

Gestión de seguridad del paciente en la emergencia

A propósito de un caso clínico

Autores: Dra. Ana Cristina Ayala, Dra. Ana Elena Mieres**

Resumen

La seguridad es un principio fundamental en la atención al paciente y un componente de la gestión de calidad. Los errores se ven en la práctica clínica, la mayoría son prevenibles y para evitar que se produzcan es necesario tomar conciencia de los peligros inherentes al acto asistencial. En este artículo se analiza desde el punto de vista de la gestión de seguridad, el caso clínico de un paciente con morbilidades graves que es autorizado a viajar al exterior, en donde desarrolla una enfermedad respiratoria que deriva en una internación prolongada y aumento de su morbilidad. Se analiza la historia desde el punto de vista de la “lex artis” y la legislación vigente en cuanto al valor de la historia clínica como documento médico legal y los derechos y deberes del paciente. Se concluye que la interacción adecuada de los tres factores involucrados en la asistencia sanitaria: el paciente, el personal asistencial y el sistema de salud, permiten promover atenciones seguras, prevenir incidentes y minimizar consecuencias.

Palabras claves: seguridad del paciente, gestión de seguridad, error médico.

Abstract

Safety is a key principle in patient care and one of the elements of quality management. Most of the errors observed in clinical practice are preventable and in order to stop them taking place it is necessary to be aware of the dangers inherent to the clinical procedure. This article analyses, from the perspective of safety management, the clinical case of a patient suffering from severe morbidity, who was authorized to travel abroad, where he developed a respiratory disease which led to prolonged hospitalization and increased morbidity. The case is analysed from the perspective of lex artis and current legislation, with regard to the value of the case history as a legal

medical document and the rights and duties of patients. It is concluded that the appropriate interaction of the three factors involved in healthcare - the patient, healthcare staff and the health system - make it possible to promote safe care, prevent incidents and minimize consequences.

Key words: *patient safety, safety management, medical error.*

Fecha de recibido: julio 2011

Fecha de aceptado: setiembre 2011

Correspondencia: Ana Elena Mieres | •aemg21@gmail.com

1. Introducción

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que intervienen una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso racional de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria, por tanto requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema¹.

La seguridad clínica o los riesgos a los que se someten los pacientes en función de su relación

con el sistema sanitario, han sido mencionados con mucha frecuencia en el desarrollo de las ciencias biomédicas. El aspecto más importante para evitar errores es tomar conciencia de los peligros inherentes al acto asistencial, especialmente para determinados grupos de edad o de situaciones físicas o psíquicas y sobre todo en algunas unidades asistenciales como las que asisten pacientes críticos, en donde los errores son más frecuentes vinculados al mayor número de fármacos y procedimientos que se utilizan, a lo que se suma la no participación de los pacientes por su estado crítico².

Creemos fundamental en el abordaje de este tema, aclarar el significado de algunos términos que son utilizados en los artículos que refieren a la seguridad del paciente. Ellos son:

Gestión: es la acción y efecto de administrar. Administrar es “prever, organizar, mandar, coordinar y controlar”³.

Calidad en la atención sanitaria: es cuando la actuación profesional y la atención permanente al enfermo se desarrollan conforme a los más precisos y actualizados conocimientos científicos, y con un trato personal considerado. Hay una calidad *intrínseca o científica técnica* referida a la capacidad de solucionar los problemas de salud mediante el uso de conocimientos y la técnica, y una calidad *extrínseca o percibida* referida a la satisfacción de los usuarios respecto al servicio recibido, que suele integrar el trato, la información recibida, las condiciones ambientales, las instalaciones y la hotelería⁴.

Acontecimiento adverso (AA): es un acontecimiento inesperado y no deseado, relacionado con el proceso asistencial, que tiene consecuencias negativas para el enfermo: lesión, incapaci-

*Doctor en Medicina. Alumna de la Especialización en Medicina de Emergencia, Universidad de Montevideo.

idad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte. Pueden ser *prevenibles*, atribuibles a un error o evitables por una actuación oportuna o *inevitables*, imposibles de predecir o evitar⁵. Son incidentes que resultan en un daño para el paciente⁶.

