

■ Editorial ■ *Editorial*

Arbitraje Médico: mecanismo alternativo para una solución especializada, imparcial y confidencial de controversias

Medical Arbitration: specialized, impartial and confidential mechanism for alternative dispute resolution

María del Carmen Dubón Peniche

■ Artículos Originales ■ *Original Articles*

Análisis de Controversias en Arbitraje Médico

Analysis of Disputes in Medical Arbitration

María del Carmen Dubón Peniche, María Eugenia Romero Vilchis

Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas

Analysis of adverse events in hospital facilities in adults by age and gender

Luis Alberto Villanueva Egan, Javier Rodríguez Suárez, José Joel Lucero Morales

Variabilidad interobservador en la evaluación de cardiotocogramas intraparto y su efecto en las decisiones clínicas: un tema de seguridad en la atención obstétrica

Inter-examination variation in the evaluation of intrapartum cardiotocograms and its effect in clinical decisions: an issue of security in obstetrician care

Luis Alberto Villanueva Egan, Alejandra Grajeda Campa

Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público

Perception of adherence to the Patient's Bill of Rights: 8 years experience in a public hospital

María de la Luz Casas Martínez, Emilia Guadalupe Zepeda López

■ Artículos de Revisión ■ *Review Articles*

Mecanismos alternativos de solución de controversias en la prestación de servicios de salud

Alternative mechanisms for dispute solutions in the provision of health services

Luis Eduardo Bustamante Leija, Víctor Manuel Maldonado Camargo, Cecilia González Anaya, Rafael Gutiérrez Vega

■ Artículos de Opinión ■ *Opinion Articles*

Los pequeños grandes detalles de la Seguridad del Paciente

The great small details of Patient Safety

Jorge A. Pérez Castro y Vázquez, Carlos Manuel Castillo Vázquez, Mario Antonio Domínguez de la Peña, Isay Besalel Jiménez Díaz, Arturo Rueda Rodríguez

Importancia de los artículos de Casos CONAMED para el estudiante de medicina

Significance of articles about CONAMED Cases to the Medical Student

Rafael Álvarez Cordero

■ Caso CONAMED ■ *CONAMED Case*

Fractura de Tobillo

Fractured Ankle

Jorge Muñoz Gutiérrez, Luis Eduardo Bustamante Leija, Juan Francisco Aguirre Córdova, Silvia Orozco Garibay, María del Carmen Dubón Peniche

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Con una periodicidad trimestral, publica artículos en idiomas español e inglés, que favorezcan un mejor entendimiento de la Medicina, Enfermería, Derecho y profesiones afines, para la prevención y atención del conflicto derivado del acto médico: seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, formación de profesionales de la salud y el derecho, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

Los textos propuestos a la Revista deberán cumplir con los lineamientos establecidos en las Instrucciones para Autores (cuya versión detallada se encuentra disponible en <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf>) serán sometidos al proceso doble ciego de revisión por pares y a la aprobación del Consejo y Comité Editoriales, que evaluarán el contenido de cada material, dictaminarán en un periodo no mayor a 45 días y se notificará al autor de contacto sobre el resultado de dicho dictamen.

- Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual consta de:
- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras; título en español corto, no mayor a 7 palabras.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales
- Nombre, descripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (Autor de contacto).
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del vocabulario de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y del Medical Subject Headings del Index Medicus.

- Las referencias bibliográficas deben cumplir los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas). Cuadro 1.

Secciones de la Revista CONAMED:

Editorial, Artículos Originales, Artículos de Revisión, Artículos de Opinión, Cartas al Editor, El caso CONAMED, Recomendaciones, Noticias CONAMED.

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en formato digital, por vía correo electrónico, en disquete de 3 1/2 o CD. Los cuadros y las figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™, Excel™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las Instrucciones para Autores, disponibles en la página web de CONAMED.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista CONAMED

Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8.
Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020 México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106 o (55)5420-7103.
Fax: (55)5672-1127.
revista@conamed.gob.mx.

TIPO DE PUBLICACIÓN	EJEMPLO
Revistas	Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev CONAMED. 2007 Abr-Jun; 12: 8-12.
Revistas, más de 6 autores	Rivera-Hernández ME, Rosales-Delgado F, Aguirre-Gas HG, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en los servicios de urgencias. Rev CONAMED. 2007 Jul-Sep; 12: 4-23.
Revistas, volumen con suplemento	Rivas-Espinosa JG, Álvarez-Sanvicente ME, Cruz-Santiago C, Martínez-Salamanca FJ, Aguilera-Rivera M, Ibáñez-Chávez D. Etiquetas diagnósticas en pacientes hospitalizadas con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 2: 23-29.
Libros	Luna-Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. México: CONAMED; 2008.187 p.
Capítulos de libros	García-Torices LM, Martínez-López S. Comunicación educativa: enfoques. En: Tena-Tamayo C, Hernández-Orozco F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. 2ª ed. México: Prado; 2007. p. 257-272.
Documentos con formato electrónico	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (México). Consentimiento válidamente informado. Conclusiones. [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip .
Página web académica	Instituto de Investigaciones Epidemiológicas [Internet]. Seguridad del paciente y error en medicina. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina; 2001. [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/ .
Publicación dentro de una página web	Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. México: CONAMED; c2007. [actualizado 18-06-2010; acceso 30-08-2010]. Fajardo-Dolci G. La certificación de médicos generales es uno de los medios para garantizar la calidad de la atención médica en el país. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/prensa/2010/&destino=cert_medicos_grales.php&seccion=79 .
Blogs académicos	Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt. 2003 Oct - .[acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.thehealthcareblog.com/the_health_care_blog/ .
Normas y leyes (Dos ejemplos)	a) Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-168-SSA1-1998. México: Secretaría de Salud; 1998. [acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf . b) Secretaría del Medio Ambiente (México). Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999.
Jurisprudencia	Suprema Corte de Justicia de la Nación (México). Transparencia y acceso a la información pública gubernamental. El artículo 14, fracción I, de la ley federal relativa, no viola la garantía de acceso a la información. Tesis 2a. XLIII/2008, tesis aislada. En: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9a época. t. XXVII, abril 2008. p. 733. Registro IUS: 169772. Disponible en: http://200.38.163.161/UnaTesisInkTmp.asp?nlus=169772

Cuadro 1. Ejemplos de la forma de citar las referencias bibliográficas, tipos de publicación más frecuentes.

CONTENIDO*Editorial*

- Arbitraje Médico: mecanismo alternativo solución especializada, imparcial y confidencial de controversias99**
María del Carmen Dubón Peniche

Artículos Originales

- Análisis de Controversias en Arbitraje Médico 100-108**
María del Carmen Dubón Peniche, María Eugenia Romero Vilchis

- Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas109-113**
Luis Alberto Villanueva Egan, Javier Rodríguez Suárez, José Joel Lucero Morales

- Variabilidad interobservador en la evaluación de cardiotocogramas intraparto y su efecto en las decisiones clínicas: un tema de seguridad en la atención obstétrica..... 114-119**
Luis Alberto Villanueva Egan, Alejandra Grajeda Campa

- Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público120-125**
María de la Luz Casas Martínez, Emilia Guadalupe Zepeda López

Artículos de Revisión

- Mecanismos alternativos de solución de controversias en la prestación de servicios de salud126-129**
Luis Eduardo Bustamante Leija, Víctor Manuel Maldonado Camargo, Cecilia González Anaya, Rafael Gutiérrez Vega

Artículos de Opinión

- Los pequeños grandes detalles de la Seguridad del Paciente130-135**
Jorge A. Pérez Castro y Vázquez, Carlos Manuel Castillo Vázquez, Mario Antonio Domínguez de la Peña, Isay Besalel Jiménez Díaz, Arturo Rueda Rodríguez

- Importancia de los artículos de Casos CONAMED para el estudiante de medicina136-139**
Rafael Álvarez Cordero

Caso CONAMED

- Fractura de Tobillo140-144**
Jorge Muñoz Gutiérrez, Luis Eduardo Bustamante Leija, Juan Francisco Aguirre Córdova, Silvia Orozco Garibay, María del Carmen Dubón Peniche

CONTENTS*Editorial*

- Medical Arbitration: specialized, impartial and confidential mechanism for alternative dispute resolution99**
María del Carmen Dubón Peniche

Original Articles

- Analysis of Disputes in Medical Arbitration 100-108**
María del Carmen Dubón Peniche, María Eugenia Romero Vilchis

- Analysis of adverse events in hospital facilities in adults by age and gender109-113**
Luis Alberto Villanueva Egan, Javier Rodríguez Suárez, José Joel Lucero Morales

- Inter-examination variation in the evaluation of intrapartum cardiotocograms and its effect in clinical decisions: an issue of security in obstetrician care 114-119**
Luis Alberto Villanueva Egan, Alejandra Grajeda Campa

- Perception of adherence to the Patient's Bill of Rights: 8 years experience in a public hospital120-125**
María de la Luz Casas Martínez, Emilia Guadalupe Zepeda López

Review Articles

- Alternative mechanisms for dispute solutions in the provision of health services126-129**
Luis Eduardo Bustamante Leija, Víctor Manuel Maldonado Camargo, Cecilia González Anaya, Rafael Gutiérrez Vega

Opinion Articles

- The great small details of Patient Safety130-135**
Jorge A. Pérez Castro y Vázquez, Carlos Manuel Castillo Vázquez, Mario Antonio Domínguez de la Peña, Isay Besalel Jiménez Díaz, Arturo Rueda Rodríguez

- Significance of articles about CONAMED Cases to the medical student136-139**
Rafael Álvarez Cordero

CONAMED Case

- Fractured Ankle140-144**
Jorge Muñoz Gutiérrez, Luis Eduardo Bustamante Leija, Juan Francisco Aguirre Córdova, Silvia Orozco Garibay, María del Carmen Dubón Peniche

Editor

Dr. José Meljem Moctezuma

Editor Adjunto

Dr. Javier Rodríguez Suárez

Editor Invitado

Dra. María del Carmen Dubón Peniche

Consejo Editorial

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Lic. Juan Antonio García Villa

Dr. Héctor Robledo Galván

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Lic. Bertha Laura Hernández Valdés

Lic. Esther Vicente González

Lic. Raymunda Guadalupe Maldonado Vera

Lic. Joseba Andoni Gutiérrez Zurita

Dra. Mahuina Campos Castolo

Comité Editorial

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Jesús Tristán López

Academia Nacional de Pediatría, México

Dr. Miguel A. Rodríguez Weber

Academia Nacional de Pediatría, México

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Facultad de Medicina, UNAM, México

Mtra. Dolores Zarza Arizmendi

Escuela Nacional de Enfermería y

Obstetricia, UNAM, México

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Secretaría de Salud, México

Mtro. Severino Rubio Domínguez

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Rafael M. Navarro Meneses

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, México

Dr. Heberto Arboleya Casanova

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca

Secretaría de Salud, México

Dr. Maximiliano De León González

Asociación Mexicana de Editores de

Revistas Biomédicas, México

Dr. Carlos Jiménez Gutiérrez

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México

Dr. Pedro Gutiérrez Castellón

Instituto Nacional de Pediatría, México

Dra. Aurora Del Río Zolezzi

Centro Nacional de Equidad de Género y

Salud Reproductiva, México

Dra. Viridiana Garbea Chávez

Instituto Nacional de Perinatología, México

Dr. Bremen De Mucio

Centro Latinoamericano de Perinatología, Uruguay

Martie Hatlie

Asociación para la Seguridad del Paciente, E.E.U.U

Dr. José Antonio Supo Condori

Sociedad Peruana de Bioestadística, Perú

Registrada en los siguientes índices:



www.dgb.unam.mx/index.php/catalogos



www.imbiomed.com.mx



www.index-f.com/busquedas.php

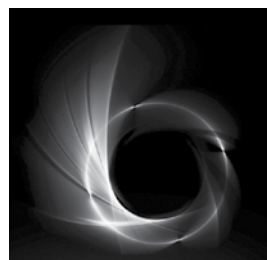


www.latindex.org



<http://lilacs.bvsalud.org/es/>

Agradecemos la traducción de
nuestros abstracts a



ELITE Translations, S.A de C.V.
ventas@elite-translations.net
Tel. (0155) 90-00-19-31

Diseño y Producción

Lic. Gloria Flores Romero
Berta Bermúdez Aguilar

Diseño original de portada

LDG. Mónica Sánchez Blanco



<http://dialnet.uniroja.es/>



www.artemisaenlinea.org.mx



<http://bvs.insp.mx>



www.ebsco.com

Certificado
ISO 9001-2008



Miembro de la Asociación
Mexicana de Editores de
Revistas Biomédicas

Procedimiento Editorial

Dra. Mahuina Campos Castolo
Lic. Araceli Zaldivar Abad

Servicio Social

David Juárez Silva

Arbitraje Médico: mecanismo alternativo solución especializada, imparcial y confidencial de controversias

Medical Arbitration: specialized, impartial and confidential mechanism for alternative dispute resolution

Actualmente, la mayoría de las legislaciones a nivel internacional contemplan la institución del arbitraje como mecanismo idóneo para la solución de conflictos.

El arbitraje médico, representa una oportunidad versátil para alcanzar fórmulas nuevas que pongan fin a los diferentes entre usuarios y prestadores de los servicios, buscando contribuir al fortalecimiento de una cultura de solución pacífica de los litigios.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico ha sido precursora en la materia, sobresaliendo su carácter especializado, pues por su naturaleza fue creada para atender controversias, ofreciendo un ambiente seguro, ágil y confidencial, siendo otros elementos de importancia la gratuidad de sus servicios, así como la reducción en cuanto a la duración de los procedimientos.

El concepto de arbitraje médico ha sido acuñado en México y hoy en día, CONAMED representa alto beneficio para la ciudadanía, pues ofrece un mecanismo eficaz para la solución de los conflictos médico-paciente, plenamente reconocido por sus disposiciones reglamentarias y con fundamento en el máximo orden jerárquico normativo del derecho mexicano. La Revista presenta un artículo analizando el cumplimiento de las obligaciones de medios, de seguridad y de resultados en la atención médica brindada, así como las fuentes de responsabilidad observadas y la generación de efectos adversos.

En otro artículo se analizan los eventos adversos informados por 18 hospitales públicos mediante el Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud y las correlaciones observadas por edad y género en adultos.

Una fuente de eventos adversos es la variabilidad en la práctica médica, que puede observarse en cada componente del proceso de atención, ya sea en la anamnesis, exploración física, interpretación de pruebas diagnósticas o respuesta terapéutica. Un buen ejemplo es el estudio relacionado con el uso de cardiotocografía intraparto que se publica en este número, en el cual se evalúa la reproducibilidad, rendimiento y efectos de la prueba sobre las decisiones obstétricas.

Otro ámbito de interés para el quehacer de la CONAMED es el de los derechos humanos. Publicamos un artículo donde se analiza la percepción de los pacientes con respecto al cumplimiento de lo establecido por la carta de sus derechos, donde destaca la importancia del consentimiento bajo información, el cual cons-

tituye un derecho fundamental de todo paciente. Por ende, su cumplimiento garantiza mayor satisfacción de los usuarios y al mismo tiempo, mejora la calidad de la atención médica.

Por otra parte, a nivel mundial, se ha advertido la necesidad de modernizar los sistemas de administración de justicia para darles mayor credibilidad, transparencia, celeridad e imparcialidad, surgiendo la necesidad de impulsar los medios alternativos de solución de conflictos (MASC), los cuales hacen referencia a una amplia gama de mecanismos y procesos destinados a ayudar a los particulares en la solución de sus controversias. Se revisan en este número, las diversas ventajas de estos mecanismos, acrecentados desde la fundación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) instauró la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, estableciéndose diversas acciones enfocadas a reducir los inconvenientes más frecuentes y con mayores repercusiones económicas que afectan a la salud global. En esta emisión, un artículo de opinión aborda los programas referentes a la seguridad, haciendo énfasis en la necesidad de prestar atención a distintos detalles, los cuales se pueden considerar pequeños, pero que su falla es motivo de eventos adversos e incidentes.

Por otro lado, se plantea la importancia de los Casos CONAMED para el estudiante de medicina, resaltándose la necesidad de difundir los aspectos relacionados con la práctica médica y su vinculación con el quehacer de dicha institución.

Finalmente, un caso de mal praxis ilustra la atención brindada a un paciente con fractura tipo "C" de Weber de tobillo izquierdo, tratada por el facultativo demandado mediante osteosíntesis insuficiente, siendo necesaria la reintervención.

Como se puede observar, en este número de la Revista se revisan diversos enfoques de la atención médica, que van desde el conocimiento y prevención de eventos adversos, la atención de los conflictos a través del arbitraje médico, la importancia de la medicina basada en la evidencia y el conocimiento y respeto a la ética, deontología y los derechos humanos, integridad que hará posible progresar en la mejora de la calidad de la atención.

María del Carmen Dubón Peniche
revista@conamed.gob.mx

Análisis de Controversias en Arbitraje Médico

Analysis of Disputes in Medical Arbitration

María del Carmen Dubón-Peniche,¹ María Eugenia Romero-Vilchis¹

RESUMEN

Introducción: Existen diversos tipos de incumplimiento en las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, que pueden ser resueltos mediante arbitraje. Este estudio busca identificar las fuentes de responsabilidad y los eventos adversos que se presentan en los casos de arbitraje médico.

Material y métodos: El diseño del estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo; se analizó una muestra de 160 casos arbitrales, correspondientes al período enero 2005 a diciembre 2009, concernientes a controversias de las distintas especialidades médicas, en servicios públicos, sociales y privados.

Resultados: Los casos analizados correspondieron a Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Neurología, Oftalmología, Urología y Odontología; en ellos se identificaron 106 mujeres (66%) y 54 hombres (34%). La atención fue proporcionada mayormente por servicios públicos 85 (53.3%), seguidos por servicios privados 74 (46.1%) y servicio social 1 (0.6%). En 72 casos (45%), la atención fue apegada a los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio médico; en los 88 restantes (55%) existió mala práctica, 80 casos por negligencia y 8 por negligencia e impericia.

Conclusiones: En un contexto de modernidad y globalización, el médico tiene el reto de prestar servicios con la más alta calidad. Así, el ejercicio profesional de la medicina con-

lleva también la gran responsabilidad de actuar conforme a los fines establecidos por la ley, las guías de atención aportadas por la ciencia médica y las Normas Oficiales Mexicanas, procurando los deberes éticos que la profesión impone.

Palabras clave: Controversias médicas, mala práctica, negligencia, inexperiencia, arbitraje médico.

ABSTRACT

Introduction: There are several kinds of breaches in diagnosis and treatment obligations which can be solved through arbitration. This study seeks to identify the sources of responsibility and the adverse events in medical arbitration cases.

Material and methods: The design of the study was retrospective, transversal and descriptive; a sample of 160 arbitration cases corresponding to the period of January 2005 to December 2009, of diverse medical specialty disputes, in public, social and private services, were analyzed.

Results: The cases analyzed corresponded to the areas of Orthopedics and Traumatology, Gynecology and Obstetrics, General Surgery, Neurology, Ophthalmology, Urology and Dentistry; among which 106 were women (66%) and 54 were men (34%). The medical care was provided predominantly by public services (86%), followed up by private services (46%). In 72 cases (45%), the medical care respected

¹ Directora de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

² Directora Jurídica de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje médico (CONAMED).

Folio: 184/12 Artículo recibido: 02-07-2012 Artículo reenviado: 30-08-2012 Artículo aceptado: 07-09-2012

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche, Directora de la Sala Arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

the scientific and ethical principles that guide medical practices; in the remaining 88 cases (55%) there was malpractice, 80 because of negligence and 8 because of negligence and incompetence.

Conclusions: In a modern and globalized context, the doctor has to adopt the challenge to provide the highest quality services. In this way, the professional exercise of

medical practices involves a great responsibility of acting according to what is stipulated by the law, the attention guides provided by medical science and the Mexican Official Regulations, respecting the ethical duties that the profession carries.

Keywords: Medical controversies, malpractice, negligence, inexperience, medical arbitration.

INTRODUCCIÓN

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales, las cuales son diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud.

El gobierno por su alta capacidad administrativa, tiene el deber de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como son empleo, vivienda, seguridad y por supuesto los relacionados con la salud. Para solucionar e incluso prevenir los inconvenientes, es necesaria la eficiente implementación de políticas públicas, así como un aparato administrativo apropiado para dar satisfacción a los ciudadanos en el cumplimiento a sus demandas.¹

En el caso de la salud, es importante analizar el papel que desempeñan las políticas, así como el sistema y los servicios, en responder a las necesidades en la materia, atemperar los riesgos y proteger a la población contra daños, enfermedades y discapacidades. En efecto, el propósito de los servicios de atención médica, es beneficiar a los pacientes, de tal forma que los procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforman las organizaciones de salud aportan beneficios importantes, sin embargo, también existe la posibilidad de que ocurran eventos adversos. La realización tardía de procedimientos, desajustes organizacionales y administrativos, así como la propia actuación del personal de salud, pueden desviar los objetivos de calidad y seguridad en la atención médica.²

Siendo necesario que la población mexicana contara con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyeran a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), medio alternativo que sin suplantar a las autoridades de procuración e impartición de justicia, resuelve los conflictos mediante un procedimiento voluntario, gratuito, imparcial, confidencial y especializado, a fin de evaluar correctamente cada caso, empleando una metodología de análisis, ajustada a las disposiciones legales aplicables a la materia, lo cual ofrece a las partes en conflicto, mayores ventajas frente a un

procedimiento judicial.³

La valoración en arbitraje, que puede identificarse como el análisis de un caso, debe abarcar los aspectos médico-legales controvertidos, debiendo apegarse a las reglas del derecho, a los puntos probados por las partes en conflicto, así como al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

En ese sentido, esta investigación se orientó al estudio de controversias en la prestación de servicios de atención médica, a fin de identificar los principales tipos de incumplimiento en las obligaciones de diligencia en casos arbitrales, las fuentes de responsabilidad observadas, así como la generación de efectos adversos en el paciente, para determinar elementos susceptibles de modificación y áreas de oportunidad que contribuyan a incrementar la calidad de la atención médica y prevenir conflictos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo; se analizó una muestra de 160 casos arbitrales, obtenida mediante la fórmula de poblaciones finitas, donde la población correspondió a un total de 207 casos resueltos mediante arbitraje de CONAMED, durante el período enero 2005 a diciembre 2009, concernientes a controversias de las distintas especialidades médicas, en servicios públicos, sociales y privados.

La información fue vertida en un instrumento conteniendo 20 ítems, mediante el cual se obtuvo información en relación a la entidad federativa donde se otorgó el servicio, edad y género del paciente, nivel de atención, tipo de servicio, motivo de la inconformidad, prestaciones reclamadas, diagnóstico, cumplimiento de las obligaciones de medios de seguridad y resultados, si existió algún daño su tipo y reparación, así como el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Para el análisis de los casos, se tomaron en cuenta tres apartados fundamentales: a) resumen, integrado por el expediente clínico y pruebas aportadas por las partes; b) los principios científicos y éticos que orientan

el ejercicio profesional, insertos en la literatura médica y Normas Oficiales Mexicanas y c) la reconstrucción del caso y su valoración en términos de los parámetros médico-legales establecidos por las disposiciones sanitarias.

Para la captura, análisis de la información, así como para la elaboración de tablas y gráficos, se empleó el paquete estadístico SPSS versión 15 y Excel 2007.

