

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y MANEJO DE RIESGOS EN ENFERMERÍA

Dr. Fabián Vítolo NOBLE S. A. ®

La opinión pública de nuestro país se vio conmocionada recientemente cuando los principales medios nacionales difundieron el “terrorífico error profesional” de una enfermera en España. El calificativo corresponde al gerente del lugar en donde ocurrió el hecho, el Hospital Gregorio Marañón, una de las instituciones más importantes de Madrid. Un recién nacido murió cuando la enfermera le administró el alimento por vía intravenosa en lugar de hacerlo por la sonda nasogástrica, como estaba indicado.

Analizado el evento por el Comité de Expertos del Consejo General de Enfermería de España, se llegó a la conclusión de que la enfermera, si bien tenía experiencia en otras áreas, no tenía la formación adecuada para ser asignada a la unidad de neonatos. Por otra parte, la dirección del hospital habría incumplido con la legislación vigente al enviar a esta profesional a neonatología sin que contara con la especialización suficiente para trabajar en una unidad crítica que, por su elevada complejidad, requiere de competencias avanzadas.

Aunque el hecho se menciona como algo absolutamente excepcional, dicho error también se ha visto en nuestro país y nos invita a reflexionar acerca de la responsabilidad que les cabe a los enfermeros en el ejercicio de su profesión.

En los últimos tiempos, siguiendo el auge de los juicios contra los médicos, han comenzado a verse reclamos por mala praxis contra enfermeros acusándolos de impericia, imprudencia o negligencia en la realización de tareas de su exclusiva competencia y responsabilidad. Se espera que con el avance de la enfermería como verdadera profesión autónoma (personal contratado) y de la internación domiciliaria (en donde muchas veces deben tomar decisiones en soledad), la frecuencia de demandas contra enfermeros aumente sin que estos puedan contar ya con el paraguas protector de la relación de dependencia.

El marco legal de la enfermería

En nuestro país, el marco regulatorio del ejercicio de la enfermería está dado por la Ley Nacional 24.004 (año 1991), su reglamentación 2.497 (año 1993), por la Ley 298 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (año 1999) y por la Ley 12.245 de la Provincia de Buenos Aires.(1999)

Estas leyes, muy similares entre sí, definen los requisitos, derechos, obligaciones y prohibiciones de esta actividad. Todas reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el nivel profesional y el nivel auxiliar. Entre las muchas competencias específicas del nivel profesional se incluyen la realización de algunas actividades relativamente invasivas no permitidas al personal auxiliar, tales como colocar sondas y controlar su funcionamiento, controlar drenajes, realizar punciones venosas periféricas, realizar curaciones simples y complejas que no demanden tratamiento quirúrgico, participar en los tratamientos de quimioterapia y diálisis y controlar a pacientes conectados a equipos mecánicos y electrónicos.

La actividad del auxiliar, en cambio, se encuentra mucho más restringida por ley, limitando su accionar en general a tareas de apoyo que hacen al bienestar y a la nutrición del paciente.

Al momento de sancionar estas leyes, los legisladores eran conscientes del hecho de que en una gran cantidad de instituciones médicas de nuestro país muchas personas se encontraban ejerciendo funciones de enfermería sin poseer título, diploma o certificado habilitante. Por ello, a través del Capítulo VII de las distintas leyes (Disposiciones Transitorias), se les otorgó un plazo de dos años para obtener el título de auxiliar y entre 6 y 10 años –según las distintas jurisdicciones- para obtener el título de enfermero profesional.

La ley específicamente prohíbe a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo están habilitados para ejercer la enfermería en el nivel de auxiliar (art. 10º). Asimismo, las instituciones y los responsables de su dirección o administración que contrataren para realizar las tareas de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la ley o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles mencionados, son pasibles de las sanciones previstas en la legislación vigente, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y sus responsables.

Causas de demandas en enfermería

Un enfermero/a puede ser demandado por daños ocasionados al paciente a raíz de:

- No haber advertido en tiempo y forma cambios serios en la condición del paciente (deterioro del sensorio, signos vitales anormales etc.)
- Habiendo advertido cambios serios, no actuó adecuadamente ni informó al médico.
- Errores de medicación (de vía, de dosis, de paciente)
- Inadecuada utilización de aparatología médica
- Falla en la evaluación del riesgo de caídas de un paciente y pobre planificación.
- Complicaciones de vías intravenosas (flebitis, infiltraciones, daños por extravasación)
- Daño a nervios en vías intramusculares (ej: ciático)
- Inadecuado manejo de úlceras por decúbito
- Falta de supervisión del personal auxiliar: así como el médico delega funciones a los enfermeros, el personal de enfermería también delega órdenes en el auxiliar de enfermería, lo que hace que se asuma una obligación de supervisión con responsabilidad solidaria por los errores cometidos por el auxiliar.

