

**RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS
EN EL VISUALIZADO DE ANÁLISIS
Y OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

CEAAPB (Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Bizkaia)

Mayo 2016

INDICE

	Pág.
1. LOS HECHOS/ANTECEDENTES	2
2. CONSIDERACIONES ÉTICAS	3
2.1 ÉTICAS DE LA RESPONSABILIDAD	3
2.2 TOMA DE DECISIONES CLÍNICO-ASISTENCIALES	3
3. SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y RESPONSABILIDAD	5
3.1 CONSIDERACIÓN GENERAL	5
3.2 PROBLEMAS DETECTADOS	6
3.2.1 Delegación de responsabilidad en la visualización de resultados, desde el segundo nivel de atención a la atención primaria	6
3.2.2 Asignación arbitraria de análisis del segundo nivel al médico de atención primaria.	8
3.2.3 Hallazgo de resultados de pruebas solicitadas por otro profesional que pueden afectar a la seguridad del paciente.	8
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	9

1. LOS HECHOS/ANTECEDENTES

Reflexión en torno a algunos problemas relacionados con el seguimiento de los resultados de pruebas complementarias que vienen afectando a la seguridad del paciente así como a la relación entre niveles asistenciales.

Algunos casos:

1. Resultados patológicos de **citologías de cérvix “quedados en el olvido”**, solicitados desde el primer y segundo nivel de atención y descubiertos por enfermera o médico de familia al comentar a la paciente que le toca hacer la prueba y referir ésta que la había hecho hacía menos de 3 años.
2. El sustituto del médico de familia solicita valoración al servicio de radiodiagnóstico de una radiología pedida en un proceso agudo. El **resultado de la interconsulta**, que informa de imagen sospechosa de neoplasia, **no fue “recepionado”** en su día. El titular lo ve meses después cuando el paciente vuelve por otro motivo de consulta.
3. Colonoscopia solicitada por médico del segundo nivel con **resultado de anatomía patológica “sin visualizar”** (nada escrito al respecto en sus evolutivos ni actuaciones subsecuentes), con un diagnóstico de parasitosis intestinal potencialmente sistémica y mortal si no se trata adecuadamente. El médico de familia encuentra dicho resultado bastante tiempo después, al valorar la interconsulta en tareas pendientes.
4. Pacientes que acuden a consulta del médico de familia para que éste **les dé el resultado de la prueba que le solicitó el “especialista”**. Suele tratarse de estudios diagnósticos, como gastroscopia, colonoscopia, RM, TAC..., solicitados por médicos del segundo nivel de atención, desde la consulta ambulatoria u hospitalaria, y para cuyo resultado el paciente tiene una cita a largo plazo. A veces el paciente hace la demanda motu proprio pero con frecuencia es inducida por el propio médico de segundo nivel.

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

2.1 ÉTICAS DE LA RESPONSABILIDAD

La axiología (filosofía de los valores) aportó una visión que resultó básica en las éticas de la responsabilidad y que hoy, en nuestro medio multicultural y diverso en valores y creencias, pasa necesariamente por el ejercicio de la tolerancia.

A diferencia de modos más extremos de analizar la corrección de los actos morales, como serían las éticas de convicción y de la decisión racional, en las *éticas de la responsabilidad* la respuesta al “qué debo hacer” se apoya en un equilibrio entre el principialismo moral y el consecuencialismo. Ello quiere decir que ha de evitarse la rigidez o el dogmatismo: las decisiones morales no son ciertas sino probables y esa probabilidad, en el mundo de la ética, se le llama “razonabilidad” o prudencia y al proceso de búsqueda de una decisión razonable y prudente, “deliberación”.

La bioética asistencial encaja en este tipo de éticas: todos hemos de ser responsables de las consecuencias de nuestras actuaciones; los gestores y los sanitarios, por supuesto, pero también al paciente ha de responsabilizarse de la gestión de su cuerpo y de su salud.

2.2 TOMA DE DECISIONES CLÍNICO-ASISTENCIALES

En la asistencia sanitaria se toman a diario miles de decisiones tanto por parte de sanitarios como de pacientes, decisiones que a su vez tendrán consecuencias.

Desde la concepción de una asistencia de calidad, la toma de decisiones (el hacer o no hacer) va siempre encaminada a la promoción/prevenición de la salud o al diagnóstico/atención de los problemas de salud, en concordancia con los deseos del paciente.

