GUARDIA • 24

Julio 2018 | N° 46

SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Comunicación de malas noticias en medicina. Parte II.

P. 5 La relación médico-médico; el verdadero desafío de la medicina de ayer, hoy y siempre.

P. 8 Historia Clínica deficiente: un universo de consecuencias Médico Legales.

SMG SEGUROS

GUARDIA•24

Nota del Editor

Estimados Asegurados:

Nos acercamos a ustedes en esta oportunidad con algunas reflexiones sobre una temática de la que poco se habla, pero que en muchos casos juega un rol muy significativo en producción de reclamos a la comunidad médica, como es la relación entre los distintos integrantes del equipo de salud.

En segundo lugar, pese a ser un tema trillado, queremos volver a destacar la trascendencia de una adecuada documentación médica en la prevención y defensa de un reclamo por responsabilidad profesional.

Finalmente, les acercamos la segunda parte del artículo sobre comunicación de malas noticias en medicina.

Esperando que sean de vuestro agrado, les reiteramos que pueden enviarnos sus inquietudes y solicitar temas de su interés, a nuestra casilla de correo electrónico.

Los saluda cordialmente.

Dr. Horacio E. Canto
Gerente de Servicios Médicos y Responsabilidad Civil Profesional
SMG Cía. Argentina de Seguros
Swiss Medical Group

Línea "On line 24 hs":
0800 - 333 -1118

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

E-mail: guardia24@smg.com.ar

Comunicación de malas noticias en medicina. Parte II

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

Introducción:

En la primera parte de este artículo, analizamos la trascendencia del proceso de comunicación de malas noticias. Desarrollamos los diferentes protocolos que se fueron diseñando con el objetivo de sistematizar y ofrecer herramientas para mejorar la comunicación.

Analizaré en esta segunda parte, el proceso de comunicación de incidentes críticos en el quirófano, porque es un proceso diferente, con características propias, que requiere un entrenamiento especial. Luego de realizar una búsqueda bibliográfica sobre este proceso en particular, llegué a la conclusión que prácticamente no hay nada escrito.

Voy a comenzar describiendo cuales son los principales reclamos que hacen los pacientes o familiares en relación con el proceso de comunicación de un evento grave no esperado:

"No habíamos sido advertidos del riesgo, el doctor dijo que era algo muy sencillo que ni siquiera se quedaría internado."

Este reclamo, frecuente, por cierto, expresa una situación de la realidad: la minimización de los riesgos por parte del equipo quirúrgico y la falta de un adecuado proceso de consentimiento informado.

"De repente lo vimos en terapia intensiva lleno de tubos y no recibimos ninguna explicación."

Es muy importante poder localizar a la familia ante la complicación, a través de alguien del equipo que salga a advertir que puede haber un mal resultado.

Muchas veces la familia se va a esperar a la confitería de la Institución, por ejemplo, y luego se dificulta la localización ante la emergencia.

"Después de la operación no lo volvimos a ver" (en referencia al anestesiólogo o el cirujano).

Es trascendente el acompañamiento posterior y el registro de las visitas en la historia clínica.

"Recibíamos distintas versiones de lo ocurrido, una cosa dijo el cirujano, otra los médicos de terapia intensiva."

El contenido de la comunicación debe ser consensuado entre los distintos integrantes del equipo de Salud.

"No nos avisaron lo que pasaba hasta mucho tiempo después, no nos pudimos ni despedir."

Para la familia, contar con unos momentos para despedir a su familiar, es muy importante y favorece un duelo normal. Tenemos que comprender que estos cuidados forman parte del ejercicio profesional y son inherentes a nuestra actividad. No pueden por tanto ser delegados.

Comunicación de un evento grave o la muerte en el centro quirúrgico/centro obstétrico:

Características especiales:

- En la mayoría de los casos, el desempeño profesional está en juego y en no pocos, hubo errores o fallas en el proceso.
- El mal resultado suele ser INESPERADO.
- El mal resultado suele ser IRREVERSIBLE.
- En el caso de eventos anestésicos, se suma que la relación previa con el paciente y la familia es nula o muy pobre, no hay lazos ni construcción de confianza.
- El médico debe informar habiendo pasado por una situación de alto stress sin tiempo de recuperación: interfiere la propia conmoción.

