**Perché i medici sono sbagliati ?**

***Responsabilitá, etica, ed altri elementi che disturbano la pratica medica***

Jeannegda Catherine Valverde Farias

Egda Isbelia Farías Moya

*Dedicato alle vittime di errori medici*

**SOMMARIO**

Prefazione ……………………………………………………………….… 8 - 9

Sfondo storico ……………….………………………………………………. 10 - 11

Etica medica nel Rinascimento ……………………………………………… 12

Errore medico ………………………………………………………………… 14, 19

Errore medico. Un problema etico ……………..………………………………..14

Una condotta etica, errore medico e malcostume …………..……………….. 16

Possibilità di errori e rischi nell´ atto medico ………………….………………. 22

I fattori che possono influire negativamente …………………………………... 24

Errore relativo al processo decisionale ………..…………………………………24

Responsabilità medica e professionale atto ………………….……………… 22

Limiti della conoscenza umana a causa di una formazione insufficiente ..…..24

Lo sviluppo accelerato e il progresso delle conoscenze mediche con cattive pratiche …………………………………………………………………….…….. 24

L'incertezza in decisione medica e l'innovazione tecnologica applicato erroneamente influiscono in materia di indicazione sbagliata ……………… 25

Conseguenze di errori medici ……………………….………………………….. 26

Classificazione di errori medici ………………..…………………………….. 27

Errori generali ……..………………………………………………………………. 27

Errori diagnostici...………………..………………………………………………... 27

Errori di trattamento.……………………………………………………….... ….27

Errori prevenzione ……………………………………………………….27

Errori medici più comuni nella pratica medica ……………….………………… 28

Fattori coinvolti nella diagnostica medica ……………………………………….. 31

Lex artis. Dispraxis e malcostume …………………………………………………32

Dispraxis medici ……………….……………………………………………..….. 34

La prova di assenza …………….………………………………………………. 34

La prova del danno …………...……………………………………………….. 34

Relazione causale tra di loro ……………………………………………………. 34

Perché malcostume?........................................................................................ 34

Povero rapporto medico - paziente …………………………..………………….34

Cartella clinica: errori , mancanza di elementi e importanza……………..…... 35

Scarsa comunicazione tra il team di salute ………………………….…. 35

Ignominiose condizioni di lavoro ……….……………………………………... 36

Inadeguato monitoraggio del paziente ………………..…………………….. 36

Differenze tra errori e casi di malasanità ……………………………..…………37

Iatrogenesi ………………………………….…………………………….………… 37

Classificazione della iatrogena ……..…………………………………………. 38

Iatrogena positivo ……………..…………………………………………………. 38

Iatrogena negativo ……………..………………………………………………… 38

Malcostume e la legge della pratica medica ……..…………… 41

L'importanza del rapporto medico-paziente …………………………….… 42 - 43

Medicina difensiva …………………………………….………………… 42 - 43

Giuramento di Ippocrate …………………………………………………… 42 - 43

Il rispetto per la persona umana …………………..………………………… ….43

Rispetto e il dovere di lealtà ……………..……………………………………. 43

Il rapporto medico-paziente è di fiducia e di conformità regole per la precisione, come ad esempio nel ricercatore / soggetto, sicurezza e fiducia ………….. 43

Obblighi e doveri del medico ……………………………..…………………….. 47

Elementi di disturbo della pratica medica ……………..……………………… 47

Il Paziente aggressivo ………………..…………………………………………… 48

Età e sesso ……..………………………………………………………………….. 49

Rapporto con l'ambiente ………………………………..……………………….. 49

Fattori istituzionali ………………………………………………………………… 50

Violenza ………..…………………………………………………………………. 51

I segreti rivelati dal autopsia ……………………………………………………. 52

Differenze patologici clinici secondo la classificazione Goldman's …….…… 53

Suscettibilità alle errori medici in unità di terapia intensiva …………….…….. 55

Errori negli adulti in condizioni critiche …………………………………..…….. 56

Emergenze neurologiche ……….……………………………………………… 58

Sicurezza, i fallimenti e gli errori latenti in anestesia …….………... 61

Errori nella somministrazione del fármaco anestetico………………….... 61

Chirurgia: Come evitare errori medici………………………………….… 62    
Errori medici in medicina trasfusionale………………………………….. 63

Sistema di emovigilanza ………………………………………………… 64  
Reazioni immunitarie a trasfusioni …………………….…………..…64 - 67

Gestione componente guasto …………..………………………...……… 64 - 67

Incidente nulla o “*quasi incidente”*…………..…..………………… 64 - 67  
Cause di errori in medicina trasfusionale ……………………… 64 - 67

Gravi errori medici in medicina trasfusionale ………….…………… 64 - 67

Reazioni immunologiche post Trasfusione ……….…………….….. 64 - 67

Situazione dei crediti nei confronti di personale medico …………… 68

Argomenti di processo e di difesa in medicina legale ………………………….68

Il narcisismo medica …………………………………………………………… 69

L'effetto Lucifero. Buoni e cattivi medici ……………….……………………...71

Politica "Omerta" nei centri di salute ………………………………………74

Discussione di errori medici e degli eventi avversi …………….... 75

Il confronto tra i diversi atteggiamenti dei medici e pazienti per quanto riguarda un errore medico ………………………………...…………………………………..76

Quello che non si deve dire o fare prima di un errore medico …………….… 78

Il processo contro l'errore medico ……………………………………… 79

Negligenza …………………………………………………………………… 80 - 81

Negligenza Vicarious …………..…………………………...………...……80 - 81

Pratica illecita ……………………………………………………………….. 80 - 81

Fallimenti …………………………………………………………………………80- 81

Reato intenzionale …………...………………………………………………81 - 82

Caso fortuito ………………………………………………………………..… 81- 82

Compensazione a causa di errori ………………………………………….…84

Come affrontare casi di malasanità …………..………………….….…….. 84

Cause di negligenza medica …………………..………………………………. 85

Ostinazione medica ……………………………………………………………….. 86

Storia medica. Strumento profilattica……………………… ………….. 87

Strategie preventive in diverse specialità…………………………… 88

Chirurgia …………………………………………………………………………… 88

Interventi chirurgici inutili ……………………………………………………..… 89

Malattie infettive ….…………………………………………………………….. 89

Anestesia …………..……………………………………………………………. 89

Medicina trasfusionale …………..…………………………………………….. 91  
Suggerimenti per evitare cattive prassi……………………………………… 92

Mai mentire ……………………………………………………………………….. 92

Sii prudente …………………………………………………………………… 92

Acquisire competenze e abilità ……………………………………………… 92

Riconoscere i limiti e le capacità ………..………………………….…. 92

Il paziente come agente attivo nella prevenzione di errori medici……….…… 95

Quando e come conteggio ………………………………………………. 100  
Conclusioni ……………………………………………………………………... 108  
Raccomandazioni ………………..…………………………………………….… 114

Universalmente è ritenuto che i medici non hanno la reputazione di essere i migliori ascoltatori ………………………………………………. 120

Profilassi di errore medico ……….…………………………………………. 128

Prescrizione ………………………………………………………………………128

Distribuzione ………………………………………………………………..… 128

Amministrazione ……………………………………………………………. 128

Follow up ………..………………………………………………………..…. 128

Sistemi di controllo e di gestione …………….…………………….. 128

Prevenire gli errori durante la guardia medica ………..…….…….… 129

Riferimenti bibliografici ………………………...…………………………… 131

**PrefaZIONE**

Nella pratica della medicina, ci sono molte occasioni in cui il medico deve prendere decisioni che compromettono la vita del paziente e nel quale più volte chiedendo se li porterà conseguenze negative. Questo atteggiamento è intimamente legata alla deontologia medica e uno dei suoi aspetti più importanti come è, la responsabilità della professione. In tempi di pericolo per la vita il comportamento ideale adottare dovrebbe essere sempre obbedire ai principi del rispetto per la vita, l'integrità umana, salvaguardia della morale, la salute e il diritto. Se il comportamento che è stato scelto non è corretto, si può concludere per errore o negligenza medica, con conseguenze negative per il paziente e medico. (1)

E' indispensabile capire che l'errore è una possibilità logica in diverse attività umane e la medicina non è esenta da questo. Pertanto, la possibilità di sbagliare deve essere assunto come una responsabilità professionale. Gli errori in medicina sono di solito associati con casi di malasanità, ma la medicina è una scienza inesatta, in quanto il medico lavora tra incertezza e *il rischio*, a volte rischiosi trattamenti sono necessari per salvare una vita. Tuttavia, si suppone che sia lo pratica con competenza scientifica ed esperienza, in grado di proteggere la salute di un essere umano; la fiducia e la buona fede depositato dal paziente devono pertanto prevalere.

Il termine "*dispraxis medica"* comprende tutte le modifiche che si verificano durante la pratica medica, cioè, errori, eventi sfavorevoli, iatrogena e negligenza. Un errore medico è considerato non punibile per la mancanza e gli elementi che corrispondono a negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza delle norme e dei regolamenti e questa deve essere determinata dal giudice, sulla base degli elementi di condanna . (1,2)

Nel contesto di elementi che possono interferire con una buona pratica medica, stanno un rapporto medico-paziente povero, insufficiente preparazione della cartella clínica, storia, esame fisico, i fallimenti nelle relazioni accademiche e interpersonali tra medico e team sanitario, sono designati carenze di ingressi e come la mancanza di stimolo per salari bassi e indegni. (1-3)

Fin dai primi giorni della creazione dell'umanità, la storia prende l'esistenza di disposizioni di legge per l'esercizio della medicina risale al 1700 a.C. Hammurabi, re di Babilonia ha promulgato un codice di leggi relative alla pratica medica, e Ippocrate di Cos (460-360 a.C.) ha sviluppato il "Giuramento di Ippocrate" fino ai nostri giorni. Venezuela hanno il "diritto del Pratica della Medicina", che regola le prestazioni e la responsabilità del medico a terzi. (1-4)

I paesi industrializzati hanno riferito annualmente comorbidità causati da errori, eventi sfavorevoli e prattica illecita. In America Latina l'informazione è precaria a causa della mancanza di statistiche epidemiologiche.

**SFONDO STORICO**

"Il prudente raramente sono sbagliato". Confucio

Intorno al 1770 a.C. Hammurabi, re di Babilonia, ha emesso un codice di leggi e le disposizioni per regolamentare la condotta del medico che comprendeva un gran numero di disposizioni relative alla pratica professionale legale. Curiosamente, non si parla di moralità o l'immoralità, ma i possibili effetti negativi di un intervento, senza una maggiore discussione è stata approvata l'imposizione di una sanzione. Ad esempio, il codice non contemplato ogni forma di ragionamento etico o di responsabilità morale, mettendo subito coercizione legale di lasciare situazioni ben regolate e specificati da considerare. "Il Codice di Hammurabi, che stabilisce norme chiare sulla pratica della medicina: ..." *Se un medico provoca gravi lesioni a un paziente con un bisturi e lo uccide; sarete tagliare le mani del medico* ". In Egitto e in Grecia, c'erano università mediche segrete, dove è previsto alle regole sull'arte di guarigione e sono stati strutturati norme caratterizzate dalla severità delle sanzioni, tra cui anche la pena di morte. Come è scritto in assyrian tavolette di argilla, i medici di allora mai accettato la cura malati incurabili. In termini di severe punizioni corporali che specifica il codice di Hammurabi di errori medici, e più straordinario che sembrano a noi, erano in concorde con quelli stabiliti in altre professioni al fine di regolare i difetti delle persone contro gli altri.

In Cina, inizialmente le cure mediche era eseguire da umanitarismo, senza incentivi sociali o economiche, vi è stato esercitato dai governanti, studiosi, nobili e sacerdoti. La conoscenza medica sono stati considerati come un *potere segreto*, che veniva trasmesso solo da padre in figlio o persone molto qualificate socialmente e anche moralmente. (5,6)

L'atto medico è essenzialmente un *atto etico*, ma le sue polemiche e le sue fondamenta possono essere diverso a seconda del momento storico, le credenze religiose e le convenzioni sociali. Il medico nella sua opera di guarigione deve essere guidata da due principi uomo amore e l'amore della sua arte. Egli è responsabile del rispetto delle loro funzioni con il paziente, i loro colleghi e la società. Ippocrate di Cos (460-370 a.C.), figlio di Eraclide e minareti, imparò l'arte della guarigione dal padre e, anche se la storia ha in dubbio l'esistenza di Ippocrate, riferimenti di Platone e Aristotele affermano che non solo aveva vissuto, ma è stato il medico piú eccezionale del suo tempo. In modo tale che il giuramento di Ippocrate include questioni etiche, chirurgia, il segreto professionale, filantropia, condizione egualitaria di cura indipendentemente dalla nazionalità, status e fortuna; il comfort del trattamento medico del paziente adiuvante, la carità, non far pagare ai poveri malati e sostenere la valutazione morale e terapeutica di vivere con dolore, le considerazioni contenute nel codice etico della medicina. (7,8,9)

**ETICA MEDICA NEL RINASCIMENTO**

"Siamo tutti molto ignorante, quello che succede è che non tutti ignorano le stesse cose." Albert Einstein

Durante il Rinascimento, non esisteva qualcun tipo di pratica medica che non passavano attraverso il filtro della formazione universitaria. D' altra parte, l´ epidemie di "morbo gallico" (la recrudescenza della sifilide) costringevano ai medici a pensare, che non tutto era nella conoscenza degli antichi, ma che la natura nasconde segreti che potrebbero rendere evidente in momenti diversi e anche di più, li ha portati a proporre una possibile degenerazione in umanità, rendendolo suscettibile di subire nuovi e terribili mali. Di conseguenza si è unito conoscenze, il contributo di esperienze personali di medici, ha concluso che se davvero, l'arte medica includeva nelle sue premesse generali, anche dovrebbe arricchire le singole conoscenze scientifiche. Durante il Rinascimento, una buona percentuale della reputazione sociale del buon medico, era strettamente connessa al tipo di clientela che aveva e il suo modo di gestire la riscossione dei canoni. Egli deve essere prudente e preciso durante il ricovero, e placare il recupero nelle malattie croniche, non così i mali acuti o possibile esito rapido, tale criterio è stato cambiato con il passare del tempo, l'innovazione delle tecnologie e l'emergere di nuove specializzazioni mediche. (10,11,12)

Allo stesso modo, in antichità la natura quasi sacra della medicina, è stato simbolicamente implicita durante il primo approccio del medico al suo paziente, dove era una quasi di una formalità sacerdotale e il suo aspetto dovrebbe ricordare al paziente l'immagine di Cristo e i suoi guaritori Santi discepoli; il medico dovrebbe essere benigno, misericordioso e caritatevole anche di non fare pagare ai pazienti poveri, pratica che - in alcuni casi - è rimasta con il passare degli anni (13,14).

La responsabilità del medico inizia con il giuramento di Ippocrate, quando si è laureato, significa che dovrebbe essere il buon andamento della professione medica, l'iscrizione in una scuola e il rapporto con il paziente, che è di natura contrattuale, esistente nei suoi doveri di lealtà, segreto professionale e risarcimento in cui accadessi un danno. In generale, si accetta che i medici che più fanno errori sono il più nuovi, quei neolaureati, soprattutto coloro che sono nei primi anni di formazione e di autopsie di conduzione e sessioni anatomocliniche permettono il riconoscimento dell'errore attraverso l'apprendimento continuo, sul controllo di fallimenti medici e il comportamento di malattie. Vi è evidenza scientifica, che uno dei fattori principali associati con l'errore è l'età del paziente, che si verificano più frequentemente nelle età estreme della vita (pazienti pediatrici e anziani); così come procedure chirurgiche complesse. (15,16,17)

In quasi tutti gli errori medici che coinvolgono la sua prestazione, il materiale di accompagnamento ed altri fattori, per esempio, ha trovato che il medico privazione del sonno durante le guardie, la possibilità di gravi errori dopo più di 24 ore continue di lavoro. La mancata dormire o dell'impossibilità di giusto riposo influisce sulla performance psicomotoria di un professionista, è simile a un individuo che ha ingerito alcool (alcol nel sangue livello al di lá di 0,08%). Allo stesso modo indicato come fattore di rischio per la formazione di incrostazioni, la scarsa comunicazione tra medico e paziente quando si distorce le informazioni fornite nella storia medica durante il processo di cura, tuttavia; tecniche tradizionali di anamnesi e l'esame fisico rimangono chiave nel controllo di una diagnosi errata. (18-19-20)

Tutte le specialità mediche sono in probabilità di commettere errori, però, quelle specialità dove l'incertezza diagnostica è evidente e dove un ritardo o un errore nella diagnosi è più evidente è la chirurgia, medicina d'urgenza, terapia intensiva, anestesiologia e medicina interna. Durante il corso della pratica medica, errori si verificano spesso nel prescrivere un certo farmaco, è parte dell'atto medico e comporta il medico curante con altri professionisti, errori che si verificano in questa "catena" sono potenzialmente dannosi per il paziente per i danni può causare dalla direzione o meno la medicina giusta, effetti tossici generati da questi farmaci, l'assenza del beneficio atteso e costo per il paziente. (21,22,23)

**ERRORE MEDICO. Un problema etico.**

Sarebbe stato scioccante pensare che le società in cui un neonato con un difetto fisico è stato rimosso la sua vita, così come nell'antica Sparta, quando i bambini non erano abbastanza sani, sono stati lasciati abbandonati sul monte Taigeto. Sparta aveva praticato l´eugenetica, nel momento della nascita dei bambini Spartani sono state esaminate da un comitato di anziani sotto il portico, per determinare se è stato molto bello e ben formati, altrimenti era considerato una bocca inutile e un peso per la città. Di conseguenza, si sono portati a Apotetas, piuttosto che abbandonare, ai piedi del monte Taygeto's dove è stato gettato in un burrone. (24)

I valori etici cambiano nel tempo e nello spazio, per ogni società e il tempo ci sono state differenze, l'essere umano è in grado di essere critici, a mettere in discussione, discutere e raggiungere un consenso sui valori desiderabili per la loro comunità; quando qualcuno crede di avere la verità assoluta, allora sorgono problemi. I diversi standard morali nel mondo sono emerse da diversi accordi. C'è un lavoro in letteratura che tracciamo chiaramente cosa ci stiamo riferendo, questo è il libro di John Irving, scrittore americano e la sua opera chiamata "The Cider House Rules", che è stato un best-seller nel 1999 aveva vinto un premio Oscar nella versione cinematografica. Il film racconta la storia di un vecchio medico che era responsabile di un orfanotrofio rurale che donne partoriscono e dei loro bambini vengono abbandonati perché erano il prodotto di gravidanze indesiderate e di aborti. Nel corso del tempo, un orfano che non è mai stato adottato, è diventato assistente del medico e ha imparato ciò che il vecchio maestro di medicina aveva insegnato empiricamente, però, il giovane avrebbe rifiutato di prendersi cura di eseguire aborti, solo frequentare nascite e collaborare nel resto della cura dell'orfanotrofio. Più tardi, quella giovane orfano, lascia la vita laboriosa dell'orfanotrofio per lavorare come raccoglitore di mele in un frutteto dove è costretto aiutare ad abortire una adolescente violentata dal suo proprio padre. È allora, quando in quel momento capisce che le regole scritte da persone che non hanno vissuto in prima persona il vero conflitto che coinvolge una gravidanza indesiderata e tornare all'orfanotrofio di sostituire i loro vecchi maestri fatto aborti e nascite. Intorno al decennio degli anni 1940 - 1950 negli esperimenti degli Stati Uniti sugli esseri umani, la cui popolazione consisteva di prigionieri indigeni, infermieristica mentalmente alienata e bambini sono stati condotti, la ricerca ha coinvolto l'iniezione di quattro siringhe con materiale patologico per verificare il decorso clinico e la risposta al trattamento in malattie sessualmente trasmissibili (sifilide, gonorrea e altri), non vi è attualmente una disputa su 83 morti, i superstiti problemi malati, ciechi e comuni; e il Rockefeller Center, Bristol e Pfizer laboratori sono coinvolti che negano ogni responsabilità sostenendo che i farmaci testati come trattamento. (25,26,27)

**Condotta etica, errore medico e malcostume**

"La scienza moderna non ha ancora prodotto un farmaco calmante è efficace come qualche parola gentile." Sigmund Freud.

I codici etici sono una espressione tangibile di professionalità, certamente la frase "Errare è umano" è perfettamente applicabile ai medici, che sono non è diverso dal resto dell'umanità. Quando i medici commettono errori, possono avere molte conseguenze, a volte senza ripercussioni cliniche, ma a volte un impatto diretto sulla salute e la qualità della vita dei pazienti, ci sono certi errori che mettono in pericolo la vita del paziente e di altri che possono culminare anche nella morte. Ci sono condizioni come già detto, in modo che i medici commettono errori che comprendono stress, stanchezza e distrazione al momento dell'atto medico. Il rischio di errori relativi ai sistemi sanitari, in relazione alla efficienza dei processi amministrativi come misplacing record o prove di laboratorio, laboratorio rapporto di analisi in modo non corretto o test sbagliati che appartengono a qualcun altro, non avendo studi speciali per l'esame clinico momento o trattamento, fra altri. (28,29,30)

Il dibattito etico si concentra sulla necessità o meno una relazione al paziente, e le barriere che si trovano di solito non voler ammettere da parte del medico, le implicazioni che può avere tra i loro colleghi e la paura che così facendo, può portare ad azioni legali o altro legale azioni. (31,32,33)

Un' intervista con l'autore di "L'errore in medicina. Autopsia clinica come strumento di qualità dell'assistenza", lo specialista in anestesiologia presso l'Università di Salamanca Rebecca Martin Polo, esaltato, che impediscono la comunicazione di errori medici prevenzione difficile. In alcuni paesi, dove il sistema sanitario può e concepisce ammettere l'errore medico e report nella storia medica del paziente o altro documento facilita la correzione, impedisca il ripetersi e può anche essere un fattore attenuante in casi legali in cui l'errore viene cioè da altre fonti. (34,35,36)

Generalmente, la legge riconosce che i medici possono commettere errori, finché non c'è negligenza, ma l'interpretazione di questo è, tuttavia, molto variabile. E 'sempre consigliabile, è lui che segnala l'errore al paziente e spiegazione oggettiva e narrativo, difensiva o evasiva, ma si rammarica riconoscendo che si è verificato. Affrontare questo punto, abbiamo creato portali internet come la www.sorryworks.net che dimostrano che, a sorpresa, entrambi medici e infermieri storicamente non sono stati addestrati a chiedere scusa, e per di più, è sempre associata a esigenze future, e il fatto è quello di chiedere scusa ammettere che un errore è stato fatto; tuttavia, vi è un grande e importante differenza tra la dimostrazione "empatia" o "empatia" e chiedere scusa. È possibile mostrare empatia quando dice: "Mi dispiace che questo è successo, condurremo una revisione per vedere che cosa è andato storto e determinare dove è stato l'errore, mi dispiace per te." Mentre scusa, esprimere qualcosa del tipo: "Mi dispiace che sia successo questo errore, è colpa mia Forniremo un risarcimento.." Entrambe le frasi utilizzano le scuse, ma è collegata alle emozioni (empatia); mentre un altro sostiene la palla e modificare proposto dando compensazione (scusa). Negli Stati Uniti si consiglia di tutto il personale sanitario, dopo una empatia evento avverso, se si pensa che è successo solo un errore e ci scusiamo se consigliato dopo un attento esame è stato determinato e testato la loro commissione.

Dimostrare empatia, è sempre appropriato nella maggior parte dei casi, ed entrambi i medici e gli infermieri devono essere addestrati nel suo utilizzo, in quanto questo può aiutare molto più tardi. Il rapporto medico-paziente dovrebbe cercare di essere sempre preservato, anche se avesse alzato la morte. Molti avvocati sottolineano che i risultati molto diversi si possono ottenere se il medico piuttosto che comportamenti elusivi non si erano rifiutati di comunicare, notando che dimostrano l'empatia è la chiave per mantenere la comunicazione e la relazione medico-paziente dopo un errore. In Nord America, ci sono organizzazioni di formare personale sanitario di entrare in empatia con rispetto al verificarsi di un errore medico o un evento avverso, il seguente paragrafo è menzionato come esemplificazione di dimostrare empatia da una di queste aziende: "La signora Smith ha completato l'intervento chirurgico, So che stavano progettando di portare a casa da sua madre in un paio di giorni per celebrare una grande festa di compleanno con i bambini la prossima settimana, ma purtroppo l'intervento non è andato come previsto e la madre è in OIC. Mi dispiace che questo è successo , posso immaginare quanto sia difficile deve essere per voi. Ma per favore tenete a mente che inizieremo a rivedere quello che è successo e vorremmo incontrare con voi. Sono a 3:00 per discuterne. Si prega di notare che tua madre era partecipato il massimo e ci aspettiamo progressi. Avete attualmente c'è qualcosa che posso fare per voi. O la vostra famiglia?. Avete trasportare o volete fare una chiamata? Questa è la mia scheda con il mio numero di cellulare, mi si può telefonare in qualsiasi momento . Anche in questo caso mi dispiace per quello che è successo, cerchiamo di risolvere il problema insieme. "(37,38)

**errore medico**

   "La scienza è costituita da errori, che a loro volta sono passi verso la verità." Giulio Verne.