Incidente o “Near Misses”: es todo acontecimiento o situación inesperada y no deseada que podría haber tenido consecuencias negativas para el enfermo, pero que no las tuvo por casualidad o por la intervención. Son errores o eventos que no llegan al paciente, pero sirven de alarma de posibles AA⁷.

Iatrogenia: es el daño evitable causado por el proceso del cuidado médico en si mismo más que por la enfermedad que el paciente padece^{7,4}.

Evento adverso (EA): es el acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un AA⁴.

Causa más próxima: es la causa más cercana en el tiempo al daño, sin la cual éste no se hubiese producido⁸.

Con el objetivo de abordar este tema, desde el punto de vista práctico, presentamos un caso clínico.

2. Caso clínico

Hombre de 46 años, procedente de Montevideo, con antecedentes personales de obesidad, fu-

mador, dislipémico, litiasis vesicular, diabetes mellitus insulino requirente diagnosticado en el año 2007, estafilococias de piel a repetición e hipertensión arterial severa con lesión en órgano blanco evidenciado por retinopatía hipertensiva. No tenía vacunación anti Neumocócica ni antigripal consignados.

La enfermedad que motiva este análisis, comienza en junio del corriente año durante un viaje de trabajo al exterior del país, con elementos de la esfera respiratoria, rinorrea serosa, tos seca sin expectoración y fiebre de hasta 38°C que cedió con anti termo-analgésicos. Consulta indicándose medidas sintomáticas. En la evolución, mantiene la fiebre y agrega a las 72 horas disnea ante medianos y grandes esfuerzos. Reitera la consulta en una policlínica del país en el que se encontraba, que no era de habla hispana. Al examen se encuentra lúcido, bien coloreado, polipnea de 30 rpm sin otro elemento funcional respiratorio, no se auscultan estertores. En lo cardiovascular, FC 100 cpm sin soplos, pulsos presentes, tiempo de recoloración de 2“, presión arterial de 200/110 mmHg. Abdomen globuloso, depresible, indoloro, no reflujo hepatoyugular. Del resto del examen no hay elementos a destacar.

Se realizan hemograma que muestra hemoglobina 14 g/100ml, Hematocrito 50%, leucocitos 5000/mm³, linfocitosis de 38%, plaquetas 218.000/mm³ glicemia que se encuentra en

312 mg/dl y examen de orina informado como normal.

El diagnóstico inicial es de edema agudo de pulmón. Se coloca vía venosa periférica administrándose furosemide 40mg IV, se deja hidratación de mantenimiento con suero salino fisiológico a razón de 1 litro cada 6 horas, sin aporte de potasio y se administran 5 UI de insulina cristalina I/V continuándose el control con glicemia capilar.

En la evolución, las cifras de tensión arterial se mantienen elevadas, descendiendo hasta 180/100 mmHg luego de reiteradas dosis de furosemide, manteniéndose la glicemia capilar en 3mg/dl. La saturometría se realiza luego de varias horas de evolución siendo el valor 76% ventilando espontáneamente al aire. Se coloca entonces O2 mediante máscara de flujo libre a 6 l/m, mejorando la saturación a 83% y se decide su traslado en ambulancia especializada a un centro asistencial de mayor complejidad. Durante el tiempo de estadía en la policlínica, mantuvo un buen ritmo diurético con la administración de furosemide, encontrándose, previo al traslado, ansioso, polipneico, taquicárdico, con sed y la lengua seca.

En el hospital de referencia se completa la valoración paraclínica, destacándose cifras elevadas de azoemia 119 g/l y creatinemia de 3.2 mg/dl. Se realizan investigación etiológica para bacterias típicas y atípicas y serología para Dengue, la cual resulta

negativa. El examen físico continúa incambiado desde el punto de vista pleuropulmonar, no presenta tirajes, posee buena entrada de aire bilateral y no se auscultan estertores. La radiografía de Tórax, de mala calidad, evidencia infiltrado intersticial difuso bilateral. No cardiomegalia (figura 1). No se logra una gasometría arterial de calidad, la saturometría se mantiene en 80%.



f Figura 1

En la evolución, con diagnóstico de insuficiencia respiratoria que no mejora con el aporte de O₂ a elevadas concentraciones, se decide pasar directamente a ventilación invasiva con presión positiva espiratoria (PEEP), ingresando a Cuidados Intensivos.

