3

RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA

CONTENIDOS TRANSVERSALES

DERECHOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Material producido por el Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología.

—

Autoría:

Amanda Galli, Marisa Pagés y Sandra Swieszkowski

Colaboradores:

Rubén Kevorkian, Hugo Grancelli, Patricia Blanco, Graciela Gimeno y Daniela Lobianco

Buenos Aires, diciembre 2017

Unidad 3

DERECHOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Propósito: promover la adquisición de conocimientos y habilidades para que el cardiólogo esté preparado para

- Respetar en su práctica clínica las normativas vigentes en relación a los derechos y seguridad del paciente

Los Derechos del Paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. La OMS desde sus inicios, ha volcado sus esfuerzos en la lucha por una asistencia sanitaria de calidad para todos los individuos y ha hecho numerosos llamamientos a la cooperación entre estados e instituciones para lograr la promoción y protección de los derechos de los pacientes. En 1946 la OMS hizo universal el concepto del derecho a la salud.

El Código de Núremberg (1947) y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) incluyeron los principios éticos que rigen la investigación médica con seres humanos. Se estableció como requisito obligatorio la documentación del Consentimiento Informado de manera libre y voluntaria.

A finales de 1948 se promulgo la Declaración Universal de los Derechos Humanos que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud.

"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". (artículo 25)

Legislación Argentina

Son muchas las leyes argentinas que se refieren a la problemática de la salud.

Dos leyes se refieren específicamente a este tema de los derechos del paciente.

- **LEY 26.529.** Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Promulgada 2009. Texto completo disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm

- **Ley 26.742.** Sobre los derechos del paciente, la historia clínica y el consentimiento informado. Promulgada 2012. Modifica algunos artículos de la ley anterior y agrega ciertas especificaciones. Esta ley suele ser llamada como Ley de muerte digna. Texto completo disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm

LA LEY 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud enumera los derechos del paciente (artículo 2):

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

a) Asistencia. *El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.*

b) Trato digno y respetuoso. *El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.*

c) Intimidad. *Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el*

debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326 (Ley de protección de los datos personales)

d) Confidencialidad. *El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.*

e) Autonomía de la Voluntad. *El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.*

f) Información Sanitaria. *El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.*

g) Interconsulta Médica. *El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.*

La Ley 27.642 sancionada el año 2012 modifica el punto de la **autonomía** agregando el siguiente texto:

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significarán la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Otros artículos de la **Ley 26.529** establecen algunas especificaciones.

- **Revocabilidad.** (artículo 10)

  La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

  En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

- **Directivas anticipadas.** (artículo 11).

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

- **Integridad de la historia clínica.** (artículo 16)

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

La **Ley 27.642** sancionada el año 2012 modifica este punto de las directivas anticipadas agregando el siguiente texto.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

LEY 27.642. Sobre los derechos del paciente, la historia clínica y el consentimiento informado. Promulgada 2012.

Consentimiento informado. (artículo 2). Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

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

a) Su estado de salud;

b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

c) Los beneficios esperados del procedimiento;

d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;

e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;

f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable. Deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

1 EJERCICIO

1. Lea cada uno de los enunciados que figuran a continuación y marque Verdadero o Falso. Marque sus respuestas en la columna "Respuesta individual".

2. Compare sus respuestas con las de sus compañeros y elaboren una respuesta por consenso. Marquen la respuesta consensuada en la columna "Grupo".

3. Comparen la respuesta del grupo con la Clave de Respuestas que figura en el Anexo 1. Verifiquen si la respuesta del grupo es mejor que las respuestas individuales.

MARQUE V SI CONSIDERA QUE LO QUE SE AFIRMA ES VERDADERO Y F SI ES FALSO.

Grupo	Enunciado	Respuesta individual	
		V	F
	1. El paciente, cualquiera sea su enfermedad, tiene el derecho a ser atendido sin ningún tipo de discriminación y que sus convicciones morales sean respetadas.		
	2. Los profesionales de la salud tienen la obligación de respetar la confidencialidad de los datos sensibles del paciente. La Ley 25.326 (Ley de Ley de protección de los datos personales) menciona como datos esenciales a los datos personales específicamente vinculados a la salud.		
	3. El retiro de medidas de soporte vital, que puede ser solicitado por el paciente, incluye la interrupción de los cuidados paliativos.		
	4. El derecho a la información sanitaria también incluye el derecho a no recibir esa información.		
	5. La institución asistencial debe entregar una copia de la historia clínica si el paciente presenta una autorización judicial.		
	6. El paciente tiene derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.		

