

■ Editorial

15° Aniversario y renovado compromiso con la calidad y seguridad del paciente
15th Anniversary and renewed compliment to quality and patient safety
 Germán Fajardo Dolci

■ Artículos Originales • *Original Articles*

Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico

Infirmery clinical records compliance with the Mexican Official Norm, NOM-168-SSA1-1998, of the Clinical File

Adriana Nayeli Mejía Delgado, María del Carmen Dubón Peniche, Beatriz Carmona Mejía, Gandhi Ponce Gómez

Factores de riesgo asociados a infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales: Perspectiva de Seguridad del Paciente

Risk factors associated with nosocomial infections in neonatal intensive care units: Patient Safety Perspective

Vanessa L. Vizcarra Munguia, Lorena Anaya González, Pedro Villarreal Treviño, Carlos Cuello García

Análisis de la relación entre la calidad de vida profesional del personal de salud hospitalario y su compromiso con la calidad de la atención clínica

Analysis of the relationship between hospital staff quality of professional life and commitment to quality of clinical care

Ana Laura Cajigas Magaña, Eduardo Leal Beltrán, Jesús Santos Guzmán, Guadalupe Reyna Rodríguez, Marisela González Guzmán

Conocimiento y acciones de los adolescentes sobre el autocuidado de su salud

Teens' knowledge and actions on health self-care

Verónica Maricruz De la Fuente Maldonado, Vanesa Omaña Martínez, Rosita Soo Ran Lee Chun, Brenda Carolina Alavéz Orato, Herbert Iván Peña Carrillo, Estefany Sierra Castañeda

■ Artículos de Revisión • *Review Articles*

Análisis de eventos centinela: una propuesta metodológica

Sentinel event analysis: a methodological proposal

Armando Martínez Ramírez

Consideraciones teóricas en torno de la psicología de la queja en el contexto médico

Theoretical considerations on the psychology of complaints in a medical context

Enrique Camarena Robles, Francisco Hernández Torres, Germán Fajardo Dolci

■ Caso CONAMED • *CONAMED Case*

Apendicitis modificada por medicamentos. Caso pediátrico

Appendicitis modified by drugs. Pediatric case

María del Carmen Dubón Peniche



Comisión Nacional de Arbitraje Médico

15 años, 15 temas

Una reflexión para el futuro

15 años de solucionar controversias en salud

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para conmemorar 15 años de su creación unió esfuerzos con instituciones de gran solidez y prestigio, en la que ofrecen a la población el siguiente Programa:

Enero:

Congreso "Calidad y seguridad del paciente"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Febrero:

Seminario "La cultura de la seguridad del paciente"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Hospital General de México Coordinador: Doctor Francisco Navarro Reynoso México, D. F.

Marzo:

Seminario "Implicaciones del derecho en la medicina. Análisis a través de casos prácticos" Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Suprema Corte de Justicia de la Nación y Academia Nacional de Medicina

Abril:

Seminario "La Protección de datos personales en el sector salud"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos.

Mayo:

Mesa redonda "La protección de la salud como obligación del Estado"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico e Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM

Simposio "Orígenes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico"

Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Academia Mexicana de Cirugía

Junio:

Simposio "Arbitraje médico como componente de las políticas públicas en salud. Retos y perspectivas"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Academia Nacional de Medicina

Simposio Internacional Conamed "Rectoría, financiamiento y provisión de servicios Universales de Salud hacia un sistema de Salud con Calidad" Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Seminario sobre Medicina y Salud, UNAM

Seminario "Sobre el derecho a la protección de la salud"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Julio:

Mesa redonda "Políticas públicas en salud"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico e Instituto Nacional de Administración Pública

Agosto:

Mesa redonda "El ejercicio de la profesión médica y su regulación" Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Fundación Mexicana para la Salud

Septiembre:

Mesa redonda "El papel de la salud en la seguridad nacional"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico e Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

Octubre:

Mesa redonda "Aspectos jurídicos del arbitraje médico en México" Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Comisión de Arbitraje Médico de Yucatán y Universidad Autónoma de Yucatán

Noviembre:

Mesa redonda "El paciente como consumidor"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco y Universidad de Guadalajara

Diciembre:

Mesa Redonda "El arbitraje médico en el entorno nacional"
Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Comisión de Conciliación y Arbitraje del Estado de Colima

Entrada libre
Mayores informes en
www.conamed.gob.mx

CONTENIDO*Editorial*

- 15° Aniversario y renovado compromiso con la calidad y seguridad del paciente3**
 Germán Fajardo Dolci

Artículos Originales

- Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico4**
 Adriana Nayeli Mejía Delgado, María del Carmen Dubón Peniche, Beatriz Carmona Mejía, Gandhi Ponce Gómez

- Factores de riesgo asociados a infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales: Perspectiva de Seguridad del Paciente..... 11**
 Vanessa L. Vizcarra Munguía, Lorena Anaya González, Pedro Villarreal Treviño, Carlos Cuello García

- Análisis de la relación entre la calidad de vida profesional del personal de salud hospitalario y su compromiso con la calidad de la atención clínica22**
 Ana Laura Cajigas Magaña, Eduardo Leal Beltrán, Jesús Santos Guzmán, Guadalupe Reyna Rodríguez, Marisela González Guzmán

- Conocimiento y acciones de los adolescente sobre el autocuidado de su salud29**
 Verónica Maricruz de la Fuente Maldonado, Vanesa Omaña Martínez, Rosita Soo Ran Lee Chun, Brenda Carolina Alavéz Orato, Hebert Iván Peña Carrillo, Estefany Sierra Castañeda

Artículos de Revisión

- Análisis de eventos centinela: una propuesta metodológica34**
 Armando Martínez Ramírez

- Consideraciones teóricas en torno de la psicología de la queja en el contexto médico.....39**
 Enrique Camarena Robles, Francisco Hernández Torres, Germán Fajardo Dolci

