arándanos. **APM**

La revista líder del Sector Salud

Médicos

Medicina Global

La revista de salud y calidad de vida

www.revistamedicos.com.ar Tél.: 4362-2024

La Mutual presenta la Segunda Edición de la obra “Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529”

La Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional lanzó la Segunda Edición ampliada y actualizada según ley 26.742 de la obra “Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529”, cuyo autor es el Dr. Rafael Acevedo, Gerente de la Entidad.

Frente a la entrada en vigencia de la Ley 26.742 (modificatoria de la ley 26.529 de Derechos de los pacientes, historia clínica y consentimiento informado), La Mutual inició el trabajo de adaptar a esa normativa los contenidos de su anterior obra, publicada en agosto del año 2010: “Nuevos consentimientos informados según ley 26.529”.

Dicha iniciativa tuvo como resultado la edición del presente CD que contiene más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica

requiere, en las especialidades médicas más diversas. Asimismo amplía el capítulo sobre rechazo terapéutico.

Desde la Entidad auguran que el nuevo material exclusivo resulte de interés, especialmente entre sus principales destinatarios: las instituciones y profesionales asociados a La Mutual, para quienes la entrega es gratuita. **APM**

Los interesados en adquirir el CD pueden escribir a: lamutual@lamutual.org.ar o bien llamar al (011) 4371-9856 (líneas rotativas).

Más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado en las especialidades médicas más diversas:

Cirugía Estética
Oncología
Urología
Estudios Obligatorios
Otorrinolaringología
Neurocirugía
Internación Domiciliaria
Cardiología
Cirugía Vasculat
Cirugía de Cabeza y Cuello
Psiquiatría

Obstetricia
Ginecología
Cirugía General
Traumatología
Anestesiología
Oftalmología
Odontología
Traslados
Rechazo Terapéutico
Fecundación Asistida





ACTUALIDAD EN SALUD

- El portal de noticias de salud más completo
- Nueva publicación impresa mensual
- Newsletter con las últimas noticias. ¡Suscribite!



Tel: (011) 4811-8908 / 9294 . prensa@consensosalud.com.ar . www.consensosalud.com.ar

Infecciones hospitalarias

Aspectos médico-legales y manejo de riesgos (Parte II)

Por Dra. Rosana G. Corazza, Medica Legista, Especialista Enfermedades Infecciosas y Dr. Fabián Vítolo, Gerente Relaciones Institucionales y Servicios Médicos NOBLE Compañía de Seguros.

Manejo de riesgos. Acreditando una diligencia exquisita en el control de infecciones.

La diligencia exquisita hace referencia al cuidado minucioso de las medidas de prevención y control de las infecciones hospitalarias.

Para poder comprender el motivo de su exigencia es prioritario conocer que la prevención de las infecciones hospitalarias no se refiere solo a la prevención de casos de infección sino también a la prevención de la ocurrencia de sus factores de riesgo.

En los últimos años se ha demostrado que un gran porcentaje de las infecciones hospitalarias pueden ser prevenibles a partir de la implementación de ciertas medidas destinadas a aumentar el cumplimiento y adherencia de recomendaciones ya existentes.

La falta de adherencia a las recomendaciones representa uno de los errores médicos vinculados con mayor frecuencia en su desarrollo. Numerosos estudios demuestran las fallas en adherencia a las recomendaciones existentes. La responsabilidad en la prevención de las infecciones hospitalarias no es exclusiva de la institución sino también de cada uno de los profesionales que la integran.

La importancia de un programa "activo" redunda en que la institución, a partir de su Comité en Control de Infecciones, pueda brindar la recomendación para la realización de un procedimiento de riesgo determinado pero es responsabilidad del profesional su cumplimiento. La baja adherencia por parte de los profesionales de la salud y la violación sistemática de las medidas representan uno de los errores médicos más frecuentes para el desarrollo de las infecciones hospitalarias.

Estudios recientes han demostrado que con diligencia exquisita en su prevención un 50% a 70% de las infecciones hospitalarias son prevenibles (18) (20).

El mayor interrogante aún no establecido con exactitud es determinar el porcentaje real de infecciones hospitalarias causadas por errores médicos y que a consecuencia de ello serían infecciones evitables.

Surge entonces la meta final de aumentar la calidad de atención a partir de eliminar las infecciones hospitalarias prevenibles.

