



**MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO, SEGURIDAD DEL
PACIENTE Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
PRESTACIÓN | 2º Edición ampliada**

Fernando G. Mariona

Dr. Juan Carlos Rafael Ferrería

Lic. Mario Coria

Lic. Carlos González

MANUAL DE GESTIÓN DEL RIESGO, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN | 2º Edición ampliada

Fernando G. Mariona

Dr. Juan Carlos Rafael Ferrería

Lic. Mario Coria

Lic. Carlos González



Índice

1. Admisión del Paciente	10
1.A Para actos médicos programados	10
1.B En el sector de Emergencia / Urgencia	11
1.C Diferentes tipos de situaciones al ingreso de pacientes que pueden traer problemas médico-legales y cómo debería ser su manejo	11
2. Gestión del Riesgo sobre toda historia clínica, ficha de consultorio y libro de guardia	12
3. Gestión del Riesgo sobre toda historia clínica y/o ficha de consultorio confeccionada por Enfermería	16
4. Normas para el proceso del consentimiento informado	16
5. Gestión del riesgo para el archivo de historias clínicas	17
6. Gestión del riesgo en Cirugía: centro quirúrgico; servicio o prestación propio o concesionado y según complejidad.	18
7. Sala para Partos / Centro Obstétrico	19
8. Terapia intensiva Mono o Polivalente o cuidados críticos	20
9. Unidad Coronaria. (Servicio propio y/o concesionado, según complejidad)	20
10. Hemodinamia (servicio propio y/o concesionado, según complejidad)	21
11. Terapia Intensiva Neonatológica	21
12. Servicio de Infectología	21
13. Servicio de Diálisis Crónica (propio o Concesionado)	22
14. Enfermería	23
15. Servicio de Guardia Médica / Emergencias	23
16. Prevención de la infección nosocomial	24
17. Apéndices	31
17.1 Analgesia Epidural	32
17.2 Anestesia General	34
17.3 Para intervención quirúrgica programada	36

17.4 Para control y seguimiento del embarazo y atención del parto	38
17.5 Contrato de admisión a un sanatorio	39
17.6 Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado	41
17.7 Decreto n° 2316/03, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Consentimiento Informado	45
17.8 Lista de chequeo para la seguridad quirúrgica de los pacientes	48
17.9 Listado de Comprobación de la seguridad en cirugía (OMS)	55

► FERNANDO GASTÓN MARIONA

Director – Gerente de Asuntos Legales de TPC, Compañía de Seguros S.A.

Nacido el 27 de diciembre de 1941 en Buenos Aires, Fernando Mariona se recibió de Abogado en la Universidad de Belgrano en 1975.

Se especializó en Derecho Médico y en la Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente.

Actualmente es Profesor Titular de la cátedra de Bioética y Responsabilidad Profesional de la carrera de especialización en Administración de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Fundación Barceló, y docente en la misma institución del Programa de Educación a Distancia sobre Calidad de la Atención Médica y Servicios de Salud-Aspectos Legales del Enfoque de Calidad en Salud para Costa Rica y República Dominicana.

Ha sido disertante en más de 200 congresos y seminarios nacionales y extranjeros sobre Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente y Responsabilidad Profesional Médica.

Es coautor de programas de Gestión de Riesgos Médico-Legales y Seguridad del Paciente para diversos establecimientos asistenciales de Argentina, Brasil, Ecuador y Colombia. También es asesor de Compañías de Seguros Argentinas y de la República Oriental del Uruguay, Paraguay, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Colombia sobre Seguro de Responsabilidad Civil Médica Individual e Institucional.

Es además Miembro de la Comisión Directiva del Instituto Técnico para la Evaluación de Establecimientos de Salud (ITAES).



► CARLOS ALFREDO GONZÁLEZ

Analista de Riesgo médico legal – TPC Compañía de Seguros S.A.

Carlos González, nacido el 21 de febrero de 1957 en Buenos Aires, se recibió de Licenciado en Enfermería en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1991. Realizó un Master en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social en la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Fue Director de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y Coordinador del Área Metodológica de la Maestría en Sistemas de Salud, en la Universidad de Lomas de Zamora entre los años 1994 y 1998.

Actualmente es Director de la Escuela de Enfermería en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y es profesor universitario en la Universidad del Museo Social Argentino como también profesor Regular Adjunto de la Carrera de Licenciatura en Enfermería – Universidad Favaloro.

En el 2011 fue galardonado con el premio Vocación Académica 2011 otorgado por Fundación El Libro - Grupo Lázara Editor, en reconocimiento a su importante aporte en el desarrollo y formación en el campo de la Enfermería de la Argentina.



► MARIO RAFAEL CORIA

Analista de Riesgo Médico Legal TPC Compañía de Seguros S.A.

Mario Coria nació en Buenos Aires el 2 de julio de 1951. Se recibió como Licenciado en Enfermería en la Universidad de Buenos Aires en el año 1981. En la Universidad Nacional de Lomas de Zamora realizó la especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social.

En sus inicios, fue Enfermero Supervisor del Departamento de Cuidados Especiales Policlínico del Docente.

Ejerció la docencia en la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Buenos Aires entre 1981 y 1983 y de 1997 hasta el año 2006. En los años 1995 y 1996 fue Director del Consejo de Enfermería en Cardiología de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Actualmente es Vice Director Interino de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires.



► JUAN CARLOS FERRERÍA

Asesor Médico legal de TPC Compañía de Seguros S.A.

Nacido el 27 de marzo de 1947, Juan Carlos Ferrería se recibió como Médico en la Universidad del Salvador en 1971. Luego de hacer la residencia en Clínica Médica en el Hospital Rawson de la Ciudad de Buenos Aires, realizó especializaciones en Nefrología y Medio Interno, en Medicina Interna y en Medicina Legal.

Fue Coordinador del Subcomité de Ética de la Investigación en el Hospital Garrahan y miembro del Comité de Ética Hospitalaria del mismo Hospital.

En esa institución, actualmente se desempeña como médico legista de la Dirección Asociada de Asuntos Jurídicos y es además Asesor Médico Legal de la Sociedad Argentina de Pediatría.



PRÓLOGO

Tenemos el agrado de presentarles a ustedes la segunda edición actualizada de nuestro breve “Manual de Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente y Mejoramiento de la Calidad de la Prestación”.

Nuestra intención es hacerles llegar una serie de recomendaciones generadas desde el análisis y evaluación de distintas circunstancias que se presentan a diario, durante la práctica del cuidado de la salud de las personas, en las organizaciones médicas de distinta complejidad, y que son vividas por el personal del equipo médico de “staff” del establecimiento, o por profesionales que si bien no pertenecen al mismo, son los que con mayor habitualidad realizan allí sus prácticas.

Nuestra visión, desde una aseguradora del riesgo de responsabilidad profesional como es TPC, es que las mencionadas circunstancias, son en algunos casos, productoras de errores de la organización, que terminan generando reclamos judiciales. El análisis sistémico que hemos realizado de los errores relacionados con los tratamientos, nos ha permitido comprender que si bien en Medicina el riesgo “cero” no existe, el riesgo EVITABLE, sí existe. Y casualmente los errores que son consecuencia de una falta de la organización, pueden ser reducidos, puesto que a cualquier falta que podamos identificar, nos resultará posible oponerle una medida correctiva.

Un sistema seguro, no es aquel en el cual no se cometen errores, sino que es un sistema que se protege, luchando contra las fallas latentes que favorecen los errores, e instalando defensas para disminuir las consecuencias de los errores.

Con esa intención, hemos realizado este trabajo que ponemos a vuestra consideración.

Fernando G. Mariona



GESTIÓN DEL RIESGO

Seguridad del paciente y
mejoramiento de la calidad
de la prestación en los
establecimientos médicos
de acuerdo con su complejidad

1.

ADMISIÓN DE PACIENTES

A. PARA ACTOS MÉDICOS PROGRAMADOS.

Advertencia: Si ya se hubieran establecido metas, normas u objetivos del Comité de Historias Clínicas o de la Dirección Médica, deberían ser incorporadas a las que aquí se presentan como sugerencias. De no contar con ellas, se podrán revisar y adaptar las que se ofrecen a continuación.

1A.1. Dentro de la organización administrativa de la empresa dedicada a prestar servicios en el área de la salud, una de las puertas de ingreso al sistema, para el paciente, usuario, cliente, es el sector de **Admisión de Pacientes**. Una de las primeras imágenes de la institución que recibe un paciente o un familiar de un paciente, es la oficina de Admisión. En esta dependencia se requiere personal dedicado a la atención de público, con la capacitación requerible para atender a personas con diferentes necesidades y características personales, así como nivel socio-económico-cultural, edades, sexo, dificultades de expresión y auditivas, y situaciones emocionales particulares.

1A.2. Es recomendable una capacitación y entrenamiento capaz de ajustarse a esa realidad, a la que deberá agregarse la instrucción sobre los temas de implicancia médico-legal que las diversas situaciones pueden producir en contra de la Institución si no son convenientemente atendidas. **Se estima que se necesitan tres meses de capacitación en el puesto de trabajo para que una persona se familiarice con los Normas y Trámites, de la Oficina de Admisión, en caso que las hubiere.**

1A.2.1. Las actividades correspondientes al Servicio de Admisión incluyen principalmente: recibir pacientes de consulta externa, ambulatorios, recibir pacientes para su internación, realizar los trámites administrativos para la admisión y egreso de pacientes, controlar las camas ocupadas.

1A.3. Una imagen positiva de la organización muchas veces está generada por la existencia de folletos de información para el paciente y sus parientes, que esquematice el funcionamiento, el plantel profesional, especialidades, servicios que se brindan y el Reglamento de la Institución y esto también es bueno para los visitantes. **Una declaración sobre los derechos del paciente también puede ser bien recibido y sobre todo muy educativo, ya que la contrapartida del derecho es la obligación.**¹

1A.4. Dentro de la estructura edilicia, este sector debería poseer una ubicación estratégica, preferentemente en el nivel de acceso al edificio, dentro de los sectores considerados de circulación preferencial, con una señalización que asegure a quienes deben concurrir allí, que llegarán sin dificultades.

1A.5. Dentro del espacio designado para funcionar, se debería garantizar un ambiente en el cual no sea necesario elevar el tono de

¹ Tener en consideración que hoy se encuentra vigente la Ley 26529, que establece los Derechos del Paciente. Ver Apéndice.

voz ni de los empleados ni de los pacientes, usuarios o clientes.

1A.6. Servicio de Vigilancia: Un error frecuente en las instituciones, es que los servicios de vigilancia, se involucren en la atención de pacientes, choferes de ambulancias, y/o del público en general, dando respuestas o comentarios para los que no deben estar autorizados. Es recomendable que dichas personas no tengan un trato directo con el paciente ni con los parientes, salvo que por cuestiones específicas de su actividad, deban hacerlo, por supuesto que deben ser instruidos para responder a las preguntas que reciban de manera cortés, con la orientación necesaria hacia las personas o sectores que le puedan dar soluciones a las inquietudes recibidas.

1A.7. La calidad de la iluminación debe asegurar la posibilidad de lectura de todos los formularios y/o documentos necesarios por parte del paciente y/o sus acompañantes. Será de buena imagen garantizar una entrevista en la mayor privacidad posible.

1A.8. No es aconsejable que la misma persona que se ocupa de documentar los ingresos atienda el conmutador.

1A.9. Este sector del establecimiento debería funcionar las 24 horas del día y los siete días de la semana, si la empresa no tiene limitaciones normativas horarias para el ingreso y/o egreso de pacientes.

1A.10. Todo paciente que concurra al establecimiento para recibir algún tipo de prestación a través de una consulta ambulatoria, debería quedar registrado a través de alguna modalidad administrativa centralizada en el sector de admisión.

1A.11. Todo paciente remitido al establecimiento para **una internación programada** debe iniciar la misma a través del sector de admisión, donde se presentará para proceder a su registro.

1A.11.1. Deberá poseer un formulario inicial en el cual constarán todos los datos de filiación del paciente de referencia: nombres, apellidos, sexo, edad, domicilio actualizado, número de documento de identidad (previa constatación con original), número de beneficiario de Obra Social, Sistema de Salud o Empresa de Medicina Prepaga. Este formulario, en muchos casos denominado **Informe de Hospitalización**, suele ser el que inicia la compaginación de todos los formularios que componen la historia clínica. Algunos de estos datos podrán o no mencionarse en la carátula o tapa de la carpeta que contenga los formularios.

EN EL CASO QUE LA INSTITUCIÓN LO HUBIERA ADOPTADO, ESTE SERÁ TAMBIÉN EL MOMENTO PARA QUE EL PACIENTE O SUS FAMILIARES O QUIEN SE HAGA RESPONSABLE POR LA INTERNACIÓN DEL PACIENTE, SUSCRIBA EL CONTRATO DE HOSPITALIZACIÓN.²

² VER APÉNDICE.

1A.11.2. El sector de admisión de pacientes debería llevar el registro de ingresos y egresos de pacientes. Este registro debe contener como mínimo los datos de filiación del admitido, previa certificación con los documentos con los cuales acredite su identidad, debería registrar los motivos de internación, si posee la información correcta (escrita, legible, fechada, con firma aclarada de profesional médico), fecha y hora de la admisión y el lugar asignado dentro del establecimiento para su internación, este registro forma parte de la documentación obligatoria exigida por las normas y los entes oficiales de habilitación para la actividad.

1A.11.3. Si el empleado de admisión que registra los motivos de internación, no poseyera información médica legible mediante orden escrita y firmada de internación, se deberán establecer los mecanismos para procurar que prontamente un profesional médico documente este dato. En el formulario que complete la oficina de admisión deberá constar fecha y hora, sin enmiendas.

1A.12. Se debe instruir a todos los empleados intervinientes en el sector de Admisión, sobre las responsabilidades particulares y legales que asume el establecimiento una vez admitido y registrado el paciente.³

1A.13. Por lo tanto en base al comentario anterior, será necesario establecer los mecanismos que garanticen el traslado del paciente admitido de manera rápida y segura hacia el lugar establecido para su permanencia en el establecimiento.

1A.14. En este traslado, será conveniente asegurar que la documentación remitida al sector de internación llegue en forma completa, segura y sin alteración de su confidencialidad.

1A.15. De los formularios que componen la historia clínica, el sector de admisión debe completar el llamado **Informe de Hospitalización**, formulario inicial de toda historia, en el que se registran los datos de identidad del paciente: nombre/s, apellido/s, edad, sexo, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, lugar de procedencia, domicilio actualizado, composición familiar, cobertura médica, profesional a cargo, motivo de admisión, registro de internaciones anteriores, con datos como fechas de ingreso y egreso, diagnósticos médicos, procedimientos y/o tratamientos realizados.

1A.16. En el Sector de Admisión puede **agregarse** en blanco, **pero no debe ser completado por este personal, el Formulario de Consentimiento Informado**, salvo que el paciente concurra a la Admisión con la copia que le pertenece, por haber realizado el proceso de información en el consultorio del médico tratante, por ser éste un Sanatorio Abierto. En ese caso el Consentimiento Informado deberá ser incorporado a la Historia Clínica del paciente, verificando que se encuentra debidamente firmado por la persona que corresponda. El Formulario de Consentimiento Informado que se corresponda con el Acto Médico a ser realizado en el paciente, deberá ser completado por el médico tratante, y firmado por éste y por el paciente o su representante.⁴

B. EN EL SECTOR DE EMERGENCIA / URGENCIA.

1B.1. Todos estos pacientes deben ser inmediatamente evaluados por un profesional médico.

1B.2. Los ingresos de **emergencia** son aquellos en los que el paciente tiene que ser admitido inmediatamente. Cuando no hay cama disponible pueden ser alojados en el área de observación, pero le debe ser aclarado e informado a la familia **por el personal médico del servicio**, que la institución está en condiciones de brindar una atención similar a la que el paciente hubiera recibido en un área de emergencia. Dicha información debe registrarse en la Historia Clínica y el familiar a quien se le brindó la información debe estar identificado al menos por nombre y apellido en dicho documento. Lo ideal es hacerle firmar al pie de la información y verificar el número de su documento.

1B.3. Los pacientes en situación de **urgencia** deben ser admitidos dentro de un plazo prudencial porque su vida puede estar amenazada. Hecha una primera evaluación, esta situación y plazo debe ser comunicado a la familia y registrado como ya fue explicado. Se deberían establecer las normas administrativas para que en los casos de compromiso vital, los responsables de la oficina de admisión consideren a estos como prioritarios y se dispongan prontamente para documentar este ingreso institucional.

C. DIFERENTES TIPOS DE SITUACIONES AL INGRESO DE PACIENTES QUE PUEDEN TRAER PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES Y CÓMO DEBERÍA SER SU MANEJO.

1C.1. Sin medios económicos o sin cobertura médica: El paciente no puede ser rechazado por esa causa. Deberá realizarse la primera asistencia y buscarse su compensación para luego ser derivado a la medicina pública, **pero la primera atención médica no puede negarse.**

1C.2. Con el documento de identidad de otro: El paciente no puede ser rechazado por esa causa. Deberá buscarse su compensación y luego ser derivado a la medicina pública, **pero la primera atención médica no puede negarse.**

Pero debería avisársele al paciente, si se encuentra en condiciones de comprender, o a su familiar, que **lo que la persona está realizando es una usurpación de identidad, que es un delito.**

1C.3. Con la credencial de la EMP de otro: ídem anterior, ya sea que la comprobación se haya hecho antes o después de la prestación. **Por supuesto que la práctica no puede facturarse a la EMP.**

1C.4. Reclamos en oficina de Admisión: Es conveniente que el personal esté capacitado para recepcionar los reclamos que los usuarios o familiares consideren necesario realizar; de manera cordial se intentará satisfacer el requerimiento del paciente o familiar, en aquellos casos en los cuales se superen los niveles de decisión o la posibilidad de brindar respuestas, estos empleados deben tener claramente identificados los canales de comunicación a las instancias superiores dentro del establecimiento, informando en esos casos a los reclamantes la derivación de los mencionados reclamos.⁵

³ Guarda, seguridad

⁴ Existen distintos Modelos sugeridos. Ver en el Apéndice.

1C.5. Recepción de cadáveres. En caso que los profesionales determinen que el fallecimiento se produjo antes de la asistencia o ingreso en la institución no deben ser registrados como “pacientes”.

1C.6. En caso de menores que asistan solos, solicitar al personal médico efectuar la primera evaluación y asistencia requerida y posteriormente intentar aclarar la situación familiar del mismo.

1C.7. En caso de menores acompañados por adultos, intentar establecer el vínculo que se invoca y registrarlo.

2.

GESTIÓN DEL RIESGO SOBRE TODA HISTORIA CLÍNICA, FICHA DE CONSULTORIO Y LIBRO DE GUARDIA.⁶

Advertencia: Si ya se hubieran establecido metas, normas u objetivos del Departamento Administrativo y/o de Admisión de Pacientes, deberían ser incorporadas a las que aquí se presentan como sugerencias. De no contar con ellas, se podrán revisar y adaptar las que se ofrecen a continuación.