Caso CONAMED

- Apendicitis modificada por medicamentos. Caso pediátrico46**
 María del Carmen Dubón Peniche

CONTENTS*Editorial*

- 15th Anniversary and renewed compliment to quality and patient safety3**
 Germán Fajardo Dolci

Original Articles

- Infirmery clinical records compliance with the Mexican Official Norm, NOM-168-SSA1-1998, of the Clinical File4**
 Adriana Nayeli Mejía Delgado, María del Carmen Dubón Peniche, Beatriz Carmona Mejía, Gandhi Ponce Gómez

- Risk factors associated with nosocomial infections in neonatal intensive care units: Patient Safety Perspective 11**
 Vanessa L. Vizcarra Munguía, Lorena Anaya González, Pedro Villarreal Treviño, Carlos Cuello García

- Analysis of the relationship between hospital staff quality of professional life and commitment to quality of clinical care22**
 Ana Laura Cajigas Magaña, Eduardo Leal Beltrán, Jesús Santos Guzmán, Guadalupe Reyna Rodríguez, Marisela González Guzmán

- Teens' knowledge and actions on health self-care.....29**
 Verónica Maricruz de la Fuente Maldonado, Vanesa Omaña Martínez, Rosita Soo Ran Lee Chun, Brenda Carolina Alavéz Orato, Hebert Iván Peña Carrillo, Estefany Sierra Castañeda

Review Articles

- Sentinel event analysis: a methodological proposal34**
 Armando Martínez Ramírez

- Theoretical considerations the psychology of complaints in a medical context39**
 Enrique Camarena Robles, Francisco Hernández Torres, Germán Fajardo Dolci

CONAMED Case

- Appendicitis modified by drugs. Pediatric case46**
 María del Carmen Dubón Peniche



Editor

Dr. Germán Fajardo Dolci

Editor Adjunto

Dr. Javier Rodríguez Suárez

Consejo Editorial

- Dr. Javier Santacruz Varela
- Dra. Mahuina Campos Castolo
- Lic. Joseba Andoni Gutiérrez Zurita
- Dr. Francisco Hernández Torres
- Dr. Rafael Gutiérrez Vega
- Dr. José Meljem Moctezuma
- Lic. Juan Antonio García Villa
- Lic. Bertha Hernández Valdés

Comité Editorial

- Dr. J. Francisco González Martínez
Hospital General de México
- Dr. David Kershenobich Stalnikowitz
Academia Nacional de Medicina, México
- Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
Academia Mexicana de Cirugía
- Dr. Jesús Tristán López
Dr. Miguel A. Rodríguez Weber
Academia Nacional de Pediatría, México
- Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Facultad de Medicina, UNAM, México
- Dr. Carlos A. Viesca Treviño
Facultad de Medicina, UNAM, México
- Mtra. Dolores Zarza Arizmendi
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM
- Dr. Romeo Rodríguez Suárez
Secretaría de Salud, México
- Mtro. Severino Rubio Domínguez
Universidad Nacional Autónoma de México
- Dr. Rafael M. Navarro Meneses
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", México
- Dr. J. Alberto García Aranda
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)

Registrada en los siguientes índices:



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



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



www.imbiomed.com.mx



www.artemisaenlinea.org.mx



www.index-f.com/busquedas.php



<http://bvs.nsp.mx>



www.latindex.org



www.ebsco.com

**Certificado
ISO 9001-2008**

**Miembro de la Asociación
Mexicana de Editores de
Revistas Biomédicas**



15° Aniversario y renovado compromiso con la calidad y seguridad del paciente

15th Anniversary and renewed commpliment to quality and patient safety

Este año cumple la CONAMED 15 años de proporcionar servicios de forma ininterrumpida, para contribuir a resolver las controversias que surgen en la relación médico-paciente. Con motivo de dicho acontecimiento, se ha preparado un vasto programa de actividades que compartimos con usted en este primer número del 2011, y al cual le invitamos cordialmente a participar.

Una de las actividades relevantes de la CONAMED es la publicación trimestral de su Revista, la cual gradualmente va ganando espacios en la preferencia de los profesionales de salud, debido a la diversidad de artículos que ofrece en relación a los temas de su especialidad, a saber: atención y prevención del conflicto derivado del acto médico; errores y mala práctica médica; consecuencias físicas, económicas y emocionales de las quejas médicas; ética y comunicación en la relación médico-paciente; calidad de la atención y seguridad del paciente; por citar sólo los más frecuentes.

Otro de los rasgos distintivos de nuestra Revista, es la apertura que tiene para recibir y dar cabida a las publicaciones primarias que realizan los investigadores noveles, toda vez que es parte de nuestra Misión como Institución de Salud, no sólo desarrollar sino también contribuir, a la difusión del conocimiento generado mediante el estudio riguroso y la investigación perspicaz, de quienes se incorporan a los sistemas de atención o desarrollan su trabajo en el mundo académico.

En este primer número se presenta a los lectores un conjunto de artículos originales, cuyo hilo conductor es la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Uno de esos artículos muestra que, en poco más de la cuarta parte de expedientes de pacientes cuyas quejas fueron atendidas mediante arbitraje, los registros de enfermería no cumplieron con lo establecido en la normativa; dado que estos datos son comparables a los efectuados por otros estudios, se puede aseverar que dicha falencia constituye un factor de riesgo para la seguridad del paciente.

Otro de los artículos muestra, a través de un análisis multivariado, que la infección hospitalaria de los neonatos atendidos en cuidados intensivos, tiene entre sus condicionantes la presencia de factores intrínsecos como las semanas de gestación y el peso al nacer, así como factores extrínsecos tales como las intervenciones clínicas realizadas al paciente y fac-

tores organizacionales como la experiencia del personal de enfermería, el trabajo en equipo, el liderazgo, el sistema de vigilancia epidemiológica y la capacitación del personal en el lavado de manos.