RESULTADOS

Los 160 casos analizados correspondieron a Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Neurología, Oftalmología, Urología y Odontología. En ellos se identificaron 106 mujeres (66 %) y 54 hombres (34 %), el grupo de edad con la proporción más elevada fue el de 25 a 44 años, que distribuyó como la mayor frecuencia, tanto en hombres como en mujeres con 26% y 74% respectivamente; en el grupo etario de 1 a 4 años, no existió caso alguno. (Figura 1)

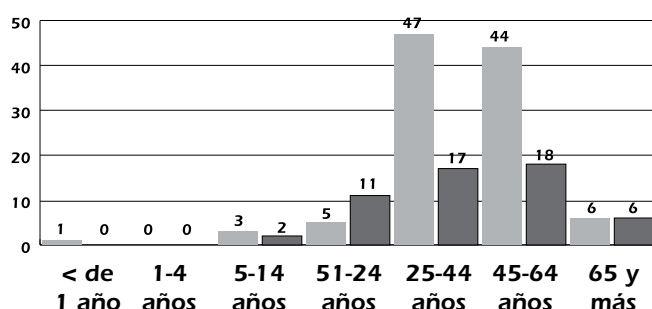


Figura 1. Edad y Género

Los prestadores que brindaron la atención fueron agrupados en servicios públicos, sociales y privados; el servicio público representó el porcentaje más elevado con 85 (53.3%), seguido del servicio privado con 74 (46.1%) y servicio social 1 (0.6%). La atención fue proporcionada mayormente en el segundo nivel de atención (84%) con una frecuencia de 135 casos.

La entidad federativa con mayor número de casos fue el Distrito Federal con 117, que corresponden al 73%, seguido por Chiapas, Guanajuato y San Luis Potosí con 6 casos cada una de ellas (12%); Hidalgo 4, Quintana Roo 4 y Yucatán 4, que corresponde al 8%, Tamaulipas 3 (2%) haciendo un total de 150 casos, el resto (5%) se distribuyó en diez entidades (Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Estado de México, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Tabasco y Veracruz), con un caso respectivamente.

El principal motivo de inconformidad fue por incumplimiento de medios de diagnóstico y tratamiento en 71 casos (44%), seguido por incumplimiento de medios de

tratamiento con 28 casos (18%), incumplimiento en el tratamiento de complicaciones 24 (15%), incumplimiento en los medios de diagnóstico 15 (9%), diferimiento de la atención 12 (8%), no detección de complicaciones y falta de tratamiento de las mismas 10 (6%). (Figura 2).

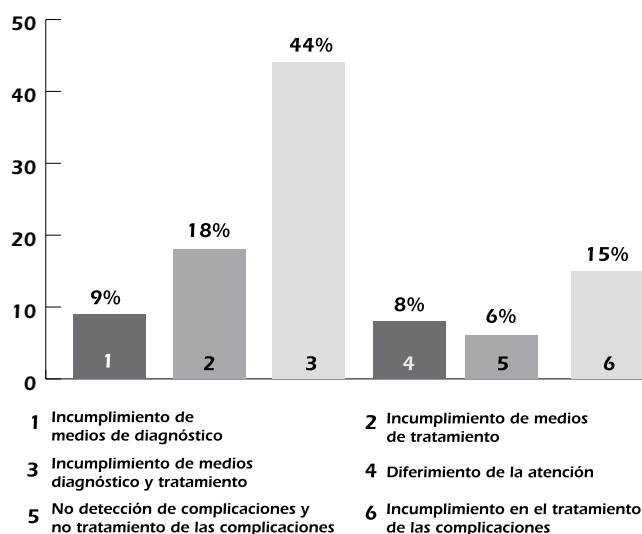


Figura 2. Motivo de Inconformidad.

En cuanto al tipo de atención, la mayor frecuencia se observó en el tratamiento quirúrgico con 88 casos (55%); tratamiento médico en 60 (38%) y los 12 casos restantes (7%) correspondieron a atención odontológica. Las prestaciones reclamadas fueron: reembolso de gastos en 70 casos (44%), indemnización 50 (31%) y ambas 40 (25%).

La distribución por área de especialidad se observa en el Cuadro 1.

En 72 casos que corresponden al 45% de los 160 analizados, la atención fue apegada a los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio de la especialidad; en los 88 restantes (55%) existió mala práctica, 80 de ellos por negligencia y 8 por negligencia e impericia. (Figura 3).

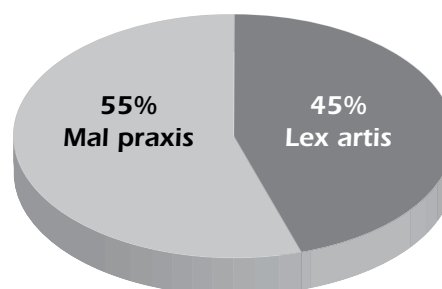


Figura 3. Apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Cuadro 1. Distribución por área de especialidad.

	DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Hernias, discartrosis y otra patología degenerativa en columna lumbar	7	17.5%
	Fracturas de extremidades superiores	6	15.0%
	Fracturas de extremidades inferiores	5	12.5%
	Amputación de falanges total o parcial	4	10.0%
	Meniscopatía o sinovitis de rodilla	3	7.5%
	Condromalacia de rodilla	2	5.0%
	Artrosis región	2	5.0%
	Otros	11	27.5%
	SUBTOTAL	40	100%
GINECO-OBSTETRICIA	Miomatosis	6	16.2%
	Patología cervicovaginal	5	13.6%
	Ruptura prematura de membranas	4	10.8%
	Sufrimiento fetal agudo	3	8.1%
	Amenaza de aborto	3	8.1%
	Enfermedad hipertensiva del embarazo	2	5.4%
	Enfermedad pélvica inflamatoria	2	5.4%
	Deciduo-endometritis y retención de restos planetarios	2	5.4%
	Atonía e hipotomía uterina	2	5.4%
	Restricción del crecimiento fetal intrauterino	2	5.4%
	Otros	5	16.2%
	SUBTOTAL	36	100%
UROLOGÍA	Hiperplasia prostática	3	23.0%
	Litiasis pieloureteral e hidronefrosis	3	30.8%
	Otros	6	46.2%
	SUBTOTAL	12	100%
CIRUGÍA GENERAL	Colecistitis (en diversos estadios)	15	42.9%
	Apendicitis aguda	3	8.6%
	Oclusión intestinal	2	5.7%
	Hernia inguinal	2	5.7%
	Hernia hiatal	2	5.7%
	Apendicitis complicada	2	5.7%
	Enfermedad ácido péptica	2	5.7%
	Lesión de órganos intraabdominales	2	5.7%
	Otros	4	14.3%
	SUBTOTAL	34	100%

	DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
ODONTOLOGÍA	Extracción órganos dentarios	4	30.8%
	Colocación de prótesis e implantes	3	30.8%
	Otros	5	38.4%
	SUBTOTAL	12	100%
NEUROLOGÍA	Cefalea vascular	2	15.4%
	Lesiones de columna lumbar	3	23%
	Lesiones de columna cervical	4	30.8%
	Otros	4	30.8%
	SUBTOTAL	13	100%
OFTALMOLOGÍA	Catarata y otras patologías degenerativas de la córnea	6	46.2%
	Degeneración macular	2	15.4%
	Desprendimiento de retina	2	15.4%
	Otros	6	23%
	SUBTOTAL	13	100%

Ahora bien, en los asuntos con mala práctica, los resultados mostraron que en 52 casos (59%) existió incumplimiento de las obligaciones de medios tanto de diagnóstico como de tratamiento; en 15 casos (17%) incumplimiento de los medios de tratamiento; no tratamiento de las complicaciones en 10 casos (11%); incumplimiento en los medios de diagnóstico 5 (6%), diferimiento de la atención 4 (5%), falta de tratamiento de las complicaciones 1 (1%), incumplimiento en las obligaciones de diagnóstico, tratamiento y seguridad 1 (1%). (Figura 4).

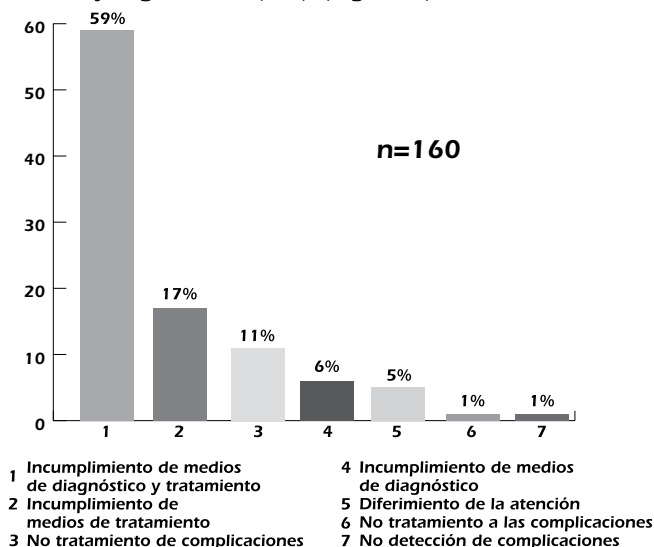


Figura 4. Cumplimiento obligacional.

Cabe mencionar, que en los asuntos con mala práctica, se demostró daño patrimonial en 64 casos (73%), daño físico en 19 (22%) y ambos (daño patrimonial y daño físico) en 4 (5%) y no existió daño en un caso (1%). (Figura 5).



Figura 5. Tipo de daño identificado.

De los 19 casos con daño físico, se determinó incapacidad parcial permanente en 12 de ellos (63%), muerte en 4 (21%), incapacidad total permanente 2 (11%) e incapacidad parcial temporal en un caso (5%).

En relación a la reparación del daño ocasionado, en 52 casos (59%), se determinó reembolso de gastos; en

22 (25%) indemnización; en 13 (15%) reembolso de gastos e indemnización y en el caso restante no existió relación causal, por ello no procedió pago alguno.

De la revisión de los expedientes clínicos conforme a la Norma Oficial Mexicana No.168, se observó que 142 casos (89%) se ajustaron a los lineamientos establecidos por dicho ordenamiento y sólo en 18 (11%), existió incumplimiento. (Figura 6)



Figura 6. Integración del expediente clínico.

DISCUSIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que los riesgos en los servicios de salud se han convertido en un problema de salud pública mundial, pues en todos los niveles de atención, los pacientes sufren alguna forma de daño producto de deficiencias que pueden dar lugar a discapacidad grave y hasta la muerte, refiriendo: "Cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionan la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debido a errores médicos, mientras que en Australia, la cifra es de aproximadamente 16.6%. Si bien los datos de los países en desarrollo son escasos, los expertos consideran que la situación es aún peor."⁴

De igual forma, la OPS reporta el estudio efectuado en la Universidad de Harvard, presentado en el programa de la nueva alianza, el cual indica que 70% de los efectos adversos producto de errores en la atención médica, deriva en discapacidades temporarias y 14% de ellos en muerte del paciente. Esto hace evidente, que los fenómenos adversos son un problema que afecta a los países, a las unidades médicas, al personal de salud y por supuesto, a los enfermos.

Se coincidió con lo reportado por Fajardo-Dolci⁵, en

el sentido de que desde la publicación del reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos sobre error humano en 1999, se ha generado una basta literatura sobre la seguridad del paciente, eventos adversos y error médico, sin embargo, las publicaciones específicas sobre las quejas médicas son limitadas y en ocasiones sólo se les menciona indirectamente.

En esta investigación, la fuente consultada permitió efectuar el estudio de controversias resueltas mediante arbitraje; cabe mencionar, que se trata de un juicio de expertos (colegiado, se realiza entre pares) siguiéndose las formalidades esenciales del procedimiento y la resolución emitida (definitiva) se denomina laudo, el cual equivale a una sentencia.

En ese sentido, el análisis a fondo efectuado en cada caso, permitió observar el apego o desapego a lo establecido por la *lex artis* médica, estimándose que ambas situaciones deben emplearse para mejorar la calidad y seguridad en la atención de otros pacientes, pues el reforzamiento de las actuaciones correctas, permite retroalimentar al personal acerca del cumplimiento de las obligaciones de diligencia, por su parte, los incumplimientos son áreas de oportunidad; es decir, indican componentes o procedimientos que deben modificarse y así evitar acciones de mala práctica y efectos adversos.

En el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, propuesto por la Organización Mundial de la Salud, efecto adverso se refiere al incidente en la atención sanitaria que produce daño.⁶

En México, el daño físico constituye una alteración que se traduce en mengua o deterioro de la armonía corporal, la cual es indemnizable. Al efecto, el artículo 1915 del Código Civil Federal, en su parte conducente, señala: "Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo". El patrimonial, consiste en el menoscabo del patrimonio de una persona, como conjunto de valores económicos y que, por lo tanto, es susceptible de apreciación pecuniaria.⁷ Por su parte, el daño moral se refiere a la aficción que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.⁸

La reparación debe efectuarse conforme al daño sufrido y debe determinarse con el propósito de restablecer la situación original, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios, según la legislación civil en vigor.

Ahora bien, el principal objetivo de las organizaciones encargadas de la prestación de servicios de atención médica, es brindar a los enfermos la atención que

requieren, dentro de los límites del conocimiento médico actualizado y de los procedimientos benéficos para organizar efectivamente la actividad de su personal, en razón a que su preocupación más importante es preservar la vida y la salud del paciente.

En ese sentido, cada una de las organizaciones de salud, ha conformado su estructura y funcionamiento, para atender desde las enfermedades más comunes, que no requieren alta tecnología y que afectan al mayor número de población (primer nivel); los que deben ser atendidos en unidades de hospitalización, dada su especialización (segundo nivel); hasta aquellos que por sus características propias, requieren personal altamente especializado y la más compleja tecnología (tercer nivel).

Cabe mencionar, que las organizaciones de salud, deben ser entendidas como sistemas, subsistemas e incluso suprasistemas, dependiendo del análisis que se realice, y sin duda, resulta indispensable conocer la conformación del Sistema Nacional de Salud, así como el marco referencial para la prestación de servicios de atención médica, pues éstos juegan un papel importante en el contexto de las controversias médico-paciente.

Es de señalarse, que si bien es cierto que el Sistema Nacional de Salud durante su desarrollo ha logrado avances muy importantes, pues las organizaciones de salud que lo conforman, aunadas al desarrollo económico y social, han dado lugar al mejoramiento del nivel de vida de la población, expresado por la ampliación de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad general infantil, control de enfermedades prevenibles por vacunación, así como la existencia de programas de amplia cobertura, también es cierto, que la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema, conlleva riesgo de que ocurran eventos adversos, lo cual sucede con elevada frecuencia.⁹

En efecto, a fin de contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante decreto del Ejecutivo Federal, en 1996 fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano al cual pueden asistir usuarios y prestadores de servicios de salud para dilucidar sus conflictos mediante un procedimiento voluntario, gratuito, imparcial, confidencial y especializado, que ofrece mayores ventajas frente a un procedimiento judicial.

La institucionalización de los medios alternos para la solución de conflictos, es un elemento toral en el proceso de modernización del Estado Mexicano, y de manera particular, en el campo de la salud, puede decirse que las políticas públicas orientadas a la resolución de controversias mediante el arbitraje médico, han cumplido su cometido, teniendo en cuenta que su objetivo

principal es impulsar el desarrollo y alcanzar mejores niveles de vida para la población en los distintos sectores de la sociedad.

El Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, Comisionado Fundador de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el Simposio Queja Médica, Mala Práctica y Eventos Adversos refirió: "Así como en 1983 México se adelantó a muchas naciones al consagrar constitucionalmente el derecho a la protección de la salud, 13 años después se adelanta a proponer formas alternativas de solución de conflictos médicos ...".¹⁰

Por otra parte, en lo que a salud se refiere, la bibliografía consultada plantea que la salud debe reconocerse como una categoría individual y social, parte integrante del desarrollo dirigido a la creación de condiciones para el bienestar de todos y como resultado de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que en beneficio de los individuos, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, se desarrollan para mejorar, mantener la integridad y las capacidades de las personas y las poblaciones.^{11, 12}

En ese sentido, la prestación de servicios de atención médica, debe apegarse a lo establecido por la *lex artis*, lo cual encuentra fundamento en el artículo 51 de la Ley General de Salud, el cual establece: "Los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares". Así como en el Artículo 9º de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: "La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica". El Artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal (aplicable supletoriamente en los Estados que no tienen su propia ley), ordenamientos que de manera respectiva establecen:

"... si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnica aplicable al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión. Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se prestó el servicio. Si en el curso del servicio prestado, se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito. Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio. Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado. ...".

En este contexto, la evaluación de la prestación de servicios de atención médica, debe realizarse atendiendo a la *lex artis*: “conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión”.¹³ Esto se refiere a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por el profesional es o no correcta, si se ajusta o no a lo que debe realizarse; es decir, no es otra cosa que aquellos mandatos o reglas específicas, que deben ser observados dentro de la profesión, así como lo establecido por las Normas Oficiales Mexicanas, tomándose en consideración la clasificación y escalonamiento de los servicios y las condiciones de modo, tiempo y lugar, pues no es equitativo exigir a un prestador del servicio en el primer nivel de atención por sus características y funciones, obligaciones que corresponden a otro nivel.

Luis Martínez Calcerrada, desde el ámbito español define a la *lex artis* como: “El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos – estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria –, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida”.

Luego entonces, la actividad del médico debe realizarse en cumplimiento de las disposiciones sanitarias, así como de las leyes y reglamentos que emanan del texto constitucional, ya que conforme a estos ordenamientos, se determina la responsabilidad profesional.

Así las cosas, la mala práctica se refiere a todo acto u omisión en la atención médica, que contravenga las disposiciones que la regulan. Se trata del incumplimiento de las obligaciones de diligencia que el médico debe desempeñar en el ejercicio de su profesión. En efecto, la conducta del profesional de la salud que no es acorde a la *lex artis*, da lugar a lo que doctrina norteamericana denomina *mal praxis*.

En México, el Artículo 2615 del Código Civil Federal, establece como únicas fuentes de responsabilidad a la negligencia, la impericia y el dolo.

La negligencia se refiere a la acción u omisión que deriva en incumplimiento de las obligaciones de medios; la impericia a la falta de conocimientos técnicos que la profesión exige. Por cuanto hace al dolo, se requiere la intención de dañar, por ello es difícil que exista en el campo médico, pues la actuación generalmente está orientada a mejorar el estado de salud del enfermo, preservar la vida, los órganos y su función.

En la prestación de servicios de atención médica, el médico debe asumir las obligaciones de diligencia de su profesión, mismas que fundamentalmente se agrupan

en: a) obligaciones de medios, b) obligaciones de seguridad y c) obligaciones de resultados (cuando así se determina por el prestador del servicio y el paciente). Debe tenerse en cuenta, que su incumplimiento, también puede atribuirse al personal directivo y administrativo de los establecimientos (encargados de suministros, responsables, entre otros), y por su puesto, al establecimiento mismo, en tanto persona moral.

De igual manera debe señalarse, que en dichos servicios, participa diverso tipo de personal, que si bien realiza actividades encaminadas a la protección de salud de los pacientes, su intervención tiene características diferentes, por ello se deben distinguir los actos de atención directa al paciente, como los brindados en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, aquellos relacionados con el equipo biomecánico utilizado, el abasto de los medios materiales para brindar la atención y los de vigilancia epidemiológica, entre otros.

El análisis de los asuntos en el arbitraje de CONAMED, se orienta a los aspectos médico-legales controvertidos, atendiendo a las reglas del derecho, a los puntos probados por las partes en conflicto, así como al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica. Para ello es necesario efectuar la reconstrucción completa del caso, para determinar el cumplimiento de las obligaciones de medios conforme a los estándares establecidos en el período en que se brindó la atención, pues no sería correcto para la valoración realizar un análisis a posteriori. La metodología comprende: el planteamiento de la controversia, la evaluación probatoria, la evaluación de la atención brindada, la identificación de efectos adversos y la relación de causalidad, así como, la evaluación de responsabilidad.

Esta metodología de análisis permite revisar con profundidad los aspectos médicos que caracterizan la actuación del profesional, así como los componentes jurídicos en los que está enmarcada. Se deben identificar las condiciones en las que se realizó el acto médico, cada una de las obligaciones de medios, su cumplimiento, los elementos de la historia natural de la enfermedad, interconsultas, referencias a otros niveles de atención, participación de otros profesionales, idiosincrasias, accidentes, complicaciones, su detección y manejo, así como la elección del tratamiento y los medios utilizados para el mismo, entre otros. La valoración de los citados factores, permite determinar si la atención fue en apego a los parámetros establecidos por la literatura de la especialidad, o bien, si se incurrió en mala práctica. De igual forma, debe determinarse si existió algún evento adverso en el paciente y si éste es atribuible o no a mal praxis.

En ese sentido, el análisis de los casos permite obtener información acerca de las causas de las controversias,

identificar áreas de oportunidad para su abatimiento, así como para mejorar la calidad de atención médica.

Conclusiones

En un contexto de modernidad y globalización, el médico tiene el reto de prestar servicios con la más alta calidad. Así, el ejercicio profesional de la medicina conlleva también la gran responsabilidad de actuar conforme a los fines establecidos por la ley, así como a las guías de atención aportados por la ciencia médica y las Normas Oficiales Mexicanas, procurando los deberes éticos que la profesión impone.

La metodología de análisis de casos empleada en el arbitraje de CONAMED, permite revisar con profundidad los aspectos médicos que caracterizan la actuación del profesional de la medicina, así como los componentes jurídicos en los que está enmarcada, pues para la valoración del acto médico, es imprescindible contar con un método sistemático que permita estudiar los casos y resolverlos determinando la existencia o no de mala práctica y si ésta, generó algún efecto adverso al paciente.

Es importante que las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, fomenten la participación del personal en el fortalecimiento de los procesos organizacionales, a fin de garantizar la oportunidad en la atención y cumplimiento de los principios científicos y éticos en los servicios que brindan. De igual forma, se debe promover continuamente, el desarrollo de la capacidad profesional del personal médico, teniendo como marco de referencia las controversias derivadas de la prestación de los citados servicios.

Establecer mecanismos de coordinación específicos entre las Instituciones educativas y las Instituciones prestadoras de servicios de atención médica, permitirá mejorar las competencias profesionales y los procesos en los servicios de salud.

El advenimiento de nuevas políticas públicas en salud, ha generado un proceso en constante evolución, que cada vez se hace más notorio debido a su perfeccionamiento. En congruencia con la necesidad de contar con una organización altamente capacitada para la atención de conflictos derivados de la prestación de servicios médicos, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como una institución especializada en la materia, la cual no sólo contribuye a la resolución de conflictos por medio de la conciliación y el arbitraje, sino que además orienta, asesora a las partes, complementa y coadyuva con la labor de las instancias de procuración y administración de justicia, así como con los órganos jurisdiccionales.

De igual manera, la institución contribuye a la solución de problemas de salubridad general, mediante los

pronunciamientos que se dirigen tanto a agrupaciones médicas, academias e instituciones de salud y educativas, así como autoridades sanitarias.

