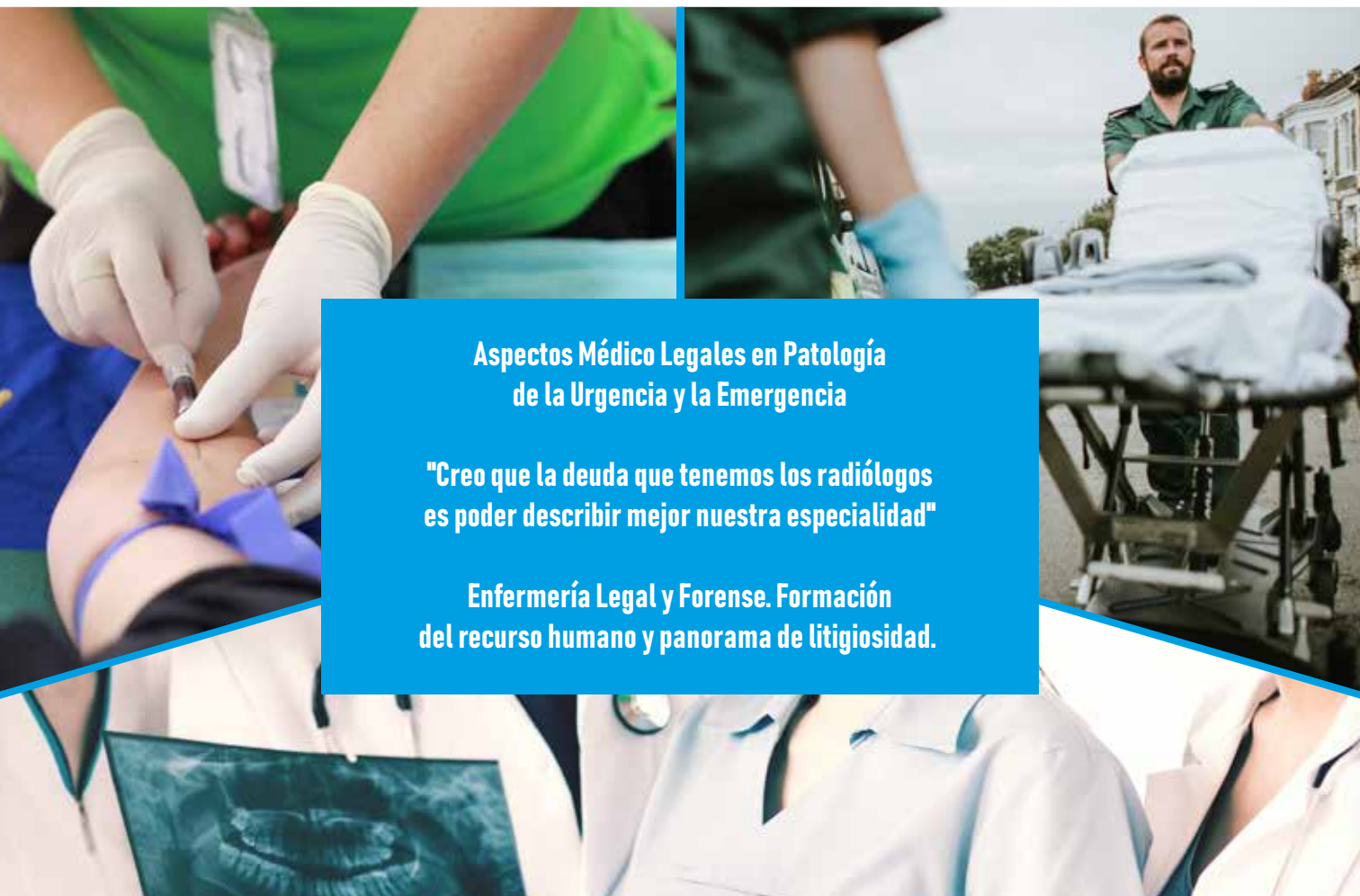


APM ARGENTINA PRAXIS MÉDICA

LA REVISTA DE LA MUTUAL

www.lamutual.org.ar



Aspectos Médico Legales en Patología de la Urgencia y la Emergencia

"Creo que la deuda que tenemos los radiólogos es poder describir mejor nuestra especialidad"

Enfermería Legal y Forense. Formación del recurso humano y panorama de litigiosidad.

La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional

www.lamutual.org.ar

Praxis | 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, 3º 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 lo 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 edición de Argentina Praxis Médica compartimos el siguiente material:

Una entrevista al Dr. Horacio Andreani, médico cirujano y legista, especialista en emergentología y miembro de la Sociedad Argentina de Patología de la Urgencia y la Emergencia (SAPUE). Con él conversamos sobre responsabilidad profesional en la especialidad.

También estuvimos con el Lic. Alfredo Fuente Garrott, enfermero legista universitario y presidente de la Sociedad Argentina de Enfermería Legal y Forense (SAELF), quien nos contó por qué surgió la necesidad de formar enfermeros legistas y cómo la propuesta también se fue expandiendo a otras disciplinas relacionadas con el cuidado de la salud. Además, nos brinda un panorama sobre la litigiosidad en enfermería.

Con el Dr. Eduardo Eyheremendy, médico radiólogo intervencionista y vicepresidente de la Sociedad Argentina de Radiología (SAR), nos cuenta particularidades en relación a la prevención de riesgos y la necesidad de dar a conocer mejor la especialidad.

Por último, una mirada internacional sobre “¿Por qué los médicos tratan en exceso?”.

Como siempre los invitamos a recorrer nuestras páginas.

Dr. Héctor S. Vazzano
Presidente
La Mutual



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:
En el Blanco Producciones
Capitán Bermúdez N° 3321, Olivos, Pcia de Bs As
Te: 011 5263-3283

Sumario

4- Entrevista al Dr. Horacio Andreani, miembro de la Sociedad Argentina de Patología de la Urgencia y Emergentología (SAPUE).

9- Entrevista al Lic. Alfredo Fuente Garrott, Presidente de la Sociedad Argentina de Enfermería Legal y Forense (SAELF).

13- Artículo “¿Por qué los médicos tratan en exceso?”. Una mirada internacional.

15- Entrevista al Dr. Eduardo Eyheremendy, Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Radiología (SAR).

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 Inscripción de Publicación Periódica: RL-2018-47662050-APN-DNDA#MJ

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

NOS OCUPAMOS DE VOS

La Compañía de Seguros especialista
en Responsabilidad Profesional.

Buscanos en
f t in v
/TPC Compañía de Seguros
www.webtpc.com

SSN
WWW.SSN.GOB.AR
0800-666-9400
N° INSCRIPCIÓN SSN: 0741

Aspectos Médico Legales en Patología de la Urgencia y Emergentología

Conversamos con el Dr. Horario Andreani, cirujano general, médico legista, especialista en emergentología y miembro de la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergencia (SAPUE).