Algunas de estas situaciones (ej: infiltraciones, flebitis, úlceras por decúbito) son complicaciones habituales y no necesariamente desencadenan

responsabilidad profesional. Para que esta se configure debe haberse ocasionado un daño al paciente por culpa de una acción negligente, imprudente o imperita del enfermero. En un eventual juicio, la pregunta que el juez realizará a los peritos será: ¿Actuó este enfermero de acuerdo al estándar de cuidado que se espera de un profesional o auxiliar medio?. Si la respuesta es afirmativa, no habrá entonces un caso de mala praxis.

La importancia de la comunicación y el rol de enfermería en la prevención de demandas por mala praxis

Relación con los pacientes y sus familias

La principal herramienta con que cuentan los profesionales de la salud para evitar juicios por mala praxis es una adecuada comunicación con los pacientes y sus familiares. La experiencia ha demostrado que en toda demanda subyace un cortocircuito en la misma.

El papel que juega enfermería en la prevención de acciones por responsabilidad profesional es central. Es el enfermero/a quien pasa la mayor cantidad de tiempo con el paciente y su familia y es el primero en reconocer el enojo o la disconformidad de los mismos ante distintos aspectos de su atención (complicaciones no esperadas, quejas o dudas por el accionar de los médicos, etc.) De acuerdo a cómo maneje el enfermero o auxiliar estas situaciones dependerá muchas veces que se inicien o no juicios contra ellos mismos, los médicos y la institución donde trabajan.

Por su cercanía con los pacientes es también el enfermero quien está en mejores condiciones para identificar exposiciones a riesgo (ej: riesgo de caídas, falta de ayuno en cirugías, etc), y para identificar tempranamente eventos adversos (daños ocasionados al paciente a consecuencia de errores médicos y no de la propia enfermedad).

Ante cualquiera de las situaciones descritas (disconformidad, exposiciones a riesgo aumentadas o eventos adversos), enfermería debería informar de la situación al resto del equipo (supervisor, médico a cargo, etc) para determinar el mejor curso de acción.

El enfermero debe también ser prudente en sus comentarios y preservar siempre el secreto profesional. Muchas demandas son desencadenadas por dichos desafortunados referidos al accionar de otros miembros del equipo. El enfermero conoce algunas veces aspectos íntimos de los pacientes o bien de procedimientos mal realizados por otros profesionales de la salud y no le corresponde hacerlos del conocimiento de terceros. En todo caso, para su protección deberá comunicarlos a su jefe inmediato.

Relación con los médicos

La colaboración entre médicos y enfermeros es un elemento fundamental en cualquier programa de seguridad del paciente y de manejo de riesgos. La capacidad de estos profesionales para trabajar juntos como un solo equipo es esencial para mejorar las evoluciones de los pacientes, reducir las exposiciones y lograr una óptima atención. Cuando existen tensiones en esta relación, el medio se vuelve inseguro y el paciente queda expuesto a errores..

Lamentablemente, en muchas instituciones de nuestro país la relación médico-enfermero/a no es buena. Se mantiene en numerosos casos una relación excesivamente jerárquica y asimétrica, en donde el médico es el que da órdenes y el enfermero el que las cumple, y esto genera roces o distancia entre ambos.

Sin embargo, esta imagen de una enfermería absolutamente pasiva, cumpliendo estrictamente las órdenes médicas de un solo médico en una jerarquía muy rígida se ha ido desdibujando en las últimas décadas, de la mano de la creciente profesionalización, especialización y jerarquización del trabajo del enfermero. Hoy se espera de estos profesionales no sólo un adecuado conocimiento sino también un pensamiento crítico.

La complejidad de la medicina actual determina que la atención de los pacientes sea multidisciplinaria, participando de la misma internistas, interconsultores, terapeutas intensivos, kinesiólogos, nutricionistas y, muchas veces, residentes en formación. El enfermero se ve entonces obligado a interactuar con personas con diferente entrenamiento, experiencia y foco, no quedando muchas veces claro quién es el profesional que se encuentra a cargo. Hubo un tiempo en el que cada enfermera conocía a cada médico del staff y viceversa. Esto ya no es más la norma. Cuando los rostros del equipo de atención no son familiares, las relaciones de confianza son más difíciles de establecer.