Tra le discipline e il lavoro svolto dall'uomo, nessuno che richiede pratica, in modo elevazione morale come medicina, e questo perché i medici lavorano con i più preziosi esseri umani che hanno, la salute e la vita. La medicina ha un ruolo centrale nel senso di certezza e di "fede" di esseri umani, in quanto offre la speranza di invertire la sofferenza, la malattia e la morte nella società. Non ci sono un consenso internazionale sulla definizione di "errore medico" e molti approcci di concettualizzare si basano su principi etici e morali, che collega l'etica medica, dovere, umanesimo, di fratellanza e di solidarietà che in ultima analisi significa che il rispetto della dignità umana. (39)

***Definizione***

          L'errore concepito in generale essere definita come falsa conoscenza che abbiamo di qualcosa, è equivalente a l'errore, cioè, si ha la conoscenza, ma tergiversating senza raggiungere la verità. Rappresentante di ignoranza come questo è, la mancanza o l'assenza di conoscenza; che fa un errore o pensa di sapere il risultato corretto ottenuto, questo essere falsa. Può essere di circa fatti, cose o idee. Dal punto di vista umano, l'errore è la causa di molti incidenti, per esempio, quando un veicolo è male riparato e la macchina colpisce un altro. Tuttavia, è da notare che, in base alla costituzione legale, questo errore non deve essere inteso, come contrario non ci sarebbe nessun errore ma le frodi, e si deve dimostrare né l'esistenza di negligenza da allora sarebbe sbagliato diventare colpa. L'imbarazzo dovrebbe avere un motivo motivante per sostenere che non era un errore e un atteggiamento molto meno colpevole o doloso. (40,41,42)

Gli errori commessi nel settore della salute, può provocare danni al paziente e sono classificati in varie tipologie, tra cui quelli che si verificano durante la diagnosi (diagnosi errata), anche durante la somministrazione di farmaci e farmaci (farmaci errori) o quando le procedure chirurgiche, l'uso di terapia inadeguata o da attrezzature e l'interpretazione dei risultati gestione sono fatti. Errori medici devono essere differenziate da "malcostume", nel senso che essi sono gli incidenti nel corso di una pratica onesta della medicina, mentre la "malpractice" è il risultato di negligenza, ignoranza, incompetenza o dolo. Tra i tipi di errori medici, è possibile indicare gli errori di commissione che tendono ad avere un effetto immediato; mentre errori manifesti di omissione da parte del persistere della malattia o la mancanza di cura nel tempo stimato per farlo. Secondo l'Istituto di Medicina (IOM) negli Stati Uniti (US), un evento avverso è definito come "il fallimento nella realizzazione di un piano di salute in caso di atto o omissione da completare, come previsto, senza l'esistenza di cattiva condotta". (43,44,45)

Medicina presuppone un impegno di risorse, di conseguenza, l'errore medico dovrebbe essere separata da "esito negativo" quando il medico utilizza tutte le risorse disponibili senza ottenere il successo atteso, distinto dal "incidente imprevisto." Ciò che più colpisce quando si verifica il cosiddetto "errore medico" è la drammatica inversione delle aspettative di chi va in cerca di raggiunge buoni e cattivi. Il risultato dannoso, a sua volta, è immediatamente visibile e generalmente nella maggioranza dei casi; quasi sempre rivestito singolare e irreparabile dolore alla natura umana. Molti errori in altre professioni passano inosservati, salvo errore da parte del medico, che è stato descritto come "cattiva condotta professionale che ha coinvolto un guasto tecnico potrebbe provocare un danno alla vita o la salute degli altri." In tale ottica va osservato che originato da un risultato incidente imprevedibile e incontrollabile. L'incidente imprevedibile risultato dannoso è il prodotto di un evento fortuito non si poteva prevedere o evitare, qualunque sia l'autore in circostanze identiche. Nel frattempo, il risultato è che incontrollabile derivato da una situazione ovviamente inesorabile evoluzione proprio caso, qualora, al momento del verificarsi, scienza e professionalità non hanno soluzioni per risolverlo. (46,47,48)

Il medico per la diagnosi, deve essere conforme a criteri di prudenza, accuratezza dove coesistono questioni etiche fondamentali: Per fare una diagnosi? Per scoprirlo, (se il motivo è una ragione scientifica), per aiutare (nel caso in questione, di motivi umanitari) per il profitto (è coinvolto prestigio personale) e di contribuire per l'ordine sociale (conseguenze giuridiche o amministrative). Prudenza nell'uso di mezzi tecnici è necessario che i benefici attesi della ricerca superano chiaramente il danno potenziale. (49,50,51)

**RESPONSABILITA PROFESSIONALE NELL 'ATTO MEDICO**

        La responsabilità professionale del medico è definita come l'obbligo di compensazione per le conseguenze dannose delle azioni o omissioni commesse entro certi limiti, nell'esercizio della loro professione. In un primo momento, questo esercizio richiede la considerazione di due beni giuridici la salute e la dignità umana. In secondo luogo essi sono considerati missione medica; che comprende la storia medica, la cura del paziente, la diagnosi, il trattamento adeguato, le informazioni del paziente e il segreto professionale. La violazione di questi doveri è la base della responsabilità morale e giuridica del medico. La criminalità, illegalità e il senso di colpa, come principi fondamentali in tutti i crimini è ricordato. La colpa per gli effetti del campo medico è definito come la prestazione medica che coinvolge una caratteristica illegali e realizzato con violazione del dovere dell'azione cura. (52,53,54)

       Negligenza, imprudenza, imperizia e violazione di norme, sono forme di colpa. L'accento è posto l'obbligo del medico per sapere quali atti non deve essere delegata, per evitare di essere punito da funzioni che corrispondono esclusivamente a incontrarlo in base alla normativa vigente relegando. (55,56,57)

**RISCHI E POSSIBILITA ' DI ERRORI NEL ATTO MEDICO**

Stimare un numero esatto di errori medici è difficile perché convergenti molti fattori, uno dei principali è che la maggior parte di loro non sono segnalati dal personale di erogazione di salute, il 42% della popolazione generale degli Stati Uniti ritiene che alla fine è stato suscettibile di un evento avverso da medici. In Australia 2,4-5,6% dei ricoveri ospedalieri sono dovuti a errori di prescrizione o farmaci, mentre nei Paesi Bassi, 180.000 decessi annuali per errori di terapia e gli eventi avversi causati da loro vengono segnalati. Nel caso del Venezuela, (Sud America) non ci sono statistiche pubblicate, Medici tuttavia, un recente aumento delle denunce dei pazienti affetti alla gestione dell'ospedale, l'ufficio del procuratore generale, nei Commissari più vicino a casa del paziente, la scuola è apprezzato e anche ai mezzi pubblici, come stazioni radio. (58,59)

Storicamente le società hanno accettato l'esistenza del medico e l'esercizio della sua attività come un beneficio, e persone della comunità Non lo so cosa fare se leggere documenti in preziosa risorsa della medicina. Persone impegnate nella professione medica sono sempre stati trattati con speciale considerazione e apprezzamento perché li dedizione, impegno di servizio, competenza ed efficienza riconosce. Ma ciononostante; la pratica della medicina comporta rischi e la pratica medica può causare lesioni ai diritti tutelati dalla legge. (60,61,62)

Il medico dovrebbe tenere il paziente costantemente chiare, complete e accurate informato. Allo stesso modo, il paziente deve esprimere il suo consenso personale per interposta persona o rappresentante legale. Dato il rischio che può coinvolgere qualsiasi attività medica, il paziente è che deve prendere la decisione e non il medico. (63)

           E 'importante essere prudenti e anticipare i possibili esiti di un trattamento; purtroppo l'azione terapeutica potrebbe essere correlato ad eventi indesiderati. La medicina non è una scienza esatta e non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo. (64)

I fattori che possono influenzare negativamente

          Negli Stati Uniti il ​​50% dei pazienti ospedalizzati può essere influenzata da errori medici, per il 1999 l'Istituto di Medicina (IOM) ha riportato tra 48,000-98,000 (17.26%) di morti ogni anno a causa di errori medici e gli eventi avversi. Alcune raccomandazioni formulate dall'Istituto, si sono concentrati principalmente sulla riduzione della fatica del personale medico, evitare notturne "percosse" e incoraggiare periodi di riposo durante la giornata lavorativa; si stima che i costi di tali misure potrebbero essere grandi e anche la sua efficacia non è nota. (65,66,67)

             La fatica è generalmente vissuta in campo medico come una "mancanza di energia", mentre stanco o assonnato si riferisce ad uno "stato di allerta diminuita." Il "Burnout" è una sindrome che comprende tre domini depersonalizzazione, esaurimento emotivo e capacità basse associate a una diminuzione delle prestazioni di lavoro ed è relativo a errori medici in cui si verificano, incidere significativamente sulla capacità complessiva del professionista ed è probabile che esso commettere errori, che non avrebbe fatto in condizioni normali. (68,69,70)

Errore relativo al processo decisionale

1. limiti della conoscenza umana a causa di una formazione insufficiente. Se il medico non è stato adeguatamente formati nel corso accademico non sarà ben attrezzate con le competenze e le abilità quando si effettua una decisione che potrebbe compromettere la salute o la vita di un paziente. (71)

2. Lo sviluppo accelerato e il progresso delle conoscenze mediche con cattive pratiche. Il medico ha l'obbligo di aggiornamento continuo nella formazione professionale e responsabile per conoscere le tecniche e le procedure di diagnosi o attrezzature terapeutiche da utilizzare. (72)

3. L'incertezza in decisione medica e l'innovazione tecnologica applicato erroneamente influiscono nell'indicazione sbagliato. (73)

Correlati a condizioni di lavoro inadeguate

              Nella pratica medica, molti dei fallimenti in America Latina sono causati dalle precarie condizioni di lavoro degli operatori sanitari. E 'facile capire che cosa può accadere in alcune parti del lavoro medico, dove danni e vittime sono in aumento, mentre il comportamento è più facile dare la colpa ai medici. A causa di queste ragioni, una delle responsabilità del medico dovrebbe essere quello di informare le carenze o cattive condizioni di lavoro, registrandole nella storia medica come parte di prove documentali e segnalarli alle autorità competenti di richiedere risorse adeguate. L'arte di guarigione deve essere esercitata in ambiente adeguato e dignitoso per il paziente, che proteggono la tua privacy, privacy, riservatezza medica e insomma tutto ciò che salvaguarda i diritti del paziente; il medico può anche saltare alcuni atti elettive nella pratica professionale, avendo nel frattempo la cura comportarsi con prudenza in situazioni di urgenza ed emergenza. (74,75,76)

In Venezuela, il sistema sanitario è stato drammaticamente colpito come evidenziato da sovraffollamento di pazienti in nessun caso devono essere trattate sul pavimento per mancanza di posti letto, oltre ad altre carenze. (77,78,79)

**CONSEGUENZE DI ERRORI MEDICI**

          In medicina ci sono procedure mediche che possono costare la vita del paziente, come trattamento del paziente sbagliato a causa di una errata identificazione dello stesso, lasciando gli strumenti chirurgici all'interno del vostro corpo, disattenzione nei pazienti affetti da demenza o Alzheimer monitoraggio lasciarli andare persi e di essere disorientati muoiono di ipotermia o disidratazione, lunghi periodi di attesa in caso di pazienti affetti da malattie potenzialmente la morte come la meningite batterica, infarto miocardico acuto, ictus, trauma cranico, peritonite, pancreatite acuta, interventi chirurgici di emergenza, colecistite e sepsi; il cui ritardo nella cura, diagnosi e approccio può produrre conseguenze letali. (80,81,82)

**CLASSIFICAZIONE DELLE errori medici**

• Errori generali possono essere attivati ​​da scarsa comunicazione tra pazienti e medici, organizzazione inadeguata del team, abbandono revisione di attrezzature necessarie per un atto medico (assortimenti di controllo di ossigeno, batterie, gas, servizi di laboratorio e radiologia, dimenticano di verificare lo stato e la scadenza di medicinali e prodotti del sangue, antibiotici, protesi, e altri.) (83, 84)

• Errori diagnostici sono solito a causa di un'errata interpretazione dei segni e dei sintomi, del ritardo o errore nella diagnosi, test o risultati. (85,86)

• Errori di trattamento di trattamento medico sbagliato, che effettuano trattamenti tecnici o pre- o post-operatorie difettoso, ritardo nelle decisioni terapeutiche, indicazione chirurgica inadeguata.

• Prevenzione degli errori è causato da una cattiva scelta di terapeutica di solito nelle malattie croniche o meno interazioni farmacologiche di avviso, omettere dicono al paziente come le cose sono consentiti o proibiti durante il corso della terapia o malattia, anche eseguire profilassi antibiotica inadeguata (scarsa preparazione del colon prima di una colonscopia, dato non corretto di restrizioni prima e dopo questa procedura, povero pianificato monitoraggio post-operatorio). (87,88)

Gli studi sono stati condotti in diversi paesi hanno mostrato le statistiche di errori medici vanno 3,5-16,6% del numero di pazienti ricoverati in ospedale, e che gli Stati Uniti è la terza causa di morte dopo le malattie cardiache e il cancro. Purtroppo in America Latina c'è ben poche informazioni su di esso, ed è probabile che questi valori sono simili o forse superiori a quelli riportati in Nord America. (89,90)

E 'ben noto che quando i medici effettuate senza le nuove procedure di esperienza necessaria, o iniziano la loro formazione in una disciplina particolare, spesso fanno errori o errori, e ci sono fattori di rischio di essere dimenticati dai medici aumentarne la frequenza, come l'età estrema dei pazienti essere ricoverato in ospedale in settori complessi di cura, come quelli realizzati nel reparto di terapia intensiva (ICU), pronto soccorso e il trauma-shock o una degenza prolungata, tutti sono associati a una maggiore possibilità di errori. (91,92)

Uno studio condotto in diversi centri sanitari australiani, ha scoperto che di 14.179 ricoveri ospedalieri, nel 1995, gli eventi avversi si sono verificati nel 16,6%; e 13.7% dei casi di errori. Di questi, hanno causato danni permanenti al paziente come la morte 4,9%, e il 51% di essi sono stati considerati "prevenibili", molti degli errori non sono riflessi nella storia medica, per cui un sistema computerizzato è stato utilizzato per rilevare alterazioni della dose di droghe o farmaci utilizzati. Per il rilevamento di un errore medico, ci sono stati molto costosi studi osservazionali hanno identificato elevati tassi di errore e il danno si è verificato durante le cure ospedaliere. (93,94)

Ci sono errori in medicina oggi provocando una significativa morbidità e mortalità nei pazienti ospedalizzati. Nella letteratura, 54 ospedali in Vermont (USA) ha sviluppato un sito Web anonimo a segnalare errori, quasi-errori ed eventi avversi. Per quasi 17 mesi 708 eventi sono stati riportati errori nella scelta del farmaco in dose indicata nella velocità di infusione nutrizionale e trasfusioni ricevute o meno dal paziente; anche nella gestione o metodo di trattamento il 14%; l'identificazione dei pazienti 11%; il ritardo nella diagnosi del 7%, errori durante l'operazione o la procedura utilizzata 4% che tali segnalazioni anonime sono stati analizzati alla fine è apparso chiaro che i principali contribuenti erano fuorvianti; l'abbandono dei malati 27%; problemi del medico-paziente del 22%; la raccolta dei dati fallimento, anamnesi e l'esame obiettivo contenuto nella storia medica o l'identificazione dei pazienti il ​​13%; inesperienza medico 10%; errore nella etichettatura o il contrassegno di farmaci il 10% e il povero lavoro di squadra il 9%. Un errore umano indica nella maggior parte dei casi, una mancanza di formazione o un guasto nel modo di agire in un determinato momento; ma la collaborazione di tutta la squadra degli operatori sanitari è indispensabile conoscere i fatti e le circostanze, al fine di correggerli. (95,96)

Da parte loro, i professionisti medici in ospedali degli Stati Uniti, portano i propri record e dare le loro opinioni su si sono verificati eventi avversi, e anche pensare alla qualità della cura del paziente in questi centri. La ricerca negli Stati Uniti durante gli anni 1995 - 1996 con un sistema computerizzato, ha dimostrato che i problemi erano in ospedale acquisito insufficienza renale, iperkaliemia, ipokaliemia e l'avvelenamento digossina. Quando si è proceduto ad analizzare i fattori coinvolti, quanto segue: più di 69 anni, di sesso maschile, più di 10 giorni degenza in ospedale, ricovero in ospedale a causa di malattie chirurgiche, cardiovascolare o respiratorio, sono stati trovati entro i primi fattori di morbilità e mortalità; e ha concluso che certamente deve adottare misure per migliorare il sistema sanitario, dal momento che gli errori che incidono costo per l'ente, lo Stato ed i pazienti. E 'stato dimostrato che alcuni professionisti della salute, sono riluttanti a partecipare a ricerche e discussioni riguardanti gli errori medici come difficoltà associata, vi è una limitazione che gran parte degli errori medici non sono documentati in forma di nuovo o nella storia della medicina o sono non identificabile. (97,98)

Ci sono autori che sono in disaccordo con quanto riportato dall 'Istituto di Medicina (IOM), e che affermano che i risultati dell'istituto non sono ben dati comprovati; dato che l'Istituto di Medicina è una agenzia di stato direttamente responsabile per la sicurezza sanitaria e queste statistiche stimate sulla base di studi condotti in ospedali negli Stati Uniti si trovano a New York, Colorado e Utah nel 1992. (99.100)

Si stima che in Nord America, gli eventi avversi si verificano tra 2,9-3,7% delle ospedalizzazioni, lo studio può sottostimare il numero di eventi avversi per due motivi; il primo è che solo pochi casi che sono stati documentati nella cartella clinica e la seconda è che studiamo solo quei pazienti che sono rimasti ricoverati in ospedale sono inclusi. Ci sono ricercatori che hanno studiato la prevenzione e biosicurezza in salute come Hofer e Hayward, dicendo che dobbiamo agire in queste morti o coloro che possono realmente danneggiare evitato. Gli scienziati hanno trovato molta difficoltà nel rivedere storie sia mediche e chirurgiche, e classificare se fosse un evento avverso, errore medico o un errore che coinvolge l'intero team di salute. (101.102)

**LEX ARTIS**

"Ogni volta che faccio un errore mi sembra di scoprire una verità che non conosceva." Maurice Maeterlinck

La lex artis termine deriva dal "*diritto del arte*" latino prestazioni o regolamento tecnico della professione in questione. Il professionista della salute di agire entro i parametri di questa legge, deve padroneggiare le materie studiate nella sua carriera, cioè, avere la necessaria conoscenza e applicabile per praticare la medicina senza temerità; altrimenti prendere il paziente ad aggravare il loro dolore con pericolo e grave rischio per la loro salute e la vita, questo è il motivo per cui la Legge di pratica medica richiede ai medici di essere costantemente aggiornati e di rinnovamento di conoscenza per fornire una migliore erogazione sanitaria di qualità, in modo che il medico può utilizzare tutto significa diagnosi più appropriati nel suo ambito, interpretare ed applicare il beneficio del paziente. Ha inoltre conseguito il prevalere scientifico su criteri economici che favoriscono la scelta di un trattamento adeguato, attenta attuazione, l'applicazione e il monitoraggio. (103.104)

Il principio della lex artis, di solito applicata alle professioni che richiedono una tecnica operatoria, e nel campo della salute dice che le tecniche per ogni tipo di procedura medica tali norme, tali norme o procedure cliniche dovrebbero essere temperato al caso, non ha mai ci sono due pazienti identici. (105.106)

       La dottrina giuridica tedesca afferma che l'indicazione medica e l'lex artis, sono due concetti strettamente legati, ma sono essenzialmente diverse. Mentre l'indicazione medica ha risposto "sì" al trattamento e determina se applicare questo o qualsiasi altra misura; la "lex artis" si riferisce al "come fare" del trattamento, la procedura o il metodo da seguire. Malpractice contrario, implica una rottura delle regole, fuori del modo di "buon lavoro", una deviazione del atto medico. (107, 108)

L'atto medico, è l'attività di valutazione diagnostica, trattamento, prescrizione, la prognosi o l'attuazione di misure volte a garantire la salute degli individui o gruppi di comunità esercitate da un medico con la libertà di scelta e consenso soggetto o della popolazione, fermo restando l'obbligo di riparare il danno causato nel corso della loro attività professionale. La base giuridica è alle esigenze giuridiche e sociali per rispondere dei danni causati da cattiva condotta intenzionale o non intenzionale ma prevedibile e evitabile nell'esercizio della loro professione. L'atto medico è un tale contratto di prestazione di servizi, che possono sorgere per il diritto di rivendicare se non avete incontrato o conosciuto poco con le disposizioni di tale contratto. Se nel corso del trattamento, colpa sua provoca danni al paziente; il medico deve ripararla e che la responsabilità ha il suo bilancio nei principi generali di discernimento, l'attenzione, la libertà e la legge. (109.110)

**MEDICAL DISPRAXIS**

      Il termino dispraxis medico significa alterazione della pratica medica; mentre l'espressione malpractice medica deve essere utilizzato solo quando il giudice lo decida, in questi casi il medico provoca un danno in conseguenza della sua azione sbagliato, uso errato di una tecnica, inesperienza o ignoranza. (111.112)

Vi è anche un termine chiamato "errore onesto" che significa che in realtà medico Da non intende causare danno, ma a causa dell'esistenza di molteplici fattori in un dato momento, può influenzare pratica medica. (113)

Nel contesto nosografica trovare il termine iatrogena, cioè la modifica del paziente prodotta dal medico; composito concetto, nato dalla "iatros" dottore significato greco e l'origine "Genea". (114)

**MALASANITÀ**

Malasanitá medica come un involontario errore battibile, un difetto nell'applicazione di metodi, tecniche o procedure nelle diverse fasi della prestazione medica, con un conseguente deterioramento che era prevedibile la salute o la vita del paziente è definito. Da configurare casi di malasanità è necessario il concorso di tre elementi indispensabili:

***• La prova di assenza***

***• Prove di danni***

***• relazione causale tra di loro.***

**Perché accade la Malasanitá?**

        Ci sono diverse cause che possono collaborare nella cristallizzazione di malasanità; tuttavia, il più rilevante per la loro quotidiana sono:

1. ***Scarsa relazione medico-paziente.*** E 'dimostrato che quando c'è un buon rapporto tra il medico e il suo paziente, indicazioni mediche sono più bassi, forse attraverso la comprensione della patologia del paziente o la sua famiglia, per gentilezza, o trovare empatia per il loro disagio o malattia. (115)

2. ***Sviluppo errata di una storia***. La storia comprende il mezzo con cui il medico raccoglie parte dei dati biografia, anamnestici ed un esame obiettivo, per ottenere una diagnosi presuntiva, la mancanza o l'assenza di dati in questo documento, la difficoltà di accesso alle conoscenze successo all'entità malattia che colpisce il paziente. (116)

3. ***Scarsa comunicazione tra il team di salute***. La coerenza e l'unità di tutti i membri del team di salute, è uno dei pilastri fondamentali per la corretta gestione del paziente; è attraverso l'integrazione dei dati, la comunicazione di evenienze, possibilità allergiche, interazioni farmacologiche, i requisiti di emergenza e altri test in grado di segnalare la necessità di accelerare o di guidare lo studio, riadattamento di farmaci o antibiotici; anche evitare la necessità di esami costosi e chirurgia. La comunicazione cattivo o addirittura nessuna tra i membri del team, non solo aggiungere più stress sul posto di lavoro, ma la mancanza di "rapport", sfiducia e, a sua volta influenzerà il recupero di malati o cura. (117)

4. ***Ignominiose condizioni di lavoro***, scarsa remunerazione finanziaria per il lavoro o il lavoro svolto dal medico e il resto del personale di supporto della medicina, si traducono in un lavoro di squadra immotivato, risentito, antiquato, malnutriti, in scarsa qualità quotidiano, rischioso alta insicurezza sociale per la vita. (118)

5. ***Il controllo insufficiente del paziente***. Valutazioni periodiche del paziente diventato importante soprattutto nel caso di pazienti a rischio o che hanno avuto una malattia pericolosa per la vita o che hanno lasciato importanti conseguenze. (119)

**iatrogeNA**

          C'è varietà di posizioni su questo concetto, il medico che è considerato cause iatrogene non imputabile, alcune persone dicono che non è sinonimo di errore medico, mentre altri dicono di sì. Il termine iatrogena non è ancora nei dizionari medici; solo l'aggettivo "iatrogena" si riferisce a "tutte le modifiche delle condizioni del paziente prodotta dal medico, anche quando si applica una indicazione di trattamento è giusto." E 'il risultato di un evento imprevisto, che sfida possibilità di essere evitato dai soliti mezzi di assistenza individuale o collettivo, e in linea di principio non deriva dalla volontà o colpa del medico. (120)

Classificazione di iatrogena:

• *Iatrogena positivo*: Quando alterazioni sono innocui per il paziente.

• *Iatrogena negativo*: Le condizioni del paziente è danneggiato a causa dell'azione o intervento medico. Il iatrogenia negativo può essere di due tipi: necessarie o inutili. Sul iatrogenia negativo necessario, il medico ha piena conoscenza del rischio di danno, ci si aspetta qualcosa, anticipato, la produzione non è una sorpresa e lo riconosce come una possibile conseguenza delle loro azioni per conto del paziente, nella sua determinazione a guarire deve considerare il "rischio / beneficio". Potremmo distingish alcuni esempi come un'infezione urinaria causata dalla installazione di un catetere di Foley (urinare); sensazione di mal di stomaco a causa degli effetti collaterali di un antibiotico per curare una infezione sistemica o una trombosi agli arti inferiori dopo l'intervento chirurgico all'anca. Nel tipo di inutile azione medico negativo iatrogena ha causato un danno che non aveva alcun motivo per accadere, è una conseguenza di ignoranza ed è eticamente inaccettabile. E 'escluso da comportamenti scorretti, in quanto vi sono non gli elementi di colpa, è anche chiamato "violazione" o "bisogno medico." (121.122)

All'interno del rapporto medico-Paziente, ci Sono Elementi di Comunicazione Tra medico e Paziente o la famiglia venire espressiva Comunicazione non verbale Attraverso gesti o atteggiamenti. Iatrolalia Chiamato un Parole che possono causare Sentimenti di umiliazione o di ridicolo, Aumento diffidenza, stimolare ipocondria e ferire l'autostima. Anche un precipitato di diagnosi sufficientemente contrastata puó essere fissato nella mente del paziente ed essere molto difficile da correggere in seguito this uso improprio di Informazioni puó essere dovuta una Insufficiente, eccessivo, ambiguo, angosciante Informazioni, l'uso di termini popolari di prognosi di sesso maschile, mancanza di discrezione mancanti o, fornire Informazioni attraverso un linguaggio metaforico incomprensibile per il paziente o quando manca l'empatia necessaria. (123)

Ci agisce come l'amputazione o rimuovere l'organo sbagliato, erroneamente somministrazione alimenti destinati enterale per via endovenosa, non sono più gli errori sono e diventano malcostume, perché casi del genere non si sarebbe verificato in condizioni di attenta pratica se i professionisti prestare attenzione a ciò che stanno facendo, mentre ; cazzo un polmone e causare pneumotorace quando è destinato a drenare versamento pleurico, forare e causare una peritonite colon durante una procedura di colonscopia, sono situazioni che si possono verificare se sono state prese le aspettative e possono essere classificati come errori medici. A volte le situazioni nella pratica medica è più complicato, e di solito la differenza tra malpractice e errore medico non è esplicito e dipende da diverse condizioni. Sbagliare è umano, pelle è imperdonabile e non imparare da loro è imperdonabile.