- ¿Cuán frecuentes son los reclamos contra profesionales en los servicios de urgencias y emergencias?

Los reclamos suceden, en primer lugar porque el paciente no elige al médico que lo atiende, como sí ocurre en una consulta programada, donde si no le gusta cambia de profesional. En la urgencia y en la emergencia, el médico “que tocó, tocó”, y si al paciente le cayó bien fenómeno, pero si no puede surgir algún problema.

El otro punto es que en la medicina de la emergencia el médico tiene poco tiempo para resolver. O sea, no hay tiempo para la consulta con otros profesionales y esta situación se presta al error médico. El diagnóstico en las unidades de emergencia se realiza muy rápido y pueden cometerse errores involuntarios.

- En aquellos casos en donde se inicia un reclamo, ¿los mismos prosperan a juicio?

Es muy difícil probar la mala praxis, tiene que ser algo muy grosero, pero la verdad es que en parte depende mucho del juez y de la interpretación que le de al caso, más allá del dictamen de los peritos.

No hay parámetros ni normas en donde uno pueda decir “esto esta bien, esto no”. Y hoy “la mala praxis” está en boca de todo el mundo. Un ejemplo, a mis alumnos de pregrado de la Facultad de Medicina de la UBA les digo que la apendicectomía tiene mortalidad, pero por lo general la gente cree que cuando uno opera una apendicitis y el paciente se muere es porque está mal operado, conclusión: “mala praxis”. Sin embargo, no hay enfermedad que no tenga un porcentaje relativo -más alto o más bajo- de morbimortalidad, es decir, de complicaciones y de muerte.

- ¿Qué particularidades puede destacar en relación a la confección de la historia clínica (HC) y la implementación del consentimiento informado (CI) en la especialidad?

En la emergencia primero se actúa sobre el paciente y luego se escribe. De todas formas, hay un médico legista muy conocido que dice: “Estoy cansado de escuchar que lo que no está escrito en la historia clínica no existe o no se hizo”. ¿Por qué? Porque en realidad están los testigos: enfermeros, los otros médicos, etc.

La HC es muy importante, siempre le resalto a los residentes que pierdan más tiempo, que escriban más, porque es la mejor arma de defensa; pero a pesar de todo eso volvemos al mismo tema del comienzo: depende de la interpretación que se le de a la misma. La realidad es que es una elemento más.

En cuanto al CI, si está escrito está bien, si no está escrito está mal, y si está escrito también está mal, porque después el paciente puede decir “no entendí lo que quiso decir el doctor”.


En la urgencia, por ejemplo, no hay paciente que vaya a cirugía sin previa firma de un CI. Pero si ingresa un herido de bala en shock por la hemorragia, no tiene sentido esperar a que reaccione o a que llegue la familia para hacerle firmar un papel, porque como médico uno lo que tiene que hacer es defender la vida. Entonces, el CI en la emergencia no tiene ningún tipo de validez. Distinto es el caso de la urgencia donde, por ejemplo, si un paciente menor de edad llega con una apendicitis sí se puede esperar a que lleguen los padres.

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



Trayectoria, Solidez y Respaldo
para la protección de los
Asociados a La Mutual

HDI
Seguros

- Vida Colectivo Ley de Contrato de Trabajo
- Integral de Comercio para Instituciones Médicas

Superintendencia de Seguros de la Nación - 0-800-666-8400 - www.ssn.gov.ar - N° de inscripción SSN: 0335

Descubra nuevas soluciones de protección

Estimado Socio:

Sabía usted que...

Además de la cobertura de ART, las empresas tienen una serie de indemnizaciones que deben afrontar en forma obligatoria en caso de fallecimiento o incapacidad de un trabajador.

Nuestras soluciones de protección brindan la más completa cobertura para estos imprevistos.

Ley de Contrato de Trabajo (N° 20.744)

■ Cobertura

Protege al empleador en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad de sus empleados, las 24 horas, inclusive en días no laborables o estando de licencia.

■ Determinación de la Suma a Indemnizar

En caso de fallecimiento: se abona a los beneficiarios medio sueldo por año de antigüedad.
De suceder una Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, el empleado recibirá, en una sola cuota, un sueldo por año de antigüedad (Art. 245, 247 de la Ley 20.744).

Ejemplo: Un empleado con 10 años de antigüedad y un sueldo mensual de \$8.000 pierde la vida. El Empleador estará obligado por ley a abonar \$40.000 en concepto indemnizatorio y en cumplimiento de la Ley de Contrato de Trabajo. De no contar con la póliza que proteja tal riesgo, deberá afrontarlo directamente, afectando así su situación financiera.

Para mayor información sobre estas y otras coberturas contáctese con:

Representante Comercial HDI Seguros en La Mutual.
Área de adhesiones.
Teléfono: (5411) 4371-9856 int. 107
lamutual@lamutual.org.ar



- ¿Qué impacto tiene en las expectativas del paciente el avance de la tecnología y el desarrollo de nuevas técnicas aplicadas a la medicina?

Hay una doble fantasía, una “tecnológica”, que es lo que uno puede ver cuando pasa por ciertos sanatorios y le muestran el resonador de última generación que compraron, donde pareciera que con ese resonador fueran a ver absolutamente todo, cuando en

realidad son imágenes que luego serán interpretadas por una persona.

En segundo lugar está “el estimado colega”, que por lo general subestima el procedimiento que él no hace. Por ejemplo, yo realizo cirugía laparoscópica y cuando me llega un paciente para operarse de vesícula, por lo general me dice que el médico que lo derivó le dijo que “era una pavada”, y cree que el procedimiento no puede tener complicaciones. Esto también sucede con familiares, amigos e incluso con la información que circula en internet.

- ¿Es habitual que el paciente busque información en internet?

Sí, pero lo que no busca son las complicaciones propias, que corresponden a un capítulo de los libros de cirugía (complicaciones de la cirugía laparoscópica) y cuando uno como médico le dice al paciente que va a hacer operado de vesícula que puede terminar con un trasplante de hígado, le está demostrando que no es una cirugía tan sencilla.

- Es difícil encontrar el equilibrio para que ese paciente esté correctamente informado pero a la vez no entre en pánico...

En mi experiencia, tengo un modelo de consentimiento informado con las complicaciones más frecuentes de la cirugía y en general ningún paciente entró en pánico o desapareció. En primer lugar porque lo entrego de manera previa a la cirugía, no el mismo día, y contiene las posibles complicaciones (las más frecuentes) y comorbilidades. Este documento se entrega en el consultorio y debe ser devuelto el día de la cirugía.