¿Cómo debe hacerse para mitigar estos riesgos provenientes de la pobre comunicación?. ¿Cómo crear un ambiente que estimule la colaboración y disminuya la tensión, la falta de confianza o incluso la falta de respeto?. Si bien no hay una receta mágica, hay una serie de pasos que pueden darse. Y estos pasos comienzan en los líderes de la organización. La Dirección tiene que buscar la forma de lograr que los médicos y enfermeras que trabajan en la atención del paciente se puedan comunicar, porque cualquier falta en el proceso de comunicación afecta la seguridad de sus pacientes. Las acciones e interacciones entre el personal deben ser cuidadosamente evaluadas: ¿Hay respeto? ¿Se trabaja en equipo? Si los responsables de la organización solo verbalizan acerca de la importancia del trabajo conjunto, pero no lo demuestran en sus acciones, poco podrá esperarse de los profesionales.

La importancia médico-legal de los registros de enfermería

Los registros de enfermería son una parte vital de la historia clínica de los pacientes. Muchos casos médico-legales son resueltos basándose en los que escribió un enfermero/a. Los querellantes suelen buscar allí inconsistencias y discrepancias con lo escrito por los médicos en sus evoluciones e indicaciones médicas siendo muchas veces notoria la diferencia entre lo escrito por distintos integrantes de un mismo equipo de salud. También se suele buscar en estos registros la falta de respuesta ante un signo anormal, la falta de realización de una medicación o procedimiento indicado y la discontinuidad en la atención. En un juicio sólo servirá lo que se puede probar, y los registros incompletos exponen a los enfermeros y auxiliares a ser víctimas del viejo aforismo médico legal: "Lo que no está escrito no fue hecho". Lamentablemente, a partir de las auditorías de riesgos que realizamos en nuestras instituciones aseguradas, observamos que en general los cuidados no se registran o se registran de manera incompleta. Algunos errores comunes que deben evitarse son:

- Falta de registro de antecedentes médicos relevantes:

Supongamos que el paciente tiene una alergia conocida a cierto alimento o medicamento o bien tiene una enfermedad como diabetes o hemofilia. El equipo de salud debe conocer esta información, la que debe presentarse en forma destacada en los registros.

Sin embargo, usted se olvida de registrar este antecedente. La falta de esta documentación expone al paciente a un peligro y al enfermero a un juicio.

- Falta de registro de las acciones de enfermería:

Registre tempranamente todo lo que hizo por el paciente. Debería documentar todo lo que observó y qué es lo que usted hizo como resultado de dicha observación. El no hacerlo tendrá un impacto en el próximo turno. Los enfermeros que toman al paciente no sabrán si la misma observación es nueva o bien si hubo cambios, ya que usted no documentó nada. El tiempo también es importante. Si espera demasiado para registrar sus cuidados y acciones, puede olvidarse de información importante o, peor aún, registrar datos que no son correctos.

- Falta de registro de la administración de una medicación:

Registre cada medicación que administra incluyendo la dosis, la vía y la hora. No hacerlo podría derivar en un paciente sobremedicado, lo cual puede ser muy peligroso en algunos casos. Si es usted el que observa que una determinada medicación estaba indicada pero figura en los registros como no administrada, preste especial atención, asegurándose de que dicha medicación realmente no haya sido administrada. Evitará así la duplicación de la dosis.

- Documentación en la historia clínica equivocada:

Se debe prestar especial atención ante cualquier situación que pueda crear confusión entre dos pacientes. Algunos tienen el mismo apellido, otros pueden haber sido cambiados de cama, etc... Siempre chequee la identidad del paciente antes de cualquier acción (idealmente el paciente debería tener una pulsera identificatoria)

- No documentar claramente la suspensión de una medicación:

Si una medicación es discontinuada por cualquier razón, se debe documentar este hecho rápidamente. No hacerlo puede resultar en serias complicaciones para el paciente y, en caso de daños, para usted.

- Falta de registro de reacciones a medicamentos o de cambios en la condición el paciente:

El registro de la administración aislada de un medicamento puede no bastar ante una complicación. El enfermero debe reconocer una reac-

ción adversa o un empeoramiento en la condición del paciente e intervenir antes de que el mismo sufra un daño mayor.