REFERENCIAS

1. Martínez-Herrera E. La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social. *Rev CES Med.* 2007; 21 Supl 1:101-108.
2. Ministerio de Sanidad y Política. Estudio IBEAS Prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; 2009.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [acceso 10-05-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/regproc.php?seccion=78>.
4. Organización Panamericana de la Salud. "Por la Seguridad del Paciente". *Boletín OPS*, 2005. p. 1-2.
5. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Suárez J, Lamy P et al. Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza humana A(H1N1) en México. *Salud Públ Mex.* 2009; 51: 361-371.
6. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO; 2007. Available from: http://www.who.int/patient/taxonomy/icps_form/en/index.html.
7. Código civil federal (México). [acceso 10-05-2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2.pdf>
8. Código civil federal (México). [acceso 10-05-2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2.pdf>
9. Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México: 2006/2012. Visión de FUNSALUD. México: FUNSALUD; 2006. p. 21-22.
10. Fernández-Varela H. La importancia de la conciliación y el arbitraje en la solución de controversias por la atención médica. En: *Memorias Simposio queja médica, mala práctica y eventos adversos*. México: CONAMED; 2008. p. 29-44.
11. González-Díaz C. En torno a una definición sobre el derecho de la salud. *Educ Med Sup.* 2005;19(4).
12. Elias-Dib J. Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Cir Ciruj* 2009;77:87-88.
13. Acosta-Ramírez V. De la responsabilidad civil médica. Chile: Jurídica de Chile; 1990. p. 380.

Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas

Analysis of adverse events in hospital facilities in adults by age and gender

Luis Alberto Villanueva-Egan,¹ Javier Rodríguez-Suárez,¹ José Joel Lucero-Morales¹

RESUMEN

Introducción. Identificar las características relacionadas a eventos adversos hospitalarios permite establecer medidas preventivas eficientes y de alto impacto. El objetivo de este estudio es describir la distribución de los eventos adversos más frecuentes por género y por edad, así como identificar las diferencias entre los grupos.

Material y Métodos. Del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAS) se obtuvo una muestra de 246 casos provenientes de 18 hospitales públicos que contaron con la información completa para su análisis por género y por edad.

Resultados. La mayor proporción de incidentes registrados fueron los relacionados a un proceso clínico o procedimientos (35.37%), seguidos por las caídas (22.76%). Al comparar la distribución de los incidentes entre los grupos etáreos se demostró una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 27.69; $p=0.001$), principalmente debido a la mayor frecuencia de incidentes relacionados a intervenciones terapéuticas en adultos mayores. No se identificaron diferencias significativas por género.

Discusión. Es necesario profundizar en el análisis con una perspectiva epidemiológica y económica y de género, lo que permitirá identificar con una mayor precisión los factores que incrementan la probabilidad de sufrir un evento adverso.

Palabras clave: eventos adversos, género, edad, hospital, seguridad.

ABSTRACT

Introduction. The identification of the characteristics related to adverse events in hospital facilities helps to establish high impact preventive measures. The goal of this study is to describe the distribution of the most frequent adverse events by gender and age, as well as to identify the differences among the groups.

Material and methods. From the System of Automated Record of Health Incidents (SIRAS), a sample of 246 cases from public hospitals that contained wholesome information for the analysis by gender and age, were obtained.

Results. The largest amount of incidents recorded were the ones related to clinical processes or procedures (35.37%), followed up by falls (22.76%). When comparing the distribution of the incidents among age groups an important statistic difference (χ^2 of Pearson = 27.69; $p=0.001$) was demonstrated, mainly due to a greater frequency in incidents related to therapeutic interventions in the elderly. There were no important differences identified by gender.

Discussion. It is necessary to deepen the analysis with an economical and epidemiological and gender perspective, which will allow to identify with greater precision the factors that increase the probability of suffering an adverse event.

Key words: adverse events, gender, age, hospital, safety.

¹ Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

INTRODUCCIÓN

La inclusión de la gestión de riesgos en el ámbito de la seguridad del paciente, ha reforzado las acciones para tipificar los incidentes, así como determinar la importancia que tienen diferentes factores sobre su presentación. Esto representa una gran potencialidad para el aprendizaje organizacional y su aplicación para la mejora de los sistemas de salud. Las causas fundamentales de los problemas de seguridad radican en diferentes características sistémicas que intervienen en diferentes niveles del proceso de la atención médica, de los factores humanos y desde luego de las características de los pacientes.¹ En este sentido, los pacientes hospitalizados son específicamente vulnerables a los eventos adversos en el curso de la atención, de los que nos siempre es fácil distinguir entre los que están relacionados a los cuidados, de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco, que no son los mismos que los condicionados por la enfermedad en sí. La influencia que tienen algunos factores como la edad y el género ha sido publicada de manera controvertida en la literatura y aunque se marquen algunas diferencias discretas en las distribuciones generales, en grupos específicos pueden presentarse diferencias significativas. Así, Brennan y Leape en 1991,² destacaban en su estudio, basado en la revisión de 30121 expedientes clínicos, que las tasas de eventos adversos se incrementan conforme avanza la edad, de tal forma que aquellos con 65 años o más, tienen el doble de riesgo que las personas de 16 a 44 años, sin que existan diferencias en cuanto al género.

Posteriormente se han publicado un gran número de trabajos que presentan las diferencias anotadas de acuerdo a especialidades estudiadas y a otros factores no menos importantes. De esta manera, en trabajos relacionados con cirugía vascular, se ha encontrado tanto una asociación baja entre la edad mayor y la proporción de complicaciones posoperatorias graves,³ como un mayor riesgo de infecciones posoperatorias en personas octogenarias y en mujeres.⁴

Por otra parte, según algunas investigaciones relacionadas con reacciones adversas a fármacos, los factores de riesgo que se han sugerido como de mayor importancia, son la edad,⁵ (aún cuando los hallazgos no permitan tomarla como un factor predictivo), la polifarmacia⁶ y la función renal alterada.⁷

Otros trabajos sobre reacciones adversas repetidas o de primera vez a fármacos en sujetos de edad avanzada, tampoco han mostrado una relación con la edad y el género, pero sí con comorbilidades por enfermedades crónicas y con la severidad de las mismas.⁸

Un tema de especial importancia es el grado de

daño que condicionan al paciente los eventos adversos. Su severidad depende de varios factores y pueden condicionar la muerte de los pacientes. Su atención cobra mayor importancia debido a que se estima que el 40% de los eventos adversos son prevenibles, condicionan gastos innecesarios que llegan a ser cuantiosos para el paciente, su familia y desde luego para los sistemas de salud.^{9,10}

En nuestro medio, poco se ha explorado la trascendencia que tienen tanto la edad como el género relacionados con los incidentes que producen daño. El objetivo de este trabajo es conocer la distribución de los eventos adversos más frecuentes por género y por edad, así como identificar las diferencias entre los grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los casos de eventos adversos hospitalarios en población adulta (≥ 20 años de edad) notificados en el SIRAI de la CONAMED,¹¹ que contaron con la información completa para su análisis por grupo de edad y por género. De esta manera, se obtuvo una muestra de 246 casos provenientes de 18 hospitales públicos que se han incorporado al sistema en forma paulatina y voluntaria desde el año 2009. Los grupos de edad se definieron en forma arbitraria con excepción del relacionado a los adultos mayores, de la manera siguiente: grupo 1: 20-35 años; grupo 2: 36-50 años; grupo 3: 51-65 años; grupo 4: mayores de 65 años. Los incidentes reportados en el SIRAI corresponden a las 15 subclases de "Tipo de incidente" de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹² Sin embargo, por tratarse de los de mayor frecuencia, sólo se incluyeron 4 categorías de tipos de incidentes: 1) Infecciones asociadas a la atención médica; 2) Incidentes por proceso clínico o procedimiento; 3) Caídas; y 4) Incidentes por medicación o administración de soluciones intravenosas.¹³

Análisis Estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el cálculo de frecuencias y porcentajes de los eventos adversos en general y de su distribución por edad y género. Se utilizó la Prueba de Chi cuadrada (χ^2) de Pearson para comparar la distribución de frecuencias de los eventos adversos entre los diferentes grupos de edad y por género. Se consideró una diferencia como estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$. Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico Minitab® versión 15.

RESULTADOS

Los 246 incidentes hospitalarios con la información completa se distribuyeron por género y en los 4 grupos de edad descritos. En su distribución por género, 157 casos (63.82%) de eventos adversos hospitalarios ocurrieron en mujeres y 89 (36.17%) en hombres. En la totalidad de la muestra, la mayor proporción de incidentes registrados fueron los relacionados a proceso clínico o procedimientos (35.37%), seguidos por las caídas (22.76%). Al comparar la distribución de los incidentes entre los diferentes grupos etáreos se demostró una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 27.69; $p=0.001$). Las proporciones que tuvieron una mayor contribución a la significancia estadística fueron el incremento de incidentes relacionados a procesos clínicos o procedimientos en personas mayores de 65 años, así como la disminución de este tipo de eventos en las personas de 20 a 35 años. El 56.25% de los incidentes asociados a un proceso clínico o procedimiento en personas mayores de 65 años estuvieron vinculados a intervenciones terapéuticas.

Otras diferencias importantes que contribuyeron

fueron la mayor proporción de infecciones asociadas a la atención médica en el grupo de 20 a 35 años y las menores proporciones de infecciones y caídas en el grupo de adultos mayores. No obstante, fue mayor la notificación de caídas de personas de 22 a 35 años de edad ninguna fue de gravedad, mientras que, en los 6 registros de personas mayores de 65 años, 1 fue de gravedad y en 4 el grado de daño se reportó como moderado. (Cuadro 1) El análisis de la distribución de los tipos de incidentes por género no demostró diferencias (χ^2 de Pearson = 2.58; $p=0.46$), como se puede observar en el Cuadro 2.

El análisis de la distribución de incidentes por género en cada uno de los grupos etáreos sólo mostró ser significativamente diferente en el grupo de personas de 51 a 65 años de edad ($n=50$) (χ^2 de Pearson = 8.79; $p=0.03$). La casilla que más contribuyó en el valor de la Chi cuadrada fue la correspondiente a las infecciones asociadas a la atención médica en los hombres, cuya proporción fue significativamente mayor que la correspondiente a las mujeres (M: 8/23 (34.8%) vs. F: 2/27 (7.4%), prueba de z ; $p=0.04$).

Cuadro 1. Distribución de los tipos de incidentes por edad.^{1,2}

TIPO DE INCIDENTE	20-35 AÑOS	36-50 AÑOS	51-65 AÑOS	>65 AÑOS	TOTAL POR TIPO DE INCIDENTE
Infecciones	24 (44.4%)	14 (26%)	10 (18.5%)	6 (11.1%)	54 (22%)
Proceso clínico/Procedimiento	15 (17.2%)	20 (23%)	20 (23%)	32 (36.8%)	87 (35.3%)
Caídas	22 (39.3%)	19 (34%)	9 (16%)	6 (10.7%)	56 (22.7%)
Medicación/Soluciones I.V.	17 (34.7%)	12 (24.5%)	11 (22.4%)	9 (18.36%)	49 (20%)
TOTAL POR GRUPO DE EDAD	78 (31.7%)	65 (26.4%)	50 (20.3%)	53 (21.5%)	246 (100%)

¹ Los porcentajes se calcularon en relación al total por tipo de incidente.

² χ^2 de Pearson = 27.69; $p=0.001$.

Cuadro 2. Distribución de los tipos de incidentes por género.^{1,2}

GÉNERO	INFECCIONES	PROCESO	CAÍDAS	MEDICACIÓN	TOTAL POR GÉNERO
Femenino	32 (20.4%)	52 (33.1%)	39 (24.8%)	34 (21.6%)	157 (63.8%)
Masculino	22 (24.7%)	35 (39.3%)	17 (19.1%)	15 (16.8%)	89 (36.2%)
TOTAL POR TIPO DE INCIDENTE	54 (22%)	87 (35.3%)	56 (22.7%)	49 (20%)	246 (100%)

¹ Los porcentajes se calcularon en relación al total por género.

² χ^2 de Pearson = 2.58; $p=0.46$.

DISCUSIÓN

El presente estudio parte del registro de eventos adversos hospitalarios en el SIRAIS, lo cual se realiza en forma voluntaria y confidencial por los hospitales participantes. Por lo anterior, no es posible extraer medidas de frecuencia poblacional tales como incidencia y prevalencia, ni realizar inferencias en este sentido. Así, las distribuciones de las frecuencias de los eventos adversos por edad y por género que se presentan, representan a la muestra obtenida de la base de datos del SIRAIS y que cumplió con los criterios de selección.

En estas condiciones, se identificó un mayor registro de incidentes asociados a procesos clínicos y procedimientos en el total de la muestra y en forma específica en el grupo de adultos mayores, lo cual coincide con la mayor frecuencia de eventos adversos hospitalarios en personas adultas mayores que diferentes autores han identificado. En el adulto mayor, además de las modificaciones fisiológicas propias del proceso de envejecimiento, se añade el que generalmente presentan más de una enfermedad crónica no transmisible y por lo mismo están más expuestos a polifarmacia, lo que incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas.^{5,8} Debido a lo anterior, es frecuente que tengan estancias hospitalarias más prolongadas que los jóvenes y mayor probabilidad de sufrir un evento adverso durante ella, que no es raro incida en un continuo de situaciones que van desde retrasar el proceso de curación-rehabilitación hasta alcanzar dimensiones catastróficas, como agravar la condición original del ingreso hospitalario, descompensar padecimientos que permanecían estables, generar complicaciones no relacionadas con el padecimiento de ingreso, hasta la discapacidad grave o la muerte de la persona. En estos casos, un evento adverso previsible no sólo tiene impactos considerables en tiempo y calidad de vida relacionada a la salud sino que merma en forma considerable las finanzas hospitalarias y principalmente de las personas afectadas y sus familias. Bajo estas circunstancias, invertir en los recursos necesarios para la prevención de eventos adversos siempre será mucho menor que los costos derivados de un incidente de seguridad.¹⁴

Por otra parte, en este trabajo, el género no influyó en la distribución de los eventos adversos. Probablemente se requiera valorar la participación del género comparando las variaciones en gravedad de un mismo evento adverso en hombres y mujeres expuestos a la misma enfermedad o procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Sin duda, es necesario profundizar en el análisis con una perspectiva epidemiológica y económica, lo que permitirá identificar con una mayor precisión los factores que incrementan la probabilidad de sufrir un evento

adverso, facilitando la implementación y la eficacia de las acciones de mejora de las unidades hospitalarias.

REFERENCIAS

1. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*. 1998; 316:1154-7.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR et al. Harvard Medical Practice Study I. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. 1991. *Qual Saf Health Care*. 2004 Apr; 13:145-52.
3. Berry AJ, Smith RB 3rd, Weintraub WS, Chaikof EL, Dodson TF et al. Age versus comorbidities as risk factors for complications after elective abdominal aortic reconstructive surgery. *J Vasc Surg*. 2001 Feb; 33:345-52.
4. Vogel TR, Dombrovsky VY, Carson JL, Haser PB, Lowry SF et al. Infectious complications after elective vascular surgical procedures. *J Vasc Surg*. 2010; 51:122-9; discussion 129-30.
5. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:945-8.
6. Ashburn PE. Polypharmacy in skilled-nursing facilities. *Ann Intern Med*. 1993; 118: 649- 650.
7. Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A et al. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care units and general care units. *Crit Care Med*. 1997; 25:1289-1297.
8. Sikdar KC, Dowden J, Alaghehbandan R, Macdonald D, Peter P et al. Adverse drug reactions in elderly hospitalized patients: a 12-year population-based retrospective cohort study. *Ann Pharmacother*. 2012 Jul-Aug; 46(7-8):960-71.
9. Devine J, Chutkan N, Norvell DC, Dettori JR. Avoiding wrong site surgery: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Apr 20; 35(Suppl 9):S28-36.
10. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004; 328:199-202.
11. Fajardo-Dolci G, Lamy P, Rodríguez-Suárez J, Fuentes-Domínguez MA, Lucero-Morales JJ et al. Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. *Rev CONAMED*. 2010; 15,1:29-36.

12. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.0 for use in Field Testing 2007-2008. [acceso 18-01-2011]. Disponible <http://www.who.int/patientsafety/ICPS%20-%20July%202007.pdf>.
13. Rodríguez-Suárez J, Lamy P, Fajardo-Dolci G, Santa-cruz-Varela J, Hernández-Torres F. Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAI. Rev CONAMED. 2012; 17:52-8.
14. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc). 2004; 123:21-5.



<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/>



El portal SIRAI (Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud) está basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es un proyecto colaborativo de desarrollo tecnológico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Organización Panamericana de la Salud. Se encuentra en su versión web, en colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud de México, la cual se pone a disposición de hospitales públicos nacionales de segundo y tercer nivel de atención. Su objetivo es el registro anónimo de incidentes hospitalarios, los cuales se podrán analizar de manera intrahospitalaria, regional o nacional. Es gratuito, amigable y confidencial.

Para solicitar acceso, puede gestionar una clave gratuita, enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: **fjrodriguez@conamed.gob.mx**, solicitando la apertura de su cuenta institucional.

Variabilidad interobservador en la evaluación de cardiotocogramas intraparto y su efecto en las decisiones clínicas: un tema de seguridad en la atención obstétrica

Inter-examination variation in the evaluation of intrapartum cardiotocograms and its effect in clinical decisions: an issue of security in obstetrician care

Luis Alberto Villanueva-Egan,¹ Alejandra Grajeda-Campa²

RESUMEN

Introducción. La cardiotocografía intraparto ha demostrado desde su incorporación altas variabilidades intra e interobservador que afectan el desempeño de la prueba. El objetivo del estudio es evaluar la reproducibilidad, el rendimiento y los efectos de la prueba sobre las decisiones obstétricas.

Material y métodos. Dos especialistas con experiencia y dos médicos residentes del último año de la especialidad, evaluaron en forma independiente 70 registros cardiotocográficos intraparto, provenientes en partes iguales de recién nacidos con Apgar ≥ 7 y Apgar < 7 .

Resultados. El análisis de la concordancia entre observadores reveló entre los especialistas un valor de Kappa de 0.43 (IC95% 0.25-0.60) y entre residentes de 0.55 (IC95% 0.36-0.73). Del análisis global de los 4 observadores se obtuvo un valor de Kappa de 0.48 (IC95% 0.36-0.73). El desempeño de la prueba demostró una alta heterogeneidad entre los 4 observadores, independientemente de su nivel de experiencia.

Conclusiones. En las condiciones reales de uso por este grupo, la cardiotocografía intraparto no tiene ninguna utilidad clínica por sus altas tasas de falsos positivos y falsos negativos, independientemente de la experiencia del observador.

Palabras clave: cardiotocogramas, trabajo de parto, acuerdo interobservador, frecuencia cardíaca fetal.

ABSTRACT

Introduction. The Intrapartum Cardiotocography has demonstrated, from its incorporation, its high intra and inter-examination variabilities that affect the performance of the test. The goal of the study is to evaluate the reproducibility, the performance and the effects of the test over the obstetric decisions.

Material and methods. Two specialists with experience and two medical residents of the last year of the specialty, evaluated independently 70 intrapartum cardiotocographic records, coming in equal parts from new borns with Apgar ≥ 7 and Apgar < 7 .

Results. The concordance analysis between observers revealed among the specialists a Kappa value of 0.43 (IC95% 0.25-0.60) and among the residents 0.55 (IC95% 0.36-0.73). Of the global analysis of the 4 observers a Kappa value of 0.48 (IC95% 0.36-0.73) was obtained. The performance of the test demonstrated high heterogeneity among the 4 observers, regardless of their level of experience.

Conclusions. In real conditions of use by this group, the intrapartum cardiotocography does not have any clinical usefulness due to its high rate of false positives and negatives, regardless of the observers experience.

Key words: cardiotocograms, labour, inter-observer agreements, fetal cardiac frequency.

¹ Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

² Médica especialista en Ginecología y Obstetricia en práctica privada.

INTRODUCCIÓN

La asfixia perinatal, que en algunos casos es el resultado de la mala calidad de la atención obstétrica, es una causa importante de morbi-mortalidad fetal y neonatal, incluyendo secuelas neurológicas de distinta gravedad y grado de recuperación, que incluyen a la parálisis cerebral. Para ello, desde su introducción en la década de los sesenta, se ha generalizado la idea de que mediante la monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el trabajo de parto, es posible identificar precozmente a los fetos afectados, o potencialmente afectados, por la falta de oxígeno (hipoxia fetal).¹ No obstante, la tranquilidad que le ofrece al obstetra, la también llamada cardiotocografía (CTG) ha sido objeto de múltiples críticas dirigidas a la prueba en sí y a su aplicación generalizada. Entre ellas destacan: (i) la alta tasa de falsos positivos para asfixia, lo que conduce a la sobreindicación de la cesárea, con el riesgo latente de prematuridad iatrogénica más los inherentes a la operación cuando se realiza en condiciones de urgencia; (ii) la falta de reducción, en forma significativa, de la parálisis cerebral, la mortalidad neonatal u otras medidas estándar de bienestar neonatal; (iii) la falta de criterios estandarizados de interpretación; (iv) el desacuerdo en relación a los algoritmos para la intervención frente a patrones específicos; y, finalmente, (v) los señalamientos sobre la alta variabilidad inter e intrabobservador en la interpretación de los registros cardiotocográficos (RCTG) ante e intraparto.² Este último aspecto se acentúa cuando quien la realiza, no posee los conocimientos ni la experiencia necesaria, tal como ocurre en otras pruebas diagnósticas que dependen en mayor medida de la apreciación del observador. En ocasiones los resultados de las pruebas varían no sólo por cuándo, cómo o dónde se realizaron, sino por quién las realizó.

No obstante su utilidad para la mejora en la toma de decisiones durante la atención obstétrica, en nuestro medio son escasos o ausentes los estudios de reproducibilidad de las pruebas médicas más frecuentemente utilizadas en el ejercicio de la especialidad.

El objetivo de este estudio es evaluar la reproducibilidad, el rendimiento y los efectos sobre las decisiones clínicas de la monitorización electrónica intraparto de la FCF cuando es realizada por médicos del servicio de obstetricia de un hospital público del Distrito Federal, al que por solicitud de los participantes, y en respeto a su confidencialidad, se omitirá su nombre y en adelante se denominará solamente como "Hospital".

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los expedientes de las mujeres con em-

barazo a término que fueron atendidas en la Unidad Toco-Quirúrgica del Hospital en el período comprendido de enero a junio de 2004. Sólo se incorporaron los expedientes con información completa sobre la madre y las condiciones al nacimiento del recién nacido, que contenían un RCTG intraparto con duración mínima de 20 minutos e integridad igual o mayor del 90%.

Debido a la imposibilidad de realizar una determinación rutinaria de gases sanguíneos del cordón umbilical, la clasificación de los expedientes de acuerdo al riesgo de asfixia al nacimiento, se realizó conforme a los criterios ampliamente adoptados sobre el puntaje del test de Apgar, como: Grupo I con Apgar ≥ 7 y Grupo II con Apgar < 7 .^{3,4}

Considerando una especificidad de 90% con límites de confiabilidad del 10% por encima y por debajo del valor esperado, el tamaño muestral mínimo fue de 35 casos por grupo, los cuales fueron seleccionados por asignación al azar, mediante el empleo de una tabla de números aleatorios, después de haber construido un listado en orden progresivo con la totalidad de los expedientes.

