
DECÁLOGO

— PARA UN —

EJERCICIO MÉDICO
RESPONSABLE, ÉTICO Y SEGURO



Editorial
S.C.A.R.E.



Editorial
S.C.A.R.E.



Primera edición impresa, abril de 2016

© 2015, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E)

ISBN: 978-958-8873-36-7

Ilustración de carátula:

Rubén Ladino

Impreso por:

Panamericana Formas e Impresos
Bogotá, Colombia.

Decálogo para un ejercicio médico responsable, ético y seguro /

Gloria Jiménez Rodríguez y otros.
-- Bogotá : Sociedad

Colombiana de Anestesiología y reanimación, 2016.

208 páginas : ilustraciones ; 14 x 21 cm.

ISBN 978-958-8873-36-7

1. Servicios de salud 2. Pacientes - Medidas de seguridad 3. Práctica médica 4. Bioética I. Jiménez Rodríguez, Gloria, autora.

362.110986 cd 21 ed.

A1528225

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

Concepto y dirección general:

Luz María Gómez Buitrago, MD.

Edición científica:

Jaime Jaramillo Mejía, MD.

Gerente del Centro de Desarrollo Tecnológico:

Javier Eslava Schmalbach, MD., MSc, PhD.

Jefe de Asesoría Médica:

Gloria Jiménez Rodríguez, MD.

Jefe de Socialización del Conocimiento:

Diana Rojas Garzón

Ilustrador:

Rubén Ladino Becerra

Diseño e infografías:

Manuela Gómez Carmona

Diagramación:

Mónica Lizeth Bonilla Prada

Corrección de estilo:

Gustavo Patiño Díaz

Edición:

Lina Manrique Villanueva PhD. (C)

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión del copyright.

El concepto original de la obra y la supervisión científica estuvo a cargo de la doctora Luz María Gómez Buitrago, subdirectora científica de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Esta obra fue fruto de un trabajo colectivo. En ella han intervenido profesionales de la Medicina y profesionales del Derecho. El equipo de autores estuvo conformado por las siguientes personas:

Junta Directiva

José Ricardo Navarro Vargas
Presidente

Miembros de junta

Carlos León Ballesteros
Juan Manuel Benedetti Sarasti
Dilson Agustín Caicedo Suárez
Luis Antonio Delgado Melo
Mauricio Echeverri Díez
Germán G. Junca Luque
Marco A. Pompeyo Hernández
Olga Marina Restrepo Jaramillo

El proceso de producción de contenidos fue realizado teniendo en cuenta estándares científicos, como la revisión de pares doble ciego. La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) agradece a las siguientes personas por su trabajo como revisores:

Castellanos Reyes, Joan
Cañas Mejía, Óscar
Jiménez Rodríguez, Gloria
Ortiz Ángel, Jorge
Reyes Duque, Gustavo
García Torres, Cecilia

Autores

Capítulo 01

Médico: Gloria Jiménez Rodríguez
Abogado: Joan Castellanos Reyes

Capítulo 02

Médico: Marta Barreto Manrique
Abogado: Adriana Mendoza Mendoza

Capítulo 03

Médico: Fanny Bastidas Broner
Abogado: Mónica Ladino Perdomo

Capítulo 04

Médico: Constanza Quintero Buitrago
Abogado: César Luna Barajas

Capítulo 05

Médico: Jorge Acevedo Ríos
Abogado: Abelardo Benjumea Hincapie

Capítulo 06

Médico: Charles Bermúdez Patiño
Abogado: Olga Cubides Moreno

Capítulo 07

Médico: Óscar Cañas Mejía
Abogado: Carlos Núñez Escarria

Capítulo 08

Médico: Milena Cepeda Meza
Abogado: Luigi Cianci Flórez

Capítulo 09

Médico: Lisette Barreto Hauzeur
Abogado: Iván Cediel Carrillo

Capítulo 10

Médico: Gloria Jiménez Rodríguez
Abogado: Verónica Muñoz Bruce



TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	11
01. NUNCA DEJE DE ESTUDIAR	15
02. OLVÍDESE DEL RELOJ	29
03. DESARROLLE UNA BUENA RELACIÓN CON SU PACIENTE	47
04. CUMPLA CON EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
05. PERMANEZCA AL LADO DE SU PACIENTE	87
06. ADMITA SUS LIMITACIONES	105
07. PROCEDA CON PRUDENCIA	123
08. ACTÚE CON COHERENCIA	145
09. REGISTRE TODOS LOS SUCESOS EN LA HISTORIA CLÍNICA	161
10. INFORME LA OCURRENCIA DE TODOS LOS EVENTOS ADVERSOS	181
EPÍLOGO	197
LECTURAS RECOMENDADAS	207

*Esta obra es fruto de un trabajo colectivo.
Los nombres, lugares, profesionales y datos
relacionados con los casos que se presentan en
esta obra han sido modificados para proteger la
identidad de los protagonistas. Se reproducen con
fines exclusivamente académicos.*

PRESENTACIÓN

El *Decálogo para un ejercicio médico responsable, ético y seguro* es fruto de la creación colectiva de personas vinculadas con la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E). Luego de identificar y tipificar los comportamientos de los profesionales de la salud afiliados al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) que motivaron las solicitudes de atención por acciones legales en su contra, se diseñó un modelo de texto para comunicar las conductas preventivas. Funcionarios administrativos, asesores médicos especializados, asesores jurídicos, profesionales en comunicación, ilustradores, diseñadores y editores realizaron sus aportes a la obra siguiendo un plan de trabajo estructurado por los responsables del proyecto. El objetivo inicial fue construir un decálogo de buenas conductas, como símil de las diez oraciones del pacto divino escritas en las dos tablas de piedra que entregó Yahveh a Moisés en el monte Sinaí.

Desde su inicio, en 1993, el FEPASDE revisa periódicamente las situaciones que han llevado a demandas, denuncias, querellas o quejas contra los profesionales de la salud, las analiza y resume desde la perspectiva de la responsabilidad médica, y las comunica mediante campañas y recomendaciones enfocadas a la seguridad del paciente. Dado el importante número de procesos judiciales adelantados, se cuenta con una amplia experiencia, que permitió al grupo de autores y editores, hacer un ejercicio juicioso de síntesis para seleccionar los diez comportamientos mas frecuentes o mas

riesgosos y proponer las conductas adecuadas para un ejercicio profesional ético responsable y seguro. Luego, se llegó a un consenso sobre las diez oraciones que debían servir de punto de partida para el título de los capítulos y los temas que en ellos se tratarían.

Este cúmulo de información, sumado a la experiencia en educación médica continua y socialización del conocimiento de la S.C.A.R.E., permitió proponer una metodología que considerara los argumentos racionales y los impulsos emocionales presentados en los capítulos, como uno de los principales motivos para que el lector comience a cambiar ciertos comportamientos o refuerce actitudes más seguras en la práctica médica.

El autoaprendizaje por medio de la lectura de libros es el método de capacitación preferido; además, los libros que una persona mejor recuerda son aquellos que se parecen a los que leyó durante sus primeros años de vida y los que combinan de manera equilibrada las palabras y las imágenes; adicionalmente, la exposición de ejemplos y el análisis de situaciones de la vida cotidiana son las técnicas de presentación que más atraen a los lectores.

Con base en esta información, se determinaron los contenidos, las características de los textos y de las imágenes y las estrategias de comunicación. Cada uno de los capítulos que conforman este decálogo contiene un relato semejante al de las parábolas y fábulas morales que escuchamos durante la infancia (introducción al problema y su solución, historia que lo ejemplifica, análisis de la conducta de los personajes y moraleja). Los autores recibieron instrucciones precisas, que comprendían el prototipo del caso clínico y del proceso legal que serviría de ejemplo, los temas y las ideas principales que debían tratar en el análisis médico y jurídico, y las conclusiones que se debían resaltar en la enseñanza. Los ilustradores, editores y diagramadores utilizaron recursos informativos parecidos a los

que contenían los impresos que leímos durante la juventud: cómics, textos escolares y ediciones populares de bolsillo, entre otros.

Luego de planear los capítulos, se seleccionó a un grupo de profesionales con vínculos laborales y académicos con el FEPASDE, para participar como autores que conformaron parejas, compuestas por un profesional de las ciencias de la salud y un profesional de las ciencias jurídicas, a cada una de las diez parejas se les asignó un tema y se les pidió que lo desarrollaran. Los autores identificaron y recopilaron los artículos científicos, las normas jurídicas y las sentencias relevantes sobre el tema de la responsabilidad médico-legal de los profesionales de la salud que se les había asignado; además, agregaron la síntesis de la experiencia acumulada durante su vida laboral y durante la existencia del FEPASDE y perfeccionaron estos conocimientos con el análisis y la discusión conjunta de las ideas que deseaban comunicar. Otros profesionales, con formación académica y experiencia laboral similar a la de los autores, revisaron los contenidos y ejecutaron las labores de pares académicos y de supervisores.

Posteriormente, la jefe de socialización del conocimiento, convocó y coordinó a los editores, ilustradores, correctores, diagramadores que conformaron el equipo editorial de la obra. Los primeros borradores fueron revisados por Jaime Jaramillo, médico anesthesiólogo, editor científico de varias obras editadas por la S.C.A.R.E., quien en acuerdo con los autores ajustó los textos a una conformación uniforme, agregó las imágenes y las tablas que consideró pertinentes y orientó a los ilustradores que las elaboraron.

En conclusión, cada uno de los capítulos que conforma el *Decálogo para un ejercicio médico responsable, ético y seguro* es producto de un trabajo colaborativo institucional, que fue realizado de manera sistemá-

tica, organizada y profesional. El lector no debería considerar estos diez mandamientos como simples recomendaciones, que puede o no acatar sin mayores consecuencias; por el contrario, debería adoptarlos como norma moral, que no puede ser quebrantada si quiere ejercer la profesión con rectitud, honestidad y tranquilidad, porque son exhortaciones sabias, producto de profundas reflexiones (multidimensionales, complejas, maduras, atinadas y pertinentes), que sintetizan las conclusiones y los consejos de un amplio grupo de expertos.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E) les brinda a los lectores de este libro buena parte del enorme bagaje de experiencia y conocimiento que han acumulado los abogados y profesionales de la salud vinculados al Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE) durante los últimos 20 años, tiempo durante el cual han acompañado a los socios solidarios a enfrentar los procesos de responsabilidad médico-legal.

El interés principal de esta obra es señalar los comportamientos que han resultado más eficaces para reducir la siniestralidad y las demandas relacionadas con la atención de eventos de salud, con el ánimo de ayudar al lector a mantenerse alejado del paraje desastroso que implica un proceso jurídico, con sus trágicas consecuencias.

Los procesos legales para exigirles a los profesionales y a las instituciones de la salud el cumplimiento de sus responsabilidades producen muchas víctimas, entre las cuales el paciente es la primera, pero no la única. Los profesionales son la segunda víctima porque también sufren mucho, hasta el punto de que su existencia, su cotidianidad y su calidad de vida se ven amenazadas. Actualmente se identifica una tercera víctima: la institución prestadora del servicio de salud donde ocurrió el evento, pues con sus recursos debe asumir la atención complicada, indemnizar los daños (si le corresponde) y enfrentar el riesgo reputacional. Y dentro de la esfera

de la responsabilidad vale la pena mencionar a la sociedad y al Sistema de Seguridad Social Integral, así como a las empresas y los profesionales del sector salud, a las compañías de seguros y a los fondos mutuales, pues todos se ven obligados a invertir una cantidad importante de dinero en la prevención y atención de los procesos administrativos y jurídicos que generan las quejas y las demandas; tal vez pueden ser la cuarta víctima.

Sobre la primera y la tercera víctima existen muchos tratados científicos, pero es escasa la información disponible sobre las circunstancias médicas, jurídicas, económicas, sociológicas y psicológicas que se relacionan con errores médicos y con los efectos que estos generan en la segunda víctima. Se sabe que los profesionales involucrados en eventos que terminan con daños graves o con la muerte del paciente tienen una mayor incidencia de suicidios, episodios depresivos, ruptura de relaciones de pareja, pérdida de empleo y abandono del ejercicio de la profesión; también se ha informado que estos profesionales tienen periodos variables en los cuales presentan reducción de su productividad y de su eficiencia, se sienten inseguros o angustiados frente a los pacientes, su conducta profesional se torna excesivamente precavida o caótica y, como resultado de ese estado mental y emocional, dentro del año siguiente tienen un mayor riesgo de verse inmersos en una nueva situación de riesgo crítico para los pacientes.

Solo hasta ahora se están planteando medidas para reducir el riesgo de incurrir en estas conductas y para ayudar a los profesionales a enfrentar los conflictos emocionales, personales y laborales que se generan después de un evento adverso. Se ha propuesto que el profesional sea relevado de inmediato de su deber de continuar atendiendo al paciente y a los siguientes pacientes programados el día del evento; también, que el médico reciba apoyo emocional por parte de un equipo creado para manejar las crisis, que se ajusten sus agendas durante cierto periodo, con el fin de que

cuenta con el tiempo y el espacio necesarios para la reflexión y el proceso de duelo, y que se ajuste el tipo de labores que se le asignan mientras recupera la confianza.

Estas acciones se deben iniciar siempre, más allá del grado de culpabilidad, de la existencia de quejas o procesos judiciales o del sentido de las sentencias emitidas por las autoridades. Estas medidas se justifican porque la evidencia indica que los profesionales de la salud se juzgan a sí mismos con mayor dureza de lo que lo harían sus jefes, compañeros o funcionarios administrativos y judiciales. La explicación más aceptada para este fenómeno es que las personas que se dedican a procurar el bienestar y a aliviar el sufrimiento de sus semejantes tienen niveles muy altos de autoexigencia, compasión, sentido de justicia y responsabilidad social; en consecuencia, les cuesta mucho aceptar y perdonar que sus propias omisiones o acciones hayan generado daño, malestar o infelicidad a otro ser humano. Sin embargo, la mejor medida es prevenir que los profesionales se conviertan en la segunda víctima. Esta obra es una herramienta informativa dirigida a lograr este propósito.

Los autores desarrollamos los contenidos de este libro con el ánimo de generar un cambio de comportamiento en los lectores, que los ayude a reducir las quejas, las demandas y los procesos administrativos o disciplinarios. Estamos convencidos de que esto contribuye a que el trabajo en el sector salud vuelva a ser percibido como una actividad gratificante para el profesional y segura para el paciente.

Los directivos de la S.C.A.R.E, los asesores médicos y jurídicos del FE-PASDE y los colaboradores del Centro de Desarrollo Tecnológico invertimos una gran cantidad de esfuerzo y aplicamos una amplia variedad de recursos comunicativos para editar y publicar este libro porque queremos que resulte ameno y atractivo para los lectores. Esperamos haber acertado, y que ustedes lo disfruten.



01

NUNCA DEJE DE *ESTUDIAR*

*Nunca consideres el estudio como
una obligación, sino como una
oportunidad para penetrar en el bello
y maravilloso mundo del saber.*

Albert Einstein

Figura 1.1 Un profesional no debe dejar de estudiar



La manera más práctica de actualizarse es el estudio personal.

INTRODUCCIÓN

Una buena práctica médica exige, entre otras condiciones, que el profesional de la salud mantenga actualizados sus conocimientos, habilidades y destrezas. Para tal fin, además de la educación continua, la manera más práctica de actualizarse es la autoformación; es decir, promover la *heutagogía*, para lo cual el médico tiene que adquirir y desarrollar desde su formación inicial una serie de habilidades que le permitan utilizar de manera eficiente las fuentes de información clínica y biomédica, seleccionar la bibliografía relevante —de acuerdo con sus interrogantes en la práctica clínica y según la evidencia— y hacer una lectura crítica de la literatura científica.

Debido a la rapidez de los avances en ciencia y tecnología y a la extensión y profundidad de los conocimientos de la medicina, cada día es más difícil para el profesional retomar los aspectos básicos de la formación médica requeridos para un ejercicio eficiente y, además, mantenerse actualizado sobre los nuevos conocimientos. En otras palabras, por los adelantos médicos y por los desarrollos informáticos y de telecomunicaciones, estamos expuestos a la *infoxicación* o exceso de información. Por ejemplo, respecto a una sola enfermedad se encuentran amplios estudios que abarcan todos los niveles (molecular, celular, tisular, orgánico y por sistemas), en las distintas etapas de desarrollo del ser humano y sobre diferentes aspectos, como agentes etiológicos, factores de riesgo en diferentes áreas geográficas y contextos socioculturales y ambientales, fisiopatología y manifestaciones clínicas, actividades diagnósticas o terapéuticas y eficacia de las intervenciones. Como si ello fuera poco, siempre que sea posible, cada uno de estos temas debe ser analizado mediante la aplicación de las herramientas que aporta la medicina basada en la evidencia.

Una de las alternativas más eficientes para mejorar los resultados del autoaprendizaje es abordar el análisis de los estudios secundarios, que ya han seleccionado el conocimiento de mayor relevancia científica; ejemplos de estos estudios secundarios son los metaanálisis, las revisiones sistemáticas y las guías de manejo. En particular, las guías de manejo dan pautas para la actividad cotidiana y orientan al médico sobre el estudio de los temas en los que debe estar actualizado para mantener la calidad en su ejercicio profesional.

EJEMPLO

Una primigestante de 32 años asiste al servicio de urgencias de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de segundo nivel de complejidad porque tiene actividad uterina (AU). Es valorada por un médico general, quien al revisar los controles prenatales encuentra una ecografía tomada durante el tercer trimestre del embarazo que fue reportada como normal, con un peso fetal estimado de 3200 g. Durante el examen físico de ingreso, realizado al mediodía, se encuentra a la madre en sobrepeso, con altura uterina de 34 cm y AU de 3 contracciones en 10 min; al tacto vaginal, la dilatación (D) del cuello uterino es de 4 cm y el borramiento (B) es del 90 %. A la inspección, las membranas se encuentran íntegras; el feto está ubicado en posición cefálica, con estación (E) de -1, con frecuencia cardíaca (FCF) de 144 latidos por minuto (LPM) y los movimientos fetales (MF) están presentes (+). El médico general diagnostica embarazo a término y trabajo de parto en fase activa. Ordena hospitalización, realizar monitoría fetal y controlar el trabajo de parto.

A pesar de que el trabajo de parto no se desarrolla de manera normal, no se encuentra diligenciado el partograma ni el registro sobre la interpretación médica de la monitoría fetal tomada por la enfermera. Tres horas después del examen inicial, el médico general anota que la paciente está ansiosa y refiere mucho dolor, que la D es de 6 cm, el B es del 90 %, la E es 0, la AU y los MF están presentes y la FCF es de 138 LPM; realiza una amniotomía, observa la salida de líquido amniótico claro y ordena una dosis de tramadol. Noventa minutos después, la enfermera jefe registra que la paciente continua ansiosa y con AU irregular; solicita una valoración por obstetra, quien de manera verbal ordena lactato de Ringer 500 cm³ más 4 unidades de oxitocina a 30 ml/hora y analgesia peridural, la cual es administrada media hora después por un anesthesiólogo.

A las 7:00 p. m. el médico general consigna que las contracciones uterinas son irregulares, la D es de 10 cm, la E es +1, la FCF es de 160 LPM y que el líquido amniótico es verde claro; solicita una valoración por obstetra y ordena el traslado a la sala de partos. A las 8:00 p. m. el obstetra registra que la paciente está ansiosa, que no colabora con el pujo y que hay salida de líquido amniótico verde claro. A las 10:00 p. m. el obstetra atiende el expulsivo del parto y utiliza espátulas porque encuentra mala prensa abdominal; luego hace revisión del canal del parto y corrige el desgarro grado III.

El recién nacido es de sexo masculino, pesa 4200 g, mide 53 cm y tiene una puntuación de Apgar de 4 al minuto, por lo que es entregado al pediatra para reanimación. Al examen físico se encuentra una fractura de cráneo que no requirió cirugía, pero un mes después el neurólogo pediatra diagnostica encefalopatía hipóxico-isquémica.

La paciente y su esposo, actuando en nombre propio y en representación de su hijo, presentan una demanda civil contra la enfermera jefe, el médico general y los médicos especialistas en imágenes diagnósticas,

obstetricia y anestesiología. El argumento es que hubo un error de diagnóstico en la ecografía, lo cual llevó a optar inadecuadamente por un parto por vía vaginal y no por una cesárea, con la cual se hubiera evitado el sufrimiento fetal, el parto instrumentado y el desgarro vaginal. Además, hubo un inadecuado control del trabajo de parto y un mal manejo del mismo.

En consecuencia, se presume que estos eventos condicionaron que la madre y su hijo sufrieran daños irreversibles. Por lo tanto, exigen una indemnización por una suma aproximada de \$500.000.000. El proceso judicial culmina con la declaración de responsabilidad por parte del obstetra, el anestesiólogo y el médico general, a quienes se les condena a indemnizar a los demandantes; el radiólogo no se declara responsable, porque la prueba pericial establece que el error era justificado, dada la baja sensibilidad y especificidad de la ecografía como medio diagnóstico. La sentencia contra los médicos que atendieron el parto tiene como sustento técnico el dictamen pericial de un especialista, quien señaló fallas por desconocimiento de protocolos y guías de atención.

Figura 1.2 Resumen del ejemplo





ANÁLISIS

Dada su enorme trascendencia social, la salud materno-fetal tiene un lugar prioritario en las políticas de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que reducir la morbimortalidad materno-fetal es un objetivo prioritario para el nuevo milenio y recomendó que todos los países afiliados a esta organización adopten diversas estrategias para mejorar la calidad en todos los niveles de atención obstétrica; una de estas estrategias es desarrollar guías y protocolos de atención. En respuesta a dicha recomendación, el gobierno de Colombia incluyó dentro del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 la *Guía de práctica clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o puerperio*. Esta GPC es de obligatoria adopción en todas las IPS del territorio nacional.

Las GPC se desarrollan con el fin de mejorar la calidad de la atención y son un referente muy importante de la práctica médica. Además, las GPC o paquetes instruccionales parten de la iniciativa y de los recursos de organizaciones internacionales (OMS-OPS), entes gubernamentales (Ministerio y secretarías de salud), sociedades científicas y grupos de docentes universitarios. Son elaboradas por grupos de profesionales altamente calificados de diferentes disciplinas, quienes retoman conocimientos básicos y literatura actualizada, reconocida y avalada por la comunidad científica; estos conocimientos se suman a una amplia experiencia en el ejercicio profesional, para fijar pautas o estándares de atención. Por los motivos que se acaban de enumerar, las GPC se utilizan con mucha frecuencia para evaluar el cumplimiento de la *lex artis* en los procesos éticos y judiciales instaurados por

responsabilidad médica. En general, las autoridades perciben la falta de adherencia a las GPC como indicio de incumplimiento de la *lex artis*.

La responsabilidad profesional, en especial la responsabilidad sanitaria o de tipo médico, siempre está atada a que no se obre de acuerdo con la *lex artis ad hoc*. Es decir, que no se cumpla con una adecuada práctica médica en el caso que se analiza. El actuar del profesional de la salud debe concordar con el estado actual de la ciencia; además del conocimiento médico básico, también debe existir el conocimiento de las nuevas técnicas, el uso correcto de los equipos de diagnóstico y de los medicamentos y el cumplimiento de los protocolos y las GPC vigentes. En consecuencia, es necesario que los profesionales de la salud cuenten con capacitación constante, pues de lo contrario no podrían ser calificados como idóneos.

Por ser la obstetricia una de las especialidades médicas con mayor riesgo de procesos éticos y judiciales, conocer y actuar en concordancia con las GPC cobra particular importancia. Los médicos aducen que las GPC no se socializan y que la IPS no cuenta con los recursos para cumplir algunas de las actividades recomendadas; no obstante, tanto en los médicos generales como en los especialistas se ha observado la tendencia a desconocer la importancia de registros básicos, como la historia clínica y el partograma; además, se ha evidenciado que los médicos generales desconocen el manejo de los equipos y la interpretación de los resultados de la monitoria fetal electrónica. Algunos especialistas aducen que en ocasiones no siguen las GPC porque prefieren actuar según su criterio personal, lo cual debe ser mirado de manera juiciosa, para evitar procedimientos revaluados o contraindicados.

En el ejemplo citado, un especialista en ginecología y obstetricia analizó la historia clínica, confrontó la actuación de los profesionales con los protocolos de atención o con la *lex artis* y concluyó que no se siguieron las guías de atención ni los protocolos establecidos para un trabajo de parto,

lo cual demostró un total desconocimiento de los mismos. El perito opinó que los médicos tratantes no detectaron el riesgo fetal que mostraba la monitoría tomada al ingreso al servicio de urgencias, porque no fue revisada por ninguno de los médicos y porque tampoco solicitaron una nueva monitoría electrónica, ni durante el trabajo, ni durante el expulsivo. Los escasos y pobres registros en la historia clínica, en especial la ausencia de partograma, fueron considerados una muestra de la deficiente vigilancia del trabajo de parto y del bienestar fetal.

El perito también reprochó la aplicación de oxitocina sin indicación clara y opinó que este medicamento aumentó el riesgo de hipoxia fetal; en cuanto a la analgesia peridural, fue considerada una condición importante para que se presentara mala prensa abdominal, y se reprochó la ausencia de registro de consentimiento y la falta de valoración médica previa y posterior por parte del obstetra y del anestesiólogo.

Todas las fallas enunciadas fueron fáciles de demostrar en el proceso judicial, pues solo fue necesario comparar la conducta de los profesionales con las indicaciones descritas en los protocolos y en las GPC. El juez consideró inadecuado el actuar de los médicos y los declaró responsables de los daños, porque la atención obstétrica fue discordante con las GPC, que eran de obligatorio cumplimiento, lo cual expuso a mayores riesgos al binomio madre-hijo, y dio como resultado la materialización de unos daños propios del trabajo de parto vaginal que podrían haber sido evitados si se hubiera realizado una correcta valoración, un adecuado seguimiento y un tratamiento diferente, como era el parto mediante una operación cesárea.

SÍNTESIS

Durante el proceso judicial quedó plenamente demostrado que hubo un actuar culposo por parte de los profesionales de la salud, un daño que debe ser indemnizado y una relación causal que permite atribuir dicha responsabilidad (tabla 1.1). Dado que en este caso se estructuraron todos los elementos exigidos para hablar de la existencia de una responsabilidad médica, la consecuencia jurídica no podía ser diferente a declarar responsables a los profesionales de la salud y condenarlos a indemnizar los daños ocasionados. El problema para ellos no concluye con el pago del dinero, porque los mismos hechos también pueden llevar a investigaciones de tipo penal, ético y disciplinario, que implican otro tipo de sanciones.

Tabla 1.1 Elementos objetivos para establecer la responsabilidad médica en el caso citado como ejemplo.

Elemento	Hechos	Análisis
Actuar culposo de los profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> Desconocieron los protocolos y guías de atención de un parto. No se ajustaron a la <i>lex artis</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Incorrecto cuidado de la paciente y del feto. Se incurrió en los riesgos propios de un parto instrumentado.
Daños sufridos	<ul style="list-style-type: none"> Desgarro perineal de la madre. Fractura de cráneo y encefalopatía hipóxica del hijo. 	<ul style="list-style-type: none"> Tan evidentes que ni siquiera fueron objeto de discusión durante el proceso.

Incidencia patrimonial	<ul style="list-style-type: none">• Repercute en el desarrollo normal de la vida del niño y de sus padres.• Lleva a una indemnización o reparación en dinero.	<ul style="list-style-type: none">• Causa afectaciones morales.• Implica las erogaciones económicas hacia el futuro.
Nexo de causalidad	<ul style="list-style-type: none">• De haberse obrado acorde con un conocimiento actualizado, se habría optado por la práctica de una cesárea.	<ul style="list-style-type: none">• No se hubiera causado el desgarro a la madre.• El menor no hubiera sufrido la encefalopatía por hipoxia.

CONCLUSIONES

- Los profesionales de la salud deben mantenerse en constante formación, tanto en los aspectos básicos del área en la cual ejercen su profesión como en los avances de la ciencia, mediante la revisión periódica de la literatura científica y el conocimiento de las nuevas tecnologías.
- Los profesionales de la salud deben conocer y actualizarse en la reglamentación de la profesión médica.
- Los profesionales de la salud deben mantener la adherencia a los protocolos y a las GPC.



02

OLVÍDESE DEL RELOJ

El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

*Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981,
“Por la cual se dictan normas en materia de
ética médica”, artículo 10*

Figura 2.1 El tiempo no puede estar fijado de antemano



INTRODUCCIÓN

La crítica más frecuente de los pacientes hacia los profesionales de la salud es que estos los atienden con afán. Muchos de quienes deciden iniciar procesos judiciales y administrativos lo hacen convencidos de que fueron víctimas de un error que se habría podido evitar si el profesional hubiera dedicado el tiempo necesario para evaluar su condición de manera juiciosa. Algunos fundamentan sus quejas y demandas en la omisión de explicaciones que luego resultaron ser muy relevantes, pero no fueron mencionadas durante un contacto fugaz con el profesional. Otros los culpan por resultados insatisfactorios que atribuyen a una actuación apresurada durante el tratamiento. Todos ellos manifiestan haber sido defraudados porque el profesional les dedicó poco tiempo.

Aun cuando existe una tendencia mayoritaria por parte de las empresas administradoras de los planes de beneficios y de las instituciones afiliadas al sistema de salud dirigida a racionalizar los costos de la prestación de los servicios profesionales, asumiendo que las actividades diagnósticas y terapéuticas van a ser realizadas en tiempos predeterminados, esto no puede convertirse en un parámetro para definir cuánto tiempo le debe dedicar un profesional a cada paciente.