¿Qué nos pasa al enfrentar un evento crítico y tener que comunicarlo?

- Gran malestar personal: sensación de fracaso.
- Vergüenza de enfrentar con los pares y el equipo una falla grave en los casos en que el desencadenante fue un error o un descuido.
- Temor al reclamo judicial.
- Temor por el daño causado.
- Inseguridad.
- Culpa.

Primera conclusión

Nuestra formación no nos prepara para tan difícil momento. Debemos incorporar entrenamiento en esta disciplina desde

el pre grado. Las Instituciones deben desarrollar protocolos de comunicación. Debe existir un equipo de crisis.

A continuación, algunas ideas para empezar

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS EN EL CENTRO QUIRÚRGICO:

La preparación:

- Si la cirugía o el procedimiento se demora por un evento no esperado, adelantar información a la familia a través de un referente: no debe demorarse la comunicación de que algo no anda bien. Esto permite a la familia irse preparando para la mala noticia.
- Tomarse unos minutos de reflexión finalizada la atención.
- Compartir impresiones con el equipo.
- Consensuar información a brindar.
- Elegir comunicador.
- Acompañar el seguimiento del paciente.
- Documentar adecuadamente.

Al comienzo:

- Preparar un entorno adecuado: evitar pasillos, buscar intimidad: privacidad es respeto.
- Advertir que no son buenas noticias.
- Acercamiento personal: nombre, parentesco, dar la mano, presentarse si no se conocen.
- Actitud: mirar a los ojos, de frente, en lo posible sentados, escuchar, evitar actitud defensiva (es rápidamente registrada y cuestionada).
- Cualidades: La comunicación no verbal es tan o más importante que la verbal: la atención, la mirada, la postura todo habla por nosotros.
- Evitar distractores: celular.
- Ofrecer el tiempo necesario, evitar la sensación de apuro (por ejemplo mirada frecuente del reloj).
- A veces el shock le impide a la familia recibir toda la información, ofrecer un segundo encuentro.
- Si el paciente no murió, compartir el plan de tratamiento.
- Dejar un contacto, la puerta abierta.
- Seguridad, empatía, solidaridad emocional, claridad.

EL CONTENIDO A COMUNICAR

- Ante fallas graves ¿hasta dónde informar?. Opiniones encontradas; Recordar que el exceso de información también puede generar daño. La información no debe ser improvisada, pero sí debe ser honesta.
  No dejar de considerar la confidencialidad que exigen los programas de reporte voluntario de eventos respecto de quién reporta.
- Brindar en lo inmediato una información general. Es muy importante dejar abierta la puerta a una segundo encuentro para ampliar la información.
- "Analizaremos en detalle lo sucedido para poder brindar una información más completa que nos ayude a comprender cómo se desarrolló la complicación."
- Somos parte, estamos juntos, hablar en primera persona del plural…y sentirlo así.

Aspectos Médico-legales:

La inefectiva comunicación origina por si misma litigio pues el paciente o los familiares la perciben como falta de solidaridad y desinterés por parte del médico. El deseo de una explicación y el no acompañamiento causan ira y muchas veces terminan desencadenando la acción legal posterior El silencio del médico en lugar de prevenir la demanda la provoca; los médicos somos resistentes a discutir y aceptar los malos resultados.

Es muy importante documentar en la historia clínica las entrevistas mantenidas, la percepción de las mismas y el seguimiento y apoyo brindado al paciente y/o su familia.

Reflexión final

Sabemos que comunicar una verdad dolorosa nos enfrenta con nuestro mundo afectivo y con los sentimientos más profundos de pacientes y familiares, sabemos que esto es estresante y desgastante, también sabemos que este estrés afecta nuestra calidad de vida y la atención al paciente, y que el burnout es cada vez más frecuente entre los profesionales de la salud. Hay mucho por trabajar.

Recordemos que no todo está en nuestros libros. Somos parte de esta problemática, y en nuestras manos está también la decisión de construir una medicina mejor, más segura para todos: nuestros pacientes, sus familias, los profesionales y las Organizaciones de Salud.

La relación médico-médico; el verdadero desafio de la medicina de ayer, hoy y siempre.

