
INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

Badajoz, 31 de mayo de 2017.

Ángel Paredes Menea.

Jefe de Área de Inspección de Servicios Sanitarios.

LA LUCHA CONTRA LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS ESTÁ EN TUS MANOS



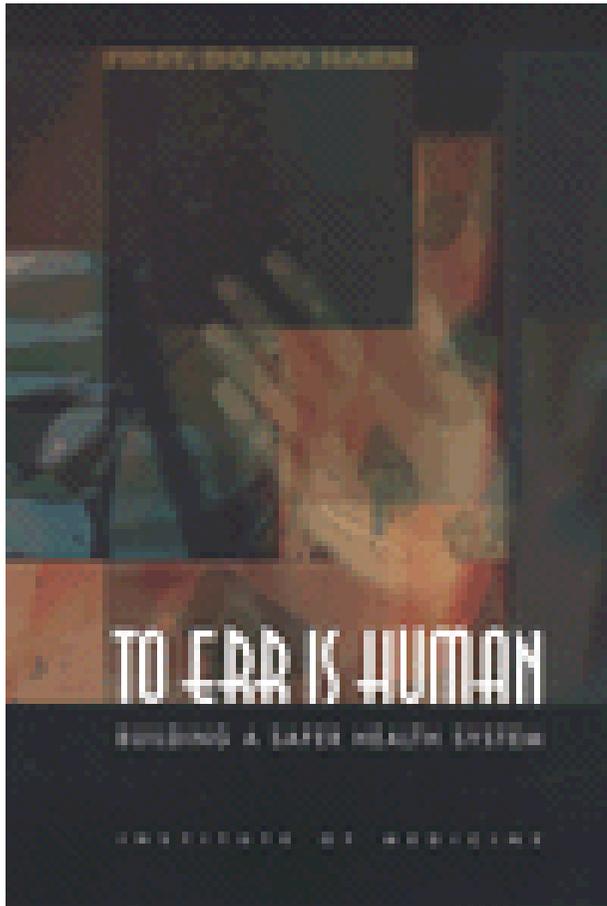
Curso Urgencias Residentes. Mayo/junio
2017

-
- **INTRODUCCIÓN GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS.**
 - **SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.**
 - **DERECHOS DE LOS PACIENTES**

INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS

Riesgo Sanitario

- Es la **probabilidad** de que suceda un Efecto Adverso.
- Los profesionales de la asistencia sanitaria son actores y pueden ser víctimas de este fenómeno.
- Es una función matemática, y está directamente relacionada con las condiciones en las que se desempeña el trabajo



Por qué la Seguridad de los Pacientes?-2-

En el año 1999, se publica el trabajo **“TO ERR IS HUMAN”**.

En EEUU, entre 50.000 y 98.000 personas fallecen cada año, por causas ligadas directamente a la asistencia.

- Muchos más fallecidos que por accidentes de tráfico, por CA de Mama o por SIDA.

Gestión de Riesgo Sanitario

- Es la disciplina que pretende eliminar los riesgos sanitarios. En su defecto, minimizar los mismos o sus consecuencias. Presentado el Suceso, le corresponde tratar correctamente el mismo.
- **OBJETIVOS:**
 - Mejorar la Seguridad de los Pacientes.
 - Mejorar la “Seguridad” de los profesionales.
 - Disminuir Costes.

Gestión de Riesgos Sanitarios

- **Metodología:**

- **Identificar Riesgos Sanitarios**

 - Mediante históricos, declaraciones incidentes...

- **Evaluar Riesgos Sanitarios**

 - Determinar cuales son tolerables

- **Tratamiento**

 - Asegurando el Riesgo

 - Actuando cuando se produce

Reclamaciones

Los profesionales sanitarios pueden verse envueltos en reclamaciones, que denuncian posibles defectos asistenciales y que demandan soluciones.

Las más frecuentes (90 %) son las que se producen dentro de nuestra organización y vienen a señalar múltiples defectos y pretenden soluciones rápidas. Desde el punto de vista de la Gestión son muy útiles porque se identifican oportunidades de mejora y previenen sucesos adversos. Sin embargo, los profesionales reaccionan con disgusto ante ellas.

Tipos de Reclamaciones

- Reclamación Penal.
- Reclamación Civil.
- Reclamación Patrimonial.
- Reclamación Administrativa o Disciplinaria.

Reclamación Penal

- Se produce cuando se estima que se ha cometido un delito o una imprudencia grave. Desde el punto de vista asistencial se trata de un **defecto muy grosero** en la asistencia. Una violación importante de la **Lex Artix** Es una Reclamación que va contra la persona, que no puede asegurarse. La pena es privación de libertad o pérdida de la posibilidad de ejercer. Suele conllevar indemnizaciones económicas.

¿Qué es la *LEX ARTIS*?