■ **El nuevo Código Civil Argentino**, vigente desde 2015, en su artículo 59 establece:

...Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario. Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente." (Artículo 59. Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud)

EJERCICIO 2

1. ¿En qué medida se respetan estos derechos del paciente en la práctica? Mencione algún ejemplo.

2. ¿Qué papel cumple el residente en relación a la tarea de brindar información al paciente para que decida si acepta o rechaza determinado procedimiento?

3. Reúnase con sus colegas y elaboren una lista de propuestas / ideas para mejorar, en la práctica, el cumplimiento de la legislación vigente. Redactar un informe de 300 palabras como máximo.

La seguridad del paciente

En 1991 el resultado del Harvard Medical Practice Study señaló queun 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los eventos adversos producen incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales.[1]

Uno de los mayores problemas en la Medicina, son los trastornos que los pacientes pueden padecer como consecuencia de los errores que ocurren en la práctica cotidiana, ya sea por error humano o por las deficiencias en el sistema.

1. OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud.A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de laAtención: seguridad del paciente. Informe de laSecretaría. Citado por Elizabeth Villarreal Cantillo. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Disponible enhttp://www.redalyc.org/html/817/81723111/

Es necesario encarar este aspecto desde un punto de vista institucional, en forma tal que las medidas o estrategias que se elaboren alcancen a todos los actores. Por ejemplo, con este fin la Dirección del Hospital Italiano creó el "Comité de seguridad del paciente", que comenzó sus actividades en el mes de mayo de 2006 [2]

La Seguridad Clínica es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias.[3]

Los adelantos en la tecnología y el conocimiento desarrollado en las últimas décadas han creado un sistema de salud de enorme complejidad. Esta complejidad conlleva riesgos,la experiencia demuestra que las cosas pueden ir mal y que los eventos adversos afectan, y afectarán en el futuro, a nuestro sistema de salud. Los pacientes pueden verse afectados a pesar de la dedicación y profesionalidad del personal.[4]

OMS: 10 datos sobre seguridad del paciente[5]

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

Uno de cada 10 pacientes puede sufrir algún tipo de daño en el hospital. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

Las infecciones hospitalarias afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados. De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, 7 en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud.

2. https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/seguridad/seccion/226
3. Guía de práctica clínica. Seguridad del paciente. Disponible en: http://www.epes.es/wp- content/uploads/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
4. Nacional Patient Safety Agency (NPSA) La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en : https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
5. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/index9.html

Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones.

La mayoría de las personas no tiene acceso a dispositivos médicos apropiados. Actualmente hay en el mercado unos 10.500 tipos distintos de dispositivos médicos, desde equipos diagnósticos y terapéuticos de alta tecnología y elevado costo, como aceleradores lineales para tratar el cáncer, hasta estetoscopios y otras tecnologías básicas para la atención que dispensan los médicos y enfermeras en su quehacer diario. También incluyen objetos que mejoran la vida de millones de personas, como sillas de ruedas, audífonos, anteojos, marcapasos y prótesis. Un nuevo estudio de la OMS, *Medical devices: managing the mismatch*, y una encuesta en curso que ha cartografiado hasta ahora el uso de dispositivos médicos en 140 países revelan que son muchas las personas que todavía no se benefician con ellos. A nivel mundial, en 2008 se estimó que los ingresos reportados por la venta de dispositivos médicos estuvieron alrededor de US$ 210.000 millones. Los bajos niveles de gasto en salud en general entrañan un nivel igualmente bajo de gasto en dispositivos médicos.

Las inyecciones sin garantía de seguridad se han reducido en un 88% entre 2000 y 2010. La transmisión de infecciones a través de inyecciones contaminadas se produce en todo el mundo. Según un estudio patrocinado por la OMS y publicado en 2014, en el que se utilizaron los últimos datos disponibles, se estima que en 2010 el número de personas infectadas en el mundo por el virus de la hepatitis B mediante una inyección contaminada alcanzaba 1,7 millones de personas; podrían ser 315.000 personas en el caso del virus de la hepatitis C y 33.800 en el del VIH.

Las nuevas jeringas "inteligentes" que la OMS recomienda para la administración de inyecciones por vía intramuscular, intradérmica y subcutánea tienen características que impiden su reutilización.

La OMS también subraya la necesidad de reducir el número de inyecciones innecesarias, factor decisivo para reducir el riesgo. Cada año se administran 16.000 millones de inyecciones. Alrededor del 5% de estas sirven para vacunar a niños y adultos, y otro 5% se utiliza en procedimientos como transfusiones de sangre o para administrar anticonceptivos inyectables. En el 90% restante, las inyecciones se utilizan para administrar medicamentos. En muchos casos, estas inyecciones son innecesarias y podrían sustituirse por medicación oral.