De hecho, centrar la defensa de un profesional, única y exclusivamente en la atribución de responsabilidad a otros por haber limitado el tiempo de la atención a un paciente sería una estrategia desacertada. Si se asume esta postura, el profesional estaría aceptando que de manera consciente actuó en contra de los principios que gobiernan su profesión, establecidos en el Código de Ética Médica, y que hacen parte de las normas de la *lex artis*.

También estaría aceptando que voluntariamente renunció a ejercer su autonomía profesional y que permitió que otro le impusiera el uso eficiente de los recursos y la rentabilidad económica como criterios prevalentes sobre la minimización de riesgos para el paciente.

Figura 2.2 Solo el profesional puede definir cuánto tiempo le debe dedicar a su paciente



EJEMPLO

A las 9:00 p. m. de un sábado, agentes de la Policía Nacional llevan a un adulto a un Hospital de IV nivel de atención. Informan que durante una riña callejera esta persona sufrió dos heridas con arma cortopunzante

en el miembro inferior derecho y traumas contundentes en el cráneo. Solo hasta las 09:30 p. m. el médico general de turno puede valorar al herido. Luego de hacer una evaluación rápida, registra en la historia que lo encuentra con aliento alcohólico, en estado de embriaguez, poco colaborador pero consciente y con signos vitales dentro de valores normales. Procede luego a enumerar las heridas que encuentra sin describirlas. Sutura heridas y dispone dejarlo en observación; formula un antibiótico y ordena líquidos endovenosos; llena el formato para solicitar una radiografía de tórax y ordena diligenciar la hoja neurológica. Este médico no vuelve a valorar al paciente porque el servicio está muy congestionado y el profesional tiene muchos pacientes a su cargo.

A las 7:00 a. m. del día siguiente, mientras el médico entrega su turno a quien lo reemplazará, el paciente fallece. Al revisar la historia, se encuentra una nota de enfermería de la 1:20 a. m. del domingo en la cual se escribe que el paciente refirió tener cefalea y se tornó somnoliento; sin embargo, esta información no fue trasladada al médico de turno y la enfermera continuó con el manejo inicialmente instaurado. La necropsia médico-legal informa que la muerte se produjo por un síndrome de hipertensión endocraneana, causado por un hematoma epidural, debido a una fractura del hueso temporal izquierdo.

Dado que el forense clasificó esta muerte como violenta, se inició un proceso penal. En desarrollo de esta actuación, la Fiscalía solicitó al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que analizara este caso, con el fin de establecer si la actividad médica se había ajustado a las condiciones clínicas del paciente. Luego de interconsultar a un especialista en neurocirugía, el perito concluye: “La valoración inicial fue inadecuada porque el interrogatorio fue insuficiente y el examen físico no fue completo; se ha debido ordenar una tomografía axial computarizada para despejar dudas sobre posibles lesiones; estaba indicado solicitar una interconsulta con el especialista en neurocirugía, quien se encontraba en servicio de

disponibilidad; el médico de turno no volvió a valorar al paciente luego de las 9:30 p. m., lo cual fue evidenciado por la ausencia de notas en la historia clínica y porque no se tomó ninguna acción ante la descompensación neurológica que estaba registrada en la hoja neurológica y en las notas de enfermería; de haberse practicado exámenes complementarios de manera oportuna, se habría obtenido el diagnóstico y se hubieran llevado a cabo las intervenciones médicas pertinentes, con las cuales se habría podido salvar la vida de esta persona”.

El profesional es llevado a un juicio penal, oral y público por el delito de homicidio culposo. La defensa del médico se concentra en demostrar que el paciente ingresó al servicio de urgencias con heridas de tal letalidad, que estas, por sí solas, y aún con un manejo médico diferente al mencionado, habrían causado su muerte. Incluso, la defensa reprochó el hecho de que la Fiscalía hubiera guiado la investigación por el hecho punible de homicidio en contra del médico y no en contra de las personas que le habían propinado heridas a esta persona. Los argumentos de la defensa son desatendidos por el juez de conocimiento, quien accede a la pretensión de la Fiscalía, coadyuvada por la familia del paciente, y decide condenar al médico; en su sentencia, considera que la evidencia científica presentada permite concluir que de haberse obtenido un diagnóstico oportuno, al paciente se le habría impuesto un manejo que permitiría mantenerlo con vida, por lo que descartó la tesis de la defensa, y concluyó que las omisiones del médico habían creado un riesgo de muerte para el paciente, y que, pese a las lesiones inicialmente causadas, el paciente era rescatable con una oportuna y adecuada atención médica.

La familia del paciente presenta una queja contra el médico general ante el Tribunal de Ética Médica, corporación que luego de evaluar el caso y de escuchar al médico en sus correspondientes descargos, concluye que el profesional infringió la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) en lo relacionado con el artículo 10, debido a que no le dedicó el tiempo necesario

al paciente, y con el artículo 15, porque lo expuso a riesgos injustificados, dado que no había obrado de conformidad con la condición clínica y patológica del paciente. En consecuencia, el Tribunal de Ética Médica decide imponer una sanción al médico, que en este caso fue la suspensión para ejercer la profesión.

Figura 2.3 Resumen del ejemplo



LA FISCALÍA INICIA UNA INVESTIGACIÓN POR MUERTE VIOLENTA



UN PERITO MÉDICO DECLARA



LA MUERTE DEL PACIENTE ERA EVITABLE SI SE HUBIERA DIAGNOSTICADO Y TRATADO A TIEMPO EL HEMATOMA EPIDURAL.

EL JUEZ QUE ATIENDE EL JUICIO PENAL CONDENA AL MÉDICO POR EL DELITO DE HOMICIDIO CULPOSO



EL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA CONCLUYE QUE SE VIOLARON LOS ARTÍCULOS 10 Y 15 DE LA LEY DE ÉTICA MÉDICA



EL MÉDICO ES SANCIONADO CON SUSPENSIÓN PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

ANÁLISIS

La atención que se realiza en los servicios de urgencias origina muchos procesos de responsabilidad. Entre las causas de este hecho, se encuentran: tipo de consulta que demandan dichos servicios, características de las entidades que prestan esta atención, enorme demanda de servicios y, sobre todo, brevedad del tiempo disponible para la atención.

En el caso del ejemplo, se agregó otro factor importante: el estado de embriaguez del paciente. En general, se acepta que una persona ebria debe ser considerada como un paciente intoxicado; en consecuencia, su evaluación y seguimiento requieren mayor atención, pues los cuadros clínicos suelen ser complejos, debido a que las sustancias pueden ocultar patologías causadas por el trauma y porque la vida de un paciente intoxicado y con trauma craneoencefálico depende de una atención rápida y eficaz. Los principios que rigen el proceso diagnóstico se resumen en la tabla 2.1.

Tabla 2.1 Principios que rigen el proceso diagnóstico.

- Dedicar suficiente tiempo
- Dedicar suficiente atención
- Realizar un interrogatorio minucioso
- Desarrollar capacidad de observación y exploración
- Iniciar de nuevo, si no se ha llegado al diagnóstico correcto
- Tener noción de las prevalencias
- Conocer las propias limitaciones

Fuente: Rentería Solís [1].

El trauma y la embriaguez son problemas de salud pública, dignos de la mejor atención por parte de los gobiernos, de los cuerpos científicos y de los médicos generales, intensivistas y neurocirujanos. El Ministerio de Salud publicó las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo [2] y las guías para el manejo de urgencias toxicológicas [3], que son de obligatoria aplicación en todas las instituciones prestadoras de servicios (IPS) que integran el Sistema General de Seguridad Social.

El paciente con trauma craneoencefálico amerita una evaluación y un registro detallado del estado neurológico. Anotaciones como “paciente ebrio”, “aliento alcohólico”, “no colabora con el examen” o “con signos de embriaguez” no hacen referencia a los signos clínicos neurológicos que presentaba el paciente y no justifican que no se haya realizado el examen neurológico completo y la determinación periódica de la escala de coma de Glasgow. Aunque esta escala se considera una medida objetiva de la integridad neurológica del paciente, pierde validez en los pacientes con intoxicaciones; por este motivo, de acuerdo con la guía de trauma craneoencefálico, está indicado realizar una TAC de cráneo al paciente intoxicado con alcohol o sustancias psicoactivas que tenga el antecedente de trauma, así no haya perdido la conciencia.

Por otra parte, de acuerdo con las guías de urgencias toxicológicas, el diagnóstico de embriaguez debe ser realizado mediante la anamnesis (si es posible), el examen físico detallado y los resultados de los exámenes paraclínicos complementarios, como la medición de la cantidad de alcohol en sangre, que se solicita según el criterio clínico del médico. Además, existe un reglamento técnico forense para la determinación del estado clínico de embriaguez [4] que recomienda a los profesionales de la salud que atienden a este tipo de pacientes no olvidar la solicitud de este examen, pues el simple aliento alcohólico no indica, por sí solo, un estado de embriaguez.

Desde el punto de vista médico, en el caso que se analiza no se aplicaron los protocolos de evaluación y seguimiento para los pacientes traumatizados en estado de embriaguez. Aunque se ordenó un tratamiento inicial, no se hizo un seguimiento ni se solicitaron pruebas para esclarecer las posibles causas del deterioro neurológico, lo cual influyó para que el paciente no recibiera atención médica especializada. El perito consideró que el médico que atendió el caso no siguió las normas de atención porque no realizó un examen físico exhaustivo, no ordenó exámenes auxiliares de diagnóstico y no vigiló la evolución del paciente ni el cumplimiento de las órdenes médicas.

Desde el punto de vista de la responsabilidad ética, no se considera válido que el profesional que atiende al paciente dentro de una institución se limite a hacer una única nota de valoración y que luego lo deje bajo la observación exclusiva del personal de enfermería y solo se supedita a la espera de llamados por los cambios en el examinado. El personal de enfermería es un apoyo de la labor médica, pero existen responsabilidades que, por el conocimiento y la especialidad que demandan, solo pueden ser asumidas por el profesional en medicina.

Por ejemplo, el Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca [5], al analizar la dedicación de tiempo por parte de un especialista en ginecoobstetricia dictaminó lo siguiente:

Tanto el interno como la enfermera carecen de la pericia suficiente para la valoración gineco-obstétrica y si bien están capacitados para detectar complicaciones obvias y avisar al médico, esta capacidad no se extiende a la complejidad de la valoración gineco-obstétrica.

[...] La formación académica y la experiencia profesional del especialista en ginecología y obstetricia es indelegable. [...] El control implica una valoración permanente y acuciosa teniendo en cuenta la evolución del caso y las condiciones clínico patológicas de la paciente [...].

Por este motivo, no se consideran válidas las alegaciones sobre el principio de confianza respecto al personal de enfermería, en cuanto al seguimiento posterior del paciente cuando es mantenido en observación, pues la labor de diagnosticar e instaurar el manejo al paciente es exclusiva del médico.

Por otro lado, al pronunciarse sobre el principio de confianza aplicable a la división del trabajo en equipo, el Tribunal de Ética Médica Nacional [6] consideró que este tiene dos modalidades: la relación horizontal, propia de colegas, que por su formación y competencia se encuentran en igualdad de condiciones; y la relación vertical, basada en la jerarquía, o relación mando-obediencia. Sobre esta última relación, se destaca:

[...] una verdadera división mediante la cual, quien tiene a su cargo al paciente delega y coordina con sus auxiliares determinadas funciones de acuerdo con sus respectivas competencias, debiendo ejercer sobre ellos el control necesario para verificar que se cumpla con lo ordenado y se realicen las tareas conforme a la urgencia y necesidades del caso, teniendo en cuenta las pautas de atención preestablecidas. Ese control es necesario para evitar riesgos no permitidos o daños en la salud del paciente [...].

Este razonamiento nos lleva a concluir que las relaciones entre el médico y el personal de enfermería son de orden vertical. Por lo tanto, el profesional en medicina debe hacer un control razonable de las órdenes médicas instauradas, sin perjuicio, claro está, del estudio de las particularidades de cada caso, respecto de las cuales se deberá siempre examinar la responsabilidad de cada miembro del equipo, aun cuando actúe en subordinación.

La falta de dedicación de tiempo al paciente puede generar diferentes acciones judiciales, administrativas o éticas en contra del médico, incluso cuando la inobservancia de este deber no tenga repercusiones en la salud del paciente, como sucede en el caso del proceso ético o disciplinario.

Entre los aspectos que evalúan los Tribunales de Ética Médica al investigar si hubo o no una adecuada dedicación de tiempo al paciente, están las labores desarrolladas por el médico en la valoración inicial del paciente, situación en la cual el profesional debe esforzarse por conseguir del examinado toda la información tendiente a lograr datos que le permitan identificar el problema de salud y, a partir de allí, instaurar la terapéutica pertinente. Otro aspecto que se evalúa es la fase de seguimiento y evolución del paciente, una vez se ha dispuesto dejarlo en observación bajo órdenes médicas, pues es el profesional quien debe efectuar el análisis de la condición clínica de la persona durante la estancia hospitalaria y hacer seguimiento a las órdenes médicas brindadas para continuar decidiendo las conductas pertinentes.

Ahora bien, en la introducción de este capítulo se reconoció la indudable repercusión que tiene el sistema de salud sobre la distribución del tiempo que el médico debe dedicar a sus pacientes en ámbitos de las IPS. Igualmente, se anticipó que la limitación del tiempo asignado para la consulta, por sí solo, no es un argumento que excluya la responsabilidad del médico establecida en la Ley de Ética Médica. El Ministerio de Salud y Protección Social [7] emitió un concepto en el cual expresa que la consulta de medicina general no debe efectuarse en un tiempo inferior a 20 minutos, de conformidad con lo

establecido en el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994, que estableció el *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*; el mismo concepto dice que la consulta de medicina especializada se registrará por lo consagrado en el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, ya citado en la parte preliminar de este capítulo. Es decir, es el médico quien, dentro de su autonomía, establece el tiempo que debe durar su consulta; esta es la premisa que se usa para evaluar la actividad médica, sin perjuicio de las particularidades de cada caso, que deben ser examinadas por el juzgador, como ya se mencionó.

Desde el punto de vista jurídico, el fondo del asunto es si el médico de turno le dedicó al paciente el tiempo necesario para resolver un problema común en urgencias, como es diferenciar si el cuadro clínico que observaba se debía al estado de embriaguez o al trauma craneoencefálico. Concretamente, desde el ámbito del derecho penal, civil o administrativo, es necesario verificar y demostrar que la falla en la dedicación de tiempo al paciente fue determinante en la causación de un daño en la salud o en la integridad del examinado. Además, la posición de garantes que ejercen los médicos respecto de sus pacientes los hace responsables de resultados lesivos a la vida o a la integridad personal, bien sea por acción o por omisión en las obligaciones de los profesionales de la salud.

SÍNTESIS

La apresurada evaluación que el médico le realizó a su paciente fue determinante para que se desestimaran y se dejaran de estudiar las lesiones de cráneo que tenía el herido. En la primera evaluación, el interrogatorio y el examen físico practicados por el médico fueron inadecuados, tampoco valoró con profundidad el estado neurológico del paciente, pues consideró que las alteraciones observadas se debían a la embriaguez, la cual no fue estudiada de manera apropiada. Estas fallas fueron seguidas de la ausencia de destinación de tiempo para efectuar las valoraciones posteriores, pues aun cuando ordenó diligenciar la hoja neurológica, no la leyó y con ello perdió un elemento de análisis que le habría permitido obtener el diagnóstico real y tomar las medidas terapéuticas acertadas. Las autoridades judiciales que evaluaron su caso consideraron evidentes las faltas del profesional de la salud y encontraron que de haber actuado con mayor diligencia, precaución y adherencia a las normas y a las guías médicas, habría logrado dar al paciente una oportunidad para salvar su vida.

CONCLUSIONES

El tiempo es la mejor medicina.

Ovidio (43 a. C.-17 d. C), El arte de amar

- Uno de los factores más influyentes en los hechos que originan demandas ante las autoridades judiciales y administrativas es la ausencia de dedicación de tiempo adecuado al paciente, de conformidad con su condición clínico-patológica.
- La ausencia de un tiempo razonable en la consulta médica lleva a imprecisiones diagnósticas, lo cual es un factor determinante de un inadecuado tratamiento.
- El deber de cualquier médico, sea especialista o no, es dedicar el tiempo suficiente para hacer un interrogatorio, realizar un examen físico y ordenar las pruebas que sean necesarias para llegar a un diagnóstico acertado y obtener sus causas determinantes, todo lo cual sirve de sustento para determinar el tratamiento que se debe seguir y el pronóstico; si no lo hace o lo hace a medias, incurre en responsabilidad médica.
- Los registros de la historia clínica son la mejor manera para demostrar la diligencia en la atención de los pacientes; entonces, también es importante que el profesional destine el tiempo necesario para escribir las notas que sirvan de soporte probatorio y científico al momento de sustentar sus actuaciones.
- La estimación del tiempo que se debe dedicar a cada paciente hace parte de la autonomía médica y corresponde a las particularidades de cada caso.
- Siempre se deben preservar los mandatos propios de la Ley 23 de 1981.

REFERENCIAS

1. Rentería Solís IE. Salud basada en evidencia [internet]. s. f. Disponible en: http://es.slideshare.net/iris_renteria/uvm-clnica-mdica-integral-sesin-04-salud-basada-en-evidencia
2. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Fundación MEDITECH. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de adultos con trauma craneoencefálico severo. SGSS. 2014 Guía No. 30 GPC-TCE. Bogotá, 2014. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Documents/Trauma%20Craneoencefalico/GUIA%20COMPLETA_%20TCE%20MEDITECH.pdf
3. Colombia, Grupo de Atención de Emergencias y Desastres, Ministerio de la Protección Social. Guías para el manejo de urgencias toxicológicas. Bogotá: Minprotección; 2008. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20Manejo%20de%20Urgencias%20Toxicol%C3%B3gicas.pdf>
4. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Reglamento técnico forense para la determinación de la embriaguez aguda. Bogotá: INML-CF; 2005. Disponible en: <http://www.medicina-legal.gov.co/documents/48758/78081/R3.pdf/105396f9-9e93-4cb8-b36c-0b1e9b403ade>
5. Tribunal de Ética Médica de Cundinamarca. Decisión de fecha 15 de julio de 2014. Sala Plena Sesión1336
6. Tribunal Nacional de Ética Médica. Providencia 75 de 2009 del 13 de octubre de 2009.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Respuesta a derecho de Petición. Radicado. 201542400029272.



03

DESARROLLE

UNA BUENA RELACIÓN *CON SU PACIENTE*

Lo que se denomina cuadro clínico no es tan sencillo como la fotografía de un hombre enfermo encamado; es una pintura impresionista del paciente rodeado por su hogar, trabajo, relaciones, sus amigos, alegrías, tristezas, esperanzas y temores.

Francis Weld Peabody

Figura 3.1 Relación médico-paciente



La relación médico-paciente es una forma de relación interpersonal de tipo profesional.

INTRODUCCIÓN

Desde los principios de la historia de la medicina, la relación médico-paciente ha sido considerada la base del arte de curar. Lo fue en la Antigüedad, cuando las relaciones se establecían entre el enfermo y el chamán, el sacerdote o el curandero; en el año 1754 a. C, Hammurabi, rey de Babilonia, emitió el código en el que se encuentra la primera mención escrita sobre la relación entre el médico y el enfermo. Trece siglos más tarde, al superarse la visión mágica de la enfermedad, Hipócrates planteó la existencia de tres elementos en la medicina: la enfermedad, el enfermo y el médico; también escribió que el paciente es, ante todo, una persona la que se debe respetar y cuidar. A finales del siglo XIX, cuando predominaba el diagnóstico clínico, se establecían profundos vínculos afectivos entre el médico, el paciente y sus familiares.

La evolución técnico-científica que sucedió a partir del siglo XX modificó paulatinamente la relación del médico con su paciente; actualmente se basa en la comunicación, palabra derivada del latín *communicare* que significa ‘compartir algo, poner en común’. El término define la capacidad de obtener información respecto al entorno y compartirla con otras personas; los mensajes comunicativos, al ser un estímulo, buscan provocar una conducta deseada en el receptor.

Tabla 3.1 Modelos actuales de comunicación en la relación médico-paciente.

Modelo	Descripción
Paternalista	<ul style="list-style-type: none"> • El médico utiliza sus conocimientos para determinar la condición clínica del paciente, así como ordenar las pruebas diagnósticas y los tratamientos adecuados, con el fin de buscar la mejoría del paciente. • El médico da una información seleccionada que conducirá al paciente a aceptar la intervención que, según el médico, es la mejor.
Informativo	<ul style="list-style-type: none"> • El médico informa sobre el estado de la enfermedad, los posibles diagnósticos y los tratamientos disponibles. • El paciente conoce toda la información médica relevante relacionada con su enfermedad y con los tratamientos propuestos, y selecciona las intervenciones que mejor se ajusten a su condición.
Interpretativo	<ul style="list-style-type: none"> • El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención. • El paciente le pide al médico que aclare sus dudas. • El médico le ayuda al paciente a interpretar la información y a determinar cuál es la mejor intervención para su caso.
Deliberativo	<ul style="list-style-type: none"> • El médico esboza la información sobre la situación clínica del paciente. • El médico y el paciente deliberan hasta esclarecer, determinar y elegir la mejor intervención, de acuerdo con la condición particular del caso.

El proceso comunicativo implica la emisión de señales para dar a conocer un mensaje, que puede ser enviado mediante códigos verbales o no verbales, y la recepción e interpretación del mensaje (figura 3.2). La comunicación verbal puede ser realizada mediante el lenguaje oral o escrito; por ejemplo, los gritos, los silbidos, los llantos y las risas son formas primarias de comunicación oral que permiten expresar, mediante la emisión de sonidos, diferentes estados de ánimo.

Figura 3.2 El proceso de comunicación



Un proceso comunicativo eficiente y asertivo necesariamente debe conducir a una relación médico-paciente de alta calidad.

La relación médico-paciente, además de una adecuada comunicación requiere un comportamiento ético por parte del profesional, pues exige respeto por la dignidad y la privacidad de la persona.

La comunicación escrita utiliza un lenguaje estructurado de letras y los símbolos para conformar las sílabas, palabras, frases, oraciones, párrafos y textos que nos permiten comunicarnos con los demás. La comunicación no verbal se realiza a través de señales diferentes a los sonidos y las letras, como los gestos, la apariencia, la postura, la mirada y la expresión; entre los sistemas de comunicación no verbal, se conocen el lenguaje corporal (gestos, movimientos, tono de voz y ropa) y el lenguaje icónico (código morse, sirenas, braille, signos de luto, señales de los árbitros deportivos).

Cuando existe una excelente relación interpersonal y la comunicación entre el médico, el paciente y sus familiares es eficiente, se genera un ambiente especial, donde fluye la información de ambos lados y se logran grandes beneficios. El profesional de la salud cuenta con herramientas para hacer un diagnóstico y un tratamiento más acertado. A su vez, el paciente y su familia aumentan el conocimiento sobre su condición y se comprometen a cumplir las indicaciones del médico, con lo cual se mejora sustancialmente la probabilidad de aliviar las dolencias.

EJEMPLO

Un paciente de 80 años de edad acude a primera hora de la mañana al servicio de urgencias de un centro de salud ambulatorio acompañado por sus hijos, porque desde el día anterior, después de cenar, tiene un dolor abdominal localizado en el epigastrio, irradiado a la espalda, asociado con distensión abdominal y constipación. Es atendido en el *triage* por un médico general que determina que no se trata de una urgencia y lo remite a consulta prioritaria.

Los hijos se sorprenden, porque, además de la edad, consideran que su padre amerita atención inmediata por el estado crítico, pero el médico responde, exaltado, que el paciente no tiene nada grave y que deben dirigirse a una ventanilla de consulta externa a solicitar un turno para la atención prioritaria. Los familiares protestan porque no atiende al paciente inmediatamente, ante lo cual el médico se ofusca, les da la espalda e insiste en que se dirijan a la consulta externa.

Tres horas más tarde, el paciente es atendido en la consulta externa por otro médico general, quien diagnostica dolor abdominal inespecífico, estreñimiento y gastritis; ordena manejo ambulatorio y formula ranitidina, omeprazol, hidróxido de aluminio y bisacodilo.

El paciente reingresa al día siguiente y lo valora un médico internista, quien lo encuentra en malas condiciones generales, deshidratado, disneico, cianótico, con ruidos cardiacos arrítmicos y ruidos respiratorios disminuidos en ambos campos pulmonares, abdomen en tabla, doloroso a la palpación y con ausencia de ruidos intestinales; hace los diagnósticos de obstrucción intestinal y estado de choque avanzado.

Mientras el paciente es atendido, sus hijos permanecen a su lado, le comentan al médico lo sucedido en la consulta el día anterior y, muy afligidos, le ruegan que salve a su padre. El médico especialista disculpa a sus colegas e intenta tranquilizar a los familiares, ocultando la gravedad del paciente y les asegura que va a mejorar. No obstante, el médico no ordena de inmediato el traslado a salas de reanimación o a la UCI, como lo ameritaba la condición del paciente, quien estando en observación presenta vómito fecaloide en abundante cantidad, seguido por pérdida de la conciencia, deterioro del patrón respiratorio y respiración agónica. El paciente no responde a las maniobras básicas de reanimación y fallece.

Después de la muerte del paciente, los familiares se tornan agresivos y manifiestan que los médicos fueron los verdaderos responsables, porque ellos habían consultado oportunamente, pero estos se habían equivocado al valorar la condición de su padre, los habían agredido y no habían prestado una atención adecuada. La familia interpone una queja contra los médicos en el Tribunal de Ética Médica, por presunta negligencia y mala atención; afirman que debido a la avanzada edad del paciente los médicos no le dieron importancia a sus quejas, pues las atribuyeron a la vejez, y como resultado de ello minimizaron la gravedad de la situación y no remitieron al paciente a una institución con mayor nivel de complejidad.

Después de analizar las pruebas recaudadas, el Tribunal emite un fallo sancionatorio de censura escrita y pública, concluyendo que la declaración de los familiares, la historia clínica y las versiones libres no dejaban dudas sobre las fallas cometidas por los profesionales, tanto los médicos generales como el especialista, específicamente en lo que hace referencia a la relación médico-paciente en los artículos 10, 11 y 15 de la Ley 23 de 1981, porque fue evidente el desinterés de los médicos por el bienestar del paciente, al no atenderlo de manera oportuna, al no brindarle la atención

hospitalaria que requería y al no informar claramente a sus familiares, lo cual les generó angustia y confusión.

Figura 3.3 Resumen del ejemplo



MIENTRAS LO ESTÁN ATENDIENDO EL PACIENTE
VOMITA Y SE TORNA MUY INESTABLE



LOS DOS MÉDICOS SON SANCIONADOS CON CENSURA ESCRITA Y PÚBLICA

ANÁLISIS

La relación médico-paciente —imprescindible para el adecuado ejercicio de la medicina— es una relación interpersonal de tipo profesional fundamentada en la comunicación. En la actualidad, el médico encuentra dificultades para entablar y mantener relaciones sólidas con el paciente, debido especialmente al manejo institucional despersonalizado implementado por el sistema de salud que impone límites al profesional, tanto en tiempo como en recursos para la atención de los pacientes.

Desde el punto de vista ético, la relación médico-paciente sigue siendo un elemento primordial en la práctica médica, como se consigna en el título I, capítulo 1 de la declaración de principios de la Ley 23 de 1981: “Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un comportamiento responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional”.

En tal sentido es importante resaltar que al cambiar el carácter ‘paternalista’ de la relación, en la cual el médico ordenaba y el paciente obedecía sin mayores objeciones, en la actualidad la relación médico-paciente pasó a ser activa: el paciente indaga temas que van desde los detalles de su condición hasta los tratamientos y las diferentes alternativas de manejo que existen, consulta con otros médicos, busca en la enorme cantidad de información disponible en internet y es autónomo para aceptar o no los tratamientos propuestos por su médico, entendiéndose por *autonomía* la capacidad de autodeterminación y el derecho a que se respete la decisión que de manera libre y voluntaria se ha definido. La autonomía se considera uno de los principios en la modernidad de la bioética.

Por otra parte, en el capítulo 1 del título II de dicha ley se encuentran varios artículos que tienen implicaciones para una buena relación médico paciente: el artículo 10 hace referencia a la dedicación del tiempo necesario al paciente; el artículo 11, a la actitud del médico ante el paciente, que debe ser siempre de apoyo; y el artículo 15, a que el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. La violación de cualquiera de los artículos de esta ley lleva a la sanción ético-disciplinaria de los profesionales.

La manera como el médico interactúa con el paciente, su grupo familiar y las relaciones que surgen de esta interacción son la base para entablar una adecuada comunicación y, por ende, desarrollar una buena relación con su paciente. Para brindar una atención en las mejores condiciones, el médico debe mantener una actitud de servicio, demostrar serenidad y generar respeto mutuo.