Dra. Sandra Lizos
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad Profesional
SMG Seguros

Introducción

Mucho se ha escrito de la relación médico-paciente, y de la importancia de ésta, pero la realidad que esta relación, no se establece únicamente como se menciona, entre el médico y el paciente, sino que existen otros actores que entran en juego, como ser la familia y otros profesionales médicos. Por lo tanto, es de vital importancia conocer a estos otros protagonistas, para saber cómo influyen en dicha relación.
Los otros profesionales que también forman parte del tablero de acción del ejercicio profesional y que comparten el escenario junto a los pacientes, pueden jugar un papel importante, ya que una opinión diferente puede debilitar en mayor o menor medida la confianza que un paciente y su familia tengan sobre el médico o el equipo interviniente.
Mucho es lo que hay por decir, y poco lo escrito a la fecha respecto a este tema. El motivo: a los médicos les molesta, por diferentes razones hablar al respecto, siendo un tema tabú. Consideramos no obstante, que debemos analizarlo, para el beneficio común, tanto del equipo médico, como del paciente.

Desarrollo

Con el objeto de comenzar a transitar un camino en el que libremente podamos hablar de la relación médico-médico, el análisis se orientará a responder a ciertos interrogantes, a saber:
- ¿Qué conocemos de la relación médico-médico?.
- ¿Existe algún código de ética médica que contemple el accionar de los profesionales con sus pares, con el paciente y la sociedad?.
- ¿Influye la relación entre los profesionales y su modo de desarrollarse, en la producción de conflictos médico legales que enfrentamos los profesionales de la salud?.
- ¿Cuánto influye el ego del médico, en la generación de conflictos con sus pares los que, posteriormente puedan llevar a un reclamo judicial?.

Aunque no ha trascendido, mucho es lo que desde siglos atrás se ha escrito sobre este tema y poco lo que los profesionales médicos quieren profundizar sobre el mismo.
Sabemos que una buena relación médico-paciente, es netamente beneficiosa para el paciente y para el equipo de salud, pero, ¿qué pasa con la relación entre médicos?.
Para que la relación médico-paciente pueda crecer positivamente, también debe existir una adecuada relación entre los profesionales intervinientes de un equipo de salud, dado que de no ocurrir, podrá gestar en el paciente y/o en sus familiares un sentimiento de desconfianza que puede influir para no alcanzar un resultado beneficioso.
Ahora bien, los profesionales de la salud, ¿actúan propiciando un desarrollo fluido y armónico de la relación entre colegas?. A fin de adentrarnos en este tema, debemos remontarnos a los antecedentes históricos sobre el tema, para lo cual, en primera instancia es de vital importancia conocer el significado real de un "CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA".

"El Código de Ética en Medicina es el conjunto de disposiciones inspiradas en principios éticos universales, que regula la conducta médica en el ejercicio de su profesión y en su relación con la sociedad."

Conociendo el significado del término "código de ética médica", y buscando en la historia, puede verse que, el primero se remonta a la época antes de Cristo, con la creación del, "El Código de Hammurabi (1753 A.C)", el cual incluye entre sus líneas los preceptos más elementales orientados a la regulación del ejercicio de la profesión médica. Le siguió posteriormente el Juramento Hipocrático, el que constituye un compendio de textos de la época (siglo II A.C) y que conforma la más fuerte de las tradiciones éticas de la medicina occidental.
A este le siguieron otros, y ya en la era cristiana, concretamente en el siglo VI. apareció por primera vez en China, el denominado *"código de las mil pretensiones de Oro de Szu Szu- miao"*.

¿Pero, que pasó en Occidente? Los códigos de ética médica comenzaron a aparecer recién en el siglo XIX, estos pretendieron batallar contra el monopolio médico y poner pautas de autocontrol a los profesionales de la época.
Ya estos nuevos códigos a diferencia de su predecesor, fueron auspiciados por las distintas Asociaciones Médicas, comenzando en el año 1808 por el código asistido por la Asociación Médica de Boston, siguiendo con el código de ética del año 1847 de la Asociación Médica Americana

que marcó un antes y un después de su promulgación, y para América Latina este movimiento se vió reflejado en su propio código de Ética Médica, el cual se fue ajustando a la realidad contemporánea profesional, manteniéndose vigente en la actualidad.