Lo que hay que hacer es un consentimiento informado para cada tipo de cirugía, no sirve uno general que diga “el médico me ha explicado y he comprendido las posibles complicaciones y riesgos de la cirugía”. Cuando llega el reclamo, muchas veces el paciente o los familiares dicen “pero a mí nadie me explicó nada...”. Otra cosa que es bueno hacer, cuando el paciente viene solo, es citarlo con algún familiar para volver a explicarle las posibles complicaciones, porque personalmente me ha pasado que cuando llega el día de la cirugía le pregunto a la mujer “le comenté su marido tal cosa” y que me digan “no me comenté nada”. Hay pacientes que no quieren saber, firman sin leer, pero cuando surge una complicación llega el problema.

- Lo que pasa es que hay una relación de asimetría en cuanto al conocimiento y al vocabulario médico.

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS PRIVADOS DE SANTIAGO DEL ESTERO



📍 24 de Septiembre 281 / Sgo. del Estero / CP: 4200

☎ (0385) 422-4597 / ✉ aclise.secretaria@gmail.com

🌐 www.aclise.com.ar



Cuando uno va a describir un término médico, entre paréntesis tiene que poner lo que significa, para que el lego lo entienda. Hoy las HC son electrónicas cada vez en más lugares, lo que tiene una gran ventaja: no se pueden adulterar. En peritaciones uno a veces ve una HC muy bien escrita, legible y prolija... Esa HC evidentemente se ha hecho de nuevo. Lo que tiene la HC electrónica (HCE) es que cada vez que uno ingresa queda registrado quién ingresó, si se realizaron modificaciones, incluso quedan registradas las enmiendas (lo anterior y lo que se actualizó). La ventaja que tiene sobre la de papel es enorme, en primer lugar porque ocupa menos lugar y en segundo, en cuestión de segundos se tiene acceso a todos los datos. Por otro parte, si se pide para una peritación judicial, el oficial de justicia llega con un pendrive donde carga los datos del paciente y se los lleva.

- En SAPUE, en tanto sociedad científica, ¿son habitualmente consultados por la justicia en aquellos reclamos en donde se ve involucrada la especialidad?

Hemos tenido algunos casos en los que nos han llegado oficios judiciales pero no es muy frecuente.

Como médico legista hago lo que específicamente se hace. Históricamente, la especialidad de medicina legal hacía de todo: psiquiatría, obstetricia, cirugía plástica, oftalmología, etc. Cuando comenzó a haber especialistas que además eran médicos legistas esto empezó a sectorizarse, porque la realidad es que si a mí me perita un ginecólogo por una cirugía laparoscópica le voy a preguntar "cuántas veces hizo esto en su carrera para poder hablar en determinados términos". Es lo mismo que si yo me pongo a hacer una pericia de alguien que se quedó ciego cuando no soy oftalmólogo. Es antiético hacer una pericia de una especialidad que uno no maneja.



**Asociación de Clínicas
y Sanatorios Misiones Sur**

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

- ¿Qué otras cuestiones pueden generar situaciones de conflicto en el caso de la urgencia y/o emergencia?

Hay muchas situaciones que pueden generar conflicto: si uno cruza la avenida General Paz y quiere hacer una ecografía y tiene que llamar al ecografista, pueden pasar 6 horas hasta que llega. Lo mismo si quiere hacer una radiografía o laboratorio y están de guardia pasiva. Ante estas situaciones, la gente ve que el tiempo pasa y no se hace nada.

Otra cuestión es trabajar en lugares con baja infraestructura, donde uno pide determinado elemento y no hay... y es el médico el que tiene que salir a explicar que no hay insumos. La mejor forma de evitar este tipo de problemas es que el médico esté abocado al paciente, que lo vean que está trabajando, que hable con los familiares, que los informe y que si quedan dudas las explique; y si va a mandar a un paciente a la casa que lo vuelva a citar para el día siguiente. Todo esto debe quedar asentado en la HC porque si no puede decir "a mí no me dijo nada...". Cuando uno hace la epicrisis hay que dejar registrado cuándo va a volver a ver al paciente (la fecha); en cuántos días lo volvió a convocar por consultorio externo; y si es en un caso de urgencia y se lo cita en 24-48 horas para

control, también tiene que quedar asentado en la HC.

- ¿Son habituales los problemas por falta de comunicación entre los profesionales?

Ahí aparece otra vez el "distinguido colega" que dice, por ejemplo, "no tiene sarampión, tiene la quinta eruptiva". Estas situaciones al paciente o a la familia le generan dudas. Por eso uno tiene que ser muy cauto cuando habla o cuando va a emitir un diagnóstico distinto al que tal vez dio otro profesional.

Otra tema muy cuestionable es la indicación quirúrgica. Muchas veces se operan patologías que no se tienen que operar. Sabemos que, en general, los médicos estamos mal pagos y en ocasiones se hacen cirugías de más, lo que lleva a que si surge una complicación luego haya que demostrar por qué fue operado un paciente que no debía. Esta una de las causas frecuentes de demanda.

- ¿Qué sucede con el problema de la sobrecarga laboral en los servicios de urgencia?

Desde hace varios años, el ministerio de Salud prevee que en el sistema de residencias, al día siguiente de hacer guardia el médico se tiene que ir a la casa. Y lo que está proponiendo es que las guardias sean de 12 horas, no de 24. Pero en la práctica esto no se cumple y es justamente ahí, en el cansancio, donde pueden ocurrir los errores.

- Para finalizar, ¿en SAPUE tienen un espacio dedicado a la prevención del riesgo médico legal?

En SAPUE tenemos dos cursos, uno anual y uno bienal, con un modulo anual de medicina interna y otro donde se ven todas las especialidades quirúrgicas, siempre orientadas a la emergencia.

Lo que vemos es que una de las materias a la que más importancia se le debería dar en la actualidad es medicina legal y los médicos no tienen ni idea qué denunciar, qué no denunciar, cómo lo deben denunciar... y en general uno observa que la gente joven tiene un "desinterés" cada vez más mayor y hace lo justo y necesario. Por ejemplo, en la urgencia uno no puede negarse a atender a un paciente bajo ningún punto de vista. Ahora, en lo que es una atención programada, si al médico no le gustó la cara del paciente, se puede negar a atenderlo, y viceversa. **APM**

Por Graciana Castelli para APM



Sociedad Odontológica
SIEMPRE UN PASO ADELANTE

“Muchas veces el enfermero se hace cargo de cosas que no le corresponden”

Entrevista al Lic. Alfredo Fuente Garrott. Enfermero Legista Universitario. Diplomado en Aspectos Legales y Forenses. Perito de parte. Docente Adjunto Cátedra de Marco Legal (Universidad Abierta Interamericana). Docente Adscripto Cátedra de Responsabilidad Legal (Universidad de Morón). Miembro Comité Académico Asesor de Responsabilidad Legal del Colegio Militar de la Nación. Presidente de la Sociedad Argentina de Enfermería Legal y Forense (SAELF).