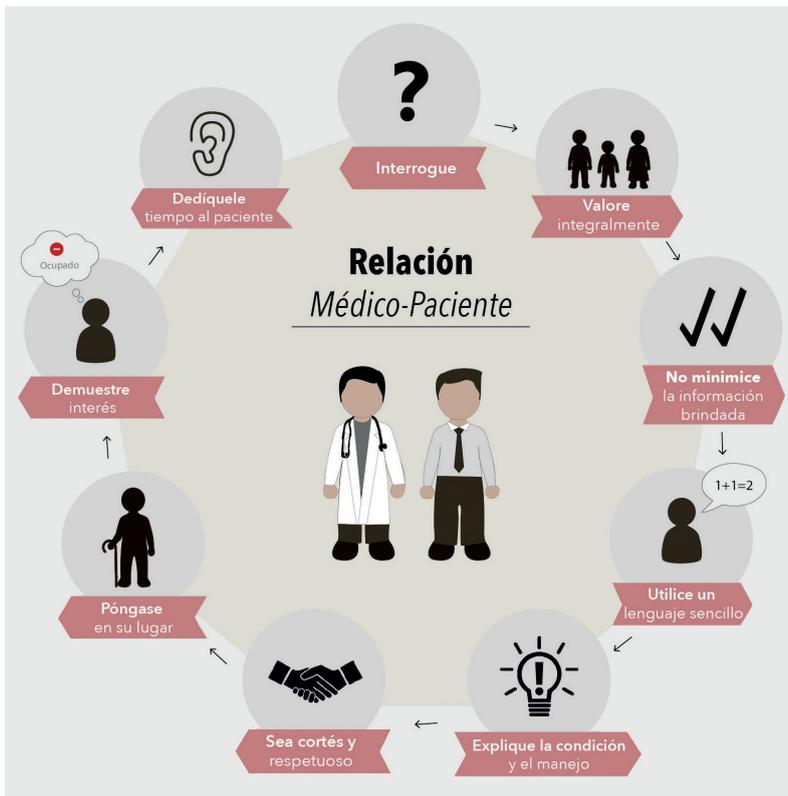
Al iniciar cada atención y durante el interrogatorio, el médico debe saludar a su paciente con amabilidad, llamándolo por su nombre, estableciendo un diálogo basado en el respeto, la confianza y la sinceridad. Es necesario disponer de un espacio que asegure la confidencialidad y dedicar el tiempo suficiente para hablar y escuchar, entablando una comunicación efectiva, que le permita al paciente brindar información completa de su sintomatología, y al médico, preguntar con prudencia e interpretar la información recibida, sin inducir respuestas, para orientar el probable diagnóstico.

Durante el examen físico, el médico debe disponer de un lugar que permita respetar el pudor del paciente y ser delicado al momento de palpar y de buscar los signos clínicos. Al terminar, es importante explicarle al paciente, con la mayor claridad posible, lo que tiene y la conducta que se va a seguir; con frecuencia se olvida que los pacientes no tienen conocimientos médicos, muchos no entienden las palabras técnicas, no alcanzan a comprender qué tienen, por qué lo tienen y qué se puede hacer para aliviarlo; la misma situación se presenta con sus familiares. Por lo tanto, para que

entiendan con absoluta claridad, es indispensable que el médico utilice un lenguaje sencillo y comprensible.

El final de la consulta es muy importante, pues de manera cordial, el médico debe alentar al paciente para que cumpla las recomendaciones médicas y debe señalar claramente la fecha de su próximo control. Las recomendaciones para mejorar la relación médico paciente se resumen en la figura 3.4.

Figura 3.4 Recomendaciones para mejorar la relación médico-paciente



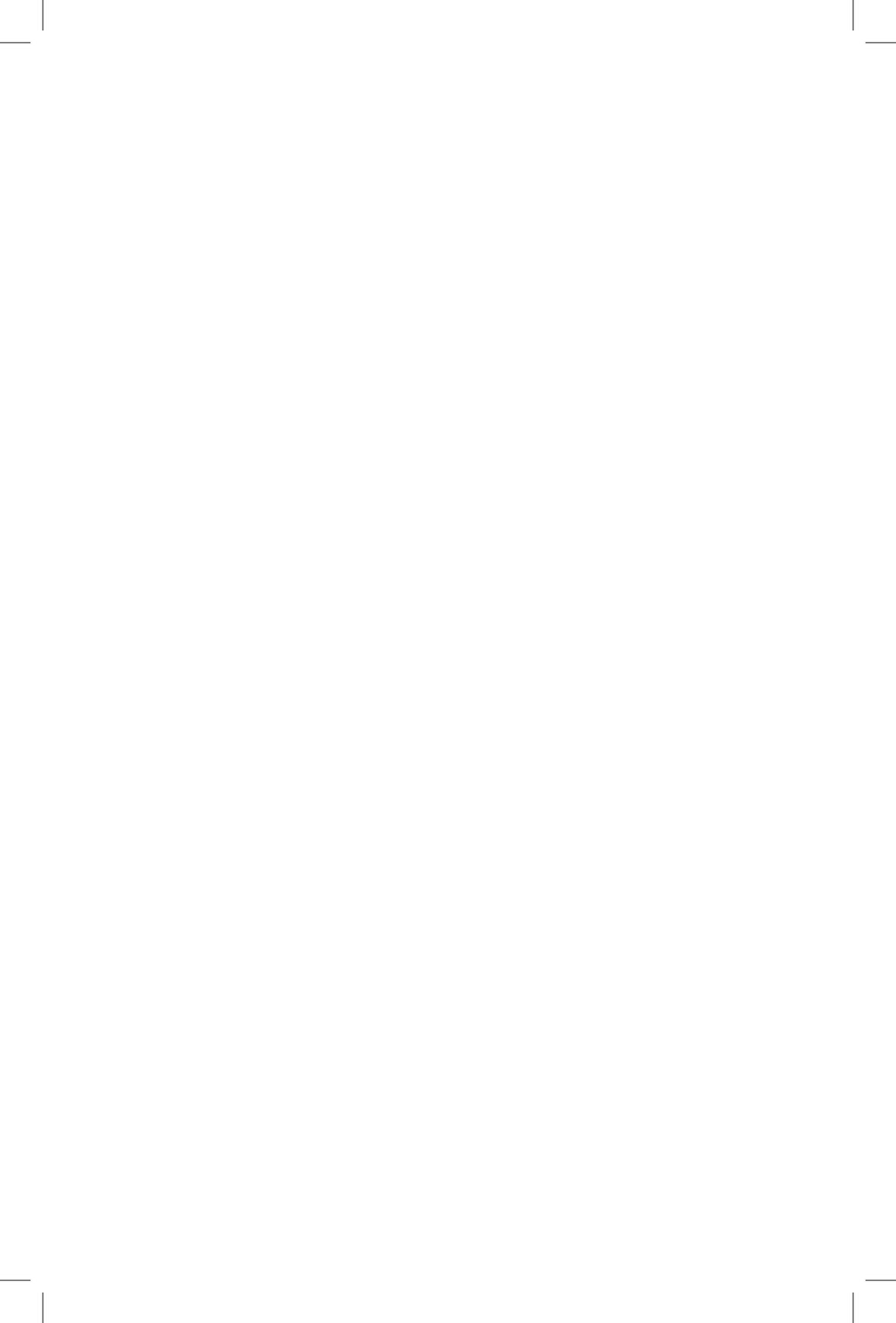
SÍNTESIS

En el ejemplo que se acaba de presentar, es evidente que las relaciones y la comunicación de los médicos con el paciente y con la familia no fueron adecuadas, en particular porque los profesionales no demostraron empatía ni consideración por una persona anciana gravemente enferma, mientras que, como es natural, generaba preocupación y angustia en los familiares, quienes se tornaron agresivos en el momento del fallecimiento del paciente y presentaron luego la queja ante el Tribunal de Ética Médica.

El médico siempre debe esmerarse por brindar un trato similar al que él esperaría que le brindaran. Bastante agobiado está ya el paciente con sus dolencias como para tener que sumar a ello una mala cara, un mal gesto o quizás una expresión denigrante. El paciente no tiene la culpa de las condiciones bajo las cuales la Ley ha obligado a los médicos a ejercer su profesión: él también sufre esas consecuencias.

CONCLUSIONES

- La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica.
- Los profesionales de la salud, además de cumplir con los aspectos técnicos propios de su actividad, como interrogar y examinar al paciente, diligenciar la historia clínica de manera completa, establecer un diagnóstico y ordenar un plan de manejo, deben mostrar respeto y consideración, y tratar con cordialidad al paciente y a los familiares, brindando información veraz y oportuna y respondiendo a sus inquietudes y expectativas.
- Una buena relación médico-paciente es fundamental para evitar quejas ante la institución donde trabaja el médico (lo cual podría generar investigaciones éticas y disciplinarias) y prevenir eventuales procesos éticos, civiles y penales que pueden traer graves consecuencias para el profesional, en particular sanciones de tipo ético.



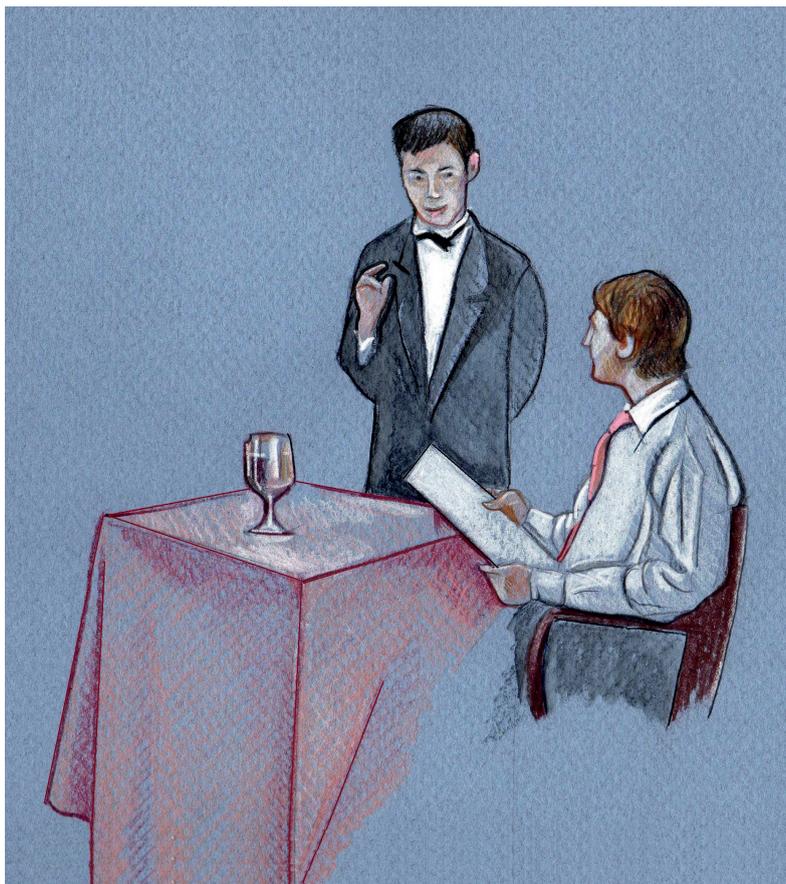
04

CUMPLA CON EL PROCESO DE *CONSENTIMIENTO INFORMADO*

La libertad es un hecho, y entre los hechos que observamos, no hay ninguno que sea más claro.

Henri Bergson, filósofo francés

Figura 4.1 Entregar la información adecuada, garantiza la libertad del usuario del servicio



INTRODUCCIÓN

Todos los profesionales de la salud deben cumplir el deber ético de respetar el derecho a la información, consagrado en los artículos 13, 16 y 28 de la Constitución Política de Colombia, y concordante con el principio legal de la autonomía del ciudadano, que es uno de los derechos humanos fundamentales. Entonces, el acto médico de informar al paciente y a su familia es un deber constante y permanente, y es la consecuencia del desarrollo de la atención clínica, desde la anamnesis hasta la realización del procedimiento propuesto .

El concepto de consentimiento informado define el proceso de autorización que debe anteceder a cualquier actuación diagnóstica o terapéutica en un adulto consciente y capacitado para autodirigirse, bien sea que esté actuando en su propio nombre o como representante legal de un menor de edad o de una persona en incapacidad legal para tomar decisiones.

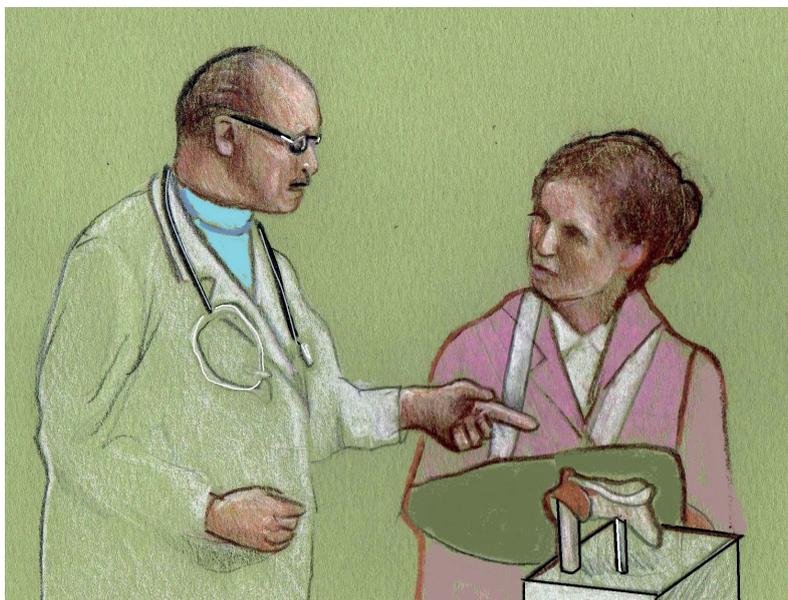
El término consentimiento informado se mencionó por primera vez en el artículo 10 del Código de Nüremberg (Alemania, 1946). Este código de ética se redactó para evitar que se repitieran los abusos y vejámenes que cometieron los médicos nazis contra los prisioneros de guerra y los judíos cuando los obligaron a participar en experimentos científicos; desde el punto de vista histórico, este fue el primer documento que le dio carácter de obligación legal al deber de respetar los principios éticos de la libertad y la autonomía del paciente.

La mayoría de los conceptos contenidos en el Código de Nüremberg fueron adoptados por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), que aprobó el primer Código Internacional de Ética Médica en la reunión de Londres, en 1949; también incluyó dichos conceptos en la

declaración que emitió la misma asociación en Helsinki en 1964, base de la doctrina de la reglamentación sobre experimentación e investigación en humanos. Estos documentos sirvieron como fundamento para los códigos de ética emitidos en Colombia en diversas disciplinas de las ciencias de la salud.

Por lo anterior, entregar información al paciente y a su familia es una misión que no se puede descuidar ni delegar, porque es la base de una buena relación entre el profesional de la salud (médico, odontólogo, terapeuta, psicólogo, bacteriólogo, enfermero, etc.) y el paciente.

Figura 4.2 El profesional de la salud no debe delegar el deber de entregar la información al paciente y a sus familiares, ni el de obtener el consentimiento informado



EJEMPLO

Un hombre de 32 años consulta al odontólogo general porque tiene inflamado el lado derecho del mentón. En el examen extraoral, se encuentra el paciente en buenas condiciones generales; en el examen intraoral, se anota que las cordales superiores e inferiores (18, 28 y 48) no están erupcionadas; el molar 36 no está presente, y su espacio fue reemplazado por el molar 37, que está migrado y presenta destrucción coronal y reconstrucción temporal con ionómero; y el molar 38 está ubicado en la posición del 37. Además, tiene obturación temporal en oclusal y se evidencia deformidad de contorno en la encía vestibular de la región mentoniana inferior derecha, pero el tejido gingival se encuentra sano. Se toma una radiografía panorámica que muestra: cordales 18, 28 y 48 incluidas (18 y 28 en posición vertical con desarrollo radicular completo y raíces fusionadas en forma cónica); el 48 presenta mesoangulación en íntima relación con la raíz distal del molar 47 y zona radiolúcida; en el 37 se evidencia lesión de furca con zona radiolúcida en el periápice radicular y obturación temporal en toda la superficie coronal; el 38 presenta obturación temporal en superficie coronal con compromiso pulpar; y en el 44 y el 45 se encuentran quistes dentígeros.

El odontólogo general remite al paciente a los especialistas en cirugía maxilofacial y en periodoncia. El primero responde que el paciente requiere exodoncias quirúrgicas de los dientes 18, 28 y 48 y enucleación de los quistes dentígeros de los dientes 44 y 45; y el segundo considera que el pronóstico del 37 es reservado, por lo cual indica hacer la exodoncia y rehabilitar con implante, previa cirugía periodontal de remodelado e injerto de hueso para reparar el defecto óseo.

Luego de conocer los conceptos de estos especialistas, el odontólogo general le informa al paciente sobre su condición clínica y los conceptos emitidos. El paciente acepta todos los tratamientos propuestos (exodoncias quirúrgicas de 18, 28, 48 y 47, enucleación de quistes dentígeros de 44 y 45, cirugía periodontal de injerto óseo con remodelación de defecto óseo más implante y corona del 37, endodoncia multirradicular del 38, obturación en resina oclusal y orofilaxis final), pero por motivos laborales solicita que los procedimientos sean realizados bajo sedación y en el mismo tiempo quirúrgico.

El cirujano maxilofacial y el anestesiólogo encuentran al paciente apto para los procedimientos programados bajo sedación. El cirujano maxilofacial diligencia el consentimiento informado para los procedimientos programados con sedación y anestesia local. El anestesiólogo le explica al paciente la técnica seleccionada, le entrega un formato impreso con las indicaciones y recomendaciones que debe seguir antes y después del procedimiento, y diligencia y firma el consentimiento informado para la sedación. El procedimiento es realizado sin dificultades y en la historia clínica se hace una descripción genérica de los procedimientos quirúrgicos. El cirujano maxilofacial le entrega al paciente las recomendaciones, una fórmula de antibiótico y analgésicos y una cita de control postoperatorio a los ocho días, para retirar puntos.

Al día siguiente, el paciente se comunica con el odontólogo general porque a pesar de que la anestesia local ya ha desaparecido de la boca, aún siente adormecidos el labio inferior y el lado derecho del mentón, y porque considera que le han extraído un molar que él no había autorizado, pues siente que le falta un diente en la región posterior izquierda. El odontólogo lo atiende de inmediato, y encuentra parestesia en la zona referida por el paciente y corrobora que se le extrajo el molar 38 en lugar del 37, que era el que tenía indicación de exodoncia, lo cual no solo constituye un error, sino

que significa la pérdida de un molar que era viable y tenía función oclusal; por lo tanto, el paciente ahora necesita recibir dos implantes en vez de uno.

El paciente presenta una demanda civil en contra del cirujano por el daño generado producto de la exodoncia errada de molar y de la parestesia postoperatoria. En la demanda argumenta que no había sido informado sobre estos riesgos y que por los efectos de la sedación él no pudo sentir que le estaban extrayendo el molar equivocado.

Al revisar los documentos aportados para el proceso, se encuentra que en el consentimiento informado para la anestesia no se registró la información referente a los medicamentos que se planeaba usar ni a sus efectos, y que se dejó en blanco el espacio correspondiente a la advertencia de los riesgos específicos; en concepto del perito, si el profesional consideró que no era necesario dilucidarlo, ha debido escribir “no aplica”.

Respecto al consentimiento informado para la cirugía, no se encuentra mención sobre la técnica que se usaría, ni sobre sus riesgos, ni sobre el hecho de que el paciente iba a recibir un anestésico local con vasoconstrictor, con sus posibles efectos y complicaciones. El perito opina que el cirujano maxilofacial no explicó los riesgos de cada procedimiento por separado, pues las complicaciones de la extracción de las cordales superiores 18 y 28 eran diferentes que los riesgos de las exodoncias del 37 y del 48, y que por ello no se dio a conocer el riesgo de la parestesia, que es frecuente debido a la localización anatómica del conducto del nervio mentoniano y su relación con los quistes dentígeros, ni sobre el riesgo de infección del 37, que era evidente por el tipo de lesión que se iba a tratar. Además, el perito opina que el evento adverso generado en el paciente al extraer el molar errado también fue provocado por una falla de información, pero entre los profesionales, porque el paciente había perdido el 36, y así el 37 había tomado su posición, lo cual quiere decir que el 37 estaba en el lugar del primer molar inferior izquierdo y que el 38 estaba en posición del segundo molar inferior izquier-

do, es decir, del 37; por ello se extrajo un diente que no tenía indicación de exodoncia. Por último, el perito escribe que este evento adverso, que es el más frecuente en odontología, era prevenible si la remisión del odontólogo general hubiera sido específica y detallada, si se hubiera aplicado una lista de chequeo con marcación del sitio operatorio y si el cirujano hubiera revisado la totalidad de la historia clínica. Con base en estos conceptos, el cirujano maxilofacial fue declarado civilmente responsable por los daños causados al paciente y fue condenado a pagar la indemnización solicitada.

Figura 4.3 Resumen del ejemplo



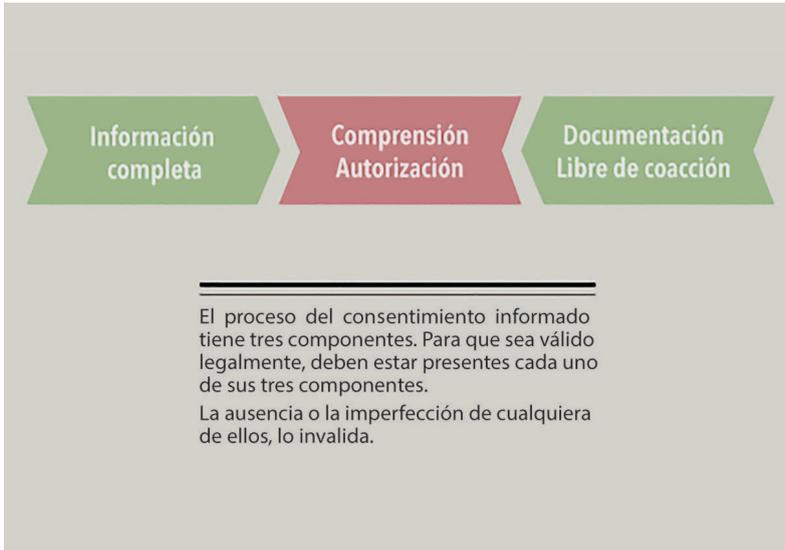


ANÁLISIS

En el caso que se acaba de presentar ocurrieron varios errores que condujeron a un evento adverso evitable, que se define como “la lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error; no por la patología de base” [1]. La Política de Seguridad del Paciente, de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por el Estado colombiano, describe varios puntos que en este caso no se cumplieron, como dar información completa al paciente, revisar la historia clínica —en especial la remisión y el consentimiento—, y aplicar una lista de chequeo antes de iniciar el procedimiento; además, el cirujano maxilofacial no verificó con anticipación el estado de las piezas dentales. Estas omisiones condujeron a la distorsión del plan trazado inicialmente y a un resultado inesperado para el paciente.

Suele suceder que solo en el momento de enfrentar una queja o un reclamo por insatisfacción del paciente o un proceso de responsabilidad, el profesional se percató de las falencias que tienen los registros asistenciales. Esto se debe a que la mayoría de los profesionales creen que informar de manera genérica, sin mencionar los riesgos específicos y particulares, y obtener la firma del paciente en el formato general de consentimiento informado, sin anotar el detalle de la información entregada, son pruebas suficientes de que se ha cumplido con el deber de informar. En realidad, para que el proceso del consentimiento informado tenga valor legal, es necesario que la documentación contenida en la historia clínica permita demostrar que el profesional cumplió a cabalidad cada uno de los tres actos que lo componen: entregar la información completa, verificar que el paciente la ha entendido y obtener la firma del documento sin que medie ninguna coacción (figura 4.4).

Figura 4.4 El proceso del consentimiento informado



Fuente: Gómez et al. [2].

En el momento en que se presenta un conflicto con el paciente o con su familia, se hace evidente la importancia de contar con una historia clínica clara y completa, en particular con un documento de consentimiento informado de alta calidad (tabla 4.1). Para poder probar que la conducta del profesional demandado fue adecuada, son de vital importancia la forma como se realizó el acto médico de informar, la calidad de la información que se dio al paciente y los registros de la historia clínica que evidencian la información entregada. Por el contrario, la ausencia de registros en la historia clínica y la presencia de un consentimiento informado de baja calidad dificultan enormemente la defensa del profesional, aunque este se haya comportado de acuerdo con la *lex artis*.

Tabla 4.1 Contenido de un consentimiento informado de alta calidad

Modelo	Descripción
Naturaleza de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué consiste? • ¿Qué se va a hacer?
Objetivos de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Para qué se hace?
Beneficios de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué mejoría se espera tener?
Alternativas	<ul style="list-style-type: none"> • Otros tratamientos posibles diferentes a la intervención propuesta.
Beneficencia	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación breve del motivo que lleva a un médico a elegir un tratamiento y no otro.
Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Típicos de la intervención: Aquellos cuya aparición deba normalmente esperarse según el estado y conocimiento actual de la ciencia. • Personalizados: Aquellos que se derivan de condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto, así como las circunstancias personales o profesionales relevantes. Complicaciones, molestias, efectos adversos incluídos los derivados de no hacer la intervención.
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre, cuando el paciente lo desee.

Fuente: Gómez et al. [2].

Consentir implica poder tomar decisiones y manifestar la voluntad. Lejana quedó la época clásica del paternalismo en la relación médico-paciente, cuando se consideraba al paciente como incapaz, similar a aquel hijo menor cuyo padre, encarnado por el galeno, representaba su voluntad. Después de la promulgación del Código de Ética de Núremberg y del auge de los derechos civiles, la autonomía del paciente y el derecho a la autodeterminación reemplazó la creencia previa según la cual “el doctor sabe mejor”[3]. Aunque en la actualidad se reivindica el principio de competencia del paciente, se reconocen algunas excepciones que permiten acometer un acto médico sin contar con la manifestación expresa de la voluntad del paciente: en las personas incompetentes desde el punto de vista legal, el derecho se le transfiere a un tercero con capacidad legal para representarlo; en los casos de las urgencias, el médico puede actuar sin el consentimiento previo del paciente, porque el derecho a la vida y a la salud priman sobre los demás; y si el médico considera que el enfermo puede sufrir un daño psicológico grave, puede ocultar información al paciente o realizar una intervención diagnóstica o terapéutica sin solicitar su consentimiento, pero este privilegio terapéutico solo se le permite cuando sea aplicable la teoría del mal menor.

Tres casos emblemáticos del derecho anglosajón ilustran la evolución cronológica que se acaba de mencionar. En 1917, se emitió el fallo del proceso de la señora Schloendorff contra la Society of New York Hospital, en el cual se condena al hospital porque la paciente había manifestado expresamente su decisión de no ser sometida a la extirpación quirúrgica de un tumor que había desarrollado en el abdomen, pero los médicos la operaron en contra de su voluntad. En 1957, se falló a favor del demandante la causa de Martin Salgo contra Leland Stanford Jr University Board of Trustees, porque el paciente sufrió una parálisis como resultado de haber sido sometido a un estudio de radiodiagnóstico (aortografía traslumbar) y el riesgo que implicaban las inyecciones directas en la aorta no fue advertido. En

1972, condenaron al galeno que operó a Jerry Spence de laminectomía para descomprimir su médula de un tumor maligno por no haber advertido los riesgos de la cirugía y al hospital por omitir los cuidados requeridos, porque después de una primera cirugía exitosa el paciente tuvo que ser reintervenido debido a que se cayó porque se le permitió levantarse sin acompañante y después de la segunda cirugía quedó con parestesias e incontinencia urinaria. Este último caso fue citado por Eduardo Díaz Rubio y Javier García Conde como ejemplo del “polo opuesto del privilegio terapéutico”; luego de presentarlo, lo autores concluyeron:

En consecuencia, pues, puede decirse que el enfermo oncológico tiene en principio derecho a la información y a decidir sobre el proceso de su enfermedad, y que el médico solo puede hurtarle aquella información que tenga fundadas sospechas para pensar que puede convertirle en un incapaz de hecho. Todo lo demás le está prohibido [...]. [4]

En Colombia, el consentimiento informado, como expresión soberana de la libertad y de la autonomía del individuo, es un derecho que está desarrollado en tres artículos de la Constitución Política. En el artículo 16 se consagra el derecho de todas las personas al “libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico”. En el artículo 18 se garantiza la libertad de conciencia, pues “nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia”. Y en el artículo 20 se garantiza que todas las personas tengan la libertad de “expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación”.

El consentimiento informado también está consagrado en las leyes colombianas que regulan las profesiones. El artículo 15 de la Ley 23 de 1981, “por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica”, dice:

El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. [5]

El artículo 5 de la Ley 35 de 1989 [6], “Sobre Ética del Odontólogo Colombiano”, dice: “El odontólogo debe informar al paciente de los riesgos, incertidumbres y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento”. Y, el artículo 6 de la Ley 911 de 2004 [7], “por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”, dice:

[...] el profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

Además, el Ministerio de Salud de Colombia emitió las resoluciones 13437 de 1991 [8] y 4343 de 2012 [9], en las cuales se escribe que varios de los derechos del paciente tienen que ver con recibir información y con aceptar o rehusar las intervenciones propuestas (tabla 4.2). En el inciso 2 del artículo 1 de la primera resolución citada, “por la cual se constituyen los comités de ética hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”, el Ministerio resuelve que todo paciente, sin ningún tipo de restricción, debe ejercer su derecho a:

[...] disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión [...].

El mismo texto, con ligeras modificaciones, está escrito en el artículo 4 de la Resolución 4343 de 2012, que regula el contenido mínimo de la carta de derechos y deberes que deben entregar las entidades promotoras de salud (EPS) a sus afiliados.