A modo de exponer los contenidos abarcados por los mismos, y cómo a través de éstos se pretendió regular el accionar de los profesionales médicos, paso a continuación a mencionar algunos pasajes del "*El código adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), en Londres-Inglaterra, octubre 1949 y, enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sídney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006*", es el siguiente:

Deberes de los médicos en general

- *EL MÉDICO SIEMPRE DEBE, aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.*
- *EL MÉDICO DEBE, respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento.*
- *EL MÉDICO NO DEBE, permitir que su opinión sea influenciada por beneficio personal o discriminación injusta.*
- *EL MÉDICO DEBE, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.*
- *EL MÉDICO DEBE, tratar con honestidad a pacientes y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño.*
- *EL MÉDICO NO DEBE, recibir ningún beneficio financiero ni otros incentivos sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.*
- *EL MÉDICO DEBE, respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.*
- *EL MÉDICO DEBE, reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.*
- *EL MEDICO DEBE certificar sólo lo que ha verificado personalmente.*
- *EL MÉDICO DEBE, esforzarse por utilizar los recursos de salud de la mejor manera para beneficio de los pacientes y su comunidad.*
- *EL MÉDICO DEBE, buscar atención y cuidados apropiadas si sufre una enfermedad mental o física.*
- *EL MÉDICO DEBE, respetar los códigos de ética locales y nacionales.*

Deberes de los médicos hacia los pacientes

- *EL MÉDICO DEBE, recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.*
- *EL MÉDICO DEBE, considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.*
- *EL MÉDICO DEBE, a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.*
- *EL MÉDICO DEBE, respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.*
- *EL MÉDICO DEBE, prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.*
- *EL MÉDICO DEBE, en situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.*
- *EL MÉDICO NO DEBE, tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni ninguna otra relación abusiva o de explotación*

Deberes de los médicos hacia los colegas

- *EL MÉDICO DEBE, comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.*
- *EL MÉDICO NO DEBE, dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.*
- *EL MÉDICO DEBE, cuando sea médicamente necesario, comunicarse con los colegas que atienden al mismo paciente. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.*

De la lectura del mencionado texto, rápidamente podemos visualizar que ciertos aspectos referentes al accionar médico, se han ido alterando con el paso de los años, fundamentalmente los referidos a la relación médico-médico.

Muchas veces hemos tomado conocimiento que una opinión ligera o imprudente por parte de un profesional ocasionó problemas en la relación del paciente con su médico tratante. Cuántas veces, ante la lectura de un simple informe del resultado de un estudio, un gesto de desaprobación generó dudas en el paciente respecto del profesional que indicó dicho estudio. Cuántas veces desvalorizamos, sin medir las consecuencias de ello, el proceder de un colega, sin pensar que nosotros mismos podemos ocupar su lugar.

Pensamos en las consecuencias al emitir una opinión sobre lo actuado por un colega de manifestar ¿no le pidieron tal estudio?, o ¿no le dieron tal medicamento?. En muchas ocasiones, estas opiniones, incluso muchas veces formuladas sin mala intención, producen un efecto nocivo muy significativo.
Tengamos presente que en muchas oportunidades detrás de un reclamo a un médico existe un "distinguido colega"

que generó el malestar en el paciente al cuestionar lo hecho previamente.
Vemos que los Códigos de Ética Médica pretenden ofrecer garantías a la sociedad con respecto a nuestro accionar médico, porque mucho se conoce de las falencias que, como seres humanos, podemos tener en el ejercicio de nuestra profesión.
Entonces ¿por qué no nos quedamos con los valores volcados en estos códigos?, los que "*han ofrecido garantías a la sociedad; han reforzado la medicina científica; han suavizado los conflictos entre los profesionales médicos y han fomentado sus legítimos intereses. Han servido de ennoblecerla y motivarla éticamente. Definieron al auténtico profesional de la medicina y lo diferenciaron de los impostores y charlatanes. Propagaron la noble imagen del médico virtuoso consagrado a su profesión, compasivo y humano.*"

Conclusión

Retomando nuestros interrogantes y buscando dar una respuesta global a los mismos, es mucho lo que se habla de la relación médico-médico, y mucho también lo que se ignora, pese a la existencia de los mencionados códigos de ética médica, en los que claramente se detallan cuáles son los deberes y obligaciones que los médicos deben respetar. Estas relaciones, poco sanas, entre los profesionales que conforman el equipo de salud, de modo inevitable culminarán alterando la relación médico-paciente, y sumergiendo a este último en una situación de inseguridad y desconfianza, que conducirá en mucho de los casos a reclamos médico legales.