Se obtuvieron copias de los RCTG para su interpretación por 2 grupos de observadores. El Grupo A se conformó por 2 médicos especialistas en ginecología y obstetricia con experiencia mayor de 5 años y capacitación de posgrado en cardiotocografía; el Grupo B se integró con 2 médicos residentes de cuarto año (último año de la especialización) de ginecología y obstetricia. Ambos grupos permanecieron ciegos a los antecedentes médicos de las mujeres, así como a la información relativa al resultado obstétrico y perinatal.

La decisión de incluir 2 especialistas y 2 residentes respondió a que, en su diseño, este estudio fuera lo más parecido al escenario real en términos de quienes interpretan la prueba y toman decisiones obstétricas en lo cotidiano. No se pretende establecer generalizaciones sobre el desempeño de la prueba, debido a que ya se ha estudiado en forma amplia por diferentes autores y no corresponde al objetivo del estudio, sino conocer el desempeño individual de la prueba, la concordancia que existe entre observadores habituales y las decisiones que toman en función de sus resultados. Por lo anterior, los índices de concordancia se calcularon en pares de acuerdo al nivel de experiencia y el desempeño de la prueba se midió en forma individual para cada uno de los observadores.

La totalidad de los RCTG fueron interpretados por cada uno de los médicos en sesiones presenciales bajo la supervisión de una de las investigadoras del proyecto (AGC). Posterior al análisis de las características del RCTG se les solicitó su impresión diagnóstica como normal, sospechoso o patológico y un abordaje terapéutico propuesto como

intervención (cesárea) o no intervención (trabajo de parto con monitorización o sin monitorización).

Análisis

Para resumir los resultados se emplearon medidas de tendencia central y dispersión acordes con la escala de medida de las variables en estudio.

Para identificar las diferencias entre los grupos se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes (variables en escala cuantitativa continua) y la Prueba de Chi cuadrada (variables en escala cualitativa nominal). Se consideró una diferencia como estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$.

Para medir la concordancia entre observadores se calculó el índice Kappa y sus intervalos de confianza del 95%. Para su interpretación se utilizaron los criterios de Landis y Koch: 0-0.20, pobre; 0.21-0.40, leve; 0.41-0.60, moderada; 0.61-0.80, buena; y 0.81-1.00, muy buena.⁵

Para evaluar el rendimiento de la prueba diagnóstica (RCTG) en los diferentes observadores se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y razones de verisimilitud, positiva (RVP) y negativa (RVN). Para la interpretación de la RVP con la utilización del nomograma de Fagan, se consideró una probabilidad pre-prueba de 30% de fetos con hipoxia o acidosis al nacimiento cuando el RCTG intraparto es sospechoso u ominoso.¹ En este mismo sentido, se consideró una probabilidad pre-prueba para la RVN de 90% de fetos sanos cuando el RCTG se encuentra en criterios de normalidad.⁶

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 70 expedientes de los que 35 integraron el Grupo I (Apgar a los 5 minutos ≥ 7) y 35 conformaron el Grupo II (Apgar a los 5 minutos < 7). Las características generales y obstétricas de ambos grupos, se presentan en el Cuadro 1.

El análisis de la concordancia entre observadores de acuerdo a su nivel de experiencia en la interpretación del RCTG reveló que entre los especialistas el valor de Kappa fue de 0.43 (IC95% 0.25-0.60) y entre residentes el valor de Kappa fue de 0.55 (IC95% 0.36-0.73). Del análisis global de los 4 observadores se obtuvo un valor de Kappa de 0.48 (IC95% 0.36-0.73).

Los resultados de la evaluación del desempeño del RCTG como prueba diagnóstica para asfixia perinatal al ser interpretada por los distintos observadores se presentan en el Cuadro 2. Con los valores de la RVP de cada uno de los observadores se utilizó el nomograma de Fagan y se obtuvo que en forma conjunta cuando la prueba está alterada, la probabilidad de compromiso fetal aumentó de 30

(probabilidad pre-prueba) a 40-45% (probabilidad post-prueba). El mismo tratamiento con los valores de la RVN arrojó que cuando la prueba no está alterada, la probabilidad de que no exista hipoxia se redujo del 90% (probabilidad pre-prueba) a 70-85% (probabilidad post-prueba).

En el Cuadro 3 se contrastan las decisiones clínicas tomadas por los diferentes observadores de acuerdo a los RCTG correspondientes a distintos valores de Apgar, incluyendo un subgrupo de intervención justificada con Apgar ≤ 5 .

Cuadro 1. Características generales y obstétricas.

		GRUPO I (APGAR ≥ 7) N=35	GRUPO II (APGAR < 7) N=35	p
Edad materna (años)		24.34 ± 6.46	24 ± 6.94	0.83
Edad gestacional por fecha de última menstruación (semanas)		39.14 ± 1.75	38.77 ± 1.53	0.34
Edad gestacional por el método de Capurro (semanas)		38.94 ± 1.13	39 ± 1.60	0.62
Peso (gramos)		2958.1 ± 498.8	2882.8 ± 764.3	0.86
Paridad	G1	16 (45.7%)	20 (57.1%)	0.63
	G2-G3	14 (40%)	11 (31.4%)	
	$\geq G4$	5 (14.3%)	4 (11.4%)	
Control prenatal		30 (85.7%)	28 (80%)	0.52
Hipomotilidad fetal		4 (11.4%)	4 (11.4%)	1.0
Oligohidramnios		12 (34.3%)	12 (34.3%)	0.64
Meconio		7 (20%)	14 (40%)	0.06
Presentación cefálica		33 (94.3%)	32 (91.4%)	
Vía del nacimiento	Parto	14 (40%)	6 (17%)	0.03*
	Cesárea	21 (60%)	29 (83%)	
Sexo del recién nacido	Femenino	17 (48.6%)	11 (31.4%)	0.17
	Masculino	18 (51.4%)	23 (65.7%)	

* $p < 0.05$ Diferencia estadísticamente significativa. Prueba de Chi cuadrada de Pearson.

Cuadro 2. Rendimiento de la prueba RCTG entre observadores.

OBSERVADOR	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP	VPN	RVP	RVN
Especialista 1	51.4 (50-53)	65.7 (64-67)	60 (58-62)	57.5 (56-59)	1.5	0.7
Especialista 2	82.9 (81-84)	42.9 (41-44)	59.2 (58-60)	71.4 (69-74)	1.4	0.4
Residente 1	54.3 (53-56)	71.4 (70-73)	65.5 (64-67)	61 (60-62)	1.9	0.6
Residente 2	74.3 (73-76)	60 (58-62)	65 (64-66)	70 (68-72)	1.9	0.4

Cuadro 3. Relación entre las decisiones clínicas y el Apgar a los 5 minutos.

OBSERVADOR	APGAR ≥ 7 N=35		APGAR < 7 N=35		APGAR < 5 N=19	
	NI	I	NI	I	NI	I
Especialista 1	28 (80%)	7 (20%)	24 (68.6%)	11 (31.4%)	13 (68.4%)	6 (31.6%)
Especialista 2	31 (88.6%)	4 (11.4%)	25 (71.4%)	10 (28.6%)	14 (73.7%)	5 (26.3%)
Residente 1	28 (80%)	7 (20%)	22 (63%)	13 (37%)	13 (68.4%)	6 (31.6%)
Residente 2	26 (74.3%)	9 (25.7%)	19 (54.3%)	16 (45.7%)	11 (57.9%)	8 (42.1%)
PORCENTAJE INTEGRADO DEL TOTAL DE OBSERVADORES	81%	19%	64.3%	64.3%	67%	33%

DISCUSIÓN

Tradicionalmente se ha considerado que si una prueba diagnóstica se aplica en una población de individuos semejante y los observadores tienen la misma experiencia, su desempeño no variará sustancialmente cuando se utilice en otros escenarios que cumplan con condiciones semejantes. Sin embargo, en todas las pruebas médicas basadas en observaciones, como la interpretación de radiografías, electrocardiogramas, angiogramas, cardiotocogramas y especímenes de patología, subyace una fuente de heterogeneidad dada por la variabilidad entre

distintos observadores y aún por el mismo observador en ocasiones separadas entre sí por un lapso de tiempo. Aun en grupos altamente especializados se ha evidenciado que dos expertos pueden tener desacuerdos hasta en el 20% de los casos.⁷

Beaulieu et al., en 1982 demostraron una marcada variabilidad en la interpretación de cardiotocogramas intraparto de un revisor a otro, aun tratándose de gineco-obstetras experimentados en la prueba⁸ y desde entonces diferentes autores la han corroborado valiéndose de diversos métodos estadísticos para medir la variación interobservador.⁹ De entre los diferentes factores que

contribuyen a la baja eficacia de la cardiotocografía intraparto la pobre reproducibilidad es esencial debido a su impacto directo en la toma de decisiones. En el presente estudio, la interpretación del RCTG intraparto como único elemento para la toma de decisiones conduciría a que el 19% de los recién nacidos sin asfixia naciera vía cesárea. A este valor habría que agregar el correspondiente a las cesáreas justificadas por una indicación materna u obstétrica no asociada a asfixia perinatal, para entender el impacto, en la proporción de nacimientos atendidos por cesárea, que tiene la monitorización electrónica rutinaria de la frecuencia cardíaca fetal intraparto en la población de bajo riesgo. Por otra parte, en el caso de los recién nacidos con una alta probabilidad de hipoxia fetal, la decisión de no intervenir alcanzó en conjunto el 67%, lo cual nos lleva a concluir que, en las condiciones reales de uso del RCTG intraparto por este grupo hospitalario, la prueba diagnóstica no sólo no tiene ninguna utilidad clínica, sino que incluso se constituye en una práctica de riesgo, tanto por la alta tasa de falsos positivos ampliamente descrita para la prueba, como por la elevada tasa de falsos negativos que varió entre 25-49% en este grupo de observadores, independientemente de su nivel de experiencia. De modo tal que, desde la perspectiva de la toma de decisiones clínicas, la aplicación rutinaria de la prueba en forma aislada resultaría en un incremento en la tasa de cesáreas y un número elevado de recién nacidos asfixiados no detectados durante el trabajo de parto. Sin embargo, cuando contrastamos las decisiones reales con las propuestas de intervención de los observadores que participaron en esta investigación, encontramos que la frecuencia de la operación cesárea en el Grupo II (Apgar a los 5 minutos <7) fue de 83% en comparación al 35.7% del estudio, lo que probablemente represente la participación en la toma de decisiones obstétricas de otros elementos que conforman el escenario clínico real y que no están incluidos en la interpretación aislada del RCTG. Lo mismo aplica para el 60% de cesáreas en la población con Apgar a los 5 minutos ≥ 7 , en comparación al 19% del estudio. De lo anterior se desprende que, en la indicación de la cesárea por este grupo participan tanto factores médicos como extra médicos que provocan que la frecuencia de la intervención quirúrgica sea elevada más allá de la interpretación del RCTG.

Como se pudo comprobar en este trabajo, las inconsistencias en los datos recogidos a través de este método de medición pueden tener impactos definitivos en decisiones cruciales que coloquen en riesgo la seguridad de la paciente. En este contexto, Young et al., encontraron como causas frecuentes del cuidado intraparto subóptimo, los errores en la actuación, el retraso en la respuesta y las fallas en la identificación de

anormalidades del RCTG.¹⁰

Por ello, diversos colegios, asociaciones y agencias internacionales se han dado a la tarea, desde los inicios de la cardiotocografía, de elaborar guías de aceptación internacional para la interpretación y manejo clínico de los diferentes hallazgos en el RCTG ante e intraparto.¹¹

En el caso específico del RCTG, se ha procurado incrementar el rendimiento de la prueba añadiéndole otras, como las estimulación vibroacústica, la determinación del pH del cuero cabelludo fetal, la oximetría de pulso fetal y el análisis del segmento ST del electrocardiograma fetal, así como reducir la variabilidad inter e intraobservador a través de sistemas de análisis computarizado, elaboración de guías de interpretación de la FCF y diseño de metodologías adecuadas de capacitación, entre las que destacan la instrucción en las bases fisiológicas del cardiotocograma, el entrenamiento en interpretación basado en computadora, toma de decisiones basada en los resultados de la monitorización y trabajo en equipo frente a la emergencia obstétrica. Diferentes autores recomiendan que el entrenamiento incluya a todo el personal involucrado en la interpretación de la prueba y toma de decisiones y que este se repita con una periodicidad no mayor a 6 meses.¹⁰⁻¹²

Finalmente, las investigaciones orientadas a identificar el nivel y las causas de la variabilidad en distintas actividades clínicas, así como identificar los eventos adversos graves que se derivan de ella, pueden contribuir decisivamente a la mejora de la calidad y seguridad de la atención médica.¹³

REFERENCIAS

1. Barrena MN, Carvajal CJ. Evaluación fetal intraparto. Análisis crítico de la evidencia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71:63-68.
2. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GML. Cardiotocografía continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico fetal (MEF) para evaluación durante el trabajo de parto. *Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2006, Issue 3. No. CD006066.
3. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. *N Eng J Med* 2001; 344:467-71.
4. Thorngren-Jerneck K, Herbst A. Low 5-minute Apgar score: a population-based register study of 1 million term births. *Obstet Gynecol* 2001; 98:65-70.
5. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.
6. Schiermeier S, Pildner von Steinburg S, Thieme A, Reinhard J, Daumer M et al. Sensitivity and specificity

- of intrapartum computerized FIGO criteria for cardiotocography and fetal scalp pH during labour: multi-centre, observational study. *BJOG* 2008; 115:1557-1563.
7. Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA* 2002; 288:501-7.
 8. Beaulieu MD, Fabia J, Leduc B, Brisson J, Bastide A et al. The reproducibility of intrapartum cardiotocogram assessments. *CMA Journal* 1982; 127: 214-6.
 9. Palomäki O, Luukkaala T, Luoto R, Tuimala R. Intrapartum cardiotocography – the dilemma of interpretational variation. *J Perinat Med* 2006; 34: 298-302.
 10. Young P, Hamilton R, Hodgett S, Moss M, Rigby C et al. Reducing risk by improving standards of intrapartum fetal care. *J R Soc Med* 2001; 94:226-31.
 11. Santo S, Ayres de Campos D. Human factors affecting the interpretation of fetal heart rate tracings: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012; 24:84-8.
 12. Pehrson C, Sorensen JL, Amer-Wahlin I. Evaluation and impact of cardiotocography training programmes: a systematic review. *BJOG* 2011; 118:926-35.
 13. Grimes DA, Peipert JF. Electronic fetal monitoring as a public Elath screening program, the arithmetic of failure. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1397-1400.



Centro de Investigación Materno Infantil Gen

Encuentro de la Red de Unidades de Investigación en Enfermería ENEO - UNAM Instituciones e Institutos Nacionales de Salud

Tema Central

"La Investigación y la Práctica del Cuidado Contribuyendo a la Salud"



Dirigido a Profesionales de la Salud

Lugar: Auditorio "Alfonso Caso"
Unidad de Posgrado
junto a la Torre de Humanidades C. U.

Costo: \$200.00 m/n sólo evento
\$300.00 m/n evento y taller

Informes: Enseñanza CIMIGen
Tel: 5012370454
ensenanza@cimigen.org.mx
cimigen1@cimigen.org.mx
www.cimigen.org.mx

25 y 26 de Octubre 2012
08:00 hrs a 14:00 hrs

talleres

Consultoría Prenatal* 25 de Octubre 2012 Horario: 16:00 a 20:00 hrs.	Introducción al SPSS* 25 de Octubre 2012 Horario: 16:00 a 20:00 hrs.
--	--

* Los Talleres se realizarán en las instalaciones de la E.N.E.O. - U.N.A.M. Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México, D. F. C. P. 14370.

Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes: experiencia de 8 años en un hospital público

Perception of adherence to the Patient's Bill of Rights: 8 years experience in a public hospital

María De la Luz Casas-Martínez,¹ Emilia Guadalupe Zepeda-López²

RESUMEN

Introducción. En concordancia con el Programa Nacional de Salud, la CONAMED en 2002 elaboró la Carta de Derechos de los Pacientes, con la finalidad de llevar a la práctica el concepto de autonomía y respeto a las decisiones en salud. Esta carta fue publicada obligatoriamente en todos los hospitales públicos y privados de nuestro país.

El objetivo de este estudio fue comparar la percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes con un intervalo de ocho años en un hospital público de la Ciudad de México.

Material y métodos. Se elaboró un cuestionario autoadministrado a sujetos voluntarios, derechohabientes de un hospital público de tercer nivel situado en la capital mexicana, relativo a la Carta de Derechos de los Pacientes. El intervalo entre las dos etapas del estudio fue de 8 años (2003 y 2011).

Resultados. Se observó un incremento importante en el apoyo al desarrollo de la autonomía y las decisiones libres e informadas por los pacientes (56%). La percepción de atención médica de calidad y calidez tiene un alto porcentaje (80 a 90% en forma global). Una oportunidad de mejora identificada está en el tiempo de espera para recibir atención oportuna. Los pacientes consideran que el tiempo de espera ha sido desfavorable en un 27% más que en el 2003.

Conclusiones. Es necesario impulsar, reconocer y promover la Carta de Derechos de los Pacientes, como un instrumento eficaz para lograr que todos los pacientes de nuestro país tengan acceso a una medicina de alta calidad y calidez.

Palabras clave: bioética, derechos del paciente, dignidad, comunicación, Carta de derechos de pacientes.

ABSTRACT

Introduction. In line with the National Health Programme, the CONAMED (National Commission of Medical Arbitration) elaborated in 2002 the Charter of Patient Rights (also named Patient's Bill of Rights) to implement the concept of autonomy and respect of health decisions. It was published without fail in all public and private hospitals of the country.

The goal of this test was to compare the perception of the Charter of Patient Rights compliance with an interval of eight years in a public hospital of Mexico City.

Material and methods. A self-administered questionnaire was applied to volunteers, right holders of a third level public hospital located in Mexico City, regarding the Charter of Patient Rights. The interval between the two stages of the study was of 8 years (2003 and 2011).

Results. An important increase was observed in the

¹ Departamento de Bioética. Escuela de Medicina. Universidad Panamericana. México. Presidente de la Academia Mexicana de Bioética.

² Candidata a maestra en bioética. Escuela de Medicina. Universidad Panamericana. México.

Folio: 170/12 Artículo recibido: 28-02-2012 Artículo reenviado: 03-07-2012 Artículo aceptado: 08-08-2012

Correspondencia: Dra. María de la Luz Casas Martínez. Jefa del Departamento de Bioética de la Escuela de Medicina Universidad Panamericana, México. Donatello 59, Col. Insurgentes Mixcoac, Del. Benito Juárez, C. P. 03920. México D. F. Correo electrónico: mcasas@up.edu.mx.

support of the development of autonomy and free and informed decisions by the patients (56%). The perception of high quality and warmth in medical attention has a high percentage (80 to 90% globally). An identified opportunity of improvement is the one regarding the waiting time to receive medical attention. The patients consider that the waiting time has been unfavorable 27% more than in 2003.

INTRODUCCIÓN

El mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 destaca el esfuerzo que se hará para progresar en la salud de los mexicanos, lo que supone entre muchos otros, la aplicación de las normas y los procedimientos en las instituciones con un sentido centrado en la tradición social. De igual forma, se considera que para hacer realidad estos proyectos, México debe contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los mexicanos, que amplíe sus posibilidades de elección, que cuente con instancias eficaces para la presentación de quejas y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. Para coadyuvar al cabal cumplimiento de estos compromisos, surge la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual propone mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna. Por ello, el Programa Nacional de Salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera.¹⁻³

La CONAMED en 2002 elaboró la Carta de Derechos de los Pacientes, con la finalidad de llevar el concepto de autonomía y respeto a las decisiones en salud. Esta Carta fue publicada obligatoriamente en todos los hospitales públicos y privados de nuestro país. Los enunciados, claros y concretos, son el resultado de un marco conceptual previo que amplía los significados depositados en estos enunciados.⁴

Dada la importancia para promover un cambio en la relación médico-paciente acorde al modelo de responsabilidad compartida, es necesario contar con un seguimiento de este compromiso.

La Carta de Derechos de los Pacientes fue conformada de acuerdo a los lineamientos internacionales y nacionales que actualmente rigen la práctica médica en calidad cien-

Conclusions. It is necessary to boost, recognize and promote the Charter of Patient Rights as an efficient instrument so that all patients of our country can have access to high quality and warmth in medical services.

Key words: bioethics, patient rights, dignity, communication, patient's bill of rights, Patient charter of rights.

tífica y ética. Su base es el consentimiento bajo información previa, en el cual se incluyen numerosos parámetros de decisión, como es el hecho de conocer el diagnóstico, pronóstico, alternativas y tratamiento propuesto, así como el nombre de su médico tratante, trato ético y científico de los responsables de salud y haber sido consultado sobre su manejo. Los postulados de este documento son aceptados como parte de los criterios de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en nuestro país.²⁻⁴

La calidad de los servicios de salud tiene un pilar muy importante en la relación médico-paciente. Actualmente, el paciente conoce mejor sus derechos y la relación se ha vuelto más compleja. El mejorar las relaciones en el equipo de salud (en las instituciones) favorece no tener una medicina defensiva, que despersonaliza este trato entre humanos.⁵

Agustín Ramírez señala que el derecho a la salud consagrado en el artículo 4º de la Constitución, es una garantía individual y por tanto requiere de su aplicación precisa y completa. Es esencial que el profesional piense en una medicina reflexiva, ética y humanista, profundamente generosa, plena de raciocinio clínico y de entrega total al enfermo.⁶

El fin de estos documentos es perseguir el bienestar de las personas: la asistencia médica debe someterse a patrones éticos, deontológicos y legales y dispensar un sentido humano.⁷

Los derechos de los pacientes deben ser la naturaleza fundamental, de carácter instrumental, de información y decisión. El paciente requiere ser debidamente informado, de forma comprensible, humana y respetuosa, con principios rectores, para lograr la humanización de la asistencia. Tales lineamientos se encuentran establecidos también en la Ley General de Salud Mexicana, el Código de Conducta para el Personal de Salud de la y el Código de Bioética para el Personal de Salud de la Secretaría de Salud.¹⁰⁻¹²

Debido al entorno normativo y cultural en el que nace, así como por los años que han transcurrido desde su aparición y los reforzamientos positivos que han surgido desde entonces, es previsible que el personal de salud haya modificado su percepción hacia este instrumento.

El objetivo de este estudio fue comparar la percepción de cumplimiento de la carta de derechos del paciente elaborada por la CONAMED en una institución pública de salud de tercer nivel de atención en un periodo de ocho años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elaboró un cuestionario autoadministrado que fue aplicado a una muestra por conveniencia constituida por 200 sujetos voluntarios, derechohabientes de un hospital de tercer nivel de concentración situado en la capital mexicana. En la primera etapa el instrumento se aplicó a 100 sujetos (año 2003) y en la segunda, a otros 100 voluntarios (año 2011).

El instrumento constó de 28 preguntas de tipo mixto, binominales y abiertas, según la técnica de Rojas. (Anexo 1)

Con objeto de aclarar, precisar y regular el cuestionario, se realizó una prueba piloto de evaluación metodológica a 20 personas. Para la validación se utilizó la técnica de Cornell en escalograma, con coeficiente de reproductividad entre cero y uno.

Con objeto de saber si las frecuencias en las respuestas a las preguntas del cuestionario son iguales o diferentes entre ambos bloques de contrastación (2003 vs 2011) se utilizó la Prueba de Chi cuadrada, conside-

rando una diferencia como estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$.