Tabla 4.2. Decálogo de los derechos del paciente

1	Elegir libremente a los profesionales y a las instituciones de salud.
2	Disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico; y a aceptar o rehusar de manera voluntaria los procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos.
3	Recibir un trato digno y que se respeten sus creencias.
4	Tratar de manera confidencial y secreta todos los informes de la historia clínica.
5	Recibir la mejor asistencia médica disponible; pero, en caso de enfermedad irreversible, que se respete su deseo de rechazar dicha asistencia.
6	Revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos; y, en casos de emergencia, a que dichos servicios no estén condicionados al pago anticipado.
7	Aceptar o rehusar de manera voluntaria el apoyo espiritual o moral, sin importar el culto religioso que profese.
8	Aceptar o rehusar de manera voluntaria su participación en investigaciones científicas.
9	Aceptar o rehusar de manera voluntaria la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
10	Morir con dignidad; y aceptar o rehusar de manera voluntaria que el proceso de la muerte siga su curso natural durante la fase terminal de su enfermedad.

Fuente: Tomado y modificado de Colombia, Ministerio de Salud[8].

Por último, en las sentencias emitidas por las altas cortes colombianas se encuentran algunas precisiones sobre el consentimiento informado. El Consejo de Estado ha señalado que la información sobre los riesgos debe darse *ex ante*, no después, que debe dejarse constancia en la historia clínica sobre los riesgos informados y que el profesional de la salud debe tener claro que le corresponde probar que ha cumplido con esta obligación [10],[11]. La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha reconocido que el derecho que tiene quien va a ser sometido a una intervención a saber cuáles son los peligros a los que se verá enfrentado, “no puede llegar al extremo de exigir que se consignen en el ‘consentimiento informado’ situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran”; es decir, que se deben advertir los riesgos previsibles, los cuales no comprenden aquellos de muy rara ocurrencia. Las altas cortes también han precisado que en modo alguno se puede utilizar el consentimiento informado para incluir las llamadas “cláusulas de indemnidad o de exoneración previas” de la responsabilidad de los profesionales ni de las instituciones para las cuales laboran, porque este tipo de documento carece de cualquier efecto jurídico, es ineficaz y “contraviene el respeto y la dignidad de las víctimas y sus allegados, ya afectados con la prestación del servicio médico de salud” [12]. En esa misma línea, otra sentencia del Consejo de Estado advierte que el consentimiento informado no puede ser tratado con laxitud por parte de las entidades prestadoras del servicio de salud encargadas de efectuar tratamientos y procedimientos a los pacientes, pues “los formatos de consentimiento informado en los que se nota la falta de información suministrada al paciente, o formatos genéricos que no dicen nada [...] vulneran los derechos de las personas que acceden al servicio de salud” [13].

La libertad supone responsabilidad. Por eso la mayor parte de los hombres le temen tanto.

George Bernard Shaw, escritor irlandés.

SÍNTESIS

El consentimiento informado es el eje sobre el cual gira la relación ética y legal entre el profesional y el paciente. En el contexto de la bioética, dar información que contribuya a tomar decisiones, a sobrellevar una enfermedad y a enfrentar una necesidad en la atención de su salud supone el mayor respeto por la libertad y la autodeterminación del sujeto. En el contexto legal colombiano, el consentimiento informado es un imperativo irrefutable y exigible. La suma de ambos enfoques no deja duda de que el paciente es el titular del derecho a obtener la información, que esta debe ser entregada por los profesionales y los delegados de las instituciones que lo atienden de acuerdo con sus condiciones particulares y que durante todo el proceso de la atención en salud es el paciente o su representante quien debe tomar la decisión informada de aceptar o rechazar cualquier intervención diagnóstica o terapéutica.

Por el contrario, la ausencia del consentimiento informado vulnera los derechos del paciente y es motivo de sanción para el profesional y la institución. La decisión que se toma asumiendo riesgos desconocidos se torna inválida cuando se analiza dentro de un proceso de responsabilidad médica, sin importar que se produzca o no la materialización de estos riesgos durante la atención médica. El daño de no informar es autónomo, y consiste en la violación al derecho a decidir, lo cual se proyecta en la esfera personal del paciente como factores generadores de angustia, zozobra y preocupación, y de ese daño moral se puede derivar un perjuicio económico o laboral que conlleve a alguna sanción patrimonial.

CONCLUSIONES

- El profesional de la salud debe diferenciar la información que le da al paciente (que incluye todos los mensajes que emite desde que inicia la anamnesis hasta que lo da de alta) de la información que deja registrada en el documento que formaliza el proceso.
- No basta con informar los riesgos inherentes y las complicaciones frecuentes; se debe dar información relevante sobre los riesgos individuales que, por su condición clínica de base o por situaciones anatómicas, entre otras, contribuyen a desencadenar riesgos o complicaciones que en otros casos no se presentarían con una mayor probabilidad.
- El profesional de la salud debe dejar evidencia de la información oral y escrita que le da al paciente y de las recomendaciones que hace, antes, durante y después de un procedimiento terapéutico.
- La simple suscripción del documento que contiene el consentimiento informado carece de valor legal si el profesional no le ha dedicado al paciente y a sus familiares el tiempo necesario para entregar la información de manera completa, clara y precisa, de acuerdo con la situación personal del paciente (nivel cultural, condición social, etc.) y para verificar que el mensaje acerca de la causa de la patología, el diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento y los riesgos previsible han sido plenamente entendidos antes de que adopte una decisión. Tampoco tendrá valor legal si el profesional no ha permitido que el paciente decida en sentido positivo o negativo de manera voluntaria y sin coacciones.
- Antes de acometer cualquier acto médico, el profesional de la salud tiene la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente o de

su representante legal, porque ello es una prueba de respeto por la autonomía, la libertad, la voluntad y la dignidad del usuario de sus servicios.

- Al profesional de la salud le corresponde acreditar que ha cumplido a cabalidad el proceso del consentimiento informado. Por lo tanto, antes de proceder, debe dejar constancia escrita en las anotaciones de la historia clínica y en el documento del consentimiento informado acerca de los informes que él ha dado al paciente, de las preguntas que ha respondido y de las decisiones que tomó el paciente o su representante.
- Todo profesional que atienda al paciente debe cumplir el proceso del consentimiento informado, sin importar que otros profesionales de la misma institución ya lo hayan hecho, pues las responsabilidades y los riesgos que implica el desarrollo de cada acto médico son diferentes.
- El flujo adecuado de información entre los profesionales que atienden al paciente contribuye a evitar los eventos adversos.
- El registro que se debe dejar en la historia clínica sobre el consentimiento informado no solo aplica cuando este se obtiene, sino también cuando no es posible obtenerlo. En este último caso debe registrarse dicha situación como evidencia documental (Decreto 3380 de 1981, artículo 12).
- El incumplimiento de la obligación de informar y obtener el consentimiento del paciente puede generar por sí solo responsabilidad jurídica de diferente índole para el galeno y, conforme a ello, este puede ser sancionado (con suspensión del ejercicio profesional, afectación patrimonial, etc.), incluso cuando haya obtenido resultados médicamente exitosos y sin que exista daño para la vida o integridad personal del paciente.
- Sobre el alcance del consentimiento informado existe la equivocada creencia de que solo aplica para procedimientos quirúrgicos, cuando en realidad es necesario para cualquier acto médico, tratamiento o procedimiento que comporte riesgos previsibles o probables para su vida,

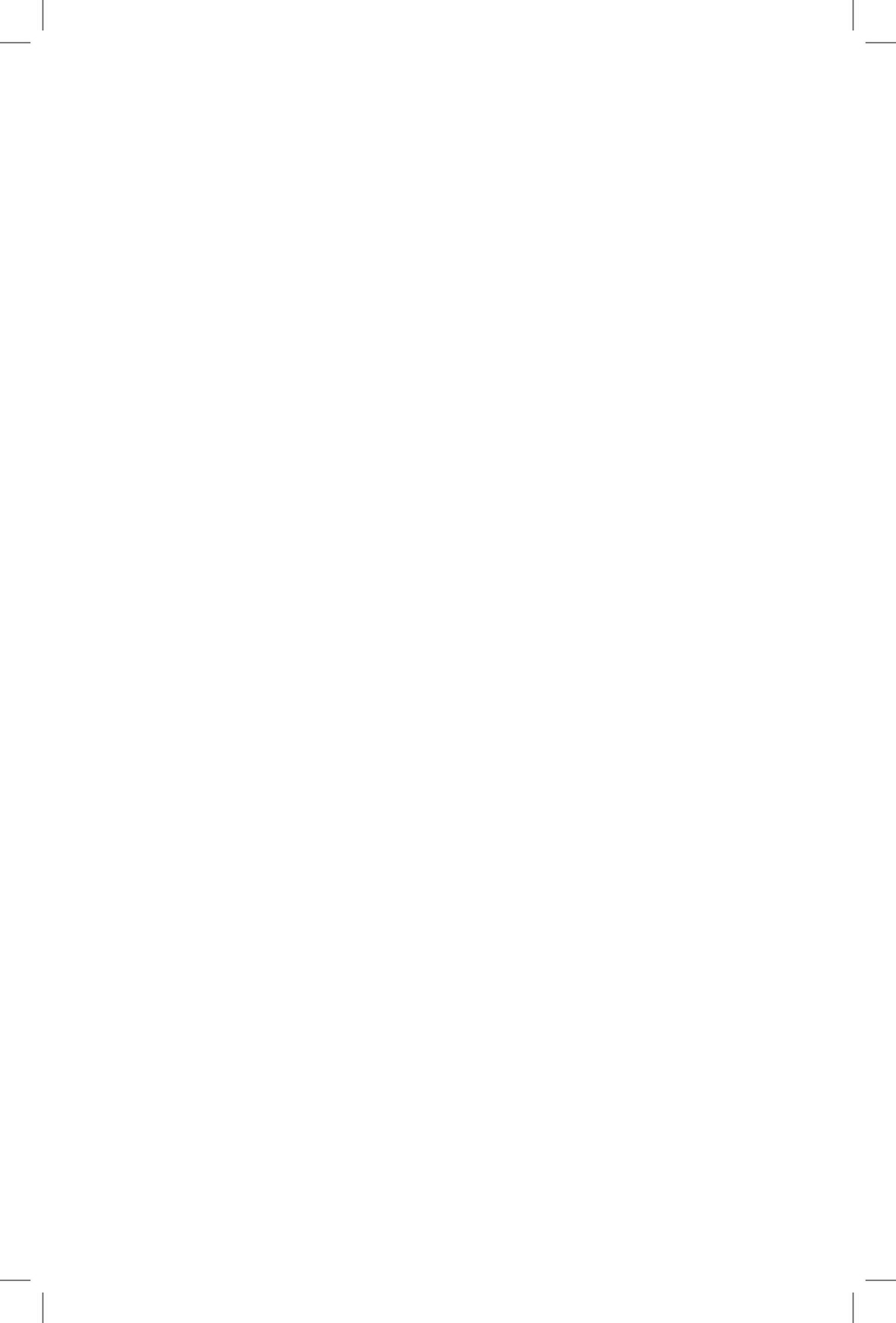
su salud o su integridad; por ejemplo, es necesario en la atención de un parto vaginal.

- La consecuencia jurídica por el incumplimiento de esta obligación puede variar, pues para algunos repercute en que el médico es quien asume y debe responder por los riesgos intrínsecos del procedimiento o tratamiento, incluso dentro de una buena praxis profesional, mientras que otros precisan que el médico solo respondería por la violación de la autonomía del paciente, hecho que no deja de ser censurable, sancionable y objeto de indemnización patrimonial.

REFERENCIAS

1. Luengas S. El Consentimiento Informado: Concepto y Análisis de Eventos Adversos. Centro de Gestión Hospitalaria. Revista Vía Salud. 2008;48:6.
2. Gómez LM, Cubides O. Consentimiento informado. En: Tratado de anestesiología pediátrica. Bogotá: SCARE, 2015. pp. 397-411.
3. Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM. El cirujano y el consentimiento informado. J Am Coll Surg. 2009;208:627-34.
4. Díaz E, García J. Oncología clínica básica. Madrid: Ediciones Aran; 2000.
5. Colombia, Congreso de la República. Ley 23 de 1981 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica [internet]. 1981 [citado 2015 oct. 12]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf

6. Colombia, Congreso de la República. Ley 35 de 1989, sobre ética del odontólogo colombiano [internet]. 1989 [citado 2015 oct. 12]. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0035_1989.htm
7. Colombia, Congreso de la República. Ley 911 de 2004 Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [internet]. 2004 [citado 2015 oct. 12]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
8. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes [internet]. 1991 [citado 2015 oct. 10]. Disponible en: http://www.compensar.com/doc/sal/Resolucion_%2013437_%201991.pdf
9. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 4343 de 2012 Por la cual se unifica la regulación en la carta de derechos y deberes del afiliado [internet] 2012 [citado 2015 oct. 10]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%204343%20de%202012.pdf
10. Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera. CP. Olga Mélida Valle de la Hoz, expediente 21243, sentencia de marzo 14 de 2012.
11. Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera. CP. Mauricio Fajardo Gómez, expediente 19437, sentencia de octubre 03 de 2011.
12. Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera. CP. Stella Conto Díaz del Castillo, expediente 21007, sentencia de abril 27 de 2011.
13. Colombia, Consejo de Estado, Sección Tercera. Subsección B, CP. Danilo Rojas Betancourth, expediente 26660, sentencia de marzo 27 de 2014.



05

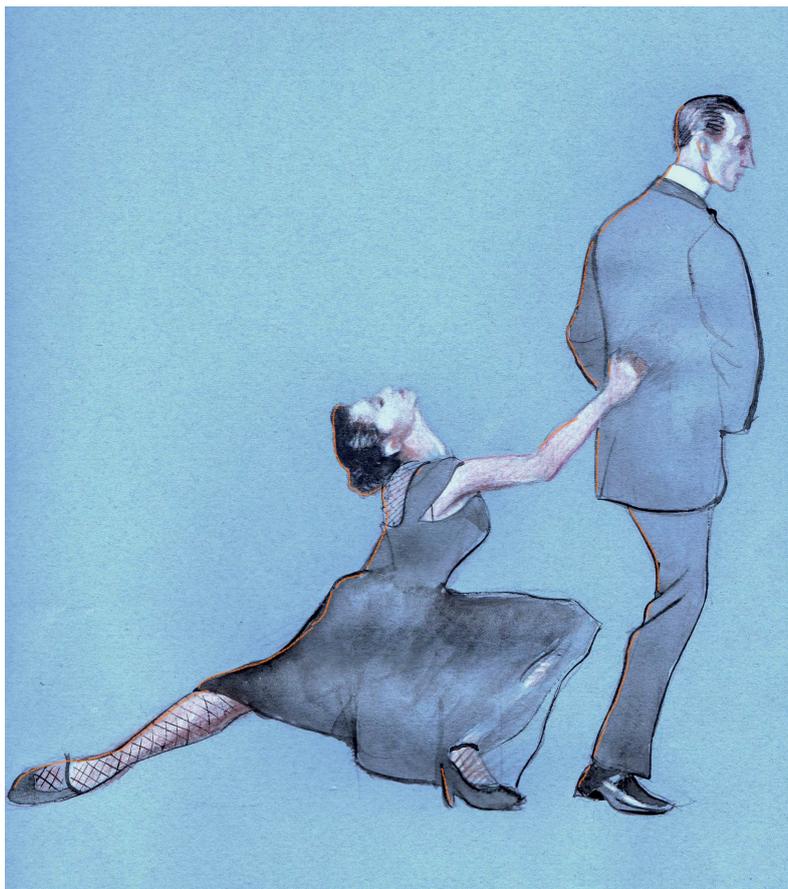
PERMANEZCA AL LADO DE SU PACIENTE

Fernando reconoció su cara ya marcada por la muerte y esos ojos que pedían disculpas o quizá pedían permiso. Fernando se acercó y el niño lo rozó con la mano:

—Decíle a... —susurró el niño—. Decíle a alguien que yo estoy aquí.

Eduardo Galeano, "Nochebuena"

Figura 5.1 No abandonar, es más que simplemente cumplir una obligación; es demostrar consideración, humanismo y respeto por el otro



INTRODUCCIÓN

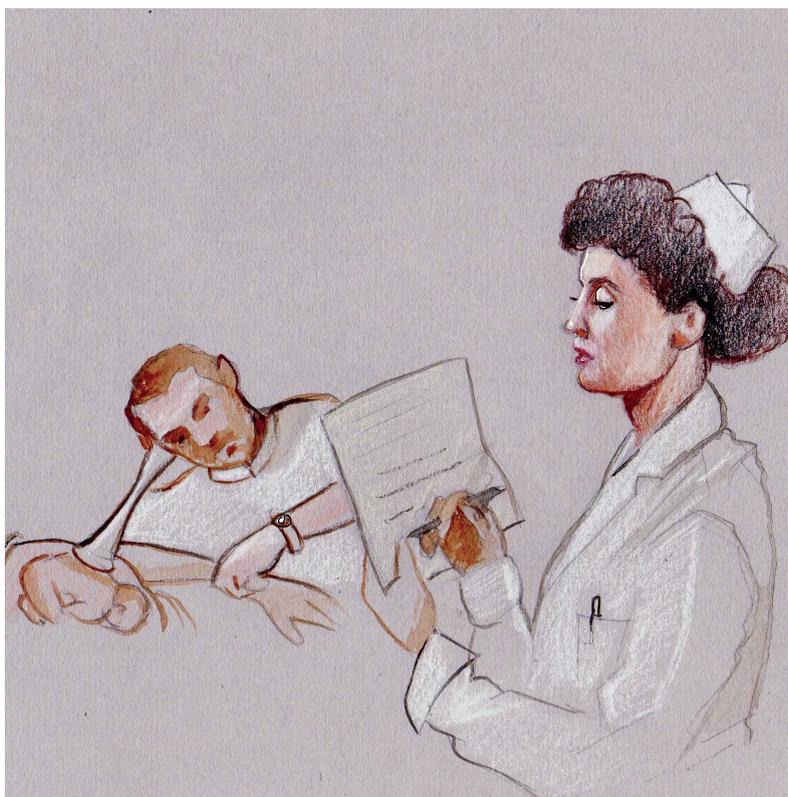
Mientras cumple sus obligaciones laborales, el médico contemporáneo se ve abocado a un dilema: ajusta la habitual sobrecarga de trabajo al limitado tiempo que le asignan las instituciones de salud para la atención de los pacientes o atiende a cada paciente de acuerdo con las necesidades de la enfermedad, brindándole no solo la atención requerida, sino también respondiendo sus solicitudes de apoyo y consejo. Si toma la primera opción, corre el riesgo de incurrir en errores que pueden afectar su actividad laboral y su patrimonio; si opta por la segunda, renuncia a las expectativas de mejorar su situación económica, pues sus principales fuentes de ingresos son los honorarios que recibe por la atención de cada usuario o el sueldo por dedicar un tiempo establecido a una institución.

Quien labora en una institución de salud no solo contrae las obligaciones legales estipuladas en el contrato, también asume las que señala el Código de Ética Médica y las responsabilidades de orden legal que se derivan de su posición de garante del paciente. Desde la perspectiva ética, estar al lado del paciente no se considera simplemente un acto para cumplir una obligación profesional, se cataloga como una muestra de consideración, de humanismo, de respeto por los demás, porque la esencia de la labor que desempeña el profesional de la salud es procurar la mejoría en el estado de salud y en la calidad de vida de sus pacientes; ese deber deontológico implica ofrecer los cuidados y los tratamientos en el momento oportuno, que es cuando el paciente los requiere.

Desde la óptica legal, los conocimientos especiales que posee el profesional de la salud le generan obligaciones constitucionales y legales especiales frente a la sociedad; por ello, se le exige más que a otras profesiones

en cuanto a la oportunidad del servicio, que es lo que finalmente se discute cuando se analiza el concepto *abandono del paciente*. El médico que no atiende satisfactoriamente las obligaciones que se acaban de señalar puede incurrir en abandono del paciente.

Figura 5.2 El médico que permanece al lado de su paciente demuestra una conducta diligente, que evita procesos disciplinarios, laborales, de responsabilidad patrimonial, éticos y penales



EJEMPLO

Una mujer joven y sana recibe los controles prenatales de su primer embarazo en un hospital público de segundo nivel de complejidad. A la semana 34 de gestación, acude al servicio de urgencias del mismo hospital porque siente “contracciones uterinas fuertes”, dolor de cabeza y malestar general. El médico especialista en ginecoobstetricia que la atiende encuentra cifras altas de presión arterial (150/100 mm Hg), edema en los miembros inferiores, altura uterina de 28 cm, frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto y 1 contracción uterina de baja intensidad por minuto; el examen vaginal describe dilatación cervical de 1 cm, membranas íntegras, cuello largo, sin sangrado ni salida de otros fluidos. Con diagnósticos de hipertensión inducida por el embarazo y amenaza de parto pretérmino, la hospitaliza, ordena fluidos parenterales y medicamentos para abolir las contracciones, solicita exámenes de laboratorio (hemoleucograma con velocidad de sedimentación y citoquímico de orina) y decide trasladar a la paciente para que le tomen una ecografía gestacional. Los informes iniciales de los exámenes de laboratorio están dentro de los límites normales y la respuesta al tratamiento utero-inhibidor es adecuada; durante la primera noche de hospitalización la paciente permanece asintomática, sin cambios en su estado general; las notas de enfermería no reportan ningún evento anormal. Al día siguiente, a las 07:00 horas, la enfermera jefe del servicio que recibe el turno despierta a la paciente, la encuentra con signos vitales estables, pero no puede determinar la frecuencia cardíaca fetal. De inmediato, llama al médico encargado de la sala de hospitalización, quien confirma la ausencia de ruidos cardiacos fetales y ordena una ecografía que diagnostica muerte fetal intrauterina. Se induce un parto vaginal y se obtiene un mortinato.

Al revisar la historia clínica, no se encuentra ninguna nota de evolución médica entre las 19:00 horas del día de ingreso a la sala de hospitalización y la mañana siguiente. El médico auditor del hospital indaga sobre las actividades del especialista que estaba de turno durante esa noche en el servicio de ginecoobstetricia, sin encontrar registro alguno de su presencia; una auxiliar de enfermería declara que se abstuvo de tocar la puerta del área de descanso médico por temor a enfrentar la ira del obstetra de turno, pues este se molesta mucho cuando se le llama mientras duerme. Este especialista recuerda que llegó al hospital un poco tarde, que fue directamente al quirófano y realizó dos cesáreas consecutivas; luego, evaluó varias pacientes en urgencias, comió algo y se fue a descansar, pero no recuerda haber sido llamado a las salas de hospitalización. Además, afirma que si hubiera sido llamado para algo, lo tendría claro, pues tiene muy buena memoria.

La mujer presenta una queja ante la dirección del hospital en contra del grupo multidisciplinario que intervino en su atención. El funcionario que lleva el proceso disciplinario concluye que, evidentemente, el feto había fallecido, que hubo falta de vigilancia permanente del binomio madre-hijo y que en la historia clínica no existen anotaciones del médico especialista en ginecoobstetricia que tenía a su cargo la sala de hospitalización durante el turno de la noche. La recomendación del auditor es destituir del cargo al médico especialista. El gerente decide aplicar la sanción.

Figura 5.3 Resumen del ejemplo





UNA ECOGRAFÍA DEMUESTRA QUE EL FETO NO TIENE ACTIVIDAD CARDIACA



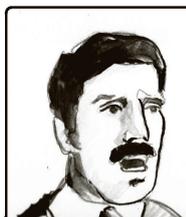
LA PACIENTE TIENE UN PARTO VAGINAL Y NACE UN NIÑO MUERTO



LA MUJER PRESENTA UNA QUEJA ANTE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL



AL REVISAR LA HISTORIA CLÍNICA, NO SE ENCUENTRA NINGUNA NOTA DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA



EL FUNCIONARIO QUE INVESTIGA RECOMIENDA SANCIONAR AL MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA



EL GERENTE DEL HOSPITAL DESTITUYE AL ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

ANÁLISIS

La muerte del ser humano que está por nacer es una de las mayores tragedias de la práctica médica; es posible que el profesional de la salud aprenda a sobrellevarla, pero permanecerá siempre en quien la ha padecido. Por ello, a pesar de que no siempre es posible impedir su ocurrencia, el médico tiene la obligación de implementar todas las medidas necesarias para evitarla o para reducir su incidencia; esa es la razón de ser del cuidador de la madre. La mayoría de las veces, la muerte fetal intrauterina no es un hecho sorpresivo o insospechado, sino que es el resultado de una condición patológica atada a la gestación con factores de riesgo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo. Esta entidad puede cursar sin que se presenten mayores síntomas, a pesar de que genere daños en los órganos maternos, en la placenta y en el feto; la única manera de conocer su progresión es examinar al binomio madre-hijo de manera periódica, con valoraciones programadas e impostergables.

Un médico diligente no delegaría este acto tan importante a otros profesionales de la salud; por el contrario, programaría las actividades que amerita cada paciente de manera rigurosa y sin tomar en cuenta la percepción externa de sus colaboradores. Los médicos que atienden las jornadas nocturnas en los servicios de hospitalización suelen interpretar la tranquilidad y la “paz” como señales de bienestar de las personas que se encuentran en sus camas, pero esta percepción puede resultar errónea porque los pacientes silentes representan mayores riesgos; sin embargo, los médicos pocas veces irrumpen en las habitaciones para despertar a los pacientes, posiblemente porque tienen la idea de que para un enfermo no hay nada más benéfico y reparador que un buen sueño. La consecuencia es

que la vigilancia nocturna termina delegada en el personal de enfermería, pero puede ocurrir que el médico no reciba ningún informe, porque los profesionales menos capacitados no detectan los signos o las señales de alarma. Entonces, sin importar la hora, el médico diligente despierta a su paciente, lo evalúa, utiliza todos los recursos que tenga a su alcance para definir la condición clínica actual y efectúa los registros respectivos.

Además, no basta con atender al enfermo, resulta imprescindible definir quién continuará ejerciendo las labores de cuidado, pero el siguiente cuidador debe tener iguales o mejores cualidades y competencias que el anterior. Es decir, cada paciente debe ser 'entregado' y se debe dejar constancia escrita de ello. Si el primer cuidador no presenta el paciente al médico que lo sucederá, si lo presenta mal o si lo deja en manos de una persona con un menor nivel de capacitación, incurre en abandono. La tabla 5.1 presenta otras conductas de los profesionales de la salud que violan el deber de cuidado y que los hacen incurrir en abandono del paciente.

Tabla 5.1 Conductas de los profesionales de la salud que violan el deber de cuidado y que los hacen incurrir en abandono del paciente

Conductas	Comentario
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar turnos de disponibilidad al mismo tiempo en dos instituciones diferentes. • Atender de manera simultánea a dos pacientes. • Administrar anestésicos simultáneos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional de la salud no tiene el don de la ubicuidad. • Cuando se demuestra, se determina que el médico no permaneció al lado del paciente, como era su deber.

<ul style="list-style-type: none">• Retirarse del turno de manera injustificada.• Presentarse tarde al turno.• Retirarse temprano del turno.	<ul style="list-style-type: none">• El paciente no queda a cargo de otro profesional de iguales condiciones.
<ul style="list-style-type: none">• Cubrir los turnos de los compañeros durante los fines de semana.• Contraer la responsabilidad contractual de cubrir todos los turnos de manera individual (las 24 horas del día, los 7 días de la semana).	<ul style="list-style-type: none">• Significa que se asumirán como propias jornadas mayores de 24 horas.• Son modalidades de labor imposibles de cumplir desde el punto vista físico.• Constituyen un claro riesgo de incumplir la obligación de estar al lado del paciente.
<ul style="list-style-type: none">• Ser un médico itinerante (el profesional que realiza la intervención en una ciudad diferente a la de su domicilio principal o habitual).	<ul style="list-style-type: none">• Si viaja el mismo día, debe dejar el paciente a cargo de un profesional que ostente la misma especialidad.
<ul style="list-style-type: none">• Dejar de atender al paciente con quien se tiene una relación contractual particular, por cualquier razón.	<ul style="list-style-type: none">• Debe avisar previamente, concertar el momento con el paciente y entregar los registros al médico que va a continuar la atención.

Cuando se demuestra negligencia en los actos del profesional, se determina que este obró con culpa. Fernando Javier Herrera R. define así la *negligencia*:

[...] descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto médico. Es decir, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe. Es no guardar la precaución necesaria o tener indiferencia por el acto que se realiza. La negligencia es sinónimo de descuido y omisión. Es la forma pasiva de la imprudencia y comprende el olvido de las precauciones impuestas por la prudencia, cuya observación hubiera prevenido el daño. [1]

Con respecto a la culpa, el mismo autor dice:

En más del 60 % de los casos no se evidencia culpa. En los casos en que se detecta algún tipo de esta, se presenta en primer lugar por negligencia —no hacer—, seguida de impericia —no saber— e imprudencia, respectivamente. En algunos casos se observa que existen en el mismo proceso culpas simultáneas. [1]

En Colombia se encuentra jurisprudencia sobre situaciones similares al caso que se citó como ejemplo. Una sentencia de la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales reza lo siguiente:

Tal como lo demuestran los medios probatorios, el especialista de turno presentó una actitud pasiva en frente de las complicaciones atraídas con el suministro del medicamento, pues ni siquiera se desplazó a la entidad a valorar directamente a la gestante, ante la alegada obligación de no estar presente en la institución y tan solo estar de disponibilidad; además de evidenciar que se dejaron de lado las condiciones del caso que cualquier protocolo médico indican que al menos debió contestar su teléfono y estar presto a las llamadas de urgencia [...]. En lo tocante al nexo causal que debe mediar en este tipo de responsabilidad entre el hecho generador y el hecho dañino, se vislumbra su acreditación, en razón a que se probó que de actuar contrario a las conductas silentes y despreocupadas efectuadas por el especialista de turno [...] tal vez se hubiera salvado la vida de la niña [...] [2]

Un profesional de la medicina puede ser denunciado ante diferentes instancias judiciales por haber incurrido en abandono del paciente. Las probabilidades de ser investigado, condenado y sancionado dependen del tipo de proceso que se abre luego de la denuncia. En el caso que nos ocupa, la queja se presentó ante la dirección del hospital y motivó la apertura de un proceso disciplinario. El profesional fue investigado por un funcionario administrativo del hospital por incumplir obligaciones de orden funcional (laboral) y fue sancionado por el gerente con una medida disciplinaria, que fue la destitución del cargo.