El diagnóstico inicial se descarta, planteándose el de Neumonía aguda grave, comunitaria a patógeno no identificado con insuficiencia respiratoria. Se inicia tratamiento con antibióticos de amplio espectro y oseltamivir. A las 72 horas la serología para influenza A H1N1 resulta negativa. La evolución fue al Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), requiriendo elevados parámetros ventilatorios y soporte hemodinámico. A los 21

días de AVM se realiza traqueotomía lográndose el destete a los 10 días de la misma. Desde el punto de vista de la insuficiencia renal, requiere hemodiálisis durante 23 días. El alta definitiva es al mes de internación, trasladándose en avión de línea a Montevideo.

3. Antecedentes patológicos

Analizada la historia previa del paciente, ésta tiene un primer registro en Uruguay en el año 2007, coincidente con una internación por hipertensión severa con compromiso renal y ocular. Recibió tratamiento y se realizaron estudios complementarios, agregándose al diagnóstico inicial el de diabetes. Se inició tratamiento con insulina, tuvo interconsultas con múltiples especialistas (cardiólogo, endocrinólogo, nutricionista, psicología médica, oftalmólogo, cirujano y podólogo) no habiendo registros posteriores de controles con los mismos salvo en dos oportunidades con cardiólogo. No consulta con nefrólogo.

Los controles posteriores del paciente fueron exclusivamente en políclina para control de presión arterial y repetición de medicación antihipertensiva. No tenía médico de referencia.

Consultado el médico que autoriza el viaje, refiere que interrogó al paciente quien le manifestó se encontraba bajo tratamiento antihipertensivo en régimen de monoterapia y con antidiabéticos orales, negando reque-

rir insulina para el control de su glicemia. Le refirió que los últimos controles eran normales y que habiendo consultado a su cardiólogo tratante le había otorgado el permiso de viaje. El médico confía en la información aportada, no corroborando la misma.

4. Discusión

Del análisis de la historia del paciente surge que antes del inicio de la enfermedad actual, era un paciente con una enfermedad crónica grave de la esfera cardiovascular y metabólica, con múltiples factores de riesgo, incorrectamente controlado y tratado. Se le había solicitado el carné de salud, que no se había realizado y la recomendación para la administración de la vacuna anti H1N1, que no recibe por decisión propia.

La salud es un derecho y una obligación⁹. De acuerdo a la ley 18335 que establece los Derechos y obligaciones de los Usuarios de los Servicios de Salud, en su capítulo VII refiriéndose a los Deberes de los pacientes, claramente expresa *“Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República... El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados”* (Artículo 22). *“El*

paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud” (Artículo 23). “El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas” (Artículo 24)

En este caso el paciente minimiza su enfermedad, no se controla regularmente, no tiene un médico de referencia y no cumple con las indicaciones médicas tal cual fueron consignadas en la historia clínica al alta de la internación que mencionamos en el 2007, en cuanto a tratamiento higiénico-dietético-medicamentoso. Además, teniendo la obligación de decir la verdad en referencia a su situación clínica, le miente al médico que lo interroga, por lo que podemos afirmar que no cumple con las obligaciones que le corresponden de acuerdo a la mencionada Ley.

La relación médico-paciente en este caso, también se vio afectada. El paciente falta a la verdad por temor a que le impidan viajar. Pero además probablemente hayan influido las transformaciones experimentadas en el aspecto organizativo de la asistencia médica, así como los aspectos culturales en los actores del proceso asistencial y sus relaciones recíprocas. La relación médico-paciente ha tenido un cambio esencial, desplazándose del paternalismo a la autonomía, pero ello no invalida los

derechos y las obligaciones que tienen las partes involucradas en dicha relación¹⁰.

En el cuidado de la salud los pacientes están expuestos a riesgos, no sólo porque los resultados puedan no ser los deseados incluso con tratamientos apropiados, sino también por cuidados inapropiados u omisiones de los mismos⁸.