2.1. A todo paciente asistido en el establecimiento se le deberá confeccionar un registro, que tendrá el carácter y valor de historia clínica, la cual deberá poseer una modalidad de identificación interna al establecimiento y que comenzará a utilizarse desde ese momento en todos los formularios, algunas normas legales y recomendaciones administrativas, sugieren basar la identificación de estos documentos con el número del Documento Nacional de Identidad de las personas (DNI). Más allá de la modalidad que se disponga para la conformación de la Historia Clínica dentro de un establecimiento médico, ésta debe ser entendida como el conjunto de formularios en los cuales se registra en forma detallada y ordenada todos los datos relativos al estado de salud de una persona.

2.2. Todos los miembros del equipo de salud, al cuidado de cada paciente, deben registrar en la Historia Clínica la atención brindada al mismo, para obtener un documento íntegro, debidamente identificado, que permitirá dar al paciente una atención oportuna y de buena calidad, por todos y cada uno de los miembros.

2.3. Todos los miembros del equipo a cargo de la salud de los pacientes de cada institución, deben estar convencidos que la Historia Clínica sirve para planificar la atención del paciente y contribuir para que esta sea continuada, que sirve para proporcionar un sistema de comunicación entre el/los médicos tratantes y el resto del personal de salud, que sirve para brindar a todos la evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y tratamiento del paciente, y contribuye a todo el sistema de información para poder programar, controlar y evaluar las actividades de salud en cada establecimiento, y favorece a la protección de los intereses legales y patrimoniales del paciente, del establecimiento y de cada miembro del equipo de salud.

La premisa del establecimiento debe ser: lo que no está escrito en la Historia Clínica es como si no hubiese sido hecho; lo incompletamente escrito será evaluado como incompletamente hecho y lo mal registrado podrá ser evaluado como mal hecho. La dirección del establecimiento debe estar convencida de esto, y así debe ser comunicado a los médicos que atienden pacientes en la institución. Más allá del convencimiento, que es necesario, todos los directivos y profesionales que asisten a pacientes deben conocer la importancia de la historia clínica, cómo debe ser debidamente confeccionada y la obligación de ser correctamente llevada.

2.4. Dicha Historia Clínica deberá poseer un sistema de encuadernado que garantice la integridad de los diferentes formularios contenidos en ella.

2.5. Deberá poseer un formulario inicial en el cual constarán todos los datos de filiación del paciente de referencia: nombres, apellidos, sexo, edad, domicilio actualizado, número de documento de identidad (previa constatación con original), número de beneficiario de Obra Social, Sistema de Salud, Empresa de Medicina Prepaga. Algunos de estos datos podrán o no mencionarse en la carátula o tapa de la carpeta que contenga los formularios. Ver Resolución 410 – 2002 Ministerio de Salud y Ambiente.

2.6. Deberá contener un formulario en el cual el empleado de admisión registre los motivos de admisión (si posee información médica legible mediante orden escrita y firmada de internación), caso contrario deberá procurarse que prontamente un profesional médico documente este dato.

2.7. En el formulario que complete la oficina de admisión deberá constar fecha y hora, sin enmiendas ni tachaduras, en caso de necesidad se registrará la nota de salvado.

2.8. Los datos consignados en la Historia Clínica, deberán ser en un todo coincidente con los registrados en el libro o planilla de admisión.

2.9. Los médicos y todo el personal médico y auxiliar que realice

⁵ Ver Formulario de Registro de Incidente en el Apéndice.

⁶ Ver Ley 26.529 en el Apéndice.

anotaciones en la Historia Clínica, Ficha de Consultorio o Libro de Guardia, debe tener presente que para la Justicia, “las anotaciones que los profesionales médicos y el resto de los miembros del equipo, no son tareas administrativas sino de índole profesional que, como tales, deben ser realizadas con rigor, precisión y minucia, pues de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente, que es visitado por diversos profesionales que adecúan su tarea a la evolución consignada. Por ello, un error o una omisión puede derivar en consecuencias graves y hasta fatales”. (CNCivil Sala I, 1997/02/19; “La registración sistemática y minuciosa de la Historia Clínica, con suficiente completividad y veracidad, constituye una verdadera obligación impuesta a los médicos, por lo que las consecuencias originadas en las falencias o imperfecciones que pudieran presentar resultan gravosas para la posición litigiosa del profesional”. CCivCom.Rosario, Sala II, 1998/06/52), entre otros fallos coincidentes.

2.10. Cada hoja de toda Historia Clínica, de cada Ficha de Consultorio y de cada Registro de Atención por Guardia, deberá tener la identificación correcta del paciente y el número de hoja, que deberá estar foliada manualmente para evitar intercalaciones y garantizar su completividad y autenticidad para quienes la analicen.

2.11. En cada anotación que se efectúe (indicación, evolución, enfermería, etc.), se deberá asentar el día y la hora, firma y sello del profesional y/o auxiliar que la realizó.

2.12. Cada paciente internado debe ser controlado y evolucionado siempre y en caso de ser necesario todas las veces que lo requiera, y ello deberá ser anotado en la Historia Clínica.

2.13. Se deberá utilizar en lo posible bolígrafo negro y letra legible para permitir su fácil lectura y fotocopiado. “ El carácter ilegible de la copia de la historia clínica que obra en el expediente (judicial) da lugar a una presunción “hominis” desfavorable al médico, pues quién mejor que éste o la institución hospitalaria que atendió al paciente, para aportar otros datos – estudios complementarios realizados - que acrediten que su obrar fue el debido”. CNCiv. Sala H, 2003/10/09.

2.14. Cuando se decida el alta o pase de sector, del paciente, se deberá dejar constancia de su estado y condición clínica, al momento de dejar la cama, tanto por parte de los profesionales médicos como por el personal de enfermería, de igual manera deberá estar documentada la decisión tomada y las indicaciones que correspondieran.

2.15. Toda indicación médica que deban cumplimentar terceros, especialmente las de medicación **deben estar por escrito**, contener el nombre comercial del medicamento o de la droga genérica, la dosis, la frecuencia, la vía y la firma del médico que realizó la indicación, con su correspondiente aclaración, fecha y hora. Toda indicación de tratamiento y/o realización de procedimientos especiales, se deberá proceder de la misma manera (curaciones, enemas, lavajes rotaciones, etc.)

2.16. Se transcribirán a la Historia Clínica los resultados de los exámenes complementarios en forma completa, es decir no solamente los datos patológicos. Si los resultados se pegan, debe-

rá hacerse de tal forma que no se extravíen y que no tapen otras inscripciones.

2.17. Al momento de definirse el traslado del paciente de un sector de internación a otro, se deberá proceder a revisar y ordenar los formularios que constituyen la historia clínica, según el diagrama institucional, en forma cronológica para evitar la posible pérdida de formularios, o bien para solucionar a la brevedad los posibles inconvenientes con dicho documento.

2.18. En el momento en el cual se decida el alta hospitalaria del paciente o bien ocurra la baja del mismo, antes de iniciar el recorrido administrativo interno, la historia clínica debe ser revisada, ordenada, controlada y una vez que se compruebe que está completa proceder a foliarla, dejando constancia en la carátula de la misma de la cantidad de folios que posee, de esa manera se evitarán posibles pérdidas de componentes.

2.19. Ninguna historia clínica debe ser retirada del archivo o del lugar de archivo, fotocopiada y/o entregada a pacientes o terceras personas, sin la expresa autorización por escrito, de la Dirección Médica o del profesional que la misma designe, usando razonable prudencia.

2.20. Cuando pueda existir posibilidad de diferendo y tiempo para hacerlo, consultar necesariamente al Estudio Jurídico y/o asesor Jurídico y/o Asesor Médico Legal y/o Gerente de Prevención de Riesgo designado por el establecimiento sanitario, lo que deberá estar en conocimiento de todos los empleados que deban participar en este tipo de procedimientos.

2.21. Las Historias Clínicas de los pacientes como toda su documentación deberán ser archivadas y conservadas durante **15 años**. Podrán ser microfilmadas para su archivo, mediante el procedimiento indicado por el Ministerio de Salud de la Nación.

2.22. Como ya se ha venido explicando en los últimos veinte años a través de la doctrina jurídica, los fallos jurisprudenciales y toda la literatura médica originada en la Medicina Legal, la Auditoría Médica y la Gestión de Calidad, el derecho del paciente a acceder a su Historia Clínica, es un derecho inalienable y que debe ser respetado.

2.23. La Provincia de Santa Fe fue la primera que adhirió a la Ley 17.132 que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares, en el ámbito de la Capital Federal, Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur. Tanto en el texto como en el Dto. Reglamentario, impone al Director Médico la obligación de llevar Historia Clínica en el Establecimiento y de entrega de una copia de la misma al paciente cuando lo solicite. Actualmente en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley vigente, la 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad y la recientemente sancionada Ley N° 26.529 (Derechos de los pacientes) establecen que el paciente tiene el derecho de acceder a su Historia Clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso del establecimiento hospitalario.

2.24. La Resolución 648/86 del Ministerio de Salud y Acción So-

cial de la Nación, publicada en el Boletín Oficial de la Nación el 21/10/86 define el plazo de conservación de las Historias Clínicas en **15 años** para los distintos establecimientos asistenciales privados. En las jurisdicciones provinciales que no existe normativa al respecto, la resolución nacional puede aplicarse por analogía o en su defecto aplicarse el plazo de prescripción decenal para las acciones por responsabilidad profesional. Los plazos señalados (para la conservación de la Historia Clínica) se cuentan a partir de ocurrido el fallecimiento o el alta del paciente.

2.25. El Código de Ética de la AMA (Capítulo 11, Arts. 168 / 185) explica cómo debe ser llevada la Historia Clínica y que el paciente posee un derecho personalísimo, y que la negativa a entregarla dará lugar al resarcimiento del daño causado por ello. También es sabido que lo que se dice, cabe y exige para la Historia Clínica es aplicable al material complementario, tales como análisis clínicos, estudios de diagnóstico por imágenes, Informes, partes quirúrgicos, etc.⁷

Capítulo IV DE LA HISTORIA CLÍNICA. LEY 26.529.

Art. 12.- Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Art. 13.- Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

Art. 14.- Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. **A su simple requerimiento** debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

Art. 15.- Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;**

e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;

f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

Art. 16.- Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Art. 17.- Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

Art. 18.- Inviolabilidad. Depositarios.

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

Art. 19.- Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de dárla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su represen-

⁷ Ver además ley 26.529 en el Apéndice.

tante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

Art. 20.- Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido.

En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

2.26. En cuanto al **Procedimiento para su entrega** a quien solicite la Historia Clínica, es recomendable proceder de la siguiente forma:

2.27. La Historia Clínica debe ser siempre entregada al paciente o a quien éste autorice en forma expresa, es decir por escrito, identificado el autorizado en la nota y comprobado ello por el Establecimiento. La copia de la nota debe ser conservada en la Historia Clínica original, que siempre quedará en poder del Establecimiento. “Frente al derecho del paciente a ser informado y acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto y detallado registro de todos y cada uno de los pasos del tratamiento, y esa conducta facilita que, de acuerdo a la actual situación de reparto de las cargas probatorias, así como ante la imputación de un error médico, el supuesto profano-paciente-pueda demostrar aquél evento y que el profesional médico tenga a su alcance el elemento mas importante y trascendente para asegurar su defensa.” CNCivil, Sala H, 2003/10/09.

2.28. De no existir dicha autorización por escrito, **la Historia Clínica no será entregada A LOS LEGITIMADOS A SOLICITARLA hasta que ello no ocurra.** Caso contrario la Historia Clínica deberá ser solicitada por vía judicial. En este caso siempre debe ser entregada. Recordar que la Historia Clínica original debe quedar en poder del Establecimiento. De manera que deberá extraerse una copia bien legible, controlando ello y que no falte ningún documento en la fotocopia. Esta copia debe ser **CERTIFICADA** por el Director Médico, fir-

mando al final de la misma, y aclarando su nombre y matrícula con el sello, con el fin de evitar que puede ser luego adulterada.

2.29. Ante un Oficio Judicial (de un Juzgado Civil) que solicite la entrega (Medida de Prueba Anticipada) u Orden de Secuestro para un Juzgado Penal, debe ser entregada. **EN TODOS LOS CASOS SE DEBE ENTREGAR UNA COPIA Y CONSERVAR EL ORIGINAL.** En todo caso que el Funcionario Judicial que realiza la medida certifique que se entrega una copia. En Caso de que la Orden Judicial (Civil o Penal) sea para la entrega del **original** se deberá extraer un fotocopia y certificarla el Director Médico. **EN TODOS LOS CASOS,** antes de la entrega de la Historia Clínica, la misma debe ser revisada por quien corresponda, antes de su entrega. La Historia Clínica no debe ser entregada por cualquiera, sino que debe existir una norma escrita interna y notificada a todo el personal, que el único que autoriza las entregas a quien sea, es el Director Médico. No es posible que una Historia Clínica salga del Establecimiento sin que el Director Médico lo sepa. **Se deberá prestar especial atención en que la historia clínica que se entrega o se envía a un juzgado esté debidamente foliada.**

2.30. Los estudios de imágenes, de laboratorio y otros Informes de exámenes de diagnóstico también deben ser entregados, tomando debida nota de que los resultados se encuentren transcritos en la Historia Clínica.

2.31. Siendo un todo indivisible, la historia clínica debe ser entregada de manera completa. No es correcto la entrega de partes de la misma en forma aislada. Una **alternativa** es la entrega de un resumen de historia clínica, en el que debe consignarse la naturaleza del mismo.

2.32. *En todos los casos en que sea necesario contar con la constancia del Consentimiento Informado en la Historia Clínica también debe contener una prueba del Proceso de Información al paciente o a quien corresponda, en caso de incapacidad de éste (Consentimiento Informado). Recordar que el art. 16 de la nueva ley 26.529 (Integridad) determina expresamente qué documentación forma parte de la Historia Clínica. Advertencia: Si ya se hubieran establecido metas, normas u objetivos del Comité de Historias Clínicas, Jefatura o Supervisión de Enfermería o Dirección Médica, deberían ser incorporadas a las que aquí se presentan como sugerencias. De no contar con ellas, se podrán revisar y adaptar las que se ofrecen a continuación.*

3.

GESTIÓN DEL RIESGO SOBRE TODA HISTORIA CLÍNICA Y/O FICHA DE CONSULTORIO CONFECCIONADA POR ENFERMERÍA.

3.1. Todo personal de enfermería, que en razón de su profesión preste asistencia a los pacientes en cualquiera de las instancias posibles dentro del establecimiento y de acuerdo con sus incumbencias, debe producir el registro de dicha participación, en un todo de acuerdo con las normas precedentes y las que rigen su actividad profesional en cada jurisdicción.

3.2. Debe realizar los controles de signos vitales, al menos una vez por turno, o las veces que sean necesarios, de acuerdo con el estado del paciente y hacerlo constar en la Historia Clínica, aclarando fecha, hora, firma, número de matrícula y aclaración por nombre y apellido y no solamente por nombre de pila.

3.3. Debe registrar toda administración de fármacos, por todas las vías posibles, consignando: fecha, hora, droga, dosis, vías, en un todo de acuerdo con la indicación médica escrita, completa y conservada en la historia clínica, documentará especialmente cualquier inconveniente o reacción del paciente ante dicha administración. De manera similar procederá a documentar la realización de tratamientos y/o procedimientos especiales, según indicación médica escrita, completa y conservada en la historia clínica.

3.4. Debe producir registro, en formulario de la historia clínica de enfermería, de la evolución diaria y turno a turno, de los pacientes confiados a sus cuidados y servicios, según el grado de sus incumbencias, deben figurar firma y aclaración de la misma, incluyendo el número de matrícula o registro.

3.5. Debe producir registro de las administraciones de soluciones líquidas que realice a través de la vía parenteral, documentando en forma exacta los volúmenes administrados y las especificaciones farmacológicas que se deberán corresponder en un todo con la prescripción médica escrita y conservada en la historia clínica. De la misma manera procederá en los casos de administraciones de soluciones líquidas por la vía enteral. Completarán estos registros los datos referidos a pérdidas, especialmente de líquidos por las vías naturales y/o artificiales.

3.6. El personal de enfermería debe velar para que en la Historia Clínica y / o la Ficha de Consultorio se asienten prácticas realizadas por personal del Departamento de Enfermería, todas ellas de acuerdo a las incumbencias establecidas para cada nivel de ejercicio en las normas legales vigentes. **Debe recordarse que no deben realizarse prácticas fuera de las incumbencias establecidas por la ley para el ejercicio de la enfermería.**

3.7. Mantener ordenada y cuidada la Historia Clínica, que no quede olvidada en áreas de la Institución donde podría ser dañada, adulterada, extraviada, traspapelada, sustraída y al acceso de terceros ajenos a la actividad.

3.8. Documentar y transmitir la información del estado clínico y de las prácticas que el personal realice en el paciente y/o su familia, de acuerdo con sus incumbencias profesionales.

4.

NORMAS PARA EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

4.1. El establecimiento asistencial debe institucionalizar, un sistema que permita obtener por escrito, del paciente, de un miembro adecuado de su familia o de su representante legal en caso de ser menor, o incapaz de hacerlo por sí mismo, **el consentimiento para ser sometido al acto médico programado correspondiente, sea o no un acto quirúrgico mutilante, basta que sea un acto de carácter invasivo o riesgoso**

4.2. Dicho Consentimiento deberá ser obtenido por escrito, y contendrá básicamente una explicación concisa de las condicio-

nes físico-clínicas del paciente, del tratamiento o procedimiento propuesto, sus riesgos potenciales, sus beneficios, y los problemas relacionados con la recuperación. De ser posible deberá contener la información relacionada con otras alternativas de tratamiento o procedimientos médicos.

4.3. Nuestro consejo: La Información deberá contener en todos los casos, la identidad del médico tratante y/o del que da la información al paciente y de ser posible la de los demás miembros del equipo de salud a cargo de su cuidado. Deberá estar fechado,

firmado por el médico tratante y por el médico que da la información y el paciente y/o su representante y emitido por **duplicado**. Un ejemplar quedará en poder del paciente y el otro en la Institución, la que deberá agregarlo a la Historia Clínica del paciente. La información deberá haber sido suministrada con suficiente antelación para que la toma de decisión del paciente tenga el tiempo adecuado.

4.4. La obtención del Consentimiento Informado del Paciente **debe** ser realizada también por aquellos médicos que sin pertenecer al staff Institucional, realizan sus prácticas ocasionalmente allí, o bien utilizan las instalaciones de la Institución para realizar sus prácticas habitualmente, sugiriendo que lo obtengan en sus consultorios y lo agreguen a la Historia Clínica Institucional. En estos casos es preferible que el Formulario del Consentimiento, obtenido en el Consultorio Particular del médico que viene a trabajar al Sanatorio, no tenga el membrete del Sanatorio. También en estos casos y frente a la dificultad personal planteada por el médico tratante, se sugiere que la recepcionista del Consultorio, sea capacitada para que ella realice el Proceso, y que frente a cualquier duda, el paciente Amplíe con el médico en el momento de la entrevista personal.

