



■ **Editorial • Editorial**

La participación de los pacientes para una atención segura en su salud

Patient's involvement in health care safety

Dr. Germán Fajardo Dolci

■ **Artículos Originales • Original Articles**

Revisión del programa de auto-seguridad y corresponsabilidad del paciente "Juntos por tu Salud" en el Hospital Central Militar

Evaluation of the self-safety and patients' co-responsibility program: "Juntos por tu Salud" at the Central Military Hospital

Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, Tnte. Crnl. O.S.M. Alejandro Flores Torres, Mtra. Leticia Odette Del Castillo López, Cptn. Ma. del Rosario Valenzuela Ponce

Hospital Juárez de México. Plan para el auto-cuidado de la seguridad del paciente

Self-care plan for patient safety. Hospital Juárez de México

Dr. José Manuel Conde Mercado, Dr. Juan José Zamudio Bustos, Lic. Enf. Silvia Romero Sánchez, Mtra. Virginia Bautista Flores

Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería

Use of health services by older adults and quality of nursing care

Mtro. Rey Arturo Salcedo Álvarez, L.E.O. Miriam Torres Chirinos, L.E.O. María Dolores Zarza Arizmendi

■ **Artículos de Revisión • Review Articles**

El consentimiento válidamente informado en Cardiología

Validly informed consent in Cardiology

Dr. Carlos Felipe Barrera Ramírez, Lic. Dora Alicia de la Garza Villanueva, Dr. Arturo Valdés Álvarez, Dr. Francisco Elizalde Herrera, Dr. Juan Francisco Nuncio Zamora, Dr. Luis Ramón Pineda Pompa, Dr. Raymundo Verduzco Rosán

■ **Caso CONAMED • CONAMED Case**

Dra. María del Carmen Dubón Peniche

MÉXICO 2010



II Reunión Regional
Iberoamericana
“Sistema de registro
electrónico de Incidentes
en la Atención Médica”
11 de Agosto

Simposio Internacional
CONAMED 2010
“Seguridad del Paciente”
12 y 13 de Agosto

Mayores informes:
www.conamed.gob.mx



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Vivir Mejor

www.bicentenario.gob.mx • www.gobiernofederal.gob.mx
www.conamed.gob.mx • www.salud.gob.mx

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”.

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



Editorial. La participación de los pacientes para una atención segura en su salud.....67

Editorial. Patient's involvement in health care safety

Dr. Germán Fajardo Dolci

Artículos Originales/Original Articles

Revisión del programa de auto-seguridad y corresponsabilidad del paciente “Juntos por tu salud” en el Hospital Central Militar69

Evaluation of the self-safety and patients' co-responsibility program: “Juntos por tu salud” at the Central Military Hospital

Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, Tnte. Crnl. O.S.M. Alejandro Flores Torres, Mtra. Leticia Odette del Castillo López, Cptn. Ma. del Rosario Valenzuela Ponce

Hospital Juárez de México. Plan para el auto-cuidado de la seguridad del paciente75

Self-care plan for patient safety. Hospital Juárez de México

Dr. José Manuel Conde Mercado, Dr. Juan José Zamudio Bustos, Lic. Enf. Silvia Romero Sánchez, Mtra. Virginia Bautista Flores

Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería92

Use of health services by older adults and quality of nursing care

Mtro. Rey Arturo Salcedo Álvarez, L.E.O. Miriam Torres Chirinos, L.E.O. María Dolores Zarza Arizmendi

Artículos de Revisión/Review Articles

El consentimiento válidamente informado en Cardiología99

Validly informed consent in Cardiology

Dr. Carlos Felipe Barrera Ramírez, Lic. Dora Alicia de la Garza Villanueva, Dr. Arturo Valdés Álvarez, Dr. Francisco Elizalde Herrera, Dr. Juan Nuncio Zamora, Dr. Luis Ramón Pineda Pompa, Dr. Raymundo Verduzco Rosán

Caso CONAMED106

CONAMED Case

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche

Consejo Editorial

Editor

Dr. Germán Fajardo Dolci

Editor Adjunto

Dr. Javier Rodríguez Suárez

Consejo Editorial

Dr. Héctor Aguirre Gas

Dr. Javier Santacruz Varela

Dra. Mahuina Campos Castolo

Dr. Francisco Hernández Torres

Dr. Rafael Gutiérrez Vega

Dr. José Meljem Moctezuma

Lic. Juan Antonio García Villa

Lic. Jesús Antonio Zavala Villavicencio

Lic. Bertha Hernández Valdés



Comité Editorial

Dr. J. Francisco González Martínez

Dr. Emilio García Procel

Dr. José Antonio Carrasco Rojas

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers

Dr. Carlos A. Viesca Treviño

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Mtro. Severino Rubio Domínguez

Dr. Rafael M. Navarro Meneses

Dr. J. Alberto García Aranda

Hospital General de México

Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Academia Nacional de Pediatría

Facultad de Medicina, UNAM

Facultad de Medicina, UNAM

Secretaría de Salud, México

Escuela Nacional de Enfermería y

Obstetricia, UNAM

Centro Médico Nacional

“20 de Noviembre”

Hospital Infantil de México

Procedimiento Editorial

Lic. Araceli Zaldivar Abad

Dr. Sebastián García Saisó

(Responsable de Traducción)

Diseño y Producción

Lic. Gloria Flores Romero

Berta Bermúdez Aguilar

LDG. Mónica Sánchez Blanco

(Portada)

R E V I S T A
CONAMED

Atención y asesoría

CONAMED

Teléfono

(55) 5420-7000

Lada sin costo:

01 800 711 0658

Correo electrónico:

revista@conamed.gob.mx

Registrada en los siguientes índices:

Periódica

Índice de Revistas Latinoamericanas
en Ciencias

<http://dgb.unam.mx/periodica.html>

Latindex

Sistema Regional de Información en
Línea para Revistas Científicas de
América Latina, el Caribe, España y

Portugal

www.latindex.org

IMBIOMED

Índice Mexicano de Revistas
Biomédicas Latinoamericanas

www.imbiomed.com.mx

Cuiden

Centro de Gestión del Conocimiento
en Cuidados de Salud

www.index-f.com/busquedas.php

ARTEMISA

Artículos Editados en México sobre
Información en Salud. En trámite.

www.artemisaenlinea.org.mx

Revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C.P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7103 y 5420-7030. Fax: 5420-7109. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx. Página web: www.conamed.gob.mx. Publicación trimestral, Volumen 15, número 1, enero-marzo 2010. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Difusión e Investigación. Editor responsable: Dr. Germán Fajardo Dolci. Impresión: Impresora y Encuadernadora Progreso S.A. de C.V. (IEPSA), Calz. de San Lorenzo 244; Col. Paraje San Juan, C.P. 09830 México, D.F. Tiraje: 5,200 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número 6970. Distribución a suscriptores: Dirección General de Administración. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-2004-090909324900-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

La participación de los pacientes para una atención segura en su salud

Patient's involvement in health care safety

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene un aspecto fundamental dentro de su quehacer, que es el promover la prestación de servicios de salud con calidad y contribuir con la seguridad de los pacientes, para lo cual estableció el compromiso de impulsar mecanismos de mejora continua de la calidad de la atención y de seguridad de los pacientes, como parte de su Política de Calidad.

Con esta intención, este segundo número de 2010 de la Revista CONAMED, presenta estudios de investigación relacionados con la seguridad de los pacientes y la génesis de las quejas médicas, los cuales contribuyen a retroalimentar al Sistema Nacional de Salud para contribuir a mejorar la calidad de la atención médica.

Es necesario hacer referencia a dos trabajos precedentes, con particular relevancia para el logro de estos propósitos: los Lineamientos Generales para la Seguridad del Paciente Hospitalizado” y el “Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente”.

A través de los primeros se presentó la propuesta y se difundieron a nivel nacional, los procedimientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente hospitalizado. Con base en el segundo trabajo, se desarrollaron sendos proyectos de investigación, que una vez protocolizados y autorizados por los Comités de Ética e Investigación del Hospital Central Militar y del Hospital Juárez de México, se llevaron a cabo en ambos.

En el presente número de la Revista CONAMED, se presentan los resultados de la segunda etapa en el Hospital Central Militar y de la Primera en el Hospital Juárez de México. En ambos casos se han identificado áreas de oportunidad para las instituciones, que han permitido mejorar sus recursos para la seguridad de los pacientes, el conocimiento de los conceptos propuestos y el desarrollo progresivo de la cultura de seguridad en la atención del paciente.

Otros dos enfoques de la calidad de la atención son presentados en este número de la Revista CONAMED: el primero indaga acerca de la calidez en el trato de las enfermeras durante los cuidados hospitalarios que otorgan a los adultos mayores, mismos que refuerzan la posición que como pilar sólido desempeñan las enfermeras, particularmente con relación a un grupo social vulnerable. El cuarto trabajo es una revisión monográfica sobre el respeto a la autonomía de los pacientes en servicios de cardiología, a través de la gestión del consentimiento informado.

Los procedimientos cotidianos y relativamente simples pueden dar lugar a inconformidades, tal es el ejemplo que se presenta en el Caso CONAMED, en que una enfermera recibió una queja de un paciente, por supuesto daño ocasionado durante una punción venosa. El análisis del caso por los expertos de CONAMED,

permitió demostrar el origen del daño ocurrido y es una fuente de enseñanza para prevenir estos conflictos.

Consideramos que estos artículos muestran diversas perspectivas en cuanto a los riesgos frecuentes en la atención de diferentes integrantes del equipo de salud, que pueden dar lugar a daños para el paciente

y responsabilidad para el personal, los cuales pueden ser evitados mediante el desarrollo de estrategias tan sencillas como eficientes y eficaces.

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Correspondencia: Dr. Germán Fajardo Dolci, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur Eugenia, Col. Vértiz Navarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.com.mx.



CAEMEC

Centro Académico de Educación Médica Continua
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CURSO

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

6 al 10 de septiembre de 2010
Horario: 9:00 a 15:00 hrs.

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, abogados institucionales, odontólogos, licenciados en enfermería y personal de salud con nivel licenciatura (titulados).

ACREDITACIÓN

Constancia con valor curricular.
30 horas presenciales y 10 horas de trabajo autónomo.

SEDE

Auditorio "Fernando Ocaranza", Facultad de Medicina, UNAM.

CUPO

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

TEMARIO

- | | |
|---|---|
| 1. Acto médico y génesis del conflicto. | 5. Modelo CONAMED. |
| 2. Ética y Derecho Sanitario. | 6. Expediente clínico y consentimiento informado. |
| 3. Normatividad aplicable a la medicina. | 7. Comunicación y la relación médico-paciente. |
| 4. Métodos alternos de solución de controversias. | 8. Recomendaciones. |

INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), Dirección General de Difusión e Investigación
Mitla 250 esquina eje 5 sur Eugenia, 8º piso. Col. Vértiz Navarte
Teléfonos: 5420-7148, 5420-7147, 5420-7093 y 5420-7103.
Correo electrónico: santacrj@conamed.gob.mx, smartinez@conamed.gob.mx,
crojano@conamed.gob.mx, mfuentes@conamed.gob.mx

Artículo Original

Revisión del programa de auto-seguridad y corresponsabilidad del paciente “Juntos por tu salud” en el Hospital Central Militar

Evaluation of the self-safety and patients' co-responsibility program: “Juntos por tu salud” at the Central Military Hospital

Gral. Brig. M.C. David Huerta-Hernández¹, Tnte. Crnl. O.S.M. Alejandro Flores-Torres², Mtra. Leticia Odette del Castillo-López³, Cptn. Ma. del Rosario Valenzuela-Ponce⁴

Resumen

Objetivo. Presentar los resultados de la Revisión del Programa de Auto-cuidado y Corresponsabilidad en la Atención Médica “JUNTOS POR TU SALUD” a un año de su implantación en el Hospital Central Militar; con la finalidad de revisar el grado de participación y compromiso del personal prestador y usuarios del servicio que se oferta en él; así como, continuar fomentando la cultura y la participación de los pacientes y sus familiares en el auto-cuidado y corresponsabilidad en la atención médica.

Introducción. El presente artículo presenta la revisión del programa a un año de su implantación en el Hospital Central Militar, acerca del conocimiento y grado de corresponsabilidad del paciente, familiar y prestador del servicio en la seguridad de la atención médica.

Metodología. Se aplicaron 910 encuestas, en donde se incluyó al personal directivo, prestadores de servicio, pacientes y/o familiares, con la finalidad de revisar los avances en las áreas de oportunidad, detectadas en la primera fase del Programa de Auto-Cuidado y Corresponsabilidad en la Atención Médica, “JUNTOS POR TU SALUD”.

Resultados. Se aplicaron encuestas a 910 personas (hombres y mujeres), incluyendo a personal directivo, prestadores del servicio y usuarios. Se encontraron mejo-

ras en la percepción en todos los rubros evaluados a un año de la implantación del programa, tanto a nivel del personal directivo, como de los prestadores y usuarios del servicio. Tal es el caso del incremento de 7% en promedio, de los servicios involucrados en el fomento de la cultura del lavado de manos. En el rubro del suministro de los insumos y equipo necesarios para la realización del lavado de manos, el 66.6% del personal de salud lo evaluó favorablemente. Es importante mencionar que en el personal directivo, ya se aprecia 50% de su participación para gestionar los recursos necesarios para implantar el presente programa. En la aplicación de las medidas de seguridad y empleo de las diez acciones por la seguridad del paciente, se aprecia 14% de participación. En cuanto a la percepción de los usuarios se aprecia también una mejoría, en la mayoría de los rubros evaluados, tal es el caso de que 7% en promedio de los tres servicios evaluados, se percibe que el personal del equipo de salud se lava las manos antes de realizar algún procedimiento. La información recibida del tratamiento, cuidados y presentación de los eventos adversos que pueden ocurrir durante su atención médica, se aprecia 15% en el Departamento de Urgencias y Consulta Externa, no así en los servicios de hospitalización, donde se aprecia una disminución del 7%

¹ Director del Hospital Central Militar.

² Jefe del Departamento de Calidad del Hospital Central Militar.

³ Jefa de la Sección de Auditoría y Monitoreo del Hospital Central Militar.

⁴ Jefa de la Sección de Desarrollo Organizacional del Hospital Central Militar.

Artículo Recibido: 16-Marzo-10; Artículo Aceptado: 22-Abril-10

Correspondencia: Gral. Brig. M.C. David Huerta Hernández, Director del Hospital Central Militar. Av. Manuel Ávila Camacho s/n, Esquina General Juan Cabral, Col. Lomas de Sotelo, Del Miguel Hidalgo, C.P. 11200, México D.F. Correo electrónico: dhuerta13@hotmail.com.

en la percepción de los usuarios del servicio. En las tres áreas evaluadas el 50% de las 297 personas que contestaron los cuestionarios, conocen el nombre de su médico tratante, por lo que se infiere una mayor participación por parte de los usuarios del servicio.

Conclusión. Con la presente investigación y después de haber revisado los resultados de la percepción del personal que participó, se aprecia un aumento en la mayoría de los aspectos evaluados, tanto del personal directivo, como usuarios y prestadores del servicio. Se podría inferir que se presentó una mejora en el involucramiento y corresponsabilidad de la triada por la seguridad, (directivos, prestadores del servicio, pacientes y/o familiares). Es por ello que se puede concluir que la aplicación del programa fue favorable y que se alcanzaron los objetivos trazados en la primera fase del plan, para la implantación del Programa de Auto-Cuidado y Corresponsabilidad en la Atención Médica, "JUNTOS POR TU SALUD". *Rev. CONAMED.2010:15(2):69-74.*

Palabras clave: Seguridad, corresponsabilidad, autocuidado-seguridad, compromiso, coparticipación.

Abstract

Objective. To present the results from the review of the Self-care and Co-responsibility program a year from its implementation in the Central Military Hospital; in order to review the extent of involvement and commitment from providers and users of services offered, as well as to continue the promotion of culture and involvement of patients and their relatives in terms of self-care and co-responsibility in health care services.

Methodology. 910 surveys were applied to managers, service providers, patients and/or family members in order to review the progress within the areas of opportunity that were previously identified during the first phase of the self-care and co-responsibility in health care program, "TOGETHER FOR YOUR HEALTH."

Results. We surveyed 910 people (male and female), the sample included both staff and users. Results show

Introducción

Actualmente la seguridad en el área de salud, ha tomado gran relevancia, siendo uno de los ejes prioritarios en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012; tal como esta establecido en uno de sus objetivos: "Brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente".

El Hospital Central Militar con la finalidad de alinear su planeación estratégica y programas operativos a dichas disposiciones gubernamentales, llevó a cabo una serie de acciones, encaminadas tanto a crear y fomentar la

improvements in perception within all assessed areas at one year from implementation of the program. There is a 7% increase on average in services involved in promoting the culture of handwashing. In terms of supply of required inputs and equipment to carry out handwashing, a 66.6% improvement was noted. It is important to note that managers show a greater level of involvement, appreciated by 50% involvement in managing resources necessary to implement this program. Regarding the implementation of safety measures and use of the "ten measures for patient safety", there is a 14% involvement. As for the perception of users, there is also an improvement in most of the reviewed items, such is the case of a perceived 7% average from the three services evaluated in terms of health care personnel washing their hands before making any procedure. In terms of information received regarding treatment, care and occurrence of adverse events, 15% was perceived in emergency departments and Ambulatory care. This is not the case within inpatient services which showed a 7% decrease in users' perception. In all three assessed areas, 50% of the 297 people who answered the questionnaires know the name of their treating physician, inferring a greater involvement by service users.

Conclusion: From the results it can be seen an increase in most assessed areas, from staff managers, users and service providers. One might infer that an improvement in the involvement and co-responsibility of the triad for safety (managers, service providers, patients and / or family) has been obtained, which is why it can be concluded that the implementation of the program was favorable and that the objectives plotted during the first phase of the plan for the implementation of the program Self-Care and Co-responsibility in health care, "TOGETHER FOR YOUR HEALTH", were achieved. "

Keywords: security, co-responsibility, self-care-security, commitment, partnership.

cultura y compromiso por la seguridad, como al autocuidado de la seguridad y la corresponsabilidad de la triada: alta dirección, equipo de salud y de los pacientes y/o familiares. Debido a ello, en el mes de agosto del año 2008, se realizó un diagnóstico situacional de este nosocomio, para la detección de necesidades a fin de aplicar el Programa de Auto-Cuidado y Corresponsabilidad¹, en el cual se incluyó a la triada por la seguridad del paciente. Una vez realizado el diagnóstico, se estableció un programa de trabajo con acciones bien definidas

y encaminadas a la alta dirección, a los prestadores del servicio y a los usuarios del mismo^{2,3}. Con los siguientes objetivos:

1. Mantener como una de las prioridades de la dirección a la seguridad del paciente.
2. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente entre el personal del hospital, pacientes y sus familiares.
3. Lograr la participación de los pacientes y sus familiares en el auto-cuidado y corresponsabilidad en la atención médica.

A un año de la implantación del Programa de Auto-Cuidado y Corresponsabilidad: en el Hospital Central Militar, se realizó una revisión de los objetivos establecidos en el programa. Se diseñó un proyecto de investigación⁴, que incluyó la aplicación de 910 encuestas en agosto de 2009, con la finalidad de recolectar la información necesaria y hacer una comparación de los resultados obtenidos y el cumplimiento de los objetivos que se establecieron durante la primera fase.

Material y Métodos

Para llevar a cabo la revisión del Programa de Auto-Cuidado y Corresponsabilidad del paciente, "JUNTOS POR TU SALUD", en el Hospital Central Militar en agosto de 2009, se empleó la siguiente metodología; nuevamente se levantó una encuesta con los cuatro cuestionarios que fueron aplicados en la primera etapa en el 2008⁵:

- A. Encuesta para personal directivo.
- B. Encuesta para personal prestador de servicios.
- C. Encuesta para personal prestador del servicio en relación al conocimiento de los recursos.
- D. Encuesta para el paciente y familiares.

La cédula de evaluación para el personal directivo cuenta con 20 preguntas y 27 preguntas para el personal prestador del servicio. El cuestionario dirigido a los prestadores del servicio en lo que respecta al conocimiento de recursos, es de 14 preguntas y 20 preguntas para los pacientes y/o familiares. En todos los cuestionarios se consideraron tres opciones de respuesta siendo estas: sí, no y no sé.

Durante los meses de agosto y septiembre del año 2009, se aplicaron un total de 910 encuestas. En la muestra se incluyó a directivos, con 43 encuestas sobre el Programa de Auto-Cuidado y corresponsabilidad, al personal prestador del servicio 185 encuestas relacionadas con la disponibilidad de recursos y otras 185 con su conocimiento y participación en él, incluyendo a médicos, enfermeras y técnicos de las cuatro subdirecciones que integran este hospital: Administrativa, Ayudantía, Técnica y la Subdirección Médica. Por lo que respecta a los usu-

rios, se aplicaron 296 encuestas y fueron considerados los diferentes servicios de Hospitalización, Consulta Externa, Urgencias de Adultos y Pediatría. En la aplicación de los cuestionarios, participó el personal de Relaciones Públicas, Atención al Usuario y Trabajo Social. La captura de la información, así como el análisis e interpretación fue realizada por el personal del Departamento de Calidad.