- Es un concepto, que varía con el tiempo, y que se refiere a la forma de abordar un problema médico tal y como se debe hacer, según el conocimiento médico de cada momento.
- En la actualidad, es abordar el problema de acuerdo con las guías de prácticas clínicas, protocolos de actuación, procesos asistenciales, etc.
- “*Lex Artis ad hoc*”, hace referencia al momento y lugar donde se realiza el acto asistencial

Reclamación Civil

- Es una Reclamación económica. Para que ser responsables se debe haber producido un daño en el paciente y, además, debe concurrir un defecto en la “***lex artis ad hoc***”.
- Más frecuente en el ejercicio PRIVADO.
- Puede asegurarse

Reclamación Patrimonial

- Es un Reclamación Económica contra la Administración donde trabaje el profesional. Se debe producir un daño evaluable. Además tiene que existir un defecto asistencial (violación de la *lex artis ad hoc*). Al Sanitario no se le exigen resultados, sino medios.
- La Administración asegura este riesgo. No existen límites económicos. La Administración cubre la responsabilidad con su patrimonio.
- Los Residentes **están completamente amparados por este Seguro**, al igual que cualquier otro profesional del Hospital.

Reclamación Administrativa.

- Todos los que trabajamos en una Administración pública estamos vinculados a ella por una carta de derechos y deberes, recogidos en un Estatuto Marco.
- Se nos puede exigir responsabilidad por haber cometido una infracción tipificada como falta en el citado Estatuto. Para ello se tiene que instruir un Expediente disciplinario como garantía del afectado, donde puedan presentarse todas las imputaciones y los medios de defensa.
- Es una responsabilidad personal, que no puede asegurarse. Conlleva suspensiones temporales.

Qué hacer para Evitar Reclamaciones?

- Tratar con corrección a los pacientes. Que él y sus familiares perciban que el facultativo se interesa por su problema. **Empatizar**. No se trata de ser simpático, sino correcto.
- Informar de todas las opciones diagnósticas y terapéuticas. Esta información debe ser continuada y adecuada. Obtener su consentimiento, que la mayor parte de las veces será oral. Cuando sea necesario, obtener el Consentimiento escrito. **MUY IMPORTANTE: No obtener el consentimiento cuando sea necesario es infringir las buenas normas de asistencia.**

Qué hacer para Evitar Reclamaciones?

- Redactar una buena historia clínica. Es una herramienta fundamental para la asistencia. También lo es para la defensa. Mucho más importante que cualquier otra cosa.
- Ejercer la profesión siguiendo protocolos, guías de práctica clínica, procesos asistenciales. Este conjunto es la Actual LEX ARTIS.

Qué hacer si se es reclamado?

- Recopilar en un informe personal lo que se recuerde del caso. No manipular la historia clínica a posteriori.
- Hablar con tu pareja, con uno o dos amigos, si es de la profesión mejor. El Jefe o Tutor suele ser muy buena ayuda en estos casos. No hablar con mucha más gente. No hablar con los familiares ni con el abogado del denunciante.
- Acudir a la Dirección del Hospital para solicitar información, tanto de los letrados que trabajan para nosotros, como de la actitud a seguir.

INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES. ENEAS 2005

Badajoz, 30 de mayo de 2017.

Ángel Paredes Menea.

Jefe de Área de Inspección de Servicios Sanitarios.

Programa de seguridad en el bloque quirúrgico



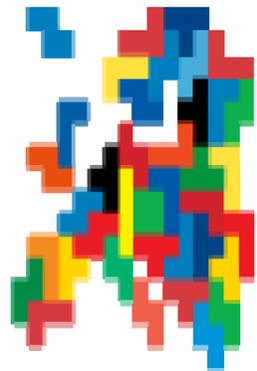
Tolerancia Zero En Las UCIs



SiNASP



PaSQ Joint Action



PaSQ

European Union Network
for Patient Safety and
Quality of Care

EL PAÍS

www.elpais.com

EL PERIÓDICO GLOBAL EN ESPAÑOL

domingo 11 de febrero de 2014 | 1,25 € | 11 páginas | 11.000 ejemplares | Madrid



El drama de Hillary Clinton

No arrastra la silla al borde de la derrota

La hoguera de los biocombustibles

La crisis alimentaria los ha puesto en la picota



El primo "fontanero" de ZP

Por su fiel amigo ahora es más conocido en La Moncloa

Una bacteria causa 18 muertos en un hospital de Madrid

- El brote en la UCI del 12 de Octubre tardó 20 meses en ser erradicado
- El germen fue "factor contribuyente" en otros 83 fallecimientos

11.000 EJEMPLARES Madrid
El Hospital polivalente 12 de Octubre de Madrid ha conseguido eliminar el caso más difícil de erradicar un microorganismo: una bacteria que...

...se ha multiplicado durante casi 20 meses en un controlado, ha afectado a 202 pacientes, de los que 184 han fallecido. Se ha...

...descubierto en una granja. Se ha descubierto un microorganismo, genéticamente...

...de la bacteria que causó la muerte de los 18 pacientes. El 12 de Octubre...