Qualche tempo fa, la stampa americana ha riportato il caso di un paziente che ha frequentato un pronto soccorso a causa di un forte mal di testa, poi, i medici non hanno trovato esiti anormali di esami clinici e considerato che ha presentato nessun problema urgente e dopo il miglioramento dei sintomi, è stata inviato a casa sua con il controllo indicazioni per giungere al suo medico regolare, il paziente è morto in seguito a causa di quello che sembrava essere una emorragia subaracnoidea. Questo problema potrebbe essere diagnosticata durante il ricovero al pronto soccorso da una puntura lombare o tomografia computerizzata (CT), ma l'indicazione di questi test dipende l'informazione stessa fornita al paziente e l'esperienza del medico medico di sospetto. Se il paziente aveva fatto riferimento il medico che questo era "il più importante della vita testa dolore" avrebbe dovuto essere fatto prove; ma, al contrario, il paziente ha riportato una storia di mal di testa ripetuto per diversi anni e non ha espresso il mal di testa corrente ha presentato caratteristiche particolari, tali test non dovrebbero essere fatte, perché farlo indiscriminatamente a tutte le persone con mal di testa farebbe più male che bene; in questo caso sarebbe un "errore di giudizio", dal momento che un forte mal di testa una lieve famiglia confuso e può chiedere il risarcimento dei danni causati dai professionisti e medici sarebbe stata libera di colpa e non dovrebbe essere soggetto a squalifica professionale o l'azione penale . Mentre è vero che la gestione della salute esistente nei centri di salute può avere un certo grado di impegno che si verificano errori di tanto in tanto, che non esime la medico curante responsabilità individuale. Eventi causa di una gestione della salute erroneo è epidemia di epatite in un ospedale camera, dalla contaminazione di una soluzione farmaco usato come trattamento in diversi pazienti, senza cambiare l'ago, così inoculando virus dell'epatite e destinati a ridurre le spese ospedaliere; questa situazione in qualche modo indurre la criminalizzazione dei medici responsabili per la camera. In Venezuela diversi anni fa si è verificato un epidemia di malaria da Plasmodium vivax a Barquisimeto (Venezuela), proprio perché una siringa riutilizzati contaminato con il sangue di un paziente con la malaria, in pazienti sani. Quando le condizioni del nostro lavoro, come i medici sono inaccettabili per la buona pratica clinica, devono denunciare le carenze della pratica medica e astenersi presentare la rinuncia a quel lavoro, reclami e le denunce devono essere presenti prima e non dopo i problemi sorgono al fine di evitare loro, Non tiratevi e altri responsabili delle responsabilità che avete. (124.125)

**LA PRATICA MEDICA E LA LEGGE DEL ESERCIZIO MEDICO**

          È importante precisare che qualsiasi azione in diversi settori, in grado di generare la responsabilità agli altri. L'esercizio di lavoro medico, hanno la responsabilità penale, civile, amministrativa e disciplinare in modo isolato ben combinati; pratica la legge di Medicina in Venezuela, citazione: "Le sanzioni disciplinari e amministrative si applicano fatte salve eventuali responsabilità civili o penali che può essere richiesto come conseguenza di azione, omissione, imperizia, imprudenza o negligenza nella pratica". La stessa legge richiede diverse sanzioni per ogni tipo di responsabilità. L'ordine disciplinare le sanzioni, il quale prevede che «Le sanzioni disciplinari ordine sono: richiamo verbale e privato, richiamo verbale e pubblico, scritto e rimprovero privato, scritto e rimprovero pubblico, l'esclusione o la privazione di onore, diritti o privilegi di commerciale o professionale". Le sanzioni amministrative di cui al: "Tredici a sessantasei unità fiscali e sospensione dell'esercizio della professione fino a due anni Per quanto riguarda le sanzioni disciplinari." Competenti di sanzioni disciplinari tribunali disciplinari dei Collegi dei medici o di altre organizzazioni professionali mediche e in appello, il Tribunale disciplinare della Federazione Medico ". Possiamo concludere che la teoria generale di responsabilità, è un potenziale partner in azione medica, e, pertanto, si può dire, che ogni atto dell'uomo implica la responsabilità; che si traduce in un obbligo di riparazione in caso di un errore è stato commesso, ha generato un guasto e danni a terzi. (126.127)

Dr. Mendez Quijada, psichiatra venezuelano e l'avvocato, ritiene che accade in questo paese, a differenza di altri paesi, vi è una predominanza di accuse penali piuttosto che azioni di responsabilità, suggerisce l'importanza di un corretto rapporto medico-paziente con, al fine di ridurre la possibilità dei crediti non necessari come un solido rapporto di fiducia basato sull'onestà, disinteressato testimonianza costante di cura del paziente all'interno delle loro complicanze e il medico francamente, sono stati gli elementi chiave per evitare una denuncia il paziente o la sua famiglia. (128.129)

**L'IMPORTANZA DEL RAPPORTO MEDICO - PAZIENTE**

        Abbiamo visto una serie di virtù, che approfondire la convinzione più intima e ragion d'essere di un medico; tuttavia, nel medico-paziente una serie di problemi, quali la riservatezza, la privacy e la fedeltà, tra gli altri, si pone deve essere protetta. Senza la più squisita attenzione a questi aspetti, il rapporto con il paziente è rotto. E 'indispensabile che sia la dignità del paziente e il medico sono totalmente rispettati. (130.131)

Il riconoscimento e il rispetto dei diritti dei pazienti è un must in un farmaco assertiva, solo nel quadro di rispetto e l'esercizio dei diritti dei componenti si renderà conto il principio di autonomia, in base al quale il paziente assume decisioni in base ai propri interessi e valori. (132)

          Tancredi nel 1978 ha definito il concetto di medicina difensiva come l'applicazione dei trattamenti, i test e le procedure, con lo scopo principale di difendere il medico di critica e di evitare polemiche o qualsiasi abusiva crediti; ma queste procedure possono superare le considerazioni diagnostiche e terapeutiche. (133)

Si potrebbe sostenere che il perseguimento di eccellenza professionale, dovrebbe iniziare da quel atti medici deve soddisfare due requisiti fondamentali correzione e bontà. La prima qualità, si riferisce a una formazione adeguata nel settore dell'assistenza sanitaria e la corretta applicazione della stessa; la seconda alla condizione morale del medico, la sua sensibilità umana e il riflesso dei propri valori etici negli atti compiuti. Si riconosce che molta esperienza nell'arte della guarigione e gentilezza nel lavoro del medico fa "buono". (134)

Dal giuramento di Ippocrate per la Dichiarazione di Ginevra (World Medical associato), i codici di etica medica e hanno ignorato l'obbligo previsto la verità, lasciando giudizio medico la quantità, la qualità e modo di dare informazioni ai pazienti. Giudizialmente è stata assimilata con la rivelazione di tecniche o procedure che richiedono decisioni di consenso o il rifiuto da parte del paziente per procedure mediche di comunicazione. Questa relazione della verità si basa su tre pilastri:

a. Il rispetto per la persona umana, è intimamente legata al principio di autonomia, il consenso non è l'autonomia esplicitamente se non preventivamente informato il paziente.

b. Rispettando il dovere di lealtà, mantenendo le promesse e contesto morale acquisito della relazione con il paziente a dire la verità. Questa fedeltà è reciproco rispetto della natura, vale a dire, il paziente accetta di dire la verità al proprio medico e viceversa.

c. Il rapporto medico-paziente è di fiducia e di conformità regole per la precisione, come ad esempio nel ricercatore / soggetto, è che la sicurezza e la fiducia.

Il dovere di riservatezza è stabilito quando il paziente accetta di storia, l'esame e la registrazione in una storia clinica, rinunciando una parte importante della loro vita privata a depositare in persone che hanno accesso a questa storia, ma; si sono tenuti al segreto medico non rivelare i suoi contenuti senza autorizzazione.

    Ci sono diversi tipi di argomenti a sostegno di mantenere la riservatezza o il segreto medico e cioè:

a. Sulla base delle conseguenze se il paziente non si fida del medico, non consentire un esame adeguato o le prove complementari, i diritti dei pazienti vengono traditi, ammettendo una sola eccezione, come prevenire danni agli altri, il paziente stesso o l'interesse pubblico, senza sottovalutare il validità di quest'ultimo.

b. Associata con autonomia e intimità, si basa su principi morali di rispetto per l'autonomia, la privacy e l'integrità personale, la rottura può causare gravi ripercussioni sul, lavoro, famiglia, ambiente professionale personale e anche disturbi emotivi.

c. Coinvolto con fedeltà, è un altro modo per forzare la riservatezza. Ci sono situazioni particolari in cui la violazione del silenzio è giustificata e quando si verifica, con conseguente danno agli altri. Esso è strettamente legato all'autonomia e privacy. La fedeltà è nota anche come la rettitudine professionale e deve essere intesa come la capacità di far fronte agli impegni, promesse e impegni assunti volontariamente, la sua espressione è quello di rispettare i principi morali di autonomia, la giustizia e l'utilità.

La privacy è un diritto derivato dai diritti fondamentali della vita, libertà, la proprietà, è l'accesso limitato alle informazioni su una persona, le loro abitudini, i costumi, l'habitat, i sentimenti, le relazioni con le persone nel loro ambito immediato. Difendono teorie conseguenzialiste, giustificando il diritto alla privacy come strumento per lo sviluppo personale, la creazione e lo sviluppo di strette relazioni ed espressione della libertà individuale. Infine, c'è un modello che sostiene il principio dell'autonomia dell'individuo e la capacità di esercitare azioni indipendenti eventualmente concedere o meno l'accesso alle informazioni. (135)

Ci sono conflitti di lealtà e di lealtà divise, che coinvolgono la lealtà professionale deriva principio morale, che emana dal proprio modo di essere e di impegno del medico, piuttosto che promesse, i voti, giuramenti o contratti con il paziente. Tradizionalmente, gli interessi dei pazienti superiori a quelli degli altri e anche il medico stesso è stato concepito come una priorità, ma questo ideale non è stato sempre rispettato, o moralmente è dovuto da rispettare. Secondo altri autori, non possiamo costringere il medico a partecipare gratuitamente tutti malati o che mettono in pericolo la loro vita nell'esercizio della professione. (136)

        Conflitti di interessi di terzi anche causare lealtà divise; in modo tale che la struttura delle istituzioni sanitarie attuali spesso causano, secondo la ripartizione dei benefici per i dipendenti per il professionista, sovraccarico di lavoro la salute o conflitti di interesse del paziente con i colleghi, l'istituzione o la società che pone il medico a un bivio morale prima di un decisione urgente. In quel momento si dovrebbe abbandonare o modificare uno dei conflitti di lealtà, l'unico modo per conciliare. (137)

        Alla fine accade, che gli obblighi del medico entrano in conflitto con gli interessi del paziente, per alcune dottrine religiose che impediscono certo terapeutico conduce i suoi membri, anche in casi di interventi intrauterini in donne in gravidanza in cui l'interesse di preservare madre vita può colpire il feto . Il medico deve, in questi casi, il ricorso all'autorità giudiziaria che dovrà stabilire la priorità di fedeltà al conflitto di interessi. (138)

E 'comune per il medico, i conflitti in loro dovere per il paziente e gli interessi della società o istituzione per la quale lavorano. Un esempio è il personale medico delle istituzioni aziende, militare o penitenziari. Il medico che lavora per le aziende devono osservare i precetti contenuti nei codici di deontologia e dovrebbero rifiutarsi di firmare qualsiasi contratto, dove è costretto a conservare le informazioni che possono beneficiare o danneggiare il paziente. (139)

      Per quanto riguarda il medico militare, è possibile conciliare perfettamente gli interessi dell'esercito con i principi etici, anche se la guerra ingiusta, perché il suo servizio è fornito dagli esseri umani, piuttosto che il soldato e osserva specificata in codici etici e dichiarazioni internazionali in casi di tortura . Gli stessi medici che servono in carcere, e la partecipazione a esami, colloqui, la preparazione e la partecipazione alle esecuzioni viene applicato. Utilizzando una relazione epidemiologica adeguata su questi eventi avversi o errori nelle istituzioni sanitarie, è essenziale per la prevenzione, e la loro assenza ostacola sono installati misure preventive. (140)

**Obblighi e doveri degli MEDICI**

       Alcuni dei seguenti obblighi e doveri sono contenute nelle leggi e codici morali dell'arte medica; mentre altri derivano da norme di legge vigenti data l'evoluzione della nostra società, tra i quali sono il segreto professionale, fornire adeguate informazioni tecniche per il paziente, consenso informato volontario, l'obbligo della conoscenza, diligenza e dal medico, la continuità di trattamento, assistenza e consulenza , la certificazione di malattia e del trattamento, nonché la nascita e la morte. (141)

       Ognuno degli attori coinvolti nella atto medico, sono individualmente responsabili per l'universalità del danno, con potere del giudice, o se non per attribuire a ciascuno degli operatori sanitari in misura maggiore o minore e stabilire la percentuale di la responsabilità per l'evento dannoso. (142)

       Alla fine un medico può agire contro la volontà di un paziente, per esempio, per salvare la sua vita, può raggiungere affrontare campi disciplinari e penali a causa del principio di autonomia non è altro che il diritto morale di governare; e questo si può prestare a tali conflitti di professionale ed etico naturalmente. (143)

**COMPONENTI dirompente PRATICA MEDICA**

**Negatività accettare manovre terapeutiche.**

       Tra i conflitti che spesso si presentano durante la pratica della medicina, ci sono quelli di tipo religioso, un esempio comune sono chiamati "Testimoni di Geova", un gruppo fondamentalista cristiano che rifiuta di accettare la trasfusione di emoderivati ​​ma quando la vita del paziente è a rischio , e la decisione che coinvolge bambini o in pazienti la cui salute è fondamentale e anche se al momento non ci sono risorse nell'arsenale medico come l'eritropoietina e colloidi autologhe.

       Ci sono vere e proprie emergenze che minacciano la vita del paziente, ad esempio: la setticemia complicato con coagulazione intravascolare disseminata, shock ipovolemico, dove è urgente trasfusione di sangue per il paziente; e anche se tali decisioni che comportano l'indicazione di un derivato del sangue, è un punto di partenza per i reclami di questo gruppo religioso, il personale medico non dovrebbe dimenticare che la Costituzione della Repubblica Bolivariana del Venezuela offre una protezione alla vita come un diritto legale inalienabile, in modo che il medico potrebbe essere coperto in caso di dover prendere una decisione di emergenza in un momento particolare, se un paziente viene portato in una stanza di emergenza inconscio da shock ipovolemico. Allo stesso modo, la legge organica del Venezuela per la protezione dei bambini e degli adolescenti (LOPNA) note che prevale prima l'autonomia della personalità giuridica e il medico deve agire di conseguenza. (144)

**IL PAZIENTE AGGRESSIVO**

       In America Latina, uno dei problemi diventa più importante è la violenza nelle sue diverse forme e manifestazioni, che ha impatto individuale e collettiva. Secondo la letteratura, uno dei settori di lavoro più a rischio da esposizione alle aggressioni è il settore salute, perché i centri di salute sono luoghi in cui viene manipolato grande attività e di emozioni legate alla vita, malattia e morte; questo comporta una stretta interazione tra personale sanitario, familiari e pazienti, a volte innescare conflitti e violenze. (145)

          Nel contesto psicologico, la violenza è una forma di risposta inadeguata che si pone come reazione secondaria di emozioni diverse senza meccanismi di difesa adeguati alla particolare situazione di frustrazione, perdita di una persona cara, l'ansia e la paura di essere disprezzato. Esso costituisce un tipo di risposta disadattivi e livello può variare da una risposta verbale, come insulti e recriminazioni sono di attacco fisico e questo dipende da diversi fattori. (146)

1. I fattori personali

Età.

        Essere giovani è un fattore di rischio per la violenza, e che il più giovane si sono meno meccanismi di difesa a situazioni di conflitto nello stesso modo, un giovane medico ha meno esperienza nel trattare con situazioni così difficili e allo stesso modo il più giovane del paziente, può essere adolescente di un'adeguata meccanismi di difesa per affrontare i conflitti.

Sesso.

        C'è una leggera distorsione di aggressione maschile sulle donne ed è collegata con esperienze di vita nell'infanzia (soprattutto in caso di storia di abuso durante l'infanzia), il grado di precedenti esperienze di vita di successo, l'immediatezza delle reazioni, l'aspetto fisico.

     Rapporto con l'ambiente. Ci sono fattori che incoraggiano l'aggressione come il lavoro da solo, senza altri professionisti che possono dare comunicazione alle autorità dello Stato di aggressività, lavorare con il pubblico e stressati o contatto caricato con un alto livello di individui ansia. Il senso del pericolo percepito da parte della vittima, la situazione psicologica degli attori del rapporto medico-paziente, e previsto e temuto conseguenze; e la percezione dei diritti acquisiti.

Fattori istituzionali. Clima istituzionale delle caratteristiche fisiche uniche dell'ospedale in cui viene dato alcun conforto e un ambiente adeguato e attende organizzato, in ritardo la cura del paziente, a sua volta genera più stress su di esso, e non vede risposta alla tua richiesta di benessere in loco, e culturale e politico aspetti della recinzione e la sua proiezione per la società.

          La personalità del paziente e medico a rischio di aggressività (temperamento), tra i quali menziona il più importante personalità passivo aggressivo, paranoico, compulsivo, istrionico, borderline o borderline, personalità antisociale, atteggiamenti e le aspettative.

      La situazione clinica vi è un rischio maggiore di servizi di emergenza e le istituzioni che promuovono un premio per l'aggressività dei pubblici (pazienti e le famiglie) e il personale di conseguenza.

     I medici di riconoscimento bersaglio dovrebbero concentrarsi su ciò che è veramente importante e ripensare gli obiettivi nel rapporto medico-paziente. (147)

      Nuovo rapporto proposto è a volte necessario proporre al paziente che tratta di altro personale, ma questa opzione dovrebbe essere usata come ultima risorsa e, purtroppo, non è sempre possibile.

      Misure di controllo e di prevenzione, che vanno dalla reception proprio del paziente, evitando ritardi, mantenendo camere insaturi atteso e anche, se possibile, con una tranquilla e rilassante atmosfera di evitare discussioni. Se possibile, il paziente dovrebbe avere un primo contatto o saluto con il personale sanitario e può essere utile per la formazione del personale sanitario con strumenti per l'autocontrollo e l'approccio in modo da imparare per evitare di essere portato via da emozioni negative. Utilizzare le manovre di autocontrollo come "contare fino a dieci" o "contrappeso emozionale" (che è quello di impregnare il paziente con un clima emotivo equilibrato di pace e ad evitare un'eventuale diminuzione del clima di tempo aggressività). (148)

Personalizzazione dei messaggi dovrebbe mostrare al paziente l'importanza che diamo a voi in tempo e mostrando anche interesse ad aiutare, come una regola nel colloquio iniziale l'esaminatore deve sempre pensare e dare la priorità loro sicurezza personale, devono versare collane, orecchini, occhiali, cravatte prima di iniziare un colloquio con un paziente potenzialmente aggressivo ed eliminare vista di un oggetto che può venire a essere usato come arma (matite, penne, siringhe, bisturi) del paziente. Il medico deve informare il team medico, quando saranno intervistare il paziente, di mettere avvisi personale per qualsiasi necessità di intervento da parte del personale di sicurezza e di procedere a una valutazione mai solo con un paziente violento.

     La violenza è un processo diadico, in base a questo, gli elementi di comportamento e di pre-verbali della comunicazione dell'esaminatore possono indurre o prevenire le violenze, dovrebbe parlare così lentamente mostrando un atteggiamento calmo, mostrando interesse per tutto ciò che il paziente dice, senza ignorare o criticare ciò che comunica . Il paziente violento o aggressivo dovrebbe mai essere considerato se è armato, in questi casi, dovrebbe essere dato l'allarme al personale di sicurezza o dalla polizia. Nel giro di pochi raccomandazioni per questi pazienti aggressivi sono: Mai di nuovo ad un individuo violento, tenere le mani in vista di questo individuo, evitando movimenti bruschi o improvvisi, si prega di fuori della portata del pestaggio del paziente, non cercano di toccarlo quando aggressività. Primi segni di violenza stanno parlando di un modo più veloce, aumentare il tono, il sarcasmo, vagando, rifiutando di prendere un posto a sedere, stringendo la mascella. Quando un paziente è molto agitato o irritabile, è impossibile ragione. Specialisti del settore dicono che "Nel bel mezzo di un ragionamento aggressivo dovrebbe essere evitato." (149)

**L'autopsia rivela i segreti**

       Purtroppo l'autopsia è sempre più obsoleto, e persino sostituito in alcuni paesi dal cosiddetto "Virtopsy" (tecnica di scansione virtuale) che possono "scoprire" sviste o errori nella diagnosi. Negli Stati Uniti nei primi anni '70, solo il 20% dei corpi sono state eseguite le autopsie e oggi si stima che solo il 8,5%. Forse è perché l'autopsia rivela gli errori medici e spesso espone i professionisti e gli ospedali. Inoltre, per il lutto e quelli vicini alle persone decedute, l'idea che il corpo di una persona cara è sezionato è sgradevole e anche alcune religioni come l'Islam e l'Ebraismo rifiutare questa procedura post mortem, così, la scienza è venuto a autopsia virtuale e immagini post-mortem, come una procedura di routine negli Stati Uniti, Australia, Regno Unito e Giappone. (150)

      Sono stati condotti in pazienti che sono morti nella zona di emergenza, e autopsie eseguite su questi corpi, le diagnosi erano nemmeno stati sospettati, come i tumori maligni, pancreatite emorragica e in quasi la metà dei casi si trovano c'era una discrepanza importante dal rapporto della diagnosi clinica e autopsia. Gli studi mostrano che nel Private Hospital di Cordoba (Argentina), 53 autopsie sono state riviste casi clinici negli adulti dal gennaio 2005 al giugno 2009 la classificazione Goldman applicato a stabilire differenze clinico-patologiche tra pre e post mortem diagnosi. Le diagnosi cliniche più frequenti sono stati infezioni respiratorie e tromboembolia polmonare acuto.

Mentre i risultati delle autopsie trovati solitamente mostrato infezioni respiratorie e infarto miocardico acuto. 17 grandi discrepanze, e 30 partite sono stati rilevati, le infezioni respiratorie sono la causa principale del fallimento seguito da infarto miocardico acuto, essendo il primo che erano il principale tipo di errore, quindi in questo studio suggerisce l'adozione di strategie di informazione e di educazione per aggiornare l'autopsia e pratiche cliniche tradizionali. (151)

Recenti studi hanno trovato che circa il 25% delle diagnosi delle cause di morte sono sbagliate, e l'autopsia che è utile per aiutare a correggere molti dei certificati di morte. Confrontando i risultati delle diagnosi cliniche con autopsie in Spagna, il 52,1% degli errori è stato trovato in certificati di morte e l'autopsia del 24% a tali certificati ospedalieri basati solo su criteri clinici. Questo tasso discrepanza tra la diagnosi clinica e reperto autoptico sono stati mantenuti costanti per oltre 30 anni, anche se il farmaco attualmente ha caratteristiche più avanzate. Di tutti gli errori medici, gli errori diagnostici e costosi comprendono una frazione sostanziale. (152)

**LA MEDICINA DIFENSIVA**

Anche se gli errori in campo medico sono finalmente imprevedibile e inevitabile essere sempre latente, e le condizioni in cui la squadra di assistenza sanitaria di dispiegarsi di lavoro, sarà una grande influenza che può servire come un "*trigger*" di atti non sicuri o "*a rischio*" nella pratica medica . Nella nostra società moderna, l'inconscio collettivo ha idea che i problemi di salute, a prescindere da risolvere e sempre deve avere un lieto fine, non diverso accordo e quando lo fa, allora devi trovare qualcuno da incolpare "il medico". (153)

Quando accade un errore il trattamento é punitivo, il medico é segnato come colpevole, e così si tende a evitare la sua comunicazione, e anche la prevenzione. Il medico passa un media-linciaggio sociale emesso verdetti pregiudizi e lunghi procedimenti giudiziari; in modo che poi, in molti casi, rimane eliminato. Il medico è solo, senza il sostegno da parte dei coetanei, livello istituzionale e personale attraverso una serie di disturbi psicologici e anche impatto sulla sua vita privata, professionale ed economica. (154)

      In Spagna, circa 1986 si aveva iniziato un *boom* di richieste mediche, e nacque la "*medicina difensiva*"; tuttavia, ci sono molti fattori che interagiscono tra loro hanno aumentato litigiosità. La tendenza è che, in pratica medicina difensiva aumenterà, per esempio, negli Stati Uniti nel 2000 il costo dei sinistri variava a 41.000 milioni di dollari, poi nel 2008 il costo era di 200.000 milioni di euro all'anno, che rappresentano il 10% della spesa sanitaria totale per la nazione . La maggior parte dei crediti medici sono legati alle informazioni fornite al paziente e la famiglia e raramente con l'efficacia della pratica medica, da qui l'importanza di "*consenso informato"* e lo sviluppo di un buon ed efficace rapporto medico-paziente, compresi i membri della famiglia responsabili del caso.

**ERRORI MEDICI IN unità di terapia intensiva (ICU).**

            "*L'uomo intelligente impara dai propri errori, il saggio imparare dagli errori degli altri*". Adasme Arturo Vasquez.

           L'Istituto di Medicina degli Stati Uniti (IOM) nel 1999, ha pubblicato un articolo dal titolo: "*Errare è umano*", stimando che gli errori medici stavano causando tra 44.000 a 98.000 morti l'anno e aveva stabilito che l'Unità di Terapia Intensiva (ICU) ha rappresentato una parte sostanziale in termini di sfide in sicurezza del paziente. Il lavoro all'interno del ICU, è una caratteristica speciale molto complesso e solitamente richiede decisioni ad alto rischio urgenti in poco tempo, tra cui il trattamento di individui il cui personale dettagli e anamnestici sono sconosciuti o scarsamente fornita da persone o famiglie, in aggiunta a questo, il paziente deve essere affrontato dai medici a vari livelli di formazione in terapia intensiva o altri specialisti. L'errore delle indicazioni mediche, è associata con un'elevata percentuale di incidenti e anche eventi avversi, i farmaci più spesso associate ad errori ICU sono farmaci cardiovascolari (24%), anticoagulanti (20%) e antibiotici (13%), e di solito si verificano durante le procedure o la somministrazione del trattamento (74,8%), soprattutto per ordine medico o interpretazione. In generale, i farmaci che specificamente riguardano errore sono: *inotropi, stupefacenti, sedativi, analgesici, magnesio, anticoagulanti e antibiotici*.

          Il personale delle ICU dovrebbero riconoscere i propri limiti nel trattare con alcune malattie o complicazioni nei quali non sono adeguatamente preparati, e il medico deve consigliare il paziente di esso. Per complicanze specifiche può essere tempestivo trasferimento di un paziente ad un centro specializzato o con le risorse migliori. I principi di etica, l'autonomia, la beneficenza e la giustizia devono essere gli elementi chiave che sono alla base il processo clinico. (155)

**ERRORI IN ADULTI critici**

         Nei paesi industrializzati, alla fine di ottimizzare la qualità della fornitura dei servizi sanitari e minimizzare la possibilità di errori, soprattutto nel trattamento di pazienti adulti critici, una revisione della letteratura scientifica è stata condotta tra gli anni 1985 - 2008, errori commessi da infermieri di Unità di Terapia Intensiva (ICU) riferiti sulle foglie di cartelle cliniche dei pazienti, dove era evidente che erano legati da indicazioni mediche, con una varietà di farmaci e diverse dosi in uno stesso paziente, che è stato un errore di fattore aggiunto ai trattamenti sbagliate. In terapia intensiva grandi competenze cliniche è necessario, lavorare in modo corretto e meticoloso a causa della complessità che operano all'interno di queste strutture sanitarie, dato che la prognosi e altamente suscettibili di gravi conseguenze se commessi errori. (156)

         Errori nella indicazioni mediche, soprattutto nel trattamento, sono stati definiti come ***prescrizione prevenibili*** o l'uso improprio di un farmaco che ha causato il danno. Generalmente l´infermiere ICU può fare errori durante la somministrazione di farmaci, così come l'errore nel calcolo e la preparazione delle dosi, gli antibiotici più frequentemente coinvolti sono *amikacina, vancomicina, metronidazolo e la ciprofloxacina.*

        Dentro del grupo dei farmaci cardiovascolari gli errori correlati sono indicati: ***digossina, epinefrina*** e anche elettroliti come ***potassio*** e ***magnesio***. Tra i fattori sono identificati distrazioni spesso coinvolti gli infermieri, deficit di comunicazione infermiera contro il medico. Vale la pena notare che anche costituisce errori, sconoscere la mancanza di stabilità e biodisponibilità di vari farmaci, che possono causare overdose spesso, gli oppioidi possono causare grave depressione respiratoria in pazienti in respiro spontaneo e non influenzare in modo significativo un paziente sotto ventilazione meccanica. (157)

**Emergenze neurologiche**

"L'uomo si precipita nell' errore più velocemente di quanto i fiumi vanno al mare." Voltaire.