Resultados

Se presentan los resultados solo de las respuestas afirmativas y las negativas ya que por razones de espacio se omitirán las respuestas: "no sé" y las omisiones de respuesta. Los resultados a los que se arribó en la segunda etapa del programa, fueron los siguientes:

En la revisión se encontraron variaciones significativas, en lo que respecta a la administración de los recursos necesarios para que se lleve a cabo el lavado de manos, como se puede observar en el numeral 1-1 del Cuadro 1, el 67% del personal del equipo de salud, contestó que sí se cuenta con el material y el equipo necesario para el lavado de manos y el 26% contestó que no; menos que el año anterior, en el cual el equipo de salud contestó 37% que no tenían el material y equipo necesario para lavarse las manos.

Al comparar la opinión de directivos y prestadores del servicio en cuanto a que si las camas y camillas cuentan con los recursos para la prevención de caídas, podemos apreciar un aumento de 50% a 83% en los primeros y de 72% a 86% en los segundos, pero una disminución en 61% a 43% en la disponibilidad de material y equipo necesario para prevenir caídas y brindar la atención médica segura (numeral 1-2 del Cuadro 1).

Por lo que respecta a la disponibilidad para los pacientes de una pulsera de identificación, en el numeral 1-3 se muestra una mejora significativa, tanto en los directivos de un 13% a un 77%, como en los prestadores de servicios de 48% a 92%.

Como parte de las acciones implantadas en este nosocomio, se puede apreciar en el numeral 1-4 que el personal directivo incrementó su conocimiento y participación, sobre el conocimiento de los eventos adversos en el Hospital de 25% a 78%, en tanto que el personal del equipo de salud, ha iniciado el registro de los eventos adversos que suceden en este hospital y que se mejoró la participación del personal de salud en el área de cirugía en lo referente al registro y prevención de los eventos adversos, de 13% a 69% (numeral 1-5 del Cuadro 1).

Al revisar los resultados de las opiniones dadas por el personal del equipo multidisciplinario de salud, en cuanto al conocimiento del Programa de Auto-Cuidado y Corresponsabilidad, así como su opinión en cuanto a la disponibilidad de los recursos necesarios para la seguridad del paciente a un año de su puesta en operación, se identificó la siguiente información:

Cuadro 1. Encuesta a directivos y personal de salud. Disponibilidad de recursos.

ENCUESTAS PREGUNTAS		2008						2009					
		DIRECTIVOS %		PERSONAL DE SALUD %		RECURSOS %		DIRECTIVOS %		PERSONAL DE SALUD %		RECURSOS %	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1-1	Disponibilidad de recursos para el lavado de manos	65/22		61/37		48/34		65/13		67/26		33/50	
1-2	Disponibilidad de recursos en camas y camillas para prevenir caídas	50/35		72/25		61/13		83/7		86/8		46/41	
1-3	Disponibilidad de pulseras de identificación para pacientes	13/75		48/51		12/84		77/2		92/5		85/5	
1-4	Conocimiento sobre la frecuencia de eventos adversos	25/50						72/9					
1-5	Conocimiento y aplicación de la lista de verificación quirúrgica			13/60						69/3			
1-6	Disponibilidad de recursos de seguridad en camas y camillas					48/22						63/17	
1-7	Disponibilidad de recursos de seguridad en baños de pacientes					61/20						80/4	
1-8	Explicación de riesgos de los procedimientos a los pacientes			75/23						86/8			
1-9	Supervisión del lavado de manos por el personal			62/35						85/6			
1-11	Identificación del paciente en la tarjeta sobre la cabecera de la cama			48/51						60/27			
1-12	Conocimiento de la frecuencia de las infecciones hospitalarias			33/53						60/27			

Fuente: Departamento de Calidad del Hospital Central Militar, encuestas aplicadas, 810; Agosto/2008 y 910 en Agosto/2009.

Para realizar el traslado seguro de los pacientes, el equipo de salud indicó que sí cuenta con los aditamentos necesarios para realizar el traslado un 63%, en comparación con un 48% en 2008 (numeral 1-6).

Por lo que respecta a la opinión del personal prestador del servicio, en cuanto a la seguridad en los baños de pacientes, contestaron en un 19%, más favorable con respecto al año pasado: de 61% a 80%; sin embargo aún se requiere realizar varias acciones para lograr que la totalidad de los sanitarios y baños cuenten con los aditamentos necesarios para que sean seguros: pisos antideslizantes, cintillos y agarraderas (numeral 1-7).

La opinión vertida en las encuestas del prestador del servicio, en lo que concierne a la información proporcionada al paciente sobre los riesgos que se pueden suscitar durante la realización de los procedimientos, se puede apreciar mejora con respecto al año 2008, de 75% a 86% (numeral 1-8).

Al revisar la participación del personal prestador del servicio, en cuanto a la supervisión del lavado de manos, se observa en el numeral 1-9 que aumentó de 62% al 85%, referente a que se ha mejorado la supervisión de los diferentes jefes, en este aspecto.

También se puede constatar en el numeral 1-10, que se mejoró de 48% a 60% el compromiso y participación del personal prestador del servicio, en las acciones que se realizan para identificar al paciente, en la tarjeta colocada sobre la cabecera de su cama, a fin de que permita conocer sus datos personales, tipo de sangre, alergias, etc.

Por lo que respecta a la manifestación de los prestadores del servicio, presentada en el año 2009, se puede observar una mejora con relación a 2008 de 33% a 60%, referente al conocimiento del número de infecciones hospitalarias (numeral 1-11).

Con relación a las encuestas presentadas para su respuesta a pacientes y familiares, usuarios de los servicios, se recogió la siguiente información:

La percepción del personal usuario del servicio mejoró de 58% a 61% en el Área de Consulta Externa, de 58% a 62% en el Departamento de Urgencias y de 83% a 97% en el Área de Hospitalización, en cuanto al lavado de manos del personal de salud, antes y después de realizar algún procedimiento con los pacientes, como se puede apreciar en el numeral 2-1 del Cuadro 2.

Otro aspecto importante en el cual se observa una mejora significativa con respecto al año 2008, fue la per-

Cuadro 2. Encuestas a pacientes y familiares.

ENCUESTAS PREGUNTAS		2008						2009					
		CONSULTA EXTERNA %		HOSPITAL %		URGENCIAS %		CONSULTA EXTERNA %		HOSPITAL %		URGENCIAS %	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
2-1	Se lava las manos el personal antes y después de atenderlo	58/11		83/1		58/11		61/9		97/0		62/17	
2-2	Se aplican las medidas de seguridad en los traslados	47/9		24/2		47/9		69/3		93/4		83/3	
2-3	Conocimiento del nombre de su médico	50/27		79/14		50/27		66/23		85/2		80/5	
2-4	Información del médico al paciente sobre los eventos adversos	58/28		76/15		58/28		61/15		88/6		80/8	
2-5	Información del médico al paciente sobre los cuidados que debe tener	53/39		85/7		53/39		70/13		78/12		69/7	
2-6	Información del médico al paciente sobre los medicamentos y su propósito	83/9		51/38		83/9		62/21		87/8		69/6	

Fuente: Departamento de Calidad del Hospital Central Militar, encuestas aplicadas, 810; Agosto/2008 y 910 en Agosto/2009.

cepción de los usuarios del servicio, en cuanto al empleo de las medidas de seguridad, durante los traslados requeridos en su atención médica, como lo es un incremento de 47% a 69% en el Área de Consulta Externa, de 47% a 83% en el Departamento de Urgencias y de 24% a 93% en los diferentes servicios que integran el Área de Hospitalización, tal como se puede observar en el numeral 2-2 del Cuadro 2.

Por lo que respecta a la percepción en el rubro de participación del paciente y/o familiares, acerca del conocimiento del nombre de su médico tratante, en la presente revisión se identificó un aumento de 50% a 66% en el área de Consulta Externa, de 50% a 80% en el Departamento de Urgencias y tan sólo 79% a 85% en los servicios que integran el área de Hospitalización (numeral 2-3).

Otro aspecto que es importante citar, es la percepción de nuestros usuarios en relación a la información que les proporcionan sus médicos tratantes, también se puede observar un aumento en los diferentes servicios encuestados durante el año de 2009, como el incremento de 58% a 61% en el área de Consulta Externa, de 58% a 80% en el Departamento de Urgencias y de 76% a 88% en los servicios de Hospitalización (numeral 2-4).

En la presente revisión, se puede apreciar un ligero aumento en la participación de pacientes y sus familiares, en cuanto al conocimiento de los cuidados que deben tener, en congruencia con el padecimiento del paciente, como es incremento de 53% a 70% en el área de Consulta Externa, de 53% a 69% en el Departamento de Urgencias, no así en el caso de Hospitalización en que se observó una disminución de 85% a 78% (numeral 2-5).

Por último, en lo que se refiere al conocimiento que tienen los pacientes y/o familiares, en relación a los medicamentos que toman, se aprecia una disminución tanto en el Área de Consulta Externa de 83% a 62%, de 83% a 69% en el Departamento de Urgencias y un incremento de 51% a 87% en los servicios de Hospitalización (numeral 2-6).

Discusión

Una vez realizada la revisión de los resultados a un año de la aplicación del Programa de Auto-Seguridad y Corresponsabilidad del Paciente: "JUNTOS POR TU SALUD en el Hospital Central Militar, se puede concluir que los objetivos establecidos en la primera fase, se están alcanzando en una proporción considerable, sin poder expresarlo objetivamente en términos cualitativos; sin embargo, por los resultados plasmados en los cuatro cuestionarios, que vendría siendo la percepción de las personas involucradas (indicador blando), se puede deducir que estamos en camino de lograr los objetivos propuestos.

Aunado a ello las acciones realizadas que continúan aplicándose en este hospital, encaminadas a la seguridad

tanto de nuestros trabajadores como de los usuarios del servicio, están impactando en forma directa en un cambio cultural.

Por lo que respecta al lavado de manos, todo el personal nos dimos a la tarea de realizarlo, tanto prestadores del servicio como los usuarios, así mismo, se proporcionaron los insumos y recursos necesarios para realizar el lavado de manos y/o la aplicación de gel antibacterial.

Con la presente investigación no se podría realizar ninguna conclusión de que el aumento del lavado de manos, se le atribuya a las acciones realizadas por el programa y a la alta dirección, debido a que fuimos "bombardeados" por los medios de comunicación masiva por la situación de epidemia-pandemia de influenza y por ende, todos nos dimos a la tarea de lavarnos las manos por miedo o pánico a infectarnos.

Sin embargo, en el resto de los rubros, como se puede apreciar en los cuadros, en cada caso revisado se presentó un ligero pero significativo aumento, tanto en la percepción de los directivos como los prestadores del servicio, los pacientes y/o sus familiares.

Tal es el caso de la información proporcionada en los servicios evaluados, en donde la percepción de nuestros usuarios mejoró considerablemente, reflejándose también en sus respuestas.

Como se mencionó anteriormente, con la presente revisión no se pueden obtener afirmaciones concretas; ya que durante el año 2009, el país pasó por un momento de crisis mundial, debido a la epidemia-pandemia de influenza, además el cambio de cultura y las conductas llevan consigo un plazo considerable en términos de años para que se logre el cambio significativo y permanente.

Sin embargo, la revisión ha mostrado mejoras en la percepción del personal que participó en cada uno de los rubros evaluados, así como en la percepción de los pacientes y directivos.

Referencias

1. Aguirre-Gas H. Plan para el autocuidado de la Seguridad del Paciente. Rev. CONAMED. 2008; 13(1): 6-14.
2. Ruelas-Barajas E, Sarabia-González O, Tovar-Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado. México: Panamericana; 2007.
3. Sarabia-González O. Sociedad y Sistema de Salud: Codependencia y Corresponsabilidad. Boletín Seguridad del Paciente. México: Subsecretaría de Innovación y Calidad-Secretaría de Salud; 2008.
4. Munch EA. Métodos y técnicas de investigación. 3ª ed. México: Trillas; 2007.
5. Huerta-Hernández D. Programa para implantar el autocuidado de la seguridad y corresponsabilidad del paciente, "Juntos por tu Salud". Rev. CONAMED. 2009; 14(2): 5-18.

Hospital Juárez de México. Plan para el auto-cuidado de la seguridad del paciente*

Self-care plan for patient safety. Hospital Juárez de México

Dr. José Manuel Conde-Mercado¹, Dr. Juan José Zamudio-Bustos²,
Lic. Enf. Silvia Romero-Sánchez³, Mtra. Virginia Bautista-Flores⁴

* Primera parte. Evaluación de la disponibilidad de recursos y del conocimiento de pacientes, familiares, personal y directivos de los procedimientos, para la seguridad de los pacientes.

Resumen

En atención a las políticas gubernamentales para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, se pretende poner en operación estrategias que permitan identificar los riesgos y prevenir los eventos adversos. Uno de los eventos adversos de mayor relevancia en función de su frecuencia y de la gravedad que desarrollan algunos casos, son las infecciones adquiridas en el hospital. No obstante, los resultados alcanzados hasta la fecha han sido pobres, como consecuencia de la resistencia para reportarlos por el personal médico, con el consiguiente subregistro, falta de acciones efectivas para su prevención y falta de seguimiento a los acuerdos del Comité de Infecciones.

La necesidad de identificar y prevenir los eventos adversos obliga a emplear estrategias diferentes a las empleadas hasta la fecha, tal como la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de la seguridad y la prevención de eventos adversos. Esta tendencia a nivel mundial ha propiciado la integración de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y la formación de la Organización de Pacientes por la Seguridad de los Pacientes.

Tomando como base el documento: "Plan para el Auto-cuidado de la Seguridad del Paciente" en el Hospital Juárez de México se practicaron encuestas a 112 pacientes y familiares, a 51 trabajadores que incluían: médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes y 17 directivos; se evaluaron los recursos mediante encuestas a 55 trabajadores. Se estudiaron los conocimientos con que cuentan los pacientes, con relación a la atención médica que reciben durante su estancia en el Hospital y la comunicación con el personal de salud se identificaron los motivos por los que los pacientes tenían alguna inconformidad durante su atención médica.

En los resultados se identificaron áreas de oportunidad en relación a conocimiento insuficiente del personal y directivos en cuanto a la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes, de la magnitud de las infecciones hospitalarias, de los eventos adversos y de las normas vigentes para su prevención; recursos insuficientes para la seguridad en cuanto a barandales de camas, camillas y sillas de ruedas, pisos antiderrapantes y barandales para sujetarse en los baños, recursos e insumos para

¹ Director Médico del Hospital Juárez de México.

² Asistente de la Dirección Médica del Hospital Juárez de México.

³ Adscrita a la Coordinación del Comité de Calidad del Hospital Juárez de México.

⁴ Jefe de los Servicios de Enfermería del Hospital Juárez de México.

Artículo recibido: 5-Abril-10; Artículo aceptado: 19-abril-10

Correspondencia: Dr. José Manuel Conde Mercado, Director Médico, Hospital Juárez de México. Av. Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México D.F. Correo electrónico: hospitaljuarezdemexico@yahoo.com.mx.

el lavado de manos y para la identificación del paciente, conocimiento insuficiente de los pacientes sobre quién era su médico, su padecimiento, los cuidados requeridos y la prescripción.

Se iniciaron acciones para enfrentar las áreas de oportunidad identificadas, cuyos avances serán evaluados en una segunda etapa de este trabajo a seis meses de la primera.

Además de la atención a las áreas de oportunidad se ha creado conciencia en la necesidad de identificar, informar y prevenir los eventos adversos en el Hospital como parte de un cambio cultural hacia la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente. *Rev. CONAMED.2010:15(2):75-91.*

Palabras clave: Autocuidado, autoseguridad, coparticipación del paciente, calidad de la atención, seguridad del paciente.

Abstract

In response to government policies to improve quality of care and patient safety, we intend to implement strategies to identify risks and prevent adverse events. One of the most important adverse events in terms of their frequency and severity are nosocomial infections. Results achieved so far have been poor mainly as a result of resistance to report adverse events by medical staff, which has resulted in underreporting, lack of effective means for prevention, and lack of follow up in agreements from the Infections Committee.

The need to identify and prevent adverse events requires the use of different strategies to those used to date. Such is the co-participation of patients and their relatives in safety issues and adverse event prevention.

Introducción

Como parte de los esfuerzos para otorgar a los usuarios de los servicios de salud una atención médica, cada vez, con mayor calidad, se han puesto en operación diferentes estrategias que van desde la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud¹, la Cruzada Nacional por la Calidad², la Certificación de Establecimientos de Atención Médica³ y la creación de los Comités de Ética de las Unidades de Atención Médica². En los últimos años se ha hecho mayor énfasis en procurar de manera continua la seguridad del paciente, la prevención de eventos adversos y la realización de estrategias para evitar el error médico. Desde hace algunos años, se ha venido trabajando en instituciones de salud para la prevención y control de uno de los principales eventos adversos de la práctica hospitalaria, las infecciones adquiridas en el propio hospital⁴⁻⁶.

This worldwide trend has led to the integration of the World Alliance for Patient Safety and the creation of the Patient Safety Organization.

Based on the document: "Self-Care Plan for Patient Safety" 112 surveys were applied to patients and relatives; 55 to staff, including doctors, nurses, orderlies and resident physicians; and 17 managers; resources were evaluated by the same 51 staff members. We studied the knowledge that patients have in relation to medical care received during their stay at the hospital and degree of communication with health personnel. Reasons for patient's discomfort with received health care were identified.

Results identified areas of opportunity in relation to inadequate knowledge of staff and managers on the availability of resources directed at patient safety, the magnitude of nosocomial infections, adverse events and the current standards for prevention; insufficient resources for patient safety in terms of bed rails, stretchers and wheelchairs, non-skid floors and grab bars in bathrooms, resources and supplies for handwashing and for patient identification; insufficient knowledge of patients on treating physician, current condition, required care and prescription.

Actions were initiated to address identified areas of opportunity. Progress will be evaluated as a second stage of this work after the first six months from implementation.

Besides focusing on areas of opportunity, awareness on the need to identify, report and prevent adverse events in the Hospital has been encouraged as part of a cultural change towards improving quality of care and patient safety.

Keywords: Self-care, self-safety, patient co-participation, quality of care, patient safety.

Los resultados, en la mayoría de los casos, no han sido satisfactorios, desde el gran subregistro de las infecciones ocurridas, la falta de prevención de las mismas y los deficientes mecanismos de control, hasta el incumplimiento y seguimiento de los acuerdos de los comités de infecciones.

Este incumplimiento de las normas para la prevención de infecciones intrahospitalarias se da en diferentes secciones del hospital o en distintos rangos del personal de salud, como por ejemplo, la omisión del lavado de manos, ya sea por la falta de recursos necesarios para realizarlo (agua, jabón, toallas, lavabos, etc.), o bien, la falta de interés del personal en participar. Evidentemente el compromiso para lograr los propósitos del Comité de Infecciones es mínimo o inexistente en diferentes rangos del personal.

Para lograr los objetivos relativos a la prevención de infecciones intrahospitalarias, se requeriría una “vigilancia personalizada”, requerimiento que se vería multiplicado si pretendiéramos prevenir la ocurrencia de los diferentes eventos adversos.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Martie Hahlie, abogado que inicialmente asumió la defensa legal de los médicos que habían sido demandados por mala práctica, decidió formar Consumers Advancing Patient Safety (Alianza para la Seguridad de los Pacientes)⁷, habiendo tenido que enfrentarse a las protestas de los propios pacientes, por no haber sido convocados como integrantes de esta Alianza, situación que se resolvió con su incorporación. El compromiso de esta asociación establece la incorporación de los pacientes en el cuidado de su seguridad.

Para lograr que el paciente y su familia se interesen y se involucren en el autocuidado de su salud, es necesario informarles sobre los aspectos que pueden y deben cuidar. Para ello se propone la elaboración de un tríptico que contenga la información requerida, difundirlo entre pacientes y familiares, capacitarlos, verificar su aplicación y evaluar sus resultados.

Existe riesgo de oposición del personal de salud, con el probable apoyo de los sindicatos, problema que habrá que atender y negociar en su momento.

Antecedentes y justificación

Dentro de los objetivos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se encuentran el “Lograr un impacto efectivo en la mejora de la calidad de la atención médica” y “Generar una cultura de la prevención y la seguridad del paciente”. Se pretende lograr estos objetivos a través del análisis de quejas médicas, como primer paso, con el propósito de identificar los principales problemas que afectan la calidad de la atención y como consecuencia se puedan generar acciones para mejorarla y a continuación prevenir controversias entre pacientes y prestadores de servicios de salud.

En 2006 se publicaron las experiencias de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, desde Junio de 1996 hasta febrero de 2006, en que a través del análisis de las quejas, se identificaron y caracterizaron las inconformidades de los pacientes con la atención recibida; una proporción de ellas, como consecuencia de eventos adversos; la forma en que fueron resueltas, sus motivos y sus causas; su origen en el servicio público, la seguridad social o los servicios privados; la edad de los pacientes, las especialidades involucradas y el nivel de atención en que se generaron⁸.

Este trabajo fue actualizado por los autores, incorporando: el origen de las quejas por entidad federativa y por institución, el número y tipo de pretensiones del promovente; un análisis de los gastos que implicaron las

quejas resueltas por conciliación y los de aquellas que requirieron arbitraje, como marco de referencia, para los gastos derivados de demandas legales⁹.

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se llevó a cabo un estudio sobre “Epidemiología de las Quejas”, que está aportando información interesante, sobre la existencia o no de mala práctica en las quejas, resueltas por orientación y gestión, conciliación, laudos y convenios de transacción; así como las evidencias de negligencia o ausencia de ella, ausencia de daño, daño temporal, permanente o muerte del paciente¹⁰. Como complemento de este estudio, se evaluaron los costos directos por el reembolso o indemnización por prestadores de servicios en quejas médicas¹¹.