La historia clínica es un documento médico legal fundamental y elemental del saber médico, donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, tratamiento y la posible curación de su enfermedad. En ella deben quedar registrados la relación del personal sanitario con el paciente, los actos y actividades médico-sanitarias realizadas y todos los datos relativos a su salud. Al constituirse en un derecho del paciente indefectiblemente se convierte en la obligación del médico realizarla¹¹.

Si la historia clínica refleja la seriedad de la práctica médica o acto médico y es la prueba documentada del buen o mal ejercicio de la profesión médica,^{8, 12} analizando este caso clínico debemos decir que no se cumplió con la asistencia de acuerdo a la “Lex Artis”. La historia no tiene información adecuada de la situación clínica del paciente, no sólo la historia clínica del hospital sino también la de la policlínica. Por otro lado, no hay expresión de consentimiento del

paciente en cuanto a aceptar el tratamiento crónico propuesto, ni referencia a dudas que pudiera tener el médico en cuanto a la adherencia al mismo. La historia clínica se elabora inicialmente con una finalidad asistencial y no como un elemento de defensa ante un eventual reclamo judicial¹². La misma está regulada en nuestro país por el Ministerio de Salud Pública en las ordenanzas 363/54 y 33/84. En el capítulo VI. Inciso 28 reza: “*la historia clínica deberá incluir todos los datos, registrados por orden cronológico, que abarquen la atención médica de internación y consulta externa debiéndose procurarse que sea única y centralizada*”¹³.

En el caso de la asistencia de emergencia muchas veces la historia clínica es redactada en forma escueta e incompleta. Es fundamental que contenga además de la síntesis de los antecedentes patológicos y la historia actual, el consentimiento informado del paciente si la situación lo permite. En este caso el consentimiento figura en la historia clínica de la emergencia del país extranjero donde recibió asistencia^{13, 14}.

Analizando la historia y dados los antecedentes del paciente, se podría entender que el proceder del médico no siguió la “Lex Artis”, definiéndola “*como el conjunto de conocimientos técnicos y científicos adecuados al caso y la integración de los principios y reglas de bioética a los mismos, enmarcados en la nor-*

*mativa sanitaria vigente*¹⁵. Podemos definirla también como el conjunto de conocimientos y medios asistenciales necesarios que se ponen a disposición. No basta con el adecuado procedimiento científico-técnico, sino que se agrega el debido respeto de pautas deontológicas y de derecho médico¹⁶. La valoración de si hubo adecuación a la “Lex Artis” es un criterio fundamental para determinar si existió responsabilidad médica¹⁶. En consecuencia a lo expuesto, se cuestiona: ¿por qué el médico, sabiendo que se trataba de un paciente con patología crónica, no realizó los controles de presión arterial y test de glicemia

capilar iniciales ante la consulta del mismo contando con los medios para hacerlo? Por otra parte, durante la permanencia del paciente en la policlínica del país extranjero, entendemos también que las normas deontológicas no fueron respetadas, ya que los consensos médicos internacionalmente aceptados en cuanto al diagnóstico y tratamiento del edema agudo de pulmón no fueron aplicados, así como tampoco las pautas en la reposición hidroelectrolítica y el tratamiento del descontrol metabólico en el paciente diabético. En el momento de la derivación del paciente al Hospital, éste tenía claros signos de deshidratación.

En un paciente adulto estos elementos se presentan cuando la depleción de volumen es importante. En cuanto al polo respiratorio, la saturimetría debería haber sido una maniobra semiológica más en el examen del paciente, cuando se cuenta con ella como en este caso¹⁷ y hubiese determinado la colocación de O₂ desde el inicio.

No podemos olvidarnos de que hay una barrera de idioma entre el paciente y el médico de la policlínica. Sin duda la naturaleza de medios y recursos utilizados dependerá también del medio en que se realiza el acto médico¹⁸. Sin embargo, es

continúa...



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

50 años

importante tener en cuenta que se puede solicitar un traductor para facilitar la relación. Podrá o no estar disponible, pero es fundamental solicitarlo.