La madre y el padre del niño que nació muerto también podrían adelantar un proceso contencioso administrativo. En el proceso civil, el demandante debe demostrar que el demandado incumplió las obligaciones contractuales o extracontractuales, porque se presentó un error médico y se considera que esto generó un daño, el cual debe ser objeto de una reparación o indemnización de orden patrimonial. En el proceso administrativo, el paciente o sus familiares, por medio de abogado, pueden presentar una demanda de reparación directa [3] ante un juzgado o tribunal administrativo, contra la empresa social del Estado (ESE) donde se haya prestado la atención médica en la que pudo incurrirse en el abandono. La ESE debe contestar la demanda, y al hacerlo, propone el llamamiento en garantía, mediante lo cual vincula al proceso al profesional de la salud. Lo anterior no significa que el profesional no pueda ser directamente demandado.

Simultáneamente, cualquier persona puede presentar una queja contra el médico o el equipo de profesionales ante el Tribunal de Ética Médica. La Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) en el capítulo 2, relacionado con la práctica profesional, menciona de manera expresa los deberes de un médico con los pacientes y con la institución donde labora. El artículo 21 especifica:

La frecuencia de las visitas y de las juntas médicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares. [4]Y el artículo 42 añade:

El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios. [4]

En un proceso ético por abandono del paciente, el magistrado investigador puede considerar que el médico no dedicó el tiempo suficiente a su paciente, que lo sometió a riesgos injustificados, que incumplió con sus deberes legales y laborales, y que desconoció el juramento hipocrático; si la Sala Plena del Tribunal decide que el médico violó uno o varios de los artículos de la Ley 23 de 1981, puede sancionarlo con medidas disciplinarias que van desde amonestarlo hasta suspenderlo en el ejercicio de la profesión.

Ninguno de los procesos anteriores constituye un impedimento para presentar una denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación. Por el contrario, en algunas ocasiones las autoridades que investigan la conducta del profesional en las instancias mencionadas deciden compulsar copias del expediente a la justicia penal. Si el fiscal considera que hay méritos para abrir una investigación, un juzgado penal citará al profesional a una audiencia de imputación. En el ejemplo que se analiza, el médico especialista en ginecoobstetricia que incurrió en el abandono del binomio madre-hijo podría ser judicializado por el delito de homicidio como resultado de una violación al deber objetivo de cuidado.

SÍNTESIS

No permanecer al lado del paciente puede ser catalogado como una manifestación de falta material de atenciones médicas y de violación al deber de cuidado. El médico tiene el deber de poner a disposición de su paciente sus conocimientos y los medios con los que cuenta para tratar de mejorar su estado de salud. Incumplir este deber se considera una conducta negligente, omisiva y culposa, que entraña consecuencias disciplinarias, laborales, de responsabilidad patrimonial, éticas y penales.

Sigue vigente la vieja y conmovedora frase de los profesores de antaño: *“Si hubiera sido tu familiar, ¿cómo habrías actuado o cómo esperarías que se hubiera desarrollado el acto?”*

CONCLUSIONES

- Nunca abandone al paciente.
- No delegue en terceros los procesos críticos de la atención.
- No se ausente de la institución de salud mientras está de turno.
- Si el paciente tiene un evento adverso, no se vaya hasta dejarlo resuelto, así la jornada laboral o el tiempo asignado hayan terminado.
- No se comprometa con turnos de atención simultáneos.
- No se comprometa a ejecutar jornadas que excedan 12 horas de labor continua.

REFERENCIAS

1. Herrera FJ. Manual de responsabilidad médica. Bogotá: Editorial Le-
yer; 2008.
2. Colombia, Congreso de la República. Ley 1437 de 2011, Por la cual se
expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencio-
so Administrativo. Bogotá: Diario Oficial No. 47.956 de 18 de enero
de 2011.
3. Colombia, Tribunal Superior de Distrito Judicial de Manizales, Sala
Civil-Familia. Sentencia de Segunda Instancia, MP. Álvaro José Trejos
Bueno. Proceso Ordinario de Responsabilidad Médica. Radicación No.
2012 -0020.
4. Colombia, Congreso de la República. Ley 23 de 1981 por la cual se
dictan normas en materia de ética médica (Código de Ética Médica).
Bogotá: Diario Oficial No. 35.711 de 27 de febrero de 1981.



06

ADMITA SUS *LIMITACIONES*

*Donde hay soberbia, allí habrá ignorancia;
mas donde hay humildad, habrá sabiduría.*

Salomón

Figura 6.1 Quien actúa en solitario, tiene una menor probabilidad de acertar y finalizar exitosamente su cometido



INTRODUCCIÓN

Para la prestación de los servicios de salud en Colombia, el sistema se ha venido organizando en instituciones clasificadas según los niveles de complejidad, lo cual define, entre otros aspectos, el talento humano con el que debe contar cada institución prestadora de servicios de salud (IPS). En este sentido, en algunas IPS, de acuerdo con la norma de habilitación[1], no hay especialistas y en otras solo están de disponibilidad profesionales de ciertas especialidades. Por esto, si en un determinado momento se requiere que otros especialistas valoren a un paciente, el médico tratante debe solicitar que ellos concurren a la IPS u ordenar la remisión para que los encargados realicen las gestiones correspondientes.

Para tomar una conducta adecuada resulta indispensable confirmar el diagnóstico presuntivo y descartar los diagnósticos diferenciales, en particular las condiciones de mayor gravedad que se puedan presentar según los signos y síntomas del paciente. Entonces, si después de realizar un interrogatorio completo sobre la enfermedad actual, los antecedentes patológicos y la revisión por sistemas, y luego de practicar un examen físico completo, de usar ayudas diagnósticas complementarias, de analizar los síntomas y los resultados de los laboratorios con el fin de establecer una hipótesis diagnóstica principal y otras hipótesis alternativas, el médico evaluador inicial considera que la condición amerita la concurrencia de los especialistas para aclarar el diagnóstico o para brindar el tratamiento médico o quirúrgico que el paciente requiere, debe proceder a solicitar la interconsulta, bien sea en la misma institución —si cuenta con el experto— o a través de la remisión a un centro que tenga la especialidad correspondiente.

Debe resaltarse que una valoración insuficiente o adoptar una conducta expectante, sin realizar un diagnóstico oportuno y adecuado, expone al paciente a complicaciones mayores, como podría ocurrir en casos en los que el médico considere que se trata de “cuadros típicos” que ameritan “manejo habitual”, los cuales, bajo la mirada rigurosa de un profesional con mayor experiencia y con una valoración completa y detallada, en realidad requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico más complejo que el inicialmente planteado por el médico general. En otras palabras, cuando se trata de cuadros de presentación *clínica atípica*, una conducta expectante pone al paciente en riesgo de complicaciones mayores. En estos casos el médico general debe acudir a la mirada de un profesional con mayor experiencia y acceso a mejores recursos diagnósticos. Por su parte, el especialista, frente a situaciones similares y atípicas, debe hacer uso de los medios diagnósticos necesarios, la observación estrecha del paciente, y la interconsulta o concurrencia de otros colegas para una segunda mirada si fuese necesario.

Figura 6.2 Muchos actos requieren el concurso de un compañero que sirva de sustento



EJEMPLO

Una mujer de 70 años, madre de dos hijas adultas, consulta al servicio de urgencias de una IPS de mediana complejidad porque desde hace 12 horas tiene dolor abdominal. Es atendida por un médico general, quien durante el interrogatorio sobre la enfermedad actual establece que el dolor comenzó en el epigastrio; que luego se ubicó en la parte baja del abdomen; que también ha tenido náuseas, pero sin vómito; que sus deposiciones son blandas, con frecuencia de dos veces al día, sin moco ni sangre, y que no ha presentado fiebre o síntomas urinarios.

Al preguntar sobre antecedentes, la paciente responde que no ha padecido enfermedades importantes, y en la revisión por sistemas informa que un año antes había presentado un dolor similar, que le realizaron una endoscopia de vías digestivas altas y que esta fue reportada como normal.

En el examen físico, el médico encuentra a la paciente hidratada, afebril, con signos vitales normales, y como hallazgo positivo registra dolor a la palpación abdominal en la fosa iliaca derecha, con signo de rebote dudoso. Solicita entonces un cuadro hemático, que informa 12.200 leucocitos/ml, con un recuento diferencial de 77 % de neutrófilos y con los demás parámetros normales.

A pesar de que el médico considera pertinente solicitar una interconsulta con el cirujano general, decide abstenerse de hacerlo, porque la IPS no cuenta con este especialista de manera presencial, sino de disponibilidad por llamada. Finalmente, con el diagnóstico presuntivo de síndrome de colon irritable, decide dar de alta a la paciente con tratamiento ambulatorio y le advierte que debe volver a consultar al servicio de urgencias si presenta aumento del dolor, vómito o fiebre.

Al día siguiente, la paciente regresa al servicio de urgencias de la misma IPS porque sigue con dolor y, además, presentó fiebre, con temperatura de 39 °C, y un episodio de vómito. Otro médico general la atiende y registra que el dolor abdominal no mejoró con el medicamento, que le impidió dormir y que en horas de la madrugada las hijas llamaron al farmacéutico del barrio, quien le aplicó una ampolla de Buscapina Compuesta® intramuscular. En el examen físico la encuentra febril, deshidratada, taquicárdica, polipneica, normotensa, con abdomen doloroso a la palpación en todos los cuadrantes, sin signos de irritación peritoneal. El cirujano general que figura en el turno de disponibilidad se presenta varias horas más tarde, solicita una ecografía abdominal, que no reporta hallazgos significativos, y deja a la paciente en observación.

Al tercer día de haber iniciado los síntomas, la paciente presenta deterioro del estado general; el cirujano diagnostica apendicitis aguda y resuelve practicar una laparotomía exploratoria. Encuentra un apéndice retrocecal perforado, con líquido purulento y fétido en los cuatro cuadrantes, por lo que realiza una apendicectomía, drenaje de peritonitis generalizada, lavado peritoneal y cierre de la cavidad abdominal. La paciente es trasladada a una habitación y la recuperación inicial transcurre sin complicaciones, por lo que en el primer día de postoperatorio el cirujano decide darle salida.

Una semana después de la cirugía, la paciente presenta una evisceración. Es operada nuevamente por el mismo cirujano, quien cierra el defecto de la pared abdominal; al tercer día presenta salida de líquido intestinal por la herida quirúrgica, por lo que otro cirujano general la interviene nuevamente y encuentra líquido intestinal en los cuatro cuadrantes abdominales y dos perforaciones intestinales. Luego de lavar la cavidad abdominal, suturar las perforaciones y dejar el abdomen abierto para un nuevo lavado, ordena el traslado a la unidad de cuidado intensivo de otra institución para el manejo de la sepsis de origen abdominal.

La paciente fallece dos días después; los familiares solicitan que se realice una autopsia médico-legal, cuya conclusión es que la causa de la muerte fue una falla orgánica múltiple secundaria a sepsis y a peritonitis provocadas por una apendicitis aguda perforada.

Las hijas presentan una denuncia ante la Fiscalía. Durante la investigación, se aporta al expediente la historia clínica, el informe de la necropsia médico-legal, el acta del comité convocado por la IPS para analizar el reporte de mortalidad y el dictamen de un perito forense. Con base en estas pruebas, el fiscal imputa cargos en contra de los médicos. Al primer médico general que atendió a la paciente se le endilga la violación del deber objetivo de cuidado, por no haber solicitado la consulta de un especialista en cirugía, para que diagnosticara de manera acertada el cuadro clínico que presentaba la paciente, y hace énfasis en que la institución contaba con especialista en cirugía; al cirujano general que la atendió inicialmente se le reprocha haber retrasado la primera cirugía y no haber sometido el caso a una junta médica, para definir el tratamiento que se debía seguir durante la segunda cirugía, posterior a la cual se presentó la evisceración del contenido abdominal, la perforación en el colon, la peritonitis y la sepsis que llevaron a la muerte de la paciente. El juez penal establece que la causa de muerte tenía relación con las conductas reprochadas a los médicos que atendieron a la paciente y remite el expediente al Tribunal de Ética Médica; las investigaciones ético-disciplinarias concluyen con la suspensión del ejercicio de la medicina para el médico general y para el primer cirujano.

Figura 6.3 Resumen del ejemplo





ANÁLISIS

Desde el punto de vista científico, en el caso que se analiza el médico general y el cirujano incurrieron en varias conductas inadecuadas. En primer lugar, el médico general no solicitó la valoración por el especialista en cirugía, a pesar de que los síntomas sugerían apendicitis y el cuadro hemático reportaba leucocitosis con neutrofilia, sin evidencia de infección urinaria; luego, le dio de alta a la paciente con una fórmula de antiespasmódicos. Los peritos resaltaron que no haber solicitado la opinión de los colegas y no haber interconsultado al cirujano eran falencias graves, porque el caso planteaba dificultades diagnósticas y la IPS contaba con especialista de disponibilidad. El cirujano general también mantuvo una conducta expectante, y aunque el cuadro clínico era altamente sugestivo de apendicitis, prefirió confiar en el reporte de un examen inespecífico, como la ecografía, con lo cual demoró aún más el tratamiento apropiado, que era la intervención quirúrgica de urgencia; luego, no tomó en consideración que la paciente tuvo perforación del apéndice retrocecal con peritonitis generalizada y le dio de alta de manera temprana, lo cual llevó a otras complicaciones graves y a la muerte de la paciente.

El diagnóstico acertado y el tratamiento oportuno de la apendicitis aguda reducen el riesgo de complicaciones. El cuadro clínico suele ser típico en niños, adolescentes y adultos jóvenes, pero en los lactantes y los adultos mayores la presentación puede ser atípica; esto obliga al médico general a ser más acucioso en la valoración del dolor abdominal de los pacientes en las edades extremas de la vida; y siempre que tenga dificultades para confirmar o descartar el diagnóstico presuntivo de apendicitis, debe solicitar

exámenes paraclínicos y convocar al especialista en cirugía. En todo caso, el médico general debe evitar las conductas expectantes sin un diagnóstico preciso —como el alta con indicaciones— y la formulación de analgésicos y antibióticos.

Desde el punto de vista jurídico, los dos médicos incurrieron en conductas omisivas, que se traducen en un *no hacer*. La omisión tiene relevancia jurídica en la medida en que no se realice el deber correspondiente y, por lo mismo, se genere o aumente un riesgo desaprobado que se concrete en un resultado adverso para la vida o integridad del paciente. El ciudadano que ejerce la profesión de la medicina tiene unos deberes específicos respecto a la vida y la salud de las personas, que están consagrados en el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981) [2] y en su Decreto Reglamentario, el 3380 de 1981 [3]. Entre otras obligaciones, el médico tiene el deber de dedicar a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente, así como el deber de no someter al paciente a un riesgo injustificado, que se define como aquel al que es sometido el paciente y que no corresponde a sus condiciones clínico-patológicas.

Cuando el médico asume la atención de un paciente, nace una relación jurídica que se conoce como la *asunción de la posición de garante*, en virtud de la cual adquiere el deber de poner a disposición del paciente sus conocimientos y los medios necesarios para mejorar su condición clínica y evitar resultados lesivos para la vida e integridad personal. Por lo anterior, en un proceso penal se analizan dos aspectos: 1) si el médico tenía el deber de actuar y 2) si se encontraba en la posibilidad de hacerlo y de evitar el resultado, teniendo en cuenta su capacidad individual y el contexto de la atención.

La atribución jurídica se funda en el deber de evitar un resultado injusto o antijurídico, que tiene el médico como garante en relación con su paciente; el no actuar (la omisión), teniendo el deber legal y la posibilidad hacerlo y de evitar el resultado (nexo de evitación), equivale a producirlo. La creencia común que justifica una omisión con el simple “no hice nada”, es justamente lo que fundamenta el reproche de una conducta omisiva en los casos en los que el médico tiene el deber de actuar. Según la doctrina jurídica vigente, la omisión se equipara a la acción y se denomina “cláusula de equivalencia”, que se da en los casos que se conocen como “comisión por omisión” (figura 6.4).

Figura 6.4 Comisión por omisión.





SÍNTESIS

En el caso planteado, el médico general que asumió la atención de la paciente, tenía la posición de garante y el deber legal de actuar. Este médico se limitó a seguir el camino de un diagnóstico (colon irritable), sin tomar en cuenta que estaba ante un cuadro clínico *atípico* y que podría tratarse de una entidad de mayor gravedad para la paciente, como lo es una apendicitis aguda; por ello, al no solicitar el concepto de sus colegas ni otros exámenes de apoyo o la valoración por un especialista, sometió a la paciente a un riesgo injustificado.

La exigencia de la conducta de un especialista es mucho más alta que la de un médico general, por cuanto aquel tiene conocimientos especiales que le permitan contar con mayores elementos que le médico general para proteger la vida de la paciente. El cirujano no estableció un diagnóstico claro del cuadro que presentaba la paciente y tampoco ordenó el tratamiento apropiado, con lo cual incurrió en omisiones y, por lo mismo, también sometió a la paciente a un riesgo injustificado.

CONCLUSIONES

- El acto médico apropiado debe llevar a confirmar el diagnóstico presuntivo después de descartar los diagnósticos diferenciales.
- Es necesario realizar un acto médico completo que incluya: interrogatorio exhaustivo antecedentes patológicos, revisión por sistemas, examen físico completo, ayudas diagnósticas complementarias y su correlación con el cuadro clínico, con el fin de llegar a un diagnóstico certero.
- Confiar en que se conocen a la perfección los cuadros clínicos típicos puede conducir a diagnósticos errados cuando los pacientes presentan una condición clínica que requiere una valoración más profunda para plantear un diagnóstico adecuado.
- El médico que asume la atención de un paciente debe procurar el acceso a los medios y las ayudas que se necesiten para acertar en su diagnóstico.
- Los médicos generales y especialistas deben reconocer sus limitaciones

y estar atentos a solicitar el concurso de otros expertos en beneficio del paciente, cuando su condición clínica lo amerite.

- En caso de duda sobre la conducta médica que se debe seguir o sobre el diagnóstico presuntivo, siempre se debe acudir a otras ayudas o asesorías, como la interconsulta con especialista, la realización de juntas médicas o exámenes complementarios. Si no está seguro acerca de cómo proceder, no asuma solo riesgos innecesarios, compártalos.
- Es recomendable que el médico no se ‘case’ con una sola presunción diagnóstica. Debe actuar siempre preventivamente frente a varias presunciones diagnósticas, aunque dentro de ellas exista una principal, conforme a la medicina basada en la evidencia; sus decisiones deben estar fundamentadas en la racionalidad científica de los hallazgos encontrados y documentados en la historia clínica.

REFERENCIAS

1. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 00002003 de 2014 (28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [internet]. 2014 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../Resolución%202003%20de%>.
2. Colombia, Congreso de la República. Ley 23 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica (Código de Ética Médica). Bogotá: Diario Oficial No. 35.711 de 27 de febrero de 1981.
3. Colombia, Presidencia de la República. Decreto 3380 de 1981 Por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. Bogotá: Diario Oficial No. 35.914, del 30 de noviembre de 1981.



07

PROCEDA CON *PRUDENCIA*

El hombre prudente es aquel que puede ver lo que es bueno para él y para los otros hombres.

Aristóteles, Ética a Nicómaco

Figura 7.1 La prudencia



La prudencia se refiere a la virtud de detenerse a ver —y a pensar— antes de actuar, con el fin de encontrar el bien o evitar el mal.

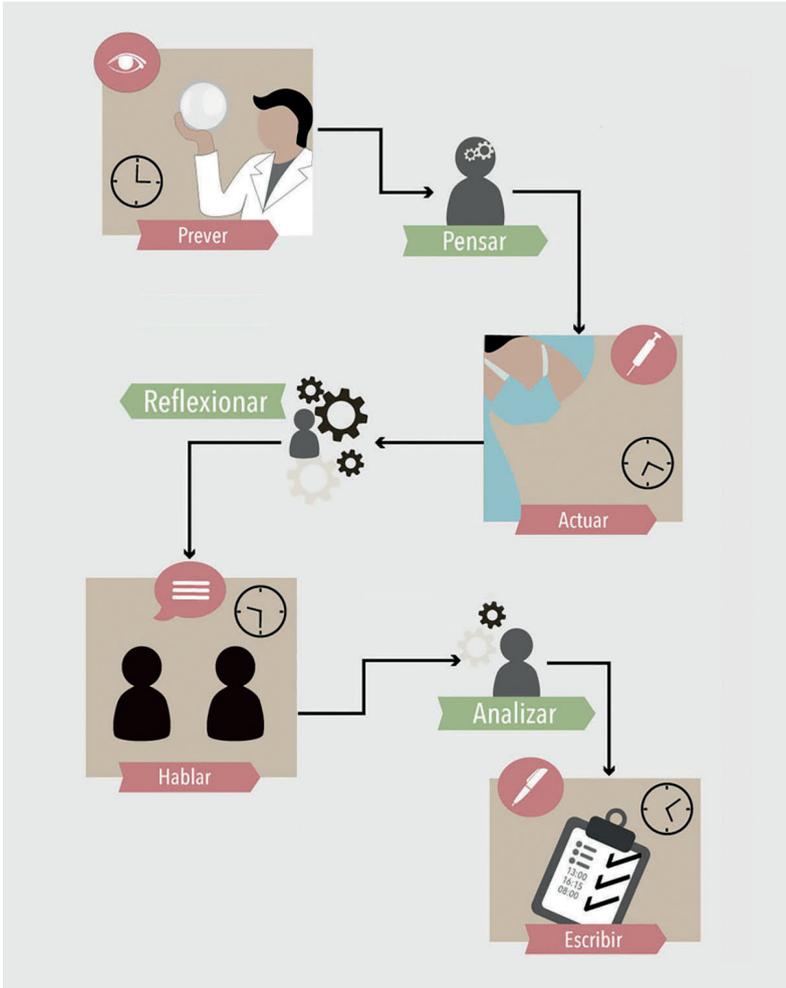
INTRODUCCIÓN

La palabra española prudencia se deriva del latín *providentia*, que está conformada por el prefijo *pro* ('antes'), el verbo *videre* ('ver') y por los sufijos *ent* ('ente') e *ia* ('cualidad'). A su vez, la palabra latina procede del griego *phrónesis*, que significa 'comprender' y fue usada por Aristóteles para denominar la virtud de diferenciar entre el bien y el mal. En este mismo sentido (discernir entre el bien y el mal), Seneca usó la palabra *providentia* para referirse a Dios. Es decir, la prudencia se refiere a la cualidad que tiene una persona de detenerse a prever antes de actuar, con el fin de encontrar la senda del bien o de evitar la del mal. La prudencia consiste, entonces, en actuar, hablar y escribir con cuidado y acertadamente. La persona prudente es precavida, tiene discernimiento y demuestra buen sentido, buen juicio, templanza, cordura y sabiduría. Actuar con prudencia indica respeto por la vida, por los sentimientos y por la libertad propia y de los demás, y evita posibles males, daños, dificultades e inconvenientes. No es suficiente actuar con prudencia, también se debe hablar y escribir sobre nuestro actuar con prudencia, pues esta actitud determina en buena medida el ejercicio seguro de la medicina.

Me has preguntado, Lucilio, por qué, si el mundo es regido por la Providencia, les suceden muchos males a los hombres buenos.

Séneca. De Providentia

Figura 7.2 Proceda con prudencia



La prudencia se logra deteniéndose a pensar antes de actuar, y reflexionando antes de hablar o de escribir.

EJEMPLO

Un paciente adulto presenta dolor abdominal. Se le toma una ecografía que muestra cálculos en la vesícula biliar y por ello es programado para extraerle la vesícula por medio de una cirugía laparoscópica. En la evaluación preanestésica es considerado apto para la cirugía. En este caso el procedimiento laparoscópico es técnicamente difícil porque no se puede identificar la vía biliar de manera adecuada; el cirujano decide cambiar la técnica y procede a realizar una colecistectomía abierta. Durante este procedimiento se presenta un sangrado abundante, que torna al paciente inestable desde el punto de vista hemodinámico; el cirujano decide utilizar compresas para empaquetar el lecho hepático sangrante y trasladar el paciente a la unidad de cuidado intensivo para reanimación y soporte hemodinámico. Al día siguiente, el mismo cirujano lleva al paciente nuevamente a cirugía para retirar el empaquetamiento, lo cual se realiza sin complicaciones. En las notas de la instrumentadora se registra el conteo de compresas completo, pero no especifica las que fueron retiradas y las utilizadas en la nueva intervención. En la nota operatoria, el cirujano tampoco registra el número de compresas que extrae del cuerpo.

El paciente se recupera de las cirugías, es dado de alta pero continúa quejándose de molestias abdominales, por lo que le ordenaron tratamiento con medicamentos. Un año más tarde, ante la persistencia del dolor abdominal, le toman una radiografía simple del abdomen que informó: “Imagen sugestiva de cuerpo extraño compatible con tipo compresa en región subhepática”. Es intervenido por otro cirujano, quien en la descripción quirúrgica anota que extrae una compresa encapsulada por epiplón; el tejido extraído en la cirugía no es enviado a patología. La evolución posterior es favorable.

El paciente presenta demanda de responsabilidad civil contra la clínica y los profesionales, en la cual solicita una indemnización por los daños que se le causaron. El demandante aduce que el primer cirujano y la instrumentadora fueron imprudentes al dejar olvidada una compresa dentro del abdomen y que el segundo cirujano trató de ocultar la información, ya que no envió a patología el material extraído en la cirugía para definir el diagnóstico y, además, ninguno de los profesionales le brindó información clara y directa. El proceso terminó por conciliación, pues se consideró que el riesgo de ser condenados a pagar la indemnización era muy alto.

Figura 7.3 Resumen del ejemplo





EL PACIENTE SE RECUPERA DE LA CIRUGÍA, PERO QUEDA CON DOLOR ABDOMINAL.



SE TOMA UNA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN QUE MUESTRA UNA IMAGEN COMPATIBLE CON UNA COMPRESA EN LA REGIÓN SUBHEPÁTICA

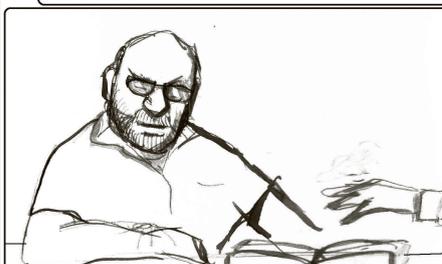


EL PACIENTE PARECE ENTENDER LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LOS CIRUJANOS RESPECTO DE LA COMPLICACIÓN DE LA PRIMERA CIRUGÍA



SE PRACTICA UNA NUEVA CIRUGÍA PARA EXTRAER EL COMPRESOMA. EL MATERIAL ENCONTRADO EN LA CIRUGÍA NO SE ENVÍA A PATOLOGÍA.

HAY DEFICIENCIAS EN LA INFORMACIÓN QUE EL MÉDICO LE DA AL PACIENTE Y A SU FAMILIA



EL PACIENTE INICIA PROCESO CIVIL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA

LOS ASESORES EXPERTOS ENCUENTRAN DEFICIENCIAS EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EN LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLÍNICA, AL IGUAL QUE ACTUACIONES IMPRUDENTES POR PARTE DE LOS PROFESIONALES.

EL PROCESO TERMINA EN CONCILIACIÓN.



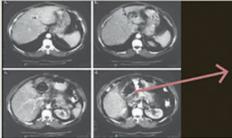
ANÁLISIS

El término *oblito* (del latín *oblitum*, 'olvidado') fue utilizado por primera vez por Roque L. Masciotra [1] para referirse a pseudotumores formados por material no absorbible, que, a diferencia de otros materiales, no cumple ningún efecto terapéutico. En consecuencia, un oblito constituye por sí mismo un evento adverso en un procedimiento quirúrgico. La mayoría de las veces, causa dificultades diagnósticas, morbimortalidad y problemas médico-legales.

Los cuerpos extraños olvidados en el abdomen tienen una incidencia variable, pero se calcula que sucede 1 vez por cada 10.000 casos intervenidos. Se observa predominio en el sexo femenino (57 %), con una mayor incidencia en las cirugías del sistema digestivo (52 %), seguidas por las ginecológicas. Aproximadamente el 80 % de los oblitos abdominales corresponden a compresas, gasas y campos quirúrgicos, los cuales contienen fibras de celulosa que no son asimilables por el cuerpo humano; con menos frecuencia, corresponden a sistemas de drenaje y objetos metálicos, como tijeras o pinzas. Sin embargo, los cuerpos extraños no son exclusivos del abdomen, pues también pueden estar presentes en las extremidades y en el tórax, donde producen dolor localizado y tos persistente. En la tabla 7.1 se presenta una lista de los factores predisponentes de los cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal.

Figura 7.4 Oblito

Oblito *abdominal*



TAC de abdomen

Región subhepática.
Muestra una masa esoiingiforme con líquido en su interior, rodeada por una cápsula y tejido inflamatorio.