Si bien en la literatura científica existe un amplio número de trabajos, que analizan la importancia del desempeño profesional y la calidad de atención, son menos abundantes los trabajos que involucran la calidad de vida y la satisfacción de los profesionales con el compromiso por la calidad de atención clínica. En este número se presentan los resultados de un estudio en el que se investigó esa asociación, encontrando que existe una correlación positiva entre calidad de vida y compromiso con la calidad, lo que motiva la reflexión acerca de la importancia de que los gerentes de servicios de salud, estimulen en su personal hábitos y conductas saludables que impactan en su calidad de vida, como premisa indispensable para elevar la calidad de atención.

El grupo de artículos originales se complementa con un estudio sobre el conocimiento y prácticas de autocuidado que tiene la población joven y los resultados muestran que, aún existen oportunidades para mejorar tanto el conocimiento como las conductas que ayuden a los jóvenes a reafirmar sus valores con respecto a la salud.

Finalmente, se publican dos artículos de revisión que relatan la experiencia en dos ámbitos específicos; uno de ellos es una disertación teórica sobre la psicología de la queja, que compila el conocimiento que ayuda a comprender mejor las implicaciones emocionales que tienen los pacientes disconformes con la atención médica recibida. El otro es sobre una propuesta metodológica para el análisis de los eventos centinela, cuya importancia estriba en que estos son los eventos adversos de gravedad mayúscula, que ocasionan inclusive la muerte y que obligan a cualquier sistema de atención a tomar medidas inmediatas, para evitar su repetición.

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
revista@conamed.gob.mx

Nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico

Infirmary clinical records compliance with the Mexican Official Norm, NOM-168-SSA1-1998, of the Clinical File

Adriana Nayeli Mejía-Delgado¹, María del Carmen Dubón-Peniche², Beatriz Carmona-Mejía³, Gandhy Ponce-Gómez⁴

RESUMEN

Introducción. Los registros de enfermería son el soporte documental de la atención médica, en los que se plasma la información acerca de las diversas actividades que se realizan en el paciente y hacen posible el intercambio de información sobre los cuidados, promueven la comunicación entre enfermería con otros miembros del equipo de salud y aportan elementos para evaluar el proceso de atención. Esta investigación se orientó a identificar el nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico (NOM 168).

Material y Métodos. Se efectuó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, evaluándose 257 registros de enfermería de expedientes clínicos utilizados en el procedimiento arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), durante el año 2009. Se diseñó y aplicó un instrumento dicotómico basado en la NOM 168. Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS V.15.0 y se realizó análisis estadístico e inferencial.

Resultados. El índice general del nivel de apego correspondió al 73.93% de los casos. Se identificaron deficiencias en los registros y el mayor porcentaje de incumplimiento consistió en la omisión de nombre completo y firma del personal de enfermería, así como de los datos relacionados con la descripción del habitus exterior. Los datos que con mayor frecuencia se registraron como indica la norma, fueron: signos vitales, nombre completo del paciente y anotaciones correspondientes a la administración de medicamentos.

Conclusiones: Se establece que el personal de enferme-

ría está obligado a conocer y atender las reglas generales de su profesión, tomando en cuenta que la NOM 168 determina los lineamientos específicos que deben cumplirse debido a su carácter técnico y obligatorio.

Palabras clave: Apego a la norma, registros clínicos de enfermería, Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico, Proceso de Atención de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Infirmary registries are of great importance in the medical attention, as they constitute the documentary support in which the information about the diverse activities that are carried out in relation to the patient is recorded. These facilitate the exchange of information among carers, promoting the communication between infirmary personnel and other members of the healthcare team, at the same time, they provide elements to facilitate the evaluation of the healthcare process. This research was oriented to identify the level of compliance of infirmary clinical registries with the Mexican Clinical File (NOM 168) Official Norm, NOM-168-SSA1-1998.

Material and Methods. Descriptive, cross-sectional and retrospective study, where infirmary registries from clinical files used in arbitration procedures at the National Commission for Medical Arbitration (CONAMED) during 2009 were evaluated. A dichotomic instrument, based on the NOM-168-SSA1-1998, was designed and applied to the clinical records.

¹ Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

² Dirección de Sala Arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

³ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

⁴ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

Artículo Recibido: 30 de agosto de 2010; Artículo aceptado: 4 de octubre de 2010

Correspondencia: P.S.S.E. Adriana Nayeli Mejía Delgado, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Plazuela 2 de Av. San Marcos No. 7, Col. Plazas de Aragón, C.P. 57139, México D.F. Correo electrónico: sundory_898@hotmail.com.

Data was processed using the statistical package SPSS V.15.0, performing statistic and inferential analysis.

Results. The compliance general index was significantly acceptable in 73.93% of the cases. Several deficiencies were identified; the most persistent lack of compliance related to the omission of complete name and signature of infirmiry personnel, as well as the lack of data related to the description of the patients' observed external appearance. Data that most frequently was registered according to the NOM included: vital signs, patients' complete name and annota-

INTRODUCCIÓN

Para brindar cuidados enfermeros con calidad, se debe atender a la metodología científica y a los procesos establecidos por esta disciplina; es decir, valorar continuamente el estado de salud del paciente, analizar la información obtenida, integrar los diagnósticos de enfermería, planear y ejecutar las acciones pertinentes, así como evaluar el impacto de su intervención sobre el paciente. Uno de los elementos más importantes para valorar la calidad de estos cuidados, es la documentación de enfermería.¹

Los registros de enfermería son el soporte documental de la atención de enfermería, en el cual queda plasmada la información, acerca de las diversas actividades realizadas en relación al paciente, facilitan el intercambio de información sobre los cuidados, promueven la comunicación entre enfermería y otros miembros del equipo de salud, al mismo tiempo que aportan elementos para evaluar el proceso de atención.