La única forma en que un médico incurre en una conducta delictiva es a través de la culpa, se trate de una negligencia, una impericia o una imprudencia¹⁹. Es importante destacar que el error médico exento de culpa no genera responsabilidad¹⁷.

Datos estadísticos indican que mueren 98 mil norteamericanos al año por errores médicos prevenibles y si el Centro de Control de Enfermedades (CDC) las incluyera en una categoría, sería la sexta causa de muerte en Estados Unidos. Los errores médicos prevenibles matan y lesionan seriamente a cientos de miles de americanos cada año. En el 70% de los pacientes, los errores no son comunicados por el médico²⁰, sino que se enteran por otras personas.

La Medicina es una ciencia inexacta, deductiva, en la que intervienen múltiples factores y riesgos, a veces desconocidos y el concepto de culpa no puede estibar sólo en un error de diagnóstico ni en una ausencia de extraordinaria habilidad. El error es error no sólo por generar daño, sino que se cataloga de tal por no atenderse, la conducta que lo determinó, a determinadas reglas y procedimientos técnicos, científicos y éticos comúnmente aceptados, es decir: cuando se ha actuado con

un apartamiento a la Lex Artis¹⁶ como podemos interpretar siguiendo la conducta tomada con este paciente.

Es una práctica frecuente el culpabilizar a quien está directamente a cargo del paciente cuando algo sale mal (cultura de la culpa), no reconociendo que los errores, en su gran mayoría, están implícitos en el diseño de los sistemas de atención sanitaria, y desconociendo que la seguridad en sí misma es una propiedad que debe ser intrínseca al diseño de los sistemas⁸. La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento del sistema en vez de a los proveedores o a los productos individuales. Los eventos adversos causados por medicamentos registrados en el Utah-Colorado Study en los Estados Unidos de América ofrecen un ejemplo muy bueno, pues en un 75% pueden atribuirse a deficiencias del sistema²¹.

En este caso otra interrogante podría ser: ¿de haber sabido el médico de la delegación el tipo de paciente que tenía a su cargo, podría haber actuado en forma diferente? Sin duda el sistema de atención es complejo al igual que lo es la relación médico-paciente; cada pregunta conlleva respuestas y nuevas interrogantes.

Ante un mismo EA, las consecuencias en el paciente pueden

ser de diferente magnitud (dependen de determinados factores biológicos, psicológicos y socioculturales del paciente), al igual que puede favorecer la aparición de nuevos EA². Todas las condiciones que preceden al daño son necesarias para que éste se produzca²¹. En consecuencia, para determinar cuál de las condiciones es la que verdaderamente importa, hay que eliminarlas mentalmente una a una, hasta llegar a aquella de la cual pueda afirmarse que, de no haberse producido, no habría daño.

Analizando todo lo expuesto, incluyendo la historia clínica, podemos concluir que si el paciente no hubiese realizado el viaje no se habrían producido todos los acontecimientos adversos: el viaje es la causa más próxima²¹. De todas formas, el análisis no debe culminar ahí, debe haber una "lección aprendida", y ésta es que este paciente es de alto riesgo, portador de alta morbilidad y sigue expuesto a posibles incidentes. Sobre esto sí podemos actuar.

En este caso asistimos a un fallo frecuente de los sistemas de salud de nuestro país en donde el paciente posee tantas historias clínicas como lugares en donde recibe asistencia médica y la conformación de los equipos multidisciplinarios no funcionan como tales, sino que son grupos de múltiples especialistas que no interactúan, así se refleja en la historia clínica. El Sistema Nacional Integrado de Salud está intentando revertir

este problema, pero debemos recordar que no todas las instituciones de asistencia médica forman parte del FONASA y esto puede desencadenar una situación similar a la que presentamos.