4.5. Se sugiere institucionalizar un sistema similar para el caso del rechazo al tratamiento por parte del paciente.

4.6. Se trata de que con esta práctica en todos los casos pueda demostrarse que el paciente **entendió las explicaciones** brindadas acerca del estado de su salud y de los riesgos y beneficios del procedimiento y/o tratamiento al que será sometido, y que por esa razón **prestó su consentimiento**.

4.7. En caso de duda sobre la instrumentación, funcionamiento y utilidad de este Proceso, el establecimiento podrá consultar con sus asesores legales o MÉDICO-LEGALES para que éstos le brinden el asesoramiento adecuado.

4.8. Todas las intervenciones programadas deben tener un Consentimiento escrito firmado por el paciente o sus familiares y el médico que ha brindado la información.

4.9. Existe una obligación legal de obtener el consentimiento por escrito en casos especiales como trasplante de órganos (donante y receptor), operaciones mutilantes, exámenes de detección de HIV.

4.10. Es conveniente que los procedimientos especializados cuenten con información escrita diferencial, lo que ayudará al profesional y al paciente a recordar los tópicos que deben ser informados.

4.11. Formulario insuficiente:

“No puede tenerse por otorgado el consentimiento informado, si el sanatorio demandado se limitó a expedir un formulario preimpreso que contiene expresiones estandarizadas o genéricas, sin indicar el diagnóstico, el tratamiento, ni las posibles alternativas que pudieran acontecer por cuanto, dichas omisiones impiden al paciente tomar libremente la decisión de continuar o no adelante con la propuesta que le efectúa el profesional”.^{zvv}

VER ANEXOS MODELOS SUGERIDOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN EL APÉNDICE

También consultar:

**Pagina web TPC;*

**“El consentimiento Informado en Medicina” – Aspectos médico-jurídicos – Teoría y Modelos _ Luis Gramática (h); Darío Vezzaro y Gabriel Gramática – Trabajo Interdisciplinario efectuado y publicado por la Asociación Argentina de Cirugía – 2001.El Presente trabajo incluye Modelos de Consentimiento para Cirugías varias.*

**“Aspectos Legales de la relación clínica”. Julio César Galán Cortés. Pág. 27 y sstes. Madrid- 2000- Glaxo Wellcome*

**“Nuevos consentimientos Informados” (Según Ley 26.529) La Mutual – 2010 –*

5. GESTIÓN DEL RIESGO PARA EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

5.1. Todo establecimiento asistencial deberá implementar los mecanismos necesarios para garantizar el conservar toda la documentación producida, especialmente las historias clínicas por un período de tiempo no inferior a los quince (10) años, según lo establece la nueva ley 26.529.

5.2. En cuanto al Archivo de la Historia Clínica, y más allá de lo prescripto por la Nueva ley 26.529, **Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud**, también nos parece muy útil recordar que en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encuentra vigente el Decreto 6803/88, que dispone lo siguiente: **A partir del fallecimiento: 15 años. Si no hubo fallecimiento y son personas mayores de 21 años: 20 años. Si no hubo fallecimiento**

5 CN Civ. Sala M, 08/06/2009, “L.D.C.C.A.V. y otros”, DJ 22/09/10, 2579, con nota de Agustín Álvarez; Manuel Cornet; Cita Online: AR/JUR/70094/2009.

y son personas menores de 21 años: 15 años de archivo a partir de la mayoría de edad. Asimismo, y por la Ley 114 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, publicada en el Boletín Oficial N° 624 del 03/02/99 pág. 9961, en los establecimientos públicos y privados que realicen atención del embarazo, del parto y del recién nacido, están obligados a conservar las historias clínicas individuales por el plazo de **treinta años**; realizar exámenes a fin de determinar el diagnóstico y la terapéutica de anomalías en el metabolismo del recién nacido, así como prestar orientación a los padres; proveer una declaración de nacimiento donde conste lo ocurrido en el parto y el desenvolvimiento del neonato; posibilitar la permanencia del neonato junto con la madre; ejecutar acciones programadas teniendo en cuenta los grupos de mayor vulnerabilidad para garantizar el adecuado seguimiento del embarazo, parto, puerperio del recién nacido y garantizar la atención de todas las enfermedades perinatales en el ámbito estatal y privado.

5.3. El espacio destinado al archivo de historias clínicas, preferentemente, deberá cumplir esta única función, estará equipado con los mecanismos posibles que garanticen la conservación de los documentos allí depositados, como por ejemplo: detectores de humo, sistema de combate del fuego, todas las barreras posibles contra inundaciones o avance de aguas. Deberá contar además con mecanismos de control y seguridad como: puertas y ventanas cerradas, con dispositivos que potencien su invulnerabilidad, rejas, cerraduras, alarmas, etc. Se brindará especial atención a otros elementos capaces de atentar contra la integridad de los documentos, como por ejemplo presencia de roedores y otras alimañas capaces de destruir diferentes materiales, filtraciones de humedad en paredes, pisos y techos, pérdidas de líquidos de los diferentes

caños o conductos de las proximidades del cuarto de archivo.

5.4. Se implementará un sistema de circulación controlado no solo de personas, sino también de los documentos que se ingresen o retiren de dicho lugar, es recomendable establecer un sistema de registro que permita conocer quién, cuándo y por qué retira documentos, cual será el destino de dichos documentos y el tiempo estimado de devolución, será de utilidad registrar la cantidad de cuerpos o folios que componen el documento retirado, de manera similar inversa se procederá al regresar documentos o incorporarlos al depósito, dejando documentada cualquier situación de novedad, y procediendo a comunicar el tema al responsable institucional que corresponda.

5.5. El establecimiento podrá organizar el archivo con un criterio de activo - pasivo de acuerdo a su conveniencia, estos criterios deberán estar en conocimiento de las personas encargadas de producir y administrar las historias clínicas, para prevenir inconvenientes. En caso de confiar el sector pasivo a un depósito externo, será conveniente asegurarse el acceso a los documentos durante las 24 horas los 7 días de la semana.

5.6. Para el caso considerado en el punto anterior, será de utilidad establecer por escrito la norma de cómo proceder para solicitar la entrega de documentos archivados, esta norma debe completarse con los datos de identificación de las personas autorizadas a realizar este procedimiento, será de utilidad documentar por escrito cada vez que sea solicitada documentación del archivo externo, como así también cada vez que sea remitida.

6.

GESTION DEL RIESGO EN CIRUGIA:

centro quirúrgico; servicio o prestación propio o concesionado y según la complejidad

En cada Servicio de Cirugía, existe una persona, Enfermera de quirófano, Jefa/e de Quirófano, Jefe de Cirugía, que deberá colaborar directamente con la Dirección del Establecimiento, para tratar de evitar que en los quirófanos se produzcan daños a los pacientes, que podrían ser evitados.

No debe olvidarse que la Institución siempre será responsable por no tratar de evitar lo evitable.

La elección de la persona depende del sistema de atención del establecimiento, y de hasta dónde quiera llegar la Dirección Médica en la detección de los factores potenciales y los errores que producen que el riesgo se concrete y produzca un daño en el paciente y potencialmente en el patrimonio del establecimiento.

Convengamos **que los escenarios de riesgo relacionados en cirugía** son:

- El consultorio del cirujano,
- Las urgencias quirúrgicas,
- El área quirúrgica,
- El periodo post-operatorio en el sector de internación.

NO OLVIDAR QUE LAS PRÁCTICAS MENOS COMPLEJAS NO ESTÁN LIBRES DE RIESGOS MÉDICO LEGAL.

Entendemos que los alcances del Programa son los que determinarán quién será la persona elegida. Pensamos que para empezar, podría hacerse con el área de quirófano.

En el área quirúrgica se producen el 66% de los incidentes generadores de daños a los pacientes; dos de cada tres de ellos en los quirófanos, la mitad son prevenibles y uno de cada siete puede originar incapacidades importantes u ocasionar la muerte. Las com-

plicaciones técnicas de las intervenciones quirúrgicas están descritas como el primer factor en el desarrollo de incidentes relacionados con la cirugía interviniendo también las fallas de los equipos y los factores humanos.

Para ello, la persona elegida debería primeramente, IDENTIFICAR a los riesgos a los que está expuesta el área de quirófano, luego ANALIZAR los riesgos considerando la probabilidad de que un evento suceda, cuáles serían sus consecuencias y cuál sería la magnitud del daño que se le puede causar al paciente.

Damos una serie de ejemplos para colaborar con la persona elegida en la tarea de **IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS**:

- Quemaduras por las placas del bisturí eléctrico;
- Oblitos quirúrgicos;
- Error de lado; órgano equivocado
- Reintervenciones por sangrado no controlado;
- Perforación de víscera hueca durante laparotomía o laparoscopia.
- Caída de la camilla;
- Lesiones por decúbito.

En los casos de quemaduras por las placas del bisturí eléctrico, el mismo puede ser atribuido en la mayoría de los casos a una mala colocación de la placa no produciéndose un correcto contacto entre la placa y la piel del paciente. El despegamiento progresivo de la placa a lo largo del acto quirúrgico facilita la aparición de las quemaduras. Se recomienda una especial atención en la colocación de la placa, el control de su integridad, siendo aconsejable la supervisión de la misma, habida cuenta la importante frecuencia de reclamos por esta causa.

La responsabilidad por el oblito quirúrgico es una vieja discusión. El cirujano dice que es de la instrumentadora o de la enfermera circulante. Los jueces dicen que como el cirujano es el Jefe del equipo quirúrgico, la responsabilidad es de él. En definitiva la res-

ponsabilidad termina siendo de la Institución.

Para evitar la equivocación de lado se recomienda la marcación del lado quirúrgico que debe ser siempre cotejada con lo consignado en la Historia Clínica, los estudios de imágenes, la consulta con los otros miembros del equipo y, de ser posible, interrogando al paciente o a su familia. Hay recomendaciones de organismos especializados sobre la conveniencia de realizar marcación previa sobre la piel del paciente para neutralizar este posible error.

Una mención especial merece la situación relacionada con la infección intraoperatoria como un potencial riesgo para todos los pacientes y para algunos de ellos en particular, este tema será mencionado en forma más amplia en un apartado especial del presente.

Reconocidas y analizadas algunas de las situaciones mencionadas, se debería establecer un ranking de los riesgos para **PRIORIZARLOS**.

Seguidamente, con ayuda y autorización de la Dirección Médica, se deberá darle un **TRATAMIENTO** a esos riesgos.

El **TRATAMIENTO** será la toma de decisiones y precauciones para tratar de evitar que los errores y los daños evitables vuelvan a ocurrir.

Por último, **MONITORIZAR y REVISAR** el sistema que se diseñó para GESTIONAR LOS RIESGOS DE QUIRÓFANO y los cambios y ajustes que se le debe ir efectuando.

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Centro Quirúrgico según la RESOLUCIÓN 573/2000 Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM

7.

SALA PARA PARTOS / CENTRO OBSTÉTRICO.

7.1. En casos de contar con la/s sala/s para partos dentro del área quirúrgica, es conveniente tener claramente identificados los diferentes sectores, en razón de las diferentes actividades que se realizarán en cada uno de ellos. Cada sala para partos deberá contar con todos y cada uno de los elementos muebles y no muebles como para asistir el parto sin necesidades de abandonar el sector.

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Centro Obstétrico o Sala para Partos según la RESOLUCIÓN 348/2003 Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM

8.

TERAPIA INTENSIVA MONO O POLIVALENTE O CUIDADOS CRÍTICOS.

(Servicio Propio o Concesionado y según la complejidad).

En un establecimiento hospitalario, el sector asignado para la internación y asistencia médica a pacientes portadores de cuadros y/o patologías críticas, es sin lugar a dudas el área en la cual pueden ocurrir con mayor frecuencia situaciones de riesgo médico legal para la institución y para cada uno de los integrantes del equipo terapéutico que se dedica a dicha atención. Es por esta razón que se deberán extremar las precauciones y se deberá disponer de un mecanismo de control capaz de detectar rápidamente las situaciones riesgosas mencionadas y tener establecido el mecanismo y criterio de intervención en todos los casos, ya sea para evitar el incidente o bien para reparar inmediatamente las posibles conse-

cuencias del mismo. Es asimismo uno de los servicios en los cuales se pueden identificar un número muy importantes de factores de riesgo tanto potenciales como reales, por lo tanto es posible establecer un programa de vigilancia permanente para tratarlos.

Estructura Organizativa:

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Servicio de Terapia Intensiva según la RESOLUCIÓN 703/1993 Normas de Clasificación y Categorización de Áreas de Terapia Intensiva. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM

9.

UNIDAD CORONARIA. (SERVICIO PROPIO Y/O CONCESIONADO, SEGÚN COMPLEJIDAD)

Como se menciona en el apartado para el sector de terapia intensiva, algunas consideraciones generales son aplicables a la unidad de cuidados coronarios.

En la mayoría de los establecimientos hospitalarios, de tipo polivalente, que posean determinado nivel de complejidad, puede existir un sector asignado para la internación y asistencia médica a pacientes adultos portadores de cuadros y/o patologías críticas, relacionadas con la función cardíaca, siendo este sin lugar a dudas, también un área en la cual pueden ocurrir con mayor frecuencia situaciones de riesgo médico legal.

Es por esta razón que se deberán extremar las precauciones y se deberá disponer de un mecanismo de control para detectar rápidamente las situaciones riesgosas mencionadas y tener establecido el mecanismo y criterio de intervención en todos los casos, ya

sea para evitar el incidente o bien para reparar inmediatamente las posibles consecuencias del mismo.

Es en este tipo de organización o servicio, al igual que los diferentes servicios con características de cerrado, en los cuales se pueden identificar un número muy importantes de factores de riesgo tanto potenciales como reales, siendo por lo tanto posible establecer un programa de vigilancia permanente para tratarlos.

Estructura Organizativa.

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Servicio de Unidad Coronaria según la RESOLUCIÓN 375/2000 Normas de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidado Intensivo Cardiológico. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM

10.

HEMODINAMIA. (SERVICIO PROPIO Y/O CONCESIONADO, SEGÚN COMPLEJIDAD)

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Servicio de Hemodinamia según la RESOLUCIÓN 433/2001 Normas de Organización y Funcionamiento de las Áreas de Hemodinamia

Diagnostica y Terapéutica Endovascular por Cateterismo y Cirugía Endovascular. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM

11.

TERAPIA INTENSIVA NEONATOLÓGICA. (PROPIO O CONCESIONADO, SEGÚN COMPLEJIDAD)

Como se menciona en el apartado para el sector de terapia intensiva, algunas consideraciones generales son aplicables a la unidad de cuidados neonatales.

En la mayoría de los establecimientos hospitalarios, de tipo polivalente, que posean determinado nivel de complejidad, puede existir un sector asignado para la internación y asistencia médica a pacientes neonatos portadores de cuadros y/o patologías críticas, relacionadas con posibles complicaciones al momento del nacimiento, o bien como resultado de un periodo de gestación con complicaciones, siendo este sin lugar a dudas, también un área en la cual pueden ocurrir con mayor frecuencia situaciones de riesgo médico legal.

Es por esta razón que se deberán extremar las precauciones y se deberá disponer de un mecanismo de control para detectar rápidamente las situaciones riesgosas mencionadas y tener estableci-

do el mecanismo y criterio de intervención en todos los casos, ya sea para evitar el incidente o bien para reparar inmediatamente las posibles consecuencias del mismo.

Es en este tipo de organización o servicio, al igual que los diferentes servicios con características de cerrado, en los cuales se pueden identificar un número muy importantes de factores de riesgo tanto potenciales como reales, siendo por lo tanto posible establecer un programa de vigilancia permanente para tratarlos.

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Servicio de Terapia Intensiva Neonatológica según la RESOLUCIÓN 306/2002 La Norma de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM

12.

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.

12.1.- De acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento debería contar con servicio de Infectología, o bien con un profesional especialista para resolver la interconsulta de los pacientes que estén en riesgo o presenten signos – síntomas de infección. En caso de contar con servicio y/o comité de manejo de la problemática de infección, el mismo estará a cargo de profesional responsable que posea el título de especialista, y debería contar entre sus integrantes a profesionales médicos y de enfermería de aquellos sectores en los cuales los riesgos de infección como patología principal en tratamiento o complicación de otros procesos patológicos, tenga mayores oportunidades de ocurrir.

12.2.- Debe contar con normas escritas, actualizadas y difundidas, sobre lavado de manos, uso de antisépticos y desinfectantes, higiene ambiental hospitalaria, precauciones para el manejo de sangre y otros fluidos corporales, curaciones de heridas, cuidado de catéteres, manejo de secreciones respiratorias, manejo de desechos sólidos y/o líquidos con riesgo para el ambiente y las personas.

12.3.- Debe confeccionar y/o adoptar los protocolos de uso de antibioticoterapia en el establecimiento, de acuerdo a datos históricos de incidencia y prevalencia de agente infecciosos identi-

cados en la institución, o de acuerdo a las recomendaciones realizadas por los especialistas de acuerdo a la probabilidad de las patologías de los pacientes que pueden complicarse con cuadros de infección nosocomial.

12.4.- Establecidos los protocolos será responsabilidad del Servicio y/o Comité de control de las infecciones, realizar los controles y mediciones periódicas sobre el uso y efectividad de los protocolos, procediendo a comunicar los resultados y las recomendaciones y/o sugerencias de cambio que estime oportunas.

12.5.- Debe aplicar y evaluar efectividad de medidas higiénico - dietéticas para la atención de pacientes que requieran aislamiento clínico de diferentes características, también deberá participar en la toma de decisión y fundamentación de la medida de aislamiento, realizará control y evaluación periódica del cumplimiento y efectividad de la norma, mientras persista el criterio médico de aislamiento dispuesto para el paciente.

12.6.- Debe contar con normas escritas y avaladas científicamente para la reutilización de elementos descartables, si es política del establecimiento esta conducta.

12.7.- Debe contar con normas escritas, actualizadas y difundidas sobre las diferentes técnicas, sistemas y procedimientos de esterilización del instrumental médico quirúrgico en su diversas formas y materiales. En el caso de haberse delegado este procedimiento a terceros, externos al establecimiento, el profesional especialista debe establecer las recomendaciones pertinentes a cumplir por el prestador y deberá supervisar y controlar, documentando internamente el proceso, la calidad y efectividad de la esterilización de los materiales.

12.8.- En el caso de utilización de los llamados procedimientos de

descontaminación o “esterilización química en frío” el profesional especialista deberá participar en la confección de las normas, sistemáticas y/o recomendaciones para su uso, también deberá en forma periódica llevar adelante acciones de control sobre la calidad y efectividad de estos procedimientos, documentando internamente los procesos. En todos los casos de discrepancia con las normas y las expectativas de resultados deberá comunicarlo inmediatamente al responsable médico del cual dependa.