Pieza quirúrgica

Muestra un fragmento de tela (compresa) rodeada de una cápsula conformada por tejidos del paciente.



Compresas, torundas o gasas

Se pueden quedar en la cavidad abdominal durante una cirugía

CONSECUENCIAS



Dudas del médico

- El cuadro clínico...¿se debe a una inflamación, a una infección o a un tumor?
- La masa...¿será benigna o maligna?
- ¿Es una patología nueva o fue una complicación de una enfermedad anterior?



Enfermedad del paciente

- Dolor y distensión abdominal.
- Fiebre, absceso, sepsis.
- Obstrucción intestinal



Problemas legales

Disciplinarios: violación de normas.
Éticos: imprudencia.
Civiles: responsabilidad por daños.
Penales: lesiones personales culposas

Tabla 7.1 Factores predisponentes de los cuerpos extraños olvidados en la cavidad abdominal

Tipo	Factor
Relacionados con la cirugía	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías de urgencias • Cirugías prolongadas • Cirugías realizadas en las horas de la noche • Sangrado importante durante la cirugía • Cambios abruptos de planes o modificación de la técnica quirúrgica
Relacionados con el personal quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de personal durante el acto quirúrgico • Fatiga en el personal quirúrgico
Relacionados con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado importante • Alto índice de masa corporal (obesidad)

Fuente: Borrález et al. [2]

Como el oblitio es un riesgo inherente a todos los procedimientos invasivos, es indispensable minimizarlo, adoptando medidas para controlar los factores predisponentes que se mencionan en la tabla 7.1, dando cumplimiento a los estándares de cuidado y aplicando las listas de verificación señaladas en las tablas 7.2 y 7.3.

Seguir las medidas de seguridad, además de prevenir el evento adverso, disminuye el riesgo de litigios o confrontaciones; también es muy importante mantener una buena relación médico-paciente, informar claramente la presentación de este evento adverso, para que el paciente y su familia puedan entender lo que sucedió, y hacer evidente la constante preocupación de los profesionales de la salud por solucionar el problema.

Tabla 7.2 Estándar de cuidado y lista de verificación para prevenir los oblitos

Estándar de cuidado
<ul style="list-style-type: none">• Los paquetes deben llevar igual número de compresas, gasas o torundas.• Los recuentos deben ser audibles, ordenados y cuidadosos.• Si se deja empaquetada la cavidad, esto debe anotarse claramente.• No debe existir aguja alguna sobre la mesa sin portaagujas.
Lista de verificación
<ul style="list-style-type: none">• Debe hacerse un recuento de compresas y de instrumental antes de iniciar la cirugía, al cierre de la cavidad operada y al cierre de la piel.• Si el recuento de los materiales no coincide, se repite, y si persiste la falta de coincidencia, debe tomarse una radiografía de la cavidad antes de salir del quirófano.

Fuente: Borrález et al. [2]

Tabla 7.3 Funciones del equipo quirúrgico para controlar el riesgo de oblitio

1. Funciones del profesional en instrumentación

Antes de la cirugía

- Contar las compresas, gasas y torundas; dejar por escrito esta información en su registro y hacerla anotar en el tablero del quirófano.
- Contar el instrumental quirúrgico; verificar el estado de las compresas (motas, manchas, marcador radiopaco, textura, etc.).
- Contar las agujas de cartillas o carpetas y guardar todos los sobres internos de las suturas, en los que aparece la cantidad de agujas incorporadas a cada sutura, como guía para el conteo final.

Durante la cirugía

- Estar permanentemente atentos a la introducción de compresas, gasas y torundas en la cavidad operatoria.
- Contar las nuevas compresas incorporadas al campo operatorio e indicar a la circulante que las anote en la hoja respectiva para el conteo final.
- Hacer el recuento cuando el cirujano indique que va a empezar a cerrar la cavidad; avisar al cirujano el resultado del conteo.
- El conteo de compresas debe partir del campo quirúrgico hacia la periferia.
- No cortar las compresas, gasas o torundas.

- Tener en la mesa un lugar definido para recibir las hojas de bisturí y elementos cortopunzantes utilizados durante la cirugía. El conteo de agujas debe realizarse partiendo de las más grandes a las más pequeñas, o viceversa; lo importante es que siempre se realice en la misma forma.
- El conteo debe realizarse en voz alta y en conjunto con la circulante.
- Montar las suturas en portaagujas y, una vez utilizadas, dejarlas en un contenedor (idealmente imantado) destinado para ello, por ejemplo Kendall® o Baxter®
- Verificar que todas las agujas y hojas de bisturí sean devueltas al campo intermedio y retirarlas inmediatamente.
- Informar al cirujano del resultado del conteo de cuerpos extraños.

Al finalizar la cirugía

- La instrumentadora debe contar las agujas y este conteo debe coincidir con la cantidad de suturas entregadas por la circulante durante la cirugía.
- Deberá contar el instrumental quirúrgico y verificar que no falte ningún instrumento o alguna de sus partes. Eliminar todo el material cortopunzante en los contenedores resistentes a la punción, dispuestos para este fin.

2. Funciones del personal de enfermería (circulante)

Antes de la cirugía

- Proporcionar compresas, gasas y torundas a la instrumentadora, anotando la cantidad en la hoja de control interno del paciente, en "Registro de enfermería".
- Anotar la cantidad entregada por la instrumentadora de todo el material que se debe contar.

Durante la cirugía

- Recoger los instrumentos que han caído al piso, mostrarlos a la instrumentadora y depositarlos dentro de una palangana para incluirlos en el conteo final; dichos instrumentos no deben ser sacados de la sala quirúrgica.
- Contar las compresas que han sido usadas y desechadas por el equipo quirúrgico durante la cirugía. Para ello deberá usar elementos de protección personal, como guantes y pinzas o usar una superficie plástica impermeable para realizar el conteo de aquellas compresas usadas y que se encuentran fuera del campo operatorio. Debe extender una a una las compresas sobre la superficie plástica, una sobre la otra, formando grupos de diez, a la vista de la instrumentadora.
- Contar las torundas poniéndolas en pocillos, en grupos de diez.
- Si después de haber agotado todas las instancias el conteo no concuerda, avisar en voz alta al cirujano la falta de la compresa, gasa o torunda. No retirar ninguna bolsa del pabellón hasta finalizada la cirugía.
- En caso de relevo de la circulante, debe entregar por escrito el conteo de compresas, gasas y torundas.
- Si se requieren compresas destinadas al acto quirúrgico para acomodar al paciente, la persona que las requiera deberá avisar a la circulante y a la instrumentadora y esto deberá quedar registrado en la hoja de control interno del paciente.
- Los sobres de la sutura entregada a la instrumentadora no deben ser incluidos en el conteo de agujas, ya que el número de sobres abiertos no necesariamente indica la cantidad de agujas de sutura entregadas a la instrumentadora.
- El conteo final de los instrumentos debe ser realizado después de haberlos devuelto todos a la instrumentadora: portaagujas, tijeras, retractares, etc.

3. Funciones del médico cirujano

- Dirigir y facilitar el conteo de todos los elementos involucrados en la cirugía.
- No cerrar la cavidad operatoria mientras el conteo no esté conforme.
- Avisar a la instrumentadora la introducción de compresas u otro elemento dentro de la cavidad; avisar cuando cierre un órgano hueco dentro de la cavidad.
- No dejar abandonado material cortopunzante sobre el paciente.
- Antes del cierre de cualquier cavidad, revisar las cavidades operatorias, cerciorándose de que no haya elementos extraños.
- En caso de que el conteo no esté conforme, deberá agotar las instancias para que esto ocurra. El cirujano podrá requerir un equipo de rayos X cuando lo considere necesario para visualizar la compresa, gasa, torunda o cualquier otro elemento reportado como perdido.

4. Funciones del médico anestesiólogo

- Si el anestesiólogo va realizar algún procedimiento que requiere compresas, debe utilizar compresas diferentes de las que contiene el paquete quirúrgico. Estas compresas deben ser contadas al inicio y al final del procedimiento que realiza el anestesiólogo, y se debe dejar un registro.
- El anestesiólogo debe usar una de estas compresas para secarse las manos y debe evitar que se mezcle con las que han usado los miembros del equipo quirúrgico.

Fuente: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [3]

Con mucha frecuencia, un oblito quirúrgico determina el inicio de demandas en contra de las instituciones y de los profesionales de la salud que participaron en el acto médico. La explicación de ello es que se percibe el oblito como indicador de descuido o de error; por lo tanto, amerita resarcimiento.

Los jueces y las altas cortes, para fallar en casos como el que nos ocupa, han echado mano de la regla del derecho anglosajón *res ipsa loquitur*, locución latina que traduce 'la cosa habla por sí misma'. Esta regla, fue propuesta por primera vez en Estados Unidos para definir el caso *Byrne vs. Boadle*, sucedido en 1863, cuando el demandante fue herido por la caída de un barril de harina desde una ventana en un segundo piso. La Corte presumió que el simple hecho de que hubiera caído un barril en tales circunstancias demostraba, en sí mismo, que existía negligencia, a pesar de que no se supo cómo ocurrieron efectivamente los hechos [4]. En aplicación del citado principio, cuando la demanda va dirigida en contra del cirujano que dejó el oblito, la esencia de la culpabilidad profesional reside en la omisión, al prescindir de aquellas medidas preventivas —actuar con prudencia— que le hubieran permitido advertir el olvido; entonces, la sola presencia del oblito es una prueba indiciaria (no directa) de un comportamiento negligente por parte del profesional que ha incurrido en él [5], quien tendrá que demostrar en el proceso su ausencia de culpa y su actuar diligente y prudente.

Sin embargo, se han aplicado otras dos teorías para evaluar la responsabilidad del cirujano en los oblitos. Antes se aplicaba la teoría del capitán del barco: el cirujano es el principal responsable porque él es el director del equipo que participa en la cirugía y, por lo tanto, debe responder por lo que hace cada uno de los miembros del equipo a su cargo; además, en últimas, él fue quien introdujo la compresa que quedó olvidada. En la actualidad, la teoría imperante es la del principio de confianza, según la cual el equipo quirúrgico es horizontal, sin jefes ni subalternos, pues el trabajo se decide

entre los profesionales según sus funciones específicas, y cada uno de ellos tiene algún grado de responsabilidad [6]; aquellos que actúan diligentemente confían de forma legítima en que los otros miembros del equipo hacen su trabajo de la misma manera y cumplen con sus obligaciones.

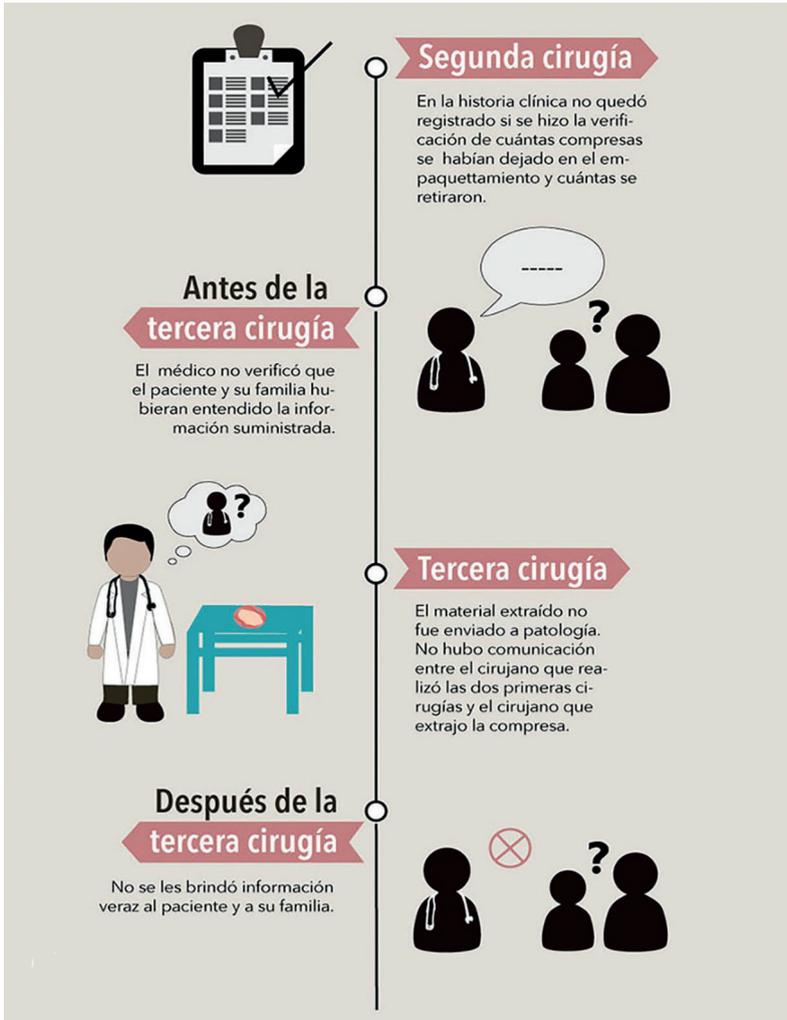
De acuerdo con lo anterior, da la impresión de que los profesionales se encuentran en una sin salida, pues es casi imposible ser exonerado de responsabilidad cuando ocurre un oblitio quirúrgico. Sin embargo, como sucede con la medicina, en el derecho las teorías también evolucionan y ello ha llevado a que se evite la generalización, y en la actualidad cada caso se resuelve de acuerdo con las circunstancias particulares que rodearon los hechos. Por ejemplo, se ha exonerado de responsabilidad al equipo que atiende la cirugía porque se dejó constancia de que no fue posible encontrar la compresa perdida, a pesar de los esfuerzos, y que someter al paciente a más tiempo quirúrgico era poner en peligro su vida.

SÍNTESIS

Desde el punto de vista clínico, en este caso se reunieron varios factores de riesgo para el oblitio quirúrgico. Primero, modificaron la técnica quirúrgica programada inicialmente, porque se cambió la colecistectomía laparoscópica por la abierta; segundo, el sangrado abundante durante la laparotomía motivó al cirujano a dejar el empaquetamiento con compresas. Además de estos factores de riesgo para oblitos, propios del paciente y del procedimiento, los profesionales no dejaron registros detallados del número de compresas utilizadas en el empaquetamiento de la cirugía inicial ni del número de estas extraído en el desempaquetamiento.

Para la presentación de la demanda, además del oblitio, incidieron las deficiencias en la información suministrada al paciente, a quien no le explicaron claramente las razones del cambio de cirugía programada, la necesidad del empaquetamiento ni la razón de la segunda cirugía; por otra parte, el cirujano que practicó la intervención omitió enviar el material extraído a patología. Todos estos hechos fueron interpretados por el paciente y por el juez como intentos por ocultar lo sucedido. La suma de estos actos configuró el actuar imprudente.

Figura 7.5 Las imprudencias del equipo quirúrgico



CONCLUSIONES

- La prudencia consiste en actuar, hablar y escribir de manera justa, con previsión y reflexión, para evitar males e inconvenientes.
- La prudencia requiere sentido común y buen juicio.
- La información que se les brinda al paciente y a su familia sobre un evento adverso no debe ser alarmista, pero sí debe ser veraz y oportuna.
- Ante un evento adverso, no se puede solucionar el problema ocultando la información, porque ello aumenta los problemas éticos, disciplinarios y penales y agrega dificultades a la defensa.
- Aunque un oblitio genera un alto riesgo de condena judicial, no siempre es sinónimo de condena para los profesionales, pues dentro del proceso judicial se puede alegar y probar alguna de las causales de exoneración de responsabilidad; para ello es fundamental hacer los registros pertinentes en la historia clínica y describir el rol que cumplió cada miembro del equipo quirúrgico.
- El profesional no solo debe ser prudente al actuar, también debe serlo al escribir en la historia clínica. El mejor y más poderoso elemento de prueba en un proceso judicial es la historia clínica. Con ella se acreditan la diligencia, la prudencia y la pericia en el actuar del médico.

El sabio no dice nunca todo lo que piensa, pero siempre piensa todo lo que dice.

Aforismo atribuido a Aristóteles

REFERENCIAS

1. Masciotra RL. Cuerpo extraño en vejiga. Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires. 1941;10:476.
2. Borrález O, Borrález B, Orozco M, et al. Cuerpos extraños en abdomen: Presentación de casos y revisión bibliográfica. Rev Colomb Cir. 2009;24:114-22.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Preventing retention of foreign bodies after surgery. Safety in the operating room. Chapter 10, 105-110, 2006
4. Bullard AG. Cuando las cosas hablan: El Res Ipsa Loquitur y la carga de la prueba en la responsabilidad civil. Themis Revista de Derecho. 2005;50:217-36.
5. Calvo Costa CA. Daños ocasionados por la prestación médico asistencial. Buenos Aires: Ed. Hammurabi; 2007.
6. Campaña VG. Errores médicos en el ambiente quirúrgico: Como prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos. Rev. Chilena de Cirugía. 2006;58:390-2.



08 ACTÚE CON COHERENCIA

*La coherencia es una actitud lógica
y consecuente con una posición anterior.*

*Diccionario de la Real Academia de la
Lengua Española.*

Figura 8.1 La coherencia es el secreto para el éxito profesional



INTRODUCCIÓN

Desde la niñez, los discursos escolares y los llamados de atención familiares nos dicen que “hay que ser coherentes en la vida”, que debemos hacer las cosas como las pensamos y como corresponden a nuestros costumbres y a nuestra educación. Pasados los años, cuando nos convertimos en adultos, esa coherencia inculcada desde niños cobra vital importancia, sobre todo en las decisiones difíciles que se nos presentan todo el tiempo, en la familia, en la sociedad y, por supuesto, en el trabajo; más aún cuando se es un profesional de la salud, porque a diario su actuar influye de manera positiva o negativa en la vida de las otras personas.

El médico debe demostrar coherencia en su actuar y esto se logra ajustando su conducta a lo que establece la ciencia médica en los textos, los artículos científicos, los protocolos y las guías médicas, pero teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones clínicas al paciente, de los exámenes complementarios y de las ayudas diagnósticas pertinentes, para precisar el diagnóstico y el tratamiento correspondientes a dicha entidad nosológica; no menos importante es asegurarse de que el paciente haya entendido lo que sucede y que puede seguir las indicaciones del médico.

Actuar sin racionalidad científica y sin tener en cuenta las condiciones particulares del paciente expone al médico a riesgos que, en caso de concretarse, pueden ser vistos como incumplimiento de principios y normas éticas, y desde el punto de vista jurídico, como una violación del deber objetivo de cuidado, que no es más que la forma cómo otra persona razonable y prudente (la doctrina penal habla de un “hombre medio”), con los mismos conocimientos, habría actuado en una situación idéntica, lo que podría llevar a una sanción al profesional.

Figura 8.2 La coherencia no es lo que se dice, sino lo que se hace



EJEMPLO

Un paciente de sexo masculino y doce años de edad es remitido desde un centro de salud de un municipio lejano hacia un hospital de tercer nivel en la capital del departamento, con los diagnósticos de sepsis de origen renal, con base en la condición clínica y en los resultados de hemograma y uroanálisis; al ingresar al hospital, lo valora el médico general, quien ordena nuevos exámenes de laboratorio, incluidos un hemocultivo y un urocultivo, e inicia tratamiento empírico con antibióticos. Así mismo, solicita una valoración urgente por urología pediátrica y ordena el traslado a la unidad de cuidados intermedios.

El urólogo pediatra acude al día siguiente, hace una valoración general del paciente y solicita una ecografía, la cual muestra ectasia de leve a moderada del sistema pielocalicial del riñón izquierdo y estenosis en la unión pieloureteral; el hemograma muestra aumento de los leucocitos y de la neutrofilia en relación con el resultado informado en la remisión. El urólogo registra en la historia que la condición del niño no amerita hospitalización en ese momento, pues se puede dar manejo ambulatorio, con conducta expectante, y decide darle de alta, con solicitud de TAC y citarlo para una nueva valoración por consulta externa.

Los padres del menor manifiestan al médico general su preocupación porque, además de no contar con recursos para permanecer en la ciudad, el médico que hizo la remisión les dijo que la condición del niño era delicada; solicitan entonces que se reconsidere la orden de salida. El médico le comunica la situación al urólogo, quien le manifiesta que si bien la patología del menor es de cuidado, él considera que se le está dando un adecuado manejo. El médico general conversa con los familiares y les indica que el paciente

puede permanecer en el hospital, pero les recomienda que le realicen de manera particular la TAC de abdomen. Dos días después, la TAC de abdomen confirma la estenosis de la unión pieloureteral y muestra absceso perirrenal izquierdo. El resultado es informado por el médico general al urólogo pediatra, quien cambia su conducta y solicita a los padres el consentimiento para realizar una nefrostomía; durante la cirugía se presenta como complicación una laceración renal y es necesario practicar nefrectomía.

El niño es trasladado a la unidad de cuidados intensivos, para manejo de choque séptico e hipovolemia por complicación intraoperatoria; algunas horas después presenta paro cardiaco sin respuesta a maniobras de reanimación y fallece.

Los padres solicitan que la Fiscalía investigue la muerte del niño, por lo cual se realiza la necropsia y el dictamen de responsabilidad médica en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. El forense concluye que hubo relación de causalidad entre la muerte del menor y la conducta del urólogo pediatra, la cual, según el concepto de un par, no se ajustó a la *lex artis*; se reprocha al profesional no haber hecho una adecuada valoración, no ordenar de inmediato la TAC para precisar el diagnóstico, adoptar una conducta expectante, subestimando el riesgo de sepsis, y no dar el manejo quirúrgico y médico oportuno. El juez emite un fallo condenatorio por considerar que la muerte del paciente se debió a una elevación del riesgo creada por la conducta del profesional, no coherente con la *lex artis* ni con la situación del paciente.

Los padres presentan, además, una queja ante el Tribunal de Ética Médica. El magistrado decide investigar oficiosamente también a los dos médicos generales que conocieron de este asunto, al que lo remitió del centro de salud y al que lo recibió en el hospital. Al concluir la investigación, la Sala Plena del Tribunal concluye que los médicos generales no vulneraron ninguna disposición de la Ley 23 de 1981 ni de su decreto reglamentario, el 3380 de 1981, y se abstiene de sancionarlos; en cambio, formula cargos

y sanciona al especialista con suspensión temporal para el ejercicio de la profesión por considerar que violó el artículo 10 de la ley 23 de 1981, pues no dedicó al paciente el tiempo suficiente, y el artículo 15, al exponerlo a riesgos innecesarios.

Figura 8.3 Resumen del ejemplo





ANÁLISIS

La obstrucción de la unión pieloureteral congénita es la causa más frecuente de hidronefrosis en la infancia, afecta más a hombres (relación 2:1) y en el lado izquierdo. En los últimos años, debido al uso sistemático de la ecografía prenatal, el diagnóstico de esta entidad se suele realizar muy tempranamente, lo que ha llevado a la reorientación en el proceso diagnóstico de la estenosis pieloureteral (EPU), así como a un estudio más profundo de la fisiología del tracto urinario superior del feto y del recién nacido.

No obstante, se siguen observando casos con manifestaciones clínicas tardías, incluso graves, en niños de mayor edad, como se ilustra en el ejemplo. En la mayoría de los casos, la obstrucción se debe a la estenosis de la unión por desestructuración de las fibras musculares y a un aumento del colágeno en la unión pieloureteral; también hay otras posibilidades etiológicas, tanto intrínsecas (válvulas ureterales, alteración en la inserción) como extrínsecas (adherencias, vasos anómalos), así como la posible presencia de otras patologías genitourinarias asociadas (riñón en herradura, duplicación del sistema colector, reflujo vesicoureteral). El tratamiento de la EPU es, básicamente, la pieloplastia, con técnicas cada vez menos invasivas, laparoscópicas y endoscópicas, con mejores resultados y disminución de la morbilidad.

La medicina, como ciencia, ha dado lugar a unas reglas del arte (*lex artis*) que han variado con el paso del tiempo y no son cosa distinta que las guías de manejo, protocolos, literatura científica, etc. La *lex artis* les indica a los médicos cuándo están dentro de un riesgo permitido y cuándo no, para que actúen con coherencia y apego a dichos parámetros, claro está, siempre teniendo en cuenta sus conocimientos y la racionalidad científica.

La salvaguarda de la vida y de la salud es la razón por la cual la sociedad y el ordenamiento jurídico aceptan este tipo de conductas riesgosas; siendo la ponderación entre el riesgo y sus beneficios lo que permite determinar si ese riesgo debe aprobarse o no. Por ejemplo, la simple incisión con el bisturí causa una lesión, pero esta es irrelevante para el mundo del derecho, porque sin ella el médico cirujano no podría realizar su intervención quirúrgica y salvar la vida del paciente.

La muerte de un paciente puede desencadenar una investigación judicial de tipo penal, donde es aplicable la teoría de la imputación objetiva, en la cual emerge como elemento de análisis la creación de un riesgo no permitido, entendido como tal el límite que se impone a una actividad riesgosa. En el ejemplo el juez condenó al especialista con el argumento de que el profesional había elevado el riesgo jurídicamente permitido, actuando por fuera de la *lex artis*, en tanto que la condición clínica del paciente exigía una conducta distinta; es decir, no hubo coherencia en su actuar.

En cuanto a la investigación adelantada por los magistrados del tribunal de ética médica, concluyeron que el actuar de los médicos generales estuvo enmarcado en la *lex artis*. El médico remitente se encontraba en una institución donde no contaba con las ayudas diagnósticas necesarias ni con la posibilidad de consultar con el especialista; por lo tanto, lo coherente era remitir al paciente a una institución de mayor nivel, tal como lo hizo. El médico general que recibió al paciente en la institución de mayor complejidad no solo actuó dentro de la *lex artis*, sino que incluso fue más allá de sus alcances, pues en su lugar otro médico general menos acucioso habría podido asumir que al hacer la interconsulta había cumplido con su obligación, pero el profesional del ejemplo, con su actuar, logró que se hiciera el diagnóstico preciso que llevó al urólogo pediatra a tomar la conducta que debió haber realizado desde la primera vez que valoró al paciente.

En cuanto al especialista en urología pediátrica, los magistrados consideraron que desde el punto de vista de la responsabilidad ético-disciplinaria violó el artículo 10 de la Ley 23 de 1981, pues no dedicó al paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud y no solicitó los exámenes pertinentes para precisar el diagnóstico e iniciar el manejo adecuado. Por otra parte, las condiciones clínicas del paciente obligaban al médico especialista a actuar de una manera distinta a como lo hizo (hospitalización, TAC y cirugía); al no hacerlo y mantener una conducta expectante, dando incluso un alta médica, sometió al paciente a riesgos injustificados, violando el artículo 15 de la citada ley, que es concordante con lo establecido por el artículo 9 del Decreto Reglamentario 3380 de 1981, que señala: “se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo”.

SÍNTESIS

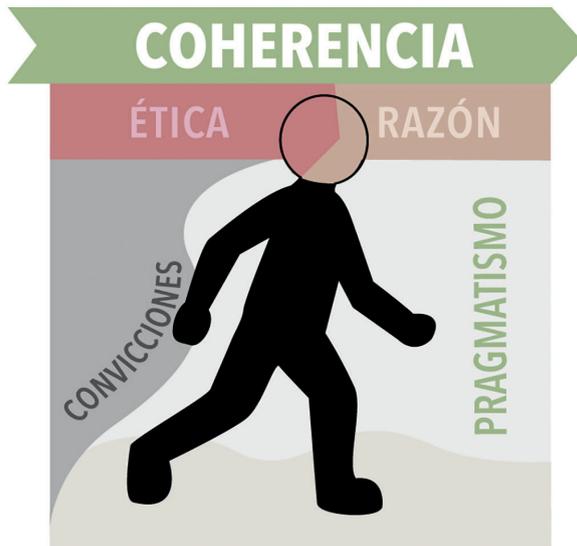
En este caso, el médico general actuó de conformidad con sus aprendizajes, conocimientos y experiencias, realizó sus actos basado en los hallazgos clínicos encontrados en el paciente, lo cual lo llevó a un diagnóstico acertado y a un tratamiento ajustado a la *lex artis*.

El urólogo pediatra, no obstante ser un profesional calificado, actuó de manera contraria a la *lex artis* y a la ética médica, fue incoherente con su entrenamiento y sus conocimientos, toda vez que la clínica presentada por el paciente le exigía una conducta distinta, proactiva, pero decidió man-

tenerse expectante y dar de alta al paciente cuando en realidad requería una intervención quirúrgica y un manejo inmediato y eficaz de la infección urinaria, que al no hacerse oportunamente terminó llevándolo a la muerte.

Figura 8.4 Actuar con coherencia es comportarse conforme a los aprendizajes, los conocimientos, las convicciones, las experiencias y la ética

¿Qué se necesita para ser coherentes: voluntad o conocimiento de los valores?



En estricto sentido, ambos:

- Voluntad para superar nuestro temor a ser “diferentes”, con el implícito deseo de ser mejores, dando ejemplo y estimulando a los demás a formar los valores en su vida.
- Conocimiento para hacernos más firmes en nuestros principios, descubriendo su verdadero sentido y finalidad, lo que necesariamente nos lleva a ejercitarnos en los valores y vivirlos de manera natural.