CIU y PDeC que e frente de fir

Carme, al presi de la G

CIU y PDeC de la G... el caso a 18... 20 meses... 202 pacientes... 184 fallecidos... 12 de Octubre...

Todo a la fin... el imper la prop...

Ibarr... su po... conf...

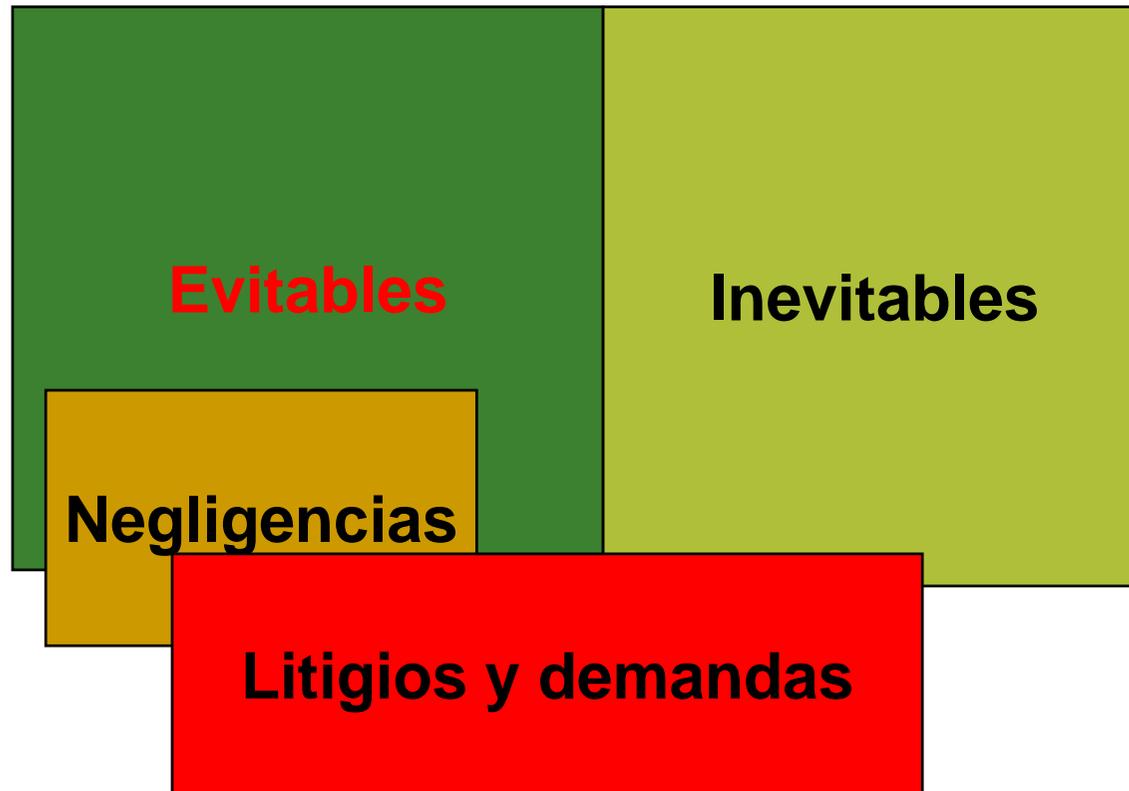


Curso Urgencias Residentes. Mayo/junio 2017

Efecto Adverso. Definición

- E.A.- Todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o *exitus*, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Modelo teórico de E.A.s.



Incidencia de los Efectos Adversos

- Estudio de New-York. 1981. (3%)
- Estudio de Utah-Colorado. 1993. (3%)
- **To err is human. 1999**
- Estudio de Australia. (10%)
- Estudio de Londres (Vincent). 1999. 9%
- Estudio de Nueva Zelanda. (10%)
- Estudio de Dinamarca y Francia. 2004-2005. 9%

Estudio Nacional de Efectos Adversos. ENEAS. 2005-2006

- Estudió la incidencia de Efectos Adversos (E.A.s.) en pacientes hospitalizados durante una semana en una muestra representativa de Hospitales Públicos de toda España.
- El 9,3% de todos los pacientes ingresados sufrieron un E.A.s.
- El 42 % de todos estos E.A.s. eran evitables.
- Pacient. con factores de riesgos: x 1,6 veces

ENEAS 2005-2006 (Cont)