A partir de estos estudios, se propone el desarrollo de herramientas enfocadas a la corresponsabilidad de los pacientes y los familiares, en el autocuidado de su salud, para prevenir los eventos adversos.

Para lograr ofrecer una atención médica segura y de calidad, es necesario diseñar y aplicar acciones que fomenten la corresponsabilidad de los pacientes y los familiares en el autocuidado de su seguridad en los hospitales, por lo cual resulta pertinente desarrollar herramientas con las cuales el paciente pueda participar en la identificación de los riesgos y los momentos críticos en los que puede ocurrir un evento adverso.

El objetivo general del estudio es mejorar la calidad de la atención, disminuir los errores y los eventos adversos y abatir las quejas, mediante la participación comprometida, por parte del paciente y sus familiares, el personal de salud y los directivos de los hospitales.

Material y Métodos

Tipo de estudio: descriptivo, transversal y prospectivo, conforme a la siguiente secuencia de actividades:

1. Revisión de la información estadística, disponible en nuestro medio, relativa a la frecuencia de los eventos adversos y determinar las prioridades por atender, en función de su magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.
2. Revisión de la bibliografía nacional e internacional disponible, relacionada con eventos adversos y las prioridades vigentes, conforme a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
3. Entrevista con los representantes en México de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para identificar sus prioridades y promover su participación.
4. Diseño de trípticos con información e instrucciones para pacientes y familiares, personal de salud y dirección del hospital y hacerlos del conocimiento de pacientes y familiares, personal de salud y directivos; capacitarlos para su aplicación, invitarlos a participar y hacerles saber cuál es la participación esperada,

mediante el cumplimiento de los lineamientos que a cada quien correspondan y asegurarse de que los otros dos actores cumplan los propios, mediante la vigilancia del cumplimiento de las instrucciones contenidas en ellos.

- 4.1. Paciente y familiares. Antes de su ingreso o al ingresar, se informará a los pacientes y sus familiares, acerca de las acciones que están en posibilidades de tomar para contribuir a identificar los riesgos, prevenir los eventos adversos y mejorar su seguridad. Para ello se pretende otorgarles una capacitación específica, previa a su ingreso o al momento de ingresar al hospital (ANEXO 1).
 - 4.2. Personal de salud. En atención a las premisas establecidas, se propone informar al personal de salud, sobre las acciones que son su responsabilidad primaria en la prevención de los eventos adversos (ANEXO 2).
 - 4.3. Dirección del hospital. Para que las acciones anteriores puedan llevarse a cabo es necesario el apoyo decidido de la Dirección del Hospital, la determinación de las políticas conducentes y a través de la provisión de las facilidades y recursos necesarios, así como, la supervisión de las acciones que son competencia del personal de salud del Hospital, para su debido cumplimiento (ANEXO 3).
5. Diseño de encuestas para ser aplicadas en pacientes y familiares, personal de salud y directivos del hospital, que permitan conocer el diagnóstico situacional de la disponibilidad de recursos para la prevención de eventos adversos y el conocimiento y participación de cada uno de ellos en lo relativo al cuidado de la seguridad del paciente.
 6. Identificación de áreas de oportunidad para la mejora continua, a través del análisis de los resultados de las encuestas:
 - 6.1. Informar al personal de salud y directivos, acerca de los resultados del estudio y capacitarlos en los procedimientos que les correspondan para la prevención de los riesgos.
 - 6.2. Llevar a cabo las modificaciones estructurales que se requieran en el inmueble.
 - 6.3. Garantizar el suministro adecuado del material de consumo requerido para la prevención de los riesgos de eventos adversos.

En una segunda etapa:

7. Evaluación de los sistemas de captación y registro de eventos adversos en la unidad médica evaluada. En

caso de no existir sistemas de captación y registro de eventos adversos, dar la asesoría para su desarrollo e implantación y evaluar sus resultados.

8. Aplicación de los instrumentos para la identificación y registro de los riesgos y de los eventos adversos, para integrar el diagnóstico situacional inicial, que permita dar curso al Plan para el Autocuidado de la Seguridad del Paciente.
9. Identificar las áreas de oportunidad existentes y desarrollar las medidas preventivas y correctivas pertinentes.
10. Evaluación de la presentación de eventos adversos durante tres meses posteriores a la implantación de las medidas requeridas para la mejora continua de la seguridad del paciente, mediante la realización de un proyecto de investigación, para determinar los avances alcanzados.

Aplicación de Encuestas

Se aplicaron encuestas dirigidas a identificar el conocimiento que pacientes y familiares, personal de salud y directivos, tienen sobre las medidas de seguridad requeridas para garantizar la seguridad de los pacientes en el Hospital Juárez de México entre el 4 de junio y el 5 de septiembre de 2008. Adicionalmente se aplicó una encuesta a los trabajadores, para evaluar la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes.

La encuesta de pacientes y familiares se aplicó a 112 personas en los Servicios de Cardiología y Ortopedia; la encuesta de personal de salud se aplicó a 55 trabajadores que incluían: médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes; este personal también respondió la encuesta para la evaluación de la disponibilidad de recursos para la seguridad de los pacientes; la encuesta a directivos fue respondida por 17 de ellos, de los Servicios de Cardiología y Ortopedia; la encuesta para la evaluación de los recursos fue respondida por los mismos 51 trabajadores, con participación de médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes.

De la misma forma, se estudiaron los conocimientos con que cuentan los pacientes, con relación a la atención médica que reciben durante su estancia en el Hospital y la comunicación entre el personal de Salud y el paciente o familiar, para conocer cómo se lleva a cabo la relación médico-paciente. Por último, se identificaron los motivos por los que los pacientes tenían alguna inconformidad durante su atención médica.

Variables del Estudio

- Cuantitativas dicotómicas.
- Conocimiento del Plan y de las normas aplicables.
- Aplicación del Plan y de las normas.

Consideraciones Éticas

La información documental recopilada se resguardó conforme a las obligaciones como servidores públicos de los funcionarios del Hospital Juárez de México y de la CONAMED y en concordancia con los valores institucionales.

El protocolo no recopiló información institucional, laboral ni personal, como tampoco representó riesgos inherentes a intervenciones terapéuticas invasivas.

Resultados

A) Encuesta de auto cuidado de la seguridad

El universo de estudio incluyó a 51 prestadores de servicios de salud, de los servicios de Cardiología y Ortopedia del Hospital Juárez de México, en donde se encontraban médicos, enfermeras, camilleros y médicos residentes. El período de aplicación inició el 4 de junio y concluyó el 5 de septiembre de 2008.

Se estudiaron los recursos con que cuenta el personal de salud para la prevención de caídas, prevención de infecciones y los recursos y medidas de seguridad que tiene el personal de Salud para la correcta identificación de los pacientes.

Se estudió el conocimiento del personal de salud en cuanto a la normatividad del Hospital Juárez de México, por medio de las encuestas aplicadas, en donde se retomaron aspectos como instructivos, manuales, comités y normas para la seguridad del paciente.

Una acción importante por parte del personal de salud para la prevención de infecciones, es el lavado de manos antes y después de atender a cualquier paciente, para ello es necesario contar con los recursos necesarios para llevar a cabo esta acción. El 49.20% del personal de salud encuestado respondió no contar con los recursos necesarios para lavarse las manos; el 66.67% respondió que hacen falta lavabos; el 66.67% no cuentan con jabón; el 60% contestó que les hacen falta toallas desechables y por último el 39.22% contestó que no cuentan con alcohol gel para lavarse las manos (Cuadro 1).

Un factor de riesgo para que ocurran eventos adversos es la identificación incorrecta de los pacientes, al realizarles algún procedimiento por parte del personal de salud. El 7.84% de los pacientes no contaba con pulsera de identificación, el 94.12% de los encuestados manifestó que todos los pacientes cuentan con expediente clínico propio. El 94.12% de los encuestados manifestó que todos los pacientes cuentan con identificación en la cabecera de su cama. Los elementos básicos con que cuenta la identificación de cabecera son nombre del paciente, del cual el 98.04% manifestó que todos lo tenían, el 78.43% manifestaron que no se consigna el grupo

sanguíneo y el Rh, el 84% señaló que sí se registran las alergias. El 31.37% señaló que no presentaba escrito el nombre de su médico (Cuadro 1)

Para la prevención de eventos adversos en los hospitales es necesario que se cuente con instructivos que regulen la operación. Se encuestó sobre el manejo de cuatro instructivos indispensables con que debe contar-se. El 56.86% del personal de salud respondió no contar con un instructivo para prevenir las caídas de pacientes y el 39.22% mencionó no contar con un instructivo para la administración correcta de medicamentos. En cuanto a un instructivo para la identificación correcta de los pacientes el 41.18% contestó no contar con este instructivo y el 29.41% indicó no contar con un instructivo para la detección, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.

Otro elemento importante de seguridad es el apego a la NOM 0168 SSA1 del Expediente Clínico, obteniendo como resultado que el 19.61% informó no contar con esta norma.

Evaluación de la disponibilidad de recursos a través del personal de salud

La encuesta fue realizada a 55 miembros del personal de salud. El 43.14% del personal de salud encuestado, manifestó que no todas las camas de los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas.

El 15.69% de los encuestados manifestó que no todas las camas cuentan con barandales, por otra parte el 17.65% de los encuestados dijo que no todas las camas cuentan con piesera o cabecera; el 68.63% mencionó que las camas no cuentan con correas para sujetar; por último el 33.34% contestó que se carece de banco de altura para que le facilite al paciente bajarse de la cama (Cuadro 1).

En cuanto a las camillas el 45.10% de los encuestados señaló que no todas ellas cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas, el 7.84% manifestó que las camillas no cuentan con barandales; el 33.33% mencionó que no todas las camillas tienen piesera y cabecera; por último el 64.71% de los encuestados indicó que las camillas no cuentan con correas para sujetar a los pacientes (Cuadro 1).

En la evaluación de los recursos de seguridad para las sillas de ruedas, el 49.02% de los encuestados contestó que éstas no cuentan con recursos suficientes para prevenir riesgos; el 19.61% dijo que las sillas de ruedas carecen de apoyos para los pies; en cuanto al cinturón de seguridad para prevenir caídas el 80.35% respondió que las sillas de ruedas no cuentan con él (Cuadro 1).

Cuadro 1. Evaluación de recursos a través del personal.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Las camas de los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas	52.94	43.14	3.92
Barandales	82.35	15.69	1.96
Piesera y cabecera	78.43	17.65	3.92
Correas para sujetar	25.49	68.63	5.88
Banco de altura para bajarse de la cama	58.82	33.34	7.84
Las camillas en que se traslada a los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir caídas	47.06	45.10	7.84
Barandales	82.35	7.84	9.81
Piesera y cabecera	56.86	33.33	9.81
Correas para sujetar	31.37	64.71	3.92
Las sillas de ruedas en que se traslada a los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir riesgos	47.06	49.02	3.92
Piesera para apoyar los pies	76.47	19.61	3.92
Cinturón de seguridad para prevenir caídas	15.73	80.35	3.92
En los sanitarios de pacientes hay barandales para sujetarse	19.61	66.67	13.72
En los baños existen recursos de seguridad para los pacientes	17.64	66.67	15.69
Barandales para sujetarse	19.61	62.74	17.65
Piso antiderrapante o con cintillos	15.69	60.78	23.53
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Recursos para lavarse las manos	49.20	49.20	1.60
Lavabo	31.37	66.67	1.96
Jabón	31.37	66.67	1.96
Toallas desechables	36.08	60.00	3.92
Alcohol gel	58.82	39.22	1.96
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE			
Todos los pacientes tienen una pulsera de identificación	86.27	7.84	5.89
Todos los pacientes tienen identificación en la cabecera de su cama	94.12	5.88	0
Nombre del paciente	98.04	1.96	0
Nombre de su médico tratante	66.67	31.37	1.96
Grupo sanguíneo y Rh	19.61	78.43	1.96
Alergias	84.00	16.00	0
Cada paciente cuenta con expediente propio	94.12	0	5.88
EVALUACIÓN DE LAS NORMAS			
Cuenta con un instructivo para prevenir las caídas de pacientes	33.33	56.86	9.81
Cuenta con un instructivo para la administración correcta de medicamentos	54.90	39.22	5.88
Cuenta con un instructivo para la identificación correcta de los pacientes	56.86	41.18	1.96
Cuenta con un instructivo para la detección, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias	70.59	29.41	0
Cuenta con la NOM 0168 SSA1 del expediente clínico	70.59	19.61	9.80

Se encuestó al personal de salud, para conocer las medidas de seguridad con que cuentan los baños de pacientes, el 66.67% del personal encuestado respondió que en los baños no existen recursos de seguridad para los pacientes, como barandales para sujetarse, el 60.78% del personal de salud respondió que no cuentan con piso o con cintillos antiderrapantes (Cuadro 1).

B) Encuesta a pacientes y familiares

Evaluación de recursos para la seguridad del paciente

En la evaluación de los recursos de seguridad el 10.72% de los pacientes encuestados manifestaron que las camillas en las que fueron transportados no cuentan con todos los recursos necesarios para prevenir caídas. En lo referente a las camas, los barandales faltaron únicamente en el 2.68%, lo cual se comprobó a través de la observación de los encuestadores (Cuadro 2).

En cuanto a la prevención de las infecciones hospitalarias, se descubrió, según la percepción de los pacientes, que el 5.36% del personal de salud que lo atiende,

no se lava las manos, en tanto que el 36.6% desconoce si el personal de salud que los atiende se lava las manos, debido a que los lavabos no se encuentran a la vista del paciente; de la misma forma, el 3.57% de los pacientes encuestados mencionó desconocer si el material con el que le administran medicamentos es desechable, sólo una persona mencionó que en él no utilizaron material desechable (Cuadro 2).

Un factor de riesgo para que ocurran eventos adversos es la incorrecta identificación de los pacientes previa a realizarles algún procedimiento. Para evitar este problema, existen distintos recursos que permiten la correcta identificación de los pacientes. El 1.79% de los pacientes carecía de pulsera de identificación; un paciente no contaba con expediente clínico y tres pacientes mencionaron no saber si tenían expediente clínico. Es importante mencionar que el 11.61% de los pacientes que cuentan con expediente clínico mencionó no saber si su expediente clínico tenía su nombre al frente. Por último solo un paciente no contaba con identificación en la cabecera de su cama (Cuadro 2).

Cuadro 2. Evaluación de los recursos a través de los pacientes.

PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Barandales, piesera, cabecera y correas sujetadoras en las camillas.	82.14	10.72	7.14
Barandales en las camas.	97.32	2.68	0
Lavado de manos antes de atender a cualquier paciente.	58.04	5.36	36.6
Utilización de material desechable para la administración de medicamentos.	95.54	0.89	3.57
PARA LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES			
Pulsera de identificación.	96.42	1.79	1.79
Cuentan con expediente clínico.	96.43	0.89	2.68
Nombre al frente del expediente clínico.	86.61	0.89	12.5
Identificación en la cabecera de la cama:	99.11	0.89	0
▪ Nombre del paciente.	99.11	0.89	0
▪ Grupo sanguíneo y Rh.	16.07	83.04	0.89
▪ Alergias.	64.29	33.92	1.79
▪ Nombre del médico.	34.82	61.61	3.57

Los elementos básicos con que cuenta la identificación de cabecera son: nombre del paciente, del cual sólo un paciente no lo tenía, el 83.04% de los pacientes no contaba con grupo sanguíneo, el 33.92% no contaba con el dato de sus alergias en la identificación de cabecera. El 61.61 % no presentaba escrito el nombre de su médico en la identificación de cabecera (Cuadro 2).

Información al paciente y familiares

Es necesario que el paciente conozca sus derechos y obligaciones durante el proceso de atención hospitalaria. En

cuanto a sus obligaciones, la encuesta mostró que: el 14.29% de los pacientes no conocía a su médico, por el 85.71% que sí lo conoce, de ellos el 42.86% no sabe cómo se llama. El 3.57% de los pacientes desconocía su enfermedad o padecimiento, de la misma forma el 24.13% de los encuestados desconoce los medicamentos que está recibiendo, el 16.97% no conoce los cuidados que debe de tener y por último el 70.56% no conoce el reglamento del Hospital (Cuadro 3).

En cuanto a sus derechos, el 25% de los encuestados desconocía que puede negarse a que le realicen algún procedimiento que represente riesgo, si así lo desea.

Cuadro 3. Comunicación con pacientes y familiares.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE	Sí %	No %	No sé %
Conoce a su médico.	85.71	13.4	0.89
Conoce el nombre de su médico.	57.14	36.61	6.25
Conoce su enfermedad.	96.43	2.68	0.89
Conoce los medicamentos que toma.	75.87	18.8	5.33
Conoce los cuidados que debe tener.	83.03	14.3	2.67
Conoce el reglamento del Hospital.	29.44	65.2	5.36
Sabe que se puede negar a que le realicen algún procedimiento si así lo desea.	75	23.21	1.79
Sabe donde presentar una queja en el Hospital.	25	71.43	3.57
RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE SALUD			
Se presentó con el paciente.	77.68	21.43	0.89
Llaman por su nombre al paciente.	83.01	16.1	0.89
Le preguntan su nombre al paciente antes de realizarle algún procedimiento.	88.3	8.4	3.3
Verifican el nombre del paciente con el de su pulsera de identificación.	77.64	17.9	4.46
Le informan al paciente acerca de los riesgos que tienen los procedimientos que se le aplicarán.	81.21	17.9	0.89
Le informan al paciente acerca de los efectos secundarios que pueden tener los procedimientos.	79.41	18.8	1.79
Le informaron al paciente acerca de los cuidados que debe tener.	81.23	15.2	3.57
Contesta las dudas de los pacientes.	91.96	8.04	0
Le piden su conocimiento al paciente antes de realizarle algún procedimiento.	91.07	7.14	1.79
PACIENTE CON EL PERSONAL DE SALUD			
Menciona su nombre antes de que le realicen algún procedimiento.	82.11	16.1	1.79
Pregunta sus dudas acerca de su enfermedad, estudios o tratamiento.	93.75	6.25	0

Por último el 75% de los encuestados no sabe dónde presentar una queja dentro del Hospital.

En cuanto a la comunicación adecuada entre el médico y el paciente, necesaria para la prevención de conflictos, inicia desde la presentación del médico, hasta el alta del paciente. En nuestro estudio, el 21.43% de los médicos no se presentó con su paciente al momento de realizarle algún procedimiento; el 16.1% de los pacientes informa que el personal no los llama por su nombre. Un 8.4% de los pacientes informó que los miembros del equipo de salud no le preguntan su nombre antes de realizarle un procedimiento, el 17.9% tampoco coteja el nombre con la pulsera de identificación; el 17.9% no le informa al paciente los riesgos de los procedimientos que le realizarán, el 18.8% no le informa sobre los efectos secundarios de dicho procedimiento; el 15.2% no informa a los pacientes acerca de los cuidados que deben tener durante y después de su intervención, 8.04% no resuelve las dudas de sus pacientes y el 7.14% de los integrantes del equipo de salud, no le pide su consentimiento a los pacientes para poderles realizar algún procedimiento (Cuadro 3).

La comunicación por parte del paciente hacia el médico es fundamental en la relación médico-paciente, a pesar de eso, el 16.1% de los pacientes no le menciona su nombre al médico antes de que le realice algún procedimiento y el 6.25% no pregunta las dudas que tiene acerca de su enfermedad, estudios o tratamiento al médico que les atiende.

C) Encuesta a personal de salud

El universo de estudio estuvo integrado por 55 personas dedicadas al cuidado de la salud, específicamente: médicos, enfermeras, médicos residentes y trabajadores sociales, de los servicios de Cardiología y Ortopedia del Hospital Juárez de México. El período de aplicación inició el 4 de junio y concluyó el 5 de septiembre de 2008.

Se evaluaron los recursos con que cuenta el hospital para prevención de infecciones, prevención de caídas, las medidas de seguridad que aplica el personal de salud para la correcta identificación de pacientes y los conocimientos con que cuenta el personal de salud, para el cumplimiento de la normatividad, a fin de brindar una atención adecuada. Un punto importante que se tomó para el estudio fue la comunicación que existe entre el personal de salud y el paciente-familiar, con el propósito de conocer la forma cómo se lleva a cabo la relación médico-paciente.

Evaluación de los recursos para la prevención de los eventos adversos

El 29.09% del personal de salud comenta que no todas las camas cuentan con los recursos necesarios para pre-

venir caídas. El estudio mostró que los recursos son insuficientes y que no se cuenta con barandales en el 14.55%; que no hay, piesera 16.36% y el 58.18% dice que no hay correas para sujetar a los pacientes (Cuadro 4).

El 58.18% del personal de salud del hospital refiere que se carece de recursos para lavarse las manos, 63.64% que no se cuenta con lavabo, 49.09% que no se cuenta con jabón y 1.82% no está enterado si se cuenta o no con este recurso; el 52.73% mencionó que se carece de toallas desechables y el 41.82% refiere que no cuenta con alcohol gel (Cuadro 4).

El estudio también está enfocado a conocer si en el hospital hay una identificación correcta del paciente, el 85% de los pacientes no cuenta con pulseras de identificación; el 1.82% del personal de salud, comenta los pacientes no tienen identificación en la cabecera de su cama, que el 29% no tiene el nombre del médico tratante y que en el 78% no tienen grupo sanguíneo ni RH (Cuadro 4).

En la identificación del paciente en el 100% de los casos se registra su nombre en la tarjeta de cabecera, al igual que las alergias.