La historia clínica es, o debería ser, un medio de comunicación entre los integrantes del equipo asistencial¹³ y todo lo expuesto anteriormente se resume en las indicaciones farmacológicas al alta, donde quedó plasmada la polifarmacia del paciente, debiendo el mismo recibir diariamente 9 fármacos diferentes. ¿Acaso alguno de los especialistas contempló la adhesión al tratamiento del paciente?, ¿acaso el diagnóstico de diabetes, con otra enfermedad crónica al alta de la primera internación, con un nuevo tratamiento fue comunicado a los distintos médicos integrantes del equipo asistencial? En este punto creemos es esencial la importancia que nuestro Sistema de Salud está dando al médico de referencia, quien tiene la capacidad de realizar la asistencia en forma integral. Por otro lado

¿por qué el paciente no estaba inmunizado para el Neumococo e Influenza, incluyendo el tipo H1N1 si las recomendaciones vigentes así lo justificaban?²². En la historia refiere que él se negó a la inmunización, sin embargo no se le puso como condición que las recibiera previo al viaje.

¿Cambiaría en algo la historia del paciente de haber existido una historia clínica única electrónica centralizada, a la cual tuvieran acceso los distintos médicos del equipo de salud? Sin duda, la respuesta es afirmativa.

La historia puede ser un documento informático. Es decir, se escribe el resumen de la consulta en la computadora, se imprime y se adjunta a la historia del paciente (se le debería entregar una copia al paciente). Si no se tiene acceso a la historia del paciente (por ej. fue a una consulta con un especialista en determinado lugar fuera de la Institución), se la enviamos a quien corresponda para que la adjunte a la misma. Cuando un paciente ingresa a po-

liclínica, le llegan al médico todos los registros informáticos de las consultas que tuvo en policlínica o de las internaciones anteriores, en papel impreso (siempre que todo se haya realizado correctamente). Son bases de datos independientes (cada sector accede sólo al suyo). Si el paciente estuvo internado en sala, el resumen escrito del alta es el documento al que accede el médico de manos del paciente o si figura en la historia clínica donde se juntan todos los documentos escritos. Sin embargo el mejor sistema es la historia clínica electrónica, en donde el personal sanitario realiza directamente en la computadora el informe correspondiente, la información queda guardada en medios magnéticos y es accesible a los médicos que lo asistirán en el futuro estén donde estén. De esta forma se centraliza toda la información del paciente en una única base de datos, evitando las historias clínicas duplicadas. Considerando a la historia clínica desde la perspectiva de un documento informático, categorizado como electrónico, es admisible judicialmente y tiene valor probatorio²⁴.

Conclusiones.

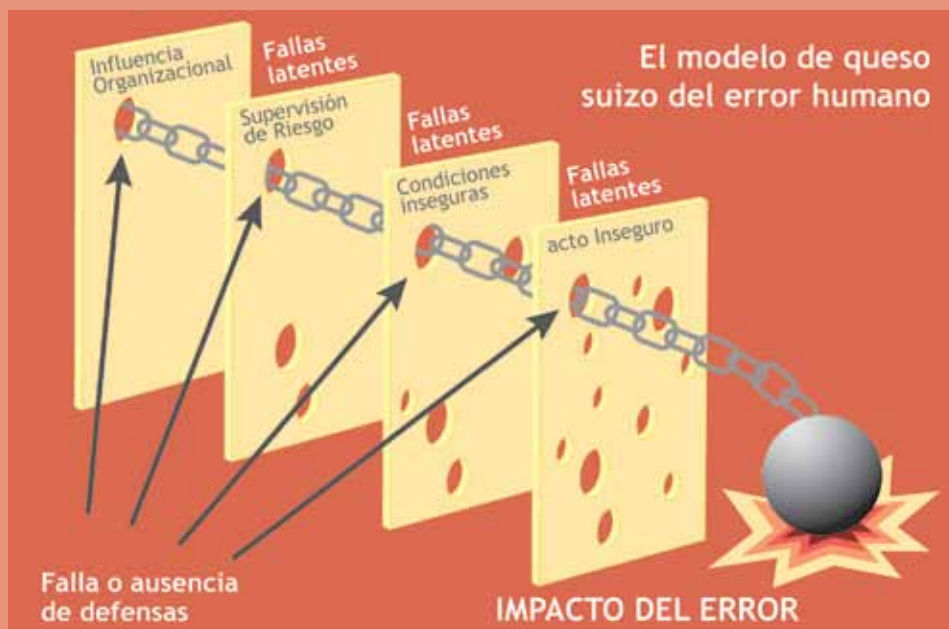
El error médico es frecuente en la práctica médica y prevenible en un alto porcentaje. Muchos de ellos están relacionados a la cultura organizacional existente en el lugar de desempeño. Cuando ocurre, el énfasis debe ser reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron⁵.