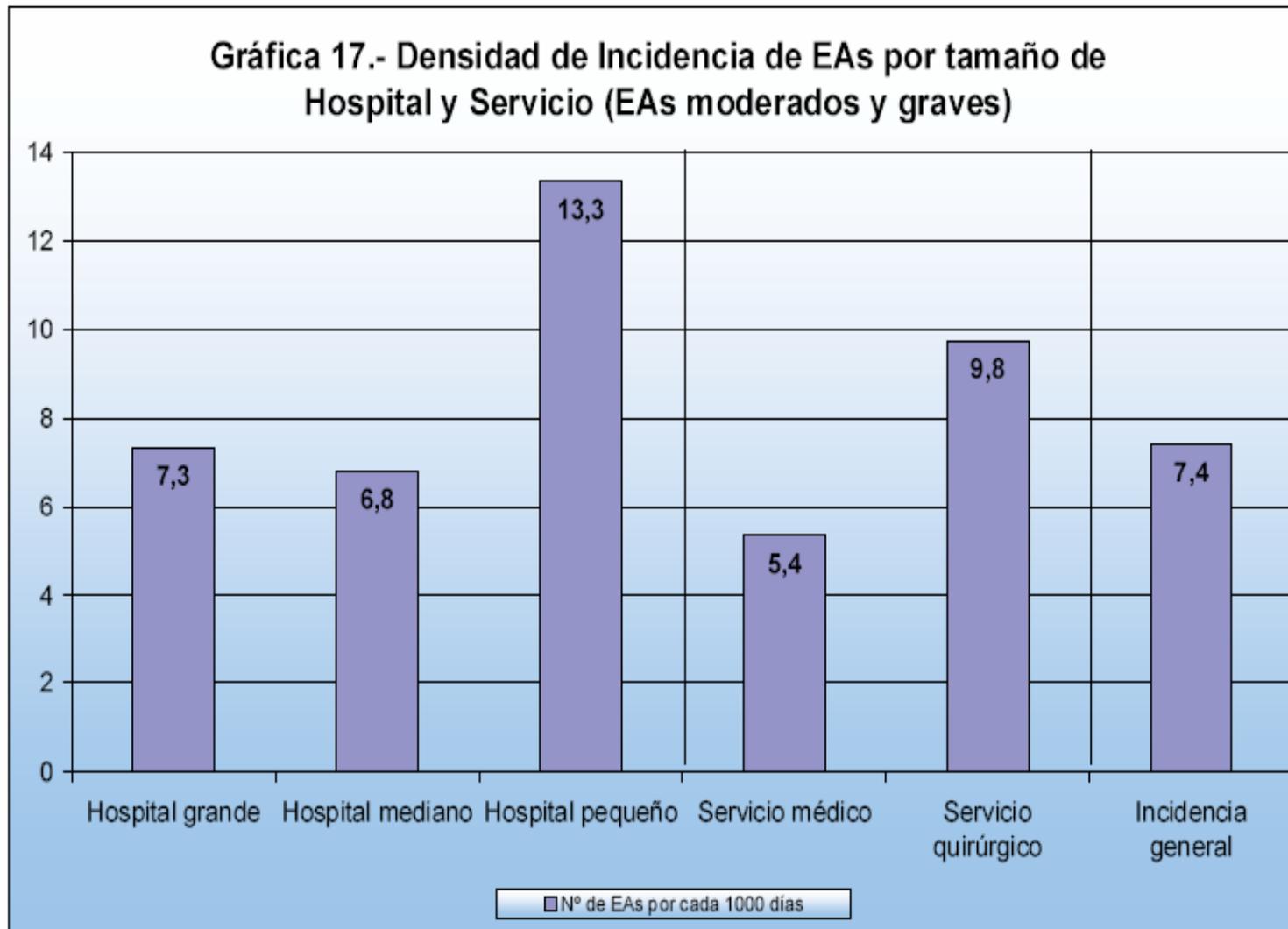
Leve.- 45%. Moderado.-39%. Grave.- 16%

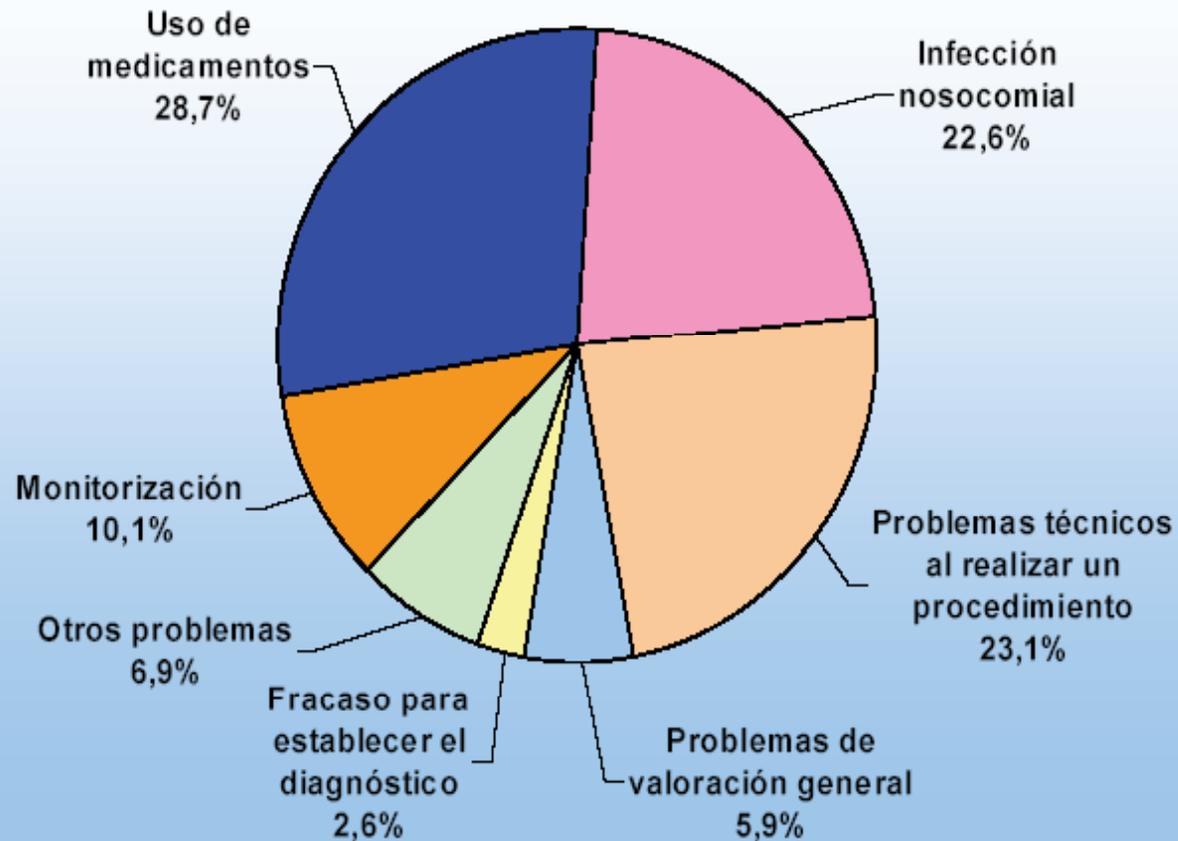
- Causas.-