12.9.- Es de buena práctica por parte del Servicio de Infectología o del profesional especializado, conocer, documentar y realizar seguimiento de todos los casos en los cuales un paciente adulto, pediátrico o neonato, de condición clínica o quirúrgica presente signos – síntomas compatibles con cuadro de infección general o localizada, y hasta tanto no se demuestre que su origen es externo al establecimiento, deberá reconstruir los contactos internos previos al diagnóstico presuntivo o de certeza.

12.10.- Similar criterio se debería adaptar para el seguimiento post alta institucional para aquellos pacientes que médicamente pudieran considerarse con riesgo aumentado para contraer cuadro de infección de origen hospitalario, que no se manifestó antes de abandonar el establecimiento, por ejemplo: nacidos de bajo peso, pretérmino, pacientes sometidos a procedimientos invasivos tanto de diagnóstico como de tratamiento, pacientes portadores de compromiso inmunológico previa a la admisión.

12.11.- Todos los procedimientos de controles y seguimientos de las situaciones identificadas como de infección en los pacientes, especialmente cuando resulten como complicación de la internación o las intervenciones sobre el paciente, deberán estar documentadas de manera clara, precisa, completas y con cumplimiento de todos los requisitos para poder validarlos como documentos aportables en caso de ser requeridos.

13. SERVICIO DE DIÁLISIS CRÓNICA. (PROPIO O CONCESIONADO)

13.1.- Independientemente de quien posea la titularidad patrimonial, deben cumplirse las condiciones siguientes:

13.2.- Debe cumplir con todas las exigencias de la ley 22.853 y su Reglamentación, que se refiere a las condiciones y regulaciones relativas a la organización, funcionamiento y prestación de esta actividad médica, así mismo se deberán tener en cuenta futuras disposiciones jurídicas o procedentes de la Autoridad Sanitaria lo-

cal, Nacional, Provincial.

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Servicio de Hemodiálisis según la RESOLUCIÓN 1704/2007 Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Diálisis. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM y/o Manual de Acreditación para establecimientos de Diálisis Crónica del ITAES

14. ENFERMERÍA.

NORMAS PARA ENFERMERÍA

El personal de enfermería que se desempeña en los establecimientos sanitarios, representa un alto porcentaje dentro del recurso humano en contacto con los pacientes.

Este personal por las características de su actividad, tiene una distribución que lo ubica en casi todos los ámbitos del establecimiento, durante las 24 horas del día, durante todos los días del año.

Como efectores participantes de los procesos de atención orientados a cuidar al paciente, desarrollan una variedad y cantidad de prestaciones muy importante, es por eso que puede considerarse que tienen una elevada exposición a producir o participar de situaciones que pueden generar algún tipo de reclamo por parte del usuario o su familia, es por ello que resultará altamente productivo destacar algunos aspectos relacionados con este personal y sus

tareas orientadas a prevenir cualquier exposición a riesgo médico legal.

Sugerimos ajustar el funcionamiento del Servicio de Enfermería según la RESOLUCIÓN 194/1995 Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica. Ministerio de Salud, Dirección de Calidad de los Servicios de Salud. PNGCAM.

También resultará de utilidad considerar las leyes que regulan el ejercicio de la profesión de enfermería en sus diferentes niveles; la Ley Nacional 24,004, la Ley de la provincia de Buenos Aires 12,245, la Ley de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 298. Y en el caso de otras jurisdicciones la norma legal que regule la actividad propia de la enfermería.

15. SERVICIO DE GUARDIA MEDICA / EMERGENCIAS.

15.1.- En las instituciones sanitarias uno de los servicios en los cuales se pueden generar un número importante de situaciones que lleguen a reclamos, es el denominado servicio de guardia médica o servicio de emergencias, estos sectores se caracterizan pues suelen ser la puerta de entrada al establecimiento para muchos pacientes portadores de cuadros que demandan una inmediata atención del equipo médico, demoras de minutos en intervenir pueden significar para esos pacientes la pérdida total de oportunidades.

15.2.- Es un sector en donde la dinámica de trabajo requiere contar con una organización que funcione de manera mancomunada, precisa e inmediata. En algunas instituciones se encuentran unificados en un sector las atenciones médicas de urgencia emergencia para adultos junto con la demanda espontánea sin urgencia, en estos casos es necesario considerar contar con un protocolo que permita separar por prioridad a cual de los pacientes se atenderá en forma inmediata a su llegada y cual podrá esperar minutos para recibir atención.

En muchos establecimientos ha permitido ordenar la tarea el contar con un médico clínico en consultorio separado a la guardia para atender la llamada demanda espontánea no urgente.

15.3.- Otras de las modalidades organizativas suele separar los espacios para las consultas urgentes según las especialidades médicas que ofrece el establecimiento, por ejemplo separar la clínica médica de la quirúrgica, separar la urgencia tóco ginecológica, se-

parar la urgencia pediátrica neonatal.

Cualquiera sea la decisión organizativa institucional, deben ser claras las señalizaciones y avisos para el público concurrente y demandante de servicios, y debe ser clara la orientación que pudieran brindar los empleados ante requerimiento del público.

Las condiciones de inmediatez en la asistencia se aplicará a cada una de las especialidades en las que se separe la atención de urgencia, en razón del cuadro que presenten los pacientes.

15.4.- Puede ser recomendable que la distribución del espacio físico asignado dentro del edificio a este servicio, permita la zonificación de los espacios disponibles, teniendo en cuenta la necesidad de contar con una espera amplia, cómoda, considerada como de circulación general, separada de un sector de circulación restringida y controlable en la cual se acomodaran los consultorios médicos y/o salas para procedimientos, es lo ideal que desde este sector de circulación restringida se puede acceder fácilmente al resto del establecimiento, a servicios tales como departamento de diagnóstico por imágenes, laboratorio de análisis clínicos, sector para internación de pacientes, área quirúrgica, unidad de cuidados intensivos etc. .

15.5.- Las características de la construcción de estos sectores debe responder a las posibles necesidades del equipo de trabajo y los pacientes, es decir que los pasillos deberían ser amplios para permitir el paso de camillas, sillas con ruedas, equipos portátiles de rayos etc., las puertas que separan los ambientes deberían tener

sistemas que permitan aperturas automáticas sin necesidad de utilizar las manos, caso contrario deberían permitir aperturas rápidas con algún sistema que los expertos en control de infecciones recomienden, no todos acuerdan con los sistemas de puertas vaivén. La iluminación de los espacios debe ajustarse a los requerimientos, contando si es necesario con equipos portátiles y que permitan focalizar la iluminación de pequeños campos.

Los espacios de trabajo deberían asegurar la privacidad tanto de los pacientes como de los miembros del equipo.

En los casos de contar con salas para determinados procedimientos, considerar en que casos deberá asegurarse limpieza extrema similar a del área quirúrgica.

15.6.- Dentro de los posibles motivos de consultas en el servicio de guardia, es necesario tener en cuenta aquellas situaciones que ciertas normativas legales vigentes caracterizan como de denuncia policial obligatoria, generando por lo tanto una obligación insoslayable tanto para los profesionales intervinientes como para la institución. Como por ejemplo heridas de arma blanca y de fuego, violencia física tanto contra adultos como contra niños, intentos de suicidio, cuadros de intoxicaciones, accidentes en la vía pública, etc.

15.7.- La asistencia para aquellos casos definidos como urgentes, tienen definidos estándares de tiempo mínimos para iniciar la intervención del equipo tratante a fin de evitar complicaciones en los pacientes, es recomendable tener en cuenta esas recomendaciones y protocolizar en todo lo posible las actividades en esos casos, para llegar a satisfacer este requerimiento de premura.

15.8.- Muchos de los requerimientos en el servicio de guardia, encontrarán una intervención de los profesionales, tratando de aliviar síntomas del paciente, siendo en muchos casos necesario continuar con una consulta más profunda para obtener diagnósticos de certeza para arribar a la solución definitiva del problema, para ello los profesionales deben tener claramente establecido los mecanismos a seguir con los casos en los cuales este enfoque de tratamiento no sea suficiente.

15.9.- Si el servicio de atención de emergencia, contara entre sus instalaciones camas para colocar a los pacientes en observación, es necesario tener en cuenta que desde el punto de vista de utilización de esas camas se han definido los tiempos recomendables que no deberían superar las 6 horas., para el caso de mantener pacientes en observación la organización debe cumplir con su obligación de cuidado y control, por lo tanto debe tener con personal de enfermería en cantidad suficiente las 24 horas, los 7 días de la

semana y destinada exclusivamente para asistir a esos pacientes, caso contrario se corre el riesgo de tener que responder por situaciones en las cuales se evidencie negligencia en el cuidado. Además del personal destinado al cuidado de estas personas, deberán contar con todo el recurso material necesario e imprescindible para cumplir con este objetivo.

15.10.- La autoridad de regulación define para este sector como registros(documentos) obligatorios la confección de registro de asistencia, con los datos suficientes para poder demostrar que requerimiento evidenciaba el paciente a la consulta y cual fue la intervención del profesional médico. Datos mínimos recomendables: fecha, hora, identidad del paciente, signos – síntomas, presunción diagnóstica, tratamiento y/o indicaciones realizadas, en el caso de indicaciones que el paciente debe cumplir, se recomienda obtener firma del paciente a modo de prueba que recibió las indicaciones y las comprendió. Esta recomendación, será altamente significativa para el caso de las urgencias en pediatría – neonatología, obstetricia.

15.11.- Si se cuenta con personal de enfermería que realizará prestaciones, sean derivadas por los médicos o bien por demanda espontánea de los pacientes(siempre mediando orden médica escrita, firmada y con vigencia), es recomendable producir un registro separado para documentar estos procedimientos, los datos mínimos serán: fecha, hora, identidad del paciente, práctica realizada, profesional que la indicó, firma aclarada del enfermero/a que la realiza. En los casos de administración de medicamentos debe registrarse la droga, la dosis y la vía de administración, si se usa por primera vez se deberán tomar las precauciones respecto de reacción alérgica.

15.12.- Si los pacientes permanecerán algún periodo de tiempo en observación se debe producir la cantidad de registros necesarios para poder demostrar el cumplimiento de la observación, estos registros si el paciente se interna en el establecimiento, se incorporarán a la historia clínica, si se retira de alta institucional, se deben remitir al archivo de historias clínicas debidamente identificados.

Recomendaciones a considerar en los aspectos relativos a la organización y funcionamiento de este servicio al siguiente documento:

Resolución 428/2001

NORMA DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE GUARDIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

16.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

La infección nosocomial como un síndrome sistémico, adquirido intrahospitalariamente o bien la infección de localización quirúrgica,

representa un problema que cada día impone mayores esfuerzos a los establecimientos hospitalarios en su lucha por librarse de

esta complicación que esta representando un costo significativamente alto no solo cuando ocurren reclamos legales que obligan a la reparación, sino también cuando es necesario tomar medidas para tratar a un paciente que se ha visto afectado por agentes bacterianos multiresistentes, que requieren dosis masivas de antibióticos de última generación, los que a su vez pueden acarrear efectos colaterales que merecen especial consideración desde el punto de vista médico.

Para hacer frente a esta posible complicación, es conveniente programar actividades y consideraciones orientadas hacia los sectores del establecimiento en los cuales este factor potencial de riesgo tenga mayores posibilidades de concretarse como real, no obstante reconocer que ciertas medidas universales pueden ser efectivas en cualquiera de ellos.

16.1.- CENTRO QUIRÚRGICO - OBSTÉTRICO

16.2.- Los centros sanitarios donde exista un centro quirúrgico deberán disponer de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial de localización quirúrgica, adaptado a sus características y actividades, que garantice la identificación de los pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad a las disposiciones vigentes. Idéntica consideración se debe hacer para los casos en los cuales se cuente con un centro obstétrico.

16.3.- Para cumplimentar lo establecido en el punto anterior, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a la higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición a sangre, situaciones y tipos de precauciones en enfermos, riesgos de infecciones en procedimientos invasivos.

16.4.- Los centros sanitarios deberán asegurar la disponibilidad de medios suficientes para el cumplimiento efectivo de este programa.

HIGIENE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

16.5.- Dentro de las normas básicas para mantener la asepsia quirúrgica, se constituye en la primera estrategia para un control satisfactorio de las infecciones, el implantar unos principios higiénicos básicos para evitar la transmisión de microorganismos.

16.6.- Vestir correctamente ambo, gorro, barbijo. En los establecimientos en los cuales aún se utilicen, se completa la vestimenta con el uso de botas. Se deberá enseñar a todo el personal que al vestir estas ropas deben comenzar desde la zona más limpia hacia la zona de más riesgo de contaminación (la más cercana al piso), que la totalidad del cabello debe quedar dentro del gorro, que en lo posible barbas, bigotes y/o patillas sean contenidas por el barbijo, en caso que los modelos estándares no satisfagan esta recomendación se les deberá proveer los modelos adecuados. Es aconsejable que los ambos de quirófano sean de distinto color que los del resto del establecimiento, y se definan conductas a seguir con aquel personal que sin existir razón de fuerza mayor se desplace con este equipo por fuera del centro quirúrgico.

16.7.- Lavado de manos de todo el personal que corresponda antes y después de entrar en contacto con el paciente y/o su entorno.

16.8.- Lavado de manos quirúrgico del equipo, cirujanos, instrumentadora, enfermera quirúrgica. Es recomendable que el personal, especialmente el femenino no utilice uñas ni pintadas ni postizas, ni aros, joyas o adornos colgantes por fuera de la vestimenta. De igual manera todos aquellos que tengan acceso al campo quirúrgico en el paciente, cavidad abdominal, torácica, etc., no utilicen lentes de contacto, y si utilizan anteojos tomen la precaución de asegurarlos antes de comenzar la intervención para evitar deslizamientos hacia las cavidades expuestas.

16.9.- Todos los materiales que se utilicen en el campo quirúrgico tienen que reunir la condición demostrable de esterilizados, ante cualquier duda sobre esta condición, los materiales deben ser descartados y se debe evitar que entren en contacto con el campo aséptico, pues el riesgo de contaminación es muy alto.

16.10.- Los camisolines, los campos, las fundas para la mesa para instrumentar, y para los diferentes equipos que van a entrar en contacto con el campo quirúrgico o el personal del mismo deben reunir la condición demostrable de esterilizados, la recomendación es aplicable a cualquier elemento textil de uso frecuente o casual como delantales de goma o plásticos para cirujano o ayudantes, espaldaderas para los cirujanos o sus ayudantes o para la instrumentadora, la sábana que separa al anestesista del campo operatorio, los guantes o manoplas para dirigir las lámparas cialíticas etc., en los casos de dudas sobre esta condición deben ser descartados, de igual manera se procederá cuando accidentalmente alguno de estos elementos se haya contaminado, se deberá reemplazar si es posible o bien se deberá colocar otro igual esterilizado sobre ese contaminado.

16.11.- Los elementos que se utilicen en el campo quirúrgico, como ya se mencionó deben tener condición de esterilizados, la manipulación de los mismos debe realizarse aplicando las técnicas de movimientos que aseguren el mantenimiento de esta condición. La incorporación en carácter de reposición o provisión de elementos nuevos al campo quirúrgico, deben hacerse desde fuera de él de manera que no se exponga en ningún momento la integridad de esterilidad del campo, para ello la persona circulante aplicará la técnica de ofrecimiento más adecuada. De igual manera la persona circulante deberá estar atenta a que ninguna de las personas por fuera del campo quirúrgico, al circular en sus cercanías se conviertan en riesgo de contaminación, sin duda una de las mejores medidas es evitar toda circulación o movimiento innecesario dentro del local de quirófano y en los casos imprescindibles de movimientos y/o desplazamientos estos deberán ser muy lentos y cuidados de manera de no generar corrientes de aire que puedan convertirse en contaminantes.

16.12.- Los descartes de basuras, residuos de riesgo ambiental desde el campo quirúrgico antes que finalice la intervención se deberán hacer utilizando una técnica que evite la contaminación del campo o de alguna de las personas que tienen acceso a él, para ello se deberá evitar la salpicadura, y es conveniente que los lebrillos estén algo retirados de los campos quirúrgicos. Las ban-

dejas para recibir el instrumental descartado o los materiales biológicos para estudio, deben ser lo suficientemente amplias como para contener el elemento sin riesgo para el operador ni para el campo operatorio, siempre es recomendable situarla en un plano ligeramente inferior al nivel del campo considerado como esterilizado.

16.13.- Es recomendable que además de la preocupación por los elementos utilizados, las conductas del personal y el cumplimiento de las técnicas, también se tengan en cuenta recomendaciones sobre la salud de todos los empleados que tienen acceso al área quirúrgica, pues las lesiones o enfermedades que sufren los miembros del equipo quirúrgico, ponen a los pacientes en peligro, aún cuando estos empleados no lleguen a estar en un contacto directo con ellos.

16.14.- Se debe tener en cuenta que la basura, los residuos biológicos, el instrumental quirúrgico utilizado, la ropa utilizada y sucia, se constituyen en riesgo ambiental para el área en particular, para el establecimiento en general y para el paciente en especial, por ello no solo es recomendable establecer las normas adecuadas para el manejo de estos elementos, sino tener en cuenta que el movimiento de los mismos desde el local quirófono hacia su destino final deben comenzar luego de cubierta la incisión quirúrgica del paciente, y si es posible una vez que el mismo se haya retirado del local.

16.15.- Si bien la institución puede tener definida la organización del centro quirúrgico y sus diferentes jerarquías, se debe procurar que todo el personal comprenda y asuma la responsabilidad que cada uno tiene respecto a garantizar el mejor ambiente de trabajo desde el punto de vista de la gestión del riesgo de infección nosocomial.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

16.16.- Desde hace algún tiempo diferentes asociaciones de especialistas han sugerido modificaciones sobre las técnicas tradicionales de lavado de manos quirúrgico. Evidencia reciente demuestra que el lavado sin cepillado puede ser tan o más eficaz que el lavado con cepillado tradicional. Se debe recordar que el continuo proceso abrasivo que supone el cepillado puede restarle integridad a la piel del operador y este hecho puede incrementar las posibilidades de colonización bacteriana como punto de partida de una infección, por lo tanto es recomendable adecuar el lavado controlando evitar este riesgo.

PROCESO DE LAVADO SIN CEPILLADO

16.17.- Utilizar un palillo para uñas para limpiarlas. Después de desechar el palillo lavarse las manos y brazos con agua.

16.18.- Dispensar el producto antiséptico que no requiera cepillado en ambas manos, el que debe estar disponible mediante aparato de bomba de pie o codo.

16.19.- Frotar ambas manos juntas, después hacia los brazos, más arriba de los codos. Frotar manos y brazos durante el tiempo recomendado por el fabricante o por lo menos durante 90 segundos.

15.20.- Enjuagar, sin frotar, desde la punta la punta de los dedos hacia los codos, un brazo por vez, cuidando que solo el chorro de agua contacte la piel.

16.21.- Es recomendable repetir el procedimiento de uso de antiséptico, y lavado una segunda vez.

16.22.- Secar las manos con material esterilizado, toalla, compresa, papel etc., sin frotar, iniciando desde la punta de los dedos hacia los codos.