Evaluación de las medidas para la seguridad del paciente

El 100% del personal informó que siempre se lava las manos antes y después de atender a un paciente, pero el personal de supervisión no corrobora esta información más que en el 54.55% de los casos; el 95.45% de los prestadores de servicios reconoce que es un factor importante para prevenir infecciones (Cuadro 5).

El 89% de los trabajadores señala que antes de iniciar la cirugía se verifica la identidad del paciente, la cirugía por realizar y el lado corporal al que corresponde y el 87.27% señala que se toman todas las precauciones para la prevención de infecciones quirúrgicas, el 7.27% manifiesta que no se toman todas las precauciones requeridas (Cuadro 5). El 43.64% del personal desconoce el porcentaje de pacientes que adquieren infecciones dentro del hospital y en el 61.82% reconoce que hay subregistro.

Con referencia a la normatividad, el 98% del personal de salud reconoce que los pacientes cuentan con expediente clínico propio dentro del hospital y el 73% asegura que los expedientes clínicos están requisitados conforme a la NOM 168 (Cuadro 5).

En relación a la comunicación médico-paciente, la encuesta mostró que el 7.27% del personal de salud no se dirige a los pacientes a su cargo por su nombre; el 100% del personal atiende y trata de resolver las dudas de los pacientes y en el 98% les informan de los riesgos que tienen los procedimientos que se realizarán y en un 96% les solicitan su consentimiento, cuando dicho procedimiento representa algún riesgo (Cuadro 5).

Cuadro 4. Evaluación de los recursos para prevenir los eventos adversos.

PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Las camas de los pacientes cuentan con los recursos necesarios para prevenir	70.91	29.09	0
Barandales	85.45	14.55	0
Piesera	83.64	16.36	0
Correas para sujetar.	41.82	58.18	0
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Falta recurso para lavarse las manos	41.82	58.18	0
Lavabo	36.36	63.64	0
Jabón	49.09	49.09	1.82
Toallas desechables	47.27	52.73	0
Alcohol gel	58.18	41.82	0
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE PACIENTES			
Los pacientes cuentan con pulsera de identificación	85.45	10.91	3.64
Los pacientes cuentan con identificación en la cabecera de su cama	98.18	1.82	0
Tiene el nombre del paciente	100	0	0
Tiene el nombre del médico tratante	70.91	29.09	0
Tiene grupo sanguíneo y RH	21.82	78.18	0
Tiene alergias a medicamentos que padece	100	0	0

El 84% del personal de salud informa que sí atiende las quejas de los pacientes y el 49.09% del personal de salud refiere a la dirección del hospital a los pacientes en caso de que exista alguna queja, en tanto que el 1.82% no sabe a dónde tiene que dirigirlos cuando desean presentar una queja (Cuadro 5).

D) Encuesta a directivos

Evaluación para la prevención de caídas

El universo de estudio incluyó 17 directivos de los Servicios de Cardiología y Ortopedia del Hospital Juárez de México. El periodo de aplicación de la primera fase del protocolo sobre "Auto cuidado de la seguridad del paciente", inició el 4 de junio y concluyó el 5 de septiembre de 2008.

Se estudiaron los conocimientos con que cuenta el personal directivo, con relación a los procedimientos e información de eventos adversos dentro del Hospital.

El 11.76% de los directivos encuestados manifestó que no todas las camas y camillas en las que fueron trasladados los pacientes, cuentan con barandales para la prevención de caídas, el 17.65% manifestó que carecen de piesera y cabecera, el 58.82% manifestó que las camillas no cuentan con correas para sujetar al paciente y el 5.88% desconocía si existen correas para sujetar (Cuadro 6).

El 5.88% de los directivos manifestó que no existen lavabos para el lavado de manos del personal, el 11.76% denotó que hacían falta recursos para el lavado de manos, dentro de este último dato, el 11.76% indicó que hacía falta jabón, el 17.65% dijo faltarle toallas desechables y el 29.41% alcohol gel. Por otra parte el 5.88%

de los encuestados mencionó no utilizar material esterilizado, mientras que el 5.88% desconocía si el material es esterilizado. El 29.41% manifestó que no siempre se utiliza material desechable y el 58.82% indicó que no se reesteriliza el material desechable (Cuadro 6).

Los directivos manifestaron que no existe ningún paciente sin expediente clínico propio, el 5.88% dijo que no todos los pacientes contaban con pulsera de identificación y el 5.88% mencionó que no se tenía tarjeta de identificación en la cabecera de todas las camas de los pacientes.

Cuadro 5. Evaluación de las medidas de seguridad para el paciente.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS	Si %	No %	No sé %
Lavado de manos antes de atender un paciente	100	0	0
Lavado de manos después de atender a un paciente infectado	100	0	0
Supervisión de que el personal de salud se lave las manos antes y después de atender a un paciente	41.82	54.55	3.64
Consideración de que la falta de lavado de manos sea un factor causal importante	94.55	3.64	1.82
Verificación antes de la cirugía de la identidad del paciente, la cirugía por realizar y de que lado del cuerpo corresponde	89.09	5.45%	5.45
Verificación de todas las precauciones para prevenir una infección quirúrgica	87.27	7.27	5.45
Conocimiento del porcentaje de los pacientes que adquieren infecciones en el hospital	49.09	43.64	7.27
Conocimiento de que existe subregistro	61.82	16.36	21.82
NORMATIVIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO			
Conocimiento de pacientes que cuentan con expediente clínico individual	98.18	1.82	0
Expedientes clínicos registrados conforme a la NOM 168	72.73	10.91	16.36
COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE			
El personal de salud se dirige al paciente por su nombre	92.73	7.27	0
El personal de salud contesta las preguntas y resuelve las dudas de los pacientes	100	0	0
Dar información, por parte del personal de salud, de los riesgos de los procedimientos que se le practicarán	98.18	1.82	0
El personal de salud solicita el consentimiento para realizar los procedimientos que implican algún riesgo	96.36	3.64	0
Atención a las quejas de los pacientes	83.64	16.36	0
Refiere a la dirección del hospital en caso de que exista una queja	49.09	49.09	1.82

En cuanto a los datos que debe tener la tarjeta de identificación de la cabecera de la cama los encuestados mencionaron que a ninguna le falta nombre y el 11.76% de los directivos manifestó que las tarjetas no tenían el nombre del médico; el 52.94% mencionó que no tenían registrado el grupo sanguíneo y el Rh y 11.76% dijo que las tarjetas no tenían indicadas las alergias a medicamentos (Cuadro 6).

En cuanto a la normatividad del Hospital, 17.65% de los directivos mencionó que no hay un instructivo para la prevención de caídas; 5.88% dijo que no existe un instructivo para la administración segura de medicamentos y por último el 17.65% de los encuestados dijo no contar con un instructivo para la identificación segura del paciente. En lo relacionado a las normas para prevenir eventos adversos, el 23.53% de los directivos

Cuadro 6. Evaluación de los recursos para la seguridad del paciente.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Sí %	No %	No sé %
Camas y camillas que tienen barandales	88.24	11.76	0
Piesera y cabecera	82.35	17.65	0
Correas para sujetar al paciente	35.29	58.82	5.88
PREVENCIÓN DE INFECCIONES			
Lavabos para lavado de manos para médicos	94.12	5.88	0
Recursos para lavado de manos	88.24	11.76	0
Jabón	88.24	11.76	0
Toallas desechables	82.35	17.65	0
Alcohol Gel	70.59	29.41	0
Material esterilizado (no sanitizado, ni desinfectado)	88.24	5.88	5.88
Utilización de material desechable	70.59	29.41	0
Reesterilización de material desechable	41.18	58.82	0
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE			
Pacientes con expediente clínico propio	100	0	0
Pacientes con pulsera de identificación	94.12	5.88	0
Pacientes con tarjeta de identificación en la cabecera de su cama	94.12	5.88	0
▪ Nombre del paciente	100	0	0
▪ Nombre del médico	88.24	11.76	0
▪ Grupo Sanguíneo y Rh	47.06	52.94	0
▪ Alergia a medicamentos	88.24	11.76	0
NORMATIVIDAD PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Instructivo para prevenir caídas	70.59	17.65	11.76
Instructivo para la administración segura de medicamentos	88.24	5.88	5.88
Instructivo para la identificación segura del paciente antes de practicar un procedimiento	82.35	17.65	0
Normas para prevenir eventos adversos	76.47	23.53	0
Manual del Comité de Infecciones	88.24	11.76	0
Comité de Calidad en el Hospital	94.12	5.88	0
Subcomité de Seguridad del Paciente	82.35	11.76	5.88
Información de dónde se puede presentar una queja	76	24	0

manifestó que el Hospital no cuenta con dichas normas (Cuadro 6).

El 11.76% de los directivos encuestados, mencionó que no existe un Manual del Comité de Infecciones dentro del Hospital y el 5.88% que no había un Comité de Calidad.

En cuanto a la existencia de Subcomités dentro del Hospital, el 11.76% de los directivos encuestados mencionó que no existe un Subcomité de Seguridad del Paciente; el 88.24% de los encuestados dijo que no existía un Subcomité de quejas y el 24% manifestó nunca haber informado a los pacientes dónde se podía presentar una queja.

Evaluación de programas para el conocimiento de los eventos adversos

En lo relacionado con el conocimiento de eventos adversos en el Hospital, el 52.94% de los encuestados dijo no conocer su frecuencia (Cuadro 7). En cuanto a la existencia de programas, el 11.76% de los encuestados mencionó que no existe un programa para la Identificación, Prevención y Atención de Eventos Adversos, mientras que el 5.88% desconocía la existencia de dicho programa (Cuadro 7).

Cuadro 7. Evaluación del conocimiento de la seguridad del paciente.

CONOCIMIENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS	Sí %	No %	No sé %
Frecuencia de eventos adversos en el Hospital.	47.06	52.94	0
PROGRAMAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Programa para la Identificación, Prevención y Atención de Eventos Adversos.	82.35	11.76	5.88
Lista de cotejo de procedimientos en quirófano:	64.71	11.76	23.53
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de identidad del paciente al ingresar a la sala de operaciones. 	76.47	5.88	17.65
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de identidad del paciente y cirugía programada, con el expediente clínico antes de iniciar la anestesia. 	82.35	0.00	17.65
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificación de identidad del paciente conforme a identificación de la persona, pulsera de identificación, expediente clínico y cirugía programada antes de iniciar. 	76.47	5.88	17.65
Instalación segura de sondas y catéteres.	88.24	11.76	0
Personal especializado en la instalación de catéteres endovenosos.	94.12	5.88	0

En lo referente a la existencia de una lista de cotejo de procedimientos en quirófano, el 11.76% de los directivos mencionó que no existe, mientras que el 23.53% desconocía su existencia.

Dentro de las acciones que requieren verificación a través de una lista de cotejo, el 5.88% de los directivos respondió que no se verifica la identidad del paciente al ingresar a la sala de operaciones, mientras que el 17.65% desconoce si se verifica o no; por otra parte el 17.65% de los encuestados desconoce si se verifica la identidad del paciente y la cirugía programada, con el expediente clínico antes de iniciar la anestesia; y por último el 5.88% manifestó que no se verifica la identidad del paciente conforme a la identificación de la persona, pulsera de identificación, expediente clínico y cirugía programada,

antes de iniciar la intervención, mientras que el 17.65% desconoce si se verifica o no.

En cuanto al conocimiento de procedimientos, el 11.76% de los directivos respondió que no había una instalación segura de sondas y catéteres y el 5.88% mencionó que no existía personal especializado en la instalación de catéteres endovenosos (Cuadro 7).

Discusión

Las encuestas aplicadas a pacientes y familiares, personal de salud y a los directivos del hospital y la revisión de los resultados que éstas mostraron, por el Cuerpo de Gobierno del Hospital permitieron la identificación de un número importante de áreas de oportunidad, que

han permitido llevar a cabo mejoras estructurales en el inmueble, dotación de recursos e insumos para la prevención de los riesgos de eventos adversos.

Sin embargo se considera que el avance más importante es haber hecho conciencia en todos los encuestados, tanto pacientes y familiares, como personal de salud y directivos, de la trascendencia que tienen los eventos adversos para los pacientes y la necesidad de prevenirlos.

En lo que respecta a los dos servicios encuestados, en general, los pacientes y/o familiares accedieron a participar en las encuestas. Sus respuestas muestran que el hospital cuenta con los recursos básicos para su atención, sin embargo es importante mencionar que en los pacientes surgió incertidumbre al preguntarles si el personal que los atiende se lava las manos antes de realizar algún procedimiento, ya que los pacientes no podían observar si en verdad el personal de salud se lavaba las manos.

Es importante mencionar que los pacientes se encuentran preocupados por su salud, ya que preguntan sus dudas a los médicos, pero no se informan acerca del reglamento del hospital.

En lo que respecta a los recursos para la correcta identificación de los pacientes, se descubrió que existen errores en la escritura de los datos de los pacientes en la identificación de cabecera y en el expediente clínico, lo que representa un riesgo de eventos adversos.

El personal de salud encuestado mostró desinterés aduciendo todas las ocupaciones que tenía, por lo que fue difícil aplicarle la encuesta. Mencionaron que el recurso que más falta en el hospital son las correas sujetadoras para el traslado de pacientes en camilla, los pisos antiderrapantes y barandales en los baños, piesera y cabecera en las camas de los pacientes; las sillas de ruedas no cuentan con cinturón de seguridad ni piesera. También se descubrió que el personal de salud no conocía el índice de infecciones intra-hospitalarias prevalentes en el hospital y desconocía si existía o no subregistro. Se identificó que la mitad de los encuestados desconoce la existencia de un instructivo para la identificación correcta de los pacientes y la Norma Oficial Mexicana para la Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias.

Para aplicar la encuesta a directivos, el Director de Calidad acompañó a los pasantes a las oficinas de los directivos de distintas áreas y les dio la apertura para encuestarles. Los directivos se mostraron accesibles. Lo más importante a rescatar de esta encuesta, es que existe congruencia en cuanto a los recursos que perciben los directivos y el personal de salud, en cuanto al lavado de manos y a la identificación correcta de los pacientes.

Servicio de Cardiología

Haciendo referencia a las encuestas, se observó que existen diferencias en los recursos con los que cuenta

el hospital; específicamente en este Servicio, ya que hay concordancia entre los datos recogidos por las encuestas aplicadas a los pacientes y al personal de salud, realizadas en este servicio y lo observado por los encuestados, en donde lo que más repercute es la falta de pieseras, correas sujetadoras en camas, camillas y sillas de ruedas, así como pisos antiderrapantes. En este Servicio se realizaron encuestas a pacientes y personal de salud, se apreció una buena organización por parte del personal de salud, que facilitó el trabajo de la aplicación de encuestas, dando una muy buena apertura.

La mayor dificultad estuvo representada por la aplicación de encuestas al personal de salud, ya que se daba prioridad a la atención de los pacientes y se retardaba la aplicación, pero siempre contando con su colaboración.

Servicio de Ortopedia

En este servicio se observó carencia de recursos para evitar caídas en los baños de los pacientes, también se descubrió que no existen recursos de seguridad en las sillas de ruedas. La comunicación entre el personal de salud que atiende el servicio se apreció adecuada y abierta, sin embargo se mostraron renuentes a contestar la encuesta. Por lo que respecta a los pacientes, mostraron mucho interés por participar en el estudio, lo que ayudó a que se realizara; de la misma forma la enfermera responsable del servicio le dio la apertura al equipo de trabajo, lo que facilitó la aplicación del estudio.

Acciones de tipo inmediato realizadas en el hospital

Algunas de las acciones que en forma inmediata se establecieron con los primeros resultados de este estudio, se enlistan a continuación, iniciando los trabajos en el mes de febrero de 2010 para la segunda fase del estudio con una duración preliminar de 6 meses para reevaluar los avances en materia de seguridad:

- La implementación de este protocolo en el Hospital Juárez, ha significado la oportunidad de escuchar las voces de los pacientes, que acuden a nuestra Institución solicitando servicios de salud con calidad y seguridad, sin embargo ambos términos muchas veces se quedan en un nivel de ambigüedad, que no nos permite conocer a detalle las necesidades, expectativas y la percepción real de nuestros usuarios.
- Es importante señalar que con anterioridad se han aplicado de manera cotidiana, encuestas de salida por el personal de Trabajo Social, aunque sin enfocarlo específicamente a la prevención de eventos adversos y a la participación activa del familiar y el paciente en el cuidado de su seguridad, que nos permite detectar áreas de oportunidad que pueden ser objeto de un proceso de mejora y generar una

cultura de prevención y seguridad del paciente.

- Como objetivo general del estudio se plantea el mejorar la calidad de la atención, disminuir los errores, los eventos adversos y abatir las quejas, mediante la participación comprometida del paciente, familiares, personal de la salud y la dirección del hospital, a través de la capacitación específica, previa al ingreso o en el momento que este ocurre.
- La capacitación fue otorgada por el personal de enfermería al momento del ingreso del paciente, en ambos servicios participantes, observando que es necesario reforzar esta estrategia, ya que se satura al paciente y familiar de información, por lo que se pretende fragmentar la información y que la capacitación inicie desde el servicio de admisión, trabajo social, médicos y personal de enfermería.
- Otra de las áreas de oportunidad evidente es la que se refiere a la difusión del formato de registro de Eventos Adversos y el procedimiento para su reporte, así como, la estadística existente hasta el momento.
- En lo que se refiere a la seguridad en el traslado y prevención de caídas, los resultados hacen énfasis en la falta de correas sujetadoras en camas, camillas y sillas de ruedas, sin embargo debemos considerar que estas adecuaciones requieren de una programación a largo plazo, debido al volumen de pacientes y la cantidad de servicios que cuentan con este mobiliario.
- Fue posible mejorar en la dotación de una camilla nueva para el Servicio de Ortopedia, ya que con la que contaba se encontraba en malas condiciones, así como, el equipamiento total de los servicios de hospitalización con bancos de altura nuevos.
- En lo que respecta a la existencia de un procedimiento para la prevención de caídas, se concluyó con la implementación del Protocolo de Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados, que permite la evaluación de los factores de riesgo que pueden predisponer una caída del paciente y la señalización por medio de tarjetas de colores.
- En cuanto a la prevención de infecciones, la encuesta refleja que es insuficiente la difusión del cartel bimestral para informar el índice de infecciones hospitalarias, lo que hace necesario el replantear una nueva estrategia.
- En los primeros meses de 2009, se instaló un dosificador con jabón antibacterial, con bomba de pie en cada tarja, así como un despachador de toallas de papel en cada central de enfermeras, en los Servicios de Ortopedia y Cardiología.
- Como una medida para suplir la falta de un lavabo en cada cubículo, se instaló un dosificador con bomba de pie de alcohol gel en cada uno de ellos, indicando las limitaciones de este producto.
- En diciembre del 2008 concluyó la remodelación de los baños del Servicio de Ortopedia, que cuentan

con barandales para sujetarse, piso antiderrapante, así como, adecuaciones específicas para el manejo del paciente con inmovilización ortopédica, estas mejoras se harán de manera gradual en otros servicios.

- En cuanto a la identificación correcta de los pacientes, recientemente se ha formulado la propuesta para un nuevo formato para la identificación en la cabecera del paciente, que contiene todos los datos que requiere la cédula y se propone que incluya la señalización de riesgo de caída en el mismo formato, éste aún no ha sido aprobado por la Dirección Administrativa.
- Existe desconocimiento de ¿cómo puede emitir una queja el paciente?, ya que el Subcomité de Quejas es de reciente conformación y actualmente se encuentra en la tarea de actualizar el Reglamento Hospitalario y el Procedimiento para el Seguimiento de las Quejas.
- Por todo lo anterior es necesario el periodo de implementación de mejoras en los servicios y la consiguiente evaluación de estos avances.
- Una de las principales dificultades que tenemos es el hecho de implantar una mejora en un servicio y que ésta se mantenga en todos los turnos y en todos los días de manera homogénea.
- Otra de las limitantes es la estructural y de garantía de abasto de insumos para el lavado de manos.
- Sabemos que todos los procesos son dinámicos y todos son perfectibles, falta mucho por trabajar pero el camino está trazado rumbo a una meta: proporcionar una atención libre de riesgos a los pacientes que acuden a nuestra Institución.

Bibliografía

1. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Rios JM, Aguirre-Gas H y cols. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. Salud Pub Mex. 1990; 32: 156-169.
2. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006. Cruzada por la calidad de la Atención. México 2001.
3. Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. México 1999.
4. Aguirre-Gas H, Lifshitz-Guinsberg A, López-Bárcena J, Haua Kuri J, Vergara-Sedeño L, Díaz-López A. La Contaminación Bacteriana del Paciente Hospitalizado, Bol Med IMSS 1979; 21:65.
5. Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo J, Elección del antimicrobiano en el tratamiento de las infecciones hospitalarias. Rev Med Int 1979; 16:1.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de

- Prestaciones Médicas. Instructivo de Organización y Procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. México: IMSS; 1984.
7. Heatley M. El autocuidado de la salud por el paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Simposio Internacional CONAMED. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 3-5 de diciembre de 2007.
 8. Infante Castañeda C. Quejas Médicas. México: Editores de Textos Mexicanos; 2006.
 9. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A. Análisis crítico de las quejas presentadas en la comisión nacional de arbitraje médico 1996-2007. Rev. CONAMED. 2008; 13 (2): 5-16.
 10. Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F, Santacruz J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Pub Mex. 2009; 51 (2): 119-125.
 11. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Bautista-Estrada JV. Costos directos del reembolso o indemnización por prestaciones de servicios en quejas Médicas. Rev. CONAMED. 2009; 14 (3): 35-43.
 12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Registro de Eventos Adversos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Unidad de Atención Médica, Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS; 2006.