Por lo tanto debe quedar claro que, los médicos no se desarrollan en su profesión dentro de compartimientos estancos, sino que necesariamente se encuentran inmersos en una realidad en la que, la relación con otros profesionales es habitual, por lo que debemos tener presente que el equipo de salud debe tener un discurso uniforme con el paciente, pese a que en ocasiones haya diferencias.
Estas diferencias deberían ser discutidas previamente entre los profesionales actuantes, sin involucrar al paciente, al que debería informarse un determinado plan diagnóstico o tratamiento consensuado para evitar conflictos, muchos de ellos evitables.

Trabajar para mejorar la relación médico-médico desde nuestro propio accionar cotidiano, favorecerá a todo el equipo del salud y por sobre todo al paciente.

Bibliografía

1. *Rev. Méd. La Paz vol.21 no.2 La Paz 2015 EL CÓDIGO DE ÉTICA EN MEDICINA Dr. Oscar Vera Carrasco director de la "Revista Médica".*
2. *Ética y deontología médicas. Cap. 9. En: Sánchez Gonzales MA. Bioética en ciencias de la salud. Barcelona-España. Elsevier Masson 2013, pag. 133-46.*
3. *Ferrer JJ. La bioética como quehacer filosófico. Acta Bioethics. 2009; 15 (1): 35-41.*
4. *Durante Montiel I, Sánchez-Rivera G. La ética en el área de la salud. En: González JA, Nava-Chapa G, Esquivel-Soto J, Díaz-Pérez LE. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. 1ra. Edición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2011.*
5. *Organización Médica Colegial de España. Manual de ética y deontología Médica.*
6. *Colegio Médico de Chile AG. Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. En: Código de Ética Médica. Santiago de Chile. Editado e impreso por Ediciones Tierra Mía Ltda. 2011.*
7. *Sanchez-Sanchez LF. El comité de bioética, instancia deliberativa, académica y científica. El Ágora USB. Medellin-Colombia Vol. 11, No. 2 pp 232-489; Julio-diciembre 2011.*
8. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.*
9. *La Ética En Salud. Evolución Histórica Y Tendencias Contemporáneas De Desarrollo Dr. C. Marcelino Pérez Cárdenas. Escuela Nacional De Salud Pública.*

Historia Clínica deficiente: un universo de consecuencias Médico Legales.

Dr Gustavo Pontello
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad Civil Profesional
SMG Seguros

Introducción

Un obrar médico correcto, cumplir con el deber de informar, mantener una buena relación médico-paciente, y confeccionar una adecuada historia clínica son los cuatro pilares en los que se asientan las bases de la prevención en materia de responsabilidad profesional médica.
Los médicos somos en general poco afectos a escribir, y en nuestro país las historias clínicas irregularmente confeccionadas, incompletas, con omisiones y errores, es una realidad insoslayable.

Por lo tanto, conocer esta realidad nos debería hacer modificar la forma en que registramos nuestra práctica.

¿Qué es una historia clínica?

La historia clínica es el documento en el que deben registrarse todos los actos que los médicos realizamos durante la atención de un paciente. De manera que, lo volcado en ella, será el reflejo de nuestra actuación profesional.
Según la Ley 26529, la *"historia clínica, es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud"*.

Desde la óptica médico asistencial constituye en la práctica diaria un elemento imprescindible para evaluar una adecuada praxis médica. Es también un instrumento de comunicación entre los profesionales, que permite desarrollar un trabajo interdisciplinario en beneficio del paciente, tanto para los interconsultores, como así también, para los médicos de guardia, cuando son llamados a evaluar un paciente que no conocen.