FACTORES AMBIENTALES

En el tema de prevención, control y gestión de la infección nosocomial, el ambiente en el cual se encuentra el paciente y ocurren las intervenciones del equipo de salud, forma parte inseparable de los riesgos potenciales. Por esta razón mencionaremos algunos detalles básicos sobre el manejo del mismo. Considerando aquellos elementos más relevantes:

- A) Calidad del Aire y Ventilación.
- B) Limpieza de los espacios físicos.
- C) Limpieza del equipamiento fijo y/o móvil.
- D) Limpieza de la ropa.

Calidad del Aire y Ventilación: con respecto a este elemento es necesario tener en cuenta que actualmente la mayoría de los centros asistenciales cuentan con sistemas de climatización centrales, a estos sistemas también cabe reconocer los tres aspectos del sistema de aire estrechamente relacionados con el control de la infección:

- 1) Relaciones de Presión. La presurización del centro quirúrgico debe garantizar que el movimiento del aire se dirige desde los espacios más limpios a los menos limpios. Por ejemplo, la presión positiva en el quirófono puede asegurar aire limpio en todo momento.
- 2) Es importante garantizar las tasas de recambio. El recuento de bacterias es directamente proporcional al volumen de aire suministrado.
- 3) Debe poder controlarse y demostrarse la eficiencia del filtrado.

Se recuerda que además de los aspectos ya mencionados para jerarquizar el cuidado del aire y la ventilación, en el centro quirúrgico los pacientes están expuestos a padecer hipotermias, en algunos casos este riesgo se potencia con el uso de ciertos fármacos anestésicos. La presencia de cuadros de hipotermia incrementa el riesgo de infecciones, y también la posibilidad de aparición de eventos de isquemia miocárdica y aumenta los requerimientos de transfusiones ante el aumento de las pérdidas sanguíneas. Será de utilidad garantizar la situación de normotermia durante todo el tiempo quirúrgico.

Limpieza de los Espacios Físicos: todos los espacios físicos que forman parte del centro quirúrgico, al igual que el centro obstétrico tienen requerimiento de limpieza entre paciente y paciente y una limpieza terminal al final de la actividad programada o del día,

de igual manera es de buena práctica programar una limpieza terminal periódica, que comprenda a todos los locales en los cuales se divide el centro quirúrgico o centro obstétrico.

El quirófano y la sala para partos deben ser los espacios más limpios, sino los más limpios de todos los locales de una instalación sanitaria, siendo el área quirúrgica una de las zonas de más riesgo para el paciente en el tema de infección.

El comité de control de infecciones trabajará en producir la norma más adecuada para la realización de la limpieza tanto de los pisos como de las paredes, los muebles y todos los equipos tanto fijos como móviles, se deberá considerar incluir en las norma los procesos para limpiar las alturas de los locales.

En general los expertos sugieren iniciar las limpiezas con uso de agua con detergente o jabón detergente biológico, aplicando a las superficies luego una solución de principio bactericida, son muchos los trabajos que destacan las bondades de las soluciones de hipoclorito de sodio a bajas concentraciones.

La limpieza integral del espacio físico denominado quirófano y sus vecindades, es básico para minimizar y prevenir la infección nosocomial de origen quirúrgico, para la realización adecuada de esta función, la unidad debe contar con normas claras y completas para los diferentes procesos, con personal entrenado para realizarlos, y también debe disponer de los recursos materiales y de equipamiento necesarios para la tarea, en los procesos mínimamente se debe incluir el siguiente equipamiento:

Lámparas cialíticas, y todos los dispositivos luminosos periféricos.

El mobiliario fijo y móvil, especialmente los rodamientos y los planos de apoyo.

El equipamiento médico, especialmente la mesa para cirugías, sus articulaciones, sus colchonetas y tapizados, periódicamente se debería remover del lugar para limpiar por debajo del punto de apoyo.

Los equipos de vigilancia (monitores) y sus cables de conexión al paciente y a la fuente de energía, la mesa para anestesia, las conexiones a las fuentes de gases y todos los accesorios removibles que puedan contener sustancias contaminantes.

Las manijas de las puertas, y si existieran los rebordes de los marcos, los cables o elementos que por cercanías a la mesa para cirugía pudieran resultar salpicadas por sangre u otros fluidos biológicos.

Se debe tener en cuenta todas las rejillas de ventilación que pudieran existir en el ambiente, como así también todos los elementos fijos sujetos sobre las paredes, se debe tener en cuenta además los posibles elementos que pudieran tocar las personas con sus manos, aún cuando utilicen guantes, se pondrá especial cuidado en todas las superficies de apoyo, se incluirán los bancos, sillas y escaleras presentes en el quirófano.

Los lavamanos, tanto los espacios que colectan el agua, como los grifos y/o diferentes dispositivos para la provisión de la misma, especialmente si pueden ser manejadas con las manos, se considerarán los dispositivos de provisión de detergente o antisépticos para el lavado de manos, incluidos los pedales en los casos de mecanismos accionados con los pies.

LIMPIEZA DEL EQUIPAMIENTO MEDICO ESPECIAL

El instrumental y suministros quirúrgicos, si no están apropiadamente limpios, pueden transmitir infecciones de pacientes a pacientes, de pacientes a personal, de personal a pacientes. Por ello es necesario que las organizaciones sanitarias apliquen políticas y procedimientos a través de los cuales:

Se definan con claridad qué elementos del equipo médico y de los suministros deben limpiarse, cuáles desinfectarse, cuáles deben esterilizarse y cuáles serán considerados de uso de una sola vez y descartables.

Definir cuándo, cómo y quién debe ocuparse de llevar adelante los diferentes procesos por los cuales a esos elementos reúnan las condiciones óptimas para su uso sin riesgo.

Se debe recordar que los procesos utilizados para lograr la condición de uso de los materiales se pueden definir al menos de cuatro tipos:

Limpieza: consiste en la eliminación del polvo visible, residuos o cualquier otro material visible que pueden servir a los microorganismos para vivir y crecer. El lavado con agua caliente y detergentes, en general es suficiente para lograr este objetivo.

Decontaminación: es el proceso por el cual se eliminan los organismos más lábiles que producen enfermedades y hacen que el uso de los equipos sea seguro.

Desinfección: destruye la mayoría de los organismos que producen enfermedades pero no las formas esporuladas, se pueden mencionar tres niveles de desinfección:

Alto: destruye todos los organismos excepto esporas bacterianas.

Medio: destruye la mayoría de las bacterias y virus, excepto micobacterias.

Bajo: destruye algunos virus y bacterias.

Esterilización: destruye toda forma de vida microbiana, incluyendo bacterias, virus, esporas y hongos. Existen diversas técnicas como el vapor con presión, la radiación gamma, el calor seco, el óxido de etileno.

LIMPIEZA DEL TEXTIL

El centro quirúrgico y el centro obstétrico, dentro del establecimiento sanitario generan una gran demanda de ropa que en muchos casos luego debe ser lavada y recibir diferentes tratamientos para asegurar su condición para el uso seguro.

Si bien los fabricantes suelen sugerir los materiales utilizados en los procesos de lavado de los diferentes textiles, con la intención de asegurar su durabilidad, la mayoría de los profesionales en control de infecciones recomiendan el uso de agua caliente hasta 60 grados centígrados, el agregado de jabones o detergentes de materiales biológicos, y luego el uso de diferentes concentraciones de hipoclorito de sodio, como medios más efectivos para darles la calidad de limpieza requerible. Estos textiles luego, en su gran mayoría deben ser esterilizados, los métodos de aplicación de calor húmedo son los habituales y para que estos mantengan su eficacia, se debe tener en cuenta que estos elementos al concluir el proceso deben estar completamente secos, caso contrario se generan dudas sobre el tiempo de duración de la condición de esterilizado.

Se debe tener en cuenta que en todos los lugares en los cuales

los textiles se depositen transitoriamente después de lavados deben reunir condiciones adecuadas para mantener su condición de limpio, por ejemplo deben ser depósitos exclusivos para ropa limpia, no debe almacenarse ningún otro elemento, especialmente se debe mantener un circuito para transitar diferente del de los textiles sucios que van a lavarse. Deben ser estantes o armarios que se encuentren al menos unos 15 a 30 centímetros del piso, aún cuando estos textiles se encuentren embolsados. Luego de esterilizados, los cuidados en su almacenamiento debe ser extremo, debe garantizar además la integridad de los envoltorios cuando estos sean de papel, en caso de utilizar envoltorios de tela se debe asegurar que el espacio de almacenaje este también libre de humedad.

EL MANEJO DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Como hemos mencionado anteriormente la infección como complicación en el tratamiento de los pacientes suele ser un riesgo potencial que se convierte en real, existiendo diferentes factores reconocibles como partícipes necesarios para que este suceso ocurra.

Dentro de un establecimiento hospitalario, existen áreas, sectores o servicios en donde el gradiente para este incidente es mayor, ya sea por el tipo de actividades que se desarrollan allí o por la condición que presenta el paciente allí asistido. Sin duda alguna además del centro quirúrgico obstétrico, los sectores de asistencia a pacientes en estado crítico tanto adulto como pediátrico, incluyendo los neonatos, los servicios de guardia médica o emergencias, son esos sectores que merecen una consideración particular al momento de pensar en un programa que permita evitar la aparición de la complicación o bien que protocolise la acción a seguir una vez realizado el diagnóstico de estar ante una infección.

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS PLANTA FÍSICA

Al igual que en el resto del establecimiento, el diseño arquitectónico del sector es fundamental al momento de considerar los aspectos relacionados con la limpieza e higiene ambiental.

En este sector la posibilidad de limpieza ambiental completa, que incluya pisos, techos y paredes es más difícil de programar y realizar, por lo tanto será de suma importancia establecer normas y técnicas de limpieza diarias que abarcan la mayor profundidad posible.

A diferencia de otros espacios dentro del establecimiento, una unidad para internación de pacientes en estadio crítico, supone una mayor carga de materiales y equipos, que permanecerán en uso por un tiempo prolongado, convirtiéndose de hecho en un posible caldo de cultivo de gérmenes y bacterias.

Independientemente que la unidad sea una sala abierta o esté cerrada en módulos de internación, las técnicas de limpieza cotidianas deben incluir los elementos y muebles tanto fijos como móviles.

Si bien las técnicas de limpieza serán las mismas que en el resto del establecimiento, la aplicación supondrá mayores dificultades, especialmente por la cantidad de equipos que puedan estar conectados a los pacientes y apoyados en el piso, sin demasiadas posibilidades de desconexión o con pocas posibilidades de movilización para dejar el espacio necesario para limpiar el suelo.

Los materiales utilizados en los procesos de limpieza podrán ser los mismos, previa confirmación que ninguno de ellos resulte alérgico para los pacientes que permanecerán en sus camas durante todo el tiempo que dure la maniobra de limpieza, por eso se recomienda consultar con los fabricantes las condiciones de los diferentes productos ofrecidos y dentro de las posibilidades mantener el uso de productos que reúnan estas condiciones y se haya demostrado su eficacia.

La **limpieza de pisos y paredes** incluye los elementos insertos en el suelo y/o los sujetos en las paredes, se pondrá especial atención a puertas, ventanas y sus manijas o dispositivos de apertura, en las paredes se considerarán los paneles de servicios o poliductos, incluidas sus válvulas de conexión.

La **limpieza de muebles** comenzará teniendo en cuenta la **cama** en la cual se encuentra el paciente, diariamente se deben mantener limpios todos los puntos de posible contacto por el paciente y el personal a los asiste, como por ejemplo las barandas, los cabezales, los parantes o soportes para sostener soluciones parenterales o diferentes dispositivos, los comandos para posiciones tanto manuales (manijas) como electrónicos. Los dispositivos que completen la unidad de internación como **mesa para comer, mesa para noche, mesada o cajones para guardar sus pertenencias**.

En todas las oportunidades en que la cama quede desocupada las técnicas de limpieza incluirán al colchón, a los planos de apoyo del mismo, y se moverán las articulaciones de estos planos para limpiarlos también. Con relación al **colchón** será de buena práctica que en forma periódica se le retire la cubierta impermeable y si es posible se proceda a lavarlos, en los casos en los que se sospeche filtraciones a través de su impermeable, se debería descartar y reemplazarlo por otro limpio mientras ese es lavado. Procedimiento similar es recomendable con las **almohadas**, el resto de las ropas para la cama serán lavados y reemplazados en forma diaria y toda vez que el paciente lo requiera.

Los **equipos de uso médico y vigilancia electrónica** deberán tener un tratamiento de limpieza diaria de todos sus componentes en contacto con el paciente y/o en riesgo de contaminación, en algunos casos será necesario establecer si la aplicación de los procesos de limpieza podrá realizarlos personal entrenado especialmente o se deberá establecer como parte de la actividad del personal de enfermería al cuidado del paciente.

Los **monitores de parámetros fisiológicos**, con el cuidado correspondiente a los aparatos que usan electricidad, serán limpiados en sus superficies, en sus rebordes y los elementos de conexión tanto al paciente como a la fuente de energía.

Los **respiradores** también deberán mantener limpias sus superficies en caso de poseerlas, sus tubuladuras y diferentes conexiones, y los pedestales o bases de apoyo.

Para estos equipos los cuidados especiales de limpieza se centra-

ran en los puntos de contactos del personal que los controla y los puntos de contacto con los pacientes para neutralizar los posibles depósitos de microbios y bacterias.

Todos los especialistas recomiendan que las tubuladuras, nebulizadores, válvulas y conexiones diversas se utilicen por primera vez con los pacientes en condición de esterilizados, y hay diferentes posturas en los casos de permanencia de la conexión del paciente al equipo respecto de cada cuantas horas de uso se debería reemplazar por otros elementos en similares condiciones.

Las consideraciones mencionadas precedentemente se harán extensivas a todos los equipos y/o elementos que permanezcan en el módulo de internación por el tiempo que el paciente los requiera, será de buena práctica que a medida que se dejen de utilizar se retiren del sector, se proceda a su limpieza, descontaminación y/o esterilización de sus partes constitutivas que lo permitan, descartándose todos los componentes con condición de descartables y remitirlos al depósito de equipos y materiales del sector hasta un próximo uso.

Los sectores de la unidad de cuidados críticos que merecen especial atención **para la limpieza ambiental** son aquellos en los cuales se depositan transitoriamente **la basura o residuos de riesgo ambiental, los espacios para el lavado de chatas, papagallos y eliminación de excretas de los pacientes.**

En todos los casos la **limpieza diaria** deberá incluir además de las **bachas de piletas, artefactos sanitarios del baño, los grifos y/o canillas.**

Se deberá instruir especialmente al personal de permanencia en el sector que no se deberán conectar a las canillas ningún tipo de tubuladura o manguera para su lavado, pues el riesgo de colonización bacteriana de las canillas, es muy alta.

Deberán prestarse especiales cuidados de limpieza a los sumideros y/o rejillas de desagote que existan en el sector.

Como forma de completar las **medidas preventivas** de la aparición **de infección**, en este tipo de unidades el **lavado de manos de todo el personal** que se desempeña allí, **es la estrategia por excelencia.**

La técnica de lavado de manos, sin llegar al tenor de lavado quirúrgico, deberá tener la eficacia necesaria para evitar que las manos se conviertan en el medio de transporte de microbios, bacterias y virus entre un paciente y otro, entre los pacientes y el personal, entre el personal y los pacientes.

El lavado de manos será antes de iniciar las actividades en la llegada al servicio, entre paciente y paciente asistido, antes y después de preparar medicación y/o equipos para realizar alguna práctica o cuidado especial. Es recomendable el lavado de manos aún cuando algunas de las actividades se realicen utilizando guantes. También se deberá recomendar al personal estable del sector cuidar de lavarse las manos al concluir la jornada de labor, antes de retirarse del sector.

Una de las dificultades relacionadas con esta medida es como se puede implementar y controlar el cumplimiento en todas aquellas

personas que ingresen ocasionalmente al servicio, por ejemplo interconsultores, proveedores, trabajadores de otros departamentos convocados al servicio.

Será de suma utilidad disponer de los medios y las comodidades para que los familiares que concurren a visitar a los internados puedan lavarse las manos al ingresar (algunos expertos comentan que esta instancia es de poco valor) y siempre al retirarse del sector.

Las recomendaciones precedentes son aplicables en todos los ámbitos hospitalarios, pero muy especialmente a las llamadas unidades coronarias, los servicios de recuperación de cirugía cardiovascular, los sectores de neurointensivismo, terapia intensiva.

Los ingresos de personas externas a estos servicios vistiendo cobertura en sus ropas personales, tipo camisolines o batas para cirugía, es una conducta que la mayoría de los profesionales considera como una medida de barrera para evitar la libre circulación por el sector, pero que como medida para la contención de posibles infecciones, solo será útil si se puede garantizar a cada ingresante el uso exclusivo y por una sola vez este tipo de vestimenta, es decir que al retirarse del servicio la ropa utilizada debe ser descartada.

En las unidades en las cuales se asisten pacientes a los que se han realizado trasplante de órganos y/o tejidos biológicos, las normas y recomendaciones mencionadas son de aplicación obligada y estricta, con los detalles agregados especiales para este tipo de sector, como por ejemplo que todos los elementos ingresantes, aún en muchos casos los alimentos para los pacientes, deben reunir las máximas condiciones de limpieza y descontaminación, no estando exentos algunos de ellos de haber sido esterilizados previamente, como puede ser la ropa común para cama y las vestimentas para el paciente.

En las unidades de cuidados neonatales e intensivos neonatales, las medidas de limpieza y control de la higiene ambiental, deberán adecuarse a las particularidades de este tipo de pacientes, en quienes algunos de los elementos habitualmente utilizados para realizar los procesos de limpieza pueden acarrear cuadros de intoxicación o alergias con mayor frecuencias.

En este sector es sumamente importante resaltar la necesidad de limpieza del hábitat del paciente, es decir las incubadoras, cunas para transporte y servocunas, en la cotidianeidad los equipos electrónicos de vigilancia de estos pacientes no difieren más que en el tamaño respecto de los utilizados con adultos, por lo tanto los cuidados de limpieza son similares.

En los sectores intensivos neonatales en general la temperatura ambiente se suele mantener algo más alta que en unidades críticas para adultos, razón por la cual la posibilidad de desarrollo microbiana y bacterial es muy alta, debiendo extremarse las medidas para desactivar los posibles caldos de cultivo.

En las unidades neonatales, uno de los sectores en los cuales deben considerarse los aspectos de la limpieza ambiental es el área destinada a la preparación de las fórmulas lácteas, si en el establecimiento no existiera un lactario centralizado.

Si bien no es una situación que debería mencionarse en un establecimiento sanitario, debe tenerse en cuenta que entre los factores externos a considerar como agravantes del riesgo de infección,

se debe considerar a la presencia de roedores, animales de mayor porte como gatos, perros, palomas, la dificultad para controlar la presencia de moscas, mosquitos, cucarachas, como el desafío de control más importante.

