

PREVENCIÓN EN EL CONSULTORIO

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

En todo reclamo por “mala praxis” suelen subyacer causas encubiertas. Las distintas estadísticas demuestran que hay más negligencias en la práctica diaria que juicios y que la mayoría de estos últimos son infundados. En general, detrás de cada demanda hay un problema de relación. Como esta relación generalmente comienza en el consultorio, resulta importante resaltar algunos factores que suelen dañar a la misma desde su inicio. Según algunos trabajos, el 30% de los reclamos se originarían en el consultorio. Como en la mayoría de los casos, la solución a problemas que pueden costar miles de pesos está en las cosas simples, de bajo costo.

EL AMBIENTE

La apariencia de su consultorio y la forma en la que el mismo es manejado determina en gran medida la percepción que el paciente tendrá de usted. Un área de recepción sucia sin duda genera una impresión negativa. El efecto sobre la calidad de atención percibida puede ser significativo

- En ocasiones puede verse esperando a una multitud de pacientes (hasta a veces parados). Esto ayuda a crear la sensación, muchas veces real, de que usted está sobrepasado o muy atrasado y que no se preocupó lo suficiente como para advertirles de la demora.
- Maneje con prudencia el material de lectura. Algunas revistas populares tratan temas de salud en forma superficial e incorrecta. Otras pueden tener notas “amarillistas, como por ejemplo “Por qué demandé a mi cirujano...”. Chequee el material de lectura que deja en manos de sus pacientes.
- Lo mismo se aplica para la televisión o el material grabado. Considere la posibilidad de utilizar videos de educación para los pacientes: medicina preventiva, información de acuerdo a su especialidad (ej: información acerca del embarazo en el caso de obstetras). Los pacientes se encuentran “cautivos” mientras aguardan su turno. ¿Por qué no darles la oportunidad de aprender acerca de estilos de vida saludables o de procedimientos habituales?

MANEJO DE TURNOS

Las esperas prolongadas lideran el ranking de quejas en las encuestas de satisfacción. Cuando esto sucede, los pacientes perciben la conducta del médico como indiferente a sus tiempos y necesidades. El manejo

inapropiado de los turnos lleva a salas de espera abarrotadas, poco tiempo para interrogar y examinar a los pacientes e inadecuada documentación. Lamentablemente, generalmente hay exagerada presión por parte de las obras sociales para ver cada vez mayor cantidad de pacientes en menor lapso de tiempo. Esta situación difícilmente se revierta, aunque habría que analizar si este “acortamiento” de los turnos no determina a largo plazo una pérdida en la rentabilidad a expensas de insatisfacción de los pacientes. Por el momento, habría que tratar de optimizar el poco tiempo del que se dispone. Algunos consejos:

- Evite ser demasiado esquemático en el otorgamiento de turnos. Habitualmente, se dan turnos cada media hora o a intervalos más cortos aún (ej: cada 15”). Este tiempo puede ser excesivo para un paciente conocido que sólo quiere una actualización de una receta y puede ser muy poco para una primera visita por algún problema médico complejo. Se trata de evitar el tiempo ocioso. Una buena forma de disminuir el problema radicaría en entrenar al personal para que trate de determinar en el momento en el que se pide el turno el tiempo que demandará la consulta. (Ej ¿Primera vez?, ¿Debe realizarse alguna curación o procedimiento?, etc). Haga saber a los pacientes que necesita estos datos para brindarles el tiempo que necesitan.
- Dése algunos minutos entre paciente y paciente. Evite el “cabalgamiento” de turnos.
- Solicite a los pacientes nuevos que lleguen más temprano a efectos de completar datos (se pueden diseñar formularios en donde se chequeen antecedentes familiares y personales, medicación actual, antecedentes alérgicos, etc.)
- Trate de brindar a los pacientes alternativas, sin que tengan que esperar por meses.
- Haga que su personal llame el día anterior a los pacientes citados como recordatorio.
- Si su agenda cambia inesperadamente, haga llamar a los pacientes para advertirles del retraso. Apreciarán la cortesía. Si el retraso ocurre con los pacientes en la sala de espera, entrene a su secretaria para que les explique qué está pasando y el tiempo estimado de demora (de esta forma, los pacientes podrán decidir entre esperar o tomar un nuevo turno)

La cancelación de los turnos y las ausencias a las citas deberían ser documentadas y seguidas apropiadamente. Algunas ausencias son críticas: aquellas en las cuales el paciente puede perjudicarse si el tratamiento se retrasa, o aquellas en las que se deba controlar la medicación o la respuesta a un tratamiento. En estos casos, llame y/o escríbale al paciente.

demostrará que hizo intentos razonables para localizarlo y hacerlo tomar conciencia. Por otra parte, algunas ausencias o cancelaciones son menos importantes, como por ejemplo aquellos chequeos de rutina en los cuales no tiene razones para sospechar un problema. La documentación de estos hechos suele prevenir problemas futuros. A menudo estas cancelaciones o ausencias son signos de insatisfacción con el médico y señalan algún problema en la calidad de la atención (ya sea real o percibida). Mediante el registro de estos hechos podrá demostrarse, en la eventualidad de un reclamo, que fue el paciente y no el médico quien descuidó el tratamiento.