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad del ejercicio profesional, por tanto, los registros de enfermería deben ser integrados conforme a los estándares establecidos en las disposiciones legales y normativas en la materia; ello indudablemente favorece la eficacia de la actuación del personal y por otra parte, permite diferenciar la actuación de cada integrante del equipo de salud, quedando de manifiesto el rol propio de enfermería.² Estos registros, también son fuente para la enseñanza, la investigación y la evaluación; son de uso administrativo y permiten el análisis estadístico de la información, con lo cual se contribuye al desarrollo de la profesión. Desde el punto de vista legal, los registros realizados constituyen prueba objetiva de los actos del personal de salud y como lo señala la NOM 168, el personal de salud, deberá realizar los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias,³ por ello en el caso de enfermería, se debe reconocer su importancia, así como las repercusiones en el ejercicio profesional, identificando el marco jurídico en el cual se desenvuelven, teniendo en cuenta que el desconocimiento de la ley no exime su cumplimiento. Sin embargo, aún no se ha dado la suficiente importancia al cumplimiento de los lineamientos establecidos, para la integración del expediente clínico, pues gran número de profesionales en enfermería, catalogan a la integración de los registros como una obligación administrativa, que les aparta de su labor asistencial. Aunado a esto, se refiere la existencia de otros factores que influyen en la elaboración de evidencia escrita de las intervenciones efectuadas: falta de tiempo, falta de interés, elevada carga de trabajo asistencial y desconocimiento del lenguaje adecua-

tions regarding the administration of drugs.

Conclusions. Infirmiry personnel is bound to know and attend the general rules of their profession, taking into account that the NOM-168-SSA1-1998, of the Clinical File, establishes the specific lineaments that must be fulfilled due to their technical and obligatory character.

Key words: Compliance with the official norm, infirmiry clinical registries, Mexican Official Norm 168 of the Clinical File, Infirmiry care process.

do, refiriéndose éstos como limitantes para realizar registros de calidad.⁴ La ausencia del registro de la atención al paciente, puede entenderse como un incumplimiento legal, ético y profesional, que pone en duda, si el personal de enfermería está asumiendo o no la responsabilidad de sus intervenciones, como también de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.⁵ En este sentido, la presente investigación se orientó a identificar el nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la NOM 168, a fin de determinar áreas de oportunidad y establecer propuestas, para que el personal de enfermería esté en posibilidad de integrar un registro clínico efectivo y así evitar errores y omisiones, tomando en cuenta que dentro del marco legal, lo que no se registra, no existe o no sucedió.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se evaluaron registros de enfermería en expedientes clínicos, tramitados mediante el procedimiento arbitral en la CONAMED, durante el año 2009. Se obtuvo una muestra significativa empleando la fórmula de poblaciones finitas, correspondiendo a 257 registros clínicos; el universo de estudio comprendió un total de 2,057 registros. Se diseñó y aplicó un instrumento dicotómico basado en la NOM 168, conformado por 30 ítems, del cual derivaron dos dimensiones: generalidades y hoja de enfermería, integradas cada una de ellas por 15 ítems. En dicho instrumento, las respuestas correspondieron a datos registrados u omitidos, en las notas de enfermería y se obtuvo una confiabilidad de 0.99 mediante la fórmula Kuder Richardson para instrumentos dicotómicos, resultando ser un instrumento confiable en cuanto a la consistencia interna de los ítems. Se establecieron rangos para el análisis de los resultados en el índice general, conformados de la siguiente manera: 25 a 30 datos debidamente registrados indicaron apego altamente significativo; 19 a 24 apego aceptablemente significativo; 13 a 18 apego regularmente significativo; 12 a 17 apego deficiente y de 0 a 6 desapego. De igual forma, se establecieron rangos por dimensión, en donde 13 a 15 datos debidamente registrados correspondió a apego altamente significativo; 10 a 12 aceptablemente significativo; 7 a 9 regularmente significativo; 4 a 6 deficiente y de 0 a 3 se consideró desapego. Los datos fueron procesados empleando el paquete estadístico SPSS V.15.0 realizándose el análisis estadístico e inferencial correspondiente.

RESULTADOS

De los 257 registros de enfermería analizados 152, (59.15%) correspondieron a instituciones privadas y 105 (40.85%) a instituciones públicas. La atención fue proporcionada en el segundo nivel de atención en 227 casos, representando 88.3% de la muestra y 30 (11.67) al tercero. (Cuadro 1)

La entidad federativa a la que mayormente pertenecieron los expedientes fue el Distrito Federal con una frecuencia de

175 casos, representando el 68.09%, seguido por Guanajuato con 45 casos (17.51%), Sonora 6.23%, Estado de México 4.28%, San Luis Potosí 2.33%, Yucatán 1.17% y Coahuila con 0.39%.

Los Servicios que aparecieron con mayor frecuencia, fueron Ortopedia y Traumatología con 46 casos (17.90%), Cirugía General con 38 (14.79%) y Hematología con 37 (14.40%). (Cuadro 2)

Cuadro 1. Distribución por nivel de atención.

NIVEL DE ATENCIÓN						
INSTITUCIÓN	SEGUNDO	%	TERCERO	%	TOTAL	%
PÚBLICA	75	29.18	30	11.67	105	40.85
PRIVADA	152	59.15	0	0	152	59.15
TOTAL	227	88.33	30	11.67	257	100

Cuadro 2. Distribución por servicios de hospitalización.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ortopedia y Traumatología	46	17.90 %
Cirugía General	38	14.79 %
Hematología	37	14.40 %
Nefrología	32	12.45 %
Terapia Intensiva	29	11.28 %
Medicina Interna	27	10.51 %

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cardiología	19	7.39 %
Ginecología y Obstetricia	19	7.39 %
Urgencias	7	2.72 %
Pediatría	2	0.78 %
Oftalmología	1	0.39 %
TOTAL	257	100 %