- ¿Cómo surge la iniciativa de armar una Diplomatura en Aspectos Legales y Forenses orientada a Enfermeros?

En un principio se llamó Diplomatura en Enfermería Legal y Forense pero como tuvo una gran repercusión, la Universidad Abierta Interamericana (UAI) nos pidió que modificáramos el nombre para darle apertura a otras disciplinas, y actualmente entre los alumnos tenemos técnicos en radiología, asistentes sociales, kinesiólogos, etc. Salvo medicina, las otras profesiones no tienen marco legal.

En mi caso personal quería hacer cambios, arreglar la profesión, y en el trabajo había cosas que no me gustaban o con las que no estaba de acuerdo, pero era difícil modificarlas porque las personas ya tienen su forma de trabajar y sus costumbres. Por eso pensé “esto se cambia en la escuela” y me dediqué a la docencia. Cuando se trabaja con el alumno se puede crear otra perspectiva. Siempre me gustó la parte jurídica y en 2006 hice un curso en la Universidad CAECE sobre Enfermería Legal y Forense, y me di cuenta que era eso lo que me gustaba.

Siempre aclaro que esto tiene que ver con los derechos profesionales y las responsabilidades, no con ámbito gremial. Y también muchas veces se habla de “los derechos” y quedan rezagadas las obligaciones. Nosotros tenemos obligaciones que a veces están más arriba de un derecho laboral, porque la vida de una persona siempre se privilegia, y eso significa que como enfermero no me puedo ir si no me toman la guardia porque la persona que estoy cuidando va a quedar sola.

Entre el 2008 y 2009, con un grupo de compañeros armamos la Sociedad Argentina de Enfermería Legal y Forense (SAELF) y a partir de entonces fuimos trabajando en capacitación, yendo a lugares a brindar herramientas, asesorando, incluso hemos participado en algunos conflictos en donde la enfermería tenía problemas, como por ejemplo, cuando le hacen hacer al enfermero cosas que no le corresponden, etc.

- ¿Es habitual que el enfermero tenga que cubrir tareas que no le son propias a su especialidad o formación? ¿Qué sucede en esos casos con la responsabilidad?

En Argentina tenemos muy pocas especialidades reconocidas como tales. Salvo neonatología, control de infecciones, salud mental, cuidados críticos y algunas más; el resto no está reconocida en el campo laboral e incluso si están reconocidas, no significa que al enfermero se le pague por eso.

Son varias las complicaciones porque faltan enfermeros y todavía está vigente el concepto de que “el enfermero está en todos lados”. Además, como el sistema de salud está tan mal y no hay profesionales médicos en todas partes, sucede que muchas veces los suplente el personal de enfermería. El problema es que el hecho de que “los supla porque no hay” no significa que esté bien. Un día en una charla en Jujuy capital un enfermero de Humahuaca me dijo, “me encantó la charla pero yo no la puedo aplicar porque estoy solo y atiando a nuestras embarazadas más las que cruzan de Bolivia”. Este profesional



SOLUCIONES SALUDABLES

GPro | Sistema de Gestión para Obras Sociales y Prepagas

GHos | Sistema de Gestión para Clínicas y Hospitales

Córdoba - Argentina. Tel. 0351 5706900 - info@solucionesaludables.com.ar - www.solucionesaludables.com.ar



licenciado en criminalística, cada uno con su saber. La mayoría que recurre a esta disciplina es porque le falta ahondar en cuestiones legales. Hoy la salud está muy judicializada. Hay demandas de enfermería en donde el enfermero no sabía qué se esperaba de él.

- ¿Cuál es el panorama en relación a los juicios por responsabilidad profesional contra los enfermeros?

La enfermería tiene desde el año 1991 una ley que regula el ejercicio de la profesión. Antes estábamos regidos por la ley de medicina, en un artículo, como actividad de colaboración. Esto implicaba que uno no tomaba decisiones autónomas sino bajo la directiva médica. A partir del año 1991 pasamos a ser “profesionales autónomos de libre ejercicio”, con las responsabilidades del equipo de salud liderado por el médico. En ese momento los enfermeros no queríamos depender de nadie y el Estado dijo “yo te doy la ley, ahora hacete cargo de lo que hagas porque antes la culpa era del otro”.

toma decisiones médicas porque no hay nadie. El problema es que si pasa algo malo, ante la sanción pueden decir, “este señor es un profesional que asumió la responsabilidad y ahora se va a tener que hacer cargo”.

- Cuando los profesionales inician la diplomatura, ¿qué es lo que ellos saben (o no) en relación a sus derechos y obligaciones y cuáles son sus expectativas?

La primera pregunta que se les hace a los colegas cuando comienzan la cursada es qué esperan o por qué se decidieron a la realizarla. Todos reconocen que tal vez están atendiendo mucho y no saben si les corresponde. Además, hay muchos juicios por mala praxis y quieren saber hasta qué punto están cubiertos, qué pasa si la institución no tiene recursos, etc.

La Diplomatura tiene 10 módulos en los que pusimos 9 docentes de distintas profesiones: abogados, licenciado en salud ocupacional, un médico traumatólogo y uno forense, un policía

- ¿Cómo se manejan en la práctica aquellos casos en donde el enfermero no está de acuerdo con alguna indicación del médico?

En general, en muchos lugares están los formularios de eventos adversos en donde si el paciente está recibiendo una medicación que el enfermero no cree que sea correcta puede oponerse. De todas formas, del otro lado se supone que la persona va a chequear si se equivocó o no, aunque a veces no pasa... Esto tampoco lo excluye de la responsabilidad porque si está mal debe denunciarlo a otro profesional o a la institución misma.

Hubo casos en donde alguien que no tenía que prescribir igual prescribió, la enfermera se opuso y dijo que no correspondía. Se es-

CONSENSOSALUD
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

para que como profesional uno sepa esto y obre en consecuencia.

- ¿Considera que los profesionales tienen conocimiento de sus deberes y obligaciones? Y si así lo fuera, ¿no están muchas veces condicionados por el entorno laboral para llevar adelante este tipo de acciones?

En parte sí, pero muchas veces también pasa por desconocimiento. Yo tengo oportunidad de viajar a distintos lugares del país, en general tenemos los mismos problemas en todas partes, y el desconocimiento de la ley es uno de ellos.

- En líneas generales, ¿cuáles son los principales ejes de la responsabilidad en enfermería?