SERVICIOS DE GUARDIA O EMERGENCIAS

En estos sectores las normas precedentes son perfectamente aplicables, teniendo en cuenta algunos aspectos propios del sector como por ejemplo:

- La alta rotación de pacientes, que sin duda dificulta la posibilidad de establecer un programa para realizar alguna de las técnicas de limpieza ambiental en condiciones adecuadas al movimiento de personas.

- La imposibilidad de establecer controles y limitaciones para la circulación de personas y elementos, dando permanentemente la imagen de zona pisoteada.

- Las condiciones en las que puede llegar el paciente, incluidos elementos de la calle que al retirarse en el servicio aumentan la producción de basuras o residuos.

- La dificultad que las características antes mencionadas impidan mantener los niveles de limpieza ambiental y de elementos por mucho tiempo.

Con respecto a las conductas del personal, las recomendaciones vinculadas al cumplimiento estricto del lavado de manos se mantienen sin modificaciones en las consideraciones ya realizadas.

Se deberá hacer hincapié en normas, sistemáticas y protocolos que aseguren por parte del personal la identificación y reconocimiento de situaciones y/o cuadros de infección en los pacientes que llegan al sector, procediendo a documentarlos en los diferentes registros y a iniciar las acciones preventivas y de control del cuadro antes de trasladar el paciente hacia el sector del establecimiento correspondiente o bien antes de decidir su retiro a domicilio.

APÉNDICE

ALGUNOS TEXTOS SUGERIDOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS:

ANALGESIA EPIDURAL DURANTE EL PARTO (AEDP) CONSENTIMIENTO INFORMADO

› INFORMACIÓN GENERAL

La anestesia (ausencia de dolor) epidural es un procedimiento para el cual es preciso colocar un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral, a través del cual se administran fármacos, analgésicos y/o anestésicos locales.

La analgesia epidural anula o hace muy soportable el dolor producido por las contracciones uterinas sin efectos perjudiciales para el recién nacido. La madre se encuentra totalmente despierta pudiendo empujar cuando ha de hacerlo para facilitar el nacimiento de su hijo. La analgesia conseguida con esta técnica es segura, salvo complicaciones, tanto para la madre como para el niño. Puede además, disminuir la duración del parto.

Si las circunstancias del parto obligan a la realización de fórceps o cesárea, estos procedimientos se realizarían con la misma técnica (epidural) si fuese posible, aunque en algunos momentos puede ser preciso administrar fármacos que le hagan perder la consciencia.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

› EN QUÉ CONSISTE LA ANALGESIA EPIDURAL

La técnica es prácticamente indolora. La zona de la espalda utilizada para colocar el sistema de infusión de fármacos se duerme con anestesia local. A través de este sistema (catéter epidural) se suministran continuamente los anestésicos locales necesarios para anular o aliviar de forma importante el dolor. Este suele calmar a los 15 ó 20 minutos después de haber colocado el sistema y se prolongará más o menos 1 hora después del parto.

El médico anestesiólogo valorará la indicación de la técnica en colaboración con el ginecólogo y si está indicado la realizará, controlará sus efectos y tratará las complicaciones que pudiesen surgir.

La colaboración con el anestesiólogo es importante, ya que es un procedimiento delicado. Una vez colocada en la posición que le indiquen deberá intentar no hacer movimientos bruscos. La analgesia epidural no se debe poner hasta que se consiga un trabajo activo de parto: dilatación cervical de 3-4 cm. con contracciones uterinas regulares y fuertes. Del mismo modo, cuando la dilatación es casi completa (8-9 cm.) tampoco se indica, ya que la incidencia de complicaciones supera a los beneficios obtenidos y además, en este caso, su eficacia es muy baja.

› RIESGOS DE LA ANALGESIA EPIDURAL

- Dolores de cabeza persistentes después del parto. Su frecuencia es de aproximadamente 1/150 procedimientos de analgesia epidural durante el parto (AEDP). Es la complicación más frecuente y puede tratarse de manera adecuada.
- Hipotensión de la madre (disminución de la tensión arterial).
- La analgesia epidural durante el parto conlleva un aumento de partos instrumentales, no existiendo una frecuencia homogénea, siendo la causa más importante la falta de colaboración de la paciente en el momento del parto.
- Dificultad para orinar espontáneamente después de la AEDP.
- Fallos de la técnica (bloqueos incompletos, ausencia del bloqueo)
- Convulsiones: 1/9.000 procedimientos
- Raquianestesia total de la columna vertebral: su frecuencia es de 1/8.000 procedimientos
- Lumbalgia en la zona de punción: 1/8.000 procedimientos
- Complicaciones a nivel del sistema nervioso central: hematoma epidural o subdural, meningitis, etc.
- Son muy raras: 1/50.000 - 60.000 procedimientos.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

› RIESGOS PERSONALIZADOS:

› QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

› CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicada una ANALGESIA EPIDURAL.
Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista con el Dr. _____.

Fecha:

PACIENTE:

Firma:

DNI:

MÉDICO:

Firma:

N° Matricula:

El abajo firmante presta consentimiento para la realización del acto médico en _____ en razón de que el paciente no está en condiciones de hacerlo por si mismo porque padece de:

Firma del representante:

Aclaración:

DNI:

Parentesco:

Firma del Médico:

Aclaración:

N° Matricula:

› DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión, de las que también he sido informado comprensivamente.

Fecha:

PACIENTE:

Firma:

DNI:

MEDICO:

Firma:

DNI:

ANESTESIA GENERAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

› INFORMACIÓN GENERAL

La anestesia es el procedimiento médico que permite realizar una operación quirúrgica sin dolor. La anestesia puede realizarse durmiendo al paciente (anestesia general) o haciendo insensible la parte del cuerpo en la que se va a realizar la operación (anestesia local o regional). En algunas ocasiones después de practicar una anestesia local o regional se tiene que pasar a la anestesia general por resultar la primera insuficiente.

El médico anestesiólogo es el encargado de indicar el tipo de anestesia adecuada para cada caso dependiendo de la operación que se va a realizar y del estado del paciente. Además, cuida del estado general del paciente durante la operación y trata las complicaciones que pudieran surgir.

Todo acto anestésico conlleva siempre un riesgo menor asumible que justifica su uso generalizado pero también es evidente que es un procedimiento capaz de originar lesiones agudas, secuelas crónicas, complicaciones anestésicas graves e incluso la muerte; todas ellas en relación con el estado de salud previo; edad; tipo, complejidad y duración de la intervención quirúrgica, así como consecuencia de reacciones alérgicas u otros posibles factores imprevisibles. Cada tipo de anestesia tiene sus propios riesgos. Los riesgos no pueden suprimirse por completo.

También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

› RECOMENDACIONES ANTES DE LA ANESTESIA GENERAL

Debe guardar un ayuno absoluto desde 8 horas antes de la cirugía. El incumplimiento de esta norma supone la suspensión de la cirugía; Debe mantener cualquier medicación que esté tomando de manera habitual (por ejemplo sus pastillas para la hipertensión) salvo que su médico se lo indique expresamente. El día de la cirugía puede tomarlas con un sorbo de agua sin romper la norma anterior. Solamente bajo estricta prescripción médica, debe usted suspender, una semana antes de la operación, los medicamentos que afectan a la coagulación de la sangre (por ejemplo, Aspirina®, Adiro®, etc.)

Si usted es fumador debe intentar interrumpir su hábito cuanto más tiempo mejor previo a la cirugía.

› EN QUÉ CONSISTE LA ANESTESIA GENERAL

Para anestesiarle es preciso canalizar una vena por la que se le administrarán los sueros y medicamentos necesarios según su situación y el tipo de cirugía prevista. Debido al efecto de los fármacos estará dormido y relajado durante la cirugía.

Durante la anestesia es preciso colocarle un tubo, a través de la boca o de la nariz, que llega hasta la tráquea (conducto que comunica la garganta con los pulmones). Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración. Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán el control de su latido cardíaco. También se le colocará un aparato que medirá su tensión arterial y un dispositivo en el dedo (pulsioxímetro) para conocer la cantidad de oxígeno en su sangre.

› RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL

Excepcionalmente la introducción del tubo hasta la tráquea puede entrañar alguna dificultad y, a pesar de hacerlo con cuidado, dañar algún diente.

Durante la colocación del tubo pueda pasar al pulmón parte del contenido del estómago y ocasionar alteraciones respiratorias. Esta complicación es seria, pero muy poco frecuente.

La administración de sueros y los medicamentos que son imprescindibles durante la anestesia pueden producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden llegar a ser graves pero tienen carácter extraordinario. Los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia a los medicamentos anestésicos, por considerar que no es adecuado hacerlo en pacientes sin historia previa de reacciones adversas a los mismos. Además, estas pruebas no están libres de riesgos y, aún siendo su resultado negativo, los anestésicos probados pueden producir reacciones adversas durante el acto anestésico.

Otras posibles complicaciones son las siguientes: laringoespasma y/o broncoespasmo (debido a la manipulación de la vía aérea), ronquera en el postoperatorio, náuseas y vómitos, dolores musculares, flebitis en el lugar de venopunción.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

› RIESGOS PERSONALIZADOS:

› ¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

› CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña. _____, luego de haber leído y comprendido la información anterior, doy mi consentimiento para que me sea aplicada una ANESTESIA GENERAL.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista con el Dr.

Fecha:

PACIENTE:

Firma:

DNI:

MÉDICO:

Firma:

N° Matricula:

El abajo firmante presta consentimiento para la realización del acto médico en condiciones de hacerlo por si mismo porque padece de:

en razón de que el paciente no está en

Firma del representante:

Aclaración:

DNI:

Parentesco:

Firma del Médico:

Aclaración:

N° Matricula:

› DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión, de las que también he sido informado comprensivamente.

Fecha:

PACIENTE:

Firma:

DNI:

MÉDICO:

Firma:

N° Matricula:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA

- 1) Yo, _____ he sido informado por mi médico tratante el, Dr. _____ que luego de seguir un determinado proceso de análisis de mis dolencias, pudo alcanzar el diagnóstico de _____ informándome en consecuencia de que me debería realizar el siguiente procedimiento médico que se llama:
- 2) He comprendido, por haberme sido explicado, cómo es el procedimiento, y que el mismo consiste en: _____ a través del cual se intentará:
- 3) También me fue explicado y yo lo he entendido, que el procedimiento quirúrgico está asociado con algunos riesgos, o efectos indeseados tanto para mi médico tratante cuanto para mí, que generalmente consisten en:
- 4) También he comprendido, por haberme sido explicado, cuáles serían los riesgos que yo correría en caso de que no me fuera realizado el acto quirúrgico que se me ofrece para tratar de curarme, indicándome que los mismos podrían ser:
- 5) Inclusive, también se me explicó, y lo he entendido, que el procedimiento tiene posibles beneficios, pero no se me prometió ni garantizó poderlos obtener. He comprendido, por haberme sido explicado, que durante mi preparación para el acto quirúrgico, o durante el acto quirúrgico mismo alguna condición distinta en mi organismo, puede ser descubierta o revelada, y que entonces, a juicio del Dr. o de algún médico de su equipo o del Sanatorio _____ podrá ser necesario o aconsejable un cambio en el acto quirúrgico, que será diferente al explicado, de manera inmediata o para más adelante. En tal caso lo autorizo a que lo realice, o que lo suspenda, por haber entendido que dicho acto adicional o diferente debe ser realizado, y no pueda dejar de hacer lo que está haciendo para explicarme nuevamente, o explicárselo a la persona que yo hubiera designado para ello, pues ello podría ser demasiado riesgosos para mí.
- 6) Otras alternativas razonables para reemplazar este procedimiento, también me han sido explicadas, y las mismas consisten en: Las he comprendido por haberme sido explicadas, y han sido contestadas todas las preguntas que realicé a mi entera satisfacción.
- 7) En consecuencia, autorizo a mi médico tratante, el Dr. _____ para que realice este procedimiento, y he comprendido que para realizarlo, mi médico podrá ser asistido por otros profesionales y técnicos, e incluso podrá necesitar realizar interconsultas con algunos otros profesionales que él considere necesario.
Yo estoy de acuerdo con esa participación y consiento que mi médico sea asistido por otros profesionales, y que les permita ordenar o realizar todo o parte del procedimiento antes mencionado, ya sea acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento.
- 8) También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico para ser utilizado con propósitos educacionales o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no sea revelada en ninguno de estos medios o en los textos explicativos que los acompañen.
- 9) Asimismo autorizo y consiento tanto al Dr. _____ cuanto al Sanatorio _____ para que retengan, fotografíen, preserven y usen para propósitos científicos o educacionales, muestras de tejido tomadas de mi cuerpo en ocasión del acto quirúrgico, tratamiento o procedimiento diagnóstico.
- 10) Autorizo y consiento también la realización de transfusiones de sangre o la utilización de hemoderivados, durante el acto quirúrgico, si es que los profesionales médicos intervinientes lo juzgaran necesario.
- 11) Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizarán, la que he entendido completamente por las explicaciones que me dieron, y las preguntas que pude hacer y me fueron contestadas, habiendo entendido que se me ofreció ampliar toda la información que ya me fuera anticipada, y tomando conocimiento que me encuentro en total libertad de retirar este consentimiento cuando así lo desee, pero con anterioridad al acto quirúrgico, doy mi consentimiento para que me sea realizado, el procedimiento quirúrgico ofrecido. En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y para que pueda comentarlo con mis familiares y/o con otros especialistas médicos en caso de que así se me ocurra.

Ciudad de Buenos Aires, _____ de _____ de _____

Firma del paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del médico:

Aclaración:

Sello:

Los abajo firmantes prestan consentimiento para la realización del acto médico en
en condiciones de hacerlo por si mismo porque:

en razón de que el paciente no está

Firma del representante:

Aclaración:

DNI:

Parentesco:

Firma del Médico:

Aclaración:

Sello:

En caso de que el paciente sea menor de edad pero mayor de 16 años, también debe ser Informado y respetarse su decisión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DEL PARTO

Yo _____ DNI N° _____ autorizo al Dr/ Dra: _____ y a su equipo de médicos y auxiliares, a realizar el control y seguimiento de mi embarazo, explicándome que cuando llegue el momento del parto, lo más probable es que NO sea atendido por él/ella, sino que podría ser un Médico/ a y una Obstétrica de _____.

A la fecha, declaro tener cobertura asistencial a través de (Pre-Paga / O. Social) _____ contando con: Plan Abierto con reintegros - Cerrado, con/ sin cobertura de material descartable (tachar lo que no corresponda) o el siguiente: _____.

Me ha sido explicado y yo lo he entendido, cuál es el plan general de atención y seguimiento de mi embarazo, el cual me comprometo a cumplir estrictamente. Reconozco y acepto que dicho plan puede estar sujeto a modificaciones, conforme la evolución de mi embarazo. Se me ha dado la oportunidad, respecto de lo que se me explicó, de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas y explicadas, y yo las he entendido satisfactoriamente. Asimismo los siguientes aspectos me han sido puntualmente explicados:

Se me explicó que el control médico será mensual durante los primeros siete (07) meses del embarazo. Luego se realizarán controles quincenales, o aún semanales si fuera necesario y hasta el momento en que comience el trabajo de parto. Si yo no concurre al control mensual o al que se me indique me explicó que esto podría ser perjudicial tanto para mi salud cuanto para la del bebé, y que en consecuencia mi inasistencia será registrada en mi Ficha Clínica.

Se me indicará casi seguramente la realización de una rutina completa de laboratorio en el 1o trimestre y otra de control en el 7° mes, en la que se incluirán los análisis propios del riesgo quirúrgico.

Se me solicitará la realización algunas ecografías de control para evaluar el crecimiento fetal y la normalidad placentaria.

Si fuera necesario, me podrán ser realizados Monitoreos Fetales a partir de la semana del embarazo, y será el profesional interviniente quien decidirá la conveniencia de su realización.

Reconozco que he recibido información completa sobre medidas higiénico-dietéticas a seguir; particularmente en lo referente al control de mi peso y de mi tensión arterial (control de mi presión); así como la influencia en el embarazo y momento del parto de otros factores de riesgo como el uso y abuso de tabaco (cigarrillos), alcohol, drogas, actividades físicas, y _____.

Se me ha informado y yo lo he entendido, en qué forma deberé proceder cuando comience el trabajo de parto, y se me han proporcionado los teléfonos en los que podré solicitar la asistencia profesional, los cuales son: _____.

Se me ha comunicado, que de resultar posible y no mediar complicaciones, se permitirá el acceso de mi cónyuge/ pareja/ concubino, padre/ madre, Sr. _____, a la sala de partos y/o quirófano; si así fuera solicitado.

He sido informada y yo lo he entendido, que al iniciarse el trabajo de parto pueden presentarse alternativas que obliguen a los médicos de a la realización de distintos procedimientos (cesárea, fórceps, _____); y que no es posible predecir la forma o el método médico con el que se producirá el nacimiento, excepto en aquellos casos en los que exista indicación precisa de realizar una cesárea electiva.

También me fue explicado y yo lo he entendido que en el momento del parto el obstetra deba solicitar los servicios de un anestesta para la realización del parto. Asimismo, y para el supuesto que resulte realmente necesario, doy mi consentimiento para la administración de anestesia aplicada por un anestesta, bajo la dirección del Médico Obstetra de _____, y a que se usen dichas anestestas como él crea conveniente para mi confort y beneficio. Se me ha explicado que se utilizarán técnicas anestésicas que no pongan en peligro la vitalidad fetal y yo he entendido por haberme sido explicado cuáles son los riesgos, los beneficios y las alternativas que poseen los distintos tipos de anestesia, que son los siguientes _____.

De todos ellos yo he preferido la anestesia _____ y el Médico Obstetra me explicó y yo le entendí que llegado el momento necesario se verá si desde el punto de vista médico es factible aceptar mi preferencia.

Reconozco, por haberme sido explicado y yo haberlo entendido, que durante el curso del trabajo de parto, condiciones imprevistas pueden presentar situaciones extras o diferentes a las que me fueron explicadas durante esta entrevista, por lo tanto, autorizo y requiero que el Obstetra de _____ o quien él designe en ese momento, realice las intervenciones, procedimientos o estudios que se consideren necesarios y deseables a juicio profesional; incluyendo procedimientos tales como estudios anátomo patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. Asimismo, también autorizo a que el Obstetra de Guardia _____ de _____ o quien él designe en ese momento, realice mis curaciones y los controles necesarios en el periodo del puerperio y hasta que me sea otorgada el alta obstétrica.

Soy consciente que la práctica de la Medicina y de la Obstetricia no se corresponde con la de una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Obstetra me ha informado adecuadamente sobre los aspectos inherentes al seguimiento del embarazo y del trabajo de parto, y yo lo he entendido, no es posible garantizar ningún resultado con respecto al desarrollo y/o la vitalidad del bebé tanto antes cuanto después del nacimiento.