El estudio se apegó al Reglamento de Investigación Clínica en la Ley General de Salud Mexicana, así como a la Declaración de Helsinki VI.¹² Clasificación de estudio tipo I, sin riesgo según Reglamento de la Ley General de Salud de México en Materia de Investigación para la Salud.¹³

Se incluyó en la encuesta un campo para solicitar el permiso de utilización de la encuesta con fines didácticos y de divulgación en forma anónima y confidencial. La identificación de la institución se conserva anónima. El consentimiento verbal se colectó al momento de contestar el cuestionario.

RESULTADOS

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en 9 de las 28 preguntas. De ellas, en las 8 preguntas relacionadas con aspectos de información sobre el motivo de internamiento, solicitud del consentimiento informado y participación en un proyecto de investigación, se observó un avance al comparar los 2 periodos de estudio. Sin embargo, en relación a la percepción del tiempo para recibir una adecuada atención médica, el porcentaje de pacientes satisfechos ha disminuido. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Diferencias en la percepción sobre los derechos de los pacientes, 2003 vs 2011.

Nº DE PREGUNTA	PREGUNTA	2003	2011	P
2	¿Considera adecuado el tiempo que tardaron en darle la debida atención médica?	100	73	0.002
8	¿Conoce el motivo del internamiento?	80	98	0.000
10	¿Sabe si está en un protocolo de investigación?	8	24	0.002
11	¿Sabe de qué se trata su participación en la investigación?	8	24	0.002
12	¿Ha firmado un consentimiento?	8	23	0.003
19	¿Le han explicado el riesgo y los beneficios de cada propuesta de tratamiento?	71	90	0.001
20	¿Le solicitaron consentimiento para realizar intervención quirúrgica?	55	72	0.009
21	¿Le solicitaron firmar su consentimiento de ingreso?	55	94	0.000
23	¿Le han propuesto algún tratamiento?	37	93	0.000

En las preguntas que no registraron diferencias entre los 2 períodos, destacan, por encontrarse en ambos años con porcentajes de satisfacción que no alcanzan el 60%, las relativas a la información sobre el resultado del

procedimiento quirúrgico o de la biopsia, así como la solicitud de consentimiento informado para procedimientos invasivos o la entrega de copia del consentimiento informado. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Oportunidades de mejoras apremiantes.

Nº DE PREGUNTA	PREGUNTA	2003 (%)	2011 (%)
24	¿Le informaron el resultado de su cirugía?	53	47
25	¿Le informaron el resultado de su biopsia?	30	21
26	¿Le solicitaron consentimiento para procedimientos invasivos?	46	56
27	¿Le dieron copia del consentimiento que firmó?	8	24

DISCUSIÓN

A nuestro conocimiento esta es una investigación original sobre el seguimiento del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Paciente. Para confirmarlo se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes buscadores de información médica: Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud, PubMed, IMBIOMED, ARTEMISA y LILACS, así como revisión de los números publicados en Revista CONAMED, sin encontrar ningún artículo que reuniera estas características.

De acuerdo a los resultados de este trabajo, resulta evidente que en el período de estudio, se han registrado avances en el modelo de relación médico-paciente en esta institución: cada vez es más frecuente que el médico tome en cuenta al paciente y que éste pueda decidir, bajo sus parámetros y preferencias, en forma más libre e informada. El principio apoyado es el desarrollo de la autonomía en las personas.

Varios parámetros no presentaron diferencias amplias entre los años incluidos en el estudio, pero esto lejos de ser negativo, corresponde a una alta percepción de la población sobre la calidad y calidez de la atención ofrecida: el 86.5% considera humanitario el trato recibido; el 87% percibe un trato justo; el 88% se siente respetado, el 94% conoce su diagnóstico, el 76% contestó que se ha tomado en cuenta a su familia, 82% considera que se le han dado las explicaciones en el lenguaje y forma que él comprende; 71% considera que le han ampliado la información cuando lo ha solicitado y este hecho denota una actitud positiva en el personal de salud hacia los pacientes y familiares. Otro aspecto interesante señala que ha

disminuido el número de inconformidades con el equipo de salud, ya que en 2003 fue de 40% y en 2011 de 29%, esto es una reducción de 11 puntos porcentuales.

Sin embargo, la investigación realizada develó una serie de oportunidades de mejora en los procesos de información sobre los resultados de los tratamientos quirúrgicos, el informe del estudio anatómo-patológico de la biopsia, la solicitud de consentimiento para procedimientos invasivos y principalmente, la entrega de una copia del consentimiento escrito al paciente o a sus familiares. Si bien, en estos dos últimos ítems se aprecia una tendencia a la mejora, es llamativo que en ninguno de ellos la frecuencia alcanza el 60%. Esto es, menos de la mitad de los pacientes recibieron una información adecuada al respecto.

La pregunta que presentó un cambio más importante en forma negativa fue: "¿Considera adecuado el tiempo que tardaron en darle la debida atención médica?" En 2003, 100% consideraban el tiempo adecuado, y en 2011 se redujo a 73%. Posiblemente la demanda creciente de atención participe en el comportamiento negativo de este parámetro. Es necesario que las autoridades del hospital generen una estrategia para corregir esta condición, ya que es un elemento importante de la calidad de la atención y puede, aun cuando se avance en otros aspectos, afectar la calidad percibida por los pacientes.

En términos generales, desde la implementación de la Carta de Derechos de los Pacientes, la percepción de los derechohabientes, en términos generales ha mejorado, se han consolidado la mayoría de los aspectos positivos encontrados en la primera evaluación y permanecen algunas oportunidades de mejora como retos para la administración y el personal de la institución.

Conclusiones

Las cartas de derechos de los pacientes han sido reconocidas en todos los países democráticos y respetuosos de los derechos humanos universales, como un elemento indispensable en el ejercicio de la medicina moderna.

México ha sido pionero latinoamericano en este tipo de documentos y ha realizado importantes esfuerzos en su divulgación y aplicación en los últimos diez años, siendo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en diciembre del 2001, la institución a cargo de este importante avance.

La Carta de Derechos de los Pacientes es obligatoriamente exhibida en todos los establecimientos de salud de nuestro país, es aceptada como documento reflexivo en denuncias, inconformidades y arbitrajes solicitados por los pacientes en las instancias apropiadas. Esta Carta es referencia en el estudio de la Bioética por contener los elementos indispensables para cumplir con el principio de respeto a las personas a través del ejercicio de la autonomía, previa información completa y veraz de las circunstancias que atañen a cada paciente en lo particular.

Confidencialidad, derecho a la verdad, derecho a la decisión libre e informada ha tomado un justo lugar en el campo de la salud, lo cual ha beneficiado efectivamente a la relación médico paciente y con ella al ejercicio ético y científico de la medicina.

Este artículo pone de manifiesto el impacto que tiene la correcta implementación de este documento en el compromiso institucional de otorgar a todos los pacientes una medicina de calidad y con calidez. Con este trabajo pretendemos impulsar, reconocer y promover los diversos apartados de la Carta de Derechos de los Paciente, como un instrumento eficaz para el logro de los objetivos antes propuestos.

REFERENCIAS

1. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. [acceso 02-10-2011] Disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf.
2. Secretaría de Salud (México). Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. [acceso 02-10-2011]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campañas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm.
3. Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2007-2012. [acceso 02-10-2011]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf.
4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (México). Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes. [acceso 02-10-2011] Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas/cartapacientes.php?seccion=22>.
5. Sánchez-González J. La relación médico- paciente, algunos factores asociados que la afectan. *Rev CONAMED*. 2007; 1:20-28.
6. Ramírez-Ramírez A. Derechos humanos y servicios de atención médica. *Rev CONAMED*. 2005 abr-jun; 10(2):14-19.
7. Siso-Martín J. Protección y tutela de los derechos del usuario en el Sistema Nacional de Salud. *Rev CONAMED*. 2009; 14(1): 39-44.
8. Ley General de Salud. (DOF 7-02-1984). [acceso 2010]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
9. Secretaría de Salud (México). Código de conducta para el personal de salud 2002. [acceso 02-10-2011] Disponible en: http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/2._NAL._Cxdigo_de_Conducta_del_Personal_de_Salud.pdf.
10. Comisión Nacional de Bioética. Código de bioética para el personal de salud 2002. [acceso 02-10-2011] Disponible en: http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normativacional/1._NAL._Cxdigo_de_Bioetica_del_Personal_de_Salud.pdf.
11. Secretaría de Salud (México). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: Porrúa, 2002.
12. World Medical Association: Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. [acceso 02-10-2011]. Disponible en: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>.
13. Secretaría de Salud (México). Ley General de Salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: Porrúa; 2004. 770 p.

ANEXO 1. DERECHOS DE LOS PACIENTES RELACIONADOS CON EL CUESTIONARIO.

DERECHOS DEL PACIENTE	ÍTEMS DE LA ENCUESTA
RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA	1. Conoce al médico responsable. 2. Considera adecuado el tiempo de espera para su atención. 4. Considera al personal competente. 19. Le han explicado riesgos y beneficios de las propuestas de tratamiento. 24. Le informaron el resultado de su cirugía. 25. Le informaron de su biopsia.
RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO	8. Conoce el motivo del internamiento. 9. Sabe si está en un protocolo de investigación. 11. Sabe de que se trata su participación en la investigación.
RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, OPORTUNA, CLARA Y VERAZ	8. Conoce el motivo del internamiento. 9. Sabe si está en un protocolo de investigación. 11. Sabe de que se trata su participación en la investigación.
DECIDIR LIBREMENTE SU ATENCIÓN	13. Se ha negado a participar en un protocolo de investigación. 14. Ha tenido consecuencias su decisión. 17. Le han dado opciones de tratamiento. 23. Le han propuesto algún tratamiento.
OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO LIBREMENTE INFORMADO	12. Ha firmado consentimiento. 20. Le solicitaron y firmó consentimiento para su cirugía. 21. Firmó consentimiento de ingreso. 26. Le solicitaron consentimiento para procedimientos invasivos. 27. Le dieron copia del consentimiento que firmó.
SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD	7. Se siente respetado. 16. Han tomado en cuenta a su familia.
CONTAR CON FACILIDADES PARA UNA SEGUNDA OPINIÓN	9. Conoce sus diagnósticos. 22. Le han realizado exámenes.
RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA	Se realizó en paciente ambulatorio.
CONTAR CON EXPEDIENTE CLÍNICO	Todos cuentan con expediente clínico.
SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA	15. Ha tenido alguna inconformidad con el equipo de salud. 18. Le han explicado en lenguaje y forma que usted entiende. 28. Si solicita ampliación de la información se la han dado.

Mecanismos alternativos de solución de controversias en la prestación de servicios de salud

Alternative mechanisms for dispute solutions in the provision of health services

Luis Eduardo Bustamante-Leija,¹ Víctor Manuel Maldonado-Camargo,¹
Cecilia González-Anaya,¹ Rafael Gutiérrez-Vega¹

RESUMEN

Los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias, ya incorporados en México a nivel constitucional, y más recientemente como derechos humanos, ofrecen un acceso a una justicia más real, efectiva y de menor costo. El presente artículo muestra algunas de sus características y las múltiples ventajas que ofrecen sobre el proceso judicial. De manera concreta, se describe su aplicación en la solución de controversias en la prestación de servicios de salud, ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a más de 16 años de su creación y funcionamiento.

Palabras clave: arbitraje médico, mecanismos alternativos, solución de controversias.

ABSTRACT

The Alternative Mechanisms for Dispute Solutions, now incorporated at constitution level, and more recently as human rights, offer access to a more real, effective and lower cost justice. This article shows some of their characteristics and multiple advantages that they offer over a legal procedure. Concretely, their application in dispute solutions in health services, before the National Commission of Medical Arbitration, after more than 16 years of its creation and operation.

Key words: medic arbitration, alternative mechanisms, dispute solutions.

INTRODUCCIÓN

Cuando surgen conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud, existe la tendencia de tratar de resolverlos por la vía judicial; es decir ante tribunales y sólo conforme a las reglas del derecho. Esto se origina por diversas causas, la más relevante es la falta de conocimiento de los Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias,¹ igualmente llamados Medios o Métodos

Alternos.² Lo anterior, ha condicionado el desconocimiento de sus ventajas, como la de que se basan en los intereses de las partes y en la aplicación del derecho. Estos mecanismos, permiten a las partes ejercer su derecho a construir su propia solución del conflicto, reservando el proceso jurisdiccional sólo como último recurso.

¹ Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Características de los Mecanismos

Los también denominados Medios de Justicia Alternativa,³ tienen múltiples ventajas sobre el proceso judicial, pues son nuevas instancias que permiten el acceso a la impartición de justicia, con procesos más ágiles, económicos, objetivos, humanos y dignos, atendiendo siempre a los intereses de las partes y fomentan un adecuado manejo de la relación entre las mismas.⁴

Dentro de estos Mecanismos destacan la Negociación, la Mediación, la Conciliación y el Arbitraje. En la Negociación, las partes se confrontan y tratan de solucionar el conflicto sin la intervención de un tercero. La Mediación, es el proceso en el que interviene un tercero (mediador) mutuamente aceptado por las partes, neutral e imparcial, cuya función es crear un ambiente de confianza para que las partes manifiesten su problema, refieran sus intereses y, atendiendo a éstos, realicen su mejor esfuerzo para encontrar y construir una solución por sí mismos. El mediador no plantea alternativas de solución, sólo se limita a ser facilitador del diálogo.

La Conciliación, es el proceso en donde las partes recurren a un tercero neutral e imparcial (conciliador), quien además de promover el reinicio del diálogo, puede sugerir alternativas de solución, las cuales son evaluadas por las partes y, de considerarlas adecuadas, pueden ser acordadas libremente. La decisión también recae en las partes, el conciliador sólo hace propuestas, las partes pueden aceptarlas o no.

La diferencia que los Mecanismos tienen entre sí, radica básicamente en la participación o no, de un tercero, y el grado de control que éste tenga en la solución del conflicto. En la Negociación no existe intervención de un tercero, en la Mediación y Conciliación es mínimo, mientras que en el Arbitraje la dirección del proceso corresponde al tercero (árbitro), pero siempre por decisión y designación de las partes.

Evolución del Arbitraje

Dentro de los principales Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias Médicas, destaca el Arbitraje, proceso mediante el cual las partes acuerdan que un tercero neutral e imparcial (árbitro) dicte una resolución al conflicto, obligatoria para ambas y ejecutable judicialmente si no la cumplen en forma voluntaria.

Como antecedente remoto en nuestro país, la Constitución Federal de 1824, en sus artículos 155 y 156, establecía de manera expresa la posibilidad de que los conflictos fueran resueltos por Conciliación o por Arbitraje: *"No se podrá entablar pleito alguno en lo civil ni en lo criminal sobre injurias sin hacer constar haberse intentado legalmente el medio de la conciliación. A nadie podrá privarse del derecho de terminar sus diferencias por me-*

*dio de jueces árbitros, nombrados por ambas partes, sea cual fuere el estado del juicio."*⁶ Sin embargo, en el texto original de la Constitución Federal de 1857 y en el de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, sólo se adoptó el sistema de impartición de justicia por tribunales, estableciendo la norma de que ninguna persona podrá hacerse justicia por sí, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.

Mediante reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de junio de 2008, el texto actual del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, incluye la disposición de que *"las leyes prevén mecanismos alternativos de solución de controversias"*, reincorporando en nuestra norma suprema la posibilidad de que las personas resuelvan sus conflictos fuera de los órganos jurisdiccionales, promoviendo, así, la utilización de instancias complementarias a la justicia ordinaria.⁵

En este contexto, si bien la tramitación del Arbitraje es convenida por las propias partes que intervienen, empero, debe cumplir con las formalidades esenciales de todo procedimiento seguido en forma de juicio, conforme lo previsto en el artículo 14 Constitucional, pues la resolución que se emita impondrá una determinada situación jurídica a las partes, la cual podrá afectar sus propiedades, posesiones o derechos.¹ En ese mismo sentido, las actuaciones en el arbitraje deben contener fundamento y motivación legal, realizarse en los plazos y términos convenidos, emitiendo las resoluciones de manera pronta, completa e imparcial, tal como se encuentra actualmente garantizado en los derechos humanos previstos en los artículos 16 y 17 Constitucionales.¹ Lo anterior, debe incluirse en el texto del acuerdo arbitral en el que las partes manifiestan su voluntad para someterse al arbitraje. Si el acuerdo se inserta en un contrato, para predecir la solución de diferencias entre las partes, se denomina cláusula compromisoria, si ya existe el conflicto será un compromiso arbitral. Ambos deben constar por escrito y firmarse por las partes.⁷

Arbitraje Médico

El Arbitraje tiene aplicación en distintas áreas, como la civil, mercantil y deportiva, entre otras. Dentro del área civil se incluyen los conflictos originados en la prestación de servicios médicos, por contener ésta las características contractuales previstas en los artículos 2606 al 2615 del Código Civil Federal. Es en este contexto, en el que el proceso de Arbitraje adquiere importancia relevante para evaluar si existieron elementos de mala práctica en la atención médica proporcionada o, por el contrario, el acto médico se efectuó con apego a *Lex artis*, que implica cumplimiento de los principios científicos de la medicina, tal como lo previenen, entre otros, los artículos 51

de la Ley General de Salud y, 9° de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.⁸

A mayor abundamiento, el Arbitraje Médico se define como el proceso mediante el cual se resuelven conflictos extrajudicialmente, derivados de la prestación de servicios de salud, cuyo análisis igualmente tiene sustento legal en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, en su artículo 34, donde se establece que *"cuando exista inconformidad respecto al servicio profesional realizado, el asunto se podrá resolver en el terreno privado si así lo convinieren las partes"*⁹, conforme a los lineamientos contenidos en las distintas fracciones de dicho precepto legal.

Mecanismos Alternativos de Solución de Controversias Médicas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

La Comisión Nacional De Arbitraje Médico, CONAMED, se creó el 3 de junio de 1996, mediante Decreto del Titular del Ejecutivo Federal, para que la sociedad cuente con una instancia alterna que intervenga en la solución ágil, imparcial, gratuita y confidencial, de los conflictos entre pacientes y prestadores de servicios de salud, a través de la investigación de los motivos que los originan y la propuesta de una solución no judicial que busque siempre evitar el conflicto.¹⁰

Entre los Mecanismos utilizados por la CONAMED, para cumplir con sus atribuciones previstas en su Decreto de creación, su Reglamento Interno y su Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, se encuentran la Gestión Inmediata, la Orientación, la Conciliación y el Arbitraje.¹¹

Cuando un usuario tiene una inconformidad, por irregularidad o negativa en la prestación de los servicios de salud, presenta su queja, por teléfono, correo electrónico, correo postal, personalmente o por representante legal.

La Gestión Inmediata consiste en interceder ante el prestador del servicio, para promover una inmediata solución en la atención del usuario, de ser positiva la intervención se tendrá por resuelto el asunto, de no ser así, el usuario podrá continuar con el proceso arbitral ante la CONAMED.

En la etapa de Orientación, se brinda la asesoría especializada de un médico y un abogado, para la solución de la controversia planteada en la queja, con exposición de las bondades y alcances legales de los Mecanismos Alternativos de la CONAMED y sus ventajas frente a los procedimientos ante los órganos de procuración y administración de justicia.

En la fase de Conciliación, se invita al prestador del servicio para solucionar la controversia planteada. Si acepta el procedimiento y ambas partes llegan a un acuerdo, se suscribe el convenio respectivo y se concluye la queja. Si

no se acepta la invitación, no hay convenio entre las partes o no se acepta continuar con el Arbitraje, el usuario podrá acudir ante la justicia ordinaria.

Si no hay convenio, pero ambas partes deciden continuar con los Mecanismos Alternativos ante la CONAMED, se concluye la etapa de Conciliación y, en ese mismo acto, se traslada a las partes ante la Sala correspondiente para iniciar el Arbitraje, mediante la firma del Compromiso Arbitral. Este documento contiene las reglas del procedimiento al que se sujetan las partes, el cual debe contener las formalidades esenciales de todo procedimiento legal seguido en forma de juicio, como ofrecer pruebas y alegatos, con una audiencia en la que se desahoguen las primeras y se reciban por escrito los segundos, así como la emisión de un Laudo que resuelve la controversia.

El Laudo debe contener requisitos legales ineludibles, como los de estar debidamente fundado y motivado en las disposiciones legales aplicables al caso en concreto y debe contener el sustento médico en que se base, conforme a los principios científicos y éticos que rijan la práctica de la especialidad médica de que se trate el asunto a resolver.

Al resolver el Arbitraje Médico, los Laudos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico contienen las mismas características, naturaleza y alcances legales de una sentencia emitida por un órgano jurisdiccional, es decir, tienen el carácter de cosa juzgada¹² y traen aparejada ejecución, la cual es exigible voluntariamente ante la propia CONAMED o de manera forzosa ante los Tribunales, con la simple solicitud de ejecución ante éstos, tal como incluso lo ha considerado la Suprema Corte de Justicia de la Nación.¹³

Durante todo el proceso arbitral, en las distintas etapas marcadas por los diversos Mecanismos Alternativos, siempre se privilegiará la Conciliación, la cual podrá llevarse a cabo incluso hasta antes de dictarse el Laudo, por lo que siempre se buscará la vía de arreglo acorde al caso. El personal de la CONAMED cuenta con facultades para hacer propuestas a las partes e invitarlas para lograr un convenio que solucione anticipadamente la controversia, sin esperar la resolución final que se emita.

Para finalizar, es importante remarcar, como sello distintivo de los Mecanismos Alternativos, frente al manejo de la impartición tradicional de justicia, que en todos y cada uno de los actos del Arbitraje Médico ante la CONAMED, se observan los principios siguientes: moderar el diálogo entre las partes para que expresen sus puntos de vista en torno al caso y las dudas que deseen disipar, según lo manifestado en sus escritos, buscar favorecer la comunicación y equidad entre las partes, para lo cual se aclararán términos, se utilizará lenguaje sencillo desde el punto de vista médico y jurídico, se les proporcionará la información contenida en el expediente que pudiera ser de interés

para alguna de ellas. Si alguna de las partes no estuviera asistida por Licenciado en Derecho o Profesional de la Salud, con cédula expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Salud, siempre será orientada por el personal de CONAMED, con total objetividad e imparcialidad.¹¹

Conclusiones

El Arbitraje Médico, brinda la oportunidad a usuarios y prestadores de servicios de salud de dirimir la controversia surgida entre ellos. En su tramitación, como Mecanismo Alternativo de Solución de Controversias, se privilegia la imparcialidad, objetividad y participación de expertos en la materia, en un ambiente amable, por aceptación voluntaria de las partes, estableciendo una relación basada en el respeto y la confianza mutua. Debe resaltarse el hecho de que el servicio es gratuito, cumpliéndose con el derecho humano de gratuidad en la impartición de justicia, previsto en el artículo 17 Constitucional.

El Modelo de Arbitraje Médico continúa mostrando sus bondades desde hace más de 16 años y seguirá consolidándose, siempre que exista la voluntad de los usuarios y de los prestadores de servicios de salud, para acceder a esta alternativa para dirimir sus controversias. Paulatinamente continuará dejándose de lado la intervención de la autoridad judicial en asuntos de atención médica, los cuales sólo deben ser competencia de las propias partes en un ambiente profesional y especializado, propicio para el reestablecimiento de la relación médico paciente, objetivo básico de la CONAMED.