La Medicación (37.4),

Infección Nosocomial (25.3)

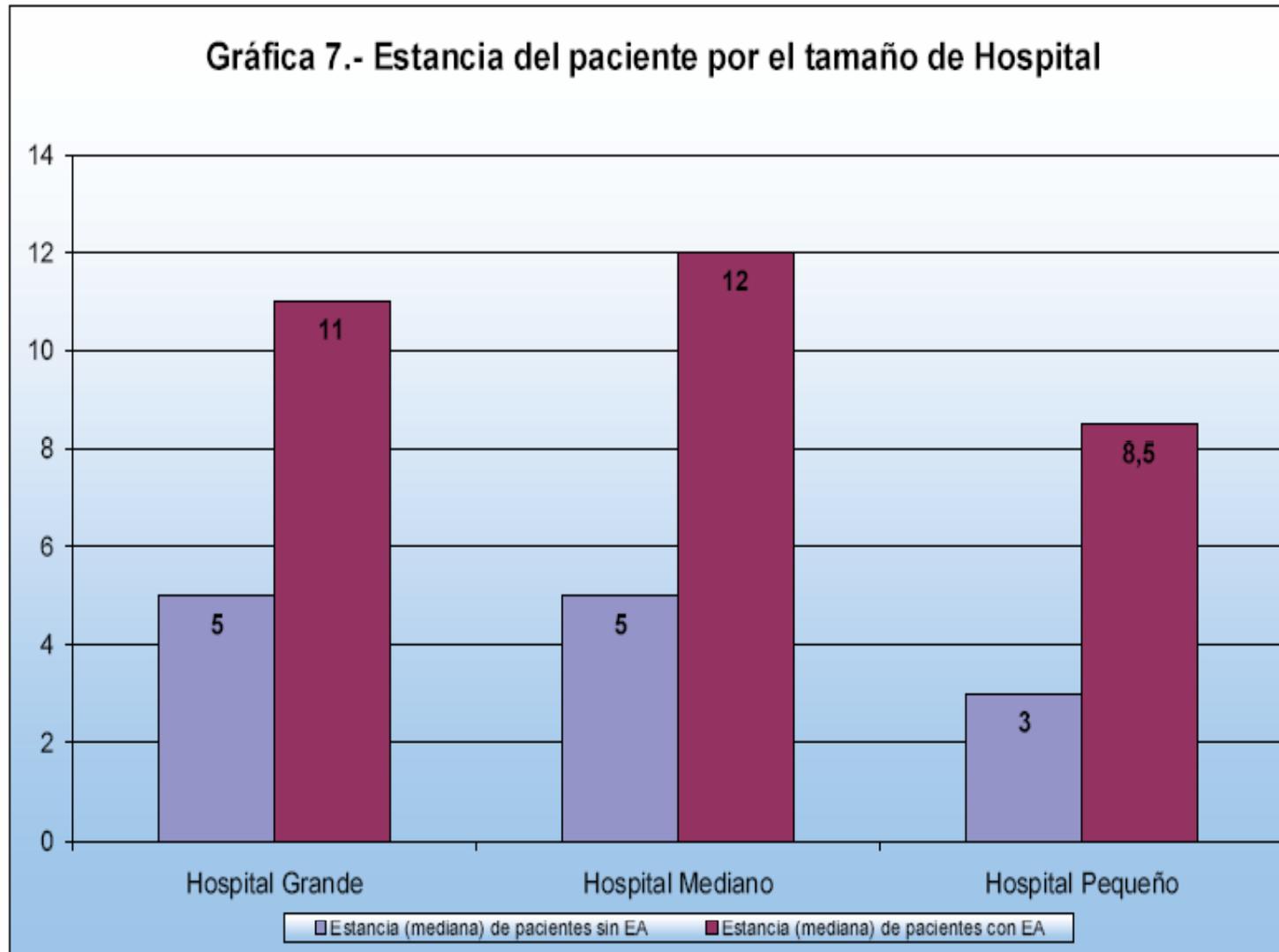
Problemas técnicos durante el procedimiento (25%).