Medidas simples y sencillas basadas en incrementar la adherencia y asegurar un cumplimiento adecuado de las recomendaciones ya

existentes reducen dramáticamente las tasas de infección.

De esta forma se demuestra que medidas sencillas pueden presentar un gran impacto. Así lo demostró un estudio realizado en Ginebra en el cual esas acciones permitieron reducir la tasa de bacteriemias asociadas a catéteres del 11,3‰ al 3,8‰ (18).

Un estudio multicéntrico posterior que incluyó a 103 unidades de cuidados intensivos demostró resultados similares lográndose reducir las tasas de infección hospitalaria del 7,7‰ al 1,4‰ (19).

El CDC (Centro Control de Infecciones de Atlanta) decide realizar un protocolo similar a fin de convalidar el éxito alcanzado y demuestra que con diligencia en el cuidado y prevención de las infecciones, se pueden reducir los índices en un 70% (20).

A partir de estos estudios surge el término "tendencia cero". Muchas veces este término es mal interpretado ya que no hace referencia a cero infección sino "cero tolerancia a la violación de las medidas impuestas para su prevención con el propósito de reducir las mismas".

En base a todos estos estudios el concepto de infección hospitalaria ha cambiado, hasta hace no mucho tiempo el precepto era que muchas infecciones son inevitables aunque algunas podían ser prevenidas. La documentación vigente demuestra que la infección hospitalaria es potencialmente prevenida a menos que se demuestre lo contrario. Todas estas publicaciones



han revelado ni más ni menos que la responsabilidad en una infección hospitalaria es compartida, la responsabilidad objetiva y subjetiva se encuentran entrelazadas.

De este modo, la única forma de demostrar la ausencia de culpa es a través de lo que los juristas han dado en denominar "diligencia exquisita", es decir, que la institución asistencial (o el médico) deberán demostrar su diligencia.

Las instituciones médicas deben demostrar que analizan, identifican, evalúan y dan tratamiento a los riesgos conocidos de infección relacionados a las prácticas médicas. Cada caso de infección hospitalaria debe de ser evaluado y analizado a fin de determinar si un cambio en la conducta podría haber determinado un resultado diferente. En terminología médico-infecto-epidemiológica significa la existencia de un Programa Activo en Control y Prevención de infecciones hospitalarias.

La vigilancia epidemiológica no es más que la observación sistemática de la ocurrencia y distribución de eventos específicos relacionados con la salud o la enfermedad. En el ámbito hospitalario la vigilancia es utilizada para identificar a los pacientes con infección u otros eventos adversos que puedan ser prevenidos. Para que este programa sea exitoso es imprescindible que se realice en el marco de un Comité creado para tal fin.

Formación de un comité en control de infecciones.

El Comité en Control de Infecciones es la máxima autoridad de la cual depende un programa de vigilancia. Debe de estar integrado básicamente por un infectólogo, un enfermero (enfermero en control de infecciones o jefe de

enfermería), jefe de farmacia (responsable de esterilización), jefes de áreas críticas, jefe de emergencias, y fundamentalmente debe intervenir el Director Médico de la institución ya que su presencia de máxima autoridad dará marco legal y sostén político administrativo para el cumplimiento de las medidas a adoptar.

El Comité debe reunirse periódicamente a fin de abordar y brindar soluciones para las problemáticas que surgieran como así también para actualizar definiciones, revisar normativas de procedimientos, establecer estrategias para divulgar resultados obtenidos y para difusión de las medidas a adoptar.

Es sumamente importante que exista devolución al personal de la salud de los resultados obtenidos con las acciones realizadas a fin de que se objetiven las mismas y se establezca el estímulo necesario para mantener la continuidad en el tiempo. Para ello, el Comité debe establecer un Programa de Vigilancia Epidemiológica y Control de Infecciones.

Todos los objetivos, medidas, acciones y resultados obtenidos deben registrarse periódicamente al igual que los inconvenientes detectados y las acciones realizadas a fin de repararlos.

Programa de vigilancia epidemiológica y control de infecciones.