Ante todo es asumir y hacerse cargo de la actividad, que como enfermero es "el deber del cuidado". Pero el cuidado no solo incluye respetar una indicación, también es valorar un montón de cosas porque somos los que estamos las 24 horas con el paciente.

En enfermería tenemos 2 grandes grupos expuestos. Yo también trabajo en un estudio jurídico como perito de parte y los problemas vienen por el lado de la mediación y por el lado de los registros.

Administrar medicamentos implica saber para qué, por qué, qué efectos genera, la dosis adecuada, la vía correcta; y a veces cuando no está aclarada la indicación igual se hace.



También sucede que en muchos lugares le dicen al enfermero que "no hay tal medicación", pero no puede poner que no hay. Si el paciente tiene determinada medicación a tal hora y no hay, la tarea del enfermero es avisarle al médico que no tiene la medicación, que es quien tiene que tomar la decisión de suspender o cambiar el medicamento, derivar el paciente, etc.; Pero el enfermero no puede poner algo que no pasó. Desde ya esto le puede traer otro problema, que es no ser funcional a la institución.

Otro ejemplo, si le dan 10 jeringas para medicar a 25 pacientes, algo que pasa, también tiene la responsabilidad porque es parte de eso.



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

SANATORIO FORMOSA S.R.L. (Capital)
HEMOFOR 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 Lornitas)
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)



que se desvirtúen las tareas y el enfermero, muchas veces, se extralimite.

- ¿En SAELF son consultados por la justicia en aquellos casos en donde se ve involucrada la profesión de Enfermería?

Para ser considerado como perito y auxiliar de justicia en la CABA está el Consejo de la Magistratura. En 2001, un colega hizo una presentación a través de una asociación para que incorporen a los licenciados en enfermería como auxiliares de la justicia. En otros lados, al no tener un listado uno puede anotarse de manera personal, pero en definitiva es el juez el que toma la decisión de buscarnos o no, y en general históricamente se manejan con médicos. En este punto sucede que muchas veces se desconocen cuestiones propias de la disciplina.

Muchas veces el enfermero se hace cargo de cosas que no le corresponden. Si algo no anda o no hay, no es su culpa. El enfermero, al tener ley propia también es responsable, y los abogados entienden esto.

Además de la medicación, el otro gran problema es el tema de los registros. En muchos lugares se maneja el concepto de "primero está el paciente y luego los registros". Pero el registro también es parte del paciente porque en él se deja constancia de cómo está, qué se le hizo, cómo pasó la noche, etc.; y sin embargo se obvia. Otra cuestión es cómo se escribe, si la letra es clara, si hay horarios, que son un gran problema en las demandas. Hay registros de enfermería bien hechos que terminan definiendo situaciones. A veces se les pide a los enfermeros que rehagan una hoja porque no coincide con algo en la historia clínica. Muchos lo aceptan, el problema es cuando llega el juicio.

- ¿Y cómo afecta al tema de la responsabilidad profesional la falta de recursos humanos en enfermería?

Desde el 2007 somos considerados por la OMS como un recurso crítico a nivel mundial y esto se traslada a nivel local: somos pocos, en malas condiciones, con sueldos bajos, con falta de recurso humano que nos lleva a suplir a otros profesionales. Todo esto hace

- ¿Cómo observa en la actualidad la relación enfermero-paciente/familia?

En muchas ocasiones el enfermero es el que más entiende al paciente y los problemas más que nada se dan con el resto del equipo, porque "el equipo" tiende a ser cerrado. Por lo general, para entrar al hospital tenés horarios de visita, etc. Yo trabajo en una maternidad y uno de los inconvenientes que hemos tenido -y que todavía nos está costando- es abrir las puertas. La ley de parto respetado dice que el paciente tiene derecho a estar acompañado en el parto, en el parto y postparto, con la persona que quiera. Ahora bien, si no se le permite entrar por un problema de espacio es un problema de la institución. Antes, el paciente lo aceptaba, pero ahora sabe que tiene derechos y los exige.

Esto pasa también con el consentimiento informado, que no es solo un papel que hay que firmar, sino que implica que el paciente consienta una práctica, por lo cual no se puede hacer en un pasillo a las corridas.

Una de las tareas nuestras es abogar por los derechos del paciente, si los desconoce reconocérselos y hacérselos saber. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.

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

¿Por qué los médicos tratan en exceso?

Cuando la médica de familia Jenna Fox firmó una beca de obstetricia avanzada de un año después de su residencia para aprender a dar a luz, supo que tendría que practicar tantas cesáreas como fuera posible.

El problema era que ella también sabía que las cesáreas no siempre son buenas para los pacientes. Muchos expertos en salud de las mujeres sostienen que a menudo son innecesarias y aumentan los riesgos de salud para la madre y el bebé. Los médicos están trabajando para disminuir las altas tasas de cesárea en los hospitales de todo el país. Fox y sus colegas en el piso de parto en la Universidad de Rochester se esfuerzan por prevenir las cesáreas, especialmente cuando una mujer necesita una para su primer bebé.

“Quiero evitar las cesáreas primarias. Pero también en este año de mi vida quiero todas las cesáreas del mundo”, dice Fox. “Me siento en conflicto, internamente, todo el día, todos los días”.

Durante su beca, dice, cuantas más cesáreas haga, mejor preparada estará para practicar de forma independiente.

La educación médica se basa en el supuesto de que cuantos más procedimientos o tratamientos vean y hagan los médicos, más competentes serán cuando sean independientes. Puede sentirse tentador hacer más que menos.

Pero los exámenes y tratamientos médicos excesivos pueden tener costos financieros y personales. Contribuyen al aumento del gasto en salud en este país y someten a los pacientes a la ansiedad y los riesgos de procedimientos extraños. Un grupo de educadores médicos piensa que esta epidemia de tratamiento excesivo, como lo llaman, comienza con los hábitos que los médicos desarrollan durante el entrenamiento, hábitos que esperan romper con nuevos enfoques de la educación médica.

Hay algunas pruebas de que los patrones que aprendemos en la residencia están programados para el resto de nuestras carreras. En un estudio publicado por la Revista de la Asociación Médica de los Estados Unidos (JAMA) de 2014, por ejemplo, los médicos que se capacitaron en regiones donde los pacientes se sometieron a más pruebas y procedimientos continuaron practicando de forma independiente con un estilo igualmente agresivo.

La medicina académica a menudo es criticada por su énfasis en un trabajo demasiado

completo para problemas comunes. En el nombre de aprender a practicar la medicina, los médicos jóvenes pueden verse tentados a ordenar muchas pruebas, un enfoque de prueba y error con implicaciones reales para los pacientes.

Pero más no siempre es mejor. No es novedad que los costos del cuidado de la salud en los EE.UU. están fuera de control. Gastamos más en el cuidado de la salud, per cápita, que cualquier otro país desarrollado.