Gráfica 23.- Naturaleza del problema principal del EA

Vulnerabilidad y EAS

- Con factor de **riesgo intrínseco** (comorbilidad y otras características del paciente).- el **13.2** % desarrollan Eas.
- Sin factor de riesgo intrínseco.- 5.2%
- Con 1 factor de riesgo extrínseco.- 11.4%
- Con 2 factores de riesgo extrínseco.- 14.2%
- Con 3 o más.- 33.5%
- La Estancia Media prolongada es un factor de riesgo para EAS



Interpretación de resultados

- Los pacientes que presentan EAS tienen una edad media de 12 años más que los que no los presentan
- A mayor número de factores de riesgo más probabilidad de EAS.
- La estancia media prolongada es un factor de riesgo de EAS y, a la vez, es una consecuencia de EAS.
- En el 19 % de los casos la información del EA en la Historia era poco adecuada

Conclusiones ENEAS

- S.Nacional de Salud SEGURO.
- 9.3 % EAS. **42 % evitables. Mejor método.-** Guías de prácticas clínicas y **medicina basada en la evidencia**. Importante la **sensibilización de los profesionales**
- El 20.4% ocurrieron durante la prehospitalización
- **Vulnerabilidad del paciente**. Papel destacado
- Gran impacto social, económico y sanitario

Conclusiones ENEAS 2005 (II)

- Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.

Bienvenidos y gracias



Curso Urgencias Residentes. Mayo/junio
2017

Derechos de los pacientes

Ley Básica de Autonomía del paciente
41/2002.

Ley 3/2005 de Información Sanitaria y
Autonomía del paciente (Extremadura)

Convenio de Oviedo. 1997.

- Aprobado por el Consejo de Europa.
- Marco común para la protección de los derechos humanos y de la dignidad ante la aplicación de la biología y medicina.
- Principales derechos reconocidos:
 - derecho a la Información,
 - consentimiento informado
 - intimidad.

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

- 1. Los pacientes tienen derecho, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, a **recibir toda la información disponible sobre la misma**, salvo los supuestos exceptuados en esta norma.
- 2. La información deberá hacer referencia a **todas las actuaciones asistenciales**, constituyendo **parte fundamental** de las mismas, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas y **abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación, así como sus riesgos y consecuencias.**

Artículo 4. Derecho a la información asistencial (Cont)

- Como **regla general** la información **se proporcionará verbalmente**, dejando constancia en la historia clínica. Será veraz, se proporcionará de forma comprensible y adecuada a las necesidades y a los requerimientos del paciente, con antelación suficiente, para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
- Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de **no ser informada**, y a que no se transmita información de su estado de salud o enfermedad a las personas a él vinculadas por razones familiares, o de hecho, ni a terceras personas expresándolo por escrito. El escrito de renuncia deberá ser incorporado a la historia clínica.
- Este derecho no se reconocerá cuando exista alto riesgo de posibilidad de transmisión de una enfermedad grave, debiendo motivarse tal circunstancia en la historia clínica.

Artículo 5. Titulares del derecho a la información asistencial.

- 1. El titular del derecho a la información es el **paciente**. Las personas vinculadas al mismo deberán ser informadas en la medida en que éste lo permita expresa o tácitamente.
- 2. Los menores de edad serán titulares del derecho a la información cuando estén emancipados o tengan **dieciséis años cumplidos**. En otro caso, se les dará información adaptada a su grado de madurez.

Titulares del derecho de información

- 3. En caso de **incapacidad del paciente**, o en aquellos casos en que, a criterio del médico que le asiste, el paciente carece de capacidad para entender la información o para hacerse cargo de su situación, a causa de su estado físico o psíquico, **se deberá informar a la persona que ostente su representación o, en su defecto, a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho que asuman la responsabilidad de las decisiones que hayan de adoptarse a propuesta del médico, sin perjuicio de la obligación de **informar al paciente en la medida en que lo permitan las circunstancias y su grado de comprensión.****
- 4. El médico responsable de la asistencia al paciente deberá hacer constar en la historia clínica la circunstancia que concurre en cada caso, la información que se ha prestado y los destinatarios de la misma.