        Una parte significativa di pazienti che si presentano al pronto soccorso con sintomi neurologici, e in questo contesto, i sintomi più comuni sono *mal di testa, dolore alla schiena, sonnolenza e convulsioni.* Poi si evidenzia che, in relazione a mal di testa, costituiscono circa il 2% delle visite al pronto soccorso. Hanno dimostrato il fallimento diagnostici emorragia subaracnoidea 12-25%, che sono probabilmente legato alla varietà di presentazioni cliniche, non in seguito ad un "*algoritmo di lavoro*" non capisce la limitazione delle scale e test diagnostici neurologici e anche; perché non tutti i pazienti con emorragia subaracnoidea hanno sintomi chiari con mal di testa, e in alcune persone il mal di testa migliora con antidolorifici. (158)

      Tra le altre ragioni per la consultazione neurologica che possono portare a gli errori descritti:

***Mal di schiena***. Tra le eziologie più comuni sono compressione coda di cavallo, ernia del disco, tumori, ascessi ed ematomi. Per la diagnosi corretta con una buona storia e un esame fisico completo, è necessario Risonanza Magnetica Nucleare (NMR). La sindrome della cauda equina può essere mal diagnosticata in presenza di una anamnesi incomplete, errori dell'esame fisico e nella comunicazione tra medici o tra medici e personale infermieristico. (159)

***Sonnolenza***, è un altro motivo di consultare un'emergenza neurologica; questo síntoma puó doversi ad alcuni problemi di tipo tossico-metaboliche come *alterazioni elettrolitiche, disidratazione, effetti collaterali di farmaci* o *infezioni sistemiche*. Cause meno comuni includono sonnolenza generalizzata sindrome di Guillain Barré, una malattia autoimmune di eziologia sconosciuta, e che di solito si verifica negli adulti dai 30 ai 50 anni; Mielite Trasversa condizione neurologica a causa di un processo infiammatorio della sostanza bianca del midollo spinale, che può causare demielinizzazione assonale; miastenia grave è anche menzionato, una malattia caratterizzata da una debolezza muscolare patologica o stanchezza causata da una malattia autoimmune; paralisi periodica (rara malattia ereditaria che causa muscolari progressive episodi debolezza cui due tipi più comuni sono ipercalcemia e hypocalcemic); e l'avvelenamento di botulismo o batterica neurotossina prodotta dal *Clostridium botulinum* (la via più comune di avvelenamento è il cibo). (160)

***Vertigini.*** Così come cefalea, vertigini è un'altra condizione che può avere da una eziologia benigna fino ad altra molto grave, e questo può rendere difficile distinguere; un elemento che colpisce l'errore di interpretazione è l'uso da parte dei pazienti di parole inadeguate per descrivere i loro sintomi. In caso di malattia, il paziente di solito usa la parola "vertigo" o "sensazione girevole" che non sono utili per fare la differenza. C'è una linea sottile tra errore, come ad esempio una neurite vestibolare e labirintite un ictus o un tronco cerebellare. Allo stesso modo, l'esame fisico scarsa o inadeguata come una storia medica sbagliata che porta a una diagnosi sbagliata. (161)

**SICUREZZA, DIFETTI E ANESTESIA. CONDIZIONI LATENTI**

  "Quella che chiamano verità è solo l'eliminazione degli errori." Georges Clemenceau.

           La manipolazione di farmaci anestetici è migliorata a causa dell'avvento di farmaci più affidabile e sicuro, nonché l'esistenza di attrezzature di buona qualità; ma l'uso di politerapia, condizioni di lavoro complessi che coinvolgono molteplici standard di formazione medico e paramedico in questa zona può essere esposto a un errore terapeutico qualche parte lungo la procedura di anestetico. La maggior parte di questi errori possono portare una alta mortalità e morbilità prolungando degenza, il costo elevato del trattamento e contenzioso. (162)

      La società giapponese di Anestesiologia (SJA), ha indagato 454 procedure di anestesia in un periodo di otto anni (1999-2007) e ha trovato un totale di 233 errori medici dove ***sovradosaggio***, la ***sostituzione di droga*** e ***omissione di anestetici*** erano presenti. (163)

**Errori nella somministrazione del farmaco anestetico**

        Gli errori terapeutici anestetici sono divisi in due gruppi in base al sistema delle condizioni attive e latenti. È considerato "Guasto attivo" atti non sicuri commessi da anestesisti che sono in contatto diretto con il paziente a causa di errori di ***prescrizione, il giudizio, l'inferenza*** e ***l'interpretazione***; mentre "***condizioni latenti***" significa che gli individui all'interno del sistema sanitario, di prendere decisioni con conseguenze non ben considerati in futuro, ad esempio: Da non anticipare gli effetti collaterali o postumi che i pazienti soffrono. In alternativa, errori di omissione ed errori di commissione. (164)

          In anestesia incidenti più critici si verificano durante l'induzione (42%), e l'inizio della procedura (17%), anche si verificano errori durante la somministrazione di farmaci 53%, seguito da prescrizione 17%, e la preparazione di trascrizione 11%.

         Si ritiene che l'errore umano è un fattore responsabile 65-87% delle morti durante l'anestesia, i farmaci spesso legati a errori medici nella pratica dell'anestesia sono agenti quali sodio *pentotal, ketamina*, muscolo rilassante, *narcotici*, sedativi generalmente anticolinergico inducendo , anestetici locali (a causa di errori di identificazione, ***errore di etichettatura***, di ***scambio di siringhe sbagliato*** con altri farmaci o medicinali) (165)

Gli anestesisti sono uno dei pochi gruppi di medici sono personalmente responsabili per la somministrazione di un farmaco, durante l'anestesia maggior parte degli errori sono totalmente o parzialmente attribuito a errori umani e parte integrante dell'attività psicologia umana e quindi il verificarsi di questo può essere ridotto solo, ma non eliminato.

**EVITARE ERRORI MEDICI IN CHIRURGIA**

            Per decenni il personale medico di squadre chirurgiche, ha fatto ricorso a contare manualmente spugne, aghi, forbici, divaricatori per l'apertura di siti anatomici e altri dispositivi utilizzati durante le operazioni prima della fine della procedura chirurgica, a volte più di cento, computer usati che sono registrati, per questo motivo, l'Università del Michigan ha ideato spugne con codici a barre, che viene scansionate due volte, prima volta usato durante l'intervento e la seconda quando rimosso dal corpo. Se c'è discrepanza nel conteggio, il chirurgo sa che deve cercare nella zona chirurgica lo strumento mancante. Secondo gli esperti, le garze sono gli oggetti che sono più spesso dimenticate nel corpo dopo l'intervento chirurgico. Attrezzatura utilizzata per trovare oggetti perduti mentre il paziente è ancora in sala operatoria X-ray, questi possono identificare metallo e anche oggetti morbidi. Inoltre, queste nuove spugne con codice a barre contengono una etichetta che è opaco alla radiazione, permettendo di essere rilevate durante una radiografia. Il Centro Cardiovascolare presso l'Università del Michigan e del Children Hospital CS Mott, nell'ambito dell'iniziativa per prevenire la dimenticanza di articoli chirurgici detenuti all'interno del corpo umano, in modo tale che non vi è stato alcun incidente di questo tipo l'anno scorso; e i ricercatori sperano di estenderlo ad altri ospedali. (166)

**GLI ERRORI MEDICI IN medicina trasfusionale**

      Negli ultimi decenni, i servizi sanitari dei paesi sviluppati hanno dedicato molte risorse per migliorare la biosicurezza di sangue per trasfusioni, la "*catena di trasfusione*", che va dal donatore al ricevente attraverso la Banca di Trasfusione sangue è sicuro e regolamentato, in modo che l'infezione trasmessa attraverso un sangue concentrato globulare, sangue intero, plasma fresco congelato, crioprecipitato, concentrato piastrinico. (167)

**Sistemi di emovigilanza**

       All'interno dei sistemi hemovigilance SHOT (rischi gravi di trasfusione) si distingue, si tratta di un trasfusioni sistema di controllo tramite il Regno Unito la richiesta di comunicazione o rapporto lato serio trasfusione avverse, compresi i casi di "*trasfusione di una componente del sangue non corretta*" (TCSI), dove la trasfusione di una componente del sangue che non soddisfa le esigenze specifiche o si devono dare ai viene eseguito un altro paziente. (168)

         A partire dal 2000, anche ci sono stati "*incidenti di confine*" in cui è stato rilevato un errore prima di trasfusione di sangue, quindi, sono stati ottenuti importanti indicatori di situazioni, che potrebbe apparire un esito sfavorevole.

            Ci sono anelli deboli nella *catena di trasfusione* come le decisioni che sono spesso la giustificazione per un errore di trasfusione nell'applicazione e prescrizione. Questi errori sono dovuti al danneggiamento o scarsamente documentato i risultati delle prove di laboratorio interpretazione. La decisione di prescrivere una trasfusione deve essere basata sull'esistenza di segni e sintomi clinici sostenuti da risultati di laboratorio. Se i risultati dei test di laboratorio *non corrispondono con il quadro clinico del paziente*, dobbiamo stare molto attenti, perché se sono sbagliate, possono avere la loro origine in inadeguati o errori di campioni da analizzare. (169)

        Analogamente, le relazioni fornite dal telefono possono essere soggetti a errori e possono fare riferimento a un altro paziente. Gli eventi avversi possono anche avere origine da parte del medico che non è riuscito a fornire l´informazioni essenziali al laboratorio per quanto riguarda la storia trasfusionale del paziente o di esigenze particolari (precedente rilevazione di alloanticorpi o indicazione di irradiare componenti del sangue). (170)

     Errori nel prelievo di campioni, possono essere prodotti da *etichettare provette con i campioni di distanza dal letto del paziente* e l'identità del paziente non è selezionata, i campioni per indagini diagnostiche causare a volte trasfusioni inadeguate possono avere gravi conseguenze. Per ridurre il rischio di errori nel campionamento, il personale incaricato di un prelievo di sangue, deve essere adeguatamente addestrato e, se possibile, ha valutato. (171)

Errori di laboratorio si verificano a causa di *tecniche manuali urgenti* , determinazioni di gruppo sanguigno sono essi stessi, e non sicuri, e sono associati a *errori di interpretazione*  e *documentazione*. A meno che la Banca del Sangue sia aperta 24 ore al giorno, *le richieste di trasfusioni di notte dovrebbero essere limitati solo a quei pazienti clinicamente giustificati*.

    Esistono fondamentalmente due tipi di situazioni che potrebbero verificarsi durante l'indicazione di un componente del sangue, e sono:

a) ***Gestione dei componenti non riuscita***

       Si tratta di un episodio in cui un paziente viene trasfuso componente del sangue che non soddisfa i requisiti pertinenti o era destinato ad un altro paziente.

b) ***Incidente vuoti o "quasi incidenti"***

         Ogni errore, che il fallimento era stato rilevato in tempo un incidente nel processo trasfusionale, ma che una volta scoperte prima della trasfusione, è evitata.

**Gravi errori medici in medicina trasfusionale**

Gravità 0: No manifestazioni cliniche

Gravità 1: Segnali immediati senza rischio vitale e piena risoluzione della condizione.

Gravità 2: Segnali immediati a rischio vitale

Gravità 3: Morbilità a lungo termine

Gravità 4: Morte di paziente

*Nessun dato*: *Nessun dato record di gravità o non sono stati in grado di raccogliere*.

**Cause di errore trasfusionale**

1) Mancata esecuzione consenso informato

2) Il sangue Autorizzazione di un ABO gruppo diverso o RH paziente

3) Autorizzazione di sangue che non è registrato correttamente

4) La mancanza di riconoscimento degli effetti negativi della trasfusione di sangue

5) Tecniche di riscaldamento Bad di emoderivati, (uso di forni a microonde o calore diretto sopra 41 ° C.)

6) Non trasfusa entro le prime 4 ore (inquinamento avviene crescita batterica)

7) Uso di sangue senza che il paziente soddisfi i criteri

8) Manomissione di liquidi e prodotti del sangue per i pazienti suscettibili (casi di pazienti con scompenso cardiaco)

9) Nessun monitoraggio del paziente durante la trasfusione.

10) Approvazione e attuazione dei prodotti del sangue sono incontrati data di scadenza (scaduto).

11) Non considerare le condizioni del paziente sottostante.

 HIV-1, HIV-2, HCV, HBV, HAV, parvovirus B19, CMV, HTLV-I, HTLV-II, V. Epstein Barr, V. 13) All'interno incidenti trasmissione di malattie come il virus sono rilevanti epatite E, epatite Delta ; infezioni batteriche *Yersinia*, *Treponema pallidum* (sifilide), *Plasmodium malariae*, *Trypanosoma cruzi*, tra gli altri. (101)

**DICHIARAZIONE dei crediti nei confronti STAFF MEDICO**

          Tra le cause più frequenti di disturbi fisici dei ritardi nella cura per i malati, e gli errori nella diagnosi, le conseguenze fatali di esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche, l'applicazione di comportamenti sbagliati o trattamenti incompleti menzionati (resezione del tumore parziali). Negli Stati Uniti (USA), è quasi un citare in giudizio personalizzato per malpractice medica per varie ragioni, come elevate tariffe applicate dai medici, la perdita del rapporto medico-paziente, l'esistenza di malcostume di assicurazione e gli avvocati atteggiamento. (172)

**Prova e MEDICHE addebiti giudiziari**

 "Fiat Iustitia et Ruat Caelum". Aforisma latino

          Oggi, il paziente è consapevole del fatto che egli può citare in giudizio il medico se non siete felici o soddisfatti del risultato, i pazienti chiedono cura più umana mentre gli specialisti si lamentano della mancanza di tempo e risorse. L´industria del processo nel campo della salute, lungi dal diminuire avanzando a un ritmo vertiginoso che non serve a niente, ma soffocare il sistema sanitario morale ed economica di un paese. In Spagna, 50.000 denunce di malcostume annuali sono registrate, secondo il paziente mediatore, il 60% in più rispetto a 10 anni fa.

     Ci sono momenti in cui il medico spesso di fronte al dilemma di cosa fare per il bene del paziente, e quali sono le azioni che potrebbero è, obbedendo ai principi di rispetto per gli ammalati, l'integrità umana, la tutela del più favorevole e meno dannose per esso salute e naturalmente la legge. Tuttavia, gli operatori sanitari sono soggette a situazioni spiacevoli rappresentati da *oneri civili*, *amministrative* o *penali* in errori o negligenza. Per questo e molto di più, appanna davvero la pratica medica legale e in molti casi gli errori ingiustificate che vengono ignorati; e minacciando l'integrità e la vita del paziente che provoca di conseguenza un danno. (173)

             L'esercizio della medicina deve essere assunto con responsabilità nella costruzione di valori etici e impegno professionale e istituzionale.

           Nei paesi sviluppati, nonostante la grande tecnologia dicono i medici, che spesso è costretto a seguire il paziente a inutile e ingiustificato avviare ulteriori studi, temendo di affrontare una possibile causa legale. A volte i medici possono cadere nella paranoia e anche arrivare a vedere i pazienti ei loro rappresentanti come nemici data l'esistenza di un potenziale conflitto, che si deteriora ulteriormente il rapporto medico-paziente. (174)

**NARCISISMO MEDICO. IL PERICOLOSO EGO DEI MEDICI**

             Il disturbo narcisistico di personalità è definito dal manuale di psichiatria DSM-IV come un *immenso senso di auto-importanza*, che richiede *eccessiva ammirazione* e *mancanza di empatia*, analizzando questa forse la medicina sarebbe il "*lavoro ideale*" per la soddisfazione narcisista. Il narcisista soffre di bassa autostima, e la sua prevalenza è più alta negli uomini che nelle donne, tra cui i sentimenti di grandiosità, superiorità, l'egoismo e che pensano solo a se stessi. La forma estrema di narcisismo si chiama "*narcisismo perversa*" che consiste nella soddisfazione dei desideri e bisogni a scapito dell'altra. (175)

     Ci sono medici che prendono rischi, più per dimostrare la loro competenza che una reale necessità del paziente, possono essere pressioni commerciale, sociali e lavoro. Il narcisismo medico è caratterizzato da un'attenzione più sulla propia persona del medico che nella malattia nel paziente. Un rapporto medico-paziente in cui è stabilito il primo tutto di controllo al fine di evitare l'ansia e il disagio come un meccanismo di auto-protezione. Le caratteristiche più tipiche del narcisismo medico sono sentimenti di superiorità, l'autorità, perfezione, l'auto-ammirazione e l'arroganza. (176)

         Il confine tra narcisismo "sano" e "patologico" sarebbe un sana autostima, mentre il narcisismo patologico sarebbe atteggiamento arrogante e avere il controllo totale, il medico non mostra i suoi errori e paure e sempre agisce come se tutto è andato bene. (177)

          All'interno delle dinamiche psicologiche del narcisismo, l '"io" è idealizzata, anche da parte dei pazienti che vedono un medico come un potente guaritore. Mentre il paziente è spesso ridotta a una serie di "letto" o una "storia" scompare praticamente come persona.

         Il rapporto medico-paziente in questi casi diventa asimmetrica, il narcisismo interferisce con il rapporto medico-paziente, il medico è l'onnipotente e il paziente è debole. La parola "*malato*" deriva dal latino "*in firmus*", che significa "*essere debole*”. Se il paziente non è considerato come una persona, come individuo ed essere umano, le nostre scompare morali; nel frattempo, la medicina scientifica tende a trattare l´umano come un oggetto e la medicina viene disumanizzata. (178)

         Si dovrebbe cercare cambiamenti nel sistema sanitario e le proposte del settore accademico per evitare il narcisismo. E 'dimostrato, che è proprio la mancanza di comunicazione tra medico e paziente o la famiglia, la ragione per oltre il 95% delle applicazioni in campo medico. (179)

         Inoltre, un facile accesso alle informazioni che oggi hanno i pazienti e gli utenti del sistema sanitario sia su Internet o la stampa non aiuta a bilanciare il rapporto medico-paziente, se è vero che i pazienti possono fornire informazioni questo può essere pericoloso nel lungo eseguire perché possono anche venire a credere dal proprio narcisismo, che sono in grado di sostituire il medico.

**L´ EFETTO LUCIFERO. I buoni e i cattivi MEDICI**

        Dentro la mente e di agire degli esseri umani, abbiamo il "libero arbitrio", che ci dà il potere di decidere tra fare bene o il male. E 'stato studiato come collocatrici persone sul posto possono influenzare negativamente il loro comportamento, perché l'ambiente può finalmente cambiare il modo in cui ci comportiamo. L'individuo porta qualità culturali, intellettuale e psicologico individuale e proprio che caratterizzano e le differenziano dalle altre. Immerso in una struttura sociale complessa, piena di rivendicazioni sociali e economici, nonché le tentazioni e le difficoltà, il loro comportamento spesso deve "adattarsi" in determinate convenzioni. (180)

      In questo senso, il lavoro del professore Philip Zimbardo, che è stato scritto nel 2008 dal titolo la cui tesi "L'Effetto Lucifero" fondamentale è la teoria di "*come le persone buone possono diventare nelle persone cattive*", come indicato professore Zimbardo cercato di scoprire *l'origine del male* , sulla base della sua lunga esperienza personale e professionale come psicologo sociale, dando per questo esperimento della Prigione di Stanford per osservazione del comportamento dei prigionieri e carcerieri. In questo esperimento, ha esaminato diversi fattori scatenanti del male, come la "*cieca obbedienza all'autorità*" (abusi di insegnanti, genitori e tutti coloro che esercitano il potere), ha stabilito che può placare o demoralizzare qualcuno con parole e identificato come anonimo, suona un ruolo cruciale nella comportamenti dannosi e proteggere l'identità della persona che agisce sadica come maschera, e questo; ti senti libero, potente e protetto ad agire e continuare il loro lavoro. Il "*seme del male*" si svolge nel nostro cervello quando ci disumanisce, quando attacchiamo o non evitiamo che un atto atroce, un crimine punibile. Sembra che si anatomicamente trova nella zona limbica del cervello.

           Nel lavoro di  Zimbardo uno dei punti sollevati è conclusivo modificare o ritirare il comportamento discutibile da un gruppo di persone o richiede fattori come la *forza, determinazione, virtù* e la vulnerabilità che contribuiscono ad una determinata situazione segnala anche la perdita del senso di individualità soggetti affetti quando sono immersi in alcuni gruppi sociali che stigmatizzano, risultano tirare in un cambiamento nel comportamento, possono un'obbedienza cieca e irrazionale all'autorità, la passività contro la minaccia maggiore, auto-giustizia con cui l'individuo è convinto che lui è giusto, ma quello che sta facendo è considerato uno sfogo agli occhi della stessa umanità. Razionalizzazione, meccanismo di difesa è quello di giustificare le azioni al fine di evitare la censura cercando di dare una "*spiegazione logica*" per i sentimenti, pensieri o comportamenti che altrimenti causerebbero attacchi di ansia, senso di colpa o di inferiorità. (181)

     Data l'inquietante trasformazione del comportamento del "buono" a "persone cattive" persone considerate, il professor Zimbardo suggerisce una possibile antidoto all'eroismo.

        Vale la pena ricordare, che la medicina è una disciplina che utilizza necessariamente l'interazione umana, oggi è la critica e addirittura è stata screditata dalla sua tendenza al mercantilismo e disumanizzazione. Alla luce di queste forti critiche, cerca di salvare la sua buona immagine basata sui pilastri fondamentali di un "*eroismo medico*" al fine di porre un limite agli attacchi ingiusti e spesso spietati,. Questa campagna per l'esercizio pratica medica virtuosa e ideale si suppone collaborare alla significativa diminuzione di medicina cattiva. (182)

        Il profilo di questo uomo, medico virtuoso ed eroico, dovrebbe includere la capacità di auto-analisi, la preoccupazione per l'acquisizione di un elevato livello di formazione professionale, grande responsabilità, altruismo e senso del dovere, capacità di *superare il proprio ego per il beneficio della salute paziente* con umiltà riconoscere i limiti del loro campo d'azione, promuovere e richiedere alle autorità per l'attuazione regolare e sistematica di *tavole rotonde di casi di errori*, iatrogena, disprassia e casi di malasanità, cercando di modificare gli errori e ottimizzare l'atto medico non essere punitiva o diffamatorio e promuovere la formazione volta ad aggiornare trattamenti e costante osservazione e promemoria considerazioni etiche e le leggi che regolano la condotta e il lavoro quotidiano di medico.

**POLITICA omertà nei centri di salute**

"*Quando il silenzio è imposto come un dovere*"

         L '"*omertà*" o "*legge del silenzio*" è un termine italiano di origine incerta, risalente al 1800 la cui origine è legata ai humilitas parola latina (*umiltà*), che sarebbero modificati da dialectally "*umirtá*". Omertà è un codice d'onore nell'antica mafia siciliana che impedisce dare informazioni sulle attività dell'organizzazione o del personale dello stesso a terzi. La violazione di questo principio è punibile con la morte, tra cui le rappresaglie sono estorsione meno pesante, ricatti, minacce per la famiglia, e danneggiare la reputazione e la carriera; il proverbio spagnolo dice: "*Il panni sporchi si lavano in casa*". (183)

        I patti di silenzio ben essere esistono espressa o tacita in molte organizzazioni e il settore sanitario non fa eccezione a questo, spesso servono per coprire i crimini e criminali. Coloro che sono soggetti a "*patti di silenzio*" spesso non vedere, sentire o dire qualcosa, l'omertà è essenziale per le aziende con attività illegali o immorali; in modo che il mantenimento della segretezza dei lavori evita problemi pubblici, civili o penali. (184)

**DISCUSSIONE DI ERRORI MEDICI ED EVENTI AVVERSI**

"*L'errore è un'arma che finisce sempre sparato contro che impiega*". Concepción Arenal.

      In medicina, il riconoscimento degli errori medici sono stati lenti, in quanto comprende agli operatori sanitari, i sistemi pubblici e privati. In alcuni paesi come gli Stati Uniti, l´ impatto sulla morbilità e la mortalità causata da errori medici sono importanti. (185)

      Di conseguenza, discutere gli errori medici è un obiettivo di imparare e riuscire una migliore assistenza sanitaria, e fornire la soddisfazione del paziente. Allo stesso modo, l'esistenza di carenze nel sistema sanitario deve essere migliorato o corretto. (186)

**DOVREBBERO I medici discutere l'errore con il paziente?**

      Ci sono molti fattori che possono inibire il medico di segnalare un errore medico che vanno dalla paura, venuta dal fatto di danneggiare la propia reputazione del medico e anche molte altre situazioni che potrebbero essere scomodi. Tuttavia, rivelare un errore e adottare le misure appropriate può impediré la ripetizione, e viceversa, quando questi vanno nascosti viene il deterioramento della fiducia tra medico e paziente e aggrava la loro commissione. (187)

        Poi segnalare alcuni atteggiamenti di medici e pazienti secondo Gallagher, Garbutt e Waterman, che ha individuato tre aree 1) Quali sono gli atteggiamenti dei pazienti in relazione alla commissione di errori da parte dei medici?. 2) In caso di medici discutere con i pazienti o rivelare commesso un errore? 3) Quali sono i bisogni emotivi dei pazienti e dei medici, quando si verifica un errore medico e quali dovrebbero essere le soluzioni da trovare? (188)

             I pazienti generalmente concordano sul fatto che vorrebbero sapere quegli errori che causano un danno, vogliono sapere come e perché è successo, le implicazioni per la loro salute, come può essere risolto il problema e la sua prevenzione in futuro. Anche se i pazienti vogliono trovare rapidamente gli errori medici, accettano che a volte vengono a ottenere informazioni sulla causa dell'errore e la prevenzione può richiedere tempo.