La toma de decisiones no siempre será fácil ya que **realizar las buenas prácticas clínicas** supone:

- **Hacer lo indicado** o, lo que es lo mismo, elegir la mejor opción diagnóstica, preventiva o terapéutica (valorando no solo la indicación sino también la no indicación y la contraindicación).
- Cuando, como tantas veces resulta en nuestro quehacer profesional, nos encontramos con una *lex artis* variable y/o con situaciones de incertidumbre, debemos **actuar con prudencia** y avanzar hacia un modelo de **relación clínica deliberativa** que necesariamente incluye al paciente (sus deseos y valores). El método deliberativo supone la búsqueda de la verdad, ponderando todos los factores que intervienen en un hecho mediante un proceso dialógico. Ello nos permitirá llegar a la mejor elección, que será siempre una decisión prudente, razonable, tomada después de haber disminuido, dentro de lo posible, la incertidumbre.
- Una vez tomada la decisión, su realización conlleva **corrección técnica y seguimiento del proceso**.

Ocurre, en ocasiones, que los profesionales sanitarios dejan de realizar actos que, desde las buenas prácticas clínicas, estarían indicados y ello puede tener repercusiones éticas y legales.

Se entiende por omisión a todo acto de abstención de actuar, así como también el descuido o negligencia de realizar una obligación.

Las omisiones implican responsabilidad, especialmente si afectaran a la seguridad clínica del paciente (evitación de daños), a su capacidad de tomar decisiones (autonomía) o, bien, al conjunto del sistema sanitario o sociedad (obligaciones de justicia en la utilización de recursos).

Por otro lado, los deberes de responsabilidad implican siempre la reparación de daño en caso de producirse.

3. SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y RESPONSABILIDAD

3.1 CONSIDERACIÓN GENERAL

Cada médico ha de responsabilizarse de las pruebas que solicita, es decir, de la gestión completa de todos los pasos del proceso, acorde con las buenas prácticas clínicas:

1. Valoración/pertinencia de la indicación.
2. Petición de la prueba.
3. Valoración del resultado: **visualización por el profesional en tiempo adecuado.**
4. Toma de la actitud terapéutica pertinente: atención al paciente en tiempo adecuado, según el resultado y su trascendencia.

LA VISUALIZACIÓN NO ES UN MERO “CLICADO” SINO QUE CONLLEVA, NECESARIAMENTE, UN PROCESO INTELECTUAL:

- **Conocimiento (reconocimiento) de la nueva información recibida** e integración de la misma en el proceso clínico: confirmación o descarte de una sospecha diagnóstica, actitud ante hallazgos no esperados...
- **Registro adecuado en la historia clínica:** un nuevo diagnóstico supone cambiar la codificación del existente o tal vez crear un episodio nuevo...
- **Valoración de contacto con el paciente y/o citación,** según gravedad, para adelantar la atención...

Visualizar las pruebas que solicitamos resulta imprescindible para un seguimiento clínico adecuado. Esta actividad es necesaria para un buen manejo de la historia clínica y para garantizar una asistencia de calidad.

Con ello se pueden prevenir daños al paciente derivados del “desconocimiento” de información clínica disponible y prevenir problemas legales derivados

(responsabilidad penal/administrativa). A su vez, esta práctica mejora la eficiencia ya que puede evitar la repetición de pruebas o consultas ya realizadas.

La responsabilidad directa y última recae en el profesional médico **que solicita la prueba** independientemente de que la solicitud, sea en formato papel o electrónico, la haya realizado otro personal auxiliar (enfermera o administrativo) en sus funciones.

Esto en atención primaria es sencillo de interpretar ya que el médico responsable es el titular del cupo (o quien le sustituya en sus ausencias), mientras que en el nivel hospitalario es algo más complejo ya que, en muchos servicios, son diferentes profesionales médicos los que se implican en la asistencia de cada paciente. De cualquier modo, si al paciente solo le atiende un profesional, él sería el responsable y, si fueran varios, lo sería, en última instancia, el Jefe de su Servicio, o en su caso, los jefes de los servicios implicados.

3.2 PROBLEMAS DETECTADOS

3.2.1 DELEGACIÓN DE RESPONSABILIDAD en la visualización de resultados, desde el segundo nivel de atención a la atención primaria:

Entendemos que en el visualizado de pruebas complementarias no procede delegar responsabilidades, desde un médico del segundo nivel de atención al médico de atención primaria, sin mediar un acuerdo previo: ni ética ni deontológicamente es defendible.

Nos parece inadecuado “utilizar” al paciente como vehículo de la demanda de visualizado y/o resultado de pruebas.