- Transcripción incorrecta de órdenes y falta de cuestionamiento de indicaciones incorrectas:

Si se transcriben las órdenes con errores en la dosis o en la vía de administración, el enfermero puede ser hallado responsable en caso de daños originados en este error. También puede serlo si, ante una indicación dudosa, ejecuta la orden tal como está escrita aún sospechando un error del médico. El enfermero debe estar lo suficientemente familiarizado con las medicaciones, procedimientos y actividades habituales en su servicio como para saber cuándo una indicación es incorrecta. Si no está seguro, debe preguntar. Cuestionar una indicación es mejor que cometer un error que podría afectar la salud del paciente.

- Escritura ilegible o incompleta, tachaduras, desprolijidad general:

La desprolijidad y falta de meticulosidad en los registros hace presuponer a quienes deben juzgar los actos médicos y de enfermería una atención descuidada. Las deficiencias y omisiones suponen graves irregularidades y son suficientes para generar una presunción judicial de culpa. Los registros deben ser legibles, sin tachaduras. No se debe escribir sobre lo ya escrito, no debe borrarse ni se debe utilizar líquido corrector y no se deben dejar espacios en blanco. Ante una equivocación debe colocarse paréntesis, trazar una línea que permita ver lo que estaba escrito, escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones. Si falta espacio, utilice otra hoja de registro

- Utilización de abreviaturas incorrectas o peligrosas:

La utilización indiscriminada de abreviaturas no aceptadas universalmente o que pueden prestarse a confusión puede ser extremadamente peligrosa. Es útil que las instituciones y los servicios en particular desarrollen un glosario de abreviaturas aceptadas. Si bien los espacios para escribir suelen ser mínimos, el exceso de creatividad en el desarrollo de abreviaturas debe ser desalentado. Todavía se ven incidentes serios con heparina e insulina porque se abrevia U.I en lugar de escribir unidades internacionales (la u puede confundirse en estos casos con un 0, multiplicando la dosis por diez) o bien µgr (microgramo interpretado como miligramo). Cualquiera de estas situaciones puede llevar a resultados catastróficos y ser indefendible en caso de una demanda.

- Guerra en las historias. Asignación de culpas en los registros:

Si bien no es frecuente, todavía vemos en algunos registros de enfermería críticas hacia otros miembros del equipo de salud o bien descripciones de deficiencias institucionales en intentos por deslindar responsabilidades. No utilice la historia clínica como un campo de batalla donde dirimir disputas con sus colegas, con los médicos y con las autoridades de la Institución. Dicha información en el registro de enfermería no tiene utilidad clínica y expone a los profesionales y al establecimiento. El profesionalismo del personal debería verse reflejado en toda la documentación médica, incluyendo los registros de enfermería. En todo caso, existen otras vías para documentar incidentes y problemas mejores que la historia clínica del paciente.

- Falta de aclaración del nombre y número de matrícula:

Resulta fundamental que el enfermero registre su nombre y número de matrícula en cada entrada.

Hemos intentado en este artículo esbozar las principales exposiciones a las que se enfrentan los enfermeros y sugerido las principales herramientas con que cuentan para minimizarlas. En defensa de ellos podemos decir que lamentablemente en la Argentina no se termina de valorar el rol central que le cabe a enfermería en el sistema de salud, siendo un componente vital en cualquier programa tendiente a mejorar la seguridad de los pacientes y a disminuir la posibilidad de demandas por mala praxis.

Bibliografía

1. La Nación. España: conmoción por una mala praxis. Martes 14 de julio de 2009.
2. Herald.es (Ed. Electrónica). La enfermera que cometió el fatal error con el bebé Rayan no tenía la formación adecuada. Jueves 6 de agosto de 2009. www.heraldo.es/noticias
3. Barbarelli, J. Personal de enfermería. Un aliado fundamental en la prevención del riesgo. Argentina Praxis Médica. Marzo 2007
4. Gonzalez, A. Hay que prever y fomentar registros simplificados y útiles. Argentina Praxis Médica. Marzo 2007
5. Clough J Collaboration between physicians and nurses: Essential to patient safety. FORUM. Risk Management Foundation. May 2008. Vol 26 N° 2
6. Armutlu M, Foley ML et al. Survey of nursing perceptions of medication administration practices, perceived sources of errors and reporting behaviours. Healthcare Quarterly Vol 11 Special Issue 2008
7. Nursing Services Organization. 8 common Charting mistakes to avoid. www.nso.com/nursing-resources/article/16.jsp. Accedido agosto 2009