ANEXO 1. Medidas para el auto-cuidado de la Seguridad del Paciente, que son responsabilidad del paciente y su familia.

1ª	El paciente debe conocer a su médico, identificarlo por su nombre, presentarse con él, plantearle sus dudas y atender a sus respuestas y a sus indicaciones.
2ª	El paciente y sus familiares deben conocer el reglamento del hospital y respetarlo.
3ª	El paciente debe informarse con su médico, sobre los medicamentos que está recibiendo y los cuidados que debe tener, posibles molestias o signos de alarma, para cumplirlos y poder avisar en caso de reacciones adversas.
4ª	Si alguno de los puntos previos para la seguridad del paciente no hubiera sido atendido, el paciente o sus familiares deben solicitar a su médico que se les aclaren sus dudas y en su defecto presentar su inconformidad, en el sitio y con la persona que el hospital haya determinado para ello y tienen derecho a ser atendidos.
5ª	El paciente es responsable de participar con el médico y el personal en sus cuidados y en la recuperación de sus necesidades de salud, mediante el cumplimiento de las instrucciones que se le den.
6ª	El paciente y sus familiares deben tener en cuenta que el médico y el personal de salud, son profesionales dedicados a satisfacer sus necesidades de salud y por ello deben tratarlos con la debida consideración.

ANEXO 2. Medidas para el cuidado de la seguridad del paciente que son responsabilidad personal de salud.

1ª	El personal que presta la atención a la salud debe lavarse las manos antes y después de atender al paciente y usar material nuevo, desechable o esterilizado.
2ª	Antes de trasladar a un paciente en cama o camilla, el personal debe cerciorarse que se cuente con barandales, piesera, cabecera y correas sujetadoras.
3ª	Cada paciente debe contar con una pulsera y una tarjeta de identificación en la cabecera de su cama, que indiquen su nombre, el de su médico, su grupo sanguíneo y rh, alergias y antecedentes de reacciones graves por medicamentos.
4ª	Antes de realizarse cualquier procedimiento, el personal de salud debe confirmar la identidad del paciente: preguntándole, con su pulsera de identificación, la tarjeta de la cabecera de su cama y el expediente clínico.
5ª	Cada paciente debe contar con un expediente clínico personal, elaborado conforme a la norma oficial mexicana 0168 del expediente clínico.
6ª	El personal de salud debe informar al paciente y familiares, acerca de su padecimiento y de los procedimientos que se le realizarán, y éste podrá hacer las preguntas que desee y tendrá derecho a que se le contesten y a aceptar o no, con su firma o negarse a ello.

ANEXO 3. Medidas para el cuidado de la Seguridad del Paciente que son responsabilidad del los Directivos del Hospital.

1ª	La dirección del hospital debe proveer los insumos y otorgar las facilidades necesarias para el lavado de manos del personal, antes y después de atender a los pacientes y verificar que se cumpla esta disposición.
2ª	La dirección del hospital debe proveer y dar el mantenimiento requerido al equipo, que garantice la seguridad de los pacientes, incluyendo el necesario para los traslados, como: barandales, pieseras, cabeceras y sujetadores y verificar que se utilicen.
3ª	La dirección del hospital debe proveer los insumos necesarios para la elaboración de pulseras y tarjetas de identificación en la cabecera de los pacientes y verificar que se utilicen.
4ª	La dirección del hospital debe asegurarse que cada paciente cuente con un expediente clínico propio y que éste se utilice, conforme a la norma oficial mexicana 0168 del expediente clínico.
5ª	La dirección del hospital tiene la responsabilidad de que exista en el ámbito de su competencia, una instancia a disposición de pacientes y sus familiares, para aclarar sus dudas o presentar sus inconformidades.
6ª	La dirección del hospital tiene la responsabilidad de proveer las facilidades necesarias, para que el paciente y sus familiares puedan conocer el reglamento de operación del hospital y estén en condiciones de cumplirlo.

Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería*

Use of health services by older adults and quality of nursing care

Mtro. Rey Arturo Salcedo-Álvarez¹, L.E.O. Miriam Torres-Chirinos², Mtra. María Dolores Zarza-Arizmendi³

* Este trabajo fue financiado por la UNAM mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica. PAPIIT "Calidad interpersonal de la atención de enfermería y calidad de vida en los adultos mayores. México, 2006." (NI-302607).

Resumen

Introducción: El propósito de este trabajo es describir las características del uso de servicios de salud y la percepción de la calidad de la atención de enfermería de los adultos mayores en el sur de la Ciudad de México.

Métodos: Estudio transversal realizado a través de la "Encuesta para evaluar percepción de la calidad de la atención de los servicios de enfermería según el nivel de calidad de vida en los adultos mayores. México, 2007". Se encuestó a residentes de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco y asistentes a la Unidad de Atención Primaria "Dr. José Castro Villagrana" en Tlalpan D.F.

Resultados: Se entrevistó a 420 adultos mayores, 277 (66%) fueron mujeres y 143 (34%) hombres; 126 (30%) cuentan con primaria completa; 197 (47%) tienen un ingreso menor a un salario mínimo; 336 (80.0%) informo haber utilizado algún servicio de salud en los últimos seis meses, las mujeres realizaron mayor demanda, principalmente para la atención de enfermedades crónicas 172 (51.1%); del total de entrevistados 289 (88.8%) afirmaron tener "Buena" o "Muy buena" percepción de la calidad de atención de enfermería.

Conclusiones: La atención de enfermería es parte fundamental y decisiva en el otorgamiento de los servicios de salud que los adultos mayores reciben; la mayoría de ellos tiene una "Buena" o "Muy buena", percepción de la atención de enfermería. Esto otorga al personal un lugar privilegiado desde el cual pueda brindar su conocimiento científico hacia una atención holística que beneficie al adulto mayor. *Rev. CONAMED.2010:15(2):92-98.*

Palabras clave: Uso de servicios de salud, adultos mayores, calidad de la atención de enfermería.

Abstract

Introduction. The purpose of this paper is to describe the characteristics of health services' use and the perception of quality of nursing care by older adults in southern Mexico City.

Methods. Cross-sectional study based on the "Survey to assess perceptions of quality of care in nursing services according to level of quality of life in older adults. Mexico,

¹ Lic. en Enfermería y Obstetricia, Maestro en Salud Pública, Profesor de Carrera Asociado "B" de Tiempo Completo, Unidad de Investigación, ENEO.

² Lic. en Enfermería y Obstetricia, Especialista en Salud Pública, Enfermera General del Hospital General Regional N° 2 con UMAA, Villa Coapa, D. F. IMSS.

³ Lic. en Enfermería y Obstetricia, Mtra. en Comunicación y Tecnología Educativa, Profesor de Carrera Asociado "C" y Secretaria General de la ENEO.

Artículo recibido: 30-Oct-09; Artículo aceptado: 27-Abril-10

Correspondencia: Mtro. Rey Arturo Salcedo Álvarez, ENEO-UNAM. Camino viejo a Xochimilco S/N y Viaducto Tlalpan Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, C. P. 14370 México D. F. Correo electrónico: rasalced@hotmail.com.

2007". The survey was applied to residents of San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, and patients attending Primary Care Unit "Dr. José Castro Villagrana" in Tlalpan D.F.

Results. 420 elderly patients were interviewed, 277 (66%) were female and 143 (34%) males; 126 (30%) had completed primary school; 197 (47%) have an income of less than the minimum wage, 336 (80.0%) reported using some kind of health service in the last six months, women presented a greater demand of health services, mainly related to chronic disease care 172 (51.1%); 289 respondents (88.8%) reported having "good" or "very good" perception of quality of nursing care.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, realizó su informe anual con base al análisis de las tendencias demográficas y de salud que van desde 1955 y se proyectan hasta el año 2025, como resultado de este análisis emitió cincuenta puntos álgidos relevantes. Entre sus principales conclusiones sobresalen que el número de Adultos Mayores (AM) de 65 años crecerá de los actuales 390 millones a 800 millones aproximadamente en el año 2025, representando así al 10% de la población mundial. Para muchos países en desarrollo se espera, especialmente para Latinoamérica y Asia un crecimiento del 300% en la población de este grupo poblacional¹.

El envejecimiento de la población es un tema que suscita creciente interés, principalmente en lo referente al impacto económico que representa para la sociedad. Este proceso sociodemográfico debe analizarse desde tres aspectos estrechamente relacionados entre sí, los cuales son:

- En los individuos, el envejecimiento se refiere a la ampliación de los horizontes de vida derivada del incremento en la sobrevivencia y la longevidad, situación que obligadamente exige nuevas demandas y necesidades específicas;
- En la población, el envejecimiento se deriva del descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida y
- En la sociedad, el envejecimiento es una figura metafórica que ilustra el surgimiento de una estructura demográfica compleja².

En México, los AM son cada día más; en 2006 se estimó una población total de 107.5 millones, de los cuales el 5% correspondió a AM; estimaciones realizadas por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM indican que para el año 2030 los AM representarán el 12%³ de la población total.

El envejecimiento de la población tiene un significado muy importante para el Sector Salud, ya que el deterioro funcional que presentan los AM se agrava cuando pade-

Conclusions. Nursing care is a fundamental and decisive component of health services provided to elderly patients. Most of these patients have a "Good" or "very good" perception of nursing care. This gives nursing staff a privileged position from which they can provide services based on scientific knowledge towards a holistic medical care that will benefit the elderly patient.

Keywords: Use of health services, elderly, quality of nursing care.

cen más de una enfermedad, esta situación se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica.

Las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones, problemas que con mayor frecuencia padecen los AM, son bastante costosos y complejos de tratar. Estas patologías generan nuevos retos de atención y la necesidad de movilizar recursos financieros para la salud, además es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, asimismo, la urgente necesidad de capacitación del personal para atender las demandas relacionadas con los padecimientos que están afectando a la población en general, pero con una mayor prevalencia a los AM.

Por estas razones, el cuidado geriátrico debe enfocarse hacia la evaluación integral, la prevención de discapacidades y la protección de la autonomía, sobretodo cuando se logra identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro, antes de que éste ocurra o sea irreversible; otra condición que agrava este problema es que los hospitales que cuentan con servicios especializados para la atención del AM a pesar de la necesidad de participación de un equipo de especialistas en geriatría y gerontología, cuyo propósito sea la preservación funcional del paciente envejecido, son escasos.

En este sentido, la carencia de personal médico y de enfermería especializado en la atención de los AM, así como, de servicios específicos de geriatría en las instituciones de salud, en ocasiones propician atención inadecuada con resultados negativos tanto para el paciente como para sus familiares; siendo frecuente la duplicidad de esfuerzos y la derrama excesiva de recursos financieros.

Los problemas que comúnmente se presentan en las instituciones de salud que no cuentan con servicios geriátricos son⁴:

- Egresos prematuros que generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de enfermar y morir.
- Estancias prolongadas más allá de lo necesario, que propician estados físicos y psicológicos perjudiciales.
- Tratamientos tecnificados y agresivos, que aumentan las iatrogenias.

- d) Limitación de acceso a los servicios de salud, por los altos costos de los tratamientos gerontológicos.
- e) Consulta externa en la que se solicitan estudios en cada entrevista, gran número de medicamentos prescritos y en ocasiones al regreso del paciente, éste no sólo no mejora, sino que empeora.

El estado de salud de los AM, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud e impacta en la eficiencia de los mismos; esta población demanda con mayor frecuencia atención médica con respecto al resto de la población, además los servicios que ellos requieren suelen ser onerosos. En 1999 los egresos hospitalarios de esta población representaron el 12%, cuando en 1993 era sólo el 8.3%; es decir, en sólo 6 años incrementaron su demanda de atención en 25%.

Otro serio problema que enfrentará el Sistema Nacional de Salud en breve tiempo, es el financiamiento para la atención de este grupo de población; dos de las enfermedades crónicas prioritarias en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) son la diabetes y la hipertensión arterial; en 1996 se atendieron 280,000 AM con estos diagnósticos, para el año 2000, esta cifra se incrementó a 670,000, probablemente, este incremento se debe a la vigilancia que se ejerce desde los programas de atención, no obstante, se estima que en el año 2010 se presentarán 1,100,000 casos y para el año 2020 serán 1,500,000. Los recursos presupuestales actualmente ya son insuficientes y no está ocurriendo, ni se prevé, un crecimiento de la plantilla del personal ni de la infraestructura⁵.

Es un hecho indiscutible que las consecuencias en el estado de salud del AM dependen en gran medida del nivel socioeconómico, así como, de los estilos de vida, estado de nutrición, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, los hábitos de autocuidado, así como el tipo de servicio de salud donde atienden su salud.

Al hablar de prestación de servicios no se puede dejar a un lado, la calidad cómo estos son otorgados, tema que cada día toma mayor interés entre los profesionales de la salud, siendo el personal de enfermería monitoreado de forma sistemática y constante a través del Sistema Indica, propuesto por la Comisión Permanente de Enfermería⁶.

De acuerdo con Avedis Donavedian, el concepto de calidad incluye dos dimensiones: a) La técnica, consistente en seguir la mejor estrategia de atención que la ciencia actual hace posible y b) La interpersonal, consistente en lograr la mayor satisfacción posible del usuario respetando su autonomía y sus preferencias.

En este orden de ideas, un sistema de salud que no ubica a la calidad en el centro de sus preocupaciones corre el riesgo de gastar su valioso recurso sin lograr el efecto deseado o, peor aún, de producir iatrogenia e insatisfacción⁷.

Debido a lo anterior, la Comisión Permanente de Enfermería definió la calidad de los servicios de enfermería

como "La atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional, competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicio"⁸.

Material y métodos

Este estudio se realizó, utilizando datos obtenidos de la encuesta para evaluar percepción de la "Calidad de la atención de enfermería, según el nivel de calidad de vida en los Adultos Mayores" México, 2007", misma que forma parte del proyecto de investigación "Calidad interpersonal en la atención de enfermería y calidad de vida en adultos mayores, México 2007" financiado por la Universidad Nacional Autónoma de México mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT. IN-302607. El diseño fue observacional, descriptivo y transversal.

El tamaño de la submuestra fue de 420 AM de 65 años de edad y más, residentes de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco y de los AM que demandaron atención en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Para fines del presente estudio se seleccionaron variables relacionadas con:

- a) Sociodemográficas: 1) edad, 2) sexo, 3) escolaridad y 4) ingreso económico.
- b) Uso de servicios de salud: 1) frecuencia de uso de servicios de salud, 2) motivo de consulta, 3) derechohabiencia, 4) hospitalización, 5) motivo de hospitalización, 6) nombre del hospital y 7) días de estancia hospitalaria.
- c) Situación de salud: 1) indagación de los padecimientos que presenta el AM como: enfermedades crónico degenerativas, infecciones, neoplasias, enfermedades mentales, discapacidades, presencia de dolor tipo crónico y otros padecimientos.
- d) Calidad de la Atención de Enfermería (CAE), que se evaluó en una escala cualitativa de cinco posibles respuestas, las cuales incluyeron: 1) cortesía, 2) participación de la enfermera durante el diagnóstico y tratamiento, 3) respeto a la idiosincrasia, 4) trato amable, 5) intimidad y pudor, 6) educación para el cuidado, 8) seguridad y confianza, 9) satisfacción con el equipo y las instalaciones y 10) evaluación general de la calidad de los servicios de enfermería.

Los criterios de inclusión fueron: a) AM residentes de San Luis Tlaxialtemalco y AM que demandaron atención en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, b) AM en condiciones de salud física y mental que les permitan uso de

razón suficiente para contestar la entrevista de manera lógica y coherente y c) AM que acepten participar.

Los criterios de exclusión fueron: a) Personas que no sean AM, b) AM en estado de coma o con alteraciones de la conciencia y c) AM que no aceptaron participar.

El análisis de la información se realizó a partir de calcular frecuencias simples, relativas de las variables estudiadas, los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Se entrevistaron 420 AM, de los cuales 277 (66%) fueron mujeres, la edad promedio de éstas fue de 72.3 años; el resto, 143 (34%) correspondió a hombres, la edad promedio fue de 72.8 años. La distribución por grupo de edad y sexo no mostró diferencia significativa, aunque en el rango de 96 años y más, sólo hay presencia de mujeres (Cuadro 1).

Cuadro 1. Grupo de edad y género de los adultos mayores

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
66-75	99	69.2	197	71.1	296	70.4
76-85	34	23.8	64	23.1	98	23.3
86-95	10	7.0	13	4.8	23	5.4
96 y más	0	0.0	3	1.0	3	0.9
Total	143	100	277	100	420	100

El nivel de escolaridad en esta población, es básicamente primaria, con diferencia por sexo ya que los hombres tienen mayor número de años cursados a nivel licenciatura. Cabe resaltar que 63 (15.0%) de los AM

sólo saben leer y escribir, al observar esta distribución por sexo, se encontró que 19 (13.2%) son hombres y 44 (16.0%) mujeres (Cuadro 2).

Cuadro 2. Escolaridad de los adultos mayores

Escolaridad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sabe leer/ escribir	19	13.2	44	16.0	63	15.0
Primaria incompleta	35	24.4	87	31.4	122	29.0
Primaria completa	42	29.3	84	30.3	126	30.0
Secundaria	14	9.9	13	4.7	27	6.4
Bachillerato	7	5.0	26	9.3	33	8.0
Licenciatura	19	13.2	13	4.7	32	7.6
NS/NR	7	5.0	10	3.6	17	4.0
Total	143	100	277	100	420	100

En cuanto a la ocupación, la población se clasificó en activa (remunerada y no remunerada), e inactiva (remunerada y no remunerada). La distribución por género indicó que 73 (51.0%) de los hombres y 38 (13.7%) de las mujeres son todavía personas activas remuneradas (empleados, comerciantes o dedicados a algún oficio), los AM activos no remunerados están dedicados principalmente al hogar 166 (58.8%). Un total de 10 (2.3%)

de los AM inactivos remunerados son jubilados o pensionados; asimismo, la distribución por sexo e ingreso económico mensual en salarios mínimos, mostró que 139 (50.0%) de las mujeres y 58 (40.6%) de los hombres perciben menos de un salario mínimo al mes y sólo 4 (1%) de los AM percibe siete o más salarios mínimos mensuales (Cuadro 3).

Cuadro 3. Ingreso económico de los adultos mayores.

Escolaridad	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 salario	58	40.5	139	50.0	197	47.0
1 a 2 salarios	55	38.3	79	28.6	134	32.0
3 a 4 salarios	9	6.3	17	6.0	26	6.1
5 a 6 salarios	7	5.0	8	3.1	15	3.5
7 y más salarios	3	2.0	1	0.3	4	1.0
NS/NR	11	7.9	33	12.0	44	10.4
Total	143	100	277	100	420	100

Referente a la situación de salud de los AM se encontró que del total de entrevistados, 330 (78.7%) refirió cursar con alguna enfermedad o proceso patológico al momento del estudio, 5 (1.1%) no respondió a la pregunta. Cabe mencionar que según los datos obtenidos se reportaron 616 padecimientos en este grupo poblacional.

Entre las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia, destacan la hipertensión arterial 101 (48.3%), la diabetes mellitus 65 (31.1%) y la combinación de ambas en 43 (20.5%). Cabe resaltar que estas enfermedades tuvieron mayor repercusión en las mujeres 166 (40.0%) que en los hombres, así como, las enfermedades infecciosas y las enfermedades mentales; en cuanto a los procesos neoplásicos, las discapacidades y la presencia de dolor crónico en los AM, no se presentó diferencia significativa por género (Gráfica 1).

En cuanto a la percepción del estado de salud de los AM encuestados, ellos calificaron su salud de la siguiente manera: 131 (31.2%) como "muy buena", 242 (57.6%) como "buena", 43 (10.3%) como "regular" y sólo 4 (1.0%) como "mala".

El uso de servicios de salud, de los 420 AM entrevistados, 336 (80.0%) informó haber utilizado algún servicio de salud, en los últimos seis meses de realizada la entre-

vista, con una edad promedio de 72.7 años. Las mujeres fueron las que más utilizaron los servicios de salud 225 (67.0%).

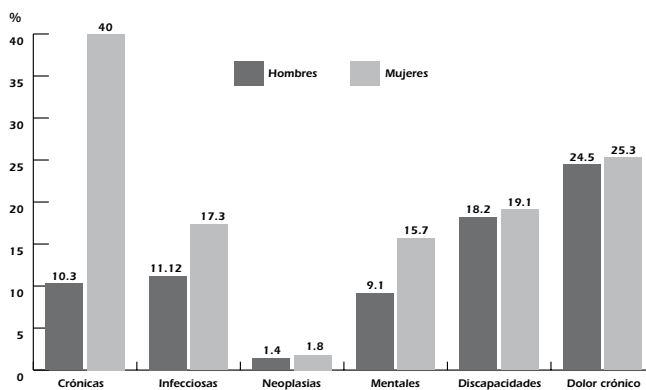


Figura 1. Tipo de enfermedad presente en los adultos mayores.

Las instituciones de salud donde más frecuentemente se atendieron los AM son: la SSA 165 (49.1%), el IMSS 66 (19.7%), médico particular 60 (18.0%), el ISSSTE 44 (13.0%) y la Marina 1 (.2%).