Entre los años 2000 y 2010, a medida que las campañas en pro de la seguridad de las inyecciones cobraban impulso, la reutilización de dispositivos para la administración de inyecciones disminuyó siete veces en los países en desarrollo.

En el mismo período, la administración de inyecciones innecesarias también se redujo: en los países en desarrollo, el número medio de inyecciones por persona pasó de 3,4 a 2,9.

Trabajar en equipo es imprescindible para que las intervenciones quirúrgicas sean seguras. Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones.

Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica se pueden evitar.

Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente. Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US$ 19.000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas.

La atención médica tiene un historial de seguridad deficiente. Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1.000 000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300.

La experiencia y la salud de los pacientes son esenciales. La experiencia y la salud de los pacientes son el eje de los servicios de atención médica orientados al paciente y centrados en las personas. Las experiencias y perspectivas de los pacientes son valiosos instrumentos de aprendizaje y baremos que permiten determinar las necesidades, vigilar los progresos y evaluar los resultados.

Las alianzas de hospitales pueden desempeñar una función crucial. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Las alianzas bilaterales entre hospitales están destinadas a mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a través del intercambio técnico entre el personal sanitario. Tales alianzas[6] ofrecen un canal de aprendizaje bidireccional sobre seguridad del paciente y la posibilidad de encontrar conjuntamente soluciones en los sistemas de salud que cambian con rapidez.

Las recomendaciones de la OMS para contribuir a la seguridad del paciente se focalizan en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto

6. El término «alianzas» se está utilizando genéricamente para designar relaciones y arreglos de organización, tanto en la OMS como fuera de ella, concebidos para promover la colaboración con miras a lograr mejores resultados sanitarios. Abarca desde entidades jurídicamente constituidas con mecanismos de gobierno propios, hasta modalidades más simples de colaboración con diversas partes interesadas. Para designarlas se utilizan términos tales como «asociación», «alianza», «red», «programa», «colaboración por proyecto», «campaña conjunta» y «grupo especial». La alianza tiene un objetivo bien definido relacionado con un área de trabajo prioritaria. http://www.who.int/about/collaborations/partnerships/documentation/es/

5. Control de las soluciones concentradas de electrólitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud

Bibliografía Recomendada.

- Guía de práctica clínica. Seguridad del paciente. Disponible en : http://www.epes.es/wp- content/uploads/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gobierno de España. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf
- McDonald K et al. Patient Safety Strategies Targeted at Diagnostic Errors. A Systematic Review. Ann Intern Med. 2013;158:381-389.
- Shekelle P et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Ann Intern Med. 2013;158:365-368.
- Hospital Italiano. Experiencia en la internación desde la Perspectiva del paciente. Disponible en https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/seguridad/seccion/236

EJERCICIO 3

1. Lea cada uno de los enunciados que figuran a continuación y marque Verdadero – Falso en la columna de Respuesta Individual.
2. Compare sus respuestas con las de sus compañeros y elaboren una respuesta por consenso. Marque la respuesta consensuada en la columna Grupo.
3. Comparen la respuesta del grupo con la Clave de Respuestas que figura en el Anexo 1..

MARQUE V SI CONSIDERA QUE LO QUE SE AFIRMA ES VERDADERO Y F SI ES FALSO.

Grupo	Enunciado	Respuesta individual	
		V	F
	1 . El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos siempre y cuando fundamente su decisión.		
	2. El consentimiento informado del paciente es posterior a recibir información sobre los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.		
	3. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.		
	4. El paciente tiene derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.		
	5. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, es irrevocable.		
	6. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos.		
	7. Todas las directivas anticipadas del paciente deberán ser aceptadas por el médico a cargo.		
	8. El diagnóstico tardío o incorrecto del Infarto incrementa costos, riesgos y empeora el pronóstico del paciente.		
	9. Las estrategias de seguridad del paciente deben incluir el control del personal asistencial para buscar errores e identificar los culpables.		
	10. En un estudio con autopsias, la causa principal de muerte no fue diagnosticada, por error de omisión, en alrededor del 25% de los pacientes.		
	11. La incorporación de tecnologías informáticas podría reducir errores diagnósticos en ciertos casos.		