En relación al apego que mostraron los registros de enfermería respecto a la NOM 168, los resultados arrojaron que en la dimensión generalidades, los datos que con más frecuencia se registraron debidamente fueron: nombre completo del paciente (98.8%), registros conservados en buen estado (95.7%), sin enmendaduras (95.3%), se emplea lenguaje técnico médico (93.8%) y el registro de la fecha (92.2%). Los registros que menos se cumplieron en la citada dimensión, fueron: firma del personal que elaboró el registro, pues su cumplimiento sólo fue en 21.4%, la ausencia de abreviaturas el 22.2% de los documentos analizados cumplió este rubro; el nombre completo de quien integró el registro, se encontró únicamente en 28.4%; la hora en que fueron realizadas las

intervenciones por parte del personal de enfermería se registró en el 33.1% y se identificaron tachaduras en 40.9% de los casos. En la Dimensión Hoja de Enfermería, los principales datos que se registraron debidamente fueron: temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria con porcentaje de 99.6%, seguidos por el registro de tensión arterial en 99.2%, nombre del medicamento y la dosis ministrada con 98.4% cada uno. Por cuanto hace a los datos cuyo cumplimiento fue menor en esta dimensión, los resultados mostraron en relación a la descripción del habitus exterior: constitución sólo 8.9% de apego, conformación 20.2%, facies 28.4% y actitud 51%. El registro de la evolución del paciente sólo se cumplió en el 30.7% de las notas de enfermería. (Cuadros 3 y 4)

Cuadro 3. Dimensión: Generalidades.

DATOS	SE APEGA A LA NOM 168-SSA-1998	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nombre completo del paciente	Sí	254	98.8 %
	No	3	1.2 %
Se conserva en buen estado	Sí	246	95.7 %
	No	11	4.3 %
Sin enmendaduras	Sí	245	95.3 %
	No	12	4.7 %
Lenguaje técnico médico	Sí	241	93.8 %
	No	16	6.2 %
Registro de fecha	Sí	237	92.2 %
	No	20	7.8 %
Registro de número de cama	Sí	230	89.5 %
	No	27	10.5 %
Registro de edad	Sí	209	81.3 %
	No	48	18.7 %
Registro de número de expediente	Sí	191	74.3 %
	No	66	25.7 %
Registro del sexo	Sí	189	73.5 %
	No	68	26.5 %
Letra legible	Sí	170	66.1 %
	No	87	33.9 %
Sin tachaduras	Sí	152	59.1 %
	No	105	40.9 %
Registro de hora de intervenciones	Sí	85	33.1 %
	No	172	66.9 %
Nombre completo de quien elabora	Sí	73	28.4 %
	No	184	71.6 %
Sin abreviaturas	Sí	57	22.2 %
	No	200	77.8 %
Firma de quien elaboró	Sí	55	21.4 %
	No	202	78.6 %

En relación al análisis de los resultados mediante los rangos establecidos, en ambas dimensiones el nivel de apego fue aceptablemente significativo, encontrándose lo siguiente:

En la dimensión generalidades, el apego fue aceptable en 156 casos (60.70%), y en la dimensión hoja de enfermería en 143 casos (55.64%), lo cual hace un total (índice general) con apego aceptablemente significativo en 190 casos (73.93%). (Cuadro 5)

El promedio del índice general fue de 21 datos que se registraron debidamente, de un total de 30. Las desviaciones estándar obtenidas, reflejan la homogeneidad de los 30 ítems. (Cuadro 6) Se aplicó estadística inferencial mediante

las pruebas T de Student y ANOVA, los resultados mostraron que no existieron diferencias estadísticas entre el apego de los registros clínicos a la Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico y el nivel de atención ($F=0.92$). De igual forma, no se observaron diferencias estadísticas con los diferentes servicios de hospitalización ($F=0.56$), ni en relación a la atención brindada por instituciones públicas y privadas ($F=0.23$). Dado que la probabilidad obtenida de F es mayor a 0.05, el nivel de apego de los registros clínicos de enfermería a la NOM168, es igual en el segundo y tercer nivel de atención, en las instituciones públicas y privadas y en los diferentes servicios de hospitalización.

Cuadro 4. Dimensión: Hoja de enfermería.

DATOS	SE APEGA A LA NOM 168-SSA-1998	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Temperatura	Sí	256	99.6 %
	No	1	0.4 %
Frecuencia Cardíaca	Sí	256	99.6 %
	No	1	0.4 %
Frecuencia respiratoria	Sí	256	99.6 %
	No	1	0.4 %
Tensión Arterial	Sí	255	99.2 %
	No	2	0.8 %
Nombre del medicamento	Sí	253	98.4 %
	No	4	1.6 %
Cantidad	Sí	253	98.4 %
	No	4	1.6 %
Vía	Sí	252	98.1 %
	No	5	1.9 %
Hora	Sí	247	96.1 %
	No	10	3.9 %
Registro de intervenciones	Sí	170	66.1 %
	No	87	33.9 %
Estado de conciencia	Sí	142	55.3 %
	No	115	44.7 %
Actitud	Sí	131	51 %
	No	126	49 %
Evolución del estado de salud	Sí	79	30.7 %
	No	178	69.3 %
Facies	Sí	73	28.4 %
	No	184	71.6 %
Conformación	Sí	52	20.2 %
	No	205	79.8 %
Constitución	Sí	23	8.9 %
	No	234	91.1%

Cuadro 5. Nivel de apego por rangos.

DIMENSIÓN	GENERALIDADES		HOJA DE ENFERMERÍA		ÍNDICE GENERAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Apego altamente significativo	23	8.95	37	14.40	21	8.17
Apego aceptablemente significativo	156	60.70	143	55.64	190	73.93
Apego regularmente significativo	70	27.24	74	28.79	17	6.62
Apego deficiente	8	3.11	3	1.17	29	11.28
Desapego	0	0	0	0	0	0
Total	257	100	257	100	257	100

Cuadro 6. Análisis del apego.

