

COMO MINIMIZAR LOS RIESGOS Y EFECTOS EN NUESTRAS PRACTICAS ANTES LAS NUEVAS TENDENCIAS EN LA INDUSTRIA DE SALUD

Lcdo. Salvador F. Rovira Rodríguez Esq. LL.M
RR Group

¿QUÉ ES IMPERICIA?

- Ocurrencia de un daño;
- Una acción u omisión negligente y
- La relación causal entre el daño y la conducta negligente o culposa.

Artículo 1802 Código Civil de Puerto Rico

- El que por acción u omisión cause daño a otro vendrá obligado a reparar el daño causado.
- Nuestro ordenamiento ha establecido el estándar de cuidado. Un profesional de la salud tiene el deber de proveer aquella atención médica que satisfaga las exigencias de la profesión o la práctica en general a la luz de los modernos medios de comunicación y enseñanza.

IMPERICIA PROFESIONAL MEDICA

- La acción por impericia médica siempre versa sobre la ocurrencia de un daño, que por lo general resulta impresionante y doloroso.
- No obstante, el natural sentimiento de compasión que todo ser humano experimenta al enfrentarse al daño y sufrimiento de otro ser humano, los jueces deben tener siempre presente que el mero hecho de que haya ocurrido un daño no significa que el médico u hospital es civilmente responsable por el mismo.

Hernández v. La Capital, 81 D.P.R. 1031 (1960)

- El deber de previsión;
- No se extiende a todo peligro imaginable.
- Se extiende a aquel peligro que es probable que suceda y que conllevaría a una persona prudente a anticiparlo.

IMPERICIA PROFESIONAL MÉDICA

- Profesionales y Proveedores de salud serán responsables de los daños ocasionados a sus pacientes aún cuando tal daño se deba a la ignorancia sobre la condición del paciente, si esa ignorancia es el resultado de la omisión en llevar a cabo los exámenes correspondientes.
 - Cruz v. Centro Médico, 113 D.P.R. 719 (1983).

IMPERICIA PROFESIONAL MÉDICA

- La responsabilidad de un médico con su paciente no queda adecuadamente descargada con meramente dejar unas órdenes a cargo de otros sin cerciorarse de algún modo que sean cumplidas.
- El médico tiene el deber de diligentemente darle seguimiento y verificar si el hospital ha brindado el tratamiento prescrito a su paciente.

Federal Torts Claim Act 28 USC Sec. 1346 (b)

ASPECTOS LEGALES EN LA DOCUMENTACION

¿CÓMO PROTEGERSE DE DEMANDAS DE IMPERICA MÉDICA?

Cruz Rodríguez vs. Corporación

- “La clase médica puede protegerse contra algunos pleitos injustificados con un récord médico adecuado.”

OBJETIVOS

- Al finalizar la conferencia los participantes podrán:
 - Describir el término expediente de salud y su base legal.
 - Distinguir los diferentes propósitos del expediente de salud.
 - Conocerán los principios básicos de la documentación del expediente de salud.
 - Conocerán los problemas más comunes en la documentación de los expedientes de salud.

DEFINICION

- **El expediente de salud:**
 - Es una recopilación los datos e información concernientes a los servicios de salud provistos al paciente. Es un documento legal y tiene que documentar el quién, qué, cuándo, dónde, cómo y el porqué del cuidado del paciente.
 - Los datos son hechos y la información es la análisis de los datos y puede ser usada para propósitos específicos.

Características

- Puede ser manual o electrónico.
- Describe todos los aspectos del cuidado del paciente.
- Sirve como red de comunicación entre proveedores.
- Sirve para proteger los intereses legales del paciente, proveedores médicos o facilidad médica.

BASE LEGAL

- La legalidad del expediente de salud radica en Puerto Rico en la ley 101 del 1965, según enmendada.
- Esta ley faculta al Departamento de Salud para establecer la reglamentación para el establecimiento y operación de facilidades de servicios de salud. Para cumplir con esa responsabilidad la Agencia provee el Reglamento 117.

BASE LEGAL Cont.