	12. Las listas de verificación (check list) son herramientas muy recomendadas en la prevención de infecciones asociadas catéteres centrales.		
	13. La utilización de guía ecográfica en la punciones venosas centrales es una estrategia muy recomendada en la seguridad del paciente.		
	14. Una estrategia para disminuir las infecciones urinarias por sonda vesical es reducir sus indicaciones.		
	15. En la atención de pacientes críticos, el uso de abreviaturas en las indicaciones médicas es un recurso seguro para agilizar el proceso de atención.		
	16. El trabajo asociado con personal de farmacia reduce los errores en la indicación y administración de medicación a pacientes.		
	17. La reducción de errores requiere cambios en el funcionamiento del sistema asistencial, aspectos técnicos y cognitivos.		
	18. Los cursos de actualización teórico-prácticos son la única estrategia efectiva para reducir el porcentaje de errores de diagnóstico y/o tratamiento.		

EJERCICIO 4

1. **Visualizar** *Anatomía de Grey*; temporada 6, capítulo 6. Vi lo que vi.

2. Leer el artículo publicado en la revista Medicina y Cine. Martinez Sabater A, Ballestar Tarin ML, Casal Angulo MC, Dominguez Romero A. La seguridad del paciente a traves del análisis de Anatomía de Grey; temporada 6, capitulo 6. Vi lo que vi. Rev Med Cine [Internet] 2016;12(2): 8290. Disponible en : http://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/viewFile/15001/15630

3. ¿Se implementa en el servicio en el que Ud. está cursando la residencia alguno de los métodos de investigación de sucesos adversos que se describen en el artículo?. Describa la participación de los residentes en la investigación de sucesos adversos.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

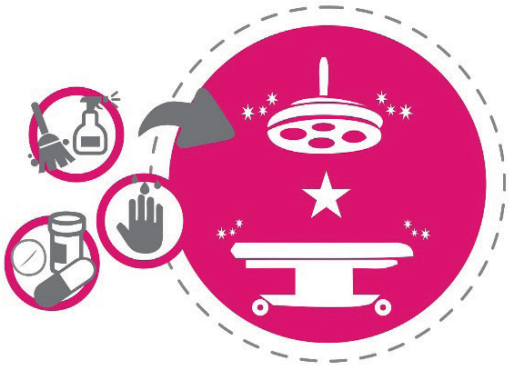
Meta 1:
Identificación del paciente en todo procedimiento.

Meta 2:
Comunicaciones efectivas.

Meta 3:
Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.

Meta 4:
Cirugías seguras a través de la verificación.

Meta 5:
Reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud.



Meta 6:
Prevenir la caída de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

EJERCICIO 5

1. Revise la Historia clínica de los pacientes hospitalizados en la sala en los últimos 3 meses.

   - ¿Cuántas infecciones hospitalarias aparecieron en los últimos 3 meses? Se estima, a nivel mundial, un 10% de los pacientes ¿cómo está este servicio?

   - En los últimos 3 meses, ¿Cuántos pacientes prolongaron su internación – más días – a raíz de infección hospitalaria o eventos adversos debidos a la asistencia médica?

2. ¿Existe en el servicio en el que ud. está cursando la residencia un Programa de Control de Infecciones? Mencione las 2 principales medidas / estrategias que se proponen y/o implementan.

3. Elaboren un resumen de los principales hallazgos. 500 palabras como máximo.

TERMINAMOS!!!

Anexo 1

CLAVE DE RESPUESTAS

EJERCICIO 1

MARQUE V SI CONSIDERA QUE LO QUE SE AFIRMA ES VERDADERO Y F SI ES FALSO.

1. **Verdadero.**
2. **Falso.** La Ley 25.326 menciona como datos esenciales a los datos personales que revelan origen racial y étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información referente a la salud o a la vida sexual.
3. **Falso.** En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.
4. **Verdadero.**
5. **Falso**. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
6. **Verdadero.**

EJERCICIO 3

MARQUE V SI CONSIDERA QUE LO QUE SE AFIRMA ES VERDADERO Y F SI ES FALSO.

1. **Falso.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

   Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.
2. **Verdadero.**
3. **Verdadero.**

4. **Verdadero.**
5. **Falso.** La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas lasformalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.
6. **Verdadero.**
7. **Falso**. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.
8. **Verdadero.**
9. **Falso.** Las estrategias de seguridad del paciente se orientan a la mejora de los procesos asistenciales y no a la búsqueda de personas culpables.
10. **Verdadero.**
11. **Verdadero.**
12. **Verdadero.**
13. **Verdadero.**
14. **Verdadero**
15. **Falso.** Las abreviaturas inducen a la confusión entre fármacos de parecida nomenclatura. La administración de medicamentos equivocados es un error frecuente.
16. **Verdadero.**
17. **Verdadero.**
18. **Falso.** La reducción de errores requiere cambios en el funcionamiento del sistema asistencial, revisión de aspectos técnicos y cognitivos. Los cursos en general son poco efectivos para cambiar las prácticas clínicas.