DIMENSIONES	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	APEGO EN RANGOS
Generalidades	10	1.875	Apego aceptablemente significativo
Hoja de Enfermería	11	1.840	Apego aceptablemente significativo
Índice General	21	2.219	Apego aceptablemente significativo

DISCUSIÓN

Los registros de enfermería, representan la evidencia documental que refleja la actuación del personal en relación con el cuidado integral del paciente, así como su evolución conforme a la atención brindada; son esenciales para evaluar las intervenciones del personal, de manera particular en casos médico-legales, en los cuáles esta documentación tiene alto valor probatorio, pues en la mayoría de las ocasiones, determina las decisiones de quien tiene a su cargo la resolución del conflicto.⁶

Los resultados de esta investigación, mostraron que sí bien es cierto que los registros de enfermería se encuentran aceptablemente apegados a la NOM 168, también se identificaron deficiencias por parte de enfermería en la elaboración de registros con calidad. Cabe mencionar, que las Normas Oficiales Mexicanas, establecen los lineamientos específicos que deben ser cumplidos por los prestadores de servicios (de ahí deviene su carácter técnico, naturaleza obligatoria y condición jurídica).

Chaparro D.L, y García D.C.⁷ en un estudio, cuyo objetivo fue conocer lo que registra el profesional de enfermería y la manera en cómo evidencia la continuidad del cuidado, en una institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel, reportaron en sus resultados que las faltas en que se incurre mayormente son espacios en blanco 28%, registros sin nombre 27%, seguidas de falta de firma del responsable 14%, falta de fecha 14%, letra ilegible y poco clara 14%, uso de abreviaturas 6%, tachaduras 5% y enmendaduras 2%. Estas situaciones se presentaron de manera similar en esta investigación, pues los resultados mostraron que los datos no registrados conforme a los requerimientos de la NOM 168 son: la firma del personal que fue omitida en 78.6% de los casos, el empleo de abreviaturas (77.8%), nombre incompleto de quien integró el registro (71.6%) y tachaduras (40.9%).

Lo anterior, representa incumplimiento a la citada Norma Oficial Mexicana, con un alto peso porcentual, lo cual puede deberse a desconocimiento de los ordenamientos legales para la elaboración de registros clínicos, por parte del personal de enfermería, como es denotado en los resultados del estudio realizado por Méndez y cols, en el Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez, el cual señala que en el Servicio de Urgencias y en la Unidad Coronaria de dicho instituto, el 80.6% del personal desconoce las normas para la elaboración de registros de enfermería.⁸

La identificación del profesional de enfermería (nombre y

firma) que realizó las intervenciones, tiene gran importancia para la atención médica y son indicadores del deber de diligencia que tiene el personal de salud. El uso de abreviaturas y siglas no estandarizadas, pueden distorsionar el significado o dificultar la comprensión de la información registrada. Las notas sin tachaduras, enmendaduras y conservadas en buen estado propician la transparencia del documento, atendiendo al mismo tiempo a los ordenamientos legales en la materia.

La investigación titulada "Características e importancia de los registros de enfermería, en la atención del paciente psiquiátrico hospitalizado en fase aguda", concluyó que 72% de las anotaciones de enfermería son medianamente significativas y no revelan la continuidad del tratamiento que se le brinda al paciente;⁹ lo cual coincide con el presente estudio, pues los resultados mostraron que el registro de intervenciones no se realizó en 33.9% de los casos; la hora de ejecución de las mismas sólo fue anotada en 33.1%; así mismo, la evolución del estado de salud del paciente únicamente se registró en 30.7%. Esto, indica falta de diligencia y cumplimiento al deber de cuidado, especialmente por cuanto hace al registro de las intervenciones efectuadas, la hora en que se realizaron, así como a la omisión de notas sobre la evolución, hechos que dificultan el seguimiento a los demás integrantes del equipo de salud; así como la identificación de signos de mejoría o complicaciones.

También se encontró el registro de algunos datos sin importancia y repetitivos, esto coincide con una investigación realizada en Chile, denominada: Importancia de los registros de enfermería, que además detectó, tendencia a emitir juicios.¹⁰ La eliminación de los registros narrativos y repetitivos, puede reducir el tiempo total para registrar y producir una representación más útil y objetiva de la práctica profesional y la respuesta del paciente.

Durante la revisión de las notas de enfermería, se encontró que existen datos no requisitados por la NOM 168, sin embargo se encuentran escritos, denotándose que en la gran mayoría de los registros, se indica el diagnóstico médico y en muy pocos de ellos, diagnósticos de enfermería, lo que coincide con López C.M.L¹¹ en el sentido de que los acontecimientos reflejados por escrito son mayoritariamente de tipo biomédico, concediendo escasa importancia a los aspectos psicosociales y de enfermería.

Cabe mencionar, que la NOM 168 establece que la hoja de enfermería debe elaborarse por el personal de turno y

debe contener como mínimo: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones. Empero, aun siendo éstos los requisitos básicos para los registros de enfermería, no se cumple debidamente con ellos, como mostraron los resultados en esta investigación.

CONCLUSIONES

Es necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta la gran importancia y validez que tienen sus registros, los cuales conllevan repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, por lo que es preciso llevarlos a la práctica con el debido rigor científico, que garantice la calidad de los mismos, pues los registros no integrados debidamente, pueden interpretarse como una mala ejecución de los cuidados.

Las deficiencias en la elaboración de los registros, se extienden en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, ello exige programas de capacitación al personal de los diferentes servicios de atención médica, así como el establecimiento de estrategias eficaces, para la enseñanza de la integración de registros como instrumento imprescindible en la atención de calidad, durante la formación del personal de enfermería.