- El Reglamento 117 del Departamento de Salud Capítulo XII, Servicio de Manejo de Información de Salud, Artículo 5 Expediente Clínico, Sección 1 establece que:
 - Toda facilidad de servicios de salud prepara y mantiene un expediente clínico electrónico, manual o híbrido por cada paciente evaluado y tratado, ya sea como paciente hospitalizado, ambulatorio, de emergencia, recién nacido o cualquier otra modalidad de servicio que pueda ofrecerse.

PROPIEDAD

- El Reglamento 117 del Departamento de Salud Capítulo XII, Artículo 5, Sección 9 establece que:
 - Si bien el expediente clínico se conserva para beneficio del paciente, médico, profesional de la salud y de la institución, éste es propiedad de la facilidad; el original o record electrónico no podrá ser sacado de la misma, excepto mediante orden de un tribunal de Justicia, exceptuando los expedientes clínicos de los servicios médicos correccionales.

PROPIEDAD Cont.

■ Ley Núm. 309 del año 2002

- Para enmendar el inciso (e) del Artículo 11 de la Ley Núm. 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada, conocida como "Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente", a los fines de que una vez finalizada la relación médico-paciente, el médico le entregue al paciente el expediente médico de éste; y a los fines de disponer que el paciente tiene derecho a recibir copia de su récord médico en un período que no excederá de cinco (5) días laborables, mediante el pago de un costo razonable el cual no excederá de setenta y cinco (.75) centavos por página hasta un máximo de veinticinco (25) dólares por récord médico.

PROPOSITOS

- El propósito principal del expediente de salud es documentar la evolución de la enfermedad del paciente y del tratamiento dado a éste en toda ocasión de servicio.
- Además, sirve como instrumento de comunicación entre los profesionales de la salud que participan en la planificación, la administración y la evaluación del tratamiento brindado al paciente.

PROPOSITOS Cont.

- Otro propósito del expediente de salud es servir como evidencia primaria en actividades administrativas y clínicas dirigidas a:
 - Cumplir con requisitos legales y cuasi legales de las agencias u organizaciones de acreditación, certificación, reglamentación y licencia.
 - Proveer información para actividades de investigación, de educación y de evaluación de servicios.
 - Evaluar la competencia profesional de los que intervienen directa o indirectamente con el paciente.

PROPOSITOS Cont.

- Proveer la documentación necesaria en reclamaciones legales del paciente.
- Servir de evidencia primaria o circunstancial en procesos legales.
- Lograr el reembolso óptimo por el servicio brindado.
- Planificación del tratamiento del paciente
 - Nivel de intervención
 - Seguimiento
 - Conclusiones

Propósito de la Documentación

Comunicación

Evidencia Legal

Investigación

Monitoreo de
calidad

Estadísticas

Educación

Reembolso
Monetario

CONTENIDO

- El Reglamento 117 del Departamento de Salud Capítulo XII, Artículo 7 Expediente Clínico Servicios Ambulatorios, Secciones 2, 3, 4 y 5 establecen que:
 - El expediente clínico debe incluir documentación completa, clara, exacta y evidenciará la evolución de la condición del paciente, y las reacciones a su tratamiento.

CONTENIDO Cont.

- Incluirá la siguiente información:
 - datos de identificación del paciente,
 - consentimiento informado,
 - historial del paciente y examen físico;
 - resultados de pruebas y procedimientos;
 - diagnóstico tentativo;
 - tratamiento;
 - notas clínicas u observaciones de cada visita; y disposición del caso, educación e instrucciones al paciente y listado de problemas.

CONTENIDO Cont.

- El listado de problemas se iniciará y se actualizará de acuerdo a los cambios observados en el paciente. Los datos a documentarse son los siguientes: diagnóstico, procedimientos relevantes; medicamentos en uso; alergias; inmunizaciones, reacciones adversas a medicamentos o alimentos.

CONTENIDO Cont.

- Las notas de evaluación o seguimiento deberán incluir:
 - fecha y hora;
 - nota narrativa que indique los problemas del paciente y cualquier cambio en la condición;
 - resultados del tratamiento;
 - firma, título y licencia del profesional que documenta el servicio.