Los servicios que más utilizaron los AM fueron los servicios médicos 325 (96.8%) y los servicios preventivos 11 (3.2%). De los primeros mencionados, los motivos fueron por padecer alguna enfermedad crónica tales como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica 172 (51.1%), infecciones (Infección respiratoria aguda y Enfermedad diarreica aguda) 40 (12.0%), surtimiento de receta de medicamentos, chequeo general, 37 (11.0%), por presencia de dolor crónico 24 (7.1%), por sufrir algún accidente, caída o violencia 23 (7.0%), por problemas óseos 11 (3.2%), problemas oculares 10 (3.0%), problemas de próstata 5 (1.4%), y por alguna enfermedad mental 3 (1.0%). El uso de servicios preventivos fue por inmunizaciones principalmente.

La frecuencia de consultas que los AM demandaron en los últimos seis meses de realizada la entrevista, mostró diferencia significativa por género recayendo en las mujeres (Gráfica 2).

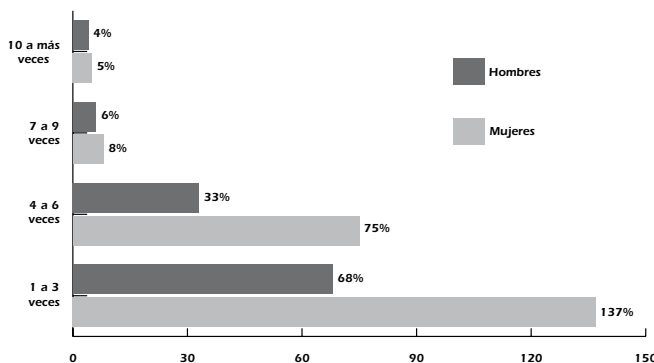


Figura 2. Consultas demandadas por los adultos mayores.

Solamente 32 (10.0%) de los AM requirió atención hospitalaria, debido a causas como: eventos quirúrgicos 11 (34.3%), complicaciones de diabetes mellitus y accidentes 5 (15.6%), respectivamente, por infarto al miocardio 4 (12.7%), por gastritis y neumonía 1 (3.1%) respectivamente, otras causas como hemorroides, vértigo, fatiga y supresión etílica e intoxicación 5 (15.6%).

En cuanto a la Calidad de Atención en Enfermería (CAE), 98 (29.1%) AM la percibió como "Muy buena", 200 (59.7%) como "Buena", 34 (10.1%) "Regular" y solamente 4 (1.1%) como "Mala". No se encontró asociación alguna con respecto a variables sociodemográficas, ni la demanda de servicios de salud o al tipo de motivo de ocasión esta demanda, así como tampoco al lugar de atención; aparentemente, la percepción de la CAE que tienen los AM sigue siendo aceptable independientemente de las variables mencionadas.

Discusión

El cambio demográfico y epidemiológico que actualmente enfrenta la población mexicana trae sin duda algunos

retos importantes a enfrentar por el Sistema Nacional de Salud, pero sobre todo para quienes tenemos una relación directa en el otorgamiento de la atención.

Contar con información sobre las necesidades y uso de los servicios de salud por AM, así como, conocer su percepción en cuanto a la CAE que estos reciben, dieron la pauta para la realización de este estudio.

La opinión que los AM tengan de nuestro trabajo es de vital importancia, ya que la razón de ser de la enfermería es el cuidado de la persona de una manera holística, además que son ellos quienes más utilizan los servicios de salud y quienes requieren de manera directa nuestra atención⁹.

Los datos derivados del presente trabajo nos permitieron identificar algunas características socioeconómicas, relacionadas con el uso de servicios de salud por los AM, las cuales fueron muy similares a los resultados emitidos en un estudio realizado por Borges-Yáñez¹⁰.

En la Encuesta Nacional de Salud II, se reportó una mayor tasa de utilización de los servicios por parte de las mujeres¹¹, un hallazgo de nuestros resultados fue que se encontró mínima diferencia, entre mujeres y hombres en la búsqueda de atención.

En cuanto a la percepción que los AM emitieron sobre la CAE, ésta resultó ser "Buena", resultado similar al emitido por Vargas-Daza en su estudio realizado sobre opinión del anciano sobre la atención de enfermería¹². Es importante tomar en cuenta que existen aspectos que dificultan la comparación de resultados, ya que se utilizan diferentes instrumentos que de alguna manera particularizan los aspectos a medir al interior del constructo.

Podemos concluir que es necesaria la realización de estudios bajo esta temática, ya que nos permite tener identificadas cuáles son las necesidades de salud y, de alguna manera, nos proporciona resultados que nos permiten tomar decisiones en la mejora continua de la calidad de la atención que el profesional de enfermería brinda a los usuarios.

Por otra parte, es importante la utilización de instrumentos validados y confiables, ya que estos nos permitirán medir lo deseado, aplicarlo en otras poblaciones semejantes y que sus resultados puedan ser comparados y generalizados a la población.

El instrumento que se utilizó para medir la calidad de la atención de enfermería estuvo basado en el indicador de Trato digno, su aplicación fue rápida y permitió la comprensión de las preguntas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Cincuenta Puntos del Informe Mundial en Salud, Situación Global y Tendencias 1955-2025. Ginebra Suiza, 1998. pp 1-4.
2. Canales-Cerón A. La población en la era de la información. De la transición demográfica al envejeci-

- miento de la población. *Estud Demog Urb.* 2001; 48: 485-518.
3. Negrete-Salas ME. Distribución geográfica de la población mayor. *Demos.* Instituto de Investigaciones Sociales. México: UNAM; 2001. Pp 18-20.
 4. Sepúlveda J, Bronfman M. La salud de la población en edad avanzada en México. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Canadá: IDRC-CRDI; 1996. Docum. 948756.
 5. Gutiérrez-Robledo LM. Mortalidad en la población mayor. El proceso de la transición epidemiológica. *E-DemoS.* 2001; 14: 8-9. (Acceso 31-05-2010) Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no14/DMS01404.pdf>.
 6. Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería: tres indicadores de aplicación hospitalaria. México, 2003. pp. 36-45.
 7. Frenk J. Los fundamentos éticos: En Frenk J, Lozano R, González M. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1997. p. 71-81. (Acceso 17-10-2009). Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/economia/1ER%20PARTE%20CAPITULO%20I.pdf>.
 8. Ortega Vargas C, Suárez Vázquez MG y Cols. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería: estrategias para su aplicación. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. México 2006. p 8.
 9. Reyes S. Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security: Healthions. policy and economic implications. Distrito Federal, México: IMSS- Fundación Mexicana para la salud; 2001.
 10. Borges-Yáñez S A, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Rev Sal Pub de Mex* 1998; 40: 13-23.
 11. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los Adultos. (Acceso 30-07-09) Disponible en: http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf.
 12. Vargas-Daza E. R., Sandra-Reyes C. García-Peña L, Martínez-González y Mendoza-Martínez A. Opinión del anciano sobre la atención de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* 2000; 8 (2): 91-94.



RED COCHRANE MEXICANA

www.cochranemexico.org





“Desarrollo y divulgación de las herramientas para mejorar la toma de decisiones en la atención de la salud”

Misión de la Red Cochrane Mexicana

El acceso a la Biblioteca COCHRANE, herramienta fundamental para la Toma Eficiente de Decisiones en Salud, es ¡¡GRATUITO!! para los países latinoamericanos. Consúltela en <http://cochrane.bvsalud.org>

El consentimiento válidamente informado en Cardiología

Validly informed consent in Cardiology

Dr. Carlos Felipe Barrera-Ramírez¹, Lic. Dora Alicia de la Garza-Villanueva¹,
Dr. Arturo Valdés-Álvarez¹, Dr. Francisco Elizalde-Herrera¹, Dr. Juan Francisco Nuncio-Zamora¹,
Dr. Luis Ramón Pineda-Pompa², Dr. Raymundo Verduzco-Rosán³

El sufrimiento de la enfermedad no es puramente físico, está doblado casi siempre de un componente espiritual... La consulta médica no significa sólo el deseo de acabar con la molestia orgánica sino de segar el temor escondido, la angustia inconfesada. En la consulta el enfermo se entrega confiadamente al médico. Es el caso ... de una confianza frente a una conciencia.

Ignacio Chávez.

Resumen

La evolución cultural y social en plena era de acceso a la información, ha influido notablemente en el tradicional vínculo paternalista y de mutua confianza, que existía entre el médico y el paciente en el pasado, dando lugar a una relación mucho más compleja, en la que el enfermo reclama mayor información y derechos ante los servicios sanitarios al tiempo que los médicos nos enfrentamos a un aumento de las demandas por negligencia o "mal praxis". En una especialidad como la Cardiología, en la que con frecuencia tratamos pacientes graves, y en la que practicamos con regularidad, procedimientos diagnósticos y terapéuticos que entrañan un riesgo, se hace cada vez más necesario proporcionar al paciente no sólo una información exhaustiva, sino comprensible. El derecho de este último a la información, aunque regulado por ley, en la práctica no está establecido con un criterio generalizado, en el ámbito médico de nuestra especialidad, ya que es competencia de cada institución, el desarrollo del consentimiento válidamente informado. *Rev. CONAMED.2010:15(2):99-105.*

Palabras clave: Consentimiento informado, Consentimiento válidamente informado, Bioética, Cardiología, Relación paciente-médico.

Abstract

The cultural and social evolution in the current age of access to information, has significantly influenced the traditional paternalistic relationship of mutual trust that existed between doctor and patient in the past, resulting in a much more complex relationship in which the patient calls for greater information and rights regarding health services while doctors are faced with an increase in malpractice claims. In a specialty such as cardiology, in which critically ill patients are often treated and diagnostic and therapeutic procedures involving risks are regularly practiced, it becomes increasingly necessary to provide the patient with, not only comprehensive, but understandable information. The latter's right to information, although regulated by law, is not established as a general criterion in the medical field of our specialty, and it is for each institution to promote the development of valid informed consent.

Keywords: Inform Consent, Valid informed consent, Bioethics, Cardiology, Patient-doctor relationship.

¹ Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico (COCCAM).

² Comisionado Estatal de Arbitraje Médico.

³ Secretario de Salud de Coahuila de Zaragoza. Ex Comisionado Estatal de Arbitraje Médico.

Artículo Recibido: 31-Julio-09; Artículo Aceptado: 27-Abril-10

Correspondencia: Dr. Carlos Felipe Barrera Ramírez. Subcomisionado Médico, Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico, COCCAM. Investigador Nacional Nivel I, Sistema Nacional de Investigadores. Jefe de Enseñanza y Cardiólogo Intervencionista del Centro Hospitalario La Concepción. Blvd. V. Carranza 4036-1H. Saltillo, Coah. C.P. 25230. México. Correo electrónico: cardio_imagen@hotmail.com.

Introducción

La Medicina es la armoniosa y equilibrada fusión de ciencia y arte. La ciencia estudia todo lo que puede ser medido, verificado y observado; sin embargo el alcance de la medicina científica llega a sus límites, sobretodo en lo tocante a la individualidad, cultura, religión, idiosincrasia, libertad, deontología, y responsabilidades del ser humano.

Por otra parte, la evolución cultural y social en plena era de acceso a la información, ha influido notablemente en el tradicional vínculo entre médicos y pacientes. Es así como el modelo de relación médico-paciente en sentido vertical, proteccionista, paternalista y en el que las decisiones eran sólo competencia del facultativo ha cambiado y de hecho, hoy tenemos una nueva concepción del modelo de relación que debe ser transformado en un modelo horizontal, en el cual dos sujetos de derecho, amparados y titulados por el derecho, van a exponer en juego su libre determinación y autonomía de voluntad a los fines de que, ejerciendo este derecho consciente, el paciente pueda conseguir de su médico tratante una relación en la cual dependa y en la cual el paciente pueda decidir sobre lo que considere mejor para su propia salud y su cuerpo.

Actualmente el paciente es más consciente y conocedor de sus derechos como usuario de los servicios médicos. En consecuencia, la exigencia del paciente en cuanto a responsabilidad profesional también ha aumentado. Los enfermos han hecho prevalecer sus derechos a conocer y poder decidir, en virtud del principio de autonomía, mediante el cual todo ser humano, mentalmente capacitado, tiene derecho a la libre elección de sus actos, sin presión de ninguna naturaleza ni imposición de persona alguna.

En nuestro país, las disposiciones sanitarias, en lo que corresponde a los servicios de atención médica, señalan que éstos deben orientarse en función de principios científicos y éticos. Así, hay un doble componente que nos permite, como profesionales de la salud, contar con parámetros de actuación. El saber científico y el proceder ético se evalúan, necesariamente, en términos de su aproximación a la Lex Artis Médica y a los principios de beneficencia, autonomía y justicia.

Definición del consentimiento válidamente informado

Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz, recibe del sanitario bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consistente y activadamente en la

adopción de decisiones, respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad¹.

También se ha señalado que el consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele una suficiente información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse o rechazar tal procedimiento o intervención.

El Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana sostiene que “consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos”.

Obviamente que la exigencia del consentimiento informado, supone que alguien pueda negarse a ser sometido a un tratamiento médico. Por ello se ha dicho que la exigencia del consentimiento informado y la validez de la negativa del paciente a someterse a una práctica médica, son anverso y reverso de un mismo fenómeno².

Desde luego no podemos omitir mencionar, que frente a la emergencia de la teoría del consentimiento informado, han surgido posturas en contra que sostienen que la inmensa mayoría de los pacientes son incapaces de tomar la decisión en su beneficio. Se ha dicho que informar hace perder a la medicina su propia magia, que se presenta en forma de milagro, misterio y autoridad y que en más de un caso ha permitido curas inexplicables. Consideramos que en la actualidad estos argumentos carecen de sustento, debido al amplio acceso a la información que hoy en día se puede tener a través de la informática.

Fundamentos éticos y legales del consentimiento válidamente informado

Principios Bioéticos

Existen numerosos antecedentes que orientan hacia el actuar del médico de una forma ética, hacia los pacientes y que constituyen importantes antecedentes. Thomas Percival en 1803 afirmaba en su Ética Médica que “el médico debe asegurarse que el paciente y sus allegados, tengan la información suficiente sobre el estado del enfermo, a fin de proteger los mejores intereses del mismo”³.

Concluida la II Guerra Mundial y una vez conocidas las atrocidades de la Alemania nazi, en las que existió participación directa de médicos en experimentos con seres humanos, se inició un gran movimiento a favor de los

derechos fundamentales del hombre. La OMS en 1948 emite la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos [1964; (Helsinki, Finlandia) y revisada en 1975 (Tokio, Japón), 1983 (Venecia, Italia), 1989 (Hong Kong), 1996 (Somerset West, Sudáfrica) y 2000 (Edimburgo, Escocia)].

El Código Nuremberg durante 1947 en el juicio de Nuremberg, se juzgó y sentenció a los nazis por crímenes de guerra. En este proceso se revelaron los terribles "ensayos científicos", que un grupo de médicos había practicado entre los prisioneros en numerosos campos de concentración alemanes. Durante el juicio se promulgó este documento, en el cual se definieron los lineamientos que una investigación experimental en humanos debe seguir: la participación voluntaria de los sujetos, resultados benéficos para la humanidad, experimentación previa en animales, evitar a toda costa el daño físico y mental de la persona que se presta al estudio, que el riesgo no sea mayor al problema que se pretende resolver y el derecho del voluntario a abandonar el experimento en el momento que así lo desee.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948, Adoptada por la 2ª Asamblea General de la Asamblea Médica Mundial en Ginebra, Suiza, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005) vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente, ejerciendo la profesión a conciencia y dignamente".

Un informe sobre los "Crímenes de Guerra y la Medicina" recibido en la II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, culminó en la elaboración de un Código Internacional de Ética Médica (Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983) que afirma: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica, que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente"⁴.

En México la Comisión Nacional de Bioética dio a conocer en 2002 su Código de Bioética para el personal de salud, que avala la obtención del consentimiento informado en las personas que participan en una investigación. La actuación del médico debe apegarse a la Lex Artis solicitando el consentimiento informado de los pacientes o sus familiares, excepto en los casos, como en el que

se ejemplifica en el transcurso de una cirugía donde se debe tomar una decisión rápida, sin que ello se demore por la obtención del consentimiento informado. Además recomienda, junto con la Secretaría de Salud, un Código de Conducta⁵ el que especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social, que ancestralmente han caracterizado a quienes profesan alguna de las carreras de la salud; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud.

De este documento tomamos los siguientes párrafos, en los que se indica que el médico informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. "La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana. Deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia, es lo mejor que se le puede ofrecer. Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos, que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legalmente establecidos"⁵.

La Cuestión Legal y Normativa

Al margen del sólido fundamento bioético, el consentimiento válidamente informado, requiere de un sustento jurídico, recordando que el acto médico establece un contrato bilateral oneroso. Desde el punto de vista jurídico el consentimiento se estudia en la teoría general del contrato⁶; se trata de un acto jurídico no solemne, personalísimo, libre, revocable y ausente de error, violencia o dolo. El Derecho Mexicano establece sus características jurídicas en el libro cuarto en los artículos 1794 a 1823 del Código Civil Federal. Además se establecen sus requisitos y vicios.

Debemos tener en mente algunos artículos importantes de la Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica⁷, cuya aplicación es nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y que orientan acerca de la obligatoriedad de informar al paciente.

En el artículo 7º se definen los términos de la atención médica, en el 9º se dictan los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

El artículo 29º establece: "Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su

caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”.

El artículo 30°: “El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento”.

La Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, que es de observancia nacional obligatoria, hace referencia al Expediente Clínico y establece, que éste es un documento oficial que se utiliza con fines médicos, docentes, de investigación, estadísticos, administrativos y jurídicos⁸. De tal modo en una controversia legal, el expediente clínico es una de las probanzas de mayor peso⁹. El numeral 4.2 de la NOM define al consentimiento bajo información, como el documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios⁸. El numeral 10.1 indica que el consentimiento informado es parte del expediente clínico y establece los requisitos para que sea válido:

10.1.1. Cartas de Consentimiento bajo información.

10.1.1.1. Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1.1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.

10.1.1.1.2. Nombre, razón o denominación social del establecimiento.

10.1.1.1.3. Título del documento.

10.1.1.1.4. Lugar y fecha en que se emite.

10.1.1.1.5. Acto autorizado.

10.1.1.1.6. Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.

10.1.1.1.7. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

10.1.1.1.8. Nombre completo y firma de los testigos.

Esta norma establece que los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información son:

10.1.1.2.1. Ingreso hospitalario.

10.1.1.2.2. Procedimientos de cirugía mayor.

10.1.1.2.3. Procedimientos que requieren anestesia general.

10.1.1.2.4. Salpingoclasia y vasectomía.

10.1.1.2.5. Trasplantes.

10.1.1.2.6. Investigación clínica en seres humanos.

10.1.1.2.7. Necropsia hospitalaria.

10.1.1.2.8. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

10.1.1.2.9. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3. El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

La información como requerimiento previo del consentimiento informado.

Es unánime la doctrina y jurisprudencia actual en considerar que la información al paciente, integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, al objeto de que el paciente pueda emitir su conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información deformada o inexacta.

El médico deberá entonces explicar al paciente todo lo referente a su estado de salud, posibles tratamiento, como también sus ventajas y desventajas^{4, 10}.

La Medicina basada en evidencias es, sin duda una herramienta indispensable para cumplir los principio de la Bioética. Solamente con el adecuado uso de esta metodología es posible:

- Seleccionar el mejor método de diagnóstico y tratamiento, de acuerdo al problema específico del paciente que esté tratando (Principio de Beneficencia).
- Descartar aquellos tratamientos contraindicados o con nula evidencia científica (Principio de no Maleficencia).
- Proponer las diferentes alternativas de tratamiento así como los riesgos y beneficios de cada una, para que el paciente o su familiar pueda contar con la información necesaria a fin de que puedan tomar la decisión que resulte para él o ella, mas conveniente de acuerdo a sus valores y proyecto de vida (Principio de Autonomía).
- Seleccionar los tratamientos que para cada circunstancia resulten de mejor relación costo-beneficio (Principio de Justicia).

Con estos elementos en mente podemos ayudarnos para la elaboración de nuestros consentimientos válidamente informados. El consentimiento informado debe reposar sobre una información comprensible. Ello implica que el lenguaje y la comunicación en general deben acomodarse al entorno cultural del paciente, deben adaptarse a las posibilidades propias de las personas asistidas. Es decir, si tenemos a un colega enfrente el lenguaje podrá adoptar la terminología científica adecuada, de lo contrario, deberá formularse de una manera simple y concreta, para que el enfermo pueda comprender acabadamente el malestar que padece y sus posibilidades de curación.

No olvidemos que consentir, al ser un acto libre, significa que el paciente tomará la decisión, pero lo hará solo en función de la información que se le haya proporcionado.

El Consentimiento válidamente informado en Cardiología

La Cardiología es sin duda una de las especialidades que más desarrollo tecnológico y científico ha tenido en las últimas décadas. Este desarrollo tan significativo ha permitido que el número de estudios diagnósticos invasivos y terapéuticos, se haya incrementado sustancialmente en los últimos años.

El tema de la información clínica es relevante, no solo en cuanto a la generación de problemas legales, sino en cuanto a paradigma en el vínculo médico-paciente y paciente-instituciones de servicios médicos. Sería simplista aceptar que la cuestión del consentimiento válidamente informado se resuelve con el llenado de formularios generales, inespecíficos e incompletos, que muchas veces se entregan al paciente por parte de enfermeras y residentes y no por el médico que se encargará de la atención del paciente. No omitimos señalar y aceptar que es controvertible el punto, que señala cual es el límite del consentimiento informado.