          Dal punto di vista psicológico i pazienti descrivono una vasta gamma di reazioni emotive dopo un errore medico come la tristezza, ansia, depressione, traumi, rabbia, fastidio; per la sua degenza in ospedale è prolungata e frustrazione, perché avrebbe potuto essere evitato l'errore. Tuttavia, i medici avvertono anche forti emozioni dopo un errore medico, si sentono responsabili per aver causato danno al paziente, e svilupparno il senso di colpa che riguardano la loro emotivo, lavoro e vita privata, presentano timore di una possibile causa e l'ansia che tutto questo potrebbero influenzare il suo onore e la sua reputazione. (189)

    Gli  errori medici sono parte purtroppo inevitabili all'interno della pratica medica, ed i pazienti vogliono sapere i dettagli, le cause, le conseguenze e la prevenzione in futuro. C'è un tempo molto stressante che parte dalla commissione dell'errore, fino al momento in cui si deve parlare di esso ad un paziente e che può dar luogo ad alcuna contestazione. (190)

**COSA NON DIRE O FARE DOPO UN ERRORE MEDICO**

"*Non ci sono frontiere per il passaporto medico è universale, e nessuna scadenza ha solo una cittadinanza, l'umanità*" Juan Francisco Jimenez Borreguero

       Ci sono situazioni mediche che possono essere considerati come dannosi, ma non si debe ammetere la colpa prematuramente o chiedere scusa senza giustificazione. I medici non dovrebbero offrire congetture; mentre non si conosce tutta la verità.

       Dobbiamo ricordare che in queste situazioni è importante usare il linguaggio del corpo calmo e corretto, il medico dovrebbe trovare un posto tranquillo lontano dai rumori e distrazioni, spegnere il telefono quando è necessario trasmettere notizie di grande importanza, e anche dovrebbe anche permettere di famiglia sedersi, mentre speiga cosa è successo vedendo a gli occhi, parlando lentamente e onestamente, si dovrebbe evitare di usare la parola "ok" o “bene”. A volte quando si debe dimostrare empatia è più conveniente prendere la mano di qualcuno che piange, dare un abbraccio o il fatto di semplicemente ascoltare può aiutare.

       Gli infermieri sono il personale che sono letteralmente costretti ad interagire con il paziente o familia agressiva nel corso della giornata, quindi, il personale dovrebbe anche essere addestrato per mantenere l'empatia. In una situazione inaspettata, una adeguata risposta personale infermieristico dovrebbe essere: "*So che sei arrabbiato Mrs. Smith, Lei non sa come mi dispiace che questo abbia accaduto, attualmente, c'è qualcosa che possa fare per voi o la Sua famiglia"*? (191)

**IL PROCESSO LEGALE CONTRO IL MEDICO**

    Attualmente a causa di molteplici fattori, il paziente ha acquisito la consapevolezza che prima di un risultato negativo, in grado di citare in giudizio il medico, probabilmente di citare in giudizio i pazienti richiedono cure più umana. La cosiddetta "*industria del processo*" nel campo della salute, lontano dal diminuire avanza ad un ritmo veloce, che serve in ultima analisi, solo di soffocare il sistema economia e la salute morale di un paese. Negli ultimi anni in Spagna hanno contato più di 50.000 denunce l'anno per negligenza medica in base ai dati ottenuti dai registri, il 60% in più rispetto a 10 anni fa. Nei paesi sviluppati, nonostante la grande tecnología. A volte i medici possono cadere in *paranoia*e anche arrivare a vedere i pazienti come nemici data l'esistenza di un potenziale conflitto, che di conseguenza potrebbe peggiorare ulteriormente il rapporto medico-paziente. Una delle più gravi conseguenze mediche per commettere abusi sono le cause. In Venezuela, le lesioni personali sono contenute nel codice penale "*reati contro la persona*"(192 )

       L'ordinamento giuridico che stabilisce la tutela penale del popolo, è la necessità di proteggere la vita. Il diritto alla vita è un diritto umano universale, riconosciuto da tutti e nessuno può fare uso arbitrario di esso, ed anche è contenuto nella Costituzione della Repubblica Bolivariana del Venezuela 1999 come un diritto inviolabile. Dobbiamo ricordare che tra i diritti ei doveri generali dei medici è *il rispetto per la vita, la dignità e l'integrità della persona umana come un obiettivo primario*. In modo che quando il medico commette un errore, non vi è alcuna intenzione di uccidere o causare danni al paziente, di conseguenza, la maggior parte di questi errori non rientrano in reati intenzionali.

     Vediamo brevemente discutere alcuni di questi articoli del codice penale venezuelano a capire meglio il loro campo di applicazione:

Articolo 411. "*Colui che per aver agito con imprudenza o negligenza, o con inesperienza nella sua professione, arte o settore, o per aver violato i regolamenti, ordini o istruzioni, ha causato la morte di una persona, è punito la reclusione da sei mesi a cinque anni. In applicazione di tale sanzione tribunali apprezzare il grado di colpevolezza dell'agente.* "Chiudi preventivo.

       Abbiamo osservato che in questo tipo di omicidio, non vi è alcuna intenzione di uccidere, o addirittura danneggiare il contribuente; tuttavia l'autore, in questo caso il medico avrebbe dovuto prevedere l'esito dannoso a causa del suo atto illecito o forse omissione. Così, l´imprudenza, si riferisce ad una mancanza di prudenza, attenzione o precauzione, è uno degli elementi caratteristici di reati o di lesioni colpose; in cui sono sostenute da omissioni o azioni ; anche se l'omissione sembra adattarsi di più per negligenza. Di conseguenza, *chi commette un reato per negligenza, incorrere in responsabilità penale e l'obbligo di riparare il danno*. Lo stesso obbligo di risarcire la legge civile stabilisce che causano danni per negligenza, senza incorrere in sanzioni penali rientra nella categoria di illecito. (193)

***Negligenza***: Negligenza o guasto omitendo, fa parte delle condizioni per i reati di natura colposa si verificano, è l'astensione, un'omissione quando era legalmente obbligata a fare il comportamento opposto. Si tratta di un'omissione, più o meno volontaria, ma consapevole della diligenza corrispondente per gli atti giuridici su legami personali e custodia o gestione patrimoniale. (194)

   L'ultimo paragrafo della norma, prevede *l'aggravamento della pena quando il fatto è la morte* di diverse persone lungo con ferite ad un altro o altri, a condizione che questi sono di natura grave (malattia mentale o fisica, certamente o probabilmente insanabile, la perdita in un certo senso, una mano o un piede, la parola, la capacità di generare o dell'uso di un organo o una ferita che sfigura o commesso nei confronti di una donna incinta con l'aborto di conseguenza.) (195)

***Negligenza Vicarious***: Questo termine si applica quando determinati compiti professionali esclusivi sono trasferiti ad un altro e il risultato non è soddisfacente. Ad esempio: un medico, collega fidato, lasciando la zona ricovero, nella certezza della puntualità dall'altro collega; ciò che non è verificato. Di conseguenza, un paziente è danneggiato dall'assenza di professionisti in uno posto di lavoro. Eticamente parlando entrambi i trasgressori sono considerati della regola. Lo stesso non si può dire quando un medico è sostituito da un altro collega, su sua richiesta e agisce per negligenza; sarebbe giusto che il primo medico risposto trascurare l'altra, quando dovrebbe trattare con cura il paziente. *Per quanto riguarda il settore della responsabilità penale è strettamente personale.* (196)

***Malpraxis.*** L'inesperienza è la mancanza di esperienza, qualità o abilità nell'esercizio di una professione, professione o arte. Per alcuni autori, inesperienza è un difetto professionale. Insieme con la negligenza e imprudenza sono la triade perché, o indipendentemente in ciascuna delle figure è costituito il reato di carattere colposo.

     Il fallimento è la mancanza di osservazione, l'esecuzione e la conformità dettagliata con un ordine, un dovere, la mancanza di rispetto e sottomissione a un più alto, un fallimento di procedere in conformità con le regole prestabilite, tali istruzioni scritte per governare una istituzione, di organizzare il servizio o attività; e' la metodica e la fornitura di una certa lunghezza su un argomento in assenza di leggi o dettami potere amministrativo contemplare. Secondo l'autorità che promulga sta affrontando una norma con certa autorità.

***Reati intenzionali***. L'intento, in senso giuridico corrisponde l'intenzione di causare danni. In termini di salute corrisponde al medico che, sapendo che viola una legge, compie l'atto nello stesso modo. Un esempio classico esegue aborti in un paese in cui è penalizzato.

***Caso fortuito***. Esso è definito come il danno causato da un intervento, correttamente indicato, ma che è completamente imprevedibile, essendo spesso secondaria possedere processi metabolici dell'organismo. Un esempio potrebbe essere *ipertermia maligna successiva alla somministrazione di una anestesia generale per un intervento chirurgico.*

     Secondo il parere del avvocato venezuelano Dr. Alberto Arteaga S. la professione medica ha esagerato la protezione dei suoi membri, negando sistematicamente ogni riferimento a presunti casi di errore medico, negligenza o imprudenza nell'esercizio della professione; campagne nel frattempo i media, riecheggiando le denunce e opinioni di vari settori si sono spesso promosse generalizzate discredito contro la professione medica o gruppi di medici, si è anche contribuito a ostacolare le indagini sui crimini commessi da vera medicina professionisti. Ciò si verifica nel contesto di un processo penale venezuelano lento, arcaico e limitato a taluni casi e persone; e dei media le cui opinioni in materia penale spesso diventano giudici supremi, pubblici ministeri e difensori "alcuni casi" dimenticare il ruolo importante che potrebbe incontrare a collaborare con la giustizia e servire i controllori pubblici della legalità al meglio gli interessi della comunità. (196.197)

      Nella stessa responsabilità della vena, si lega al medico di rispondere con il loro patrimonio e che tale obbligo è di natura economica e può essere di riparazione, restituzione o compensazione. In alcuni paesi, la discussione di responsabilità civile è diventato un problema grave che interferisce con il libero gioco dei medici. La proliferazione di richieste di risarcimento, ha costretto i medici a reclutare i premi di assicurazione per proteggere i propri beni situazione costosa che paradossalmente, aumenta i costi dei servizi sanitari alla popolazione generale, e alla fine, questi premi finiscono per essere trasferiti agli utenti tramite il costo delle spese mediche. (198)

Da qui la responsabilità è l'obbligo di una persona di riparare i danni causati dal suo atto o quella di una persona sotto la loro cura. L'articolo 1185 del codice civile venezuelana citazione: "*Chiunque intenzionalmente o per negligenza o incautamente ha causato danni ad un altro è obbligato a ripararlo.*" Questo significa che non vi è alcuna responsabilità danni, e ciò vale sia per contratto e il campo contrattuale. Il danno richiede alcuni requisiti il ​​giudice deve avere la prova che la vittima sia meglio se l'agente non si era reso conto del fatto. Il danno non deve essere stato riparato, poiché non vi è alcuna azione senza interessi, dovrebbe influenzare un diritto acquisito e deve essere personale. Da parte sua, la colpa ha cercato di definire come un atto illecito attribuibile all'autore, tra cui due elementi chiave; illiceità di cui danno senza legge e di responsabilità, in modo che se l'atto è imputabile al suo autore, cadrà in nesso di causalità. L'errore è definito come un errore di comportamento, in modo che si può essere sicuri che su tale errore non avrebbe dovuto sopportare una persona prudente e diligente, alle stesse circostanze esterne. (198)

**COMPENSAZIONE PER ERRORI**

           Le varie situazioni indesiderabili che possono sorgere nello sviluppo della pratica della medicina e possono causare la compensazione degli errori, come richiesto dal comportamento del medico di empatia e di condurre un esame approfondito di errori di Demostene che era il caso, il paziente sarà necessario scuse e probabilmente anche coprire esigenze finanziarie. Pagare per i danni al paziente e la famiglia, una lettera di scuse o cercare modi per onorare la memoria del paziente. Allo stesso modo, se vi è una causa, una delle cose che i pazienti e i loro familiari dovrebbero richiedere sarà la ripresa economica dei danni subiti, nonché l'interdizione dall'esercizio di danno medico e morale causato. (199)

**Come comportarsi con casi di malasanità**

       Prima presentazione di una querela, è necessario raccogliere prove per documentare il record e i dati che dimostrano che non vi è stato effettivamente commesso negligenza medica, si consiglia la consulenza di un avvocato specializzato in questo settore, e, a sua volta la collaborazione di un medico specialista del danno esperto per confermare che il paziente è stato vittima di abbandono. L'avvocato guiderà indennizzo e attuerà le procedure per dare attuazione alla richiesta, può essere ritenuto responsabile per eventuali danni causati penale, civile e amministrativo. In caso di morte o lesioni gravi, si consiglia di andare ai tribunali penali, perché può rapidamente raggiungere ciò che il soggetto intende. Portando il caso, è importante essere certi che è fatto medico direttamente responsabile, perché è un errore segnalazione un'intera equipe medica, tuttavia; si dovrebbe sempre chiedere insieme al medico, come responsabile in solido per la clinica o in ospedale per garantire che la sentenza diviene efficace se il medico non risponde. (200)

**Cause di negligenza**

"*Il peggio non è quello di fare un errore, ma cercare di giustificarlo, invece di usarlo come l'avviso provvidenziale o della nostra leggerezza e ignoranza"*. Santiago Ramón e Cajal.

               Le cause di negligenza possono essere visti come "avvertimenti" che rivelano molte macchie scure o carenze nel funzionamento di entrambe le azioni del medico, e le istituzioni e sono importanti per individuare i guasti e malfunzionamenti e corretti. Al fine di determinare le cause degli errori che è di vitale importanza che i medici e altri operatori sanitari di segnalare loro, come questo serve a migliorare e imparare dall'errore, cioè, ci deve essere la volontà e il desiderio di impegnarsi nel miglioramento della sistema sanitario. Gli operatori sanitari devono implementare l'abitudine che presuppone una abbastanza significativo cambiamento culturale, perché ciò che conta dal punto di vista della prevenzione è quello di sapere il motivo per cui, come e dove si è verificato l'errore? e che non può commettere ?. (201)

           Sicurezza in materia di vita è un principio fondamentale della cura del paziente, e per migliorare richiede una serie di misure che coprono tutte le discipline, sia individuali che di squadra, di tutte le persone che lavorano per il benessere di un individuo. "*Medicina difensiva*", non è altro che l'uso di procedure diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare abusiva crediti e sarà responsabile per lo spreco di risorse, costi della medicina, tra cui aumento assicurazione di responsabilità civile e, a sua volta disumanizzare più rapporto medico-paziente. (202)

         Il "feroce terapeutico" noto anche come "accanimento medico" sono quelle pratiche mediche con pretese diagnostici o terapeutici, che in realtà non danno vantaggio al paziente e causano inutili sofferenze, di solito in mancanza di informazioni adeguate in alcuni medici, tuttavia dobbiamo ricordare che non tutti gli errori commessi in medicina generano "malpractice". Ci sono anche i potenziali fattori di rischio per gli errori, come quando avarie delle infrastrutture concorrono in cui l'atto medico, tra i quali possiamo citare i *metodi di pulizia insufficiente*, viziato nella selezione del personale, la *sterilizzazione insufficiente* o inadeguata del comportamento del materiale utilizzato e molti altri , che possono causare eventi avversi, soggette a possibili azioni legali future. Il dovere di biosicurezza da parte delle istituzioni, lavora con accessoria responsabilitá all'obbligo principale di fornire assistenza sanitaria e include l'obbligo di monitorare e garantire l'integrità fisica delle persone. (203)

**CARTELLA CLINICA COME AIUTO NELLA PREVENZIONE DEGLI ERRORI**

        Nel contesto medico-legale anche etico, la storia raggiunge la sua dimensione massima in campo giuridico, perché è il documento che riflette non solo la pratica medica, ma l'adempimento dei compiti principali del personale medico, diventando un "*prove documentali*" valutazione del livello di qualità delle cure in caso di sinistri e istituzioni responsabilità medica. (204)

        Di conseguenza, la storia è il documento medico-legale che ha sede l'intero rapporto del personale sanitario per il paziente: atti, le attività medico-sanitarie ed è sviluppato alla fine di facilitare la cura del paziente; è un elemento fondamentale per la buona salute del paziente. Con tale documento, studi e ricerche sulle malattie possono essere effettuate ed eseguite pubblicazioni scientifiche. È un riflesso fedele del rapporto medico-paziente può diventare un / documento semipubblico pubblico, il diritto di accesso sono limitate, può essere considerato un "certificato di cura di custodia." Ha valore di prova in caso di responsabilità professionale medica, perché diventa la prova materiale principale che permette tali processi per verificare se sia rispettato il dovere di informare. Si tratta di uno strumento chiave di perizia, per la produzione di rapporti medico-legali in materia di responsabilità medico-professionale. (205)         La violazione o mancato adempimento di una storia medica, possono vantare clinica violazione cura malcostume delle norme di legge, gestione dei difetti dei servizi sanitari, rafforzare la responsabilità del rischio di danni per il paziente, istituzione e l'amministrazione; così come il rischio medico-legale per mancanza di elemento essenziale dell'obiettivo di prova in crediti malpractice medica.

      L'anamnesi deve essere segreta e intima, deve contenere l'identificazione del paziente. Deve essere univoco per ogni paziente, ordinato, leggibile, accurata, complete, contemporanea alla valutazione del paziente, (non ci sono dati peggiorativi riguardanti paziente). Anche se la storia della proprietà è stato molto dibattuto problema perché i diritti di confluenza e interessi giuridicamente tutelati, le dottrine sulla vostra proprietà sono molteplici: medico immobile, di proprietà del paziente, di proprietà dell'istituzione e teorie integrate. Grazie alle attuali progressi tecnologici, l'informatizzazione delle cartelle cliniche dei pazienti in pericolo alcuni diritti fondamentali quali la privacy e la riservatezza. (206)

***STRATEGIA PREVENTIVE IN ALCUNE SPECIALITÁ***

**CHIRURGIA**

      Tutte le specialità mediche sono suscettibili di errori, tuttavia, uno che è più probabile che sostenere questi è un intervento chirurgico, e questo è perché durante esso è impegnata da diversi fattori, tra cui anche il team chirurgico del paziente e chirurgo gli altri membri, come l'anestesista, strumentisti e circolanti infermieri, assistente chirurgo e l'altro; sono condizioni necessarie di squadre asettici e antisettiche, amministrative e operative per fornire una piena realizzazione della chirurgia. (207)

***interventi chirurgici inutili***

     L'indicazione di una procedura chirurgica per risolvere un problema medico, è giustificato solo quando la malattia è una soluzione meno aggressiva e darà al paziente una migliore qualità di vita, migliore capacità funzionale o soppressione di un dolore continuo. Tuttavia, può accadere che la decisione chirurgica viene effettuata senza effettuare una valutazione completa e senza una diagnosi accurata. (208)

***Malattie infettive***

       Le infezioni nosocomiali sono comuni durante un ricovero ospedaliero lungo, ma non necessariamente coinvolge un errore medico, possono essere evitati se il personale sanitario adotta misure preventive come lavarsi le mani e le attrezzature di sterilizzazione. *Negli Stati Uniti 80.000 decessi annuali sono attribuiti a infezioni nosocomiali*, 12.000 morti per inutili interventi chirurgici e 7.000 decessi causati da errori terapeutici inappropriati negli ospedali. (209)

***Anestesia***

          Qualsiasi errore ammesso all'interno di altre specialità mediche può diventare una catastrofe nella zona di anestesiologia. Spesso gli errori medici più comuni in anestesiologia sono errori nella dose di anestetico somministrata, può accadere quando un farmaco viene erroneamente etichettato, con la conseguente somministrazione di una dose errata, il male può avvenire sia se somministrato in piccole quantità o sovradosaggio. Tra le cause di errori sono anche il ritardo nel recupero post-anestesia, guasti o danni causati durante l'intubazione, e inadeguato monitoraggio del paziente. L'anestesista è responsabile del controllo del livello di coscienza durante la procedura, e non dovrebbe lasciare capezzale come questo, merita un'attenzione costante. Situazioni come spegnere il pulsossimetro allarme, per una di ossigeno inadeguato durante l'intervento chirurgico, l'anestesista è sotto l'effetto di droghe o alcool nel processo, utilizzando attrezzature difettose o applicare una sedazione pericolosamente prolungata può portare a situazioni di grave pericolo per la vita del paziente . (210)

       Come misure di prevenzione, devono essere etichettati ogni farmaco con attenzione, ponendo in modo leggibile, il contenuto informativo di ogni siringa o flacone organizzare la droga, e la loro posizione e la separazione nell'armadio o credenza, di dover organizzare gli farmaci potenzialmente pericolosi utilizzati in sala operatoria, e le etichette di questi farmaci dovrebbero essere riesaminati con l'aiuto di una seconda persona, al fine di evitare un errore durante la somministrazione di un prodotto. Nel caso di un errore nella somministrazione di un farmaco si verifica, deve essere riportato in un libro destinato per tali evenienze. L'inventario e controllare la data di scadenza dei farmaci, sono utili anche per evitare errori; e, fornire un codice a barre, identificare con colori tutti i farmaci e il suoi nomi generici. Va sottolineato che l'uso di protocolli di sorveglianza, e un'attenta riflessione prima della decisione o atto medico sono la chiave per evitare di commettere errori. (211)

       Le conseguenze che potrebbero derivare da errori di anestesia includono *danni tracheale, soffocamento* ossigeno insufficiente, *danni cardiaci* che possono comprendere *infarto miocardico*, difetti neurologici, perdita di funzione o di mobilità di una parte del corpo, paralisi parziale o generale (motore), danni cerebrali, danni alla colonna vertebrale, perdita di sensibilità in qualsiasi parte del corpo, coma e persino la morte.

***Medicina trasfusionale***

    In medicina trasfusionale ha raggiunto il consenso che le seguenti misure di errori potrebbero essere evitati in trasfusioni:

• *Avere un buon sistema di identificazione del paziente, tra cui etichette e codici a barre*.

• *Per combattere la disinformazione del personale che lavora nel settore della banca del sangue e il personale medico in modo che attraverso un "feedback" o lavorare insieme un lavoro migliore salute può essere eseguita*.

• *Utilizzo di etichette prestampate e automazione ottimizza tempo ed evitare errori di identificazione del paziente*

• *Ospedale Comitato Trasfusionale si occupa di emovigilanza, monitoraggio dei pazienti ad alto rischio o che polytransfused c'è stato un incidente. Esso ha una stretta relazione con l'equipe medica dell'ospedale attraverso incontri*

*• Avere una rete di computer consente veloce in termini di servizi, informazioni e collegamenti ad altri centri sanitari.*

*• Per richiedere consenso volontario prima di una trasfusione segnalato.*

*• Rispettare le norme stabilite nel regolamento Blood Bank.*

*• Comprendere ed essere consapevoli delle possibili conseguenze o gli effetti negativi della trasfusione.*

*• Rispettare il tempo stabilito tra diversi trasfusioni di emoderivati ​​nello stesso individuo.*

**SUGGERIMENTI CONTRO gli errori medici**

• ***Mai mentire***.

  Scrivendo nella storia medica tutti i fatti come sono accaduti. Spiegare allo stesso modo, senza alterare la verità al paziente e la famiglia quello che è successo.

• ***Sii prudente***.

   L'attenzione dovrebbe essere uno dei bastioni per realizzare una buona pratica medica. Data l'incertezza circa il pericolo di un test o farmaci, discutere con un collega che ha più esperienza, la conoscenza o la gerarchia, allo stesso modo, discussioni di casi e riunioni anatomiche e cliniche sono molto apprezzati.

• ***Acquisire le competenze e abilità.***

      Il medico deve essere imparato nella realizzazione di diagnosi differenziali e delle procedure invasive (se la vostra specialità medica lo richiede); se si è a disagio o dubbi la diagnosi, il trattamento o il comportamento, è necessario anteporre il beneficio del paziente al proprio ego e di consultare i colleghi che hanno dimostrato track record in ciò che è sconosciuto o nessuna esperienza.

• ***Avere un atteggiamento diligente, responsabile, prudente e assertivo con i pazienti e colleghi***. Quindi la comunicazione è importante, come la discussione dei casi con la squadra.

• ***Affermare la costanza.***

      Una storia medica completa e registrare il procedimento. Segnala tutti i dati rilevanti di segni e sintomi, esami di laboratorio, imagine, biopsie e consultazioni, tra gli altri. Tutto ciò consentirà l'organizzazione degli elementi utili per impegnare la diagnosi e il trattamento di pazienti definitiva.

• ***Riconoscere i limiti e le capacità***. Ciò significa che il medico dovrebbe abbandonare il loro orgoglio e ammettere quando non dovrebbero o non possono soddisfare il requisito di un paziente.

• ***Aumentare la qualità dei servizi sanitari***

• Realizzazione di bioetica comitati cliniche e ospedali per discutere problemi di malasanità ed errori e per la progettazione di strategie di prevenzione in base ai punti di forza e di debolezza della struttura sanitaria.

• ***Informare i pazienti circa le caratteristiche del l'atto medico.***

***• Incoraggiare e essere rapporto cordiale e rispettoso con il paziente e la famiglia.***

• L'atteggiamento di un errore o di una situazione imprevista. Bisogna riconoscere al più presto accadere, relazione, comunicare con la testa immediatamente superiore, prendere azioni correttive o preventive del caso al fine di evitare possibili conseguenze; prevenire l'occultamento, la falsificazione, la falsificazione di dati o documenti mancanti. Dopo un risultato indesiderato, dovrebbe essere data al più presto una spiegazione seria e responsabile per il paziente e le loro famiglie sulle cause o fattori che hanno determinato e le misure da adottare per invertire o correggerlo.

• ***Non sopravvalutare tecniche o nuovi strumenti***. Ricordate che nulla sostituisce una buona storia o la storia medica e un esame approfondito da un esame fisico, al fine di arrivare a una diagnosi.

• Il paziente deve essere istruito e documentato. Tranne che in caso di emergenza, che mettono in pericolo la loro vita o l'arrivo a un centro di salute con il livello insufficiente di segni di coscienza o vitali deve venire prima o consultare un medico, chiedere referenze e informazioni sulla vostra solidità morale ed etico, nonché alla competenza di quest'ultimo nel l'area o disciplina che pretende di essere formati.

• Tranne in casi di emergenze reali, personale sanitario non dovrebbero praticare in inadeguati o non più idonei a praticare condizioni di medicina.

• Il medico non deve diagnosticare, prescrivere, diagnosticare, trattamenti indicano elettronicamente (telefono e computer), a distanza o tramite terzi.

• Evitare di medicina difensiva

• Non lasciarsi coinvolgere nei commenti insalubri o diffamatori tra colleghi, soprattutto in presenza di pazienti e dei terzi.

• Conoscere e fedelmente rispettare le linee guida, codici, regolamenti esistenti.

• Salvaguardare le cartelle cliniche per prevenire la perdita, furto foglie, correzioni e altre situazioni che diminuiscono il loro valore come prova.

• Richiedere le disposizioni necessarie per fare una buona pratica medica e segnalare situazioni pericolose, sia in strutture sanitarie; come l'insicurezza di tutto il personale per una migliore erogazione dei servizi sanitari.

• Non lasciare mai il paziente.

• Salvaguardia della riservatezza.