DOCUMENTACION

- Los requisitos de documentación del expediente de salud están determinados directamente por:
 - Las necesidades del manejo de paciente
 - La reglamentación del Departamento de Salud
 - La legislación estatal y federal
 - Las organizaciones de acreditación
 - Los reglamentos de las asociaciones profesionales
 - Las necesidades administrativas y clínicas del proveedor
 - Las decisiones del Tribunal en los procesos legales

DOCUMENTACION Cont.

- La palabra hablada desaparece, la escrita permanece.
- El servicio no documentado es sinónimo de servicio no brindado.
- La documentación refleja el modo y momento en que ocurren los eventos.
- El resultado de la evaluación de la calidad de servicio brindado al paciente es directamente proporcional a la calidad de la documentación.

Pérez Cruz v. Hosp. La Concepción, 115 D.P.R. 721 (1984)

- De un examen de los récords del hospital no encontramos en ninguna parte anotación del riguroso examen que el doctor González alegadamente le practicó al paciente.
- Los hechos reflejan un récord médico incompleto del “que no se desprende diagnóstico alguno, como tampoco aparecen consignadas las alegadas advertencias que el doctor supuestamente hiciera en el sentido de que el paciente regresara si continuaba la condición.” Morales v. Hosp. Matilde Brenes, supra, pág. 191.

DOCUMENTACIÓN

- En admonición judicial reciente reiteramos que los hospitales deben ser especialmente celosos en vigilar que “sus medidas de evaluación periódica de la competencia profesional de sus médicos y en relación con el mantenimiento cuidadoso de los récords médicos sean de excelencia.” Núñez v. Cintrón, 115 D.P.R. 598, 606 (1984)

PRINCIPIOS BASICOS DE DOCUMENTACION

- Requisitos de una buena documentación:
 - Correcta- la información sea la del paciente y no de otro.
 - Exacta- resultados tengan relación con la condición.
 - Legible- que se entienda la letra.
 - Clara- expresar lo que realmente se quiere decir y no utilizar términos ambiguos.
 - Completa- todos los encasillados llenos y si no aplica escribirlo (n/a).
 - Oportuna- que se refieran a tiempo los casos y se actúe efectivamente.

PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA DOCUMENTACION

- Omisiones de:
 - Actos
 - Documentación
- Tardanza en:
 - La acción o intervención del profesional
 - Documentar la acción realizada

PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA DOCUMENTACION Cont.

- **Contraindicaciones:**
 - Plan de tratamiento vs. condición del paciente
 - Nivel de intervención vs. necesidades del paciente
- **Falta de supervisión al:**
 - Paciente
 - Personal

PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA DOCUMENTACION Cont.

- Inconsistencia en la información:
 - Notas de médico vs. Notas de enfermería
 - Ordenes vs. Tratamiento ofrecido
 - Quejas de paciente vs. Acción tomada
 - Resultados de pruebas vs. Manejo clínico

PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA DOCUMENTACION Cont.

- Falta de educación al paciente o familiar:
 - Orientación sobre su condición
 - Instrucciones de alta :
 - Dieta
 - Actividad física, etc.
- Esta orientación se tiene proveer en un ambiente de estricta confidencialidad y privacidad.

PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA DOCUMENTACION Cont.

- Falta de legibilidad de la información:
- Alteraciones aparentes o reales:
 - Omitir información referente a quien y cuando se hace el cambio
 - Uso de diferentes tipos de tintas en una misma anotación o entrada
 - Escribir sobre lo ya escrito

PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA DOCUMENTACION Cont.