CONCLUSIONES

- Un acto médico de calidad va ligado a la coherencia del profesional y esa coherencia, a su vez, va intrínsecamente ligada a la racionalidad científica en la determinación de un diagnóstico o en la conducta médica que se debe seguir.
- La coherencia en el actuar médico favorece los resultados adecuados y disminuye los riesgos para el paciente. No debe perderse de vista que la racionalidad científica y, por lo tanto, la coherencia, se determinan principalmente en relación con las condiciones médicas del paciente y su evolución, pero estas se consignan en la historia clínica, lo cual nos remite a la importancia de la historia clínica y la fidelidad de su registro, pues si esta no registra esas condiciones como son, seguramente no reflejará la racionalidad científica ni la coherencia en la conducta profesional que determine el galeno. Por eso en derecho se habla de dos verdades: una real (lo que realmente ocurrió) y una procesal (lo que se logre demostrar que ocurrió, principalmente a través de la historia clínica), haciendo alusión a que seremos juzgados no por lo que realmente ocurrió, sino por lo que se logre demostrar que ocurrió, y por ello la historia clínica es fundamental en estos casos.
- Para obrar con racionalidad científica y coherencia, y que ello a su vez quede reflejado en la historia clínica, es indispensable que antes de tomar decisiones, realizar diagnósticos y consignarlos en la historia clínica, se revisen los antecedentes y las atenciones anteriores del paciente en la historia clínica, bien porque pueden desconocerse antecedentes

de importancia, bien porque el médico que presenta al paciente omite involuntariamente detalles relevantes, entre otras causas; en todo caso, en muchas ocasiones hay errores evidenciables en la historia clínica.

- El resultado dañoso o no deseado que se haya materializado en el paciente no podrá ser jurídicamente atribuible al galeno cuando este haya actuado con racionalidad científica y coherencia; por lo tanto, en apego a la *lex artis* de la medicina: “en esos casos estaré dentro de lo que en derecho penal se denomina el riesgo jurídicamente permitido, propio de una buena praxis profesional”.



09

REGISTRE
TODOS LOS
SUCESOS
EN LA
HISTORIA
CLÍNICA

La verdad existe.

Solo se inventa la mentira.

Georges Braque, pintor francés (1882-1963)

Figura 9.1 Llenar los registros es una actividad obligatoria



Al llenar los registros, el médico tiene deberes similares a los de un capitán de barco, porque la bitácora médica es un documento privado, pero la ley le concede la categoría de registro certificado del acto médico.

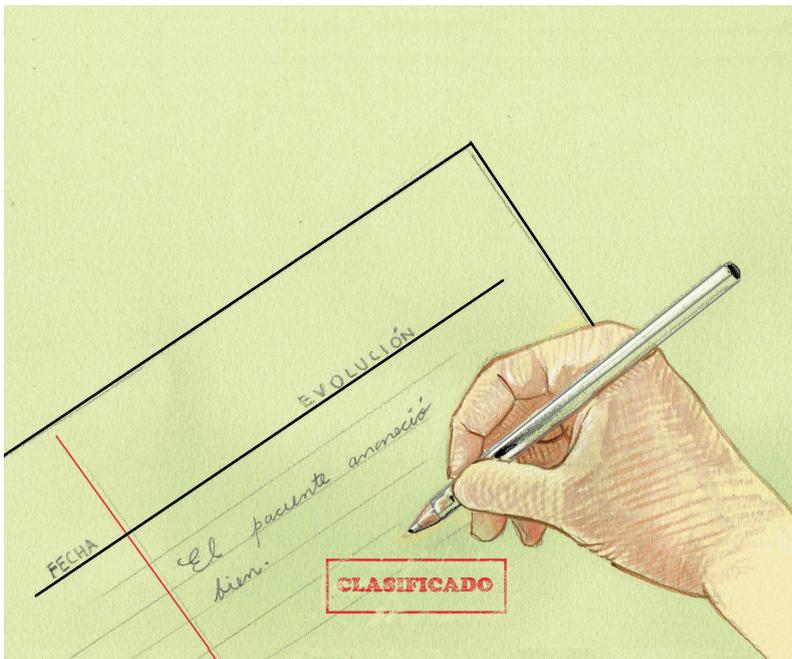
INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la medicina les ofrece a los profesionales la maravillosa oportunidad de describir su quehacer cotidiano en la historia clínica. Los cirujanos pueden expresar su talento al esculpir con el bisturí el cuerpo del paciente, y a continuación pueden usar la escritura para dejar el testimonio de su arte en los registros clínicos. Salvo irregularidades y eventos censurables, la ley respeta este privilegio de los profesionales de la medicina; es más, las autoridades confían plenamente en la veracidad de lo relatado por los profesionales, hasta el punto de que en los procesos judiciales se considera cierto lo contenido en la historia clínica. Por esto, anotar información falsa en una historia clínica no solo se considera una falta a la ética, sino una infracción penal.

Los profesionales de la salud que están en las primeras etapas de su formación asocian el aprendizaje de la semiología con el registro, en la historia clínica, de la interacción entre el examinador y el paciente (motivo de consulta, interrogatorio, examen físico, resultados de exámenes complementarios), de los diagnósticos, de las conductas adoptadas y de las razones para tomarlas, y a medida que profundizan sus conocimientos y adquieren experiencia, van depurando y simplificando los registros que hacen en los documentos de la historia clínica. Pero con el correr del tiempo, algunos profesionales empiezan a menospreciar su importancia; a veces, incluso, llegan a hacer muy pocos o ningún registro o a escribir abreviaturas y símbolos que pueden ser útiles para su uso individual o para refrescar su memoria, pero que resultan incomprensibles para cualquier persona que desee conocer la información registrada en la historia clínica.

En otras palabras, la historia clínica es el documento que permite condensar los hechos sucedidos en cada contacto entre el paciente y el profesional, así como los pasos que se siguieron durante el proceso de toma de decisiones y las consecuencias de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. No debe sorprender, entonces, que los documentos que conforman la historia clínica sean considerados de vital importancia, tanto desde el punto de vista científico como legal.

Figura 9.2 La historia clínica es un documento privado, pero debe ser diligenciado de tal manera que cualquier lector pueda entenderla



EJEMPLO

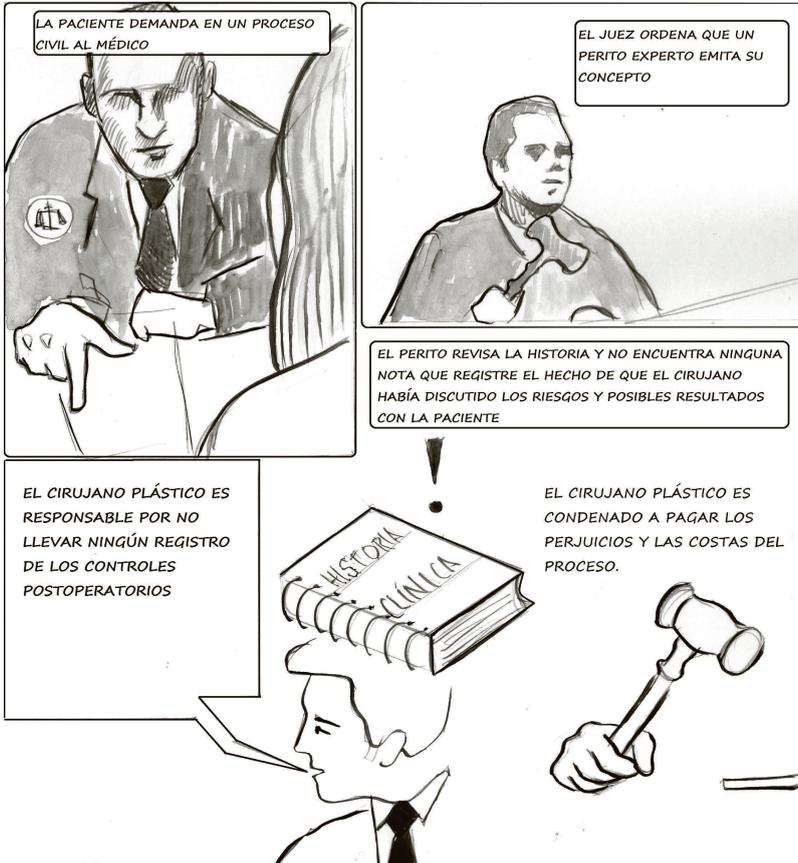
Una mujer de 56 años de edad desea modificar el volumen y la forma de sus senos porque los considera muy grandes. Consulta a un médico especialista en cirugía plástica, quien le diagnóstica gigantomastia y le plantea la posibilidad de reducir el tamaño de los senos mediante la extracción de la glándula mamaria y de la grasa circundante, sumada a la remodelación del pezón con un injerto libre de piel, procedimiento que se denomina mamoplastia de reducción con técnica de Thorek. Como la paciente manifiesta estar de acuerdo con el tratamiento propuesto, el cirujano la remite al anestesiólogo, quien la considera sana (ASA 1); la operación se realiza sin complicaciones. A medida que pasa el tiempo, durante los controles la paciente expresa su insatisfacción con los resultados de la cirugía porque considera muy molesta la alteración en la sensibilidad de los senos y le disgustan las extensas cicatrices y el aspecto plano de los complejos areola-pezón. Durante estas consultas, el cirujano le explica que ese es el resultado habitual de la técnica quirúrgica aplicada, que no se puede hacer nada para acelerar la recuperación de la sensibilidad ni para desaparecer las cicatrices y que no considera indicado volver a operar porque es incierto que una nueva cirugía pueda recuperar la forma curva del complejo areola-pezón.

La paciente instaura un proceso civil por el daño corporal y moral que le causaron las secuelas de la cirugía. Dentro del proceso la parte demandante solicita el concepto de un perito experto, quien escribe en su dictamen que en la historia clínica no se encuentra constancia de la explicación acerca de la selección de la técnica quirúrgica ni de la advertencia sobre sus posibles

resultados y que tampoco hay registro alguno de los controles postoperatorios. El juez declara civilmente responsable al demandado y lo condena a pagar los perjuicios que la paciente solicitaba y las costas del proceso.

Figura 9.3 Resumen del ejemplo





ANÁLISIS

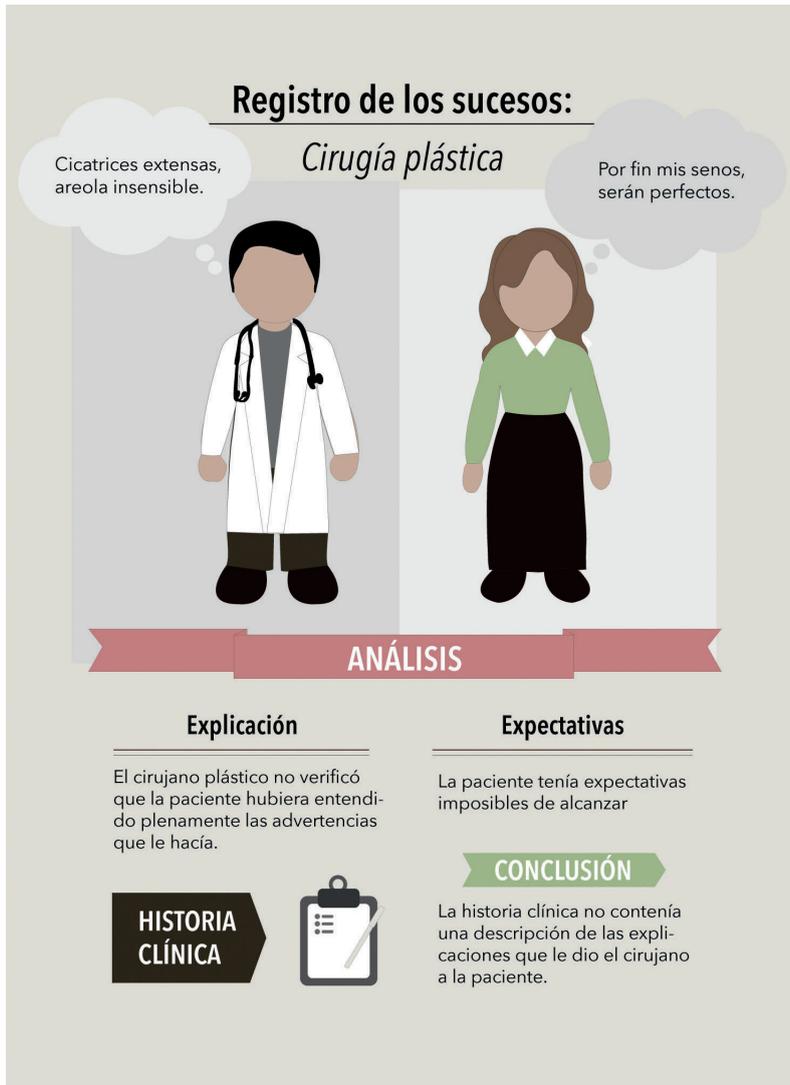
El registro de la primera atención refleja la metodología de comunicación entre el profesional y sus pacientes. El inicio de toda atención debe contar con un proceso de información adecuada, donde el profesional ilustra al paciente con claridad sobre la cirugía o cirugías que propone realizar, el periodo de recuperación y las expectativas reales que se pueden materializar dentro de la fisionomía del paciente. En cirugía plástica, cobran especial relevancia la descripción completa de los antecedentes, del examen físico y del contexto social y profesional, sin escatimar detalles que puedan ayudar a establecer cuál era la condición del paciente antes del procedimiento y las expectativas fehacientes que puede llegar a tener el paciente en el futuro; en este contexto, es muy importante que el cirujano plástico describa en la historia clínica una síntesis de las explicaciones que da a los pacientes antes y después de las intervenciones, y que deje constancia escrita de las dudas y objeciones que ellos manifiestan, de su comprensión de las respuestas y de su conformidad con la información recibida.

La mamoplastia de reducción es un procedimiento que disminuye el volumen del seno y puede mejorar su forma, pero a cambio la paciente debe aceptar las cicatrices y la posibilidad de que la forma y la sensibilidad del pezón sufran alteraciones. Cuando se reduce el volumen de mamas que tienen gran tamaño, existe un mayor riesgo de que la piel de los senos sufra necrosis; por este motivo, se ha acudido a dejar el complejo areola-pezón como un injerto de piel total; en consecuencia, es inevitable que la piel injertada pierda sensibilidad y que no se integre por completo, o incluso que pierda su viabilidad, y que los tejidos subyacentes se retraigan. El cirujano debe advertir a la paciente claramente esta situación, para que ella misma

ponga en una balanza los posibles beneficios y riesgos del tratamiento propuesto; por un lado, debe sopesar la mejoría de la sintomatología (por ejemplo, el dolor en la espalda) y de su autoimagen; y por el otro, la presencia de cicatrices y de alteraciones fisiológicas y anatómicas permanentes, que son inherentes al procedimiento.

En este caso, el profesional no se aseguró de que la explicación fuera clara para la paciente, tampoco anotó en la historia clínica la información que había ofrecido ni que la paciente, luego de conocerla y discutirla, había aceptado el tratamiento propuesto (figura 9.4). Luego, a pesar de que la paciente se mostró insatisfecha con los resultados de la cirugía, el profesional no cumplió con el deber de escribir en la historia clínica las atenciones postoperatorias. Estas fallas impidieron la defensa eficaz del profesional y llevaron al juez a aceptar los argumentos que expuso la paciente.

Figura 9.4 Fallas que llevaron a la condena del profesional



En Colombia el marco legal que regula las características y el contenido de la historia clínica comprende la Ley de Ética Médica y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, que hacen referencia a la integralidad, la secuencialidad, la racionalidad científica, la obligatoriedad, la privacidad, la claridad, la disponibilidad, la oportunidad y, sobre todo, la veracidad, como características básicas de la historia clínica (tabla 9.1).

Tabla 9.1 Características de una historia clínica

Características		Definiciones
Básica	Integralidad	“La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria”. [1]
	Secuencialidad	“Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario”. [1]

Básica	Racionalidad científica	“Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo”. [1]
	Disponibilidad	“Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley”. [1]
	Oportunidad	Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio”. [1]
Otras	Obligatoriedad	“Las prescripciones médicas se harán por escrito [...]”. [2]
		“La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”. [2]
	Privacidad	La historia clínica “Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”. [2]

Otras	Claridad	<p>“En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante”. [2]</p>
	Veracidad	<p>“El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses”. (3)</p>
		<p>“La exigencia de veracidad es posible en documentos privados cuando: (i) el deber de veracidad proviene de la ley, como ocurre en los casos en que la ley suele entregar a los particulares el deber de certificar hechos con fines probatorios, a efectos de generar confianza en la sociedad. Tal es el caso de médicos, revisores fiscales y administradores de sociedades, que deben dar fe de hechos de que tienen conocimiento; (ii) el documento tiene capacidad probatoria; (iii) el documento es utilizado con fines jurídicos; y (iv) el documento determine la extinción o modificación de una relación jurídica sustancial con perjuicio de un tercero”. (4)</p>

La *secuencialidad* es el elemento organizador y orientador de los documentos que conforman la historia clínica. El orden y la claridad de las narraciones, como en todo buen relato, determina la estructura de la historia clínica; la descripción secuencial y cronológica de los actos que protagoniza el profesional le debe brindar a quien lee la bitácora médica la posibilidad de comprender paso a paso cada atención brindada. También debe brindar orientación a los otros miembros del equipo (facultativos, enfermeras y auxiliares), pues conocer lo que realmente ha sucedido propicia que las reflexiones científicas sean más adecuadas y se perfeccionen los elementos de juicio que van a dirigir la conducta asistencial, y en consecuencia previene eventos adversos.

Así mismo, es obligatorio redactar las notas con *claridad*: se deben precisar las fechas y las horas, sin dejar lugar a espacios injustificados en los documentos o a saltos temporales en la descripción de los actos realizados, y las palabras deben ser escritas de manera legible, sin abreviaturas, siglas o anotaciones confusas. Es decir, se debe comunicar de manera diáfana y precisa lo ocurrido al posible lector, llámese este paciente, profesional de la salud, perito, juez o magistrado.

La *oportunidad* se refiere a que los datos deben registrarse en el momento de brindar la atención o inmediatamente después de haber desarrollado los procedimientos médicos. El hábito de escribir oportunamente conduce a la coherencia, pues la memoria permite registrar todos los sucesos de manera completa e integral, sin excluir actos pequeños que pueden considerarse como irrelevantes en ese momento, pero que más tarde pueden resultar sustanciales. De esta manera, se logra que todas las piezas, así sean pequeñas, completen el rompecabezas en que se convierten los eventos de responsabilidad médica, pues en un proceso judicial cualquier descripción sirve para iluminar acerca de lo realmente acontecido. En consecuencia, todos los profesionales de la salud deben adquirir el hábito de consignar de

manera oportuna cada uno de los sucesos desarrollados, con anotaciones integrales y coherentes. Si el profesional de la salud se comporta de esta manera sistemáticamente, tiene la valiosa oportunidad de contar completamente los actos que ha protagonizado y, en caso de ser demandado, puede esperar que un par, un perito o un juez evalúen mejor su conducta, sin temor a que los vacíos en la historia clínica puedan decantarse como un elemento en su contra.

En los pacientes sometidos a cirugías, la *integralidad* de la historia clínica se hace patente en las notas descriptivas de la consulta preoperatoria, de los procedimientos quirúrgicos y de las evoluciones postoperatorias. Para que lo realmente sucedido quede plasmado en las notas quirúrgicas, el cirujano debe realizarlas tan pronto como sale del quirófano, escribiendo un relato honesto sobre todos los detalles que acaecieron, sin ocultar ni modificar la información. Como uno de los eventos que con mayor frecuencia se reprocha en los procesos judiciales es el deficiente cuidado postoperatorio, la descripción de las evoluciones postoperatorias debe tener similares características a las que se acaban de mencionar sobre las notas quirúrgicas y no limitarse a una nota escueta que no permite establecer las condiciones del paciente.

La racionalidad científica se evidencia en el registro de las acciones en salud que el profesional prescribe al usuario con relatos que describan de forma lógica los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el plan de seguimiento de estos. Además, la racionalidad científica permite demostrar con rigor académico que cada acto realizado es el resultado de una labor intelectual compleja, desplegada en pro de garantizar un proceder médico adecuado y en beneficio del paciente.

La verdad es el axioma guía que debe prevalecer en cada histórica clínica que se diligencia; la historia clínica debe plasmar con exactitud los antecedentes del paciente, su estado clínico y los actos realizados, y debe

considerar al paciente en su totalidad, como la suma de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, interrelacionados con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. Es verdadero el relato que corresponde a la realidad con exactitud y autenticidad; para hacer honor a la justicia y enaltecer la labor profesional, es indispensable registrar con fidelidad, sin tratar de maquillar lo ocurrido, todos los eventos protagonizados en la integridad física y psicológica de los pacientes. Cualquier adulteración o falsedad contenida en la historia clínica no solo compromete la salud del usuario, sino también pone en peligro de recibir sanción disciplinaria y legal al profesional que ha incurrido en esa conducta [3].

La justicia entiende, respeta y es indulgente con el error médico, pero es implacable con quienes al faltar a la verdad comprometen la salud de sus pacientes y pretenden engañar a las autoridades [4]; los tribunales de ética médica condenan esas actuaciones y la justicia penal les impone sanciones jurisdiccionales.

Adicionalmente, es importante resaltar el uso de la historia clínica como prueba indiciaria dentro de un proceso judicial, que se puede condensar en una frase: “Lo escrito, escrito está, y es testimonio de lo sucedido con el paciente”. En Colombia, las altas cortes han precisado que lo que no existe en la historia clínica sencillamente no ocurrió; o que, sumado a otros elementos, es un indicio claro de que la atención no se realizó o no se hizo dentro de las pautas de manejo indicadas por la *lex artis*. Ante la ausencia de notas en la historia clínica que permitan ilustrar con precisión lo sucedido desde el punto de vista médico, la balanza suele inclinarse en favor de los demandantes, como se puede apreciar en la sentencia del Consejo de Estado del 31 de agosto de 2006 [5].

SÍNTESIS

En el caso del ejemplo, el cirujano plástico no dejó testimonio en la historia clínica de lo conversado con la paciente en la primera consulta y tampoco registró los resultados de la evolución postoperatoria. El procedimiento quirúrgico que realizó fue intachable desde el punto de vista técnico y la paciente se recuperó sin complicaciones, con los resultados habituales, pero al omitir registros en la historia clínica, no se ajustó a lo establecido en la normatividad vigente en Colombia y por esto cuando la actuación del profesional fue objeto de demanda en un juzgado civil, las deficiencias en la historia clínica que señaló el perito fueron consideradas por el juez como prueba de la responsabilidad médico-legal del demandado y, en consecuencia, lo condenó a pagar las pretensiones económicas de la demandante.

Es indispensable que los profesionales de la salud entiendan que el diligenciamiento de la historia clínica no es un mero formalismo y que conozcan el marco normativo que la regula. Cada vez más, las providencias se valen de los documentos contenidos en la historia clínica para estudiar los eventos de responsabilidad médica. Además, la falta de diligencia en los registros suele ser interpretada como indicio en contra de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de los profesionales de la salud. Como si ello fuera poco, la renuencia a aportar la historia y las deficiencias en la custodia de los documentos que la conforman pueden conducir a condenas judiciales, sin importar que desde el punto de vista científico se haya actuado de conformidad con la *lex artis*.

El diligenciamiento de la historia clínica no es un formalismo. No llenar los registros constituye una violación al código de ética y puede tener graves implicaciones en procesos judiciales por responsabilidad médica.

CONCLUSIONES

- En Colombia el marco legal que regula las características y el contenido de la historia clínica comprende la Ley de Ética Médica y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, que se refieren a la obligatoriedad, privacidad, integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, claridad, disponibilidad, oportunidad y veracidad del documento.
- La historia clínica es el documento que usan las autoridades judiciales para indagar y evaluar las actuaciones médicas realizadas en un evento de responsabilidad médica.
- Lo registrado en la historia clínica es la pauta de referencia para el análisis que hacen los peritos, para las aseveraciones que hacen los testigos y para las valoraciones que hacen los jueces en los procesos judiciales.
- En un proceso civil, el diligenciamiento adecuado y completo de la historia mejora las probabilidades de éxito de los profesionales y de las IPS, porque se considera un indicio de haber cumplido con los mandatos de la *lex artis* y porque permite aportar pruebas testimoniales y periciales que contribuyen a esclarecer los eventos médicos y a establecer lo realmente ocurrido.
- La relevancia de la historia clínica ha sido destacada por las altas cortes de Colombia. En sus sentencias han determinado que lo plasmado en la historia clínica es el reflejo de lo sucedido, y que lo no contenido en ella es indicativo de actuaciones no realizadas o de omisiones atribuibles a los profesionales de la salud y a las IPS.

REFERENCIAS

1. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica [internet]. 1999 [citado 2015 sep. 19]. Disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/resolucion-1995-43290788>.
2. Colombia, Congreso de la República. Ley 23 de 1981, código de ética médica. Diario Oficial 35914. Decreto Número 3380 de 1981 por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981.
3. Colombia, Congreso de la República. La ley 599 de 2000. Por la cual se expide el Código Penal, artículo 289 [internet]. 2000 [citado 2015 sep. 19]. Disponible en: http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Codigo_Penal_L-599-00.htm.
4. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia C-637/09 [internet]. 2009 [citado 2015 sep. 19]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/C-637-09.htm>.
5. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, Expediente: 15772, CP. Ruth Stella Correa Palacio [internet]. 2006 [citado 2015 sep. 25]. Disponible en: consejodeestado.gov.co/.../sentencias/50001233100020020037501.



10

INFORME

LA OCURRENCIA DE TODOS LOS *EVENTOS* *ADVERSOS*

*El error se evita pensando antes de cometerlo;
pero cuando ya está hecho, lo único que queda
es aceptarlo.*

Aforismo.

Figura 10.1 El reporte de los eventos adversos es uno de los pilares de las políticas de seguridad



INTRODUCCIÓN

El daño que causa a los pacientes el error humano durante la prestación de servicios de salud fue reconocido como un grave problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al inicio del tercer milenio. Los informes de la OMS señalan que los eventos adversos (EA) son la primera causa de morbilidad global en los países desarrollados; aunque no se cuenta con estudios estadísticos, posiblemente también lo sean en los demás países. En muchos casos, las consecuencias de este error resultan más graves que la enfermedad misma o que la lesión que motivó la atención. Por estas razones, la OMS decidió promover la implementación de una política de seguridad del paciente, que tiene como prioridad generar cambios culturales, tanto en las personas como en las organizaciones que se involucran en la prestación de servicios de salud. El fin de esta política es que se reconozca la importancia de introducir hábitos y prácticas seguras en las actividades cotidianas y en los procesos institucionales. En general, se asume que el riesgo de cometer un error tiende a aumentar cuando intervienen muchas personas, quienes interactúan entre sí y con el paciente, y cuando se usan los avances tecnológicos.

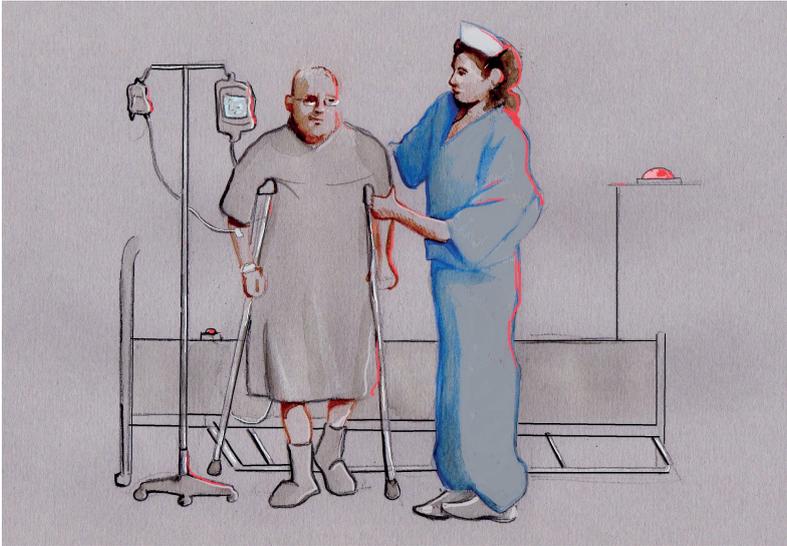
En Colombia, al igual que en la mayoría de los países, los entes gubernamentales, las universidades y las organizaciones científicas han desarrollado directrices, normativas, guías y protocolos dirigidos a implementar las políticas de seguridad del paciente, las cuales se ajustan a las recomendaciones de la OMS.

El reporte de los errores, de los incidentes y de los EA es uno de los pilares de las políticas de seguridad. La persona que tiene conocimiento de los hechos debe informarlos de manera voluntaria a la institución de salud; a su vez, la persona encargada en esta empresa debe informar los EA a los entes gubernamentales de vigilancia y control. No obstante, entre los médicos no ha sido posible motivar el reporte voluntario de todos los EA, pues existe una tendencia natural a ocultar el error, bien sea por vergüenza o por temor a las posibles consecuencias.

Con el ánimo de superar este inconveniente, los entes encargados de vigilar el sector de la salud han convertido el reporte de los EA en una actividad obligatoria para el profesional y para la institución, con el argumento de que se trata de informes técnicos indispensables porque el análisis sistémico del incidente o de los EA, mediante el uso de metodologías propias de la administración, es muy útil para identificar sus causas y aplicar medidas de prevención y de corrección.

En consecuencia, la omisión del reporte se considera una falla que puede generar procesos disciplinarios internos contra el profesional y sanciones administrativas contra la institución de salud.