Lo anterior es así, puesto que la revisión y evaluación del acto médico, sólo debe confiarse a quienes técnicamente conocen del mismo y entienden del trato digno a sus protagonistas, el paciente y los prestadores de servicios de salud, con estricto apego a los principios científicos y éticos que rigen la práctica médica, y con pleno respeto de los derechos humanos y sus garantías establecidos en nuestra Constitución.

REFERENCIAS

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (DOF 5-02-1917). [acceso 5-06-2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.
2. Ley de métodos alternos para la solución de conflictos del Estado de Nuevo León. (Periódico Oficial del Estado 14-01-2005). [acceso 10-06-2012]. Disponible en: http://sg.nl.gob.mx/Transparencia_2009/Archivos/AC_0001_0002_0037059-0000001.pdf.
3. Ley de justicia alternativa del Tribunal Superior de Justicia para el Distrito Federal. (GODF 8-01-2008). [acceso 10-06-2012]. Disponible en: http://www.detm.df.gob.mx/wp-content/uploads/2010/01/ley_justicia_alter_tsjdf.pdf.
4. Hernández-Moreno J, Hernández-Gil ML, Hernández-Gil A. Responsabilidad por malpraxis médica: la vía extrajudicial. Cuad med forense. 2002 abril; 28: 7-24. [acceso 18-06-2012]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn28/jornadas.pdf>.
5. Navarrete-Villarreal V. Anexo 7: La reforma al artículo 17 constitucional en materia de medios alternativos de solución de controversias: una respuesta atinada en la vida político-jurídica del México del Siglo XXI. En: II Diplomado en mediación privada con especialidad en las materias civil, mercantil y familiar. México: Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal; 2012. p. 133-151.
6. Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1824. [acceso 25-06-2012]. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/4/1671/35.pdf>.
7. Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal. (DOF 26-05-1928). [acceso 25-06-2012]. Disponible en: <http://www.metro.df.gob.mx/transparencia/imagenes/fr1/normaplicable/cpcdf0112.pdf>.
8. Ley General de Salud. (DOF 7-02-1984). [acceso 01-07-2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
9. Ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. (DOF 26-05-1945). [acceso 01-07-12]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/208.pdf>.
10. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decreto de creación. [acceso 26-06-12]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [acceso 05-07-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/regproc.php?seccion=78>.
12. Maldonado Camargo, VM. Laudo y cosa juzgada. En: Tena Tamayo C (coord.). Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario. México: Alfili; 2009.
13. Suprema Corte de Justicia de la Nación (México). Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Los laudos que emite en su calidad de árbitro constituyen actos materialmente jurisdiccionales. Tesis 2ª. CCXIX/2001, tesis aislada. En: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9ª época. t. xiv, diciembre 2001. p. 365.

Los pequeños grandes detalles de la Seguridad del Paciente

The great small details of Patient Safety

Jorge A. Pérez-Castro y Vázquez,¹ Carlos Manuel Castillo-Vázquez,² Mario Antonio Domínguez-de la Peña,² Isay Besalel Jiménez-Díaz,² Arturo Rueda-Rodríguez²

RESUMEN

El presente trabajo hace una revisión general del estado de los programas de seguridad del paciente a nivel mundial: manos limpias una atención segura, cirugía segura salva vidas y bacteriemia cero, mencionando algunas particularidades como el sistema de reporte de incidentes. Se revisan algunas acciones relacionadas en seguridad del paciente: enfoque de riesgo en las acciones directivas, uso de diagrama de causa efecto en el análisis de incidentes, cuidados en la calibración de equipos electrónicos, el uso de punzo cortantes y de celulares en la sala de operaciones, como muestra de momentos que son trascendentes a pesar de no estar contempladas como una línea de acción específica.

Palabras clave: Calidad, salud, seguridad del paciente, factor de riesgo, evento adverso.

ABSTRACT

This study provides a general review of the status of the worldwide patient safety programmes: clean hands safe care, safe surgery saves lives and zero bacteremia, mentioning some particularities such as the incidents report. Some actions regarding patient safety are reviewed: risk approach of directive actions, use of cause-effect diagram in incident analysis, calibration maintenance in electronic equipment, use of sharp objects and cellphones in the operation room, as examples of moments that transcend despite of not being contemplated as a specific line of action.

Key words: quality, health, patient safety, risk factor, adverse event.

INTRODUCCIÓN

La política mundial sobre seguridad del paciente corresponde a un cambio de paradigma en los programas de salud a nivel internacional. El liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aportado métodos y contenidos que han evitado un desbordamiento innecesario y costoso, frente a la gran diversidad de enfoques y a la producción acelerada de conocimientos.

Con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, firmada en Washington D.C., el 27 de Octubre de 2004, por todos los países asociados,

Con la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, firmada en Washington D.C., el 27 de Octubre de 2004, por todos los países asociados,

¹ Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

² Médicos Pasantes en Servicio Social de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Folio: 194/12 Artículo recibido: 02-07-2012 Artículo reenviado: 24-08-2012 Artículo aceptado: 30-08-2012

Correspondencia: Dr. Jorge A. Pérez Castro y Vázquez, Subcomisionado Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: japerez@conamed.gob.mx.

se dió el banderazo de salida a un orden sistemático para provocar un cambio radical en la atención de los pacientes. Después de numerosas reuniones, la OMS determinó realizar acciones enfocadas a los problemas más importantes que afectan a la salud global y que han sido denominados “retos”, lo que también ha obligado a los miembros de la OMS a cumplirlos. Están enfocados a reducir los problemas con mayor frecuencia y mayores repercusiones económicas, como es la transmisión de infecciones por los trabajadores de la salud mediante la higiene de manos, la práctica de cirugía segura utilizando la aplicación de una lista de cotejo que permite prevenir la posibilidad de eventos adversos y evitar la contaminación e infección que se ocasiona con el acceso incorrecto de las líneas vasculares. Estas líneas de acción tienen en común ser de aplicación universal, de implementación de bajo costo y participar en forma importante en la gestión del cambio. Es decir, parten del principio de que existen formas diferentes y mejores de hacer las cosas, destacando el enfoque del paciente como centro del proceso de atención, como su característica fundamental.

Estas son: “Atención Limpia Atención Segura” (Clean Care is Safe Care) que inició en Ginebra en octubre 2005 y en México en el mismo mes del año 2008; “Cirugía Segura Salva Vidas” (Safe Surgery Save Lives) arrancó en octubre de 2008 en Washington D.C., y en diciembre de 2009 en México; “Bacteriemia Cero” (Bacteriemia Zero) inició en España y Reino Unido en 2010 y en nuestro país en julio de 2011.^{1,2}

Cabe señalar, que todos estos esfuerzos están enmarcados en las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente:

1. Identificar correctamente a los pacientes;
2. Mejorar la comunicación efectiva;
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo;
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto;
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud;
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Estas han sido adoptadas por la mayoría de las instituciones como estrategia para generar una cultura de seguridad del paciente.

En nuestro país se han tenido grandes logros y desarrollos, entre los que destacan las acciones de la Secretaría de Salud a través del programa “SI calidad”, que además de adoptar los tres retos arriba señalados, tiene doce

líneas de acción que incluyen entre otras: la prevención de caídas, la prevención de úlceras por presión, el uso adecuado de medicamentos, la identificación correcta de pacientes, la medicación segura y los sistemas de reporte.

Adicionalmente a estas líneas de acción, se han desarrollado estrategias de seguimiento a través de indicadores que evalúan la correcta implementación del programa.

De la misma manera, otras instituciones públicas y privadas, han realizado esfuerzos y proyectos extraordinarios que han permitido que vaya permeando este nuevo paradigma, generando en todos los trabajadores de la salud la construcción de una cultura de la seguridad con enfoque en los pacientes. Mención aparte merece el desarrollo de sistemas de reporte de eventos adversos, lo que ha permitido describir el incidente e identificar los factores de riesgo relacionados a su génesis, lo que permite desarrollar intervenciones preventivas y correctivas, exactas, precisas y oportunas. En este sentido, la CONAMED ha marcado un hito al desarrollar el SIRAIS –Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud- a través del cual cada hospital puede generar su base de datos, que le servirán para el análisis y toma de decisiones. El desarrollo de esta herramienta constituyó el pilar para que este organismo del sector salud fuera designado como Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), al ser compatible con los programas de calidad y seguridad del paciente que éstas organizaciones impulsan a nivel mundial.

Con este panorama general, el objetivo de este trabajo es destacar acciones para la seguridad del paciente quirúrgico. Iniciaremos considerando la trascendencia que tiene, tanto para los individuos como para las organizaciones, un enfoque preventivo permanente y en cada paso del proceso asistencial. Para alcanzar el éxito, deben participar todos los integrantes de la organización, desde los niveles directivos hasta el operativo con las actividades más simples. Continuaremos nuestra disquisición, resaltando la utilidad del diagrama de Ishikawa, una conocida y útil herramienta para la calidad de los procesos, en el análisis de los eventos adversos.

Con objeto de ilustrar la importancia del mantenimiento preventivo como uno de los pilares de la seguridad hospitalaria, se harán algunas consideraciones sobre la calibración de los equipos de electrocirugía.

Finalmente, abordaremos dos aspectos muy cercanos a la vida diaria del cirujano: las lesiones por instrumentos punzo cortantes con las estrategias preventivas para evitarlas y la presencia de los teléfonos celulares en los quirófanos, como elementos novedosos que ocasionan distracción con el potencial de incrementar la posibilidad de error.

El Enfoque de Prevención

La madurez de una organización se puede apreciar en la forma en que enfrenta los problemas. La ausencia de un sistema de identificación sistemática de eventos adversos o incidentes, evita la posibilidad de generar acciones de mejora. Esta actitud o comportamiento de inacción o pasivo, se manifiesta por el ocultamiento de evidencias, la ausencia de análisis, la carencia de propuestas y medidas de solución (por miedo o reserva) y, en su caso, la falta de comunicación de los resultados. Lo anterior conduce finalmente a que los pacientes continúen expuestos a riesgos o daños derivados de las malas prácticas de la organización.

Existen otras organizaciones que frente al problema responden midiendo, generando análisis y proponiendo medidas de mejora o de aseguramiento de la calidad de sus procesos, los cuales son bien conocidos y se aplican por todos los integrantes de la organización. Estas organizaciones utilizan herramientas estadísticas de la calidad lo que les permite hacer un análisis exacto de lo ocurrido; sin embargo, cuando esto no ocurre en forma sistemática sino tan solo en los casos de daño severo o denuncia, los esfuerzos son infructuosos en el largo plazo. Este es el caso de las organizaciones reactivas.

Un tercer tipo de organizaciones son aquellas que, enfocadas en el riesgo, cuentan con sistemas de captura y análisis de información, que funcionan en forma cotidiana. Dichos sistemas se encuentran vinculados al establecimiento de medidas de mejora para que los eventos adversos no vuelvan a ocurrir. Se denominan organizaciones proactivas y están enfocadas a detectar los posibles sitios de riesgo y aplicar las medidas de prevención para reducir a su mínima expresión la probabilidad de daño al paciente, dentro de las capacidades y recursos de dicha organización, lo cual la conforma como segura y por ende madura e inteligente.³ (Cuadro 1)

Herramientas para el análisis de los eventos adversos

Después de compilar la información a través del sistema de reporte de eventos adversos o incidentes sigue el proceso de análisis. Para ello se han diseñado una serie de herramientas, dentro de las cuales destaca el diagrama de Ishikawa, denominada también diagrama de causa efecto o espina de pescado.

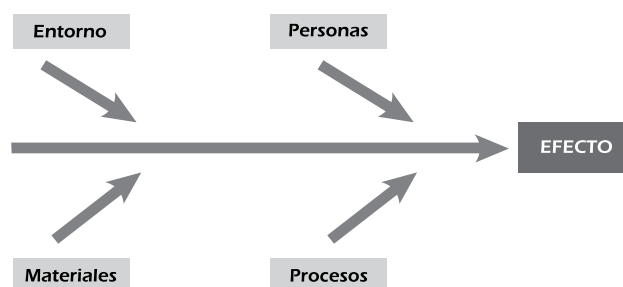
El químico japonés Kaoru Ishikawa es considerado el creador del análisis científico de las causas de los problemas de calidad en los procesos industriales, dando su nombre al diagrama causa-efecto, desarrollado en 1943, que agrupa por categorías las causas de los problemas, para facilitar su análisis y encontrar soluciones en el ámbito de los procesos, productos y servicios.

Cuadro 1. Niveles de madurez de las organizaciones para la seguridad del paciente.

NIVEL DE MADUREZ	SISTEMA DE ABORDAJE PARA LA CALIDAD
1. Patológico	Ninguno en función.
2. Reactivo	Rudimentario, actúa ante contingencias.
3. Calculativo	Sistemático pero en "parches".
4. Proactivo	Sistemático, amplio, basado en evidencia.
5. Generativo	Cultura de calidad es la misión central. Se evalúan aciertos y fallos y se incorporan lecciones aprendidas. Mejora continua.

Los problemas analizados con el uso del diagrama provienen de ámbitos diversos como la salud, la calidad de los productos y servicios, fenómenos sociales y problemas organizacionales, entre otros. El gráfico consiste en un eje horizontal al que confluyen líneas oblicuas – como las espinas de un pez– que representan las causas valoradas como tales por las personas participantes en el análisis del problema. A su vez, cada una de estas líneas que representa una posible causa, recibe otras líneas perpendiculares que representan las causas secundarias. Cada grupo formado por una posible causa primaria y las secundarias que se le relacionan forman un grupo de causas con naturaleza común. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Diagrama causa-efecto. Diagrama de Ishikawa.



Este tipo de herramienta, permite un análisis participativo mediante grupos de mejora o de análisis, que mediante técnicas como: la lluvia de ideas, sesiones de creatividad y otras, facilita el resultado óptimo del entendimiento de las causas que originan un problema, con lo que puede ser posible la solución del mismo. La primera parte de este diagrama, muestra todos aquellos posibles factores que puedan estar originando alguno de los problemas identificados; la segunda fase, luego de la tormenta de ideas, es la ponderación o valoración de estos factores a fin de centralizarse sobre todo con los problemas principales. Esta ponderación puede realizarse ya sea por la experiencia de quienes participan o por investigaciones *in situ* que sustenten el valor asignado.

El análisis de los eventos o incidentes de seguridad en la atención hospitalaria con el uso del diagrama de Ishikawa comprende los pasos siguientes: 1. Definir el evento o incidente adverso; 2. Colocarlo en la parte que ocuparía la cabeza del pescado simulado; 3. Identificar las posibles causas que contribuyeron al efecto o al incidente, al cual nos referimos; 4. Dentro de ellas identificar las principales de las que se desprenderán las secundarias; 5. Identificar en forma clara las condiciones de riesgo susceptibles de ser modificadas.

Existen otros sistemas que también se utilizan en forma exitosa en el análisis de seguridad del paciente, como son: listas de verificación de los momentos de decisión o de riesgo, como las utilizadas en cirugía segura salva vidas; cartas de control de procesos o de navegación; histogramas y gráficas con tendencias que permiten apreciar las desviaciones en conjunto o en particular, de acuerdo al origen de los datos.

A continuación exponemos tres condiciones en las que bajo algunas circunstancias se incrementan los riesgos para la seguridad de los pacientes.

El caso de la calibración de los equipos de electrocirugía

Con sus cerca de 100 años, la electrocirugía tiene una presencia cada vez mayor en los quirófanos y en las últimas décadas ha desplegado una serie de innovaciones tecnológicas en términos de seguridad, entre las que destacan las siguientes: potencias más amplias con tamaños más pequeños, materiales de aislamiento extra-seguros, versatilidad y variabilidad de sus accesorios y tecnología capaz de reproducir una serie de ondas electromagnéticas de alta frecuencia con el fin de electrofulgurar o electrodisecar a través de las dos formas clásicas de uso de energía en cirugía: la monopolar y la bipolar, que se diferencian por que la primera produce su efecto al tocar el tejido que está alrededor de la punta, mientras que en la segunda, el máximo efecto está ubicado entre las dos ramas de la pinza efectora en el conocimiento

que también tiene transmisión lateral a la pinza.

Los aspectos más relevantes sobre la seguridad que deben de guardar estos equipos son: la verificación de potencia de salida que sea constante; que el sistema de tierra del aparato, del paciente y del contacto sean los correctos; que los cables de conexión estén intactos; que la punta del electrodo este limpia y bien recubierta de aislante. Adicionalmente, debemos tener en mente, que la mesa de cirugía esté aislada; tener precaución con los líquidos inflamables; utilizar siempre guantes; no tocar objetos mecánicos ni metálicos al momento de la cirugía, a menos que esto sea intencionado; probar siempre antes de cada uso, la fuerza de salida del equipo y el modo en que está activado, para evitar descargas excesivas y quemaduras como resultado de éstas.⁴

Con esto queremos resaltar que el mantenimiento y calibración de equipos electroquirúrgicos, de anestesia, de monitoreo, de iluminación, de insuflación, de aspiración, entre los más destacados dentro de la sala de operaciones, juegan todos y cada uno un papel vital, a tal punto, que sólo la integridad, funcionalidad y correcto uso, de uno y de todos, son la mejor garantía de la seguridad del paciente.

El caso de los punzo-cortantes

Las lesiones punzo-cortantes y las perforaciones de guantes quirúrgicos, continúan siendo una de las fuentes más frecuentes de exposición y riesgo para los cirujanos en la sala de operaciones.⁵

En base a estudios de sombra, se considera que la sangre del paciente se puede poner en contacto con la piel o las membranas mucosas del personal hasta en un 50% de las operaciones y en lo referente a cortes o picadura de aguja, estos se llegan a producir hasta en 15% de las operaciones. Los cirujanos y sus asistentes son el personal con mayor riesgo de lesión, ya que en ellos ocurren hasta 59% de las lesiones en la sala de operaciones. El personal que trabaja en el lavado y preparado del equipo e instrumental quirúrgico, es el que sigue en frecuencia con el 19%, seguido por anestesiólogos 6% y enfermeras circulantes 6%. Para los cirujanos, las agujas de sutura son la fuente más frecuente de las lesiones punzo-cortantes.

El Colegio Americano de Cirujanos (ACS) promueve los esfuerzos para eliminar, proteger o estandarizar el uso de instrumentos afilados en el quirófano. El ACS también recomienda el uso de evaluaciones estructuradas y criterios basados en usuarios, que incluyen normas de rendimiento, análisis de tareas, simulación y programas de capacitación para los dispositivos destinados a reducir las lesiones punzo-cortantes en el quirófano.

El trabajo en equipo para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sanguínea que resulten de las lesiones por objetos punzantes en el quirófano es fundamental.

Los hospitales y centros de salud deben trabajar en la reducción de lesiones punzo-cortantes utilizando o modificando las técnicas e instrumentos actualmente disponibles para los cirujanos y personal de las salas de operaciones, incrementando las prácticas recomendadas como es el doble enguantado.

Aún cuando se han descrito ciertas desventajas por el uso del doble guante a fin de evitar lesiones por instrumentos punzocortantes durante la cirugía, como es el caso de la disminución de la sensibilidad táctil en ciertos tipos de cirugía en las que se requiere una manipulación delicada de los instrumentos y los tejidos, el doble enguantado reduce el riesgo de exposición a la sangre del paciente en el 87%, cuando el guante exterior está perforado. El ACS recomienda la adopción universal del doble guante con el fin de reducir la exposición a fluidos corporales causados por microperforaciones de los guantes y las lesiones con objetos punzo-cortantes en cirujanos y personal paramédico. A pesar de la existencia de una gran cantidad de datos que documentan los beneficios de guantes dobles, esta técnica aún no ha recibido una aceptación amplia por los cirujanos.⁶⁻⁹

Por otra parte, las lesiones con agujas de sutura representan el mayor riesgo de lesiones punzo-cortantes del cirujano y paramédicos. La eficacia de la utilización de agujas de sutura con puntas romas ha sido contundente en la reducción de las lesiones, con el apoyo de una serie de estudios aleatorizados y series de casos que demuestran la disminución de las tasas de perforación de un guante de 38% al 6% y en algunos casos llegar a cero -a partir de la adopción de las agujas de sutura romas. El uso de agujas de sutura con puntas romas no requiere cambios en las prácticas de trabajo para los cirujanos. Una nueva generación de agujas de sutura con puntas romas se encuentra ahora en el mercado, con un perfil de la punta un poco más afilada que puede facilitar la sutura en comparación con las agujas anteriores utilizadas en los primeros estudios de referencia.

El ACS recomienda la adopción universal de agujas romas de punta de sutura para el cierre de la fascia y el músculo con el fin de reducir los incidentes con agujas en los cirujanos y personal paramédico.¹⁰

Otra propuesta es la denominada técnica de manos libres que requiere que el equipo quirúrgico utilice una zona neutral para objetos punzo-cortantes (por ejemplo una toalla, mesa de Mayo, charola magnética, y así sucesivamente) para la recolección y liberación de punzo-cortantes tales como: agujas, bisturís y jeringas con agujas. De esta manera, no hay entrega directa de los instrumentos al cirujano, ni al instrumentista y existe una zona exclusiva para su depósito en la mesa de operaciones. Si bien, se ha recomendado que el cirujano no debe rom-

per el contacto visual con el campo quirúrgico durante partes críticas de la operación en las que podría comprometerse la seguridad del paciente, se puede usar una técnica parcial de manos libres que consiste en que los objetos punzo-cortantes sean directamente entregados por el instrumentista al cirujano, pero sean devueltos por éste a la zona neutral. El uso de la zona neutral de transferencia de objetos, es un método para reducir el riesgo de lesiones del personal de salud durante la cirugía, el cual aún no es del todo concluyente, continuando las investigaciones sobre el tema en la actualidad.

El ACS recomienda el uso de la técnica de manos libres como medida de seguridad complementaria para reducir las lesiones punzo-cortantes durante la cirugía, excepto en situaciones en las que puede poner en peligro la realización segura de la operación, en cuyo caso puede ser útil un uso parcial.

Finalmente, se ha involucrado a la Ingeniería aplicada a los dispositivos, con objeto de prevenir lesiones a través de dispositivos mecánicos que implican la protección de las agujas de sutura y hojas de bisturí. No hay estudios publicados hasta la fecha, que demuestren la eficacia clínica de los dispositivos de protección mecánica. El diseño y la calidad de estos dispositivos ha sido también muy variable y su aceptación por los cirujanos limitada. Sin embargo, estos dispositivos pueden contribuir a reducir al mínimo las lesiones punzo-cortantes en el quirófano. Hoy en día, el uso de bisturís de seguridad es obligatorio en la mayoría de los hospitales de los Estados Unidos de América. El ACS recomienda el uso de dispositivos mecánicos de protección como medida de seguridad complementaria para reducir lesiones por instrumentos punzo-cortantes durante la cirugía, excepto en situaciones en las que se puede poner en peligro la realización segura de la operación.^{11, 12}

El uso de celulares en el quirófano

La Tecnología de la telefonía celular es omnipresente en todos los ámbitos y el quirófano no es la excepción. Ya sea por la transmisión de voz o de datos, muchos médicos han establecido en este accesorio una extensión de su consultorio, lo que ha generado una fuerte dependencia. Sin embargo, el uso de los dispositivos celulares en la sala de operaciones es una distracción.