**PAZIENTE UN RUOLO ATTIVO NELLA PREVENZIONE DEGLI errori medici**

Il paziente deve essere coinvolto, informato e conoscere i propri diritti, prendere in considerazione la scelta di un ospedale che abbia esperienza nella sua condizione o malattia, richiedere informazioni dalla procedura eseguita e le loro possibili complicazioni, rischi, conseguenze, l'esistenza di terapie alternative e scelta del medico. (212)

           Alla dimissione, il paziente deve richiedere le istruzioni, il trattamento, istruzioni scritte e le raccomandazioni da seguire a casa. È necessario conoscere il medico curante e delegare ad un parente, tutore o una persona di essere il vostro "avvocato" nel caso in cui non è possibile prendere decisioni per se stessi, o se si rischia di perdere il vostro stato di coscienza o entra il coma Stato. (213)

        La popolazione generale non è in grado accetta che, indipendentemente dalla gravità del processo o l'interesse e risorse investite, non un risultato soddisfacente e in questo caso, alcune persone nate nel desiderio di riparare i danni, almeno economicamente. Da parte sua, il rapporto tra comportamento e standard di salute standard abituali per un caso specifico, presuppone l'esistenza di protocolli, linee guida cliniche o specifiche norme sanitarie che possono giustificare e proteggere la procedura medica da seguire. Questi standard avranno più il riconoscimento se sono coperti da una società scientifica nazionale, regionale o per lo meno da un comitato ospedale.

*Errori medici, purtroppo, portano ad una perdita di fiducia nel sistema sanitario e costi elevati per lo Stato*. Inoltre, i pazienti con una lunga degenza in ospedale o che hanno subito lesioni o invalidità a causa di un errore medico, hanno spesso disturbi psicologici. I professionisti della salute possono anche presentare frustrazione e perdita di morale quando si commette un errore. Tra le strategie suggerite proposte per stabilire protocolli medici, strumenti, di leadership e di sistemi di sicurezza basati sulla conoscenza. Deve infine identificare e imparare dai propri errori, promuovere strategie di organizzazioni di sviluppo e misure preventive. Discussioni su errori medici, facilitare l'apprendimento professionale per i medici e fornire un sostegno emotivo dopo tali eventi, possono essere scaricati nelle riunioni anatomoclinical, tuttavia, poco è stato studiato. (214)

        Kaladjian, gli insegnanti e gli abitanti di diversi ospedali situati in zone del Midwest e nordest degli Stati Uniti, per indagare gli atteggiamenti e le pratiche in materia di discussioni di errori, errori ipotetici, esperienza modellazione errore ruoli, variabili demografiche intervistati, e ha scoperto che 338 medici hanno accettato di partecipare solo il 73% che indica hanno usato per parlare dei loro errori con i colleghi; Il 70% ritiene che discutere gli errori di rafforzare i rapporti professionali e la maggior parte conosceva almeno un collega che sarebbe stato un ascoltatore di supporto. Tra le motivazioni per errore discussione è stata la preoccupazione di se un altro collega avrebbe preso la stessa decisione (91%), imparando dagli errori dei colleghi 80%; e il desiderio di ricevere il 79% di supporto.

           Ci sono alcuni medici che tendono a pensare che molti pazienti hanno psicologico, o addirittura avere disturbi tratti ipocondriaci, e sorprendentemente alcuni ospedali del Nord America hanno raggiunto implementerà un sistema di consultazioni cura *triage per colorimetria* con le aspettative per combattere questo fenomeno; *i colori sono usati per classificare i pazienti in base alla gravità della loro malattia e tenendo conto della ragione per la vostra inchiesta,* dopo aver valutato gli viene assegnato un "timeout"; tuttavia, i pazienti devono essere istruiti e conoscere il cardinale o sintomi più frequente in gravi condizioni. Alcuni pazienti che sono andati al pronto soccorso sono stati classificati come "delinquenti cronici" colui che è "infelice e alla ricerca di una seconda o terza opinione", "internet", colui che "si sente solo e vuole solo cercare compagnia chiacchierata", "aggressivo" o agitatore, "empatico", scusandosi per essere venuto così, tra gli altri.

       L'immagine filantropica di medici professionisti, si è deteriorata e le distanze negli ultimi 50 anni del modello ippocratico per millenni equiparati; isolato in alcuni casi di consustanziale sensibilità umana con la pratica della medicina convenzionale, all'umanesimo medica sostenuta per posteri cultisti ecumenici più qualificati, tale come Ippocrate, Aristotele, Platone che ha fornito concetti essenziali per definire il pensiero spiritualità.

Oggi, la pratica della medicina moderna, che soffrono di un processo da disumanizzazione della società globalizzata, in particolare nelle società sviluppate con moderne materialista, la vita, edonistica con valori vuoti e culto della banalità, in quale contesto, la salute è stato trasformato in un bene costoso per un mercato perversa; che ha fatto la sua avidità di profitto leitmotiv. (215)

      Inoltre, la maggior parte dei medici hanno acriticamente identificato con la tecnologia, in sostanza, lasciando scapito della propria identità professionale, concentrati su proiettando un più alto status socio-economico e guadagno personale, mancanza di sensibilità sociale per le classi di immagine più bisognosi.

      Allo stesso modo, le società del terzo mondo soffrono di questo processo di desensibilizzazione medico a scapito di fattori sociali svantaggiati con l'accesso ai servizi sanitari spesso inaccessibili; tuttavia, non meno certo, la retorica al contrario, sostiene che i cambiamenti politici, sociali, economici e del lavoro sono stati accompagnati negli ultimi decenni di bassi salari per i medici, e che il loro lavoro si sviluppa in condizioni squallide, lo fanno cure di qualità irrealizzabile e crea le condizioni per errori medici involontari. (216)

       Dr. Fabian Vitolo, in un documento presentato al 1 ° "Incontro Nazionale dei Responsabili della Salute" si è verificato nella regione Noa-Termas de Rio Hondo nel giugno 2007 sul tema "Responsabilità civile e casi di malasanità" ha trovato differenze nella specialità medico e responsabilità. Ostetrici occupato il 26%, seguito dal 25% dei chirurghi, chiropratici 14%, 10% pediatri, medici clinici (internisti) del 9%, malattie infettive 8%, anestesisti 4% e di chirurgia plastica il 4%. Tuttavia, lo studio Vitolo sono conformi a quelle svolte in Messico nel corso del periodo 1996-2007 presso il Centro Nazionale di sorveglianza epidemiologica e il controllo delle malattie in Messico, dove ostetricia e ginecologia hanno ricevuto il 15% dei reclami o richieste, ortopedia e traumatologia 12, 5% , le emergenze mediche del 10%, chirurgia generale 7,3%, odontoiatria 7%, 6,3% di medicina di famiglia e medicina interna hanno ricevuto solo il 2,4%.

        Errore medico è una questione centrale nel mondo. Un Istituto di Medicina di Washington dice l'incompetenza, negligenza, violazione di norme e regolamenti, è solo una piccola parte del problema, e sottolinea l'importanza dell'ambiente e del sistema in cui si sviluppa la pratica medica. Errori medici si manifestano generalmente buoni professionisti, cercando di migliorare le cose e sono semplici errori. (217)

         Secondo uno studio condotto negli Stati Uniti da oltre 15 anni ha dimostrato che meno del 2% dei danni causati da negligenza, è stata compensata. Significa che l'azione medica può essere l'inesperienza, il professionista ha poche possibilità di essere citato in giudizio, così come ci sono molte richieste che non hanno alcun fondamento tecnico.

       In uno studio condotto da Campos nel 2008, ha trovato, attraverso un sondaggio anonimo di professionisti medici, hanno detto che in un universo di 1000-1500 interventi chirurgici, il 30% ha ammesso di aver dimenticato un impacco sulla cavità addominale durante l'intervento chirurgico e il 90% ha imparato che un collega aveva. Si sostiene che la reale incidenza di questo evento viene sottostimato, si stima che si verifichi in 1: 8800 interventi chirurgici generali e 1: 1000-1500 chirurgia addominale; mentre negli Stati Uniti 1.500 casi sono segnalati ogni anno. Tra i tipi di corpi estranei 69% corrispondeva alle confezioni di diverse dimensioni e morsetti 31%, cavità descritte come "siti di ritenzione" 54% addominale, vaginale 16-22%, torace 7,4%, altrove come faccia, il cervello, delle estremità 17%. Il tempo tra l'intervento chirurgico e mantenuta corpo estraneo rilevare questo, il tempo varia da 1 giorno a 6 anni. (218)

       Così, come la Reale Spagnola Language Academy (REA) definisce "oblito" (dal latino "*oblitum"* dimenticato) corpo estraneo dimenticato all'interno di un paziente durante l'intervento chirurgico. Uno studio pubblicato da Manrique e collaboratori in Argentina, mostra una casistica con un'incidenza di 2,4 / 1.000 operazioni chirurgiche eseguite. Questa ricerca incluso tra i fattori di rischio di causare la dimenticanza, interventi chirurgici di emergenza, inattesi cambiamenti nel piano chirurgico, incapacità di tenere conto di estrema urgenza con l'altro (che può portare a un conteggio sbagliato) garza "bloccati"; anche più squadre, sanguinamento eccessivo, variazione del personale durante l'intervento chirurgico, la stanchezza o affaticamento della squadra chirurgica per procedure lunghe, molteplici e complesse negli stessi ambulatori procedura chirurgica. (219)

C'è giurisprudenza sulla questione di abbandono di un corpo estraneo. Tra le dottrine giuridiche applicate sono "*res ipsa loquitur*," il che significa "*le cose parlano da soli*", il corpo estraneo si dimentica come conseguenza di un atto di negligenza e uno è "capitano della nave", per esempio, il chirurgo è in ultima analisi responsabile, ma quest'ultimo principio, ogni giorno meno applicato e perché tutta la squadra ha un certo grado di responsabilità. Tutto è stato costretto a sviluppare regole e procedure contare garze nonché gli strumenti chirurgici. Quindi si raccomanda che:

Compresse di garza non devono essere tagliati e dovrebbero essere contate all'inizio e completamento di tutte chirurgico.

Il numero e il tipo di aghi devono corrispondere ai pacchetti di sutura utilizzati (aperto).

• Gli strumenti chirurgici utilizzati devono essere registrati all'inizio e alla fine della chirurgia. Si deve usare cautela con la rottura o la separazione di una parte degli strumenti (linguette di fermo auto, pinza laparoscopica, ago Veress).

Quando e come contare?

• Prima di avviare la procedura chirurgica per stabilire una linea di base e alla fine.

• Prima di chiudere la cavità e l'inizio della chiusura della cute.

• Prima di personale di soccorso, ho bisogno di continuare l'intervento. Queste sono le ragioni più comuni per cui dimenticanza capita.

• I conteggi devono essere eseguiti in modo udibile sotto la visione di due persone.

     Se il conteggio è dissenziente si deve documentare e riferire al chirurgo. Sospendere la procedura qualora le condizioni del paziente lo permettono, ispezionando l'ambiente, effettuare il monitoraggio radiologico e riferire l'incidente in sala operatoria responsabile.

      Le carenze segnalate dai medici in questo studio, in relazione alla fornitura di diagnostica, come l'imaging (MRI), unità di terapia intensiva sia per adulti e bambini (ICU, PICU, terapia intensiva neonatale), ossigeno, incubatori, le ambulanze, sicurezze nel lavoro, povere piante ausiliari elettrici, acqua, banche del sangue e farmaci sufficienti sono stati riportati dal 79% dei medici intervistati come disposizione fallimenti nei loro ospedali, dal momento che sono necessarie per garantire cure di qualità e di raggiungere una diagnosi accurata e trattamento, in modo che una buona parte di casi di malasanità e si evitano gli errori; non ultimo il restante 21% era costituito da lacune in termini di personale medico e paramedico specializzato, nonché mal equipaggiati laboratori, radiologia e radioterapia. La denuncia, come variabile costante sia nell'indagine e nelle interviste, fa riflettere sulla necessità del percorso del paziente di un centro sanitario a un altro, che contribuisce al deterioramento del rapporto medico-paziente e la sua condizione di salute.

        In diverse occasioni, gli ospedali hanno l'attrezzatura, però, per mancanza di manutenzione fli apparecchi si danneggiano. Nella conversazione con i medici, hanno riferito che i fallimenti di ascensori in buone condizioni, aggrava la situazione dei pazienti traumatizzati, che sono costretti a salire le scale in ogni caso e come possono, alla ricerca di altri servizi per completare la sua attenzione. Allo stesso modo, hanno fatto riferimento alla grave situazione dei malati di cancro, non avendo chemioterapia e radioterapia in modo tempestivo. I malati di HIV-AIDS, hanno sospeso al momento di questo trattamento in studio a causa della mancanza di esistenza. Ma cose semplici come avere banca del sangue di inserire un sangue per una ferita, un neonato settica, o ambulanza per il trasporto di un paziente per garantire unità di terapia intensiva, un esame specialistico o radiografia da fotografare con cella per l'interpretazione in modo da ricavare una lavoratrice partoriente ad un altro centro dove c'è la chirurgia disponibile (anestesista), sono situazioni comuni citati dagli intervistati medici. (220)

         Un'altra situazione relativa e preoccupante è l'insicurezza in corso che i medici vivono a seguito della malavita, dentro e intorno loro luoghi di lavoro, perché sono spesso vittime di rapine, lesioni e anche decessi. Questa situazione non sfugge altre città del Venezuela, Carabobo Stato, il segretario delle finanze del Collegio dei Medici, il dottor Jose Antonio Guevara, ha riferito che i centri di salute pubblica in che stato si erano solo 5% di punti di sutura e di altre risorse siringhe da giugno 2014 . L'Associazione Venezuelana di distributori di medico-dentale e relative attrezzature (AVEDEM), ha riferito il 26 maggio 2014, che gli stent periferici e coronarii, che sono cannule cilindrici in uso endoluminale (solitamente endovascolare), che è posto all'interno di una struttura anatomica o condotto corpo per mantenere permeabile e prevenire il loro collasso dopo la dilatazione, e il rilascio di sblocco o chirurgica che permette dilatare le arterie e vasi per ripristinare il corretto flusso di sangue, usato nelle malattie cardiache, carotidea e degli arti inferiori sono in errore nei Centri sanitari pubblici (grandi ospedali) e cliniche private. Più allarmante di queste informazioni sono le conseguenze che ne derivano, in quanto ponendo questo tipo di protesi impedisce al paziente di morte cardiaca, o tenere un paziente con le gambe di ritorno circolazione deteriorate essere amputata.

In altre latitudini, come la Spagna nel 2011 ha ucciso 603 persone per presunta malpratica medica e nel 2012 ha fatto 692 che mostra un aumento di 89 casi all'anno. Generalmente questi decessi si sono verificati da interventi chirurgici eseguiti male, scarsa assistenza clinica che il paziente aveva, infezioni nosocomiali, ritardi nell'arrivo dell'ambulanza; ma il motivo principale è dovuto alla diagnosi errata e perse opportunità di attuare una terapia rapida e positiva. (221)

       Il nostro studio è stato condotto in ospedali pubblici con i medici fornire i loro servizi in questi centri, ma il 41% completato il loro tempo e lavoro salariato in cliniche private o studi privati ​​erano, permettendo informarsi l'incidenza degli errori e non è riuscito a confermare la regola che anche in privato centri sanitari, sviste si verificano durante l'intervento chirurgico, gli errori di anestetici, storie confusione e l'esame di un paziente con un altro errore quando si posiziona la droga. Questa situazione ha permesso il paziente riceve ora informazioni sul medicinale e il trattamento che viene dato (consenso informato). E 'importante a commentare che l'orario di lavoro dei medici assistenti, dottorandi e anche gli specialisti, squisitamente faticoso verificano guardie per questi professionisti, perché i salari bassi sono costretti a lavorare in più di un sito e raddoppiavano il loro ore di lavoro. Più del 53% del gruppo di indagine, eseguendo continue guardie poco più di 24 ore, o pazienti con eccesso di carica, è stato il denominatore comune del gruppo. (222)

        Ci sono orari di lavoro medici perversi e persino criminale nella pratica della medicina, gli Stati Uniti è il paese industrializzato con l'orario di lavoro più esigenti. Questa pratica ha l'ulteriore problema che le sue conseguenze sono più legati a infortuni sul lavoro causati dalla quantità di attività ore senza riposo, per il tipo di lavoro svolto. Stanchezza e lo stress accumulato durante il giorno troppo, colpisce la salute delle persone e delle condizioni per avere più incidenti stradali e altri, nonché per rendere gli errori più medici. Ciò che è insolito è che questa situazione è trascurato nella medicina stessa, come residenti negli Stati Uniti medici lavorano fino a 30 ore continue. (223)

         Una pubblicazione da Reuters Health, ha riferito che lunghe sessioni di lavoro dei medici in formazione negli ospedali degli Stati Uniti stanno creando un allarmante numero di errori medici, stanchezza strettamente correlati, e di solito causare la morte dei pazienti, secondo la ricerca. Quando si pratica i medici che esercitano in turni che vanno dalle 24 alle 30 ore, il rischio di commettere gravi errori che possono influenzare i pazienti le riprese, ha rivelato esperti a Brigham and Women Hospital di Boston. (224)

       I medici valutati in relazione a questo, erano praticanti che sono stati 4,1 volte più probabilità di commettere errori medici legati alla fatica e che ha ucciso il paziente dopo aver lavorato cinque o più giorni al mese ampliato rispetto un mese senza turni di lavoro fino a quando indicato. Questa forma di lavoro da parte del team medico, che risale al 1890 in ospedali degli Stati Uniti, costringendo i residenti medici al lavoro estremamente lunghi turni di lavoro. I fautori di questa pratica, che è considerata essenziale per un nuovo medico seguono personalmente i pazienti durante la loro permanenza in ospedale, in parte per conoscere il corso di varie malattie. I risultati dello studio sono stati basati su un sondaggio di 2.737 medici di diverse specialità mediche ospedali americani.

"Abbiamo scoperto che per ogni 100 professionisti che hanno lavorato un anno, a commessi in media 200 grandi errori medici, 20 che hanno causato un danno evitabile e cinque errori gravi che hanno causato morti evitabili nei loro pazienti", il medico che ha diretto, ha detto in uno studio di un'intervista telefonica .

        Se questi risultati vengono applicati ai 100.000 giovani medici che lavorano con questi orari negli ospedali negli Stati Uniti, significa che ci sono circa 100.000 significativi errori medici, decine di migliaia di infortuni prevenibili per i pazienti e migliaia di morti ogni anno si potrebbe prevenire l'affaticamento correlata. (225)

       Il Service Employees Unione Internazionale, il più grande sindacato che riunisce medici e gli abitanti di ospedali degli Stati Uniti, ha detto che i risultati di questo studio hanno causato più paura, perché i centri medici autorizzati i nuovi medici lavorano tra le 24 e 30 ore, due o tre volte alla settimana. Il sindacato ha ribadito il loro appello per la legislazione degli Stati Uniti Congresso che impone limiti alle ore di lavoro per i residenti.

In Spagna, un sondaggio condotto nel 2005 dalla Associazione Spagnola di Resident Physicians (AEMIR), ha dimostrato che più della metà dei residenti non condotta, per esempio, c'era la connessione dopo una guardia, che ha raggiunto effettuare 32 giorni di ore quasi continue, senza riposo. Il 18% ha ammesso di usare droghe in modo sistematico per impedire il sonno, uno schiacciante 60% dei medici intervistati, hanno riferito di aver commesso un grave errore nell'esercizio della loro professione a causa della stanchezza e il 35% ha dichiarato di aver subito incidenti transito dopo aver terminato la guardia e In conclusione, i lunghi orari di lavoro non sono solo dannose per i lavoratori, ma può essere pericoloso per i terzi. (226)

          A questo proposito, è opportuno insistere in una giornata sfavorevole guardia eccessivamente lungo, la volontà di commettere errori. In una tesi di laurea nella specialità di psichiatria presso l'Università di Los Andes in Venezuela (ULA), studiando sondaggio di 215 medici, il 60% erano donne, di cui il 66% ha avuto lievi sintomi di sindrome del burnout. 142 medici hanno mostrato sintomi lievi, 7 sintomi moderati sono stati valutati pediatria post-laurea, medicina interna, traumatologia e ortopedia, cardiologia e, concludendo che gli errori sono più probabilità di essere commessi se le sessioni di lavoro ininterrotte richiedere diverse ore. (227)

         Un medico residente occupa della "sindrome burnout" ha una maggiore tendenza a commettere errori medici che causano costi elevati per la salute del paziente e contribuire ad aggravare i sintomi di esaurimento emotivo al medico.

       Negli Stati Uniti, la Commissione sulla Accreditamento di Healthcare Organizations (JCAHO) nel 2001 raccomanda che negli ospedali ad essa associati, sono stabiliti criteri per il benessere del suo personale. Molte volte, l'atteggiamento assunto dal medico contro paziente è fondamentale per garantire un buon rapporto medico-paziente e quindi mitigare, corretto e per evitare un errore. Sarebbe interessante che le strategie adottate da altri paesi potrebbero essere applicati in Venezuela, dove le ore di lavoro sono estremamente faticoso soprattutto per i giovani medici. (228)

         Fin dall'inizio si deve avvertire il paziente sui rischi comprendenti tutte le procedure mediche alle variabili imprevedibili scienza imperfetta come è. Tuttavia, la pratica medica ha le sue regole di condotta e uno di loro è la "*responsabilità professionale*", che è venuto per essere un insieme sistematico di regole che guidano e incriminare la pratica della medicina all'interno dei principi della propria, cioè come pure il rispetto della dignità umana e il diritto alla vita e all'integrità, compreso il rispetto dei diritti fondamentali, come il diritto all'identità, la libertà di coscienza, la salute, la privacy personale e familiare, etnica, culturale e il diritto alla sicurezza sociale. Nel rapporto medico-paziente, il medico deve garantire questi principi e diritti, e di dare la priorità le loro decisioni sulla base del miglior interesse del paziente, senza differenziazioni e discriminazioni, servendoli con rispetto e dedizione, in ogni caso, la violazione questi morale e principi professionali costituiranno quella che viene chiamata la responsabilità etica professionale, adattando il loro comportamento a un atto illecito che i professionisti medici potevano evitare. (229)

     A fini puramente didattici, da mettere in gioco è necessario l'apparato della responsabilità di avere cattiva condotta medica o violazione dei doveri professionali, e che configurare la passività, preesistente seguenti requisiti obbligo deve avvenire, la mancanza medico (incompetenza, imprudenza, negligenza , violazione degli obblighi e dei regolamenti in carica), il danno, il determinismo causale tra l'atto medico e il danno e la responsabilità (per esempio, aveva il medico è colpevole di aver causato il danno). (185)

        Altre cause elencate nella giurisprudenza consultati per decidere questo caso in questione:

*1. Il senso di colpa*

*2. Danni*

*3. Il collegamento* (il determinismo causale):

      Questa legge è esplicito quando afferma che:

• *Quando c'è un danno, senza alcuna colpa, non possiamo parlare di malasanità.*

*• Quando c'è una mancanza, senza alcun danno, non si può parlare di malasanità.*

*• Quando manca e danni sono presenti, senza alcun determinismo causale tra di loro, non si può parlare di malasanità.*

        Da configurare malcostume dal punto di vista legale, è imperativo che tre elementi concorrono contemporaneamente:

• Ci sono prove di un fallimento medico

• Ci sono prove di danni al paziente

• Ci sono prove di un nesso causale tra l'illecito e il danno causato al paziente.

**CONCLUSIONI**

      Errori medici sono talvolta sopravvenute situazioni spesso nella pratica medica e, a volte sono legati alla disinformazione o di giudizio in merito a una particolare malattia o condizione. La portata di questo problema in Venezuela non è ben compreso. Secondo le statistiche nei paesi del primo mondo, vi è alta morbilità e mortalità a causa di esso.

           Ci sono una moltitudine di fattori ambientali che cospirano attorno la cristallizzazione di un errore medico o evento avverso come povero di informazione professionale, scarsa formazione in tecniche moderne, mancanza di innovazione in attrezzature e strutture. Se aggiungiamo pessime condizioni di lavoro, con i guasti nella fornitura di strumenti diagnostici e terapeutici, il risultato può essere fatale.

       Va ricordato che nella formazione etica di medico è il "primum non nocere", noto come "*First Do No Harm*" ed è importante riflettere su di esso, perché il medico non agisce con cattiveria nella loro ricerca per la cura. Quando si verificano le accuse di negligenza medica, devono convivere molte variabili che dimostrano l'atteggiamento professionale non era dovuto alla violazione della lex artis, manuali di procedure e standard; e che in ogni caso ha lavorato con qualche elemento di colpa.

      Inoltre, la pratica della medicina non è mai stato facile, la prova è i lunghi anni di studio, a differenza di altre professioni, non la medicina computer sono gestiti, non un negozio di riparazione o una banca, nessuno dei due è la matematica. Ogni paziente ha un ritmo di miglioramento o peggioramento e la risposta al trattamento specifico in base alle loro singole caratteristiche, genetica, del sistema immunitario, la storia di allergia, l'accesso alle cure mediche o la predisposizione psicologica.

        Prima di iniziare un contenzioso titanica in base al presupposto che vi è stata negligenza medica, il paziente o la famiglia deve chiedere consiglio e ben informati sui dettagli di quello che è successo, parlare con il medico, e anche cercare di raggiungere un accordo come questo porta benefici a che si tratta di un modo più rapido per ottenere riparazione cause finanziarie e di evitare lunghe attese. Inoltre, il medico sarà enfatizzato, che è stato dimostrato che molti reclami potrebbero essere evitate se ci fosse una comunicazione franca e aperta con il paziente sulla malattia, trattamento per seguire il comportamento, il rischio / beneficio o effetti negativi che possono verificarsi e proteggere in ogni momento il rapporto medico / paziente. La comunicazione deve essere utilizzato come uno strumento altamente efficace nel team di salute, perché se è scarsa o non riuscito; si può portare non solo a errori medici, si crea una situazione pericolosa che aumenta il rischio di lesioni al paziente.

        In questo senso, la storia medica é un elemento di prova della narrazione di eventi e la sequenza nell'evoluzione della malattia. Una "cattiva storia", è uno pieno di inesattezze e mancanza di dati che portano a diagnosi errata e conseguente trattamento poveri, mentre una storia logora esonera la colpa al medico e rilasci di responsabilità in un processo iniquo. Allo stesso tempo, si sono a rischio, come qualsiasi altra persona o professionale, sostenute attraverso l'esercizio dell'atto medico sui fallimenti di atto o omissione, che a loro volta fanno creditore di responsabilità civile, amministrativa e penale. Responsabilità all'interno della pratica è ben delimitato e ristretto legalmente, sotto la formazione specifica e di esercitare la sua trascendenza missione, la nobiltà, la dignità e l'etica del lavoro svolto, i beni più sacri della persona umana è collegato, questa è la vita e la salute, diritti personali che costituiscono l'essenza della persona umana e sociale.