REFERENCIAS

1. Calvo-Calvo MA. Factores que influyen en la calidad de los registros, según las enfermeras de una unidad de nefrología. Rev SEDEN [en línea]: 173-179. [Acceso 31-03-2011] Disponible en: <http://www.revistaseden.org/files/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20calidad%20de%20los%20registros,%20seg%C3%BAan%20las%20enfermeras.pdf>.
2. García RS, Navío MA, Valentin ML. Normas Básicas para la elaboración de los registros de Enfermería. Nure Investigation, 2007;(28):1-8. RNV
3. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-Del Expediente Clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 30-09-1999. [Acceso 31-03-2011] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf.
4. Ruiz AH. Calidad en los Registros de Enfermería. [conferencia] Valencia (España): Escuela de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Valencia; 2005 Oct. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c028/ruizhont.php>
5. Ortiz CO, Chávez MS. El registro de enfermería como parte del cuidado. Disponible en: www.facultadsalud.unicauca.edu.co/REGISTRO%20DE%20ENFERMERIA.pdf RNV
6. Dubón PMC. La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico - paciente. Rev FM UNAM. 2010; 53 (1):15-20.
7. Chaparro DL, García DC. Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Actual Enferm. 2003; 6(4):16-21.
8. Méndez CG, Morales CA, Preciado LM, Ramírez NM, Sosa GV, Jiménez VM. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Rev Mex Enferm Cardiol. 2001; 9 (1-4):11-17.
9. Potrillo VR. Características e importancia de los registros de enfermería, en la atención del paciente psiquiátrico hospitalizado en fase aguda. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/anglade_vc/pdf/anglade_vc-TH.1.pdf. RNV
10. Domic E. Importancia de los registros de enfermería. Medwave 2004; 4(4):1-3. [en línea] [Acceso 31-03-2011] Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>.
11. López CML, Perpiña GJ, Cabrero GJ, Richart MM. Categorización de los Registros escritos de Enfermería en la UCI del Hospital General de Alicante. Enfermería Intensiva 1995; 2 (6).

Invitación a publicar en la Revista CONAMED

Invitamos a la comunidad de profesionales de la salud, del derecho y áreas afines, a enviar sus manuscritos originales para ser publicados en la Revista CONAMED, como Artículos Originales o Artículos de Revisión.



La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Publica trimestralmente, artículos que permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con la atención a la salud desde sus enfoques bioético, científico, jurídico, económico y social, tales como calidad de la atención médica, seguridad del paciente, ética profesional, error médico y su prevención, medios alternos de solución de controversias, derechos humanos y otros afines al acto médico, en una dimensión multidisciplinaria.

Es una revista arbitrada (peer-review). Los manuscritos propuestos a la Revista son sometidos al proceso de revisión por pares y a la aprobación del Comité Editorial, quienes evalúan el contenido de cada material. El dictamen se resuelve en un período no mayor a 45 días.

La Revista está catalogada como publicación tipo I según la Clasificación Cualitativa de las Revistas Científicas Periódicas de la Secretaría de Salud, debido a que cuenta con reconocimiento por índices científicos internacionales como LATINDEX, PERIÓDICA, IMBIOMED, CUIDEN, DIALNET, ARTEMISA y LILACS. Se encuentra alojada en repositorios internacionales como la Biblioteca Virtual en Salud y en EBSCO Host. Forma parte de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas (AMERBAC).

Los manuscritos deberán ser enviados a:
revista@conamed.gob.mx.

Factores de riesgo asociados a infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales: Perspectiva de Seguridad del Paciente

Risk factors associated with nosocomial infections in neonatal intensive care units: Patient Safety Perspective

Vanessa L. Vizcarra-Munguía¹, Lorena Anaya-González², Pedro Villarreal-Treviño³, Carlos Cuello-García⁴

RESUMEN

Introducción. Las infecciones nosocomiales (IN) representan 60% de los eventos adversos y repercuten en el incremento de costos y de la morbi-mortalidad hospitalaria. Con el objetivo de identificar factores organizacionales que influyen en la prevención, control y detección de IN, se analizaron expedientes de terapia intensiva neonatal.

Material y métodos. Estudio de casos y controles multicéntrico, analítico, descriptivo, cuanti-cualitativo. Se revisaron 185 expedientes de neonatos egresados de unidades de terapia intensiva neonatal; se realizó un análisis estructural y matrices de impactos cruzados en base a la opinión del experto, así como análisis univariado y multivariado de cada factor en relación con IN o mortalidad, mediante regresión logística binaria.

Resultados. La tasa global de IN fue 32.9:100 egresos hospitalarios, con mortalidad de 50.8% en los casos de IN. Del análisis multivariado, se identificaron como factores de alto riesgo para presentar infección nosocomial, en el grupo en estudio: síndrome dismórfico, catéter yugular, subclavio o percutáneo, embarazo múltiple, tipo de hospital y presencia de *Staphylococcus aureus* como agente causal.

Conclusiones. El análisis cuantitativo reportó la importancia de los mecanismos de control para colocación y monitoreo de catéteres intravasculares en neonatos; en tanto, el análisis cualitativo mostró la influencia sobre las IN de algunos aspectos organizacionales, tales como trabajo en equipo, liderazgo de los jefes clínicos del área, compromiso de la Dirección y experiencia profesional de enfermería. El análisis integral de todos los factores contribuye a la toma de decisiones efectivas en función de su impacto en el paciente, eje central de los modelos actuales de atención.

ABSTRACT

Introduction. Nosocomial infections (NI) represent 60% of adverse events, have an incremental effect on costs and increase hospital morbidity and mortality. In order to identify organizational factors that influence prevention, control and detection of IN, medical records of neonatal intensive care units were analyzed.

Material and methods. Multicenter, analytical, quantitative and qualitative case-control study. 185 cases of infants

¹ Médico Especialista en Calidad de la Atención Clínica ITESM.

² Maestra en Prospectiva Estratégica y Doctor en Política Pública EGAP.

³ Profesor de la Especialidad de Calidad de la Atención Clínica y Asesor de Calidad Corporativo FEMSA.

⁴ Investigador y Profesor de posgrado en Calidad de la Atención Clínica y Pediatría ITESM.