El accionar médico no debe separarse del sistema en el cual está inmerso y es por eso que deben ser analizados en su conjunto.

La despersonalización de la asistencia médica por efectuarse en complejas organizaciones sanitarias y la incorporación de nueva y sofisticada tecnología, no permiten ver con claridad la responsabilidad, ya que para que exista la misma debe haber un nexo causal y además culpa⁸.

La “teoría del error humano”⁷ es producto de dos factores: las condiciones latentes de la organización y los fallos activos. Las condiciones latentes están causadas por procesos mal diseñados y decisiones tomadas de forma incorrecta a nivel superior⁷. En esta historia asistimos a uno de los problemas del servicio de salud del paciente, ya que no hay conexión entre la policlínica descentralizada y el hospital. Hay claramente dos historias paralelas y no existe registro de cruce de información entre ellas, lo que determina una historia negligente del paciente.

La “teoría del queso suizo”, dice que todos los sistemas tienen barreras que actúan como escudos de seguridad a modo de trozos de queso (Figura 2). Los orificios en el queso serían los fallos activos y las condiciones latentes que cualquier sistema tiene, ya que no existen sistemas perfectos. Cuando determinados orificios se alinean (concurren varios fallos de un mismo proceso en un mismo paciente cometidos por distintos profesionales), el error puede producirse⁷.



Fuente: Adaptado de “El Análisis de Factores Humanos y la clasificación del sistema HFACS,” DOT/FAA/AM-00/7, febrero de 2000

Por otro lado la “teoría de la imputación objetiva”, dice que el creador del riesgo es quien debió prever la posibilidad del daño, por lo tanto es quien debe responder por el mismo²⁶. No es posible probar nunca con total certeza la causalidad porque la medicina no es una ciencia exacta²⁶.

Los autores de este artículo creemos que es esencial tomar conciencia de los riesgos que existen en la atención, y no solamente el personal sanitario, sino también los pacientes y sus familias, para promover atenciones seguras, prevenir incidentes y minimizar las consecuencias. Los pacientes tienen que comprender que no sólo tienen derecho a la salud, sino que además tienen la obligación de cuidarla.

Bibliografía

1. Secretaría. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. EB109/9 5 12 2001. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf> (Revisado agosto, 2011)
2. Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Shevnina, Rojas Quero M, Báez Cabeza A, Perez-Montaut Merino I. Gestión de seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria. *Emergencias* 2009; 21: 415-412. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol21_6/5.pdf (Revisado agosto, 2011)
3. Administración para la salud UACM. Definiciones, objetivo, importancia y características de la Administración. 22 11 2007. Disponible en: <http://admintracionparalasalud.blogspot.com/2007/11/definiciones-objetivo-importancia-y.html> (Revisado setiembre, 2011)
4. Días Navarraz M, Seguí Gómez M, Rodríguez Paz J, Rodríguez Díaz C. Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria: Indicadores, errores médicos. 2007 *Medicina Preventiva y S. Pública* Universidad de Navarra. Disponible en: www.unav.es/ecip/memoria/2007/19_Compendio_Cap_49.pdf (Revisado setiembre, 2011)
5. Casquero Montes V. Ética. El error en la medicina. *Ver.Peru.Pediatr* 2007, 60(2): 132-135 Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpp/v60n2/a11v60n2.pdf> (Revisado agosto, 2011)
6. Bomfim do Nascimento N, Rezende Travassos C. O erro médico e a violação às normas e `prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010, 20 [2]: 625-651 Disponible en: www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a16v20n2.pdf (Revisado agosto, 2011)
7. Bagnulo H, Barbato M, Godino M, Basso J. Los que sufren innecesariamente. *Rev Med Urug* 2010; 26: 51-54 Disponible en: www.rmu.org.uy/revista/2010v1/art8.pdf (Revisado julio, 2011)