       Medicina, lo stesso del libero esercizio di ogni professione, arte o industria trova il suo fondamento giuridico e categorica nella Costituzione della Repubblica Bolivariana del Venezuela prevede al capitolo V, di cui i diritti sociali e le famiglie citazione: "Il lavoro è un diritto sociale e gode di protezione dello Stato La legge prevede il miglioramento del materiale, le condizioni morali e intellettuali dei lavoratori, per adempiere a tale obbligo, lo Stato ha stabilito i seguenti principi ":

• Nessuna legge può stabilire disposizioni che alterano la santità e la progressività dei diritti e dei benefici. Nei rapporti di lavoro, la realtà prevale sulle forme o apparenze.

• Diritti del lavoro sono inalienabili. Ogni azione è nulla, accordo o contratto di rinuncia o compromissione di questi diritti. E 'solo possibile e di liquidazione al termine del rapporto di lavoro, in conformità con i requisiti stabiliti dalla legge "Fine citazione Inoltre le CRBV articolo 105 recita:.." La legge determina le professioni che richiedono laurea e le condizioni che devono essere si sono incontrati per praticare comprese le licenze "chiuse virgolette. In generale, queste disposizioni regolano in qualche modo la pratica della medicina, che si riunisce senza dubbio un posto di lavoro o di lavoro sociale e richiede la concessione di licenze obbligatorie dei propri utenti. Da parte sua, venezuelano codice civile (continua il legale standard) definisce la natura del rapporto medico-paziente come fonte di obblighi contrattuali, ma stabilisce un obbligo di mezzi e non estremità (118) Il quadro giuridico in senso stretto della pratica Legge di Medicina, definisce e regola l'esercizio. della professione medica in diversi articoli del corpo di regole. responsabilità professionale è una particolare attenzione della responsabilità globale, analizzata dal punto di vista dell'attività di un particolare artigianale o commercio e per gli effetti che gli atti avvengono secondo la regolamentazione sistema, deve provocare una responsabilità civile o penale in primo luogo. (4) Se il fuoco appartiene alla orientamento del campo penale sarà verso malpractice medica ed entrare a discernere se si trattasse di un atto illegittimo e la connotazione di colpa. (8)

          Negli ultimi tempi e per vari motivi, gli errori commessi in medicina sono un argomento proibito per i medici, dove alcune eccezioni, i messaggi sono contraddittorie, di solito meccanismi psicologici non dire completamente quello che pensi, abbondano auto-difesa e le cose non sono chiamati per nome , nel tentativo di nascondere la realtà. Imparare dagli errori del passato, invece di nascondersi lascia un'esperienza molto utile, come andiamo dicendo da allora è diventato uno strumento di cui si coinvolge attivamente il paziente, la sua famiglia e la popolazione in generale come chiave e pezzi importanti della strategia preventiva.

        Richiedi la completa eliminazione di errori medici è un obiettivo intangibile. In linea di principio ci deve essere la motivazione e il desiderio di migliorare, una buona opzione è quella di iniziare con la raccomandazione in Venezuela di creazione di un record sistematica di errori, dove più di sforzano di identificare chi è stata la colpa, è più utile per conoscere le cause precipitanti di tali eventi. Ad esempio, un errore come confondere la via di somministrazione di una sostanza in grado di uccidere un paziente, da qui l'importanza del monitoraggio e la critica costruttiva per evitare danni irreparabili.

     Nei paesi industrializzati, circa il 9% dei pazienti ricoverati presso ospedali in Canada, Francia, Regno Unito e Danimarca nel 2006 subito un evento avverso correlato alle cure sanitarie in modo che ogni medico conferma che l'esercizio è soggetto al rischio di commettere errori. (35)

   Comunicare errori di politica ospedale aiuta a migliorare molti aspetti, tra i quali spiccano:

***• Diluire il tradizionale occultamento degli errori.***

***• Creazione di programmi e strategie per prevenire e utilizzare sistemi più sicuri.***

• Forza personale medico ad assumere un atteggiamento onesto, secondo la loro etica, come è dimostrato che comunicare o segnalare un errore quando ha subito il paziente o le loro famiglie, è uno degli aspetti che generano maggiore difficoltà ma evitano conflitti legali.

      È necessario che i professionisti medici capiscono che aumentare i loro errori aumenta il malcostume e anche se la società si rifiuta di accettarlo, dobbiamo tenere presente il ruolo che svolgono in questo assicuratori campo, il cui lavoro e l'interesse economico è quello di assicurare contro i rischi e gli incidenti.

          Nel frattempo, l'amministrazione dell'ospedale deve risolvere nel modo migliore la gestione delle crisi al fine di ottimizzare la qualità della fornitura di servizi sanitari. È una costante che l'ostacolo più grande che esiste nel migliorare i servizi sanitari è l'ostilità esistente in comunicazione tra i lavoratori. In alcune situazioni, direttori degli ospedali, capi dei servizi, capi di squadre e, in generale, coloro che detengono posizioni di funzioni di leadership, assumere comportamenti che possono essere classificati come abusi verbali, con i lavoratori juniores, come un modo di gestire il potere, e questo è uno stile di comunicazione professionale e purtroppo comuni, mostrando aggressività causata dal potere imposto capo o lo status professionale che hanno.

               Chiaramente, l'ambiente ostile, cause ritorcersi creando risentimento tra i membri della comunità di salute, a causa della demoralizzazione e demotivazione tra di loro. Discutere ostilità verbale negli ospedali rimane un judice e aiuta i dipendenti si sentono paura di denunciare un errore di sistema quando succede, e quindi; di trovare soluzioni a vantaggio del paziente o del sistema sanitario. Nonostante questo, si ritiene che la Salute potrebbe aiutare a prevenire tali abusi.

         Costruire buone relazioni tra i lavoratori di un ospedale, sempre dare risultati efficaci per gestire i disaccordi tra il personale di servizio, i servizi ei coordinatori, come lo stress emotivo è ridotto, i timori e le paure si superano e crea sia un clima di pace e di armonia, il che rende l'atmosfera divertente è importante al fine di ridurre lo stress lavoro.

          La morte di un paziente a seguito di errore o negligenza, crea un trauma psicologico per il medico, a volte giustificare un aiuto professionale. Ci sono informazioni sufficienti in Venezuela, sugli effetti o conseguenze di malpractice svolge le sistema salute dei lavoratori. Solo che sa che in alcuni ospedali sono rimosso dal suo incarico in ingiustamente opportunità; se è vero che molti di loro sono vittime di trasporto che "spirale" di ignoranza, che li porta a sicuro. Così emerge come una necessità, di salvataggio e di nobilitare con l'educazione, la vera immagine del medico nella nostra società.

**RACCOMANDAZIONI**

       La grande potenza della medicina moderna e il suo progresso guarigione devono andare di pari passo con un grande sentimento filantropico e umanista. Ironia della sorte negli ultimi anni negli Stati Uniti, pur essendo più tecnologia e sviluppo della conoscenza che non sono diminuiti i tassi di errore ei costi di questi. Sembra sopravvivere ad un sentimento nei pazienti che il sistema sanitario è una "scatola nera" completamente sigillato, segreti nascosti e sconosciuti, purtroppo entrambi medici e istituzioni sanitarie sottrarsi alle proprie responsabilità e la mancanza di trasparenza e la mancanza di rapporti sugli errori medici o eventi avversi conseguenti sistema non segnala i difetti o carenze che richiedono controllati o corretti. Oggi è indispensabile informato ed educato in salute in modo che le loro decisioni sono sani, ma d'altra parte, l'assistenza sanitaria è responsabile allo stesso modo e premiano un buon rendimento sul lavoro con il paziente la retribuzione monetaria e, a sua volta motivare il team di lavoro, incoraggiando i test e la cura a tutti passaggi riguardanti il ​​processo di guarigione dei malati.

      Errori medici sono la quinta causa di morte secondo le statistiche in Nord America, ma il problema diventa ancora più complessa quando sai che ci sono molti buoni medici che lavorano negli ospedali poveri e mentre i politici discutono lunghe ore sul finanziamento sanitario, ignorano come la riparazione o la fanno correzioni in un sistema sanitario che è già danneggiato.

       Esistono una *scarsa tolleranza da parte del medico di rivelare la verità*, ma è necessario *essere sempre onesti con il paziente*; alcune strutture sanitarie sono meno "sicura" di quanto pensiamo. Alcuni errori che si verificano nella salute a volte si verificano in pazienti che non vogliono o hanno bisogno alcune procedure mediche; infatti, uno ogni 5 prove, i farmaci o procedure sono determinati a essere inutile e probabilmente, purtroppo, questo è vero anche per gli ospedali e le cliniche che si trovano in un grande rispetto e prestigio dove anche rilevate la produzione di complicazioni mediche 4-5 volte di più rispetto ad altri più bassa categoria.

           Incidenti e statistiche ospedaliere su errore e malcostume sono nascosti alla vista del pubblico, le persone non hanno accesso ad essi come pazienti o contribuenti. Stati Uniti la gente paga una certa somma di denaro per il corretto funzionamento del sistema sanitario; non vi è alcun modo per misurare o scoprire se il loro trattamento è buona, adeguata o almeno sicurezza. Ecco perché i cittadini devono richiedono la divulgazione delle statistiche per la cura del paziente: gli errori e le procedure per errore un ospedale, sarebbe paragonabile ad acquistare un veicolo in cui l'acquirente ha il diritto di conoscere il livello di sicurezza quello di prendere la decisione di acquistare o meno; allo stesso modo, la cura della salute dei consumatori il diritto di conoscere la qualità delle cure che sarà fornito. Idealmente, se un paziente sta prendendo in considerazione un possibile intervento chirurgico dovrebbe essere libero accesso alle informazioni sanitarie in diversi centri sui tassi di complicanze e decessi nel processo deve essere applicato. Negli Stati Uniti vi è una istituzione chiamata "i dati della Banca Nazionale raccolti dal Dipartimento di Salute e Servizi Umani" ed è comunemente conosciuta con il nome di nazionale "lista nera" dei medici; sorprendentemente quando un medico richiede l'elenco viene consegnato una versione con i nomi dei medici liquidati e che possono avere accesso solo a quei nomi sono commissioni mediche statali o il Dipartimento delle Risorse Umane sono responsabili per fare il controllo dei precedenti.

       Tutti coloro che lavorano nel settore della sanità conoscono gli errori medici ma nessuno ne parla su questo problema. L'amministrazione di salute, paramedici, ausiliario ed infermieristico spesso discusso errori medici come un potente monito alla comunità medica di tenerlo "fuori", conoscere i tassi di mortalità, complicanze e tutto ciò che riguarda il paziente sono utili durante la diagnosi dei guasti e assegnare le responsabilità. Un'altra parte ingannevole relativa a errori medici è che anche in eco interpretazione studi e test cardiovascolari qualità può variare notevolmente a seconda del medico. In alcuni ospedali negli Stati Uniti vi è un sistema computerizzato di record medica che ha discusso in dettaglio in particolare quei pazienti in cui si è verificato complicazioni e, dove previsto, i dati che vanno dai nomi dei medici coinvolti, le procedure, durata della malattia, ricovero in ospedale, il tipo di trattamento, farmaci e le dosi accennato, l'evoluzione e grazie a questo sistema è stata fatta anche cedere alcuni medici negli ospedali.

Dobbiamo considerare che, se è vero che quasi tutte le diagnosi mediche sono ottenute grazie ai dati forniti dalla storia clinica del paziente, ci sono molti medici che respingere il grande valore di questo strumento. Fattori come algoritmi o protocolli di azione, paura di sbagliare e la tecnologia hanno relegato il colloquio medico ai dati dello stack delle chiamate su un foglio di domande. Negli Stati Uniti vi è stato un abuso di l'uso di scanner e di imaging in generale delle risorse; ha detto che "stiamo perdendo l'arte della medicina", e sembra che i media non è una priorità per ascoltare i pazienti, di conseguenza, tutto questo comporta maggiori costi per lo Stato che si traduce in un aumento del gettito fiscale e l'impoverimento degli utenti.

      Al fine di ridurre la frequenza di errori medici, ci è stato proposto idee che possono contribuire al loro declino, tuttavia, uno dei grandi nemici della sicurezza del paziente è la mancanza di comunicazione tra i membri del team e il fallimento di salute di notificare ogni "fallimento" in la linea di esecuzione di un processo. La medicina praticata oggi, dati i progressi tecnologici e scientifici è molto più complesso di 50 anni fa, mentre sono emerse nuove malattie, tra lavoro-correlato. Mentre è certamente molto più efficace terapeutica, anche significa maggiori rischi per l'uso di impianti ed attrezzature per procedure speciali.

      Secondo vasta gamma di esperti, gli errori sono inevitabili nel settore sanitario, e anche se nonostante tutti gli sforzi il rischio rimane sempre un errore, le seguenti raccomandazioni sono proposte:

1. L'esecuzione della professione medica deve essere somministrato con cura e dignità, assicurando il massimo rispetto per la vita dei malati e non usare mai le conoscenze scientifiche acquisite durante gli studi di carriera medica per abrogare le leggi. L '"Ethos" è un atteggiamento medico distintivo, che caratterizza come una vocazione di servizio alla comunità irrevocabili professionale e una dedica a "valori" piuttosto che guadagno finanziario. Il personale del team di salute devono essere addestrati e formati spesso rimanere aggiornato sulle nuove malattie, tecniche e protocolli. Discussione di casi clinici, convegni e qualsiasi attività che promuove o rafforza la formazione medica deve essere rispettata e codici di condotta applicata e aiutare le riunioni anatomiche e cliniche. Sempre in considerazione la diagnosi differenziale di ogni malattia; ed a sua volta il paziente deve cercare le ragioni di ogni visita medica e deve essere in grado di spiegare ciò che il test è in cerca di trattamento sarà orientata a seconda della diagnosi.

2. Il comportamento etico, è un dovere autoimposto onesto, geloso e fiero di non cedere alle tentazioni certo medico. Pratiche non etiche possono sottoporlo al disapprovazione di altri colleghi con una sanzione morale, che coinvolgono più di una punizione sanzione legale e si stacca da esso.

         Il rigoroso rispetto dei principi medici, cercando di altri, ciò che, in circostanze analoghe avrebbe desiderare per te e per i vostri cari.

3. Le cartelle cliniche sono documenti da predisporre sotto la responsabilità di un medico, che si prenderà cura di applicare le conoscenze e le risorse disponibili in modo che un caso di studio clinico dimostra la malattia in qualunque momento. Il vostro prescrizione dovrebbe essere chiara, leggibile, accurata, conciso, cronologica, veritiera, non riconosciuto e abbreviazioni elencati. Si tratta di una violazione dell'etica medica, le voci nelle storie, commenti sprezzanti o offensivo per il paziente. Le cartelle cliniche devono essere custoditi, non devono contenere interruzioni, modifiche o l'assenza delle loro pagine. E 'riprovevole, l'inserimento di dati falsi, macchie, sofisticazioni, sostituzioni o la rimozione di foglie, non sono d'accordo su quello che è stato descritto o allo scopo di occultare errori. Si stima che i dati di guasto devono registrarsi con una storia clinica, un ostacolo alla ricorrente nel suo tentativo di dimostrare malcostume. Questo guasto è considerato di per sé, come ulteriori danni da risarcire.

      Il medico in uno studio privato di autorità ugualmente pubbliche e ospedaliere deve adottare tutte le precauzioni possibili per preservare la riservatezza delle informazioni fornite dal paziente, in termini di riservatezza. Il documento riservato e la conservazione necessaria del segreto medico, costringe il suo uso prudente e discreto, in modo che la proprietà è rispettato e non qualcosa che dovrebbe essere tenuto alla divulgazione di riserva. Nel caso in inchieste giudiziarie per le cause contro un medico, è necessario utilizzare una storia medica, perché sono state depositate, solo quella parte di essa che è rilevante per il processo, in modo che il resto delle informazioni è escluso e tenuto dall'istituzione.

4. Il rapporto medico-paziente ha importanza teorica e pratica perché è essenziale per la corretta interpretazione delle cause e dei meccanismi di produzione malattia. Si tratta di un elemento di indicazioni metodologiche per migliorare la salute e aiuta a chiarire lo stretto legame tra soma e psiche. Ne consegue che non è un pilastro fondamentale, il medico è tenuto ad utilizzare come primo passo prima che il malato. La gente sta parlando di "empowerment" del paziente, dove si deve richiedere di essere ascoltato senza interruzione, hanno le informazioni necessarie e conoscono i loro diritti, le loro proprie domande, per vedere se i punti medici nella storia che il paziente è fondamentale in la sua malattia.

         Universalmente è ritenuto che i medici non hanno la fama di essere i migliori ascoltatori, e la comunicazione in base per una buona diagnosi e fattori che la influenzano sono molteplici da una mancanza di empatia, la pressione del tempo dato a ogni paziente e dei medici può essere distratto da dispositivi tecnologici. Dolorosamente ha stabilito che negli Stati Uniti i medici bianchi tendono a parlare di più e ascoltare meno di pazienti di colore, il denaro spesso può essere incluso nelle decisioni mediche. I medici spesso non ascoltano i pazienti e sottoposti a eccessivo test e poi a trattamento eccessivo. Quando un paziente pronuncia le parole "dolore al torace" i medici possono mettere un piano immediato dell'azione dare ai pazienti l'aspirina, l'esecuzione di un elettrocardiogramma per valutare l'attività cardiaca, prendendo gli esami del sangue per misurare gli enzimi cardiaci, raggi X e molto probabilmente mantenere il ricoverato per 12 -24 ore, al fine di escludere o confermare un attacco di cuore, ma il paziente non ha sintomi patognomonici perché i medici fanno uso di protocolli standard nelle loro valutazioni e hanno perso la cosiddetta "arte dell'ascolto"; sembra un fallimento nella formazione di medici Non tiratevi uso ragionamento e processo deduttivo e relegato a tecnologia di analisi e di sangue e la diagnosi per immagini.

5. Gli ultimi anni hanno dimostrato che l'autonomia del paziente non è una panacea per tutti i problemi del rapporto medico-paziente e le derivazioni autonomisti estreme di contraddizioni, come paternalismo insopportabile del medico stesso. Di fronte a questo paradosso, il medico deve fornire una pura carità, Excent di qualsiasi tipo di paternalismo e il paziente deve abbandonare il suo atteggiamento precedente obedicence cieca e mettono in gioco le risorse della loro autonomia. Attenzione medica dovrebbe iniziare verbalmente su quello che dovrebbe essere fatto, da qui l'importanza del consenso informato, in modo che lo stesso, è il nuovo volto del rapporto medico-paziente per il beneficio di un risultato ottimale.

        Il medico dovrebbe coinvolgere il paziente nel prendere decisioni volte a raggiungere ripristinare la vostra salute, tenendo conto del rispetto per l'autonomia della sua volontà come un diritto. Stabilire un rapporto contrattuale in cui il paziente anche "consenso informato", egli accetta le condizioni, i rischi e le possibilità di successo del atto medico, ideale in forma scritta, non può essere ottenuto attraverso una semplice firma o di una lettura frettolosa di forma di testo minuscolo modo in sala operatoria, al contrario, la lingua deve essere accessibile (principio di informazioni adeguate); come questo può essere uno strumento di difesa contro l'accusa di negligenza, è di percepire una maggiore dignità della persona. Il consenso non è un irrevocabile e permanente (principio di reversibilità e temporalità) agire. Essa rileva che il fatto di aver informato consenso, di per sé, non esime dalla responsabilità al medico quando ci sono altri guasti adempiere i doveri di comportamento. (62,66,171)

6. Il medico deve ottenere sufficienti informazioni paziente anamnesi sui tipi di prodotti di droga che stanno ricevendo, loro dipendenza da caffè, tabacco da fiuto, sostanze psicotrope, alcool, droghe, allergie, interazioni farmacologiche e le reazioni avverse che si verificano alcuni tipi di farmaci o di sostanze .

7. Le indicazioni, noto anche come "Ricette medici" dovrebbero essere scritte in modo chiaro e leggibile, in modo che prima che il paziente lasci l'ufficio del medico dovrebbe spiegare in dettaglio come fare il trattamento, l'uso del tempo, effetti negativi o collaterali del farmaco. Quando una prescrizione (ricetta medico) assicurarsi la possibilità di leggerlo e capirlo, il paziente non deve rimanere in silenzio e dare analisi e le procedure devono essere spiegate. Essa dovrebbe anche richiedere il vostro indirizzo con telefono e fornire allo stesso tempo la propria in modo che in caso di qualsiasi evenienza si può comunicare. Esso dovrebbe incoraggiare il paziente è un partecipante attivo in ogni decisione, informare il medico senza riserve della condizioni, il trattamento, la dipendenza e gli altri considerano rilevanti.

8. Il medico è eticamente e legalmente al segreto di tutto ciò che vengono a sua conoscenza a causa o occasione per il suo esercizio. Segreto medico appartiene alla pratica della medicina e si impone per proteggere il paziente salvaguardare l'onore del medico, che è inviolabile e medici sono obbligati a non divulgarne il contenuto.

9. Creare strumenti utili per prevenire l'errore medico per portare a malcostume, quali:

A. Evitare un ambiente positivo e non cadere nel gioco di "trovare un colpevole."

B. Commenta l'errore interno e fa un analisi interdisciplinare di incidenti che hanno provocato e un'analisi della loro causa principale.

 C. Sviluppare discussioni oneste sulle questioni di biosicurezza, igiene, sicurezza ambientale e opzioni su tutti i livelli dell'organizzazione.

 D. Il medico deve avere familiarità con la storia medica e lo stato corrente del trattamento che riceve, prima di iniziare a trattarlo. È necessario comunicare ed educare i paramedici, i pazienti e le loro famiglie circa la malattia o condizione al fine di assicurare il success10. Per quanto riguarda la documentazione e registrazione: dobbiamo istituire sistemi di registrazione per gli errori di relazioni e documentazione di registrazione, l'efficienza operativa è aumentata così.

11. Evitare errori d'identità. Tutti i dati devono essere ordinati, scritti in modo leggibile a inchiostro su ogni pagina di storia, non cancellare o usare correttore liquido bianco (tipex®). Se viene fatto un errore, esso dovrebbe essere modificato al di fuori della pagina di storia, e tiene conto della corretta indicazione. Gli errori possono includere qualsiasi alterazione nelle maglie della squadra di salute, così come gli errori in termini di: diagnosi, farmaci, attrezzature, referti di laboratorio, i rapporti di radiologia, la chirurgia e gli altri.

12. L'infermiere può essere lo strumento migliore per ottimizzare il sistema sanitario ed evitare errori, questo può essere realizzato attraverso la creazione di un ambiente in cui tutti i dipendenti possono comunicare le eventualità che si verificano nella pratica medica senza sentirsi vittime di abusi verbali autorità che spesso esiste negli ospedali. Quando gli infermieri sentono che i loro superiori non rispondono alle loro preoccupazioni, non solo non riescono a segnalare gli incidenti e gli eventi avversi, ma cominciare a ignorare gli errori pericolosi; che incide inevitabilmente sulla salute del paziente.

13. Il medico deve superare l'imbarazzo che provoca un errore, perché impedisce di modificare il loro parere circa i loro errori, è considerato molto devastante in quanto rende la persona a sentirsi vulnerabile e talvolta addirittura degradato. Se il medico è in grado di vedere i loro difetti personali, lavorare con gli altri per riparare difetti del team di salute e riconoscere i propri errori e correggerli sarà molto difficile da superare la vergogna.

14. Alcuni farmaci generici non sono efficaci nei suoi effetti farmacologici come i farmaci di marca fabbricati in laboratori riconosciuti, ricorda che molti medici tendono a raccomandare equiparare i due gruppi di risultati in farmaci generici con marchi; ma quando i pazienti hanno confrontato lo stesso farmaco in due diverse case d'affari non si ottiene lo stesso risultato o l'effetto sulla sua condizione medica, mettendo il paziente in una situazione di pericolo. È necessario confrontare le formule di valutarne l'efficacia in quanto vi sono molti rapporti di aziende farmaceutiche internazionali che diluiscono i principi attivi di farmaci o medicinali, al fine di ottenere un vantaggio economico.

15. Non lasciare mai il paziente. C'è una nuova "cultura della fretta o fretta" nel medico / paziente / relazione temporale; per cui spesso non cerca di trovare qualità ma quantità ed è un pericoloso dannoso per la salute del paziente. Inesatti o rapida interrogatorio cui saltare importanti dettagli possono cedere il passo ad una diagnosi errata, che di conseguenza danno un cattivo trattamento. "Il migliore paziente è colui che è sveglio, consapevole, vigile e saggiamente vuole partecipare nella loro salute e la guarigione" (Mark Victor Hansen)

16. Per rafforzare la supervisione dei medici in formazione per rilevare e correggere gli errori nel tempo, infondo la sensibilità a questo tipo di problema, al fine di imparare come segnalare loro, discutere in un ambiente professionale e correggerli. Incoraggiare i principi di uguaglianza, libertà e fraternità.

17. Demistificare la "cultura tabù" su come evitare l'errore medico discredito al medico di colleghi, i pazienti e le famiglie, la promozione di un ambiente positivo sostenuto dai comitati di consulenza e di etica ospedalieri legali.

18. Le misure preventive in medicina trasfusionale e suggerimenti chirurghi per evitare di dimenticare di corpi estranei durante l'intervento chirurgico, è documentata nelle rispettive pagine.

19. Eseguire un "lista di controllo" in teatri come una semplice lista di controllo degli errori per controllare gli errori, è uno strumento progettato per ridurre gli errori causati da limitare l'utilizzo di memoria potenziale e la cura degli esseri umani, contribuirà a garantire la coerenza e la completezza in esecuzione di un compito e l'uso va dalla chirurgia, attraverso la rianimazione cardiopolmonare per verificare misure igieniche in unità di terapia intensiva. Esistono Questi cosiddetti "schemi di errore" anche sul computer quando dare una diagnosi e utilizza un programma intellettuale sulla base dei sintomi, i dati del paziente, e indica le probabili cause della condizione.o del trattamento e guarigione.

**CONSIDERAZIONI SPECIALI PER EVITARE ERRORI MEDICI DURANTE UNA GUARDIA MEDICA.**

       Alla fine, in guardie mediche devono soddisfare i pazienti più compromessa con i mezzi più precari, di tanto in tanto con il personale più inesperto, le ore più empi nei giorni in cui quasi nessuno lavora, e il caso particolare di chirurghi la lotta per il turno in sala operatoria di urgenza. In breve, si tratta di un duro, lavoro sgradevole, al momento sbagliato, mal pagati, poco interessante professionalmente, doloroso, che consuma molta energia mentale, fisica ed emotiva. Infine, un burnout personale e professionale; Molti studi sostengono che il lavoro tra 24-32 ore di durata facilita la commissione di errori di giudizio e aumenta la mortalità dei pazienti. Abbiamo cercato di riassumere i punti più importanti da considerare quando un medico sia su chiamata:

Osservare e chiedere: Prima di ogni dubbio, il medico dovrebbe essere l'orgoglio onesti e umili da parte e chiedere.

Rivedere la patologia prima che la guardia: Dare priorità emette emergenze mediche e chirurgiche.

Preparazione e tempestività: Siamo arrivati ​​presto darà la possibilità di soddisfare al meglio i pazienti e risparmio di tempo andando avanti ciò che è stato trattenuto.