Por lo expresado hasta aquí, podemos llegar a la conclusión de que es imprescindible implementar en la Cardiología el consentimiento válidamente informado, ya sea para asegurarle al paciente y a su familiar, que se le ha brindado toda la información correspondiente a la enfermedad y los riesgos que implica, tanto el hecho de realizar los estudios pertinentes y la terapéutica; como el de no hacerlo. Por otra parte resguardaremos al profesional y al equipo de salud de las demandas generadas, por las supuestas faltas de información.

En nuestra especialidad es cada vez más frecuente recurrir a estudios diagnósticos y terapéuticos invasivos, actualmente son muy frecuentemente indicados estudios diagnósticos como el ecocardiograma transesofágico, estudios de perfusión con radioisótopos y la cardiología intervencionista, permite tratar cotidianamente a más pacientes con angioplastias y valvuloplastia, en pacientes con enfermedad coronaria y valvular más compleja¹¹.

Unos ejemplos que plantean distintos escenarios clínicos, pueden ayudarnos a comprender mejor los alcances e implicaciones que pueden tener en nuestra especialidad, una comunicación incompleta o inadecuada de la información.

Caso 1

Un hombre de 64 años de edad, se hospitaliza en una institución privada, con una historia de angor de esfuerzo con características clínicas clásicas, se había practicado

una ergometría con 7 minutos de ejercicio, suspendida por fatiga, eléctrica y clínicamente negativa. Al paciente se le informó que se haría un cateterismo y se le indicó, que muy probablemente requeriría una angioplastia, para la cual dio su consentimiento verbal. Durante el cateterismo se encontró una estenosis del 50% medida por angiografía cuantitativa. Ante esta situación, los médicos decidieron hacer una guía de presión usando adenosina en infusión y obtuvieron una reserva de flujo coronario de 0.84., por lo que decidieron diferir cualquier procedimiento de revascularización coronaria. Tras el alta el paciente presentó una querrela contra el grupo médico porque no se le hizo la angioplastia (el procedimiento propuesto de manera inicial) y en cambio se le efectuó otro estudio diferente (guía de presión) y él seguía con el dolor y había gastado una considerable cantidad que él considera es daño patrimonial.

Caso 2

Un hombre de 75 años diabético e hipertenso, con historia de un infarto anterior 8 años previos, es enviado a un programa de rehabilitación cardiaca por tener angina de esfuerzo. Se había efectuado un cateterismo previamente y era portador de enfermedad trivascular, los lechos distales eran inadecuados para cirugía y para angioplastia y se optó por tratamiento médico. Tres semanas más tarde, durante la rehabilitación, el paciente presenta muerte súbita por fibrilación ventricular. Los hijos reclaman al hospital por negligencia y probable homicidio culposo, explicando que nunca se les informó esta posibilidad a pesar de que un mes antes, un residente les había explicado en que consistía el programa, sin que hubiese evidencia documental de ello.

Caso 3

Un hombre de 52 años es hospitalizado por angina inestable. Durante el cateterismo se encontró una estenosis del 80% en la coronaria derecha, con el resto de los vasos angiográficamente normales. Se implantó un stent convencional con buen resultado angiográfico. El paciente recibió aspirina y clopidogrel durante 4 semanas y fue enviado a prueba de esfuerzo, como parte de su seguimiento en la quinta semana. En la prueba de esfuerzo desarrolló 9 METS, por lo que se consideró negativa clínica y eléctricamente. Antes de abandonar el hospital el paciente tuvo dolor anginoso con síntomas neurovegetativos. En urgencias le hacen un electrocardiograma y encuentran un infarto inferior en evolución. En la sala de hemodinamia se encontró que el stent de la coronaria derecha se había trombosado y se efectuó una angioplastia con balón buenos resultados. Tras el egreso hospitalario el paciente presentó formal querrela contra el hospital, debido a que nunca se le dijo que la

prueba de esfuerzo tenía riesgos, aunque fueran bajos y mencionó que de haberlo sabido, probablemente se hubiera negado.

Si bien es cierto, que para un clínico avezado estas circunstancias son completamente justificadas, entendibles y que efectivamente todos nos podríamos enfrentar a una situación así en cualquier momento, no podemos soslayar el derecho de autonomía del paciente, que como ya vimos anteriormente, tiene un sustento no solo jurídico y normativo, sino bioético.

Es conveniente analizar cuales procedimientos en Cardiología y cuales no, requieren consentimiento válidamente informado. Sólo como ejemplo baste decir, que España lleva una gran delantera en lo que a derecho sanitario se refiere, por ello, la Sociedad Española de Cardiología¹² ha propuesto los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren consentimiento válidamente informado por escrito y son:

- Ecocardiografía transesofágica
- Ecocardiografía con estrés farmacológico
- Prueba de esfuerzo
- Ergometría con radioisótopos
- Gammagrama con estrés farmacológico
- Prueba de inclinación
- Estudio electrofisiológico
- Ablación endocárdica con catéter
- Implantación de marcapaso transitorio y permanente
- Cardioversión eléctrica
- Implantación de desfibrilador automático
- Cateterismo cardiaco diagnóstico
- Cateterismo terapéutico coronario
- Valvuloplastia percutánea

Nosotros además proponemos que deben incluirse: los programas de rehabilitación cardiaca y cirugía de revascularización coronaria. Los españoles además brindan un modelo de texto informativo de cada uno de ellos y resulta muy interesante tenerlos en cuenta, como una guía para el desarrollo de textos propios.

No existe una regla acerca de los límites de la información y ese es un tema controvertible. ¿Debemos informar por escrito todas las posibilidades de complicación aunque sean muy raras? Nosotros creemos que no, pero debemos mencionar las más frecuentes y aclarar que puede haber otras más raras. ¿Se debe mencionar la posibilidad de muerte en algún estudio aunque sea improbable? Sostenemos que esta es parte de la información que debe poseer el paciente para decidir con libertad. ¿Debemos informar exhaustivamente el desarrollo del estudio o procedimiento? La información que debe recibir el paciente debe dejarle en claro de manera general, en que consiste el procedimiento e incluso manejar la información de manera clara y entendible de acuerdo al

nivel socio-cultural del paciente¹³. Nunca hay que perder de vista que el paciente sólo desea de ser informado¹⁴ y nosotros debemos estar ciertos de que el paciente ha comprendido la naturaleza del procedimiento o en su caso los padres o tutores.

Además como recomendaciones generales debemos dejar abierta la posibilidad a una segunda opinión, dar la posibilidad de revocar el consentimiento y sin dar mayores explicaciones por parte del paciente, además debemos señalar otras opciones terapéuticas y proporcionar información particular acerca de riesgos específicos, de acuerdo a la situación clínica del paciente. Pero además debemos mantener siempre los mejores canales de comunicación con nuestros pacientes y su familia.

Conclusiones

El acto médico, en el cual se concreta la relación médico-paciente, es una forma muy especial de relación interpersonal, en la que, por lo general, una de ellas, el enfermo, acude con la motivación de ver recuperada su salud a un médico, quien está en capacidad de orientar y sanar al paciente¹⁵. El acto médico se desenvuelve finalmente como acto moral y como acto jurídico, sin poder olvidar los fundamentos de esos pilares. Debemos considerar que la añeja relación médico-paciente tipo vertical que era caracterizada por una polarización del poder y conocimiento emanada de la autoridad "esculáptica" ha cambiado¹⁶.

La generación del consentimiento informado responde a razones bioéticas, a normas internacionales y ordenamientos jurídicos y normativos. Sabemos que existen vacíos e importantes imprecisiones legales y normativas y por eso es importante señalar, que cualquier formato de consentimiento informado sería inválido, si está dentro del contexto de un proceso de comunicación continua con el paciente.

Los cardiólogos poseemos hoy un armamentarium que hubiera sido impensable hace medio siglo y el futuro promete que la terapia génica, tendrá un impacto en la forma en que ejercemos la medicina, sin embargo el vínculo del médico es fundamental hoy como ayer, si bien las formas y la complejidad han cambiado, el fondo es el mismo. Además hay que tomar en cuenta que en la relación con el paciente, ahora ambas partes juegan un papel activo, valorando la calidad del proceso de interacción paciente-médico y considerando al acto médico intrínsecamente bueno, por encima de los resultados que se puedan obtener.

Finalmente proponemos que el consentimiento informado en cardiología, puede constituir en elemento que ayude a mejorar el vínculo paciente-médico, ya que será un medio más para confiar a nuestros pacientes, sobre los fines que tienen nuestros tratamientos. El consentimiento debe ser un complemento en nuestras conversaciones

sobre opciones terapéuticas, riesgos y beneficios, calidad de vida y desde luego de la incertidumbre médica¹⁷. El apropiado consentimiento puede ser hoy un apoyo más para cimentar y fortificar esa relación paciente-médico y sea hoy nuevamente realidad, como ayer, esa frase de Louis Portes citada frecuentemente por el maestro Ignacio Chávez y que resume admirablemente ese vínculo: la relación del enfermo con el médico es la de “una confianza frente a una conciencia”¹⁸.

El consentimiento válidamente informado es una exigencia ética, administrativa y legal¹⁹, que respalda nuestra actitud de respecto a la autonomía y autodeterminación del paciente, que es un derecho para el mismo y para nosotros los médicos un principio bioético y, como afirma Tena Tamayo, “también es un problema, si no se reflexiona sobre los aspectos cotidianos de su ejercicio”.²⁰

Referencias

- Galán Cortés JC. El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Madrid: Colex; 1997. Pp. 162.
- Vázquez Ferreira R, Tallone F. Derecho Médico y Mala Praxis. Rosario: Juris; 2000. Pp. 19.
- Fernández Varela H, Sotelo Monroy GE. El consentimiento mediante información. Rev Fac Med UNAM. 2000;43:6-11.
- Fernández Lara D, Soberanes GE, Díaz Jouanen E. El consentimiento informado en medicina. Acta Medica Grupo Ángeles. 2005;3:59-61.
- Código de Conducta para el Personal de salud 2002. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/codigo/ccps2002.html>. Acceso 31-05-2010.
- Tena Tamayo C, Manuell LG, Casa-Madrid MO. Consentimiento válidamente informado. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2004. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/&destino=consentimiento.php>. Acceso 24-01-2010.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>. Acceso 24-01-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación; 30 de septiembre de 1999. México, D.F.
- Cote EL, García Torres PA. Problemas Médico Legales. En: Asociación Mexicana de Cirugía General. Tratado de Cirugía. México: Manual Moderno; México 2002. Pp: 1533-1549.
- Lucio MR. El consentimiento informado. Bol Infor Urgenc. 2005;1:1-2.
- Barrera-Ramírez CF, Pineda Pompa LR, Guzmán CE. Cuidados del paciente cardiópata tras una intervención coronaria percutánea. Gac Med Méx. 2004;140:619-27.
- De los Reyes López M, Iñiguez Romo A, Goicolea de Oro A, Funez López B, Castro Beiras A. Informed consent in cardiology. The Committee on Informed Consent of the Commission on Professional Matters of the Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol. 1998;51:782-796.
- Curzen N, Smith S. Consent in Cardiology: There may be trouble ahead? Heart. 2005;91:977-80.
- Beresford NW. Consent issues in Cardiology. Heart. 2001;86:595-6.
- Cortés-Gallo G. El acto médico como acto humano moral. Rev. CONAMED. 2005;11:12-5.
- Santillán-Doherty P, Cabral-Castañeda A, Soto-Ramírez L. El Consentimiento Informado en la práctica clínica y en la investigación médica. Rev Invest Clin. 2003;55:322-38.
- Katz J. 1997 Ethics and philosophy lecture: Reflections on informed consent: 40 years after its birth. Regents Committee on Ethics. Am Coll Surg Chicago. USA: Elsevier Science; 1998.
- De Micheli-Serra A. Humanismo en Medicina: Homenaje a la memoria del maestro Ignacio Chávez en el vigésimo aniversario de su fallecimiento. Gac Med Mex. 1999;135:523-6.
- Tena TC. Consentimiento bajo información. Rev. CONAMED. 2005;10: 7-11.
- Tena TC. Derecho de autonomía del paciente. Rev. CONAMED. 2005;10:3-5.

Caso CONAMED

CONAMED Case

Dra. María del Carmen Dubón Peniche¹

Síntesis de la Queja.

La paciente refirió que para extraerle sangre de la vena en brazo izquierdo, la enfermera realizó punción, durante la cual sintió dolor intenso y calambres que se iniciaron en los dedos anular y medio de la mano izquierda, los cuales se irradiaron hacia el brazo y codo, ocasionándole lesión del nervio que a la fecha le ha provocado secuelas de dolor que limitan la función de la mano y brazo.

Resumen clínico.

Unidad de primer nivel.
Expediente clínico.

15 de mayo de 2006: Después de toma de muestra para estudio de laboratorio, la paciente presentó dolor en hemicuello izquierdo hasta el brazo. Exploración física: brazo izquierdo con discreto edema y dolor en articulación, parestesia. Indicaciones: aplicación de compresas y antiinflamatorio.

14 de julio de 2008, 10:30 horas: Paciente del género Femenino de 58 años de edad, con presión arterial de 110/70, frecuencia cardiaca

76 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, peso 56 Kg., estatura 1.50 metros. Se presenta para toma de muestra de laboratorio y al efectuar la punción refiere parestesias y dolor. Se revisa el área de punción, donde presenta dolor en zona inchada de la aguja. Se indica complejo "B", diclofenaco, compresas y realizar ejercicio. Impresión diagnóstica: artralgia.

20 de julio de 2008, nota de evolución, 10:40 horas: Continúa con molestia del brazo izquierdo por punción de aguja al momento de tomar una muestra de sangre, como descarga eléctrica, desde los dedos medio y anular izquierdos, siendo el dolor hasta la axila. Se refirió al servicio de Vascular Periférico para descartar bloqueo arterial. Dolor en región de arteria radial. Impresión diagnóstica: parestesia de miembro superior izquierdo, descartar bloqueo radial. Se solicitó electromiografía.

20 de julio de 2008, Solicitud de valoración en el Servicio de Vascular Periférico: Refiere que el 14 de julio de 2008, al momento de tomarle muestra de sangre, presentó dolor

en dedos medio y anular izquierdo. Se indicó medicamento, pero continúa con la sintomatología. Hay buen llenado capilar. Impresión diagnóstica: paresia en miembro superior izquierdo, a descartar bloqueo arterial. Tratamiento: complejo "B" y diclofenaco. Motivo de envío: valoración, estudio y tratamiento.

8 de agosto de 2008, Reporte de electromiografía: Latencias motoras, sensoriales y velocidad de neuroconducción de los nervios mediano y cubital izquierdos, dentro de límites normales. Impresión diagnóstica: estudio en parámetros normales, sin evidencia de neuropatía periférica de nervios mediano y cubital izquierdos.

12 de agosto de 2008, Hoja de referencia al Servicio de Neurología, Hospital de segundo nivel: Niega antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y alérgicos. Refiere cursar con hepatitis "B". Inicia padecimiento hace un mes después de toma de muestra para estudio de laboratorio, presentando dolor intenso en mano izquierda que se extendió a región palmar y codo que se exacerba con

¹ Directora Árbitro Médico de la Primera Sala en la Dirección General de Arbitraje, CONAMED.

Caso recibido: 4-Dic-09; Caso aceptado: 18-Dic-09

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. CONAMED, Dirección General de Arbitraje. 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.

el movimiento. A la exploración no se detecta cambio de temperatura ni falta de llenado capilar, la sensibilidad está conservada. La paciente limita movimiento de medial y anular para evitar dolor. Impresión diagnóstica: lesión de nervio mediano. Tratamiento inicial nimesulide, paracetamol, complejo "B" y dexametasona. Motivo de envío: estudio y valoración de especialidad.

6 de septiembre 2008, Informe médico hospitalario: Atendida en el Servicio de Consulta Externa, se envió a Medicina Física y Rehabilitación, donde se realizó valoración recomendándole hidroterapia, electroterapia, iluminoterapia y masajes en las sesiones del Servicio. Lleva seis semanas de evolución y se nota franca mejoría, tolera la movilización y tiene sensibilidad, continúa recibiendo terapia. Se efectuó análisis del caso y se llegó a la conclusión que el tratamiento es el indicado, la atención a la paciente ha sido adecuada.

10 de noviembre de 2008, Reporte de electromiografía: Estudio electromiográfico anormal, indicativo de axonotmesis del nervio mediano izquierdo a nivel de codo, con afectación del 20%, con datos francos de recuperación.

Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura especializada, la región ventral del codo también llamada antecubital, es una región triangular ubicada en la superficie del codo, delimitada por su base, representada por una línea imaginaria que une a ambos epicóndilos; el borde lateral formado por el músculo braquiorradial y el lado medial por el músculo pronator teres. La superficie (techo) de la fosa cubital, está cubierta por la fascia profunda, estrechamente adherida a la aponeurosis del bíceps braquial y el fondo (piso) de la fosa antecubital está formado por los músculos braquialis y supinador.

Estructuras anatómicas superficiales (por encima de la superficie o techo de la fosa antecubital):

a. Venas.

1. Cefálica. Transcurre por el borde lateral de la fosa a lo largo del músculo braquialis.
2. Cubital medial de la vena cefálica, se inicia en la parte inferior del codo, se dirige hacia arriba de la línea media para unirse a la vena basilica. Cruza la superficie de la aponeurosis del bíceps.
3. Basílica. Se localiza a lo largo del borde medial de la fosa, sobre la aponeurosis del bíceps y se fusiona con la fascia antebraquial.

b. Nervios.

1. Cutáneo antebraquial medial, envía ramas tanto superficiales como profundas a la vena basilica en la aponeurosis del bíceps.
2. Cutáneo antebraquial lateral, transcurre profundo a la vena cefálica y se divide en las ramas anterior y posterior.

c. Linfáticos.

1. Los numerosos linfáticos superficiales del lado medial del brazo, se continúan con los linfáticos superficiales del codo y del antebrazo.
2. Existen uno a dos ganglios linfáticos cubitales a lo largo de la vena basilica por debajo del epicóndilo medial.
3. Existen numerosas comunicaciones entre los linfáticos superficiales y profundos que acompañan a los vasos braquiales.

Estructuras anatómicas profundas:

a. Arterias.

1. Braquial. Transcurre en la línea media de la fosa, dividiéndose en sus ramas terminales radial y cubital, a nivel de la cabeza del cúbito.

2. Radial. Acompaña al tendón del bíceps, y a los músculos supinador y pronador redondo.
3. Cubital. Pasa por debajo del músculo pronador redondo y abandona la fosa.

b. Nervios.

1. Mediano. En el extremo proximal de la fosa, va por el lado medial de la arteria braquial. Distalmente, pasa entre los vientres del músculo pronador redondo y es separado de la arteria cubital por la cabeza medial del músculo. El nervio mediano inerva a los músculos flexor carpi radialis, palmaris longus y pronator teres [segmento C6-C7]; digitorum superficialis [segmento C7-C8] y flexor pollicis longus y pronator quadratus [segmento C8-T1].
2. Radial. Usualmente se encuentra debajo del músculo braquiorradial, por delante del epicóndilo lateral, originando las ramas superficial y profunda.
3. Cubital. Se encuentra detrás del septum intermuscular del brazo y pasa detrás del epicóndilo medial. No se relaciona con la fosa antecubital.

Por cuanto hace a las alteraciones de los nervios periféricos, existen clasificaciones reportadas por la literatura especializada, una de ellas es la de Seddon, que las clasifica en tres grupos:

- Neuropraxia. Contusión menor o compresión de un nervio periférico con preservación del cilindro, pero con posible edema menor o ruptura de un segmento localizado de vaina miélica. La transmisión de impulsos se interrumpe fisiológicamente por un tiempo, pero la recuperación es total en días o semanas.
- Axonotmesis. Es una alteración de mayor importancia que la anterior, con ruptura del axón y degeneración walleriana dis-

tal, pero con preservación de las células de Schwann y los tubos endoneurales. Puede esperarse regeneración espontánea con recuperación funcional.

- Neurotmesis. Es la alteración más grave, con separación anatómica total del nervio o gran avulsión o aplastamiento. El axón y la célula de Schwann, así como los tubos endoneurales, quedan completamente interrumpidos. El perineurio y epineurio también quedan interrumpidos en grado variable. Puede ocurrir que segmentos de estos últimos, cierren la brecha si no hay separación total visible. En este grupo no puede esperarse recuperación espontánea importante.