Figura 10.2 Prevenir la caída de los pacientes es una “obligación de seguridad” que atañe principalmente al personal de enfermería



EJEMPLO

Un hombre de 70 años es operado de una resección transuretral de próstata en una institución prestadora de salud (IPS) de alto nivel de complejidad y empresa social del Estado (ESE). Dado que el paciente tiene el antecedente de padecer una enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, recibe monitoría invasiva, soporte hemodinámico con inotrópicos y se evita la intubación mediante el uso de anestesia regional y oxígeno por

máscara facial; además, durante el postoperatorio inmediato el paciente es trasladado a la unidad de cuidados intermedios para vigilancia y suspensión progresiva del soporte inotrópico. Al momento del ingreso, tiene una sonda vesical conectada a una bolsa de reservorio y a una solución de irrigación continua; según los registros, el primer día postoperatorio transcurre sin novedades.

Al día siguiente, el paciente debe ser operado de nuevo, pero esta vez para tratar una fractura del húmero. La enfermera que recibe el turno de la mañana encuentra equimosis y edema en la extremidad superior. El paciente informa que en horas de la tarde del día anterior se cayó de la cama al tratar de coger un vaso de agua, porque nadie acudió a su llamado; la auxiliar le ayudó a levantarse y le dijo que no había pasado nada. La enfermera jefe del turno de la mañana no encuentra ninguna nota en la historia clínica sobre el incidente ni sobre las lesiones que presenta el paciente, tampoco hay ningún documento que indique que se ha hecho el reporte del EA a la IPS. Una radiografía simple muestra fractura supracondílea que amerita osteosíntesis del húmero, la cual es realizada con anestesia general, y la internación durante varios días en la unidad de cuidados intensivos, de los cuales está intubado durante 48 horas. El paciente es dado de alta el sexto día postoperatorio, sin complicaciones de la cirugía prostática, pero quedan como secuelas limitación grave para el movimiento del brazo, disfonía y estenosis de la tráquea.

La ESE es demandada en un proceso contencioso administrativo por los daños causados por negligencia del personal de enfermería, al no elevar la baranda de la cama y al no acudir al llamado del paciente, lo que causó la caída, la fractura y las secuelas. La parte demandante argumenta que el personal de enfermería trató de ocultar lo sucedido y que por esto no escribieron notas en la historia y no informaron oportunamente a los familiares. Las enfermeras jefes son citadas por la dirección del hospital para explicar la causa de la caída del paciente, la ausencia de notas y la omisión del reporte del EA; finalmente, se establece que la cama asignada al paciente no tiene

barandas, que la auxiliar que presenció la caída realizaba turnos ocasionales y que las enfermeras no informaron oportunamente a los familiares debido al corto tiempo que está dispuesto en el servicio de cuidados intermedios para la visita de los familiares. La ESE es condenada a pagar una reparación económica al paciente y a su familia por los daños sufridos, y en consecuencia, inicia una acción de repetición contra los profesionales implicados.

Figura 10.3 Resumen del ejemplo





EL HOSPITAL INICIA PROCESOS DISCIPLINARIOS CONTRA LAS ENFERMERAS Y LAS LLAMA EN GARANTÍA

LAS ENFERMERAS PUEDEN SER SANCIONADAS DISCIPLINARIAMENTE Y POSIBLEMENTE DEBEN PAGAR EL DINERO QUE DESEMBOLSÓ EL HOSPITAL AL ACATAR LA CONDENA.



ANÁLISIS

La normatividad vigente en Colombia utiliza un glosario diferente al de la OMS, pues no establece diferencias entre incidente y evento adverso (EA) y clasifica este último de acuerdo con criterios propios. La OMS define incidente como “un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención” y lo clasifica como prevenible y no prevenible. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud de Colombia define el EA como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño”; entre los EA se destacan los eventos centinela, que se definen como “un hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente”. Ejemplos de eventos centinelas son las cirugías en el sitio equivocado, las complicaciones quirúrgicas graves, los errores en prescripción y administración de medicamentos que lleven a la muerte, los accidentes anestésicos y las caídas de pacientes.

El SOGC establece que todas las instituciones de salud deben contar con un proceso para medir los EA, que implica realizar actividades de reporte, monitoreo y análisis. Además, el SOGC determina que cada EA debe ser clasificado dentro de una categoría específica (tabla 10.1), pero no discrimina su predictibilidad; incluso, para algunos, la denominación evento adverso tiene implícita una falla o un error prevenible. Por último, el SOGC considera la omisión de reporte de un evento centinela como una falta grave que acarrea sanciones disciplinarias y administrativas.

Tabla 10.1 Eventos adversos que frecuentemente se asocian con procesos judiciales

Clasificación de los EA	Comentarios
Asociados con la infección	<p>Infección nosocomial e infección del sitio operatorio: Generan, con frecuencia cada vez mayor, demandas con sentencias desfavorables.</p>
Asociados con la cirugía	<p>Errores del sitio del procedimiento: En la práctica los litigios terminan de manera desfavorable.</p>
Asociados con el manejo	<ul style="list-style-type: none"> • Daño por error diagnóstico: Puede ser defendible si se cuenta con una buena historia clínica que permita justificar el error “invencible”, pues a pesar de haberse seguido la <i>lex artis</i> la medicina tiene un amplio margen de incertidumbre e inexactitud. • Daño al paciente por errores en el informe diagnóstico de imágenes o de laboratorio: Es más difícil de justificar, porque prácticamente no se permiten equivocaciones.

Asociado con el uso de medicamentos	Reacción adversa medicamentosa: Las reacciones graves y las muertes, asociadas con medicamentos indicados y administrados de manera correcta o incorrecta, con frecuencia generan procesos judiciales.
EA asociados con los cuidados	Las caídas: Atañen en particular a los profesionales de enfermería, siempre se consideran prevenibles y son muy frecuentes.

En el caso que nos ocupa, el personal de enfermería incurrió en varias conductas reprochables (tabla 10.2). Primero, crearon las condiciones propicias para que el paciente, que era de alto riesgo de caídas, sufriera el accidente; y después, trataron de ocultar lo ocurrido, con lo cual agravaron su responsabilidad y la del hospital, e incurrieron en conductas que originan acciones jurídicas diferentes e individuales para el personal involucrado, como la acción disciplinaria frente a la institución y la acción ética en el tribunal correspondiente. Como si esto fuera poco, las decisiones tomadas luego de la ocurrencia del evento contribuyeron a agravar el problema jurídico, con repercusiones negativas desde el punto de vista económico, pues más tarde los profesionales tendrán que restituir a la ESE, con sus propios patrimonios o con las pólizas de responsabilidad civil individuales, los dineros que la entidad estatal pague a los demandantes, dado que el artículo 90 de la Constitución Nacional dice: “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra este”.

Tabla 10.2 Conductas reprochables cometidas por el personal de enfermería en este caso

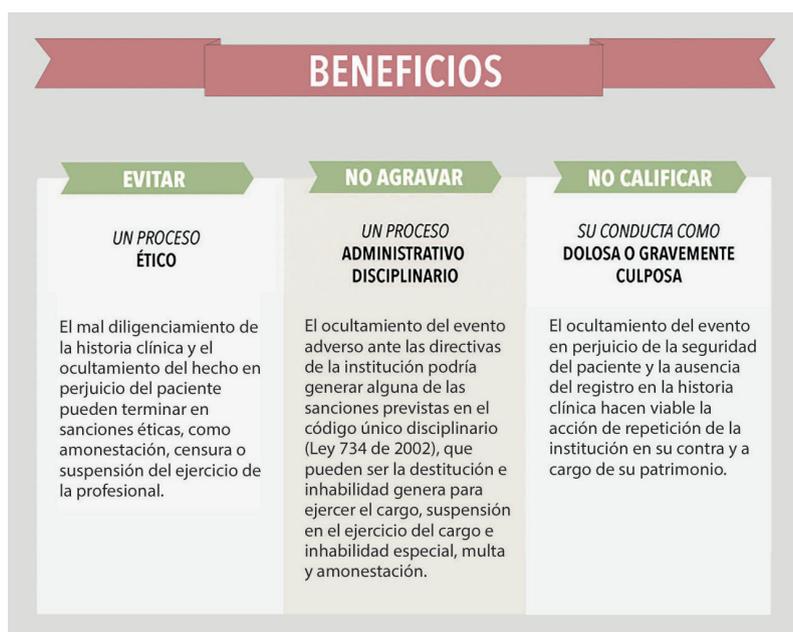
Conductas reprochables cometidas por el personal

- Ubicar al paciente en una cama sin barandas.
- No mantener elevadas las barandas de la cama del paciente.
- No acudir al llamado del paciente.
- No escribir notas en la historia clínica, con lo cual se trató de ocultar lo sucedido.
- No informar a la familia sobre la ocurrencia del evento adverso.
- No informar a la persona encargada de hacer el reporte en la ESE sobre la ocurrencia del evento adverso.
- No haber diligenciado el reporte tan pronto como se tuvo el conocimiento del evento.

En cambio, si los profesionales de la salud hubieran informado de manera oportuna y apropiada la ocurrencia del evento adverso, muy posiblemente habrían obtenido varios beneficios (figura 10.4). El comportamiento de un funcionario se evalúa en función de una escala de gravedad; la conducta con dolo es la más comprometida, porque constituye un incumplimiento intencional y con faltas graves; la culpa ordinaria es menos delicada, porque se trata de un incumplimiento no intencional, aunque sigue siendo grave, ya que de alguna manera salta a los ojos que “el hombre menos advertido no la cometería en la gestión de sus propios negocios”; la culpa grave se establece cuando de manera objetiva incide sobre la seguridad de las personas o de los bienes.

Entonces, la ocurrencia y el ocultamiento del evento adverso adquieren una mayor relevancia si ponen en riesgo la seguridad del paciente, criterio que se puede enmarcar entre otras circunstancias agravantes cuando las distintas autoridades de vigilancia y control deciden imponer sanciones.

Figura 10.4 Posibles beneficios que habría obtenido el personal de enfermería en este caso, si hubiera hecho el reporte oportuno y adecuado del EA



Desde el punto de vista jurídico, la ocurrencia y el ocultamiento del evento adverso han sido catalogados como una vulneración a la obligación de seguridad. Como la obligación que se deriva de la prestación principal durante el cumplimiento del contrato de hospitalización es procurar la mejora de la salud del paciente, la IPS debe evitar que el paciente sufra algún accidente

con motivo u ocasión de la internación. El Consejo de Estado, en la sentencia 12165 del 11 de noviembre de 1999, sobre un proceso desencadenado por la caída de un paciente en una IPS que era entidad pública —caso muy similar al que analizamos—, manifestó que la obligación de seguridad no hace parte del acto médico propiamente dicho, pues “involucra todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención médica [...] que se llevan a cabo desde el momento en que la persona ingresa al establecimiento médico u hospitalario, de tal manera que son asumidos por el personal paramédico o administrativo”. De esta forma, el deber jurídico de seguridad y el deber de cuidado personal son parte integral del contenido de la prestación en el contrato de hospitalización, y su incumplimiento genera la obligación indemnizatoria correspondiente para la institución.

Como en este caso la IPS es una ESE, la conciliación prejudicial, el reconocimiento indemnizatorio impuesto judicialmente al Estado en una condena y cualquier otra forma de terminación de un conflicto implican la correspondiente acción de repetición en contra del personal responsable, ya sea un servidor o un exservidor público o que se trate de un particular investido de función pública.

Aunque se entiende el temor a reportar, en particular cuando se trata de un evento centinela, en la mayoría de situaciones la ocurrencia del evento sale a la luz pública y es motivo de quejas y litigios. La ausencia de registros y el no haber reportado se pueden tomar como indicios de responsabilidad por parte de los profesionales involucrados.

SÍNTESIS

Los profesionales de la salud deben asumir sus errores, así estos sean involuntarios, especialmente cuando causan daño a un paciente. Es una equivocación creer que la omisión del registro en la historia clínica o la elusión del reporte del EA los exonera de quejas y litigios; por el contrario, además de la responsabilidad moral, pueden verse inmersos en una cadena de errores con resultados nefastos, no solo para el paciente y las instituciones, sino para el mismo profesional, porque incurre en un alto riesgo de sanciones, que no tendrían lugar si este hubiera reconocido e informado oportunamente la ocurrencia del EA.

CONCLUSIONES

- El reporte de los EA facilita la gestión y favorece los resultados de la implementación de la política de seguridad del paciente.
- Los entes gubernamentales, las autoridades judiciales y administrativas y las entidades prestadoras de salud deben establecer claramente que los reportes de eventos adversos no tienen fines punitivos y no implican autoincriminación ni denuncia de presuntos responsables.



EPÍLOGO

Durante la elaboración de esta obra, los autores, pares, supervisores, editores, ilustradores y correctores discutimos, reflexionamos y analizamos las ideas, palabras e imágenes que finalmente quedaron plasmadas. Por lo tanto, los capítulos que componen este decálogo contienen los acuerdos y las conciliaciones. No obstante, también nos pareció importante mencionar los disensos y los temas que fueron motivo de mayor controversia y de difícil concertación; precisamente este es el propósito de este epílogo.

Muchos temas fueron acordados fácilmente. Todos estuvimos de acuerdo en que los profesionales de la salud debemos estudiar continuamente los temas fundamentales de la disciplina en la cual ejercemos nuestra labor, y mantener actualizados nuestros conocimientos sobre la reglamentación de la profesión que ejercemos; además, coincidimos en que estamos obligados a comportarnos de acuerdo con los protocolos y las guías de práctica clínica. También hubo unanimidad en señalar la importancia del trabajo en equipo, con delimitación específica de las funciones, con jerarquía horizontal entre los miembros y con aprovechamiento de la sinergia entre profesionales de diversas formaciones y diferentes niveles de especialización en los conocimientos, habilidades y destrezas; igualmente, resaltamos la humildad y la generosidad como los valores que deben regir las relaciones entre estas personas y la vocación de servicio como la actitud que debe primar en la conducta del equipo con respecto al paciente. Tampoco hubo duda alguna al recomendar la prudencia y la coherencia como compor-

tamientos virtuosos y determinantes del éxito profesional, y fue relativamente fácil describir las características de estas conductas. Por último, todos estuvimos de acuerdo en aceptar que la relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y que siempre debemos mostrar respeto, consideración y cordialidad al tratar al paciente y sus familiares.

En algunos temas fue imposible llegar a un acuerdo satisfactorio para todas las partes. Por supuesto, nadie justificó el abandono del paciente, pero no fue fácil seleccionar las conductas que caracterizan este comportamiento ni delimitar las actividades que se podían delegar a un tercero; finalmente, se concluyó de manera genérica que el profesional no podía comprometer el mismo periodo para atender de manera simultánea a más de un usuario y que debía ejecutar de manera personal los procesos críticos de la atención.

Algo similar sucedió con los registros en la historia clínica, con el proceso del consentimiento informado y con los reportes de los eventos adversos: nadie se opuso a recomendar que estos fueran completos, precisos y veraces, y todos quisimos exaltar su importancia como elementos probatorios indispensables para mejorar las probabilidades de éxito en la defensa de los profesionales; pero, al mismo tiempo, no fue posible delimitar con precisión cuál es la información que el profesional le debe dar al paciente de manera verbal y cuál debe registrar por escrito en los documentos que conforman la historia clínica y sus anexos. Se concluyó que lo recomendable era registrar en la historia clínica los resultados de la interacción clínica entre el examinador y el examinado (motivo de consulta, interrogatorio, examen físico, resultados de exámenes complementarios y diagnósticos), los hechos que demuestran la diligencia en la atención de los pacientes, la pertinencia y racionalidad científica de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, los informes sobre los riesgos generales y particulares de dichas intervenciones y sobre los resultados esperados y las recomendaciones que debía seguir el paciente antes, durante y después de los procedimientos.

Sin embargo, no fue posible llegar a una conclusión sobre cuáles actividades de registro e información debe ejecutar el profesional de manera directa y cuáles puede delegar en su personal auxiliar, ni sobre los métodos que se pueden utilizar para transmitir y registrar los mensajes. Se propusieron sistemas alternativos que aprovecharan los últimos avances en comunicaciones y las innovaciones tecnológicas más recientes en informática, pero la evidencia publicada aún es insuficiente para definir las características de estos sistemas y la legislación todavía contiene muchos vacíos y “áreas grises”. Por ello, se acudió al “antiguo método” del registro y la información a cargo del profesional y de la comunicación personal y directa por medio de entrevista con el paciente y su familia. Además, se recomendó extremada prudencia y cautela a la hora de hablar y, sobre todo, de escribir.

El tiempo fue el principal motivo de discordia y la causa más frecuente de insatisfacción con los acuerdos. Se partió del imperativo legal que dice “el médico debe dedicar el tiempo necesario a su paciente” y del marco legal colombiano que establece la obligatoriedad de respetar la libertad y la autonomía de los pacientes, de mantener una comunicación fluida entre el profesional y el paciente, de obtener su consentimiento antes de iniciar cualquier acto médico y de los deberes ineludibles de cuidar a los pacientes y diligenciar la historia clínica, el documento del consentimiento informado y los reportes de sucesos críticos y de eventos adversos, así como entregar al paciente, a sus familiares, a las instituciones de salud, a los entes encargados de la supervisión y la vigilancia y a las autoridades administrativas y judiciales los informes que soliciten. Pero, a la vez, se advirtió que si se cumplieran con juicio todas estas tareas, y que si las labores fueran realizadas íntegramente por el profesional, el tiempo asignado para una consulta no podría ser inferior a una hora. Entonces, en la práctica, sería imposible cumplir con obligaciones y deberes en el periodo que habitualmente asignan las instituciones o los profesionales independientes a la atención de los usuarios de los servicios de salud, que hoy en

día rara vez excede los 20 minutos. A pesar de que se menciona esta cifra como el tiempo mínimo reglamentario para la consulta del médico general, en realidad no se encontró ninguna norma o concepto oficial que mencione cuál es el periodo óptimo recomendado para las consultas; en cambio, se encontraron muchas sentencias que reiteraban que el tiempo deber ser el necesario para hacer una evaluación adecuada del estado de salud, para indicar los exámenes indispensables, para precisar el diagnóstico y para prescribir la terapéutica correspondiente. Así mismo, las sentencias mencionan la autonomía del profesional para decidir la cantidad de tiempo que debe dedicarle a cada paciente y la responsabilidad médica que resulta de una atención apresurada, porque con frecuencia esta situación es la verdadera causa del debilitamiento de la relación interpersonal con el paciente, de imprecisiones diagnósticas, de tratamientos inadecuados y de registros insuficientes.

Entonces, el problema se resume en que una atención de calidad, responsable, segura y oportuna requiere tiempo, que el tiempo se compra con dinero y que nadie parece estar dispuesto a asumir este costo; es decir, “no hay tiempo” para atender a los pacientes. De hecho, las quejas más comunes de los usuarios del sistema de salud en Colombia tienen que ver con el tiempo: que tardan mucho para obtener una cita y que las consultas duran muy poco. Cada vez es más común encontrar funcionarios públicos que piensan que el manejo eficiente de los recursos del sector salud se logra aumentando el número de afiliados y de actividades y reduciendo el costo promedio *per capita* y por evento. Cada vez son más exóticos los gerentes y directivos de los administradores de planes de beneficios que fijan sus metas a largo plazo y que miden los resultados en términos de indicadores de salud de los afiliados y de bienestar de los trabajadores de la empresa, porque las juntas directivas y los accionistas miden sus ejecutorias en términos de resultados monetarios del ejercicio anual. Cada vez es menor la

proporción de instituciones de salud de origen público, con objeto social sin ánimo de lucro y con vocación de servicio social, y las que tienen estas características se han visto avocadas a ajustar sus estrategias de venta de servicios y de contratación del recurso humano en el afán por no perecer en la “guerra del centavo” en que se convirtió el mercado de la salud. Cada vez son menos los ciudadanos con capacidad económica o con disposición voluntaria para pagar de su bolsillo una consulta particular, entre otras cosas porque ello no asegura que van a obtener una atención de mejor calidad o una consulta de mayor duración. Y cada vez es más difícil encontrar profesionales de la salud dispuestos a pagar las cuotas de sacrificio (como abandonar a su familia o prescindir de actividades sociales y recreativas) que les impone cumplir con las exigencias científicas, éticas y legales que contempla el sistema actual de prestación de servicios de salud, máxime cuando los ingresos que ellos perciben por su trabajo tienden a decrecer y el reconocimiento social por su labor viene en descenso.

Por otra parte, sin importar quién, ni cómo, ni cuánto se paga por el tiempo de los profesionales de la salud, estos tampoco son muy propensos a dedicarlo con generosidad a sus pacientes. Parece haber una correlación entre el modelo de atención en salud y la frecuencia de procesos judiciales relacionados con la responsabilidad médica. Algunos países de Europa definen el salario básico para los profesionales de la salud y facilitan el acceso a los sistemas de seguridad social integral a todos los ciudadanos; en estos países, los litigios por responsabilidad médica son menos frecuentes y cuestan menos dinero, pero se describen problemas similares a los nuestros en lo relacionado con la distante oportunidad para acceder a las consultas y con los tiempos tan breves de las mismas. Esto parece indicar que los profesionales asalariados disponen de mayor tiempo para cumplir las formalidades legales, pero que son poco propensos a dedicarles mucho tiempo a sus pacientes.

En los Estados Unidos y en algunos países de Suramérica, el sistema de aseguramiento individual restringe el acceso a quienes pagan (directamente, o de forma indirecta mediante subsidios estatales) por el servicio de salud, y el monto de los ingresos de los profesionales es el resultado de la facturación de eventos o de horas de labor. En estos países, los litigios por responsabilidad médica son de mayor prevalencia y sus costos amenazan la viabilidad del sistema, a pesar de que el Estado, las instituciones y los profesionales destinan cada vez una mayor proporción de los ingresos a prevenir y atender estas reclamaciones; esto parece indicar que los profesionales no asalariados tienden a dedicar menos tiempo para cumplir con las formalidades legales, situación que es aprovechada sin misericordia por los usuarios para obtener compensaciones.

La imposibilidad de llegar a acuerdos sobre el tiempo posiblemente tuvo su origen en los hechos mencionados en los párrafos anteriores. Un grupo de participantes defendió una postura “radical”, mientras que otro adoptó una posición “pragmática”.

Los primeros afirmaron que el profesional debe concentrarse en ayudar a su paciente a resolver el problema de salud que motivó la atención, sin tomar en consideración el tiempo programado para la consulta ni la remuneración percibida; argumentaron que quien se comporta de esta manera en realidad termina ganando, porque va a gastar muy poco o nada de dinero en seguros, abogados, costas judiciales y condenas y porque una sola sentencia adversa arrasa con el patrimonio y los ahorros de toda la vida.

Los segundos afirmaron que las instituciones de salud y los profesionales pueden adecuar su práctica cotidiana para lograr, mediante la gestión hospitalaria y la gerencia en salud, un modelo de atención más eficiente, que gestione los riesgos, delegue las actividades y use los recursos humanos y tecnológicos para realizar una actividad eficaz desde el punto de vista médico, segura desde el punto de vista jurídico y rentable desde el

punto de vista monetario. Argumentaron que quien no se comporte de esta manera está condenado a perder, porque no va a poder pagar los costos básicos de operación que impone el modelo actual de gestión de calidad y de vigilancia del sector salud, ni va a obtener unos ingresos básicos que satisfagan sus necesidades de sustento.

Habría sido muy afortunado encontrar la senda que canalizara las dos vertientes y que permitiera aplicar el viejo aforismo de “firme en los principios y laxo en las acciones”. Este fracaso nos indica que el problema está lejos de ser resuelto, no solo por nosotros, sino por los gobiernos del planeta.

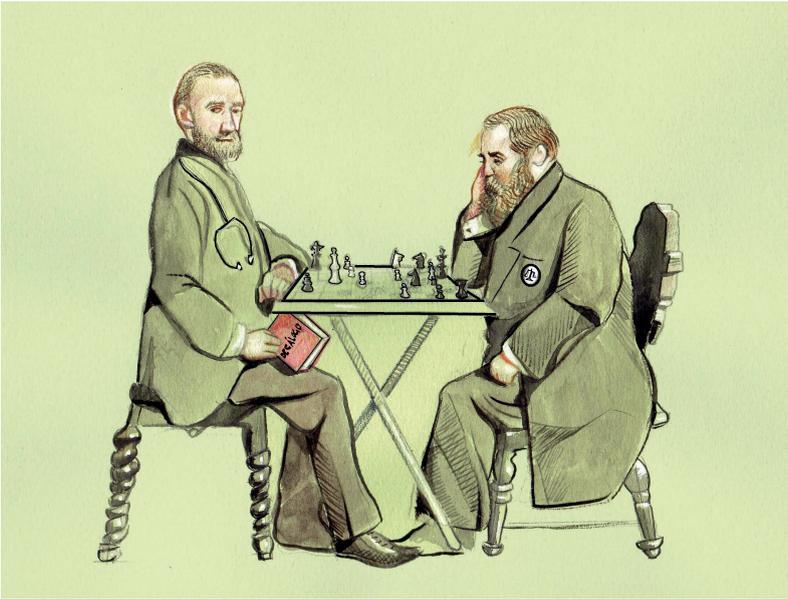
Como se mencionó en la Introducción, los procesos legales relacionados con el cumplimiento de las responsabilidades médicas generan al menos tres víctimas: el paciente, el profesional y la institución de salud. El análisis conjunto de los ejemplos presentados puso de relieve que estas víctimas van sufriendo daños sucesivos a medida que los procesos legales progresan; entonces, sin lugar a dudas, la enseñanza más importante de los casos discutidos es que resulta impostergable que los profesionales de la salud nos tomemos el tiempo necesario para reflexionar sobre lo que hacemos todos los días, hacia dónde nos pueden llevar nuestras acciones cotidianas y sus posibles consecuencias en la vida de las personas y en las políticas gubernamentales.

La conclusión que resultó del gusto general fue que todos debemos empezar inmediatamente a cambiar nuestros comportamientos, con miras a evitar que algún día nos convoquen en un proceso legal, y que si a pesar de ello se presentan reclamaciones, la probabilidad de condena sea muy baja.

La partida de ajedrez ofrece una analogía acertada para resumir la dinámica de los procesos legales (figura 1). Los demandantes buscan los puntos débiles que dejan los actos del profesional y los registros que este realiza para decidir las jugadas que van a debilitar la posición del demandado, y a su vez los defensores del profesional analizan sus posibles movimientos en

busca de acciones que pueden protegerlos de los ataques por mala práctica y que ayuden a concretar el favor del juez para materializar la derrota del oponente con un fallo absolutorio o una negación a las pretensiones del demandante y de sus apoderados.

Figura 1. Los procesos judiciales de responsabilidad médica semejan una partida de ajedrez



El profesional que ha cuidado a su paciente de acuerdo con la deontología y la *lex artis* y que ha acatado las recomendaciones de este decálogo, inicia la partida con notable ventaja, porque no presenta puntos débiles a su oponente y porque rápidamente ubica sus fichas en una posición dominante dentro del tablero.

La expectativa es que los actores de los sistemas de salud —sin importar la formación profesional, la disciplina ni mucho menos la postura personal, el modelo de atención, el tipo de relación contractual o la modalidad de pago— nos comportemos de acuerdo con las recomendaciones y las conclusiones mencionadas en esta obra. Ellas, de manera implícita, nos invitan a revisar las principales motivaciones de nuestros actos; no sabemos si el hecho de que la sociedad conviniera tasar en dinero el pago por los servicios profesionales es acertado o desacertado, y tampoco estamos convencidos de que el mejor instrumento de medición para estimar el monto de los pagos sea el reloj, pero sí estamos seguros de que el cuidado de la vida de los seres humanos y la preservación de la salud y del bienestar de nuestros conciudadanos no puede depender del estipendio económico y que la retribución por el ejercicio profesional debe ir mas allá del sueldo o de los honorarios.

En la medida en que los profesionales estemos dispuestos a recuperar el carácter sagrado que le conceden las sociedades ancestrales a los curanderos y nos comportemos como personas con principios morales ejemplares e inmutables, la sociedad moderna nos irá devolviendo la preponderancia y el respeto social que perdimos y que ahora tanto añoramos. Seguramente, también nuestros pacientes se mostraran compasivos con nuestros errores y defectos; y es probable que los jueces se muestren clementes a la hora de sancionar nuestras fallas.

La portada de este libro sintetiza el propósito de presentar un Decálogo para un ejercicio médico responsable, ético y seguro. La expresión “escrito en piedra” evoca lo perdurable, aquello que no puede ser tachado ni borrado. En una roca similar a la que utilizó Hammurabi para mandar a esculpir su código (que contiene las alusiones escritas más antiguas que se conocen sobre la reglamentación de la actividad médica), están descritos diez comportamientos de los profesionales de la salud que, según

el criterio de los autores, deben distinguir sus actuaciones, sin importar las circunstancias de persona, tiempo, modo o lugar en que atiendan a los usuarios de los servicios de salud, y sin ser enmendados en razón de las transacciones económicas, jurídicas y sociales que enmarcan la relación entre el médico y su paciente.

Es importante ser conscientes de la inmutabilidad de la deontología de quienes ejercen el arte de curar, porque los denunciados suelen exponer razones de carácter circunstancial para incumplir sus deberes y obligaciones, mientras que a la hora de asignarles las responsabilidades y de imponerles las sanciones los encargados de administrar justicia sistemáticamente tienden a desestimar tales argumentos.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Montealegre LE. La culpa en la actividad médica. Imputación objetiva y deber de cuidado. Monografías de Derecho. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1988.
- Bernate Ochoa F. Imputación objetiva y responsabilidad penal médica. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2010.
- Lombana Villalba J. Derecho Penal y responsabilidad médica. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2010.
- Solórzano Garavito CR. Derecho Penal y responsabilidad médica en Colombia, 2da ed. Bogotá: Ediciones Nueva Jurídica; 2014.