Pruebas y tratamientos innecesarios pueden contribuir a altos costos. De acuerdo con una estimación de 2010 del Instituto de Medicina (ahora conocida como la División de Salud y Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, Ingeniería y Medicina), podríamos reducir muchas de nuestras intervenciones médicas para el 30 por ciento sin sacrificar la calidad de la atención.

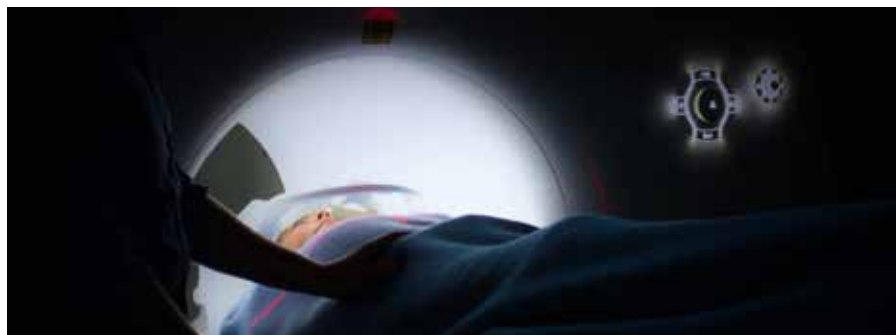
No puede haber una desconexión entre ese hecho abstracto, sin embargo, y decidir cómo cuidar de un paciente individual.

“Nadie fue a la escuela de medicina para tratar el PIB”, dice Christopher Moriates, un médico y decano de la Facultad de Medicina de Dell en Austin, Texas, que diseña los planes de estudio de medicina para enseñar el uso apropiado de las pruebas.

En cambio, los educadores médicos se centran en un argumento diferente en un esfuerzo por enseñar el uso juicioso de pruebas y tratamientos: los costos humanos del tratamiento excesivo.

Ordene suficientes pruebas médicas, e inevitablemente producirán resultados anormales. Luego los médicos pueden sentirse obligados a tratar a esas anomalías, incluso si el paciente habría vivido una vida sana sin saber acerca de ellos.

“Es totalmente natural pensar que más información será mejor”, dice Moriates. “Eventualmente, esto hace que los pacientes se sientan menos bien de lo que realmente están, si descubres cosas que no tienen senti-





do pero que son anormales”.

Toma mi paciente con el sangrado rectal. Después de mi estudio diagnóstico exceso de celo, hablé a través de su caso con un médico con más experiencia. Me dijo lo que ahora sé por más experiencia clínica: el sangrado del paciente fue casi seguramente causado por las hemorroides, y observándolo por unas semanas habría sido seguro y habría ayudado al paciente a evitar un procedimiento invasivo.

Moriates y otros educadores médicos están explorando formas de enseñar este concepto temprano en la educación médica, quieren ayudar a los estudiantes de medicina y a los residentes a frenar estos hábitos antes de que se arraiguen.

El internista y profesor asistente de Columbia, Joshua Geleris, publicó un estudio en 2018, por ejemplo, que examinó la gran cantidad de pruebas que los residentes de medicina interna ordenaron durante el año académico 2016-2017 en un programa de residencia en Nueva York. Geleris y sus coautores no distinguieron entre las pruebas ordenadas en diferentes tipos de pacientes, ya que todos los residentes pasan el mismo tiempo en unidades de cuidados intensivos y pisos de hospitales regulares.

Lo que encontraron, dice Geleris, es que algunos residentes ordenaron entre siete y ocho veces más pruebas que sus compañeros. Es difícil decir qué número de pruebas es la correcta, agrega Geleris, pero la variabilidad es preocupante.

“Solo están tratando de hacer su trabajo y asegurarse de que la asistencia esté contenta al día siguiente”, dice.

En el Johns Hopkins Hospital en Baltimore, un grupo de profesores está trabajando para proporcionar datos similares a sus residentes en tiempo real, con la esperanza de que pueda alentar a los médicos a pensar más detenidamente sobre qué pruebas son realmente necesarias.

La radióloga de Johns Hopkins, Pamela Johnson, profesora asociada que enseña a los residentes sobre el uso apropiado de las pruebas, dice que ella y sus colegas entre-

gan informes personalizados que muestran cómo los médicos individuales se comparan con sus compañeros. Actualmente está estudiando si estos informes son efectivos para reducir la cantidad de tomografías computarizadas ordenadas para detectar coágulos de sangre en los pulmones. Afirma que existen pautas claras para determinar cuándo una tomografía computarizada es la prueba correcta para detectar coágulos, pero a menudo se los ignora, en parte, porque los médicos temen perder un diagnóstico potencialmente mortal.

“La mejor manera de evitar un error de diagnóstico es evitar una prueba innecesaria”, dice Johnson.

Este tipo de presión de grupo también puede ser útil para los médicos totalmente capacitados.

El internista Adam Cifu, profesor de la Pritzker School of Medicine en Chicago que ha escrito sobre el uso excesivo de medicamentos, recuerda una reunión hace varios años con un médico de enfermedades infecciosas acusado de reducir el uso innecesario de antibióticos en el hospital. Ese médico le dijo a Cifu que él era uno de los peores delincuentes de su departamento cuando se trataba de usar antibióticos de amplio espectro para infecciones del tracto urinario comunes. Sabiendo que estaba tratando en exceso en comparación con sus colegas, dice Cifu, le hizo controlar su prescripción casi de inmediato.

“Todos somos ridículamente obsesivos”, dice Cifu. “Ver que no estoy en el percentil 90 o superior me mata”.

Los profesores de la facultad de medicina esperan poder aprovechar aún más este espíritu competitivo cuando se trata de enseñar a los estudiantes y residentes a realizar pruebas y tratamientos con responsabilidad. El profesor asociado de Johns Hopkins, Lenny Feldman, un médico que trabaja con Johnson para desarrollar herramientas educativas, dice que tiene la esperanza de que estas “boletas de calificaciones” ayuden a normalizar un orden de exámenes más juicioso.

“Tenemos que romper el ciclo en alguna parte”, dice Feldman. **APM**

Por Mara Gordon, médica familiar y miembro de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown en Estados Unidos.

Fuente: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/04/19/715113208/why-do-doctors-over-treat-for-many-its-what-they-re-trained-to-do>

Creo que la deuda que tenemos los radiólogos es poder describir mejor nuestra especialidad

Entrevistamos al Dr. Eduardo Eyheremendy, médico radiólogo, especializado en radiología intervencionista. Además, es Jefe del Servicios de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Alemán (HA) y Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Radiología (SAR).

- ¿Existen los reclamos por responsabilidad profesional contra los radiólogos?