La adopción casi viral de la tecnología telefónica móvil y actualmente de los denominados inteligentes es, en el ámbito hospitalario, noticia por la presencia de problemas y preocupaciones acerca de los médicos distraídos, las brechas de seguridad de datos protegidos, la pérdida de intimidad de los pacientes y los riesgos de infección al convertirse en vehículos de microorganismos.¹³

A pesar de ser la herramienta de tecnología dominante en prácticamente toda la vida cotidiana de la sociedad

actual, representan, en el contexto de los quirófanos, factores que pueden minar la seguridad de los pacientes.¹⁴

Otras industrias que han detectado este problema, establecen límites tecnológicos o administrativos sobre el uso de dispositivos en la empresa para uso personal, como es el caso de los límites de ancho de banda, los sistemas de mensajes instantáneos o la revisión de canales específicos como *Facebook*, *Twitter* y *YouTube*, entre otros.

Por estas razones, el uso de dispositivos celulares específicamente en el quirófano, debe estar guiado por las siguientes consideraciones que son tomadas del ACS, en relación al uso de los teléfonos celulares en las salas de operaciones:

1. El uso indiscriminado de aparatos celulares en el quirófano, como teléfono, correo electrónico o comunicación de datos, por el cirujano o por otros miembros del equipo quirúrgico-puede suponer una distracción y puede poner en peligro la atención al paciente.
2. El cirujano y el anestesiólogo deben considerar dentro de las tareas del personal de apoyo en el quirófano, la asistencia en la comunicación celular.
3. Los teléfonos celulares no deben interferir con dispositivos de monitorización de pacientes o con otras tecnologías necesarias para la atención.
4. Siempre que sea posible, los miembros del equipo quirúrgico, incluyendo al cirujano, sólo deben participar en la comunicación urgente o de emergencia durante la cirugía. Las llamadas personales y la rutina debe ser minimizada, adicionando que éstas deben de ser lo más breves posibles.
5. Las llamadas entrantes deberán ser remitidas a la mesa de quirófano o en el teléfono con cables en el quirófano para reducir al mínimo la distracción potencial de los teléfonos celulares.
6. Las llamadas de telefonía celular y transmisión de datos, deberán ser remitidas al correo de voz o en la memoria. El tono de llamada debe ser silenciada. Una señal audible puede ser empleada.
7. Una señal clara para las llamadas urgentes o de emergencia debe estar habilitada. Esta señal puede ser implementada en la mayoría de los teléfonos celulares. Las personas que llaman, deben ser aconsejadas para utilizar esta función sólo para llamadas urgentes y emergentes, si el teléfono está sin respuesta.
8. El uso de dispositivos móviles o sus accesorios, (como auriculares o teclados) no deben comprometer la integridad del campo estéril, de preferencia no deben utilizarse. Especial cuidado se debe tomar para evitar la comunicación sensible dentro del quirófano, particularmente cuando el paciente se encuentre despierto.
9. El uso de teléfonos cableados en la sala de operacio-

nes, está sujeto a la misma disciplina que la comunicación de la tecnología celular.

10. El uso de dispositivos celulares para tomar y transmitir fotografías, deben regirse por la política del hospital en la fotografía de los pacientes y por las regulaciones éticas y legales relativas a la privacidad y confidencialidad del paciente.¹⁵

REFERENCIAS

1. Seguridad del paciente. [acceso 12-06-12]. Disponible en: www.who.int/entity/patientsafety/es/.
2. Actualidades en seguridad del paciente. [acceso 17-06-12]. Disponible en www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html.
3. Jaimovich D. Designing the Health Care. System to Reduce Risks and Errors. [Internet]: ORC Corporate Health Directors Network; 4-08-2006. [acceso 21-09-2012] Disponible en: <http://www.orc-dc.com/files/2009/2895/Jaimovich.pdf>
4. Barrientos FT Complications of electrosurgery. En: Cueto García J, Jacobs M, Gagner M. Laparoscopic Surgery. New York: McGraw-Hill; 2003. p.639-44.
5. Statement on sharps safety. [acceso 24-06-12]. Disponible en: http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-58.html.
6. Aarnio P, Laine T. Glove perforation rate in vascular surgery—A comparison between single and double gloving. *Vasa*. 2001;30(2):122-124.
7. McNeilly L. Double Gloving: Myth Versus Fact. [Internet]: ICT-Virgo Publishing; 5-04-2011. [acceso 21-05-2012]. Disponible en: <http://www.infectioncontrolday.com/articles/2011/04/double-gloving-myth-versus-fact.aspx>.
8. Berguer R, Heller PJ. Strategies for preventing sharps injuries in the operating room. *Surg Clin North Am*. 2005;85(6):1288-305, xiii.
9. Caillot JL, Cote C, Abidi H, Fabry J. Electronic evaluation of the value of double gloving. *Br J Surg*. 1999;86(11):1387-1390.
10. Dauleh MI, Irving AD, Townell NH. Needle prick injury to the surgeon—Do we need sharp needles? *J R Coll Surg Edinb*. 1994;39(5):310-1.
11. Eggleston MK Jr, Wax JR, Philput C, Eggleston MH, Weiss MI. Use of surgical pass trays to reduce intraoperative glove perforations. *J Matern Fetal Med*. 1997;6(4):245-7.
12. Evaluation of blunt suture needles in preventing percutaneous injuries among health-care workers during gynecologic surgical procedures—New York City, March 1993–June 1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1997;46(2):25-29.
13. Papadakos PJ. Electronic Distraction: An Unmeasured Variable in Modern Medicine. [Internet]: Anesthesiology News. 2011 nov; 37(11). [acceso 29-05-12]. Disponible en: http://www.anesthesiologynews.com/ViewArticle.aspx?d=Commentary&d_id=449&i=November+2011&i_id=785&a_id=19643.
14. American College of Surgeons. College's Committee on Perioperative Care and approved by the Board of Regents. [ST-59] Statement on use of cell phones in the operating room. *Bull American College Surg*. 2008 sept; 93(9). [acceso 25-06-2012]. Disponible en: http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-59.html.

Importancia de los artículos de Casos CONAMED para el estudiante de medicina

Significance of articles about CONAMED Cases to the medical student

Rafael Álvarez-Cordero¹

RESUMEN

La Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, FACMED, ha sido publicada sin interrupción desde 1957, y desde hace más de diez años, publica en cada número un caso de responsabilidad profesional que ha sido atendido y resuelto por CONAMED. El caso analiza desde el punto de vista normativo el cumplimiento de las diversas disposiciones que debe respetar y cumplir el médico tratante: expediente clínico, consentimiento informado, requerimientos para brindar atención médica, etc. y cuando corresponde, menciona las razones por las cuales el facultativo incumple sus obligaciones, o bien, si la demanda del paciente no se sustenta y si las acciones llevadas al cabo por el médico tratante se ajustan a las disposiciones normativas, así como a la denominada *lex artis* médica. CONAMED actúa en consecuencia de modo que, en cualquier caso, tanto el médico como el paciente tengan la seguridad de que se han protegido debidamente sus derechos.

Palabras clave: medicina científica, demandas médicas, *lex artis*.

ABSTRACT

The Journey of the Medical School at Universidad Nacional Autónoma de México, FACMED, has been published uninterruptedly since 1957. And, for more than ten years, in each issue, it has published a professional liability case dealt with and settled by CONAMED. The case analyzes, from the regulatory point of view, the adherence with different provisions that the attending physician must comply with and meet: clinical dossier, informed consent, requirements for providing medical care, etc., and, where applicable, it establishes the reasons for which the physician fails to fulfill his/her obligations, or, if the patient's claim is not founded and if the actions performed by the attending physician comply with the regulatory provisions, as well as with the so-called medical *lex artis*. CONAMED acts accordingly so that, in any case, both the physician and the patient have the assurance that their rights have been duly protected.

Key words: scientific medicine, medical claims, *lex artis*.

¹ Médico cirujano, Editor de la Revista de la Facultad de Medicina FACMED, UNAM.

Folio: 174/12 Artículo recibido: 03-05-2012 Artículo reenviado: 20-06-2012 Artículo aceptado: 30-08-2012

Correspondencia: Dr. Rafael Álvarez Cordero. Editor de la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Circuito interior, Ciudad Universitaria, México D. F. Correo electrónico: rac@liceaga.facmed.unam.mx.

Lo que va de ayer a hoy

La relación médico-paciente es una de las relaciones interpersonales más íntimas y directas; se sabe que hay algunos ejemplos de la atención de un primate a las heridas de un compañero, pero es el ser humano el que, desde los albores de la historia, se conmueve ante el dolor ajeno y busca, en alguna forma, mitigarlo o aliviarlo.

Hace algunos siglos, el sufriente aceptaba casi incondicionalmente la ayuda del curandero, chamán, adivino o médico, que de acuerdo con sus conocimientos o creencias, actuaba de la mejor forma posible para lograr el alivio de algunas enfermedades, y acompañaba al enfermo y sus familiares en el dolor y aun en el duelo cuando le resultaban inútiles los empeños de curación. A pesar de que los éxitos médicos eran escasos, dada la falta de conocimientos de anatomía y patología, falta de conocimientos de terapéutica y conceptos mágicos relacionados con la enfermedad y la curación, el médico era reconocido como el "hombre bueno" que intentaba curar la enfermedad y salvar a los individuos dolientes.

Y ya desde 1700 años antes de nuestra era, las leyes relacionadas con la atención médica comenzaron a prescribir los emolumentos que podía recibir un médico por su actuación, así como los castigos por errores cometidos al tratar un enfermo, el ejemplo paradigmático es el Código de Hammurabi de la cirugía Akkadiana, que contiene cientos de disposiciones relacionadas con las acciones médicas¹

"si el médico hace una operación mayor a un señor y con la lanceta de bronce salva su vida, deberá recibir diez shekels* de pago".

Pero en el mismo Código, se precisan los castigos que se impondrán al médico que tenga eventos adversos:

"si el médico hace una operación mayor a un señor con la lanceta de bronce y ha causado la muerte del señor, ellos le cortarán la mano".

A pesar de esas reglas que parecen crueles, en términos generales, los médicos de todas las latitudes y culturas fueron respetados y queridos por sus pacientes, dado que, como señalo, la falta de información tanto de los enfermos como de los médicos hacía azarosa la evolución de cada paciente.

Durante la Edad Media los enfermos eran tratados en hospitales, a los que llegaban a morir, porque no había ni conocimientos sanitarios ni prevención de las enfermedades; los médicos intentaban comprender la dolencia de cada enfermo y trataban de superar el mal de la mejor

manera; los remedios eran mezcla de sabiduría popular, fantasía y magia y las teorías sobre la enfermedad también tenían una gran dosis de imaginación y supersticiones, entre la que sobresalía la teoría Hipocrática de los cuatro humores² sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, cuyo equilibrio podía alterarse y causar todos los males.

Nace la medicina científica

A pesar del conocimiento de la anatomía, cuyo luminoso paradigma es Andrés Vesalio con su obra *De Humane Corporis Fabrica*, no hubo mucho avance en el manejo de la enfermedad, y fue hasta mediados del siglo XIX cuando los estudios anatomopatológicos de Rudolph Virchow permitieron entender las causas de muchas enfermedades;³ en el prefacio de su libro *Patología Celular* 1858, Virchow describe "la naturaleza celular de todos los procesos, tanto fisiológicos como patológicos, en oposición a la teoría humoral y visiones semejantes que habían sido trasplantadas de los mitos de la antigüedad hasta nuestro tiempo"; se puede afirmar que ahí nació la Medicina científica.

Pero los médicos seguían tratando a sus pacientes a su leal saber y entender y aunque ya había avances al respecto, el público en general percibía por un lado al médico como un chamán, con gran poder y por otro, como un charlatán que esquilmaba a los pacientes sin misericordia; la serie de caricaturas de la época es un reflejo de la opinión que se tenía de los médicos.⁴

Ya en el siglo XX, los conocimientos médicos se fueron sumando, la comprensión de la enfermedad mejoró y con ella los tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos; en esos años, el médico general atendía prácticamente todos los problemas de su comunidad y el cirujano operaba lo mismo abdomen que tórax o extremidades, la relación entre él y sus pacientes era estrecha, ya que prácticamente era el médico de la familia; los aciertos eran celebrados y el médico o cirujano formaba parte de la comunidad y los errores o complicaciones se consideraban inevitables e inherentes a la práctica de la medicina.

Debido a lo anterior, durante mucho tiempo en la Escuela de Medicina se hablaba y se enseñaba la llamada Deontología Médica; este término procede del griego: *to deon* (lo conveniente, lo debido) y *logía* (conocimiento, estudio...); lo que significa, en términos generales, el estudio o la ciencia de lo debido; el concepto de deontología fue acuñado por Jeremías Bentham en su obra *Deontología o ciencia de la moral*; para Bentham, la deontología se aplica fundamentalmente al ámbito de la moral; es decir, a aquellas conductas del hombre que no forman parte de las hipótesis normativas del derecho vigente y no están sometidas al control de la legislación pública.

* Aunque la conversión puede no ser igual hoy que hace tres mil años, diez shekels pueden representar 35 pesos mexicanos.

No había en los programas de la Facultad de Medicina nada relacionado con las consecuencias legales del acto médico o con los conflictos surgidos de la acción médica.⁵

Así las cosas, el médico, desde su formación, tenía normas éticas y científicas que justificaban su actuación, pero poco conocía de las implicaciones legales de sus actos, sobre todo porque la relación médico/paciente armoniosa, hacía que los éxitos terapéuticos fueran ampliamente celebrados y agradecidos y las complicaciones y fracasos fueran considerados como inevitables o normales.

Y el médico necesita saber algo más

Poco a poco se fueron presentando casos en los que como consecuencia de una complicación de un acto médico o quirúrgico, los pacientes o sus familiares iniciaban una queja formal, una denuncia, que podía ser civil o penal; para esta eventualidad los médicos no estaban preparados, pues sus acciones se desarrollaban en un ámbito en el que se daba por sentada una relación médico/paciente armoniosa.

Y tanto en México como en todo el mundo, se comenzaron a ventilar demandas surgidas de un acto médico, basadas en la protección a los derechos fundamentales del ser humano; así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala desde 1948 que “toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución o la ley”, en tanto que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre afirma que “toda persona puede recurrir a los tribunales para hacer valer sus derechos”.⁶

Y a partir de los años 70 y 80, los médicos comenzaron a ser objeto de demandas por actos médicos cuyo resultado era adverso; las demandas se ventilaban en los tribunales, los juicios daban por sentado, en muchas ocasiones, que el médico era responsable de graves delitos, y un incidente en el Centro Médico “La Raza” en el que fueron aprehendidos con lujo de fuerza y violencia unos médicos residentes por un caso que se había realizado muchos meses antes, movió a la Secretaría de Salud a tomar cartas en el asunto para proteger debidamente los derechos tanto de los pacientes como de los médicos.

Así nació la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED, para dirimir de la mejor manera los diferendos entre pacientes y médicos resultantes de un acto médico. La CONAMED mediante la conciliación y el arbitraje encuentra la mejor solución en cada caso.⁷

Pero es evidente que, para la mayor parte de los alumnos de la Facultad de Medicina, ocupados en adquirir conocimientos y en aprender la mejor manera de resolver las enfermedades de sus pacientes, el problema de diferendos o demandas por actos médicos no está

entre sus prioridades, y el desconocimiento de Leyes y Reglamentos, Normas Oficiales en salud así como Normas jurídicas, pueden llevar a un problema cuando, ya en el ejercicio de su profesión, el médico enfrenta una complicación y posteriormente una demanda por parte del paciente o sus familiares. Afortunadamente, los nuevos planes de estudio de la Facultad de Medicina incluyen ahora la información relativa a la Normatividad que ha elaborado la Secretaría de Salud para prácticamente todos los ángulos del acto médico, lo que permite que el alumno esté consciente de las implicaciones legales que tiene cada momento de su relación con un paciente, lo cual no obsta, por supuesto, para que continúe mostrando empatía hacia el doliente y sus familiares, dentro del marco regulatorio que tienen las leyes y reglamentos.

Pensando en lo anterior y con el mejor deseo que la información para los alumnos sea cada vez más útil, la Revista de la Facultad de medicina FACMED tiene siempre en sus contenidos un trabajo elaborado a partir de un expediente clínico y el desarrollo de las audiencias en CONAMED para resolver, en un sentido u otro, la demanda de un paciente o sus familiares.

El caso ilustra una queja presentada a CONAMED por un paciente o sus familiares por un acto médico considerado inadecuado, erróneo o con complicaciones graves de todo tipo; se revisa la historia clínica del paciente, los pasos que se siguieron para atenderlo, sus estudios de laboratorio y gabinete, el razonamiento del médico o los médicos tratantes, el tratamiento instituido y los resultados, incluyendo las complicaciones si las hubo y la forma como éstas fueron tratadas.

El caso analiza desde el punto de vista normativo el cumplimiento de las diversas Normas que debe respetar y cumplir el médico tratante: Norma del Expediente Clínico, disposiciones del Consentimiento Informado, Norma de los requerimientos para dar atención médica, etc. y cuando corresponde, menciona las razones por las que, al no cumplirse tal o cual norma, el facultativo incurre en falta; por otra parte, si la demanda del paciente no se sustenta y si las acciones llevadas al cabo por el médico tratante cumplen las Normas, la llamada *Lex Artis* y las reglas y recomendaciones de sus pares especialistas en la materia, CONAMED actúa en consecuencia de modo que, en cualquier caso, tanto el médico como el reclamante tenga la seguridad de que se han protegido debidamente sus derechos.

Todo esto lo leen y lo aprenden los estudiantes de Medicina y esta lectura alerta a los futuros médicos a cumplir con las Normas científicas, sí, pero también con las Normas jurídicas, igualmente importantes.

La demanda que tiene la Revista FACMED en los estudiantes es grande; al aparecer cada número, se colocan más de mil quinientos ejemplares en la biblioteca y otras

áreas de la Facultad, y en menos de 24 horas desaparecen; por otra parte, en la versión en línea de la Revista www.revistafacmed.com en los años 2010 y 2011 se registraron 75,787 y 109,901 entradas a la página, con un número de descargas que subió de 13.39 GB en 2010 a 37.79 GB en 2011, lo que confirma que la revista y por ende los artículos de CONAMED, son leídos por cientos de miles de individuos.

Es por eso que la Revista FACMED y el Director de la Facultad de Medicina UNAM Dr. Enrique Graue Wiechers agradecen a la Comisión su participación puntual con el "Caso CONAMED", que ya es tradicional dentro de nuestra publicación y que permite que los estudiantes de Medicina se asomen al mundo real de la práctica médica.

La Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, FACMED, ha sido publicada sin interrupción desde 1957 y, desde hace más de diez años, por iniciativa del entonces Editor, Dr. Manuel Quijano Narezo, se honra en publicar en cada número un caso de responsabilidad profesional que ha sido atendido y resuelto por la citada Institución.

REFERENCIAS

1. Surgery as seen by the law. En Majno G. The healing hand: man and wound in the ancient world. Cambridge: Harvard University Press; 1975. p. 42-6.
2. Wounds as diseases. En Majno G. The healing hand: man and wound in the ancient world. Cambridge: Harvard University Press; 1975. p. 178-81.
3. Major R. Rudolph Virchow. En: A history of Medicine. Springfield IL: Charles C. Thomas; 1975. p 806-8.
4. Lyons AS, Petrucelli RJ. Medicine: an illustrated history. New York: Harry N. Abrams; 1978. p. 485-92.
5. Rivero Serrano O, Durante Montiel I. Tratado de ética médica. México: Trillas, 2009. p 158-9.
6. Carbonell, M. Los derechos fundamentales en México. México: Porrúa, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, IJ/UNAM; 2004.
7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En: Derecho y Medicina. México: FUNSALUD; Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2008. p 300-30.

Agradecemos la traducción de nuestros abstracts a



ELITE Translations, S.A de C.V.
ventas@elite-translations.net
Tel. (0155) 90-00-19-31

Fractura de Tobillo

Fractured Ankle

Jorge Muñoz-Gutiérrez,¹ Luis Eduardo Bustamante-Leija,¹
Juan Francisco Aguirre-Córdova,¹ Silvia Orozco-Garibay,¹ María del Carmen Dubón-Peniche¹

RESUMEN

Masculino de 42 años de edad, quien sufrió fractura de tobillo izquierdo, tratada quirúrgicamente mediante osteosíntesis, la cual fue insuficiente y generó inestabilidad, así como la ulterior ruptura del implante, por lo que fue reintervenido para la realización de nueva y correcta osteosíntesis.

Palabras clave: fractura de tobillo, osteosíntesis, mala práctica.

ABSTRACT

42-year old male, who broke his left ankle, undergoing surgery by osteosynthesis, which was not sufficient and caused instability and also the subsequent rupture of the implant; therefore, he was re-operated to perform osteosynthesis one more time and in an appropriate manner.

Key words: fractured ankle, osteosynthesis, malpractice.

Síntesis de la queja

Paciente masculino de 42 años de edad, sufrió fractura de tobillo izquierdo generada por movimiento de inversión. Refirió que el facultativo demandado lo trató quirúrgicamente y después de ello, en un hospital público le informaron que estaba mal operado, por lo que fue reintervenido. Estima que existió negligencia en la atención del demandado.

Resumen clínico

Expediente clínico de la atención brindada por el facultativo demandado en hospital privado.

7 de octubre de 2010. Nota preoperatoria. Padecimiento actual: inicia hoy al sufrir mecanismo de inversión del tobillo izquierdo, con dolor, edema, deformidad del tobillo e incapacidad funcional. Diagnóstico: fractura trimalleolar del tobillo izquierdo, desplaza-

da. Exámenes preoperatorios dentro de parámetros normales. Se programa para reducción abierta y fijación interna mediante osteosíntesis.

El paciente exhibió radiografías del tobillo izquierdo, en la proyección lateral se preció: luxación de la articulación tibio peronea astragalina, fractura oblicua corta del tercio medio con el tercio distal de la diáfisis del peroné, con tercer fragmento que corresponde a la cortical posterior del fragmento proximal. El fragmento proximal y el distal del peroné, se encuentran angulados en antecurvatum de 28 grados. El maléolo posterior desalojado en sentido proximal. La proyección anteroposterior mostró: luxación lateral del astrágalo condicionando diastasis de la articulación tibio peronea (sugestivo de que el ligamento de la sindesmosis está roto); fractura del maléolo medial que se desalojó junto con el astrágalo (indica que el ligamento deltoideo está íntegro); fractura oblicua corta del

¹ Sala Arbitral de la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Folio: 183/12 Artículo recibido: 02-07-2012 Artículo reenviado: 30-08-2012 Artículo aceptado: 07-09-2012

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

tercio medio con el tercio distal de la diáfisis del peroneo a nivel suprasindesmal (sugestivo de que el ligamento de la sindesmosis y el segmento inferior de la membrana interósea están rotos); en la región posterolateral de la metáfisis de la tibia, se aprecia triángulo de Volkmann (indicativo de fractura del maléolo posterior).