Artículo 7. Estado de necesidad terapéutica de no informar.

- Cuando en los centros, establecimientos y servicios sanitarios se produzcan **casos excepcionales** en los que, por razones objetivas, el conocimiento de su situación por parte de una persona pueda perjudicar de manera grave a su salud, **el médico asignado podrá actuar profesionalmente sin informar antes al paciente**, debiendo en todo caso informar a su representante legal o a personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho **y dejar constancia razonada en la historia clínica** de la necesidad terapéutica existente.
- En función de la evolución de dicha necesidad terapéutica el médico podrá informar de forma progresiva, debiendo aportar al paciente información completa en la medida en que aquella necesidad desaparezca.
- **De igual forma, en situaciones de urgencia vital**, o ausencia de personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, el médico podrá adoptar las decisiones más adecuadas y proporcionadas, para actuar en interés del paciente, dejando asimismo constancia razonada en la historia clínica.

Artículo 10. Intimidad y confidencialidad de la información relacionada con la salud.

- 1. Toda persona tiene **derecho a que se respete su intimidad en las actuaciones sanitarias** y a la **confidencialidad** de la información relacionada con su salud y estancias en centros sanitarios públicos o privados. Igualmente, tiene derecho a que **nadie pueda acceder a estos datos sin contar con su autorización**, con las excepciones previstas en la presente Ley.
- A acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria y a conocer la información existente en registros o ficheros.

Artículo 13. Derecho al acompañamiento.

- 1. Todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios sometidos a la presente Ley deberán **facilitar el acompañamiento de los pacientes** de un familiar o persona de su confianza, excepto en los casos en que esta presencia sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria conforme a criterios médicos.
- 2. Se vigilará especialmente que, durante el **proceso de parto**, sea efectivo el derecho de toda mujer a que se facilite el acceso al padre o de otra persona designada por ella, salvo cuando las circunstancias clínicas no lo aconsejen.
- 3. **Los menores tendrán** derecho a estar acompañados de sus padres, tutores o guardadores, salvo que ello perjudique u obstaculice de manera seria y probada su asistencia sanitaria. En las mismas condiciones, los incapacitados tendrán derecho a estar acompañados de los responsables de su guarda y protección.

Artículo 15. Derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente.

- Las actuaciones de carácter sanitario se someterán, salvo en los casos exceptuados expresamente en la presente Ley, al principio de autonomía del paciente.
- Todos los centros, deben respetar las decisiones adoptadas por las personas sobre su propia salud y sobre las actuaciones dirigidas a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de ésta.
- 3. El respeto a las decisiones a que se refiere el apartado anterior lleva aparejado el favorecimiento y respeto de los derechos relativos a la libertad para elegir de forma autónoma entre las distintas opciones que presente el profesional responsable, para negarse a recibir un procedimiento de diagnóstico, pronóstico o terapéutico, así como para poder en todo momento revocar una anterior decisión sobre su propia salud.

Artículo 15. Derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente (Cont)

- 4. Además de lo dispuesto en el apartado anterior, el principio de autonomía alcanza su máxima expresión, en la presente Ley, a través de:
 - ❑ La expresión anticipada de voluntades.
 - ❑ El consentimiento informado.

Artículo 15. Derechos relacionados con el respeto a la autonomía del paciente (Cont

- 5. **Las decisiones de los menores** no emancipados sobre su propia salud, determinadas por su competencia intelectual y emocional para comprender el alcance de las intervenciones sobre su salud, **deberán ser respetadas** en los términos previstos en la legislación vigente.
- 6. Los centros, establecimientos y servicios sanitarios respetarán las decisiones de los pacientes sobre su propia salud en los supuestos legales de **interrupción voluntaria del embarazo, ensayos clínicos y práctica de técnicas de reproducción humana asistida** conforme a lo establecido con carácter general por la legislación civil sobre la mayoría de edad y emancipación y por la normativa específica que sea de aplicación.

Artículo 17. La expresión anticipada de voluntades.

- 1. La expresión anticipada de voluntades es el **documento** emitido por una persona mayor de edad, con capacidad legal suficiente y libremente, **dirigido al médico responsable** de su asistencia, en el cual expresa las **instrucciones** sobre sus objetivos vitales, valores personales y las actuaciones médicas que deberán ser respetados cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran **no le permitan expresar** personalmente su voluntad.
- La expresión de los objetivos vitales y valores personales tiene como fin ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas llegado el momento.

Artículo 23. Definición de consentimiento informado.

- consentimiento informado: **la conformidad expresa del paciente**, manifestada de forma voluntaria y libre, previa obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, para la realización de cualquier actuación relativa a su salud.
- La prestación del consentimiento informado es un **derecho del paciente** y su obtención un **deber del médico responsable**. El consentimiento deberá recabarse por el médico responsable de la asistencia al paciente o por el que practique la intervención o aplique el procedimiento al paciente.