En resumen, no se puede concebir una buena praxis médica sin el acompañamiento de una historia clínica completa y adecuadamente confeccionada, y desde el punto de vista médico legal, la historia clínica constituye, a la hora de establecer cómo sucedieron los hechos, un elemento probatorio fundamental.

Ante un reclamo por mala práctica médica, será el elemento más importante para los médicos demandados,

para demostrar que actuaron en forma correcta, con responsabilidad y diligencia.

Como tantas veces se ha repetido, para un juez ***"lo que no está en el expediente, no está en el mundo."***, y haciendo una analogía, en los casos sobre responsabilidad profesional médica, ***"lo que no se consignó en la historia clínica, no está en el mundo."***

En la práctica médica diaria, lamentablemente no todas las historias clínicas reflejan fielmente lo actuado por el profesional, debido a consignaciones insuficientes, incorrectas, sin coherencia, o sencillamente por no contar con el registro de determinados procedimientos y actos médicos.

Estas historias deficitarias pueden corresponder tanto a profesionales, cuyo accionar médico fue correcto, como a aquellos que pudieran haber actuado no acorde a una buena práctica.

Esto surge de múltiples citas bibliográficas, contándose entre las más importantes la de la Dra Highton:
"Se advierte que no es reducido el número de profesionales que no le presta esmerada atención a estos instrumentos, por lo que es harto frecuente encontrar historias clínicas incompletas o hasta incoherentes, como así también con faltantes sobre la realización de exámenes o terapéuticas no asentadas". (Highton, Elena I., Prueba del daño por mala praxis médica, pág. 955).

En un proceso judicial.

En una demanda judicial cuando los médicos llevamos una historia clínica deficiente, estamos privando a los magistrados de conocer la realidad de los hechos, dejamos al actor sin el elemento de prueba en su reclamo y, nos vemos nosotros mismos impedidos de demostrar que nuestra actuación fue correcta y diligente.

Como se señaló, legalmente le cabe a los médicos la obligación de una correcta confección, pudiendo ser perjudicados por los errores u omisiones que en ella se detecten.
Así, el carácter defectuoso de la historia clínica genera siempre, per se, una presunción de culpabilidad en contra del médico demandado. Debe reiterarse que estas situaciones suceden independientemente, del obrar correcto o incorrecto con el que los médicos hubiéramos actuado.

En un litigio, una historia clínica incompleta, impide a los magistrados conocer la realidad de los hechos, ¿qué ocurre entonces?. Si no se puede conocer objetivamente lo sucedido, será muy difícil demostrar si actuamos con o sin culpa.

Una historia clínica incompleta ¿nos eximirá de responsabilidad?. Bajo ningún punto de vista, ya que como se señaló, la falta o inadecuada documentación coloca al profesional ante una posición muy desventajosa, presumiéndose que no consignar adecuadamente lo acontecido puede haber sido intencionadamente.

Por el contrario, en la mayoría de los casos recae sobre los médicos el deber de probar que nuestro accionar fue responsable y diligente para ser eximidos de la responsabilidad de un eventual daño a un paciente.

"Dicho de otro modo, constituye un lugar común, que una historia clínica llevada en forma desordenada, desprolija o incompleta, ante la presencia de un daño cierto, se erige en una presunción de culpa, pesando en cabeza de los demandados la carga probatoria de los hechos que no constan en la misma y a partir de los mismos, que prestaron al paciente la atención médica adecuada". (BORI, OLGA MIRIAM Y OTRO C/ CLÍNICA PRIVADA JUNÍN S.R.L. Y OTROS. Sala Civil y Comercial del Tribunal Superior de Justicia, de Córdoba).

Por haber no confeccionado adecuadamente la historia clínica y no haber documentado los hechos que pudieron eximirnos, habremos convertido a nuestro mejor aliado de la defensa, en nuestro peor enemigo.
En definitiva, en una demanda por responsabilidad profesional, llevar una historia clínica incompleta o mal confeccionada siempre nos resultará perjudicial:

1- Generará una presunción de culpabilidad sobre los médicos.
2- Trasladará a los profesionales la carga de probar que su actuación fue correcta, no teniendo un elemento documental completo y objetivo para poder probarlo.