Nota quirúrgica. Operación realizada: reducción abierta y osteosíntesis a los tres maléolos. Diagnósticos pre y postoperatorio: fractura trimaleolar de tobillo izquierdo. Descripción: Se efectuó incisión en la región del maléolo lateral de 9 centímetros, desde la piel y tejido celular subcutáneo hasta foco de fractura, de trazo oblicuo corto, limpieza del foco de fractura, reducción y fijación con tornillos de cortical y esponjosa de 3.5 y 4.0 mm. Se realizó reducción del maléolo posterior, previo abordaje al maléolo medial de 6 centímetros, reducción anatómica del mismo y colocación de tornillo de esponjosa de 4 mm y de 40 mm de longitud, estabilización y reducción de trazo de fractura de maléolo medial, con dos tornillos de esponjosa. Reducción anatómica de ambas fracturas con compresión interfragmentaria mediante tornillos. Se tomó radiografía transoperatoria que muestra reducción anatómica de las fracturas. Se verifica estabilidad de la reducción, la cual es totalmente satisfactoria. Cierre por planos de las heridas quirúrgicas. Se deja portovac de 1/8 en herida de maléolo lateral por contra-abertura y colocación de vendaje de Jones. Hallazgos transoperatorios: trazos de fractura inestables. Complicaciones: ninguna. Estado postquirúrgico inmediato: satisfactorio. Plan de manejo: permanece en observación. Se valorará egreso mañana.

La radiografía transoperatoria en proyección anteroposterior aportada por el paciente para el estudio del caso, mostró: reducción de la luxación lateral del astrágalo. Reducción anatómica de la fractura del maléolo medial, fijada mediante dos tornillos de esponjosa. Fractura del peroné reducida y

fijada mediante placa de 7 orificios, con tres tornillos de cortical proximales a la fractura y tres tornillos de cortical distales a la misma; el tornillo más inferior llega hasta la mitad de la metáfisis de la tibia, se trata de un tornillo de situación (para proteger la plastia o sutura del ligamento de la sindesmosis). El tobillo está en rotación lateral, por ello el maléolo peroneo se superpone a la tibia y al astrágalo, lo cual no permite valorar la sindesmosis. Se aprecia colocación de un tornillo de esponjosa en la metáfisis de la tibia (a fin de fijar al maléolo posterior); se aprecia triángulo de Volkmann. La proyección lateral mostró: los tornillos del maléolo medial en correcta posición. El peroné alineado y estabilizado mediante placa de 7 orificios; sin embargo, se aprecia que el tercer fragmento (perteneciente a la cortical posterior del fragmento proximal), de 6.7 centímetros, está desalojado de su extremo distal, la fractura de este tercer fragmento, se inicia desde arriba de la placa. El tornillo de la metáfisis de la tibia, no está suficientemente introducido y no llega a la fractura del maléolo posterior.

8 de octubre de 2010. Nota de alta: dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio, evolución satisfactoria. Se retira drenovac, heridas quirúrgicas en buenas condiciones. Se otorga cita, se controlará como externo. Tratamiento: reducción abierta y fijación interna con placa de 7 orificios y tornillos de esponjosa a maléolo medial y posterior.

El paciente continuó su control en hospital público

20 de noviembre de 2010. Radiografía lateral del tobillo izquierdo, muestra tercer fragmento desalojado aún más de la diáfisis del peroné. El maléolo posterior desalojado hacia atrás y hacia arriba.

26 de noviembre de 2010. Acude a consulta por presentar fractura del peroné izquierdo el 7 de octubre de 2010; presenta radiografía anteroposterior y lateral de pierna, donde se observa reducción y fijación interna con colocación de placa 9 tornillos; en la

proyección lateral: desplazamiento posterior de fragmento del peroné, conminuta. No se observa consolidación de la fractura. Impresión diagnóstica: fractura de peroné con desplazamiento posterior.

29 de diciembre de 2010. Dolor a la deambulacion de miembro operado, condiciona incapacidad. Tensión arterial: 100/70, frecuencia cardiaca 70 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36°C. Neurológicamente sin alteraciones, cardiorrespiratorio y abdomen en parámetros normales, extremidades superiores en rangos de normalidad, extremidad izquierda inferior con dolor y discreto aumento de volumen. Impresión diagnóstica: defectos de osteosíntesis. Ingresa al Servicio de Ortopedia para manejo definitivo.

30 de diciembre de 2010. Reporte de laboratorio dentro de parámetros normales, programado para cirugía.

Nota de ingreso a Ortopedia: Tensión arterial 120/80, frecuencia cardiaca 82 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto. Consciente, orientado, marcha claudicante. Exploración física: extremidades torácicas con adecuado tono y fuerza muscular, arcos de movilidad completos, llenado capilar distal normal, extremidades pélvicas asimétricas a expensas de la izquierda que se encuentra con heridas quirúrgicas, ambas con bordes afrontados, arcos de movilidad limitados por dolor, sensibilidad conservada, pulsos distales normales. Cuenta con radiografías anteroposterior y lateral de tobillo, donde se observa material quirúrgico y pérdida de la continuidad proximal de placa de fijación con tejido óseo desplazado hacia posterior. Impresión diagnóstica: osteosíntesis insuficiente de tobillo izquierdo. Plan: ingresa a Ortopedia para protocolo quirúrgico, se toman laboratorios, se indica analgésico, antiinflamatorio, se tomará electrocardiograma.

Hoja de registro de intervención quirúrgica: Diagnóstico preoperatorio: osteosíntesis insuficiente de tobillo izquierdo. Operación proyectada:

recolocación de placa tercio de caña y tornillos de cortical y esponjosa. Diagnóstico postoperatorio: postoperado de recolocación de placa y toma y aplicación de injerto óseo de meseta tibial. Operación efectuada: la programada más toma y aplicación de injerto óseo de meseta tibial. Descripción de técnica: bajo bloqueo peridural, colocación de campos estériles, se realiza disección en herida previa, se disecciona por planos hasta localizar material de osteosíntesis el cual se retira, se escarifica, fragmento, se reduce, se fija con 2 tornillos situacionales y se coloca injerto óseo de meseta tibial el cual es tomado previamente al realizarse incisión de 2 centímetros aproximadamente en superficie medial de meseta tibial, se cierra periostio y posteriormente por planos y se dejan tornillos de 12 y 14 mm, se sutura por planos y se da por terminado el procedimiento sin complicaciones. Isquemia 80 minutos, hemorragia mínima, complicaciones: ninguna.

5 de enero de 2011. Ortopedia: Refiere dolor moderado. Extremidad con vendaje algodónado tolerable y funcional, pendiente descubrir y valorar egreso.

6 de enero de 2011. Resumen clínico de egreso: Durante su estancia se administran analgésicos, antibióticos, crioprotectores gástricos, inmovilización, medidas antiedema, además de llevarse a cabo cirugía de recolocación de material así como toma y aplicación de injerto óseo. Actualmente se encuentra en condiciones para continuar convalecencia en su domicilio. Plan: alta con cita abierta a Urgencias en caso de dolor intenso, fiebre, dedos fríos, morados o hinchados. Cita en dos semanas en Consulta Externa de Ortopedia. Cefalexina una cápsula cada 8 horas por 10 días; ketorolaco 10 mg vía oral cada 8 horas por 8 días; ranitidina 150 mg vía oral cada 12 horas por 10 días. No quitar y no mojar el vendaje. Curación a partir del tercer día, sólo cambio de gasas. No apoyar el pie afectado. Diagnóstico de egreso: recolocación de material

de osteosíntesis, toma y aplicación de injerto óseo.

5 de marzo de 2011. Se refiere en buenas condiciones. Actualmente con descarga parcial, sin compromiso neurológico. Marcha sin alteraciones. Se indica marcha con una muleta.

El paciente aportó para el estudio del caso radiografía de tobillo izquierdo en proyección anteroposterior, fechada el 6 de marzo de 2011, mostrando: los tornillos del maléolo medial y tornillo anteroposterior de la metáfisis de la tibia. En el peroné placa recta, de ocho orificios, fijada mediante cinco tornillos de cortical (colocada más proximalmente que la osteosíntesis realizada por el demandado), de manera que los dos tornillos más proximales (colocados en el primero y segundo orificios respectivamente), están situados por arriba de donde se inicia la fractura del tercer fragmento; el tercer tornillo (está colocado en el cuarto orificio) y los dos tornillos inferiores (están colocados en los orificios siete y ocho respectivamente). Se aprecian dos tornillos colocados fuera de la placa, en sentido sagital y que están fijando la diáfisis del peroné.

De igual forma, el paciente exhibió radiografía de tobillo izquierdo en proyección lateral, fechada el 6 de marzo de 2011, mostrando los tornillos del maléolo medial y tornillo anteroposterior de la metáfisis de la tibia. Maléolo posterior reducido. Placa colocada sobre la diáfisis del peroné y dos tornillos colocados fuera de la placa, fijando al tercer fragmento reducido correctamente.

Análisis del caso

Para el análisis del presente caso, es necesario hacer las siguientes consideraciones:

La literatura de la especialidad refiere que el tobillo es una articulación troclear, en la que el astrágalo se relaciona medialmente con el maléolo tibial o medial, lateralmente con el maléolo peroneo o lateral y proximalmente con la superficie articular de la tibia. La estabilidad de esta articulación, está

proporcionada por los ligamentos de la sindesmosis anterior y posterior, el ligamento deltoideo, los ligamentos peroneoastragalino anterior y posterior, el ligamento peroneocalcáneo, así como la membrana interósea.

Por razones biomecánicas, en una fractura, la reconstrucción del peroné y de su conexión rígido-elástica con la tibia (complejo peroné-sindesmosis), posee prioridad absoluta sobre el maléolo interno (tibial). Mínimos desplazamientos del maléolo peroneo generan incongruencia entre la superficie articular del astrágalo y la mortaja, consecuentemente producción de artrosis secundaria.

La clasificación de las fracturas del maléolo peroneo de Weber, establece: Tipo A, las que se presentan debajo de la sindesmosis (infrasindesmales); en ellas, la basculación del astrágalo hacia fuera no fue suficiente (en intensidad y duración) para diastasar la sindesmosis tibioperonea, de tal manera que el ligamento resiste, por ello la fractura ósea se presenta por debajo de la sindesmosis. En estas fracturas no hay afectación del ligamento de la sindesmosis.

Tipo B, se presentan al nivel de la sindesmosis (transidesmales); en este tipo, la acción vulnerante es más intensa, lo suficiente para fracturar al peroné al nivel del ligamento; la diastasis tibioperonea puede presentarse, con o sin afectación del ligamento, por ello es obligatoria la revisión quirúrgica de éste.

Tipo C, se presentan por arriba de la sindesmosis; en ellas, la fuerza vulnerante es más intensa, al grado de que el astrágalo produce diastasis tibioperonea, rompiéndose el ligamento de la sindesmosis así como la membrana interósea. Mientras más alta es la fractura del peroné, más alta es la afectación de la membrana interósea.

Cuando la longitud de la fractura del peroné (ya sea oblicua o espiroidea), es mayor que 1.5 veces el diámetro transversal del peroné, a nivel de la fractura, la fijación debe ser con tornillos interfragmentarios. Para neutralizar las fuerzas que pasan a través de la fractura, se debe colocar placa de 1/3 tubular, en la superficie lateral del peroné.

Es conveniente colocar tres tornillos por arriba y tres por debajo de la fractura.

En los tipos B y C, si la fractura del peroné es oblicua corta o multifragmentada, debe inmovilizarse con placa de tercio de tubo con tornillos corticales de tracción, efectuándose revisión y sutura de la sindesmosis anterior. La placa debe moldearse de acuerdo al contorno del maléolo peroneo a fin de conservar el valgo fisiológico del mismo.

Debe realizarse revisión del maléolo interno, si está fracturado el ligamento deltoideo, por lo general, está indemne; si no existe fractura maleolar interna, el ligamento deltoideo debe estar afectado debido a desplazamiento lateral del astrágalo. Se debe efectuar osteosíntesis o plastia ligamentaria, según el caso.

Una vez reparado el ligamento de la sindesmosis, debe colocarse un tornillo de posición o de situación, el cual debe fijar el peroné a la tibia con la finalidad de evitar movimientos cuando el paciente ejerce el tobillo en el postoperatorio y de esta manera, proteger la plastia ligamentaria mientras cicatriza; el tornillo debe colocarse a una distancia de entre 20 y 30 mm de la línea articular tibial y debe ser paralelo a la superficie articular de la tibia, a fin de que al introducirlo no se produzca diastasis de la sindesmosis. Después de 8 semanas (cuando ha cicatrizado la sindesmosis), el tornillo de situación debe retirarse, para evitar que se fracture cuando el paciente empiece a apoyar.

Es necesario efectuar radiografías transoperatorias para detectar y corregir cualquier posición incorrecta de los implantes; particularmente, en el caso de las fracturas, para detectar y corregir deficiencias de la reducción y de los implantes (placas, tornillos, clavos, etc.).

Para que una osteosíntesis con placa sea suficiente, es necesario que la fijación con tornillos al hueso sea correcta; por lo general, se necesitan de 6 a 8 corticales de sujeción a cada lado de la fractura. En ese sentido, cada tornillo debe sobresalir la cortical opues-

ta, quedando así fijo en la cortical de entrada y en la cortical de salida; es decir, dos corticales (un tornillo = dos corticales). Cuando por la naturaleza de la fractura, un tornillo no debe sobresalir en la cortical opuesta, se trata de un tornillo que sólo fija una cortical; en estos casos, es necesario colocar un tornillo adicional, para cumplir con la regla de sujetar la placa con 6 a 8 corticales a cada lado de la fractura. En el peroné, es necesario colocar tres tornillos por arriba de la fractura y tres por debajo de ella.

En el presente caso, el paciente asistió con el facultativo demandado por presentar fractura luxación del tobillo izquierdo. La nota del 7 de octubre de 2010, señala que en esa fecha, el paciente sufrió mecanismo de inversión forzada del tobillo; en la exploración física presentaba dolor, edema, deformidad e incapacidad funcional del tobillo.

A las 19:30 horas, el demandado estableció en su nota, que el paciente sufrió mecanismo de inversión del tobillo izquierdo, por lo que propuso reducción abierta y fijación interna de fractura trimaleolar desplazada, lo cual fue aceptado.

Las radiografías aportadas por el actor y analizadas en la Comisión acreditan que el paciente presentó fractura luxación trimaleolar tipo C de Weber del tobillo izquierdo, caracterizada por: luxación lateral del astrágalo, fractura desalojada del maléolo medial, diastasis de la sindesmosis, fractura desalojada del maléolo posterior y fractura suprasindesmal de la diáfisis del peroné.

Atendiendo a la literatura de la especialidad, el tratamiento para este tipo de fractura debe ser quirúrgico, a fin de restituir anatómicamente las alteraciones óseas, articulares y ligamentarias.

En el caso que se presenta, es importante mencionar, que en la radiografía preoperatoria, la proyección anterior muestra fractura de la diáfisis del peroné en el tercio medio con el tercio distal, de trazo oblicuo corto con dos fragmentos el proximal y el distal. El fragmento distal desalojado en sentido lateral y proximal; sin embargo, en

la proyección lateral se aprecia claramente: fractura del peroné angulada en antecurvatum de 28 grados, fragmento distal único; fragmento proximal superpuesto a la cortical anterior de la tibia. Detrás del fragmento proximal de la diáfisis del peroné, se aprecia imagen de densidad ósea que corresponde a la cortical posterior del citado fragmento proximal del peroné.

El demandado intervino quirúrgicamente al paciente el 7 de octubre de 2010. La hoja de operaciones reporta que se encontró en peroné un trazo de fractura oblicuo corto, reduciéndola y fijándola mediante placa de 7 orificios, así mismo, efectuó reducción y fijación de los maléolos medial y posterior, tomando radiografía de control transoperatorio, con reducción anatómica de las fracturas y estabilidad satisfactoria.

Sobre el particular, la radiografía transoperatoria lateral, muestra que el peroné estaba alineado y estabilizado mediante placa de 7 orificios, sin embargo, el tercer fragmento (perteneiente a la cortical posterior del fragmento proximal), no fue reducido, ni considerado en la osteosíntesis.

Lo anterior acredita que la placa colocada por el demandado fue insuficiente, debido a las siguientes precisiones: a) la placa es corta, quedó por debajo de la fractura, no se colocaron al menos cinco corticales por arriba de ella y, b) el tercer fragmento no fue incluido en la osteosíntesis, quedando la cortical posterior del fragmento posterior del peroné libre, sin apoyo.

En estos términos, está demostrado que el demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, pues no trató debidamente la fractura luxación del enfermo. La osteosíntesis que realizó no cumplió con los principios biomecánicos del tratamiento quirúrgico de las fracturas de la diáfisis del peroné, según lo acreditaron las imágenes radiográficas antes descritas.

El 8 de octubre de 2010, el paciente egresó del hospital, reportando la nota que cursaba 24 horas de postoperatorio satisfactorio.

El facultativo demandado manifestó que el paciente fue controlado en su consulta privada, refiriendo que:

- El 19 octubre de 2010, cursaba 12 días de postoperatorio, reportándose en excelentes condiciones, desinflamado, heridas quirúrgicas cicatrizadas. Retiró puntos e indicó vendaje elástico, no apoyar por ningún motivo, cita en 4 semanas y control radiográfico para evaluar inicio de apoyo con descarga de peso con muletas axilares, inicio de hidroterapia y ejercicios de reeducación funcional en 10 días más.
- El 19 noviembre 2010 no acudió a su cita. Quedando bajo su responsabilidad, lo que suceda por no continuar su tratamiento, se trata de localizar por vía telefónica, sin poder contactarlo.
- El 26 noviembre 2010 a pesar de la insistencia telefónica y por sus conocidos, no se logra contactar. Quedando bajo su responsabilidad el tratamiento. Se decide su alta.

Sin embargo, el demandado omitió aportar los medios de convicción para acreditar lo anterior, pues no aportó el expediente clínico de Consulta Externa.

En este sentido, la falta de notas en las que conste la atención médica del paciente, produce las consecuencias de derecho siguientes:

La de tener por cierto que no se cumplió con los mínimos de calidad, de atención profesional y éticamente responsable, exigidos en la prestación médica del paciente, por estar incompleto el expediente.

- a) La de tener por cierto, que no se cumplieron los mínimos esenciales de estudio y tratamiento del paciente, y que son ciertas las manifestaciones de que existió negligencia médica.
- b) Que en la especie se contravinieron, por negligencia del demandado, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en perjuicio del paciente.
- c) Que en este aspecto ha de tenerse por confeso al demandado de los

hechos que le atribuye el actor, sin prueba en contrario.

Así, debido a la mal praxis en que incurrió el demandado, el paciente ingresó el 29 de diciembre de 2010 a hospital público, reportando el Servicio de Ortopedia, radiografía lateral que mostró pérdida de continuidad proximal de la placa. Esto acredita que la placa se fracturó, debido a osteosíntesis insuficiente.

Por lo anterior, el paciente fue operado el 3 de enero de 2011, en el citado hospital, efectuándose recolocación de placa tercio de caña con tornillos de cortical y esponjosa, con toma y aplicación de injerto óseo de meseta tibial, como lo demuestra la hoja de solicitud y registro de intervención quirúrgica.

Las radiografías de 6 de marzo de 2011, muestran que el tercer fragmento fue reducido y fijado mediante dos tornillos de compresión interfragmentaria y que se colocó placa más grande (de ocho orificios), misma que se ubicó en la diáfisis del peroné, por arriba del tercer fragmento desalojado, quedando la osteosíntesis estable. Además, se colocó injerto óseo, a fin de favorecer la consolidación de la fractura. El maléolo posterior fue reducido y fijado mediante tornillo de esponjosa.

El 6 de enero de 2011, el paciente egresó del hospital, y el 5 de marzo del mismo año, se reportó que apoyaba con la extremidad operada. Esto acredita que la fractura presentaba cierto grado de consolidación, por ello fue indicado el apoyo parcial para favorecerla. Cabe mencionar, que una vez lograda la consolidación ósea, el paciente puede reiniciar la deambulacion de manera independiente, sin haberse demostrado secuelas de limitación en la función.

Apreciaciones finales

- a) Se observaron elementos de mal praxis en la atención brindada al paciente por el facultativo demandado, pues realizó osteosíntesis insuficiente del maléolo peroneo.
- b) Lo anterior, generó inestabilidad

del foco de fractura, ocasionando que la placa se fracturara.

- c) El paciente ameritó nueva intervención quirúrgica a fin de efectuar osteosíntesis correcta.
- d) En el hospital público, la atención del paciente fue necesaria, debido a las complicaciones que presentó por la mala práctica del demandado.
- e) Se incluyó la atención médica brindada en el hospital público para la valoración integral del caso a estudio; sin embargo, no se realizaron pronunciamientos al respecto, pues dicho hospital no fue demandado.

REFERENCIAS

1. Chu A. Distal fibula malunions. J Am Acad Orthop Surg. 2009; 17:220-30.
2. Rockwood G. Fracturas del Adulto, 5a ed. Madrid: Marban ; 2007. p. 2001-2090.
3. Zalavras Ch. Ankle syndesmotic injury. J Am Acad Orthop Surg. 2007; 15:330-9.
4. Hak DJ, McElvany M. Removal of broken hardware. J Am Acad Orthop Surg. 2008; 16:113-20.
5. Michelson JD. Clinical utility of a stability-based ankle fracture classification system. J Orthop Trauma. 2007; 21:301-7.
6. Müller ME et al. Manual de Osteosíntesis. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1993. p. 595-612.
7. Bachmann L. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and midfoot: Systematic review. Brit Med J. 2003; 326:417.
8. Michelson JD. Ankle fractures resulting from rotational injuries. J Am Acad Orthop Surg. 2003; 11:403-12.
9. Buckley R. Tricortical screws were as effective as quadricortical screws in ankle fractures at 1 year. J Bone Joint Surg Am. 2005; 87(2):465.
10. Petrisor BA. Management of Displacement Ankle Fractures. J Orthop Trauma. 2006; 20(7):515-8.



CAEMEC

Centro Académico de Educación Médica Continua Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CURSO

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

1° de Octubre al 5 de Noviembre de 2012

Sede: CONAMED

OBJETIVO GENERAL

Analizar la vinculación de los principios éticos y legales en la regulación de la práctica de la medicina y su influencia sobre la Lex Artis, como fundamento para comprender la génesis de los conflictos derivados del acto médico, los mecanismos para solucionarlos y prevenirlos.

DIRIGIDO A

Médicos generales y especialistas, abogados institucionales, odontólogos, licenciados en enfermería y personal de salud a nivel licenciatura.

ACREDITACIÓN

Constancia con valor curricular.

30 horas presenciales y 10 horas de trabajo autónomo.

CUPO

Máximo 80 personas. Cierre de inscripciones al completar el cupo.

INFORMES

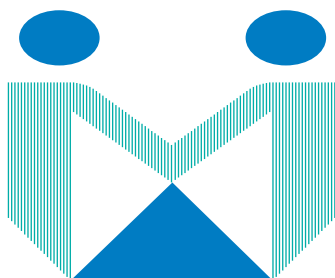
Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Dirección General de Difusión e Investigación

Mitla 250, esquina eje 5 sur Eugenia, 8° piso, Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F.

Teléfonos: 5420-7148, 5420-7093, 5420-7103.

Correo electrónico: smartinez@conamed.gob.mx, crojano@conamed.gob.mx, dgdi@conamed.gob.mx



**COMISION NACIONAL
DE ARBITRAJE MEDICO**

Atención y asesoría CONAMED
Teléfono (55) 5420-7000
Lada sin costo: 01 800 711 0658
orientacion@conamed.gob.mx

Agradecemos la distribución de este ejemplar a:



Salud con Innovación
y Transparencia