Me comprometo a cooperar con el Obstetra durante el periodo de seguimiento y control del embarazo y a cumplir la totalidad de las indicaciones y recomendaciones que se me realicen, hasta que se me otorgue el alta médica definitiva. Asimismo, me comprometo a informar al Obstetra sobre cualquier cambio en la evolución normal del embarazo de acuerdo con las explicaciones que el mismo me brindó

sobre el particular.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes médicos generales, ginecológicos, obstétricos y de inmunizaciones, prevención y/o profilaxis. Manifiesto asimismo por haber sido interrogada al respecto, ser alérgica a:

He escuchado atentamente toda esta información, que me fue brindada por el Dr./ Dra. y lo he entendido totalmente, en consecuencia, lo/ la autorizo a realizarme el seguimiento y control del embarazo, así como la atención del parto en la forma explicada, en el/ la .

UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ME ES ENTREGADA EN ESTE ACTO, PARA MI CONTROL Y PARA RECORDAR LOS QUE ME FUE EXPLICADO

Bs. As., de de 2

Firma de la paciente:

Aclaración:

DNI:

Firma del Médico:

Sello:

SI LA PACIENTE ES UNA MENOR COMPLETAR:

La paciente es una menor de años de edad y yo/ nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s de la paciente, y por la presente autorizo/ autorizamos el seguimiento del embarazo y la atención del nacimiento.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Parentesco:

La ley 26529, referida a los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, fue sancionada el 21-oct-2009 y Publicada en el Boletín Oficial del 20-nov-2009 Número: 31785 Página: 1 y Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

PARTICIÓN DE LA PRESTACIÓN PARA PACIENTES DE MÉDICOS QUE “VIENEN A TRABAJAR DE AFUERA”

CONTRATO DE ADMISIÓN A UN SANATORIO

propietaria del POR UNA parte en adelante se la denomina el Sanatorio, y el (la) Sr. (Sra) , por sus propios derechos como el Contratante/Paciente, o por los derechos de quién será el paciente, sea en su calidad de representante legal o sea interviniendo según los arts. 51 y sstes. del Código Civil Argentino, y a quien de aquí en adelante se lo llamará “el contratante”, celebran el presente Convenio, de conformidad con las siguientes cláusulas:

1. OBJETO DEL CONTRATO. El objeto del presente contrato es admitir al (a la) Sr. (Sra.) en adelante EL PACIENTE para prestarle los servicios sanatoriales que sean ordenados por el médico tratante Dr./Dra.: , o por la Empresa de Medicina Prepagada, Obra Social o Gerenciadora de ésta. Tales servicios son, alojamiento e internación, facilitación de instalaciones, uso de equipos para diagnóstico o equipos e instrumental de cirugía, servicio de enfermería, aseo, provisión y administración de medicamentos, kinesioterapia, alimentación, u otros similares propios de los servicios sanatoriales. Los servicios del Sanatorio son independientes y distintos de los servicios de los médicos propiamente dichos, que son aquellos servicios prestados al paciente por uno o más médicos con su correspondiente título habilitante, y dentro de su especialidad, con fines de diagnóstico o tratamiento, que pueden incluir prestación ambulatoria o de internación, preventivas o recuperatorias, invasivas o no invasivas, intermedios o finales, o cualquier otra clasificación o servicio que pueden ser prestados por el/los profesionales dentro o fuera de las instalaciones del Sanatorio. Los datos completos del Paciente constan en la Hoja de Admisión que forma parte integrante de este Contrato.
2. OBLIGACIÓN DE PAGO: El Contratante/Paciente se obliga a pagar antes del alta de internación, las facturas por los servicios prestados al Contratante/ Paciente, sobre la base de las tarifas y términos establecidos por el Sanatorio. Si el Contratante/ Paciente para cubrir sus gastos médicos fuera asociado a una empresa de medicina prepagada, o poseyera un seguro de salud, o se atendiera por cuenta de una Obra Social, y el Sanatorio tuviera un convenio de atención con cualquiera de ellas, el Contratante/Paciente asumirá los gastos no cubiertos por el Plan de Cobertura que posea. Si por cualquier razón la entidad pagadora no cancelare los valores respectivos, el Contratante/Paciente deberá cancelar directa e inmediatamente los valores adeudados a De ser requeridos los servicios de un abogado para el cobro de la obligación, el Contratante también deberá hacerse cargo y cancelar los costos de todas las gestiones judiciales o extrajudiciales, para el cobro, así como de los intereses moratorios y compensatorios máximos permitidos por la ley.

El Contratante declara conocer y acepta que los médicos que no tienen relación de dependencia con el Sanatorio, que presten sus servicios profesionales al Paciente, facturarán sus honorarios a quien corresponda y que los mismos serán considerados independientes a los Servicios facturados por el Sanatorio, ya sea en forma directa al paciente, o al Sanatorio, el cual en este caso incluirá en su factura al Contratante/Paciente, el valor correspondiente al honorario médico facturado. El Sanatorio podrá exigir pagos parciales, a su discreción durante la estadía del paciente.

3. **TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS:** Una vez que el médico o médicos tratantes dieren el alta de internación al Paciente, terminarán los Servicios del Sanatorio y el Contratante deberá restituir la habitación, pudiendo permanecer en ella sin cargo alguno hasta las 12 del mediodía del día del alta de internación. En caso de que el Paciente rehusare dejar la habitación, el Sanatorio no será responsable de cualquier complicación del Paciente, y no estará obligado a prestar ningún servicio de enfermería, alimentación o aseo desde el día del alta de internación. En caso de que esto sucediere, además se recargará al Contratante un 100% del valor de la habitación.
4. **RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:** Si el Contratante/Paciente hubiere suscripto el presente contrato con la capacidad prevista en los arts. 52 y 53 del Código Civil Argentino, y el Paciente no hubiera cancelado la respectiva cuenta pese a que se le brindaron los servicios, el Contratante también se hace responsable solidario de dicha obligación de pago y de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento genere al Sanatorio, a menos que, de conformidad con la ley, el Paciente hubiere aceptado o ratificado expresa o tácitamente el contrato. El contratante renuncia expresamente en tal caso al beneficio de excusión y al de división que pudiera corresponder.
5. **RESPONSABILIDAD:** El Sanatorio es conciente de que en el caso de que el/la/los/las médico/s y médica/s formaran parte de su cuerpo de profesionales en relación de dependencia, o fueran médicos de "staff, sobre el establecimiento pesaría una responsabilidad directa en relación con el Paciente, es decir, existiría para el Sanatorio una obligación tácita de seguridad. Pero no siendo este el caso, por las razones apuntadas en el artículo 2, situación que es aceptada y reconocida por el Paciente, queda establecido que existen obligaciones conjuntas del Sanatorio y de los médicos, y no obligaciones solidarias. El contratante renuncia a invocar a su favor cualquier eventual solidaridad o estipulación entre el Sanatorio y el/los médico/s en su beneficio. Por lo tanto, los servicios médicos prestados por el/los médico/s serán de estricta responsabilidad del/ los médico/s tratante/s y los servicios sanatoriales serán de estricta responsabilidad del Sanatorio, en la medida que el/los médico/s no se encuentren en relación de dependencia con el Sanatorio o pertenezcan a su staff.

Si el Paciente ingresare directamente y no tuviere un médico de su predilección, el Sanatorio podrá referirle al médico de turno/guardia en la especialidad requerida. En este caso, el Sanatorio tampoco asume responsabilidad alguna sobre las actuaciones del médico referido, pues se limita a realizar dicha referencia, como servicio adicional al Paciente, poniéndolo a su disposición, el cual está en libertad de aceptarlo o elegir otro profesional.

6. **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** Si el Paciente o sus familiares solicitan por escrito los servicios en forma exclusiva, de un miembro del personal de Enfermería, el Sanatorio proporcionará estos Servicios a través del Departamento de Enfermería a costa del Paciente o del Contratante, pero si la condición del Paciente justifica que disponga de vigilancia continua, y no fuere aceptada, se aplicará el "Protocolo de Caídas del Sanatorio" en el que se establece la obligación de los familiares de acompañarlo sin responsabilidad del Sanatorio.
7. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** El Paciente/Contratante o familiares del Paciente, entregan en este acto para ser agregado a la Historia Clínica que se abrirá a partir de la firma del presente, una copia del Consentimiento Informado que fue completado por el médico tratante y el Paciente/Contratante/Representante Legal y suscripto por ambos, relacionado con la información acerca de los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento propuesto antes del ingreso a este Sanatorio.
8. **REGLAMENTO DE VISITAS, CIRCULACIÓN RESTRICCIONES DE LAS ÁREAS:** El Paciente se compromete a respetar y hacer respetar a sus visitantes, los reglamentos y disposiciones respecto al flujo de público, horario de visita, prohibición de fumar y observancia de los letreros y demás normas que rigen para el funcionamiento del Sanatorio. El Sanatorio no es un lugar adecuado para niños o eventos festivos, por lo que se requiere se mantenga en silencio y se conserve actitud de respeto para los pacientes, bajo prevención de prohibir las visitas en caso contrario.
9. **INVENTARIO:** El paciente o el Contratante se comprometen a respetar y entregar debidamente cuidando el inventario, tanto de mobiliario como de ropa que se le entregue para su uso.-
10. **VALORES PERSONALES:** El paciente o el Contratante liberan al Sanatorio por la pérdida o daños que puedan sufrir las pertenencias que no le hayan sido expresamente dadas en custodia, para ser guardados en la Caja de Valores que posee el Sanatorio.
11. **DECLARACIÓN DE VOLUNTAD:** El Contratante o Paciente, una vez que han leído y comprendido el presente, y formuladas todas las preguntas que sintieron necesidad de hacer, y comprendidas todas las respuestas y aclaraciones, suscriben el presente en
a los días del mes de de 20

Firmas:

Ley 26.529

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 1º — Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;
- c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;
- d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;
- e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;
- f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
- g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

ARTICULO 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica. En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV DE LA HISTORIA CLÍNICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y

ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar: a) La fecha de inicio de su confección; b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar; c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes; e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere; f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas. Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes. La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

a) El paciente y su representante legal; b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla; c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal. A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de

sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Decreto N° 2316/03

Consentimiento Informado

Publicado en el Boletín Oficial de la Ciudad de Bs As N°1826, del 26/11/2003. Modifica el art.4° inciso h) del Reglamento de la Ley Básica de Salud, aprobado por Decreto número 208/01.

Buenos Aires, 20 de noviembre de 2003.

Visto la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153; B.O.C.B.A. N° 703, del 28/5/99), su Decreto reglamentario N° 208/2001 (Boletín Oficial N° 1149 del 9/3/2001), el Expediente N° 57.642, y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires garantiza el derecho a la salud integral a través de su artículo 20, y ordena la sanción de una Ley Básica de Salud (artículo 21);

Que dicho mandato fue cumplido con el dictado de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 153; B.O.C.B.A. N° 703, del 28/5/99);

Que oportunamente se procedió a reglamentar dicha Ley a través del Decreto N° 208/2001 (Boletín Oficial N° 1149 del 9/3/2001);

Que el artículo 4° inciso h de la Ley Básica de Salud establece que “son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención: ... h) Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos”;

Que la reglamentación de dicho inciso estableció referencias concretas a la edad de 18 años para brindar el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos (inciso 3°);

Que la misma reglamentación dispuso que “cuando el paciente sea menor de 18 años, o no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere” (inciso 5°);

Que las normas transcritas han generado dudas al momento de su aplicación por parte de los profesionales de la salud;

Que ello motivó distintos pedidos de modificación de las normas transcritas, entre los que pueden citarse las solicitudes canalizadas a través de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, en las que recomendaba la derogación del requisito de la edad en la reglamentación del artículo 4° de la Ley Básica de Salud;

Que la propia Defensoría del Pueblo impulsó, con acuerdo de este nivel, la decisión de realizar un Consenso de Expertos sobre la temática, fundado en la necesidad de preservar el acceso a la salud a los niños, niñas y adolescentes;

Que el 14 de julio del corriente año tuvo lugar el Consenso de Expertos: “Acceso a la salud integral de niños, niñas y adolescentes”, organizado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires;

Que entre las conclusiones arribadas se destacan la obligación de suministrar atención de la salud sin restricciones de acuerdo con el principio de interés superior del/la niño/a y adolescente, y la de difundir entre los/as profesionales del campo de la salud que la denegatoria de asistencia a niños/as o adolescentes puede encuadrar en la figura de abandono de persona;

Dentro de las propuestas de reformas normativas, se propuso reformar el artículo 4°, Inc. h, puntos 3 y 5 de la Reglamentación de la Ley Básica de Salud, suprimiendo el requisito de la edad para brindar el consentimiento informado;

Que tales recomendaciones resultan razonables y atendibles, por lo que se impone directamente suprimir toda referencia a la edad, la que por otra parte no se encontraba en el texto legal;

Por ello, en uso de las facultades legales que le son propias (artículo 102 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires);

EL JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES DECRETA:

Artículo 1° - Modifícase el artículo 4°, inciso h) del Reglamento de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, aprobado por el Decreto N° 208/2001 (Boletín Oficial N° 1149 del 9/3/2001), cuyo texto como Anexo y a todos los efectos forma parte del presente

Decreto.

Artículo 2° - El presente Decreto será refrendado por los señores Secretarios de Salud y Jefe de Gabinete.

Artículo 3° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, y para su conocimiento y demás efectos comuníquese a la Secretaría de Salud. Cumplido, archívese. **IBARRA - Stern – Fernández**

Reglamentación del artículo 4° de la Ley N° 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires

Artículo 4° -

Inc. h)

1. El profesional que solicite el consentimiento informado de su paciente para la realización de estudios y tratamientos, previo a ello deberá brindarle información respecto a los estudios o tratamientos específicos, riesgos significativos asociados y posibilidades previsibles de evolución. También se le deberá informar la existencia de otras opciones de atención o tratamientos significativos si las hubiere.
2. El paciente podrá solicitar durante el procedimiento seguido para manifestar su consentimiento informado, la presencia de personas de su elección.
3. Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personales (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos).
4. Una síntesis de la información brindada por el profesional actuante deberá quedar registrada en la Historia Clínica o registros profesionales con fecha, firma del profesional, aclaración y número de Matrícula. En idéntica forma deberá registrarse la declaración de voluntad del paciente que acepta o rechaza el estudio o tratamiento propuesto, así como el alta voluntaria si correspondiere, con su firma y aclaración. Para el caso de rechazo informado, deberá explicarse al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir el tratamiento, las que se registrarán del mismo modo en la Historia Clínica o registros pertinentes.
5. Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento informado podrá ser otorgado por su cónyuge, cualquiera de sus padres, o representante legal, si lo hubiere. En ausencia de ellos, también podrá prestar el consentimiento informado su pariente más próximo, o allegado que, en presencia del profesional, se ocupe de su asistencia. El vínculo familiar o la representación legal en su caso, será acreditado por la correspondiente documentación. En los supuestos de urgencia, a falta de otra prueba, podrá prestarse declaración jurada al respecto. El manifestante, en este supuesto, quedará obligado a acompañar dentro de las 48 horas la documentación respectiva. Solo en caso de negativa injustificada a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del paciente, por parte de las personas mencionadas, se requerirá autorización judicial.
6. En ningún caso el profesional deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado.
7. Se podrá prescindir del procedimiento para obtener el consentimiento informado del paciente cuando: i) a criterio del profesional actuante existan riesgos para la Salud Pública; e ii) cuando el paciente no pueda expresar su consentimiento y la gravedad del caso no admita dilaciones, salvo que existan indicios que permitan presumir la negativa del paciente a aceptar los estudios o tratamientos propuestos.

Capítulo II De los médicos

Artículo 19

Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a:

Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz; No llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial;

Capítulo III

De la dirección técnica

Artículo 40

Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico u odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones Vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección y sus obligaciones serán reglamentadas. La responsabilidad del director no excluye la responsabilidad personal de los profesionales o colaboradores ni de las personas físicas o ideales propietarias del establecimiento.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL QUIROFANO

A modo de contribución para implementar acciones que permitan evitar eventos adversos en el Área Quirúrgica; brindamos la siguiente lista de chequeo, tomada de un grupo de profesionales que trabajan en la seguridad de los pacientes, para ser considerada. La lista esta realizada a partir de la propuesta original de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es sugerida a modo de ejemplo, siendo recomendable que cada establecimiento sanitario le realice las modificaciones necesarias para adaptarla a sus necesidades.

1.- Seguridad del paciente.-

Estos comentarios están dedicados a aquellos criterios y orientaciones referidos a la seguridad del paciente durante su asistencia en el quirófano.

La OMS ha desarrollado un Manual para la implantación del listado de comprobación de la seguridad en cirugía (Surgical Safety Checklist).

El listado de comprobación divide la intervención en tres fases, cada una correspondiente a un momento específico del proceso normal. El momento de inducción de la anestesia (Sign In); el momento después de la inducción y antes de la incisión (Time Out), y el momento del cierre de la herida quirúrgica (Sign Out).

En cada fase, el coordinador de la lista de comprobación (generalmente una enfermera de quirófano, aunque puede ser cualquier enfermera) debe confirmar que el equipo ha completado sus actividades antes de que el proceso progrese.

Cuando los equipos estén familiarizados con el listado de comprobación, pueden integrarlo dentro de sus patrones de trabajo y verbalizar el cumplimiento de cada paso sin la intervención explícita del coordinador de la lista de comprobación.

Cada equipo debe tratar de incorporar el uso del listado de comprobación en su trabajo con la máxima eficiencia y la mínima interrupción, completando los pasos de forma efectiva.

Uno de los objetivos del presente documento de estándares y recomendaciones quirófano, es resaltar la importancia de realizar el trabajo diario con método, para evitar una forma de trabajo que se convierta en una rutina.

El trabajar con procesos definidos y con evaluación continua del cumplimiento de los mismos, es una garantía de seguridad. Este registro continuo, de forma ordenada y secuencial asegura poder disponer de la trazabilidad de los procesos, permite identificar las incidencias y así mismo disponer de una capacidad de mejora continua de la calidad de la prestación.

2.- Comunicación eficaz en el quirófano

Una comunicación eficaz en toda la organización del quirófano es un elemento relevante para garantizar la seguridad. La cultura organizativa debe hacer énfasis en el trabajo en equipo sustituyendo la relación jerárquica por la del liderazgo. Para facilitar el trabajo en equipo, las organizaciones pueden realizar una serie de acciones:

- Utilizar herramientas de comunicación estructuradas .
- Promover la retroalimentación, mediante recogida de información de múltiples fuentes, incluyendo encuestas a pacientes, familiares y profesionales, grupos focales, observación directa y quejas de pacientes y personal.
- Proveer formación de equipo, resaltando el valor del trabajo en equipo para la asistencia, formando al personal en cómo trabajar en equipo, así como atendiendo a aspectos como el lenguaje corporal, la resolución de conflictos y cómo comunicar eficazmente y con respeto.
- Confrontar el comportamiento irritante (aquel que altera el funcionamiento tranquilo del equipo en quirófano), promoviendo la resolución de conflictos, e implementando políticas de “tolerancia cero” a este tipo de comportamientos.