Organizzazione: Si deve sapere la squadra e la gerarchia e le capacità ei limiti di ciascuno.

Informato: Una volta che l'assegnazione delle aree di lavoro dovrebbe cercare di arrivare a sapere tutto di loro pazienti. Non parli mai di letto "X" del paziente; Essi devono essere identificati per nome come questo minimizzerà il rischio di errore.

Istruzione: L'analisi e indagini diagnostiche dovrebbero mirare a confermare e non per la diagnosi, il medico deve analizzare il rapporto costi / benefici.

Consegna in servizio: Consegna di guardia deve essere effettuato in una versione aggiornata, scritta, organizzato come un censimento completo, al fine di evitare errori e ritardi colleghi.

Pancia piena, medico felice: evitare le lunghe ore di digiuno, cibo fornisce l'energia e la possibilità di socializzare con la squadra notizie informare, contingenze di riorganizzare ed evitare errori.

Non prenda "selfies" Essere molto attenti e rispettosi di video e fotografie durante la guardia, di solito farlo senza il consenso del paziente è considerato irrispettoso ed è punibile per legge e codici etici. Se il medico dovrebbe farlo per motivi di studio è necessario richiedere consenso volontario informato del paziente.

Un letto: dopo la lunga giornata di guardia il medico dovrebbe essere onesti con voi stessi e valorizzato; evitando i panini perché saranno più attenti e meno sonnolenta.

**Riferimenti bibliografici**

1.- Hofer T, Kerr E, Hayward R. What is an error? Effective Clin Pract.2000;3:1-10.

2.- Alvarado-Guevara A, Flores-Sandí G . Errores médicos. Acta Med Costarric. 2009;1:16-23.

3.- Lain, P. Historia de la medicina. España:Masson Edit; 2004.p.141.

4.- Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela. Gaceta Oficial de fecha 23 de Agosto de 1982 reformada en el año 2011 según Gaceta Oficial Nº 39823.

5.- Calva R. Bioética. México:Mc Graw Hill; 2006. p.112

6.- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. 22va Edición. Madrid:Espasa Calpe;2001.

7.-Vazquez –Frias J, Villalba P. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto?. An Med Mex.2011;56(1):49-57.

8.- Longa-Sosa J. Código Penal Venezolano Comentado y Concordado. Caracas Venezuela. Ediciones Libra S.A; 2001.p.506.

9.- Hernández N. De la responsabilidad jurídica del médico. Caracas, Venezuela: Editorial Ateproca; 1999. p. 400

10.- Leape L. Reporting of adverse events. N Engl J Med.2002;347:1633-1638.

11.- Leape L. Error in medicine. JAMA.1994;272:1851-1857.

12.- Lascariz G. Mala praxis. Responsabilidad del profesional en medicina. Med Leg Costa Rica.2000;17(1):1-5.

13.- Arteaga A. La culpabilidad en la teoría general del hecho punible.Caracas, Venezuela. Edit Juridica Alva; 2005.p.30.

14.- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med. 2003;348:1051-1056.

15.- Rivero O, Durante I. Tratado de ética médica. Mèxico:Trillas Editores; 2009.p.310

16.- Mendez-Quijada J. La relación médico paciente ¿mito o realidad? Caracas. Cuadernos de la Federación Médica Venezolana; 1994.p.26

17.- Brennan T. The Institute of Medicine report on medical errors –could it do harm? N Engl J Med.2000;342:1123-1125.

18.-Thomas N. Resident burnout. JAMA.2004;292(23):2880-2889.

19.- Gopal R, Glasheen J, Miyoshi T, Prochazka A. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. Arch Intern Med. 2005;165(22):2595-2600.

20.- Arteaga A. La responsabilidad penal del médico.Caracas:Imprenta Universitaria de la Universidad Central de Venezuela;1991.p.28.

21.- Bordin P, Da-Col P, Peruzzo P, Stanta G, Guralnik J, Cattin L. Causes of death and clinical diagnostic errors in extreme aged hospitalized people: a retrospective clinical-necropsy survey. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.1999; 54:M554-M559.

22.- Stelfox H, Palmisani S, Scurlock C, Orav E, Bates D. The”to err is human” report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care.2006;15:1748.

23.- Weingart S, McL Wilson R, Gibberd R, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ.2000;320(7237):774-777 .

24.- Blanco M, Hernandez O, Bosch R, Moreno M. Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. Rev Cuba Med. 2002;31(2):104-109.

25.- Wilson R, Harrison B, Gibbert R, Hamilton J. An analysis of the causes of adverse events from the quality in Australian Health Care Study. MJA.1999;170:411-415.

26.- Suresh G, Horbar J, Plsek P, Gray J, Edwards W, Shiono P, Ursprung R, Nickerson J, Lucey J, Goldmann D. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. Pediatrics.2004;113(6):1609-18.

27.- Osmon S, Harris C, Dunagan C. Reporting of medical errors: An intensive care unit experience. Crit Care Med.2004;32:727-733.

28.- Thomas E, Studdert D, Burstin H. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care.2000;38:261-71.

29.- Hayward R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. JAMA. 2001;286(4):415-420.

30.-Pierluissi E, Fischer M, Campbell A, Landefeld S. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. JAMA. 2003;290(21):28238-2842.

31.- Cibeira J. Medicina y bioética en el siglo XXI. Buenos Aires: Ed.Lumier; 2004. p.126-127.

32.- Rodríguez P. Responsabilidad médica y hospitalaria. Madrid: Editorial Bosch; 2004.p. 371..

33.- <http://www.ccsc.com.ve/en-linea/blog-medico/243--dispraxis-medica-o-alteracion-de-la-practica-medica> revisado el 24 de Mayo del 2015 a las 5:29pm

34.-http://www.anestesiaenmexico.org/RAM9/RAM2007-19-2/003.html revisado el 24 de mayo del 2015 a las 5:54pm

35.- Martín-Polo R. El error en medicina. 1ra Ed. Madrid: Editorial Cultiva Libros S.L; 2011.p. 288

36.- Garay E. Responsabilidad del médico, del establecimiento asistencial y de las obras sociales. Manual de jurisprudencia. Editorial La Ley; 2005.p.97-100.

37.- Wagner G P. Iatrogenia. Diagnóstico.2004;43-5.

38.- Chuck Sepúlveda J. Bioética en pediatría. México: Editorial Manual Moderno;2015.p.232

39.-http://mblogdoc.blogspot.com/2010/01/iatrogenia-diagnostica-y-terapeutica.html?m=1 revisado el 24 de mayo del 2015 a las 2:01pm

40.- Carrillo R. Incidentes críticos y error en la atención médica: ¿Es el médico o es el sistema? Med Int Mex. 2011;27(3):284-293.

41.- Vermeulen M, Schull M. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. Stroke.2007;38(4):1216-1221.

42.- Edlow J, Malek A, Ogilvy. Aneurismal subaracnoid hemorrhage: update for emergency physicians. Journal of Emergency Medicine. 2008;34(3):237-251.

43.- Bø S, Davidsen E, Gullbrandsen P, Dietrichs E. Acute headache: a prospective diagnostic work-up of patients admitted to a general hospital. European Journal of Neurology. 2008;15(12):1293-1299.

44.- Smith M, Forster H. Morally managing medical mistakes. Camb Q Healthc Ethics. 2000;9:38-53.

45.- Pérez-Tamayo R. Humanismo y medicina. Gaceta Médica de México.2013; 149: 349 – 53.

46.- Jimenez J. Gregorio Marañón: el regreso del humanismo. Madrid:Editorial Egartorre; 2006.p.500

47.-<http://www.consejosdetufarmaceutico.com/medicina-defensiva-un-concepto-de-actualidad/> revisado el 25 de mayo del 2015 a las 8:00pm

48.- Herbert P, Levin A, Robertson G. Bioethics for clinicians, 23: Disclosure of medical error. CMAJ. 2001;164(4):509-513.

49.- Código Penal Venezolano. Gaceta Oficial Nº 36920 del 28 de Marzo del 2000 extraordinaria.

50.-Código de Deontología Médica. Federación Médica Venezolana. Aprobado en la CXXXIX Reunión Etraordinaria de la Asamblea 18 y 19 de Octubre 2003 Barquisimeto Estado Lara. Venezuela.

51.- Stainsby D. Errores en medicina transfusional. Anesthesiology Clin N Am. 23(2005): 253-261.

52.- Ley Orgánica para La Protección de niños, niñas y adolescentes. Gaceta Oficial 5.859 extraordinaria 10 de Diciembre del 2007.

53.- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela extraordinaria del viernes 24 de Marzo del 2000. Gaceta Oficial 5453.

54.- Di Martino V, Musri M. Guidance for the prevention of stress and violence at the workplace. Ministry of human resources Malaysia. Kuala Lumpur. Department of Occupational safety and Health Malaysia; 2001.p.27

55.- Gray P. Combatir los malos tratos. Nursing. 2000;8:1-10.

56.- Benitez-Guerra G. Violencia Obstétrica. Revista de la Facultad de Medicina. 2008;(31):1.

57.- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial Nº 38668 del 23 de abril del 2007.

58.- Toro Merlo J, Zapata L. Reseña de las Jornadas el ginecobstetra ante la Ley Orgànica sobre el Derecho a las mujeres a una vida libre de violencia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007;67:213-214.

59.- Lopez Sixto. Etica y Deontología médica. España: Edit Marban; 2011.p.474-487

60.- Burton J, Underwood J. Clinical educational and epidemiological value of autopsy. Lancet. 2007; 369:1471-80.

61.- Cortés A, Botero M, Carrascal E, Daza Y, Donado P. Concordancia entre el diagnóstico clínico y hallazgos de autopsia en dos períodos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colomb Med. 2004;35:139-144.

62.- Nuckols T, Bhattacharya J, Wolman D, Ulmer C, Escarce J. Cost implications of reduced work hours and workloads for resident physicians. N Engl J Med. 2009;360(21):2202-2215.

63.- Lockley S, Barger L, Ayas N, Rothschild J, Czeisler C, Landrigan C. Harvard Work Hours, health and safety group. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33(11):7-18.

64.- Rosen I, Gimotty P, Shea J, Bellini L. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy and burnout among interns. Acad Med. 2006;81(1):82-85.

65.- Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. J Nurs Manage.2003;11(2):130-140.

66.-Irving J. The cider house rules. Thorndike Press.2000. 973pp.

67.-http://actualidad.rt.com/actualidad/173864-experimentos-macabros-humanos-eeuu revisado el 25 de mayo del 2015 a las 9:27am

68.-http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedades/comunicado-rockefeller-johns-hopkins-tras-los-terribles-experimentos-humanos-en-victimas-guatemaltecas\_jHkRHElunmoN8Uyoh8xYQ6/ revisado el 25 de mayo del 2015 a las 9:09am

69.- Leape L, Epstein A, Hamel M. A series on patient safety. N Engl J Med. 2002;347:1272-4.

70.- Rosner F, Berger J, Kark P, Potash J, Bennett A. Disclosure and prevention of medical errors. Arch Intern Med.2000;160:2089-2092.

71.- Berstein P. Lo primero es no dañar. Argentina. Ediciones D&D; 2007.p.208

72.- Mitka, M. Saying sorry. JAMA.2005;294(18):2292.

73.- http:www.sorryworks.net revisado el 25 de mayo del 2015 a las 10:13am

74.- [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar) revisado el 25 de mayo del 2015 a las 10:15 am

75.- Bürgesser M, Camps D, Calafat P, Diller A. Discrepancias entre diagnósticos clìnicos y hallazgos de autopsias. Fundación Revista Medicina.2011;71(2):11-18.

76.- Hull M, Nazarian R, Wheeler A, Black-Shaffer W. Resident physician opinions on autopsy importance and procurement. Hum Pathol.2007;38(2):342-50.

77.- Roulson J, Benbow E, Haselton P. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology, a meta-analisis and review. Histopatology. 2005,47:551-9.

78.- Sanchez J, Tamayo T, Campos E, Hernandez L, Rivera A. Medicina defensiva en México. Una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Ciruj.2005; 73(3):201-208.

79.- Silva H. Medicina Legal y psiquiatría forense. Psiquiatría forense Tomo II, Editorial Jurídica de Chile:1995.p.587-588.

80.- Rothschild J, Landrigan C, Cronin J. The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med.2005;33(8):1694-1700.

81.- Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung C. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med. 1995;23:294-300.

82.- Kane S, Weber R. Principles and practices of medication safety in the ICU. Crit Care Clin.2006;22:273-90.

83.- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B. Errors in administration of parental drugs in intensive care units: multinational prospective study. BMJ.2009;338:b814.

84.- Fahimi F, Ariapanah P, Faizi M, Shafaqhi B, Namdar R. Errors in preparation and administration of intravenous medication in the intensive care unit of a teaching hospital: an observational study. Aust Crit Care.2008;21(2):110-116.

85.- Kim A, Fullerton H, Johnston S. Risk of vascular events in emergency department patients discharged home with diagnosis of dizziness or vertigo. Annals of Emergency Medicine.2011;57(1):34-41.

86.- Falco F, Sterzi R, Toso V. The neurologist in the emergency department. An Italian nationwide epidemiological survey. Neurological Sciences.2008;29(2):67-75.

87.- Domen P, Hofman P, Van Santbrink H, Weber W. Predictive value of clinical characteristics in patients with suspected cauda equine syndrome. European Journal of Neurology.2009;16(3):416-419.

88.- Petkar S, Cooper P, Fitzpatrick A. How to a avoid a misdiagnosis in patients presenting with transient loss of consciousness. Postgraduate Medical Journal. 2006;82(972):630-641.

89.- Royl G, Ploner C, Leithner C. Dizziness in the emergency room: diagnoses and misdiagnoses. European Neurology.2011;6(5):256-263.

90.- Cheung C, Mak P, Manley V. Predictors of important neurological causes of dizziness among patients presenting to the emergency department. Emergency Medicine Journal.2010;27(7):517-521.

91.- Edlow J, Selim M. Atypical presentations of acute cerebrovascular syndromes. The Lancet Neurology.2011;10(6):550-560.

92.- Kothari D, Gupta S, Sharma Ch, Kothari S. Medication error in anaesthesia and critical care: A cause of concern. Indian J Anesth.2010;54(3):187-192.

93.- Yamamoto M, Ishikawa S, Makita K. Medication errors in anesthesia: An 8 years retrospective analysis at an urban university hospital. J Anesth.2008;22:248-52.

94.- Merry A, Webster C, Mathew D. A new, safety oriented, integrated drug administration and automated anaesthesia record system. Anesth Analg. 2001;93:385-90.

95.- Jenson L, Merry A, Webster C, Weller J, Larson L. Evidence based strategies for preventing drug administration errors during anaesthesia. Anaesthesia.2004;59:493-504.

96.- Orser B, Chen R, Yee D. Medication errors in anaesthesic practice, a survey of 687 practitioniers. Can J Anesth.2001; 48:139-46.

97.- Stabile M, Webster C, Merry A. Medication administration in anaesthesia. Time for a paradigm shift. APSF Newsletter 2007;22:44-7.

98.- Merali R, Orser B, Leeksma A, Lingard S, Belo S, Hyland S. Medication safety in the operating room: Teaming up to improve patient safety. Healthc Q 2008;11:54-7.

99.- Campaña G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Cómo prevenirlos. Parte III. Cuerpos extraños retenidos. Rev Chil Cirug.2006;58:390-2.

100.- Hussain E, Kao E. Medication safety and transfusion errors in the ICU and beyond. Crit Care Clin.2005;21(1):91-110.

101.- Stainsby D, Jones H, Milkins C. Serious hazards of Transfusion (SHOT). Steering Group. In: Serious hazards of Transfusion Annual Report 2003. Manchester (England): SHOT Office; 2004.

102.-Hickson B, Federspiel F, Pichert W. Patient complaint and malpractice risk. JAMA.2002;287:2951-2957.

103.- McNutt R, Abrams R, Aron D. Patient safety efforts should focus on medical errors. JAMA.2002; 287(15):1997-2001.

104.- Croskberry P. The feedback sanction. Acad Emerg Med.2000;7:1232-1238.

105.-Kessler P, Sage M, Becker J. Impact of malpractice reforms on a supply of physician services. JAMA.2005; 293:2618-2625.

106.- DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Elsevier Masson;2001.p.133

107.- Rosenthal M. Medical errors and Medical Narcissism. N Engl J Med. 2005;353:324.

108.- Cragno A, Garcia Dieguez M. La seguridad del paciente, error médico y educación médica. Marzo 2009. IIE. Academia Nacional de Medicina Buenos Aires.

109.- Zimbardo P. The Lucifer effect. How good people turn evil. Ebury Publishing;2011.p.576

110.-Gallagher T, Waterman A, Ebers A, Fraser V. Patient`s and physicians attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA.2003;289(8):1001-1007.

111.- Orlander J, Barber T, Fincke B. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. Acad Med.2002;77:1001-1006.

112.- Kaldjian L, Rosenthal G, Forman- Hoffman V, Jones E, Wu B, Levi B. Do faculty and resident physicians discuss their medical errors? J Med Ethics. 2008;34(10):717-722.

113- Gallagher T, Garbutt J, Waterman A. Choosing your words carefully how physicians would disclose harmful medical errors to patients. Arch Intern Med. 2006;166:1585.

114.- Blendon R, DesRochies C, Brodie M. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med.2002;347:1933-1940.

115.-http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2010-11-13/la-medicina-defensiva-como-los-medicos-evitan-las-demandas\_239995/ revisado el 25 de mayo del 2015 a las 9:27pm

116.- Garcia Hernández T. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. Editorial La Ley Actualidad;1999. p.472

117.-Infante C. Quejas Médicas. México:Editores de Textos Mexicanos; 2006.p.2-20

118.- Código Civil de Venezuela. Gaceta Nº 2.990 Extraordinaria del 26 de julio de 1982

119.-Hampton T. Payments for adverse events. JAMA.2006; 296:1958.

120.- Krant A. Los derechos de los pacientes. Ed Abeledo-Perrot;1997.p.188-190

121.- <http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE/31.pdf> revisado el 30/5/15 a las 7:24pm

122.- [www.101waystopreventerrors.com](http://www.101waystopreventerrors.com) revisado el 25 de mayo 2015 a las 9:10pm

123.- Lopez M, Bacca I, Garcia C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. Revista Colombiana de Gastroenterología.2004;19(1):1-2

124.- Kumar S. Fatal care: Survive in the U.S. Health System. Minneapolis: Igi Press;2008.

157.- Leape L. Unnecessary surgery. Annu Rev Public Health.1992; 13:363-383.

158.- Gerberding J. Hospital-onset infections: A patient safety issue. Ann Intern Med. 2002;137:665-670.

159.- Burke J. Patient safety: Infection control: A problem for patient safety. N Engl J Med.2003; 348:651-656.

160.- Wheeler S, Wheeler D. Medication error in anaesthesia and critical care. Anaesthesia.2005;60:257-73.

161.- Abeyasekhra A, Bergman I, Kluger M, Short T. Drug error in anaesthesia practice: A review of 896 reports from the Australian incident monitoring study database. Anaesthesia.2005;6:220-7.

162.- Webster C. The iatrogenic-harm cost equation and new technology. Anaesthesia.2005;60:843-6.

163.- Volpp K, Grande D. Residents`suggestions for reducing errors in teaching hospitals. N Engl J Med.2003; 348:851-855.

164.- Leape L, Lawthers A, Brennan T Preventing Medical Injury. Qual Rev Bull. 1993;19(5):144-149.

165.- Vidal Y. How to prevent a hospital from killing you. St.Louis: Lara Publications;2013.

166.-Leape L, Woods D, Hatlie M, Kizer K, Schroeder S, Lundberg G. Promoting patient safety by preventing medical error. JAMA.1998;280(16):1444-1447.

167.-Vicent A, Coulter A. Patient safety: What about the patient? Qual Saf Health. Care 2002;11:76-80.

168.- <http://vravus.com/felac/boletin_8_2_b.html> revisado el 30/5/2015 a las 6:59pm

169.- Oropeza-Olivo M. Percepción de los médicos sobre responsabilidad penal en su ejercicio profesional. Facultad de Ciencias Juridicas y Políticas. Escuela de Derecho. Universidad Central de Venezuela.2012.p.27

170.- Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F, Santacruz M, Hernández M, Kuri P.Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la comisión nacional de arbitraje médico 1996-2007. Salud Pública de México.2009;51:2

171.- Campos M. Morbilidad derivada de gasas olvidadas en los actos quirúrgicos. Rev CONAMED.2008;13 Supl 1:5-11.

172.- <http://www.aamrcg.com.ar/revista/v13n2/09_educacion_OBLITOS.pdf>

Consultado el 2 de Julio del 2015 a las 10:01pm

173.- García de Enterría E, Alonso M, Bastida F, Calvo M. Responsa iurisperitorum digesta. Vol II.España:Ediciones Universidad Salamanca;2001.p.291

174.- <http://www.derechos.org.ve/2014/05/27/notitarde-colegio-de-medicos-crisis-asistencial-por-falta-de-insumos-en-hospitales/> revisado el 30/05/2015 a las 9:05pm

175.- Czeisler C, Lockley S, Landrigan C. Current resident work hours: too many or not enough? JAMA.2002;287:1802-3.

176.- Baldwin D Jr, Daugherty S. Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second- year residents. Sleep. 2004;27:217-23.

177.- Lewis F Jr. Should we limit resident work hours Ann Surg.2003;237:458-9.

178.- Landrigan C, Rothschild J, Cronin J. Effect of eliminating extended work shifts and reducing work hours on serius medical errors among interns in intensive care units. N Engl J Med.2004; 351:1838-1848.

179.- Steinbrook R. The debate over resident`s work hours. N Engl J Med. 2002;347:1296-302.

180.- Buysse D, Barzansky B, Dinges D. Sleep, fatigue, and medical training: setting an agenda for optimal learning and patient care. Sleep.2003;26:218-25.

181.- Drazen J, Epstein A. Rethinking medical training — the critical work ahead. N Engl J Med.2002;347:1271-2.

182.- Parra Urdaneta Patricia M. Sindrome de Desgaste Profesional (Burnout) en médicos cursantes de postgrado de la Facultad de Medicina de la U.L.A. Mérida: Trabajo Especial de Grado para la obtención del título de psiquiatra.Universidad de Los Andes; 2012.

183.- Statement of justification/impact for the Final Approval of Common Standards Related to Resident Duty Hour. Chicago, Ill: ACGME; 2003. URL [http://www.acgme.org/DutyHours/impactStatement.pdf revisado el 30/5/15](http://www.acgme.org/DutyHours/impactStatement.pdf%20revisado%20el%2030/5/15) a las 10:06pm

184.- Campbell Black H, Nolan J , Nolan-Haley J. Black`s Law Dictionary. Staff Editorial. Minnesota: West Publishing CO; 1990.

185.- Yungano-Lopez B, Poggi B. Responsabilidad profesional de los médicos. Cuestiones civiles, penales, médico-legales y deontológicas. 2da Edición. Buenos Aires: Editorial Universidad;1986.p.370

186.- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK61963/

187.- https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/2

188.- https://faculty.unlv.edu/ccochran/HCA\_701/Phys\_attitudes\_errors.pdf

189.- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219725/

190.- http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-error-medico-evitable-e-inevitable-10885

191.- http://drgoliamiguel.blogspot.com/2010/03/medicos-lo-importante-reconocer-el.html

192.- https://books.google.co.ve/books?id=3fruTTDKENoC&pg=PA152&lpg=PA152&dq=THE+TRIAL+AGAINST+THE+LEGAL+MEDICAL+ERROR&source=bl&ots=Q6pwChrCgr&sig=xF2zvvyf5PFw7GAm\_ABynieEFwE&hl=es&sa=X&ved=0CGMQ6AEwCGoVChMI0uqdgZf1yAIVCUAmCh1qXAhV#v=onepage&q=THE%20TRIAL%20AGAINST%20THE%20LEGAL%20MEDICAL%20ERROR&f=false

193.- http://medicinalegalaldia.blogspot.com/2007/10/el-homicidio.html

194.- http://www.abogados-leyes.com/negligencia-medica.html

195.- http://www.negligenciamedica.com/informacion-sobre-negligencia/que-es-una-negligencia-medica

196.- http://www.binasss.sa.cr/revistas/mlcr/v5n2-41988/art3.pdf

197.- http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3501-03-00781.pdf

198.-

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071793082003000300008&script=sci\_arttext

199.-

http://earchivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/19232/dario\_parra\_tesis.pdf?sequence=1

200.- http://www.terragnijurista.com.ar/doctrina/mala\_praxis.htm

201.- http://www.cochranfirm.com/practice-areas/medical-malpractice-lawyers/

202.- http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/medicina-defensiva

203.- http://es.slideshare.net/negligencia/auditora-mdica-basada-en-evidencias-y-normas-legales

204.- ebdelprofesor.ula.ve/medicina/pacap/bioetica/error\_medicina/materiales\_error\_medico/ERROR\_EN\_MEDICINA\_COMO\_MANEJARLO.pdf

205.- http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v19n2/v19n2a07

206.- http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm

207.- http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc084o.pdf

208.- http://www.afirma.com/physicians/why-afirma/reduce-unnecessary-surgeries/

209.- http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/07/10/unnecessary-surgeries.aspx

210.- http://paulandperkins.com/types-of-malpractice/anesthesia-errors/

211.- https://www.osha.gov/SLTC/medicalsurveillance/

212.- <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/index.html>

213.- http://medical-malpractice.lawyers.com/do-i-have-a-medical-malpractice-case.html

214.- http://theoncologist.alphamedpress.org/content/6/1/92.full

215.- http://www.theguardian.com/commentisfree/2014/nov/26/doctors-transparency-mistakes-best-medicine-admit-heroic-house

216.- http://www.psychologicalscience.org/index.php/news/releases/is-modern-medicine-ill-with-dehumanization-new-article-offers-a-diagnosis-unveils-its-causes-and-prescribes-a-humanizing-cure.htm

217.- http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\_B.Def.pdf

218.- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779963/

219.- http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1997/3/2/El%20oblito%20quirurgico%20y%20la%20responsabilidad.pdf

220.- http://www.prospects.ac.uk/hospital\_doctor\_job\_description.htm

221.- http://www.webmd.com/cancer/features/get-right-diagnosis

222.- http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/10818708/Junior-doctors-are-still-working-100-hour-weeks-despite-European-laws-BMA.html

223.- http://www.workforcesoftware.com/resources/labor-laws/resident-duty-hours/

224.- <https://www.bostonglobe.com/lifestyle/health-wellness/2013/04/09/brigham-and-women-publishes-stories-medical-errors-focus-staff-attention-solutions/heFVdgGnLc2O9QqL1eiMnN/story.html>

225.- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709172/

226.- http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-fatigue-syndrome/basics/definition/con-20022009

227.- <http://www.monografias.com/trabajos11/burn/burn.shtml>

228.- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496871/>

229.-

http://www.gmcuk.org/guidance/good\_medical\_practice/duties\_of\_a\_doctor.asp