Como ejemplos, de la jurisprudencia extrajimos algunos ejemplos:

Ante un caso de consentimiento informado incompleto.
"En la constancia de conformidad firmada por G. para ser intervenido se consignó como diagnóstico presuntivo el de 'artrotomía de rodilla', habiendo tomado el paciente conocimiento de los eventuales riesgos de esa dolencia (v. fs. 115), sin referirse sobre la factibilidad de contraer una paresia ciático poplíteo externa ni de sus consecuencias. La errónea información equivale a no informar, siendo imposible que el accionante hubiese prestado su consentimiento por una posible secuela, nunca informada".
("G., C. A." c/ B. R. Y OTROS" sobre ORDINARIO" - CNCOM - SALA B - 23/03/2006.) O sea que, no se informó ni se documentó.

Ante la ausencia de parte quirúrgico y seguimiento postoperatorio.
"Empero, habida cuenta la falta total de constancias en la historia clínica no sólo de lo que aconteciera en el quirófano sino del seguimiento post operatorio y la tórpida evolución de la cirugía realizada sobre el actor, sea debido a la utilización indebida de anestesia con epinefrina, sea por otra razón no imputable a la demandada - sólo cabe

concluir que la responsabilidad imputada en la sentencia no podrá ser modificada".
("Expte. 594.778.- "L. L. D. c/ Obera Soc. Del Pers. De Seg. Com. Ind. e Investigaciones Privadas y Otros s/ Daños y Perjuicios - Resp. Prof. Médicos Y Aux." – CNCIV – SALA E – 08/05/2012 ").

Ante la falta de historia clínica.
"Se ha quebrantado un deber del demandado en facilitar la prueba, sea del obrar culposo, fuese del obrar impecable, con lo que sólo él puede perjudicarse en ausencia de acreditación de uno u otro extremo, ya que el cumplimiento de la carga de la otra parte se vio obstaculizada por el accionar suyo, que de por sí es negligente, dado que le era exigible la aportación de datos para coadyuvar a la difícil actividad esclarecedora de hechos de la naturaleza de los que se trata, incumpliéndose por otra parte el deber impuesto por la ley 17.132".
(Sala 2ª de la Cámara Civil y Comercial de Morón. Citado por Rabinovich-Berkman, Ricardo, Actos jurídicos y documentos biomédicos, ob. cit., pág. 242).

De todo lo expuesto precedentemente, resulta que la justicia mayoritariamente considera que una historia clínica incompleta, o más grave aún al estar ausente, pone al médico y/o a la institución en una posición desventajosa para probar la corrección de su práctica.

- No registrar lo realizado y llevar adelante una historia clínica incompleta y deficiente nos perjudicará invariablemente en cualquier proceso legal.
- Mientras no modifiquemos esta realidad, estaremos en una peor posición al no poder probar la corrección de nuestra actuación.

La confección de una inadecuada historia clínica es un hecho a corregir, debiendo los médicos tomar conciencia sobre la importancia de ello, siendo este el verdadero punto de inflexión para el inicio del cambio.
Escribir una historia clínica, no es como varias décadas atrás, algo secundario. Hoy en día los aspectos documentales de la atención médica se han acercado y están casi a la par del aspecto estrictamente asistencial.

"NO SE TRATA DE DARLE PRIORIDAD A LA BUROCRACIA EN DESMEDRO DE LA SALUD, NI CAMBIAR EL BISTURI POR LA PLUMA, SINO TOMAR AMBOS ELEMENTOS CON IDENTICA RESPONSABILIDAD".
("La responsabilidad profesional de los médicos; ética, bioética, y jurídica, civil y penal", Marcelo Rodríguez Jordán, en Coautoría, La Ley, Buenos Aires 2002).

Es trascendente que los médicos tengamos en cuenta que una historia clínica deficiente puede transformar injustamente una buena praxis en una mala praxis.

LÍDERES EN RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

Ahora también acompañamos a nuestros asegurados con una línea telefónica gratuita de asesoramiento médico legal.

0800-333-1118
Disponible las 24 horas, los 365 días del año.

Comuníquese con su Productor Asesor de Seguros o envíenos un mail a consultassmgseguros@swissmedical.com.ar

SMG SEGUROS

U0092

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

SMG
SEGUROS