Otra clasificación es la de Sunderland, la cual establece grados en relación a las lesiones nerviosas:

- Primer grado. La conducción a lo largo del axón queda fisiológicamente interrumpida en el sitio de la alteración, pero no hay verdadera interrupción del axón. No existe degeneración walleriana y la recuperación es espontánea y generalmente completa en pocos días o semanas. Esta alteración corresponde a la neuropraxia de Seddon. No existe signo de Tinel (sensación de picadura en el extremo de un miembro cuando se percute sobre la sección de un nervio. Señala la regeneración incipiente de éste).
 - Segundo grado. La interrupción del axón es evidente, con degeneración walleriana distal al punto de alteración y degeneración proximal de uno o más segmentos nodales. Sin embargo, la integridad del tubo endoneural (lámina basal de la célula de Schwann) se mantiene, proporcionando de esta manera un trayecto anatómico para la regeneración. Clínicamente el déficit neurológico es completo, con pérdida de la función motora, sensitiva y simpática.
- La reinervación motora ocurre de manera progresiva, de proximal a distal, en el orden en que las ramas nerviosas salen del tronco principal. Comúnmente el signo de Tinel, puede seguirse a lo largo del trayecto del nervio, rastreando la progresión de la regeneración. Esta lesión corresponde a la axonotmesis de Seddon.
- Tercer grado. Existe interrupción de los axones y de los tubos endoneurales, pero el perineurio se preserva. El resultado es desorganización debida a la ruptura de los tubos endoneurales. El tejido cicatrizal dentro del endoneurio, puede obstruir ciertos tubos y orientar los brotes hacia trayectorias que no son las suyas. Clínicamente, la pérdida neurológica es casi siempre completa, y por el tiempo adicional necesario para que los extremos de los axones regenerativos penetren en la barrera fibrosa, la duración de la pérdida es más prolongada que en el segundo grado. El retorno de la función motora, es evidente de proximal a distal, pero con grados variables de déficit permanente motor o sensitivo. El signo de Tinel habitualmente está presente; sin embargo, no se produce recuperación completa.
 - Cuarto grado. Existe interrupción del axón y del endoneurio, pero parte del epineurio y posiblemente parte del perineurio se preservan, lo que evita la separación total del tronco. La degeneración retrógrada es más grave en este estado de lesión y la mortalidad del soma neuronal es mayor, lo que provoca reducción significativa del número de axones sobrevivientes. La continuidad nerviosa se mantiene fundamentalmente por tejido cicatrizal. No existe signo de Tinel. El pronóstico de recuperación de la función sin cirugía es siempre malo.
 - Quinto grado. La división o pérdida de la continuidad del tronco nervioso es total, con distan-

cia variable entre los muñones nerviosos. Este tipo de lesión, se produce sólo en heridas abiertas, habitualmente se identifica durante la exploración quirúrgica inicial. La probabilidad de que se produzcan conexiones mediante brotes axónicos es remota; la posibilidad de recuperación funcional significativa es remota. Esta alteración corresponde a la neurotmesis de Seddon.

Otras clasificaciones agregan las alteraciones de sexto grado, las cuales son mixtas, producidas cuando un tronco nervioso es parcialmente seccionado y la parte remanente de éste sufre lesión de cuarto, tercero, segundo o incluso de primer grado. Aparecerá neuroma en continuidad y el patrón de recuperación será mixto, según el grado de alteración de cada porción del nervio.

Por otra parte, es necesario mencionar, que en términos de la literatura especializada, la venopunción es un procedimiento extremadamente común para obtener muestras de sangre, aplicar transfusiones, anestesia endovenosa, entre otros. En cuanto a la técnica de venopunción, las venas son variables en su posición y son móviles, así que el brazo debe tensarse para proporcionar tensión longitudinal necesaria que sostenga la vena en su lugar. Las venas móviles pueden anclarse con el pulgar, aproximadamente una pulgada debajo del sitio de venopunción.

El torniquete, es un dispositivo empleado para restringir el flujo de sangre por arriba del sitio de punción, a través de las venas superficiales. Los torniquetes no deben colocarse cerca del sitio de venopunción, el torniquete por lo menos, debe estar dos pulgadas lejos, teniendo cuidado de no pellizcar la piel. Así mismo, el torniquete, no debe estar demasiado apretado, pues ello causará malestar al paciente, y la presión alta en la vena puede ocasionar salida de sangre alrededor de la aguja, o bien, salida a presión de la sangre.

Una vena útil, es aquella que se ingurgita cuando se aprieta el torniquete y lo contrario sucede cuando se afloja. La vena debe palparse elástica; cabe mencionar, que con frecuencia el tacto es más importante que la vista para encontrar la vena. Existen maniobras para hacer la vena más prominente, entre ellas se encuentran: golpear ligeramente sobre la vena, uso de calor, mediante agua caliente, aire, o una cubierta.

Cuando se ha localizado una vena conveniente, la aguja debe ser introducida para obtener sangre. La aguja, debe ser insertada en ángulo cercano a los 20° a 40 ° con el bisel hacia arriba. Insertar la aguja en ángulo bajo, puede causar dolor innecesario; insertar la aguja en ángulo mayor a lo referido, puede ocasionar que la vena sea atravesada. Durante la venopunción puede ocurrir punción arterial, esta situación generalmente no ocasiona daños, sin embargo, es importante realizar presión, firme sobre el sitio de punción, por lo menos durante cinco minutos.

La irritación o alteración del nervio durante la venopunción, es extremadamente rara. Al respecto la literatura especializada refiere, que puede ocurrir un caso por cada 25,000 venopunciones, pudiendo ser alterados el nervio mediano, así como los nervios cutáneos lateral y medial a nivel del antebrazo. Así mismo, la literatura reporta que los pacientes alcanzan la recuperación, cuando se brinda el tratamiento correcto.

La alteración neural, también puede originarse por neurotoxicidad originada por algún medicamento o agente inyectado. Las venas del brazo más comúnmente utilizadas son: cefálica, basilíca, cefálica mediana; en la fosa antecubital la mediana basilíca, la cefálica en la muñeca y la dorsal de la red digital de los metacarpianos de la mano, directamente cubriendo los nervios cutáneos lateral y medial antebraquial en la fosa.

En el presente caso, el 14 de julio de 2008, la paciente asistió a

Unidad Médica de primer nivel de atención, para que se le efectuaran estudios de laboratorio. En efecto, la paciente en su queja, refiere que la enfermera procedió a puncionar la vena para tomar la sangre, pero en ese momento sintió dolor intenso y calambres que iniciaron en los dedos anular y medio de la mano izquierda, los cuales se irradiaron hacia brazo y codo. Por su parte, la nota médica del 14 de julio de 2008 a las 10:30 horas, reporta que la paciente sólo presentaba dolor en la zona de punción, por ello se indicó complejo "B", antiinflamatorio, aplicación de compresas y ejercicio.

En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, atribuibles al personal médico que atendió a la paciente, pues se indicó tratamiento conforme al cuadro clínico que presentaba. Las manifestaciones referidas por la paciente al momento de tomar la muestra de sangre, son riesgo inherente al procedimiento, según lo establece la literatura médica, luego entonces, no son secundarias a mal praxis.

A mayor abundamiento, atendiendo a la región anatómica, no se tiene por probado que se hubiere generado alteración al nervio mediano durante la venopunción.

Debido a que la paciente persistía con la sintomatología, fue referida al Servicio de Vascular Periférico con impresión diagnóstica de paresia en miembro superior izquierdo, descartar bloqueo arterial; en efecto, la solicitud de valoración y tratamiento, fechada el 20 de julio de 2008, así lo demuestra. Cabe mencionar, que esta actuación se ajustó a la *lex artis* especializada, pues ante la persistencia de la sintomatología en la paciente, estaba indicada su referencia para que recibiera la atención especializada que el caso ameritaba, no observándose elementos de mal praxis, por cuanto hace a este rubro, pues el personal médico refirió a la paciente para su valoración y tratamiento.

El reporte de electromiografía fechado el 8 de agosto de 2008, se-

ñala: latencias motoras, sensoriales y velocidad de neuroconducción de mediano y cubital izquierdos, dentro de límites normales. Impresión diagnóstica: estudio en parámetros normales, sin evidencia de neuropatía periférica de mediano y cubital izquierdos.

En esos términos, no se observan elementos de mala práctica, pues el citado reporte de electromiografía, es concluyente al señalar la normalidad del estudio efectuado a la paciente. Más aún, en el expediente clínico existe nota médica fechada el 15 de mayo de 2006, la cual demuestra que dos años antes, la paciente presentó cuadro clínico similar al ahora reclamado. En efecto, dicha nota establece que después de toma de muestra de sangre, la paciente presentó dolor en hemicuello izquierdo hasta el brazo, reportándose en la exploración física: brazo izquierdo con discreto edema y dolor en articulación, motivo por el cual recibió tratamiento mediante compresas y antiinflamatorio.

Es decir, según quedó demostrado, la paciente presentó dolor, artralgia y parestesia en brazo izquierdo, de manera previa a la venopunción de julio de 2008, como lo acreditó el expediente clínico.

Lo anterior, es un elemento más, para estimar que no existió mala práctica por parte del personal de enfermería de la Unidad Médica de primer nivel de atención, pues las constancias demuestran que la paciente presentaba sintomatología en el brazo izquierdo, de manera previa a la venopunción efectuada el 14 de julio de 2008; luego entonces, no fue secundaria a la citada venopunción.

Ahora bien, la Hoja de referencia del 12 de agosto de 2008, señala que la paciente refería continuar con dolor intenso en mano izquierda, el cual se extendía a región palmar y codo, exacerbándose con el movimiento. Sin embargo, en la exploración física no había alteraciones de la sensibilidad o vasculares; la citada nota, sólo señala limitación voluntaria

de la movilidad de los dedos medial y anular de la mano izquierda para evitar dolor. Así las cosas, se indicó tratamiento mediante paracetamol, nimesulide, complejo B y dexametasona, siendo referida a Neurología para valoración especializada.

En ese sentido, fue demostrado que el personal médico atendió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, así mismo, quedó demostrado que refirió a la paciente para continuar su manejo en Unidad de mayor capacidad resolutive. De igual manera, la paciente fue enviada a rehabilitación; es decir, fue tratada mediante medicamentos y fisioterapia, ajustándose el tratamiento a lo establecido por la lex artis especializada.

Sobre el particular, el informe médico fechado el 6 de septiembre de 2008, entre otras cosas, establece que la paciente presentaba franca mejoría, tolerando la movilización y con sensibilidad conservada, así mismo, que continuaba recibiendo terapia. Esto es un elemento más, para tener por cierto, que la atención se ajustó a la lex artis especializada.

Por su parte, el reporte de electromiografía fechado el 10 de noviembre de 2008, es concluyente al establecer que la paciente presentaba datos francos de recuperación. Lo anterior, aunado al informe médico referido en el párrafo que antecede, demuestra que la evolución fue satisfactoria.

Sobre este rubro, debemos mencionar, que si bien es cierto, que el reporte de electromiografía del 10 de noviembre de 2008, refiere axonotmesis del nervio mediano a nivel de codo con afección del 20%, también es cierto, que dicho estudio demuestra que no existe alteración de la velocidad de conducción nerviosa, ni de las latencias sensitivas del nervio mediano, pues se reportan en parámetros normales. De igual forma, se señala existencia de ondas polifásicas, lo cual indica recuperación, como el propio reporte categóricamente lo establece, al concluir que la paciente presenta datos francos de recuperación.

Así las cosas, la afectación en el nervio mediano, aducida por la paciente, no puede ser atribuible a mala práctica del personal de enfermería la Unidad Médica de primer nivel.

Apreciaciones Finales.

- Quedó demostrado en el presente asunto que la atención brindada se ajustó a lo establecido por la lex artis médica.
- La paciente no demostró la mala práctica aducida, tampoco demostró que por la actuación de Enfermería se hubiere producido daño alguno.
- El expediente clínico acreditó que de manera previa, la paciente presentó cuadro similar al reclamado en la presente controversia.

Referencias

1. Lee SK, Wolfe SW. Peripheral Nerve Injury and Repair. *J Am Acad Orthop Surg.* 2000; 8 (4):243-252.
2. Sunderland S. *Nerves and Nerve Injuries.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill-Livingston; 1978. Pp: 603-36.
3. Sunderland S. A Classification of Peripheral Nerves Injuries Producing Loss of Function. *Brain.* 1991; 74:491-516.
4. Pansky B. Antecubital Region. En: *Review of Gross Anatomy.* 6th edition. Ohio: McGraw-Hill; 1995. Pp:266-267.
5. Horowitz SH. Therapeutic strategies in promoting peripheral nerve regeneration. *Muscle Nerve.* 189; 12:314-322.
6. Lundborg G, Dahlin LB, Danielson N, Nachemson AK. Tissue specificity in nerve regeneration. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1986; 20:279-283.
7. Berry PR. Venopuncture nerve injuries. *Lancet.* 1977; 1:1236-1237.
8. Mahedran AO. A theoretical framework for the safe of practice venopuncture. *Student BMJ: Education.* 1999, july. (Acceso 3-06-2010). Disponible en: http://archive.student.bmj.com/back_issues/0799/data/0799ed2.htm.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE LA REVISTA CONAMED

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Se publica con una periodicidad trimestral. Publica artículos que permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con el acto médico y de enfermería en sus dimensiones ético deontológicas, técnico-científicas, jurídico-legales, calidad de atención y sociales. Por lo anterior, toma en cuenta aquellos temas que favorezcan un mejor entendimiento de la medicina y enfermería para la prevención y atención del conflicto derivado del acto médico.

La Revista recibe artículos que versen sobre seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, 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 serán sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del Comité Editorial, que evaluará el contenido de cada material. El Comité dictaminará en un período no mayor a 45 días y 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.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales. Especificar nombre y datos del autor de contacto (nombre, adscripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico).
- Cuando aplique, las fuentes de financiamiento de la investigación.
- Cuando aplique, los posibles conflictos de interés de los autores.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de Medical Subject Headings del Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>).

El autor podrá sugerir la sección de la Revista en la que considere puede ser incluido su original, pero será facultad del Editor decidir la sección definitiva para publicación.

Secciones de la Revista CONAMED

1. Editorial.

Será escrito por el Editor o por el Editor Invitado, aunque ocasionalmente podrá ser escrito por un autor invitado. Tendrá una extensión máxima de 3 cuartillas. Incluirá un título en español e inglés, así como los datos de contacto del autor.

2. Artículos Originales.

Los artículos de investigación original reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la medicina, relacionados con el acto médico y que contribuyan al aumento y refinamiento del conocimiento sobre el tema.

En los artículos de investigación original se tiene como norma internacional que la contribución no sea mayor de 2,500 palabras, porque una extensión mayor dificulta la revisión y lectura de los documentos por los revisores, editores y lectores. Sin embargo, se tendrá flexibilidad con los autores y se discutirá con ellos la presentación de su documento. El resumen, los cuadros, las figuras y las referencias bibliográficas no se incluyen en el conteo de palabras.

El contenido de un artículo original debe incluir:

- a) Título en español e inglés. No mayor de 15 palabras.
- b) Resumen estructurado en español e inglés.
Los resúmenes deben construirse con los siguientes contenidos, en un máximo de 250 palabras: Introducción (la razón del estudio), Material y métodos (que reflejen cómo se efectuó el estudio), Resultados (los hallazgos principales) y Conclusiones (la interpretación contrastada de los resultados).
- c) Palabras clave en español y en inglés. Al final de los resúmenes se anotarán 3 a 10 palabras o frases clave (Key words en el resumen en inglés) para facilitar su inclusión en los índices; se recomienda emplear los términos de Medical Subject Headings del Index Medicus más reciente (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>).
- d) Introducción. Incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio.
- e) Material y métodos. Señalar el enfoque epistemológico de la investigación, el tipo de estudio, la población en estudio, las características de la muestra (en su caso, los métodos y las pruebas estadísticas utilizadas).
- f) Resultados. Incluir los hallazgos del estudio, señalando los cuadros y figuras necesarios para ampliar la información contenida en el texto. No repetir en el texto los datos contenidos en los cuadros o figuras.
- g) Discusión. Contrastar los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos del estudio.
- h) Referencias. Los números de las referencias bibliográficas se indicarán con números arábigos dentro del texto en superíndice; deberán numerarse progresivamente según aparezcan en el texto. La bibliografía pertinente a cada artículo deberá ser referenciada de acuerdo a los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas), que se encuentra disponible en línea (<http://www.icmje.org>), requisitos conocidos como estilo Vancouver 2008.

- Revistas
Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda P. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev. CONAMED. 2007 Abr-Jun;12(2):8-12.
- Revistas, más de 6 autores
Rivera-Hernández ME, Rosales-Delgado F, Aguirre-Gas HG, Campos-Castolo EM, Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM, et al. Recomendaciones específicas para el manejo del síndrome doloroso abdominal en urgencias. Rev. CONAMED. 2007 Jul-Sept;12(3):4-23.
- Revistas, volumen con suplemento
Rivas-Espinosa JG, Álvarez-Sanvicente ME, Cruz-Santiago C, Martínez-Salamanca FJ, Aguilera-Rivera M, Ibáñez-Chávez DR. Etiquetas diagnósticas en pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino. Rev. CONAMED. 2008; 13 Supl 2: 23-29.
- Libros
Luna-Ballina M, Rodríguez-Suárez J. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la Atención Médica. México: CONAMED; 2008. p. 187.
- Capítulos de libros
García-Torices LM, Martínez-López S. Comunicación educativa: enfoques. En: El Consentimiento Bajo Información. 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 CONAMED. Consentimiento Válidamente Informado. Conclusiones. [Acceso 11-12-2009]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip.
- Revisiones Sistemáticas
Brown J, Farquhar C, Beck J, Boothroyd C, Hughes E. Clomiphene and anti-oestrogens for ovulation induction in PCOS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7; (4). CD002249.
- Normas y leyes (Se presentan dos ejemplos):
 - Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM 168 SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998. (Acceso 11-12-2009). Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf.
 - Secretaría del Medio Ambiente. Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. México.

i) Anexos, cuadros y figuras.

Cuadros. Los cuadros se adjuntarán en páginas por separado, indicando claramente el número del cuadro y el título. Se identificarán con números arábigos y un título o enunciado explicativo. En el cuerpo del artículo, se indicará la ubicación del cuadro dentro de un párrafo. No deben remitirse cuadros fotografiados. Preferentemente, serán elaborados en word o excel y se enviará el archivo original donde fueron elaborados.

Figuras. Este apartado incluye gráficas, esquemas, fluxogramas, dibujos, fotografías y demás apoyos visuales. Se entregarán por separado, en versión digitalizada e impresa, una figura por página, indicando claramente su número y con flecha superior la orientación de cada una, así como la fuente, en su caso. Las figuras se identificarán con números arábigos y un título o enunciado que los explique. En el texto solamente se indicará la ubicación de cada figura dentro del mismo texto. Deberán ser enviados los archivos electrónicos originales en los que se elaboró la figura o imagen, en formato JPG o TIFF, de alta resolución, a 300 dpi o mayor.

Leyendas o pies de figuras. Deberán anotarse en una página por separado, en forma secuencial, indicando, con números arábigos, el número de la figura correspondiente.

3. Artículos de Revisión.

Esta sección comprende artículos de revisión de temas relacionados con los contenidos de la Revista. Los documentos sometidos a publicación, contendrán resúmenes de formato libre, en español e inglés, de extensión no mayor de 250 palabras. Se anotarán al final de los resúmenes, 3 a 10 palabras clave en español e inglés. Se deberán incluir al menos 10 referencias, en formato Vancouver 2008, el cual se describe en el apartado 2h.

4. Artículos de Opinión.

Los artículos de opinión presentan posturas representativas con respecto a temas de relevancia para la calidad de la atención a la salud, la seguridad del paciente y temas afines, pero no reflejan necesariamente, la postura institucional de CONAMED. El texto no deberá exceder de 2500 palabras y podrá incluir hasta 10 referencias en formato Vancouver 2008 (apartado 2h).

5. Noticias CONAMED.

Esta sección se escribirá preferentemente por el personal de la CONAMED y versará sobre acontecimientos relevantes en la función de la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.

6. Cartas al Editor.

Los Cartas al Editor abordan comentarios sobre los artículos publi-

cados y será posible la publicación de comentarios por invitación. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de ocho semanas posteriores a la publicación de un artículo. Otras cartas al editor con contenidos de interés general también serán bienvenidas. Las cartas no se revisan normalmente bajo un procedimiento de revisión por pares, pero si se toma en cuenta la trascendencia de su contenido, su longitud y estilo. Su extensión no debe ser superior a 250 palabras y requerirá ser apropiadamente referenciada cuando sea necesario. Se dará oportunidad a los autores para responder.

7. El caso CONAMED.

a) Casos Institucionales. Esta sección considera la presentación, de quejas médicas, analizando paso a paso, el proceso de decisión clínica y, si se identificó o no un error o mala práctica, así como las consideraciones éticas y legales que ayudan a su comprensión, resolución y prevención futura. La presentación de los casos deberá ser realizada por especialistas de la CONAMED.

b) Casos Externos. Se aceptarán aquellos casos que en forma voluntaria, un profesional de la salud o una organización pública o privada de salud, desee presentar con el objeto de estimular la cultura de la prevención del conflicto y mejorar la calidad en la práctica de la medicina. En todos los casos se garantizará la absoluta confidencialidad de parte de los editores.

El texto no excederá las 2500 palabras y se acompañará hasta por 20 referencias. La estructura de la presentación seguirá el siguiente orden: 1) Resumen del caso; 2) Análisis Médico; 3) Análisis Jurídico; 4) Conclusión. Se recomienda incluir todo material clínico (v.gr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso.

8. 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 documento impreso y 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™, Power-point™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones que se anotaron en el apartado 2i.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista CONAMED
Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia) Piso 8,
Col. Vértiz Navarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020, México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106, (55)5420-7030 ó
(55)5420-7103.
Fax: (55)5420-7109.
revista@conamed.gob.mx

Renovamos para ti
La Revista del Consumidor



Búscala a partir del 29 de mayo y entérate sobre: cuáles son los productos comunes que más sodio tienen → Los beneficios que trae a tu vida bajarle a la sal → Cómo educar tu paladar para que consumas menos sal → La forma en que el Mundial afecta la productividad nacional → Cómo hacer gel repelente de insectos con la Tecnología Doméstica Profeco → Qué hacer si quieres cancelar un tiempo compartido → Ahorro, salud, nutrición, tendencias, ecología, tecnología y mucho más

Tu guía mensual para ahorrar y vivir mejor



**COMISION NACIONAL
DE ARBITRAJE MEDICO**

Agradecemos la distribución de este ejemplar a:



**Salud con Innovación
y Transparencia**