8. Montano P. La prueba de la relación de causalidad en la responsabilidad médica. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/CausalidadMontano.pdf> (Revisado agosto, 2011)
9. Poder Legislativo. Ley N° 18.335 Pacientes y usuarios de los servicios de salud Publicada D.O. 26 ago./008 - N° 27554 Disponible en: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=> (Revisado setiembre, 2011)
10. Rodríguez Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Med Uruguay 2001; 17: 17-23 Disponible en: www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2001v1/art4.pdf (Revisado agosto, 2011)
11. Maiuri J. Historia clínica. Aspectos médico-legales. Rosario, junio 30 de 2001. Disponible en: http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/hc2001_rosario.htm (Revisado agosto, 2011)
12. Martinelli R, Zawadzki S. Documentos médicos, registros y auditorías. Su importancia y evolución. Disponible en: http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/hd_documentos.pdf (Revisado setiembre, 2011)
13. González González D, Rodríguez Almada H, Berro Rovira G. Consentimiento informado. Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico. Rev Med Uruguay 2005; 21: 291-297 Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v21n4/v21n4a05.pdf> (Revisado, agosto 2011)
14. Poder Legislativo. Ley N° 18.331. Protección de datos personales y acción de “habeas data”. Publicada D.O. 18 ago./008 - N°27549. Disponible en: <http://200.40.229.134/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18331&Anchor=> (Revisado setiembre, 2011)
15. Berro Rovira G. Sobre la Lex Artis y los Cuidados Paliativos. Editorial Montevideo, noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/dml/depto/editorial/noviembre2006.htm> (Revisado agosto, 2011)
16. Riveiro G, Roó R. Análisis médico-legal del primer caso de responsabilidad médica en Uruguay. Rev Med Urug 2007, 23 (3): 179-186. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952007000300007&script=sci_arttext (Revisado julio, 2011)
17. Menchaca A, Mercado S, Alberti M. Aplicación de ventilación no invasiva en el niño. Arch Pediatr Urug 2005, 76 (3): 243-251. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842005000300009&script=sci_arttext (Revisado setiembre, 2011)
18. Berro Rovira G, Responsabilidad médica desde la óptica médico-legal. Suplemento derecho médico. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/doctri/SDMD0004.html> (Revisado setiembre, 2011)
19. Cairolí Martínez M. Algunas reflexiones respecto a la responsabilidad penal de los médicos, por delitos de omisión y delitos culposos. Montevideo 21-24 de setiembre de 2005. Disponible en: http://www.mednet.org.uy/dml/bibliografia/nacional/cairolí_reflexiones.pdf (Revisado setiembre, 2011)

20. American Association for Justice. Medical Negligence. The role of American´s civil justice system in protecting patients´ rights. Feb 2011. Disponible en: http://www.justice.org/resources/Medical_Negligence_Primer.pdf (Revisado setiembre, 2011)

21. Thomas E, Brennan T. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. BMJ 2000 March 18; 320(7237): 741-744. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27315/?tool=pubmed> (Revisado setiembre, 2011)

22. Bagnulo H, Velázquez A, Dibarbure H, Opertti A, Fernández G, Sosa B, Gambogi R, Haretche A, Fondo Nacional de Recursos. Programa de vacunación de grupos de riesgo. Uruguay 2004 Disponible en: <http://www.revista-api.com/3%20edicao%202005/pdf/materia%2002.pdf> (Revisado agosto, 2011)

23. Delpiazzo C. La historia clínica electrónica. Suplemento derecho médico. Disponible en: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/doctri/SDMD0001.html> (Revisado setiembre, 2011)

24. Schiff G, Bates D. Can electronic clinical documentation help prevent diagnostic errors? N Engl J Med 2010; 362: 1066-1069 March 25, 2010. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0911734> (Revisado setiembre, 2011)



"Tenemos una
desafiante e inspiradora
misión de mejorar la calidad de
vida de las personas, permitiéndoles
**hacer más, sentirse mejor
y vivir más tiempo.**"

Nuestras prioridades estratégicas:

FACILITAR EL ACCESO
a los mercados

ENTREGAR
más productos de valor

GENERAR CONFIANZA
en la comunidad