El Programa de Vigilancia y Control de Infecciones se refiere a los objetivos y medidas a implementar a fin de establecer un cuidado minucioso y activo en la prevención de las infecciones hospitalarias. Sus objetivos son:

1- Educar al personal de áreas críticas y difundir normativas de higiene de manos y vigilancia epidemiológica de neumonía asociada a ARM



RED PRESTACIONAL INTEGRAL DE CLINICAS SANATORIOS INSTITUTOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)
HEMOPOR S.R.L. (Capital)
CLINICA "DR. JORGE VRSALOVIC S.R.L." (Capital)
NEO-FORM S.R.L. (Capital)
CLINICA "SANTA LUCIA" (Capital)
INSTITUTO ABRUZZO (Capital)
CLINICA ARGENTINA (Clorinda)
CLINICA "MARIA AUXILIADORA" (Clorinda)
CLINICA INTEGRAL "SAN ANTONIO" S.R.L. (Pirané)
CLINICA "SANTA ROSA de LIMA" (Pirané)
CLINICA "DR. CLAUDIO VILLAMEA" (Cte. Fontana)

CLINICA de la MERCED (Las Lomitas)
CLINICA MEDICA "SANTA RITA" (El Colorado)
SERVICIO RADIOLOGICO EL COLORADO (El Colorado)
SERVICIO de IMAGENES ARGENTINAS (Clorinda)
INSTITUTO RADIOLOGICO DR. AMERICO AVEIRO (Capital)
INSTITUTO "Dra. KIRA POPOWITCH" (Capital)
INSTITUTO MEDICO QUIRURGICO "3 de DICIEMBRE" (Capital)
LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA (Capital)
UROLOGIA DE MAGNOSTICO y TRATAMIENTO (Capital)
DIAGNOSTICO SAN CAMILO-GAMMA SPECT FORMOSA S.R.L.

Eva Perón 151- Formosa (Capital)

manejo de catéteres vasculares y manejo de pacientes sondados.

La educación y difusión de normativas no debe de agotarse en la acción única y despersonalizada de la entrega escrita del algoritmo de procedimientos sugerido para realizar un procedimiento determinado.

La evidencia actual ha demostrado que las medidas deben de ser activas, es decir, debe existir educación en terreno y realizar vigilancia continua a fin de detectar las eventuales problemáticas o escollos que suscitaran la violación o incumplimiento de las mismas.

El primer punto de importancia es ejecutar todas las medidas necesarias a fin de incrementar la adherencia en la HIGIENE DE MANOS. Las manos del personal representan el vehículo ideal para el traslado de microorganismos alojados en la flora transitoria de la piel.

Las técnicas de higiene de manos con soluciones alcohólicas han demostrado fehacientemente ser las más adecuadas pudiéndose reemplazar la higiene tradicional cuando las manos se encuentran VISIBLEMENTE LIMPIAS (21).

Se debe educar al personal instruyéndolo y alertándolo sobre la necesidad de higiene no solo antes y después de tocar la piel del paciente sino también antes y después de tocar fómites u objetos inanimados propios de la denominada "unidad paciente" a habida cuenta que las superficies son reservorio y fuente de microorganismos habitualmente son multirresistentes que pueden sobrevivir días y aún semanas en superficies y que rápidamente formarán parte de la flora transitoria de las manos del personal.

2- Medidas de aislamiento.

El personal debe conocer la medida de aislamiento sugerida para cada paciente acorde a su patología. Para ello, el médico tratante así como establece las indicaciones médicas debe especificar en la carpeta de enfermería de cada paciente si el mismo requiere de: precauciones estándares, aislamiento de contacto, aislamiento respiratorio por gotas, aislamiento respiratorio aéreo.

A modo de sugerencia se sugiere colocar en la carpeta de enfermería una tarjeta pre-impresa que contenga especificadas dichas medidas.

3- Revisar en forma periódica las recomendaciones de cuidado de catéteres vasculares centrales, cuidado de pacientes en asistencia ventilatoria mecánica y manejo de pacientes sondados.

El Comité debe de asegurar la existencia en cada unidad crítica de un manual de procedimientos que contenga dichas recomendaciones firmadas, selladas y fechadas incluyéndose al jefe del área involucrada a fin de dar marco legal y administrativo de la revisión y difusión de las mismas.

El Comité como autoridad máxima debe de



conservar en forma escrita no solo las mismas sino también la recepción y la constancia de su difusión en el departamento médico y de enfermería. Para ello se sugiere que se responsabilice individualmente al personal encargado de este procedimiento.