- Correcciones inadecuadas:
 - Tachar incorrectamente
 - Borrar lo escrito sin permitir visibilidad de lo enmendado
 - Uso de tinta de borrar o escribir sobre lo ya escrito
 - Falta de evidencia de quien realizó la corrección
 - Falta de evidencia de cuando se realizó la corrección

Omissiones más frecuentes: Documentación Inadecuada

- No documentar:
 - La hora exacta en que el paciente llegó a recibir el servicio
 - Cuando se le ofrece el tratamiento
 - Quien acompaña al paciente
 - Cuando ocurren hechos esenciales
 - Alta del paciente (signos vitales)
 - Contactar a la policía
 - Ordenes verbales o telefónicas

Continuación

- No documentar:
 - Interpretación de laboratorios
 - Condición del paciente en la admisión, alta o evaluación en sala de emergencias.
 - Conducta del paciente
 - Respuesta del paciente al tratamiento
 - Comentarios expresados por el paciente
 - Documentar cuidado antes de brindarlo

Continuación:

- Documentación:
 - Documentar datos incorrectos
 - Letra ilegible
 - No validar ordenes médicas
 - Obviar signos vitales

Errores comunes en la documentación

- Fallar en documentar información pertinente de salud o medicamentos.
- Falla en documentar las acciones de enfermería.
- Falla en reportar medicamentos que fueron administrados.
- Reportar en el expediente equivocado.
- Falla en reportar la discontinuación de medicamentos.

Errores comunes en la documentación

- Falla en reportar reacciones a medicamentos o cambios en la condición del paciente
- Transcribir ordenes inapropiadamente
- Escribir ilegible o dejar expedientes incompletos.

RECOMENDACIONES

- Los pacientes que visitan hoy en día a los profesionales de la salud son personas más informadas y regularmente conocen sobre su condición y tratamiento.
- Muchos de los casos de demandas se generan por personas insatisfechas con el resultado del tratamiento al cual fueron sometidos.



RECOMENDACIONES

- 1) **Trato con el paciente** - el profesional de la salud debe observar un comportamiento cordial con su paciente. Ofrecerle un tratamiento humano y personalizado, eso hace sentir bien a la persona.
- 2) **Responder a las preguntas** conteste todas las dudas que tenga su paciente, esto evita las sorpresas.



RECOMENDACIONES



- 3) **Informar al paciente** oriente al paciente sobre todo el procedimiento que se va a llevar a cabo, incluyendo las ventajas y desventajas.
- 4) **Expediente de salud** escriba lo esencial , la falta de anotaciones debilitan los casos.

RECOMENDACIONES

5) Seguimiento

verifique que sus instrucciones se siguen.

6) Referir a pacientes

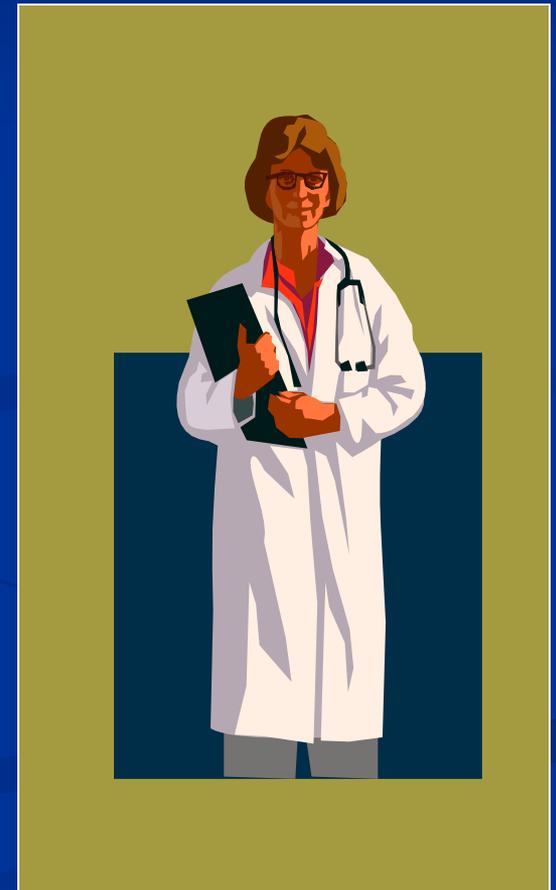
si el paciente requiere de una intervención más especializada refiéralo al profesional correspondiente.



RECOMENDACIONES

7) Revisar resultados de pruebas y evaluaciones

De esta forma se asegura que el plan de intervención y la secciones de tratamiento responden a la necesidades del paciente.



PREGUNTAS...



GRACIAS...