Artículo 24. Prestación del consentimiento

- El consentimiento se prestará **de forma verbal** como regla general
- aunque deberá recabarse **por escrito** en los siguientes supuestos:
 - **intervención quirúrgica,**
 - **procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores**
 - **y, en general, procedimientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.**
- El facultativo deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

-
- Independientemente de la forma de prestación del consentimiento, **deberá constar en la historia clínica la información facilitada al paciente** durante su proceso asistencial y el carácter de su consentimiento.
 - El paciente tiene **derecho a revocar** libremente su consentimiento en cualquier momento, cumpliendo los mismos requisitos de forma que en su otorgamiento.

Artículo 25. Otorgamiento del consentimiento por representación.

- El consentimiento informado se otorgará **por representación** en los siguientes casos:
- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Si el paciente hubiera designado previamente a una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado, corresponderá a ella la preferencia.
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente, en cuyo caso el consentimiento deberá otorgarlo su representante legal.

Artículo 25. Otorgamiento del consentimiento por representación. (Cont)

- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene **doce años** cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, **pero emancipados o con dieciséis años cumplidos**, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de decisión correspondiente.

Artículo 25. Otorgamiento del consentimiento por representación (Cont)

- 2. En los supuestos legales de **interrupción voluntaria del embarazo**, práctica de ensayos clínicos o práctica de reproducción humana asistida, se estará a lo dispuesto con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad y por la normativa específica que sea de aplicación.
- 3. Cuando la decisión del representante legal pueda presumirse contraria a los intereses del menor o incapacitado, deberán ponerse los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.
- 4. En los supuestos de sustitución de la voluntad del afectado, la decisión e intervención médica debe ser la más objetiva y proporcionada posible a favor del paciente y de respeto a su dignidad personal, procurándose que el paciente y, en su caso, sus familiares o allegados, participen todo lo posible en la toma de decisiones y quedando reflejado todo ello de forma motivada en la historia clínica.

Artículo 26. Límites del consentimiento informado.

- El respeto a las decisiones adoptadas por el paciente sobre su propia salud no podrá en ningún caso suponer la adopción de medidas contrarias a las leyes.
- Son situaciones de **excepción a la exigencia del consentimiento**:
 - Cuando existe riesgo grave para la salud pública a causa de razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación reguladora de esta materia.
 - Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
- En los supuestos citados en el apartado anterior se pueden realizar las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud del paciente.

Artículo 28. Características de la información previa al consentimiento.

- La información se comunicará al paciente **por el médico responsable** de su asistencia o por el que practique la intervención o aplique el procedimiento, antes de recabar su consentimiento.
- La información se facilitará normalmente de **forma verbal**, a excepción de los casos previstos en el la Ley para la prestación del consentimiento por escrito, en los que la información se comunicará asimismo por escrito.
- Se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar con calma y decidir libre y responsablemente, y en todo caso, **al menos 24 horas** antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes o que no requieran hospitalización.
- En ningún caso se le proporcionará **cuando esté adormecido** ni con sus facultades mentales alteradas, ni tampoco cuando se encuentre ya dentro del quirófano o la sala donde se practicará el acto médico o el diagnóstico. En estos casos la información se facilitará a su representante legal o a personas vinculadas al paciente.
- La información será comprensible, continuada, veraz, razonable y suficiente. Además, debe ser objetiva, específica y adecuada al procedimiento, evitando los efectos alarmistas que puedan incidir negativamente en el paciente.

Artículo 28. Características de la información previa al consentimiento (cont)

La información que se proporcione al paciente deberá incluir:

- La identificación y descripción del procedimiento.
- Objetivo del mismo.
- Beneficios que se esperan alcanzar.
- Alternativas razonables a dicho procedimiento.
- Consecuencias previsibles de su realización.
- Consecuencias previsibles de la no realización.
- Riesgos frecuentes.
- Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.
- Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales.
- Contraindicaciones.

Artículo 29. Renuncia a la información.

- El paciente podrá renunciar a recibir información, expresándolo por escrito, derecho que estará limitado por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia en la historia clínica, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención

Artículo 30. Negativa a recibir un procedimiento sanitario.

- 1. En los casos en que el paciente se niegue a recibir un procedimiento sanitario, el médico responsable de su aplicación deberá informarle acerca de otras alternativas existentes y, en su caso, ofertar éstos cuando estén disponibles, aunque tengan carácter paliativo, debiendo tal situación quedar adecuadamente documentada en la historia clínica después de la información correspondiente.
- 2. De no existir procedimientos alternativos disponibles o de rechazarse todos ellos, se propondrá al paciente la firma del **alta voluntaria**. Si no la firmase, la dirección del centro, a propuesta del médico responsable, podrá ordenar el alta forzosa del paciente.









Bienvenidos y gracias



Curso Urgencias Residentes. Mayo/junio
2017