Asimismo, el responsable de **dar la información sobre un resultado** es el médico del segundo nivel (o servicio correspondiente) que está atendiendo al paciente, puesto que él conoce mejor el contexto en el que ha solicitado la prueba y la interpretación/repercusión del resultado de la misma en el paciente concreto, sin menoscabo de que el médico de familia pueda voluntaria y prudentemente adelantar información al paciente que lo solicita.

La delegación de esta responsabilidad puede afectar negativamente a:

- la **relación clínica médico-paciente**. El paciente puede no entender que el médico de familia no le satisfaga su demanda.
- la **relación entre niveles asistenciales**, ya que no es comprensible que un médico del segundo nivel diga a su paciente que los resultados los tiene en la consulta del médico de familia, sin haber mediado ningún tipo de acuerdo o contacto previo con este último.
- la **seguridad de paciente**, ya que el responsable de la valoración de un resultado, en tiempo adecuado, no asume sus obligaciones.

Si en la atención sanitaria no quedara claro que cada profesional es responsable de sus actuaciones clínicas, resultaría perjudicado el paciente al incrementarse los riesgos sobre su seguridad.

La concepción del trabajo del médico de familia como “integrador” de la información clínica (visión holística) y su capacidad de seguimiento longitudinal del paciente a lo largo de su vida, implican responsabilidades tanto en lo que, como médico de atención primaria, realiza directamente como en el conocimiento-integración de los resultados de otras asistencias sanitarias y sociales y la inclusión de ello en la valoración global de su paciente. Sin embargo, esta labor integradora no conlleva la asunción de responsabilidades de otros profesionales que también participan en la asistencia del paciente común.

El **médico responsable** del paciente es el que lleva el **proceso asistencial concreto**, no el titular de cupo. Así lo recoge la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica en el Cap., art. 3 (*Las definiciones legales: médico responsable*).

Pensamos que la visualización delegada podría ser una buena praxis cuando sea consecuente con una recomendación escrita por el médico de segundo nivel, en una consulta no presencial, o similar, o en una petición de asesoramiento en el seguimiento de un paciente, y que el médico de atención primaria asume. Debiendo darse, en todo momento, en el contexto de actuaciones que **busquen la mejora de la atención del paciente** (evitarle consultas extras, desplazamientos, ansiedad, demoras...) y **de la eficiencia** del sistema, **siempre que ello no ponga en peligro el ejercicio de las buenas prácticas clínicas**.

3.2.2 ASIGNACIÓN ARBITRARIA de análisis del segundo nivel al médico de atención primaria

No vemos adecuada la práctica de “asignación” al médico de atención primaria de análisis solicitados en consultas externas por el médico del segundo nivel ya que supone responsabilizar del trabajo de visualización (y consecuentes) a un profesional que no lo ha solicitado.

Además, para dicha asignación, se crean artificios administrativos que podrían llevar a adjudicar inadecuadamente responsabilidades legales a quien no corresponde (de hecho, además, se “cargan” en las tareas pendientes del profesional de atención primaria).

La excepción sería cuando, como ocurre en ocasiones, la analítica solicitada resulta de una fusión de lo que el segundo nivel y la atención primaria solicitan (se hace precisamente para evitar que el paciente se pinche dos veces y ser más eficientes)

3.2.3 Hallazgo de resultados de pruebas solicitadas por otro profesional que pueden afectar a la SEGURIDAD DEL PACIENTE

La necesaria colaboración entre niveles y el trabajo en equipo no debe diluir la responsabilidad de cada uno. Siendo ello cierto, existe un grado de corresponsabilidad con los demás profesionales que atienden a nuestros pacientes, siendo ésta mayor cuanto más grave es la situación clínica, teniendo siempre en el horizonte que uno de los Fines de la Medicina es *la prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.*

En el terreno de lo concreto, si un médico de atención primaria, en tareas de visualizado de pruebas (analíticas fundamentalmente), o en tareas de búsqueda de respuestas a interconsultas con el segundo nivel (y/o pruebas derivadas), encontrara un **resultado inesperado**, en una prueba que él no ha solicitado, debe tener una **actitud colaborativa y responsable**. Cuando se trata de la seguridad del paciente somos corresponsables, no se puede mirar para otro lado si la trascendencia del resultado supone riesgos para el paciente en caso de no actuar con premura.

También es necesaria una actitud colaborativa cuando no tenemos certeza de que dicho resultado sea conocido por el propio profesional emisor.