COMUNICACIÓN TELEFÓNICA

Gran parte de la comunicación con los pacientes es realizada por teléfono. Al no haber un contacto visual que permita “leer” al paciente, esta comunicación puede resentirse. A esto se suma la realidad de que lo que se dice por teléfono en general nunca se documenta, llevando a problemas en la relación con los pacientes, en la calidad percibida y a un aumento en la exposición a dificultades médico-legales. Algunos factores de riesgo son:

- Falta de documentación de las llamadas (de rutina y urgentes)
- Falla del sistema: mensajes perdidos, no devueltos; falta de procedimientos para el manejo de la comunicación
- Inapropiado uso del contestador automático
- Falta de un sistema de triage telefónico
- Falta de seguimiento

Algunos consejos para disminuir al máximo estos factores de riesgo:

- Documente todas las comunicaciones telefónicas con el paciente. Si llama o recibe un llamado mientras está en su consultorio, lo más seguro es tomar la ficha de su archivo y documentar la llamada inmediatamente. Si usted no se encuentra en el mismo, escriba en su agenda la naturaleza de su llamada y la acción que usted tomó. No permita excepciones.
- Déle al paciente o a sus familiares tiempo para que expongan el problema. No lo interrumpa.
- Devuelva las llamadas en un tiempo razonable, en el mismo día. Hágale saber al paciente cuándo va a devolver el llamado, por ejemplo “después de las 17:00”. Los pacientes suelen frustrarse cuando su secretaria les dice “el doctor está ocupado con un paciente y lo llamará cuando se desocupe” y usted llama horas después cuando terminó de ver todos los pacientes citados. A no ser que se le advierta, el paciente puede razonablemente pensar que usted lo llamaría cuando se desocupara de “ese” paciente, en 10 o 15 minutos...
- Adopte un sistema de “triage” para las llamadas telefónicas. Su personal administrativo debería estar

Entrenado para saber qué llamadas debe referir inmediatamente (emergencias, otros médicos, personas específicas), cuáles pueden ser manejadas directamente por ellos (ej facturación, visitadores médicos) y cuáles deberían ser devueltas en el día.

- Deje líneas libres. Ha habido demandas porque el paciente no pudo comunicarle al médico un agravamiento de una condición por estar ocupadas las líneas.

DOCUMENTACIÓN

Bien se ha dicho que la historia clínica puede ser la mejor aliada o la peor enemiga ante la eventualidad de una demanda. En cada caso de mala praxis, los abogados y peritos de ambas partes la analizan minuciosamente buscando evidencias que ayuden a sostener sus posturas. A medida que pasa el tiempo y los hechos se vuelven borrosos, la documentación se erige en la piedra angular de su defensa. El hecho de que escriba en fichas no es justificativo para que escriba menos o en forma ilegible. La historia debería ser:

Legible: Usted no escribe sólo para usted. También lo hace para otros médicos en el futuro, para enfermería, como así también para eventuales consultores. La historia o ficha caerá en manos de un perito en el caso de una demanda. Si el perito de la parte demandante no puede descifrar su escritura, puede estar seguro que su interpretación de lo que usted ha escrito será muy distinta a la suya. Haga que su documentación sea legible.

Original: No sustituya la historia original por copias ni intente alterar la documentación original. Si comete un error, trace una línea sobre el mismo de forma tal que el texto erróneo sea legible. No utilice líquido corrector o tache de forma que no pueda leerse. Las correcciones realizadas de esta última forma se volverán en su contra cuando alguien alegue que usted intentó alterar la información de acuerdo a su conveniencia.

Objetiva: Limítese a los hechos: lo que usted ve, palpa, huele u oye. Si tiene alguna opinión profesional, escribala. Si sólo está especulando, evite reflejar estas especulaciones en su documentación. Sus opiniones personales acerca del paciente, de su familia, de otros médicos no pertenecen a la historia clínica a no ser que tengan relación directa con problemas médicos. Ejemplos:

“Paciente durmiendo” (subjeto) vs “Ojos cerrados, respiración regular” (objetiva)

“Paciente impresiona con intenso dolor” (subjeto) vs “El paciente grita al palpar el abdomen” (objetivo)

Precisa: Haga que su documentación sea lo más exacta posible. Términos vagos como “excesivo”, “inmediato” y “severa” están siempre abiertos a malas interpretaciones. Siempre que sea posible, cuantifique:

“Aproximadamente 500cc” en vez de “profuso sangrado”

Completa: Si ordena algún análisis, documente el resultado en sus evoluciones. Si solicita alguna interconsulta, el informe de ese profesional deberá incluirse en su documentación, y usted debería firmar al pie para demostrar que lo leyó. Idealmente, las historias deberían mantenerse en carpetas, con hojas en forma secuencial. Trate de evitar las hojas sueltas ya que se pierden fácilmente. La documentación debería reflejar la historia completa de la atención del paciente. La ausencia de partes importantes de la misma juega en su contra en el caso de surgir problemas.

Racional: Establezca en la historia su razonamiento por qué toma determinado curso de acción. Esto incluye la documentación de sus diferentes diagnósticos diferenciales, su plan de tratamiento, y por qué usted descarta otras alternativas. La desviación de los estándares de atención no necesariamente es negligente. Sin embargo, podrá ser encontrado culpable si su pensamiento en el momento en el que tomó la decisión no se encuentra explicado en la historia clínica.

Suya: Esto ni debería puntualizarse. Sin embargo, muchas historias clínicas se vuelven indefendibles por ser imposible determinar quién escribió qué. Firme y aclare en todas las entradas. Esto es especialmente relevante en hospitales, en donde muchos médicos pueden ver un paciente.

Mencionamos sólo algunos de los recaudos que ayudarán a disminuir su exposición a problemas. La competencia técnica en su especialidad podrá evitarle sentencias desfavorables, pero sólo mejorando la relación con los pacientes y sus familiares y documentando mejor en la historia clínica evitará que le inicien demandas.