Como médico radiólogo, mi sub-especialidad es la radiología intervencionista, o sea, hago intervenciones guiadas por imágenes. En este punto, hay una gran diferencia en el plano de la litigiosidad entre el radiólogo intervencionista y el radiólogo convencional, porque el primero, al hacer intervenciones, puede tener complicaciones y está más expuesto; incluso los seguros son más caros. Como Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes en el HA, los juicios en los que pueden llegar a estar involucrados los médicos de mi servicio normalmente son formalidades, donde más que nada se utilizan los estudios realizados como pruebas en otros juicios, pero en donde no se pone en tela de juicio lo que dijimos en los informes.

Hay un tema interesante que tiene que ver con la firma de los informes. En el HA hace 10 años tenemos historia clínica electrónica (HCE). En mi servicio, tuve que tomar la decisión de estipular en qué momento del circuito hacíamos que el médico firme el informe. En realidad, hay un acto, que es el de validar el estudio: al dar el ok en el sistema se está diciendo que el informe fue leído. Antes el médico grababa el informe en un casete, la secretaria lo tipeaba, se leía, se corregía si había algún error en la transcripción y se firmaba. Por eso nosotros al principio comenzamos a trabajar con reconocimiento de voz, y ahí apareció otra instancia: al dar ok ya se estaba firmando y no se podía volver atrás. Los médicos empezaron a quejarse y a decir “me equivoqué derecha por izquierda, por favor deshace el informe”. Pero los informes no se deshacen porque de lo contrario no tienen validez. Lo que sí se hace son addendum, en donde, por ejemplo, se dice “digo derecha por izquierda”. Pero esto implica asumir errores y en eso hay transparencia.

Ahora bien, esto no es una firma digital real. Nosotros tenemos firma electrónica, que simplemente es un login (un log en donde yo puedo seguir por qué instancias pasó ese

informe y sus correcciones). Este año, a través del ministerio de Modernización tramité la firma digital. Lo hice como prueba modelo para luego implementarlo en todo el servicio. Explico esto porque hemos tenido conflictos en donde me dijeron que había que firmar un informe porque iba a juicio; y llegado el momento de hacerlo me dijeron “usted no puede, lo tiene que firmar el médico que hizo el informe”, pero ese médico vive en Santa Fe y hace los informes remotos. La idea de la firma digital es evitar este tipo de problemas.

- ¿Se realiza un seguimiento de estos errores y/o correcciones que se registran en la HCE?

Hacemos lo que se conoce como “control entre pares”. Las distintas áreas que están en un Servicio de Imágenes: Tomografía Computada, Radiología Convencional, Tomografía, Resonancia, Ecografía, PET, Mamografía y Radiología Intervencionista.

Todos hacemos informes y los firmamos, y dentro de cada área están los revisores, que son los más experimentados, que no tienen que tener menos de 5 años de recibidos como radiólogos. Tomamos en forma aleatoria un estudio por semana y lo vemos. Los errores se clasifican en cuatro: los dos primeros son errores mínimos (cosas que pudieron no verse y que era posible que fueran prácticamente imperceptibles) y el cuatro, que sería el mayor, donde se trata de un error importante, que pudo no ser visto por falta de conocimiento o atención.





- ¿Qué tipo de factores influyen en este tipo de errores?

Absolutamente todos los seres humanos cometemos errores. Desde ya que en nuestra área tenemos que minimizar la posibilidad de error y esto se hace teniendo monitores de alta resolución, profesionales capacitados, que las personas que hacen informes tengan determinada cantidad de horas de vuelo (entrenamiento), etc.

En cuanto a las razones, es un tema muy estudiado: el ojo humano puede diferenciar X cantidad de gama de grises y hay cosas que son prácticamente imperceptibles para nosotros. De hecho, aquí entra todo lo que es inteligencia artificial, un tema realmente fascinante. Un ejemplo, existía un sistema llamado CAD, que se usó mucho para mamografías, y que te marcaba donde podía haber duda de la presencia de una patología. Esto se usó en muchos centros como barrido previo antes de informar. El humano tiene el conocimiento y el sentido común para decir "esto no es nada o sí lo es". Pero lo que tiene de bueno es que cuando un profesional hace 2 horas que está informando, cansado, etc., puede suceder que baje un poco la guardia y que no vea algo, y un sistema como este puede ayudar para decir "mirá acá, acá y acá".

Lo que está viniendo ahora es el reconocimiento de imágenes con inteligencia artificial para poder asistir y ayudar al radiólogo. Sin embargo, en muchos de nuestros congresos a esto se lo considera una amenaza para la especialidad. Personalmente creo que nos va a potenciar.

- ¿Cuánto influye para el trabajo del radiólogo el tiempo que tiene destinado para atender a cada paciente?

La realidad es que pocos pacientes conocen el trabajo del radiólogo y nosotros no tenemos al paciente enfrente, ni un tiempo estipulado para atenderlo.

Uno tiene una guía, donde mira distintas partes de la radiografía y luego cada uno va haciendo su propia sistemática. Lo que hicimos en el HA fue realizar informes estructurados y por un lado nos encontramos con que tardábamos mucho más tiempo en informar estudios porque la guía te obligaba a seguir un orden y a la vez operaba como un ayuda-memoria. Pero esto en la práctica se fue ajustando.

Creo que entregar el informe en tiempo y forma también es una cuestión de calidad, y es necesario acortar los tiempos lo más posible, pero tampoco por eso perder calidad del estudio.

Las ecografías normalmente pueden salir en el momento. ¿Cuándo no es así? Cuando hubo algo que por alguna razón queremos consultar. No se puede entregar en el momento una radiografía de tórax porque el médico tendría que estar todo el tiempo informando. Un PET (Tomografía por Emisión de Positrones) se tarda un poco más por el tipo de informe que hay que hacer.

Los radiólogos cada vez tenemos más herramientas que son fantásticas y que también hacen que el informe sea más complejo, por ejemplo: tengo toda la historia clínica disponible de todos los pacientes que se atienden en el HA desde hace 10 años. Entonces puedo ver los estudios anteriores, la historia clínica de consultorio, el laboratorio, los resultados de patología, lo que dijo el cirujano en la cirugía, qué dice el médico que pide el estudio, cuándo le hicieron el tratamiento, etc.; y lo cierto es que se tarda un montón de tiempo analizando esto y al final no se aumenta la producción, e incluso necesito más

La revista líder del Sector Salud

Medicina Global
Médicos

La revista de salud y calidad de vida

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



médicos. El producto, el resultado, es mucho mejor pero también más caro.

- ¿Qué pasa con los pacientes que llegan con estudios previos de otra institución?