4- Evaluar la adherencia en el cumplimiento de las medidas sugeridas.

Las publicaciones actuales demuestran que los errores médicos involucrados con mayor frecuencia en el desarrollo de las infecciones hospitalarias se asocian a violaciones en las medidas sugeridas para cada procedimiento. Se ha comprobado que medidas sencillas pueden incrementar la adherencia y a consecuencia pueden desencadenar un gran impacto.

Dichas medidas se refieren a chequeos diarios de cumplimiento, educación continua, posibilidad de incluir sets de equipos o kits estandarizados de procedimientos de modo tal que se evite que el equipo médico decida qué usar ya que el kit contendrá el algoritmo a seguir y todo el material necesario.

5- Relevar y analizar sistemáticamente en forma activa y permanente los datos procedentes de la ocurrencia de infección hospitalaria en las áreas cerradas con el propósito de mejorar los índices y alcanzar estándares.

Un Programa minucioso en control de infecciones implica vigilancia activa y permanente. Para ello se deben de conocer los índices de infección intrahospitalaria en las unidades críticas con el propósito de establecer las medidas correspondientes en base a las mismas, analizando los datos y actuando en consecuencia. El programa debe de especificar en forma escrita dichas acciones y demostrar un ACTUAR DILIGENTE.

La realización de las tasas de infección intrahospitalaria requiere de un personal entrenado que se ocupe en forma diaria de detectar cuántos pacientes se encuentran en la unidad, cuántos se encuentran con catéter venoso central, cuántos con asistencia respiratoria mecánica y cuántos con sonda urinaria. El registro diario de estos datos

permitirá conocer los futuros denominadores que determinarán los días de uso de dispositivos y los días-paciente. El infectólogo con el jefe de unidad deberá de realizar vigilancia y educación del personal, como así también identificar los casos de infección intrahospitalaria, referidos especialmente a bacteremias asociadas a dispositivos, neumonías en pacientes con asistencia respiratoria mecánica, infecciones urinarias en pacientes sondados, para así analizar cada uno de ellos individualmente y en su conjunto con el propósito de actuar en consecuencia.

6- Registro y Control de Infecciones del sitio quirúrgico.

Se recomienda que el Programa contemple también el conocimiento de la cantidad y tipo de cirugías realizadas en la institución. Para ello es menester que un personal entrenado (habitualmente se refiere a una enfermera o nurse encargada de quirófano) se ocupe de este relevamiento en forma diaria. Para ello deberá de registrar en planillas confeccionadas para tal fin cada una de las cirugías que se realicen, las características de las mismas y el cirujano responsable.

Todo el equipo médico-quirúrgico deberá de denunciar a infectología todo caso de infección del sitio quirúrgico detectado a fin de establecer las características del mismo, su terapéutica, establecer las tasas de infección, analizar los datos, y actuar en consecuencia.

Se deberá emitir un informe periódico con las tasas de infección y las medidas adoptadas.

7- La higiene hospitalaria. Manual de Procedimientos - Medidas -Educación del personal.

El personal médico y paramédico debe ser entrenado y educado a fin de conocer que los microorganismos bacterianos pueden sobrevivir días y semanas en superficies. No deben de subestimarse en estas acciones a los agentes virales que también presentan tiempo de vida útil en superficies, así -por ejemplo- el virus sincicial respiratorio puede sobrevivir hasta 7 hs en superficies lisas y su diseminación puede ser devastadora en lactantes.(22)

Se debe enfatizar que la transferencia de gérmenes desde el medio ambiente al paciente se produce a través de las manos del personal, lo cual determina entonces la existencia de una Responsabilidad Subjetiva, concepto extremadamente importante frente a la existencia de una demanda judicial. La periodicidad de la higiene de cada área será responsabilidad de la institución, Responsabilidad Objetiva, acorde a las recomendaciones previamente indicadas por el Comité.

No solo es la higiene hospitalaria, es decir, la responsabilidad objetiva la implicada en el riesgo sino que la falta de diligencia en el personal por la inadecuada adherencia a la higiene de manos, lo que determinará una responsabilidad subjetiva del equipo tratante.