3.- Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente

Las posibilidades de cometer errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente, son mayores cuando la comunicación entre los miembros del equipo es inadecuada o ineficiente, cuando el paciente no participa en la señalización del área, y por la falta de procedimientos de verificación del lugar. Algunos factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Inadecuada evaluación del paciente.
- Inadecuada revisión de la historia clínica.
- Exclusión de algunos de los miembros del equipo quirúrgico del proceso de verificación.
- Una cultura que no facilite la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico y favorece la idea de que el facultativo siempre tiene la razón y no es cuestionado.
- Problemas relacionados con escritura ilegible.
- Utilización de abreviaturas relacionadas con el tipo de cirugía, lugar o lateralidad.
- Más de un cirujano involucrado en el caso, tanto porque se practiquen múltiples procedimientos como porque el caso sea transferido a otro cirujano.
- Presión por el tiempo (duración de la sesión; cirugía de emergencia).
- Características no habituales en el paciente, tales como grandes deformidades u obesidad.
- Alteración del orden quirúrgico establecido
- Comienzo del procedimiento anestésico antes de la verificación por parte del cirujano de paciente y cirugía planificada.

Para ayudar a los hospitales a reducir las equivocaciones de paciente, área o procedimientos equivocados, la Joint Commission ha creado un protocolo universal, que está integrado por los siguientes componentes:

1. Realizar un proceso de verificación preoperatorio.
2. Marcar el área de incisión / intervención para identificarla de forma inequívoca.
3. Realizar un proceso de verificación inmediatamente antes de comenzar el procedimiento.

La National Patient Safety Agency (NPSA) y el Royal College of Surgeons of England recomiendan el marcado preoperatorio para indicar claramente el área quirúrgica para procedimientos quirúrgicos programados.

Las recomendaciones para prevenir los errores de localización, procedimiento o persona son las siguientes:

1. En los centros sanitarios existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes.
2. El enfermo desde que es ingresado en el hospital debe tener una identificación (pulsera).
3. Es importante que exista un protocolo de trazabilidad del paciente:
 1. Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de los pacientes antes de cualquier procedimiento diagnóstico y, obviamente, antes de realizar cualquier procedimiento de riesgo o administrar medicamentos y hemoderivados.
 2. Los centros en donde se realicen intervenciones quirúrgicas dispondrán de un protocolo para la prevención de errores en la identificación del paciente, del procedimiento y del área de intervención.

4.- Prevención de la infección nosocomial

Las recomendaciones en relación con este aspecto de seguridad del paciente son las siguientes:

1. Los centros sanitarios donde exista BQ dispondrán de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

2. A tales efectos, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a la higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición de sangre, situaciones y tipos de precauciones en enfermos, y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos.
3. Los centros sanitarios deberán acreditar la disponibilidad de medios suficientes para el cumplimiento efectivo de esta obligación. La infección de localización quirúrgica representa el 14% de las infecciones nosocomiales. Recientemente NICE ha publicado una Guía para la prevención de la infección de localización quirúrgica, cuyas recomendaciones se resumen en el anexo 5. A continuación se exponen algunos elementos relacionados con este aspecto de la seguridad del paciente, relativos a higiene del equipo quirúrgico -con especial énfasis en el lavado de manos-, aspectos medioambientales -con una referencia a la climatización-, eliminación del vello en el área quirúrgica, y profilaxis antibiótica.

5.- Higiene del equipo quirúrgico

Las normas básicas para mantener la asepsia quirúrgica, recomendadas por la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) son un conjunto de medidas que hay que aplicar en el quirófano.

Constituye la primera estrategia para un control satisfactorio de las infecciones, al implantar unos principios higiénicos básicos para evitar la transmisión de microorganismos.

Vestir correctamente bata, gorro, mascarilla y calzas. Es aconsejable que los pijamas de quirófano sean de distinto color que los del resto del hospital. La misma praxis se debería seguir con el calzado de quirófano (zuecos); se aconseja que la limpieza de estos últimos sea responsabilidad del hospital. El equipo quirúrgico no debe utilizar calzas para proteger el calzado de calle.

Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o su entorno.

Lavado de manos quirúrgico del equipo, cirujanos y enfermera quirúrgica.

No deben utilizarse uñas ni pintadas ni postizas.

Todos los materiales que se utilicen en el campo quirúrgico tienen que ser estériles, el contacto con objetos no esterilizados en cualquier momento lo contamina.

Las batas del equipo quirúrgico, las sábanas y la cobertura de las mesas quirúrgicas tienen que ser estériles.

Los elementos utilizados en un campo estéril deben manipularse mediante métodos que conserven su esterilidad y la integridad del campo estéril. Este tiene que preservarse del contacto con objetos no esterilizados, el empaquetado y las cajas de material estéril hacen posible la circulación de un campo a otro sin romper este principio.

El movimiento alrededor del campo estéril no debe contaminarlo.

Durante la intervención no deben producirse cambios de mobiliario o de equipamiento hasta la colocación del apósito sobre la herida.

No hay que retirar las partículas alojadas en las superficies ya que pueden caer en el campo estéril.

Todo campo estéril debe vigilarse y preservarse constantemente, los elementos de esterilidad dudosa deben considerarse no estériles.

Las políticas para este ámbito contemplan desde elementos como la salud del personal de quirófano, ya que las lesiones o enfermedades que sufren los miembros del equipo ponen a los pacientes en peligro, y la gestión de residuos, pasando por la limpieza-desinfección del espacio y de las superficies, métodos de esterilización, conservación y almacenaje, sin olvidar el tipo de ropa a utilizar textil o desechable.

Todo el personal del quirófano tiene la responsabilidad de recurrir a principios asépticos estrictos para minimizar el riesgo y cumplir los protocolos establecidos. Pero es competencia de la enfermería quirúrgica el control, la evaluación y el registro del material estéril, así como de la limpieza y desinfección del quirófano. Nunca debe esterilizarse ni y/o re-esterilizarse material de un solo uso.

6.- Lavado de manos quirúrgico

Evidencia reciente demuestra que el lavado sin cepillado puede ser tan o más eficaz que el lavado con cepillado tradicional. Esto es importante, pues la falta de integridad de la piel puede incrementar las posibilidades de colonización bacteriana que pueda conducir a una

infección. Los siguientes pasos delinean el proceso de lavado sin cepillado:

1. Utilizar un palillo de uñas para limpiar la uñas. Después de desechar el palillo lavarse las manos y brazos con agua.
2. Dispensar el producto antiséptico que no precisa cepillado en ambas manos, utilizando una bomba de pie o con el codo.
3. Frotar ambas manos juntas, después hacia los brazos, más arriba de los codos. Frotar manos y brazos durante 90 segundos.
4. Enjuagar manos y brazos completamente.
5. Repetir los pasos 2 a 4 una segunda vez.
6. Secar las manos utilizando una técnica aséptica.

El Ministerio de Sanidad y Política Social de España ha elaborado una publicación en la que se resumen las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria. El anexo 6 muestra los pasos para la higiene de manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica.

7.- Factores ambientales

En relación con los factores ambientales, los elementos más relevantes son:

Calidad del aire y ventilación.
Limpieza del quirófano.
Limpieza del equipamiento.
Limpieza de la ropa.

Tres aspectos del sistema de aire están estrechamente relacionados con el control de la infección:

Relaciones de presión. La presurización del área de BQ debe garantizar que el movimiento del aire se dirige desde los espacios más limpios a los menos limpios. Por ejemplo, la presión positiva en el quirófano puede asegurar aire limpio en todo momento.

Tasas de recambio. El recuento de bacterias es directamente proporcional al volumen de aire suministrado.

Eficiencia de filtración.

Se debe evitar la hipotermia de los pacientes durante la cirugía. Se ha demostrado que la hipotermia incrementa el riesgo de infecciones 61, el riesgo de eventos de isquemia miocárdica y las pérdidas sanguíneas y necesidades transfusionales. Un criterio de control de calidad de la anestesia/cirugía frecuentemente utilizado es el mantenimiento de la normotermia.

8.- Eliminación de vello

Varios estudios han demostrado que la tasa de infección es inferior en pacientes que no han sido rasurados. Cuando una organización elabora una política sobre la eliminación del vello, debe considerar este procedimiento sólo cuando es necesario. No deben utilizarse cuchillas de afeitar, que deberían eliminarse en todo centro sanitario. Las organizaciones deben educar a su personal sobre la importancia de cortar el vello en lugar de rasurar y dar entrenamiento para utilizar adecuadamente las maquinillas eléctricas.

9.- Profilaxis antibiótica y de la endocarditis bacteriana

Los CDC han publicado unas directrices para prevenir la infección nosocomial. La eficacia del uso de antibióticos recae en tres factores críticos:

1. La adecuada selección del antibiótico. Los protocolos quirúrgicos deben contemplar, en colaboración con asesoramiento de microbiología y, en su caso, el servicio o unidad de Medicina Preventiva este aspecto, así como el antibiótico de elección y el tratamiento alternativo adecuado para cada procedimiento quirúrgico en caso de alergia.
2. El momento adecuado para la primera dosis. Idealmente la primera dosis debe suministrarse antes de la incisión quirúrgica, pero no más de 30-60 minutos antes.
3. El momento adecuado para suspender la profilaxis, que deberá estar también contemplado en el protocolo.

Se ha publicado la eficacia de la dosis única (monodosis) de antibiótico para la profilaxis quirúrgica de la infección de la herida quirúrgica (generalmente cefalosporinas) para cirugías biliares, gástricas y transuretrales, cesáreas e histerectomías. La Guía SIGN, publicada recientemente, recomienda asimismo una dosis única.

En relación con la profilaxis de la endocarditis bacteriana, NICE ha publicado una guía que recomienda llevarla a cabo en pacientes con valvulopatías o prótesis valvular, con cardiopatía estructural congénita (excluyendo la comunicación ínter auricular; la comunicación inter-ventricular quirúrgicamente reparada; y el ductus arterioso corregido), con antecedentes de endocarditis infecciosa, o con cardiomiopatía hipertrófica.

Alertas epidemiológicas

En los centros sanitarios en donde existan BQ habrá un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con las autoridades sanitarias competentes, de acuerdo con la normativa vigente. Se considera “alerta epidemiológica” aquellos fenómenos de potencial riesgo para la salud de la población y/o de trascendencia social frente a las que es necesario el desarrollo de actuaciones de salud pública urgentes y eficaces. Entre las alertas se encuentran:

La aparición súbita de riesgos que requieran intervención inmediata desde la perspectiva de la salud pública.

La aparición de brotes epidémicos, con independencia de su naturaleza y causa, como -por ejemplo- brotes de legionella o brotes de infección nosocomial en unidades de cuidados críticos.

La detección de un caso de enfermedad de declaración obligatoria urgente.

10.- Prevención del tromboembolismo venoso profundo y gestión de la anticoagulación / antiagregación

NICE ha publicado recientemente (2007) una guía que recomienda, para aquellos pacientes con factores de riesgo, medidas de prevención mecánica combinada con heparina de bajo peso molecular.

Se debe disponer de un protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos antiagregantes y anticoagulantes 67, siendo uno de los problemas que más incidentes causa y que es causa frecuente de cancelaciones de la cirugía.

11.-Gestión de fármacos y fluidos. Prevención de errores de medicación

La Joint Commission ha elaborado los siguientes estándares para prevenir errores de medicación:

Etiquetar todos los medicamentos, contenedores de medicamentos y otras soluciones, dentro y fuera del campo estéril.

Utilizar al menos dos métodos de identificación del paciente (ninguno de ellos el número de habitación) cuando se administran medicamentos o hemoderivados, se toman muestras para pruebas de laboratorio, o se provee cualquier otro tratamiento o procedimiento.

Estandarizar para todo el centro los conjuntos mínimos de datos, terminología, definiciones, clasificaciones, vocabulario y nomenclatura, incluyendo abreviaturas, acrónimos y símbolos.

Asegurar que los medicamentos son almacenados de forma adecuada y segura.

Identificar y, anualmente como mínimo, revisar la lista de medicamentos cuyo nombre o apariencia pueden confundirse y desarrollar acciones para prevenir la confusión en el uso de los mismos (es aconsejable para estos casos utilizar formas distintas en el envasado; si esto no es posible, separarlos significativamente en la ubicación).

Limitar las órdenes verbales o telefónicas, pero si no es posible se debe verificar la orden completa o el resultado de la prueba haciendo que la persona que recibe la orden o el resultado lo lea de forma completa.

El centro debe tener una política activa frente a los efectos adversos, constatados o potenciales, de medicamentos, participando en los programas de farmacovigilancia establecidas por el ente regulador.

Comunicar la lista completa de la medicación que recibe el paciente al siguiente proveedor del servicio cuando el paciente es referido o transferido a otro centro, servicio, médico o nivel de asistencia, dentro o fuera de la organización.

Casi todas las recomendaciones para la gestión de fármacos son aplicables a la gestión de fluidos. Se debe evitar el almacenamiento de

soluciones de potasio y de soluciones hiper o hipotónicas en el BQ.

Estas soluciones deben estar centralizadas en el Servicio o unidad de Farmacia y solicitarse únicamente para su utilización individual.

Las recomendaciones en relación con este aspecto de seguridad del paciente son las siguientes:

1. En los centros existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, con atención específica a los de alto riesgo en su manipulación y administración, y al control de su caducidad.
2. Los centros sanitarios en donde existan BQ deberán atenerse a las obligaciones específicas impuestas por la legislación del medicamento.
3. Existirán normas para la custodia de los tóxicos en el BQ.

Gestión de hemoderivados

Las recomendaciones en relación con este aspecto de seguridad del paciente son las siguientes:

1. La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del servicio de transfusión del centro, que debe estar acreditado para ello.
2. Asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y a la transfusión de sangre y hemoderivados.
3. Asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y las distintas unidades asistenciales.

Prevención del riesgo anestésico e intraoperatorio

Anestesia en edades extremas

Debe estar protocolizada la atención a los pacientes en las edades extremas, ya que las características especiales de los niños y los ancianos hacen que la atención a esta población deba guiarse por criterios específicos para evitar complicaciones a las que son especialmente sensibles.

Prevención del despertar intraoperatorio

Se estima que entre un 0,1% y un 0,2% de los pacientes que son anestesiados mediante anestesia general tienen alguna forma de despertar intraoperatorio (mantener cierto estado de alerta; oír, sentir dolor, etc.). En cirugía cardíaca, cirugía obstétrica y cirugía de traumatismos severos es más frecuente porque el nivel de hipnosis que se alcanza es con frecuencia menor y puede no ser suficiente para prevenir el recuerdo. Asimismo en cirugías en las que se utilizan relajantes musculares, estos pueden enmascarar una insuficiente profundidad anestésica. También puede suceder durante algunos tramos de la cirugía, en momentos de gran estimulación del paciente, como la intubación o incisión, o durante fases de interrupción del suministro de anestésicos. Parecen existir, por otra parte, pacientes más predispuestos que otros, como pacientes jóvenes, mujeres y posiblemente aquellos con uso crónico de alcohol y drogas. Otras causas incluyen el mal uso de los equipos anestésicos, el excesivo uso de bloqueadores neuromusculares, una falta de vigilancia por parte del anestesiólogo, y el uso intencionado de dosis menores de fármacos anestésicos para facilitar una más rápida recuperación.

Los síntomas típicos de despertar intraoperatorio incluyen hipertensión arterial, taquicardia, cambios hemodinámicos o movimientos; aunque son signos de alerta o sospecha no necesariamente implican despertar o consciencia. Los bloqueadores neuromusculares, los betabloqueantes y los

antagonistas del calcio pueden enmascarar estos síntomas.

La ASA y la American Association of Nurse Anesthetists han elaborado algunas directrices para reducir la frecuencia del despertar intraoperatorio:

Considerar premedicación con fármacos amnésicos, tales como benzodiazepinas o escopolamina, particularmente cuando se prevé una anestesia ligera.

Administrar más que una dosis de sueño de agentes de inducción cuando es seguida de forma inmediata de intubación intratraqueal.

Evitar la parálisis muscular salvo que sea absolutamente necesario, y aún entonces evitar la parálisis total.

Para reducir este problema, los centros sanitarios deberán desarrollar una política basada en:

- Identificar a los pacientes en riesgo.
- Utilizar monitorización de relajación muscular.
- Utilizar oxicapnógrafo.
- Realizar entrevista postoperatoria estructurada en los casos de sospecha.
- Anotar en la historia clínica lo relativo a este suceso.
- Reaccionar adecuadamente a estos incidentes.
- Educar al personal sobre este problema.

Listado de comprobación de la seguridad en cirugía (OMS)

1. ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA:

EL PACIENTE HA CONFIRMADO:

- Identidad
- Localización
- Procedimiento
- Consentimiento informado
- Lugar marcado / no procede
- Verificar que los equipos y los anestésicos están completos y preparados
- Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento

¿EL PACIENTE TIENE?:

Alergia conocida	NO	SÍ
Dificultad en la vía aérea / Riesgo de aspiración	NO	SÍ
Equipo/Asistencia disponible		
Riesgo de pérdida > 500 ml de sangre (7 ml / kg en niños)	NO	SÍ
Acceso intravenoso y hemoderivados y/o suero terapia preparada	NO	SÍ

2. ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL:

- Confirmar que todos los miembros del equipo quirúrgico se han presentado por nombre y función a desempeñar
- El cirujano, el anestesista y la enfermera confirman verbalmente:
- Identidad
- Localización
- Procedimiento

3. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS:

- Revisiones del cirujano: ¿cuáles son los pasos críticos o inesperados,
- Duración de la operación, previsión de pérdida de sangre?
- Revisiones del equipo de anestesia: ¿presenta el paciente alguna condición que requiera especial atención?
- Revisiones del equipo de enfermería: ¿se ha confirmado la esterilidad del equipo y del instrumental (teniendo en cuenta los datos de los indicadores)? ¿hay problemas o incertidumbres con el material?
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
SÍ NO PROCEDE
- ¿Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales?
SÍ NO PROCEDE

4. ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO:

LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

- Nombre del procedimiento quirúrgico realizado
- Recuento de instrumental, gasas y agujas correcto (o no procede)
- Identificación correcta e inequívoca de las muestras / biopsias (incluyendo el nombre del paciente)
- ¿Hay algún mal funcionamiento del equipo o algún otro aspecto que reseñar?

EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS ASPECTOS CLAVE PARA LA RECUPERACIÓN Y MANEJO POSTERIOR DEL PACIENTE

Este no es un listado exhaustivo. Se recomiendan adiciones y modificaciones para ajustarlo a la práctica del SSL. Fuente: WHO. Surgical Safety Checklist (First Edition):
www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.html



COMPañIA DE SEGUROS



COMPANÍA DE SEGUROS



TPC | COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Av. Belgrano 634, Piso 9
1092AAT - Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54.11) 4876.5300
Fax (54.11) 4876.5320
info@webtpc.com

Centros de Atención para Clientes y Productores Asesores de Seguros

Sede Pilar

Office Park Plaza I Piso 2 I Of. 211
Panamericana Km 42,5 I Pilar
C.P 1667 I GBA
Tel. 02320.659989
info@tpcpilar.com

Sede Ciudad de Bs. As.

Av. Belgrano 628
1092AAT - Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54.11) 4876.5300
info@webtpc.com

www.webtpc.com