Hoy casi todos los centros entregan un CD y en estos casos implementamos dos formas. Primero algo que heredamos de los patólogos, que tienen muy bien implementado lo que se llama la revisión de tacos o segunda opinión. Los radiólogos en realidad no teníamos eso, pero nos encontramos con que informalmente lo hacíamos y empezamos a realizarlo formalmente. De este modo se ingresan todos los estudios al sistema y se elabora un informe. Esto costó bastante, incluso costó que nos lo paguen, al principio resignamos y luego empezamos a exigirlo porque en definitiva era nuestro acto médico.

El otro caso es: no hago la revisión de los estudios, pero igual se ingresan al sistema y no se hace un informe.

No quiero que se malinterprete el tema de "cobrar o no cobrar". Lo real es que el radiólogo se tiene que poner a analizar concienzudamente todos los estudios, que quizás requieren un montón de tiempo; y esto es como cualquier consulta médica.

- Lo cierto es que no todas las instituciones tienen la misma forma de trabajo ni calidad de equipos que el HA...

No todos tienen la misma calidad de equi-



pos ni trabajan de la misma forma, y muchas veces nos encontramos con estudios que uno dice "no puedo informar esto porque no estoy de acuerdo en cómo se hizo, etc.". Incluso uno de los ítems de nuestro informe es "calidad de estudio", y si bien es raro puedo decir "no tiene calidad acorde como para emitir un diagnóstico".

Pero aquí aparece otro punto pensando en el futuro: la historia clínica y los estudios son del paciente, no son de la institución. Ya se está trabajando a nivel nacional para poder hacer una estandarización donde yo pueda entrar en la historia clínica del paciente, no importa donde se haya realizado. Todos usamos nuestros sistemas para fidelizar al paciente, pero eso tiene que desaparecer. En Estados Unidos ya está establecido legalmente, la idea es que el paciente autorice al médico para que pueda acceder a la historia clínica.

Desde 1898 un Progreso Seguro...

Casa Central: 25 de Mayo 432 P. 11 - C1002ABJ - Ciudad de Buenos Aires - Tel: 011 4315 - 6600 y lin. rot.
E-mail: info@elprogresoseguros.com.ar

Casa Matriz: Avda. Casey 99 - B8170 AAA - PIGUE - Prov. de Buenos Aires - Tel: 02923 - 472223
y lin. rot. - Fax: 02923 - 472046 - E-mail: pigue@elprogresoseguros.com.ar



N° de inscripción El Progreso 0716 / N° de inscripción La Territorial 0596



- ¿Cuáles son los eventos adversos comunes en el área de imágenes?

Tenemos problemas con la realización del estudio y complicaciones durante su realización, donde fundamentalmente el mayor inconveniente es la inyección de contraste. Los contrastes iodados pueden traer dos tipos de reacciones: las alérgicas y la otra cuestión es que son nefro-tóxicos, o sea, tóxicos en el riñón. En resonancia las reacciones alérgicas son casi inexistentes, pero en pacientes con insuficiencia renal se contraindicó su uso.

Se modificaron las fórmulas de los contrastes, hoy se utilizan los no iónicos y de baja osmolaridad, y todo eso hace que las reacciones disminuyan. Sin embargo, hay cierta tasa de complicaciones. Existen guías sobre cómo se manejan estas complicaciones, nosotros usamos la del American College of Radiology, en donde se habla de la premedicación.

- ¿Y quién se ocupa de prescribir este paso previo?

Por parte de la SAR tenemos unas guías de seguridad radiológica en las que uno puede basarse y ayudarse con eso. Después está cada institución y lo que nosotros hicimos en el HA fue tomar las existentes y adecuarlas. ¿Qué significa? Ponerme de acuerdo con los derivadores (clínica médica, oncología, etc.) porque nos sucedía que nosotros dábamos una indicación y luego el médico decía “no la hagas”, y al momento de hacer el estudio nos encontrábamos con un paciente que nos decía “no la hice porque mi médico nos dijo que no”. El tema es que el que va a inyectar el contraste es el radiólogo... Entonces nos pusimos de acuerdo en relación a la medicación que damos, la cual es para prevenir, pero no quiere decir que de todas maneras no puedan surgir alguna complicación. Este es un punto de riesgo. Otro es el planteo de la radiación. Las guías de protección radiológica de la SAR hablan mucho sobre este tema, que despierta interés a nivel mundial. Hoy en día emitimos un

75% menos de radiación de lo que se emitía antes. Los últimos 10-15 años se redujo muchísimo porque a las grandes empresas empezó a importarle el tema. Los equipos tienen seguros que no le permiten al radiólogo excederse en la radiación. ¿Por qué uno se excedería? Es como la fotografía, uno quiere tener más calidad y para ello tiene distintas metodologías y podría cometer errores o excederse. Por otra parte, a todos los equipos hay que hacerles un seguimiento, controles de calidad, mantenimiento, que deben ser cumplidos para certificar que el equipo emita la radiación que dice que emite y que no haya una discordancia en eso. En el caso del HA también tenemos un físico médico que controla los equipos y revisa los protocolos que hacemos, asesorándonos sobre cómo hacer para emitir menor radiación. De todas maneras, hay una frase del ex presidente de la SAR, que dice: “¿Qué cantidad de radiación puede recibir un paciente en su vida?”, y la respuesta es: “La que necesite”. Hoy en día, por el hecho de decir “no lo vamos a estudiar” puede correr riesgo la vida de la persona. ¿Y cuál es el futuro? Poder hacer un seguimiento de la radiación que recibió cada paciente en su vida.

- ¿Cómo se implementa el Consentimiento Informado en la especialidad?

En nuestro caso lo realizamos nosotros antes de realizar el estudio. Lo hacemos firmar en casos de inyección de contraste y también en resonancia, donde puede haber algún riesgo si el paciente tiene una prótesis metálica, etc.

- ¿En la SAR abordan el tema de la prevención del riesgo médico-legal?

Se hizo un gran trabajo en presidencias anteriores con todo lo relativo a las guías de seguridad radiológica. En el próximo congreso, tenemos un simposio todo sobre contrastes. Son temas de los que se habla permanentemente, formando a los profesionales para que puedan saber manejarlos.

Creo que la deuda que tenemos los radiólogos es poder describir mejor nuestra especialidad. Existen dos conflictos: trabajar en la oscuridad donde nadie sabe quiénes somos, y “la demonización de la radiación”, porque se dijeron cosas que no son tan ciertas y la mejor manera de contrarrestar esto es brindando información. **APM**

Por Graciana Castelli para APM.

Desde 1956 conformamos
la Red Provincial de
prestadores de Salud para
la Seguridad Social.



y distritos:

Distrito I - Distrito II - Distrito III - Distrito IV
Distrito V - Distrito VI - Distrito VII - Distrito VIII
Distrito IX - Distrito X

 fecliba.org.ar

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
Cardiología
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**