El número y tipo de gérmenes presentes en el medio hospitalario dependerá de varios factores tales como el número de personas, la humedad, la aireación, las superficies, la actividad que se realice, el tipo de limpieza y los agentes desinfectantes utilizados para tal fin deberán escogerse acorde al área, la superficie y las características de la población.

El personal encargado para esta tarea debe ser adecuadamente entrenado y conocer la importancia en la ejecución de estas medidas. Las medidas adoptadas en cuanto a frecuencia de higiene por área de internación o asistencia, agentes utilizados, diluciones utilizadas, accionar frente a suciedad orgánica, limpieza de instrumental médico, deben estar escritas en lenguaje claro y conciso a modo de algoritmo a fin de facilitar su comprensión y lectura.

El Comité conjuntamente con los responsables del área deberá vigilar periódicamente el cumplimiento de las recomendaciones de higiene en áreas críticas.

El área quirúrgica debe ser estrictamente vigilada en cuanto al cumplimiento de las normas de higiene. Cumplir los tiempos estándares de limpieza no es la única medida, es muy importante mantener el quirófano a una determinada temperatura ambiente, entre los 22 y los 25 grados centígrados, y con una humedad de entre el 45% y el 60%. Otro aspecto crucial para garantizar un ambiente lo más aséptico posible es que los profesionales que intervienen en la cirugía cumplan fielmente las normas de higiene personal.

El programa de higiene hospitalaria se extenderá a las áreas de alimentación y lactario las cuales deben de ser vigiladas individualmente. Del mismo modo se debe velar por la revisión de normativas y cumplimiento de circuito de residuos hospitalarios.

Procedimientos y métodos en la central de esterilización.

El Programa debe contemplar la existencia de un responsable de esterilización quien deberá vigilar el cumplimiento adecuado de las normativas de cada procedimiento y velar por las condiciones de seguridad del lugar destinado para tal fin.

Periódicamente el Comité deberá vigilar activamente el cumplimiento de las medidas. **APM**

Para acceder a la versión completa de la Parte II ingresar a: www.lamutual.org.ar (APM 38).

(18) Barenholtz S.col Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*:2004 32(10):2014-2020.

(19) Pronovost M.col An intervention to decrease catheter related bloodstream infections in the ICU *NEJM* 2006:355-2725.

(20) Snyderman D. Prevention of Catheter and Intravascular Device-Related Infections: A Quality-of-Care Mandate for Institutions and Physicians. *MMWR* 2005, 54:1013.

(21) Recomendación Intersociedades Higiene de Manos www.sati.org.ar

(22) Cozad A Desinfection and prevention of infections diseases *AJIC* 2003,31(4):243-254

Ciclo Lectivo 2013

ENFERMERÍA PROFESIONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Prácticas Profesionales | Amplia salida laboral | Pasantías Rentadas

ANTICIPO 2013

**CURSOS FOCALIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS
ASISTENCIALES DE LA RED FECLIBA.**

**ADMISIÓN Y SECRETARÍA DE PISO
FACTURACIÓN DE PRESTACIONES NIVEL I Y II**

**INFORMES Y CONSULTAS: Av. 7 N°532 - La Plata - De 8 a 16 hs.
Tel. (0221) 412-9100 int. 169
instituto@fecliba.org.ar / relacionesinstitucionales@fecliba.org.ar**

**SALUDAMOS A LOS LECTORES DEL APM Y DESEAMOS LOS MEJORES
AUGURIOS PARA EL 2013.**

Nuevos Consentimientos Informados Según Ley 26.529

2da. Edición ampliada y actualizada según ley 26.742



Contiene más de 140 modelos y guías para la redacción del consentimiento informado que cada práctica requiere, en las especialidades médicas más diversas:

Cirugía Estética
Oncología
Urología
Estudios Obligatorios
Otorrinolaringología
Neurocirugía
Internación Domiciliaria
Cardiocirugía
Cirugía Vasculat
Cirugía de Cabeza y Cuello
Psiquiatría

Obstetricia
Ginecología
Cirugía General
Traumatología
Anestesiología
Oftalmología
Odontología
Traslados
Rechazo Terapéutico
Fecundación Asistida

Si desea adquirir la obra consulte escribiendo a: lamutual@lamutual.org.ar,
o bien llamando al 011-4371-9856 (líneas rotativas).

**Entrega gratuita a los Socios de LA MUTUAL
PROMOCIONES ESPECIALES**