La historia clínica electrónica y las agendas de citación aportan información que nos permite valorar, según el diagnóstico y el curso clínico, la trascendencia del hallazgo y conocer si el paciente ha sido informado o está citado a corto plazo.

En caso de duda, tenemos recursos suficientes para resolver el problema: puede servir una *interconsulta No Presencial* con el servicio del profesional emisor o, si es muy urgente, una llamada telefónica.

Si lo vemos necesario, debemos contactar con el paciente directamente y, si no, hacer un seguimiento citándolo en la agenda propia como cita de *valoración de pruebas o valoración clínica...*

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 4.1 No se entiende una buena historia clínica electrónica si no tiene un mínimo de calidad y ello pasa obligatoriamente (deber deontológico y ético del profesional responsable) por la visualización de las pruebas solicitadas y un adecuado trabajo de registro clínico y plan asistencial consecuentes.
- 4.2 Recordar que el que *el paciente no acuda por los resultados* no exime al profesional de sus obligaciones.
- 4.3 Se deben potenciar estrategias que garanticen la visualización del total de las pruebas solicitadas (evitación de resultados “olvidados”):
 - La responsabilidad con las pruebas que solicitamos implica diseñar mecanismos para recordar valorar sus resultados: avisos, trabajo por tareas pendientes, citas en agenda propia como “Consulta No Presencial” (cita administrativa o de valoración de pruebas)...
 - Los profesionales pueden precisar tiempo (habilitación de espacio en sus agendas para tareas asistenciales no presenciales) para realizar el trabajo de visualizado/valoración de las pruebas e interconsultas que solicitan.

- Los profesionales pueden precisar formación/actualización en el manejo de la historia clínica electrónica.
- 4.4 Los gestores tienen la responsabilidad de facilitar y garantizar que el profesional puede realizar adecuadamente su labor asistencial, tanto presencial como no presencial.
- 4.5 Resultan improcedentes los cierres o “visualizados” masivos, desde la administración, de analíticas no visualizadas (como ha ocurrido en el pasado en varias ocasiones).
- No los recomendamos, salvo excepciones bien fundadas, precisamente porque no conlleva el acto de valoración clínica que un visualizado (acorde con las buenas prácticas clínicas) requiere.
 - Se deberá trabajar desde la administración por un cambio cultural que conlleve un cambio de actitud en los profesionales (asunción del valor de la visualización).
- 4.6 Puesto que en Osakidetza se está elaborando una **historia clínica electrónica común para los dos niveles asistenciales**, pediríamos, de cara al diseño de la misma, que:
- Se entendiera, el papel que cumple la atención primaria en aras de facilitar y conservar sus funciones específicas.
 - La totalidad de la pruebas complementarias solicitadas se carguen a **tareas pendientes**, identificando al profesional solicitante y/o servicio emisor
 - Se eliminaran los formatos de solicitud de pruebas que no conlleven cita de vuelta o constancia en las “tareas pendientes generales” del médico solicitante en “volantes pendientes” de la historia clínica (referido al actual formato de Osabide AP). Ej. la radiología, salvo el radiodiagnóstico, no resulta cargada en tareas pendientes del médico de atención primaria.
 - Se habilitara alguna señal, llamada o **recordatorio** de que hay **pruebas** o interconsultas **no visualizadas**, pero que fuera garantista con la seguridad clínica y el bien del paciente, es decir que no permita, o al menos dificulte, hacer visualizados masivos y/o irresponsables.

- Se mantuviera el **aviso urgente telefónico ante resultados inesperados** o de riesgo en la seguridad del paciente, como se viene haciendo respecto a datos de laboratorio fuera de rango, considerados “valores críticos”.

4.7 Por último, en aras de mejorar la necesaria integración entre niveles asistenciales, recomendamos que el diseño de **los protocolos de derivación entre niveles asistenciales:**

- Se basen en **consensos amplios** (buen nivel de acuerdo) **y estables** (bien diseñados y sin premuras)
- Sean **bidireccionales**, es decir que también se habilite la opción de que el médico del segundo nivel de atención haga interconsultas al del primer nivel.
- Cuiden especialmente el proceso de las **consultas no presenciales**, en aras de facilitar una relación entre niveles beneficiosa para el paciente, en primera instancia, y también satisfactoria para los profesionales que le atienden en ambos niveles.
- Contemplan la **prevención de problemas relacionados con la responsabilidad de cada profesional** en el visualizado de las pruebas que solicita.