Instituciones participantes:

Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda", Hospital San José

Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad

Dirección de Posgrado Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)

Artículo recibido: 10 de enero de 2011;

Artículo aceptado: 26 de enero de 2011

Correspondencia: Vanesa L. Vizcarra Munguía, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Morones Prieto # 3000 Col. Los Doctores CP. 64710 Monterrey, Nuevo León, México. Correo electrónico: vlv17@yahoo.com.mx.

discharged from neonatal intensive care units were analyzed through structural and cross-impact matrices analysis based on expert opinion and univariate and multivariate binary logistic regression analysis.

Results. The overall rate of NI was 32.9:100 hospital discharges, with 50.8% mortality in NI cases. After multivariate analysis, the presence of dysmorphic syndrome, jugular or subclavian or percutaneous catheter, multiple pregnancy, type of hospital and presence of *Staphylococcus aureus* as the causal agent, showed to be high risk factors for nosocomial infection in the study group.

Conclusions. The quantitative analysis reported the importance of mechanisms to control the placement and moni-

toring of intravascular catheters in the neonates; while, the qualitative analysis reported the influence of organizational issues such as teamwork, Heads of departments' leadership, Board commitment, and nurses' professional experience on NI. The holistic analysis of all factors, contribute to effective decision making in terms of their impact on the patient, the core of current healthcare models.

Key words: Nosocomial infections, intrinsic and extrinsic risk factors, organizational factors, neonatal intensive care units.

INTRODUCCIÓN

El término nosocomial viene de la palabra griega *nosoko-* *meian*: *nosos* que significa enfermedad y *comeian* que significa hospital. La infección nosocomial es aquella que ocurre en el paciente en un hospital u otra institución de salud y que no estaba presente al momento de la admisión, por lo que se incluyen aquellas que aparecen a las 48 horas posteriores a la admisión.^{1,2}

Diversas organizaciones a nivel mundial han enfocado sus esfuerzos a mejorar la calidad de la atención,^{3,4} sin embargo en la actualidad la infección nosocomial continua siendo un gran reto para las instituciones de salud. Recientes publicaciones han demostrado que es un riesgo latente, ya que representa el 60% del total de eventos adversos,^{5,6} cuyo impacto repercute en la estancia hospitalaria e incrementa la morbi-mortalidad de la población mundial.⁷

En un estudio multicéntrico realizado en México, entre instituciones de segundo y tercer nivel, se registró una mortalidad general del 4.8%, asociada a infecciones nosocomiales.^{8,9} Según datos internacionales, en un momento dado, más de 1.4 millones de personas en el mundo sufren una complicación por infección nosocomial y entre el 5 y 10 % de los pacientes admitidos en los hospitales en países desarrollados, adquieren una infección que se asocia al cuidado de la salud.

En los Estados Unidos, uno de cada 136 pacientes hospitalizados se complica como consecuencia de una infección nosocomial; lo que equivale a dos millones de casos, de los cuales aproximadamente 80,000 mueren por año. En Inglaterra, anualmente más de 100,000 casos de IN, producen alrededor de 5000 muertes directamente atribuidas a las mismas, con un costo aproximado de mil millones de euros por año. En los Estados Unidos, la estimación está entre US\$ 4.5 y US\$ 5.7 mil millones por año. En México, el costo anual se acerca a US\$ 1.5 billones, con aproximadamente 450,000 casos asociados a infecciones nosocomiales, mismas que causan 32 muertes por cada 100,000 habitantes cada año.¹

Por otra parte, la incidencia de IN en neonatos reportada en la literatura médica oscila entre 5% a 24.6%.¹⁰ Cabe mencionar, que esta variabilidad depende de diversos factores en ocasiones difíciles de controlar, tales como: el mecanismo de recolección de datos, el nivel de conocimiento acerca del tema, la severidad de los casos de la población en estudio, tipo de procedimientos invasivos, procesos organizacionales de cada nivel de atención, así como de los diferentes recursos

utilizados para la prevención, control y detección de la IN.¹¹ En la actualidad, el uso de la tecnología y los nuevos procedimientos invasivos tal como el uso de accesos diversos,^{12,13,14,15} nutrición parenteral y ventilación mecánica, han permitido mejorar las condiciones de vida del neonato que requiere atención de cuidados intensivos; sin embargo, estos también representan factores de riesgo latentes, especialmente en la población neonatal, los cuales se suman a los factores intrínsecos como prematuridad extrema, bajo peso al nacimiento y antecedentes maternos, entre otros.^{16,17,18,19}

Los neonatos críticamente enfermos son especialmente vulnerables a las infecciones nosocomiales, tal como la neumonía asociada a ventilador y bacteriemia asociada a catéter venoso central. En particular, los prematuros son especialmente susceptibles, debido a la inmadurez de su sistema inmune, pobre integridad de la piel, múltiples procedimientos invasivos, exposición ambiental y manipulación excesiva de los cuidadores, lo que conduce a colonización bacteriana, encontrándose además una estrecha relación entre el peso al nacer y el riesgo de presentar un episodio de infección nosocomial.²⁰ La literatura menciona que los microorganismos más frecuentemente encontrados son Gram positivos como *Staphylococcus aureus*, seguido de *Staphylococcus epidermidis*, mientras que en la población cuyo riesgo está asociado a uso de catéteres se encontró *Staphylococcus coagulasa* negativo.^{21,22}

Para controlar las Infecciones nosocomiales, vistas como un problema de salud pública, es necesario conocer la magnitud del problema en el ámbito hospitalario y contar con un sistema de vigilancia epidemiológica de IN eficaz, enfocado en el monitoreo continuo a través de indicadores de resultados, así como el análisis integral de las principales infecciones nosocomiales como bacteremias, neumonías, infecciones de tracto urinario e infecciones de sitio quirúrgico.

Las consideraciones anteriores son indispensables para establecer mecanismos de control apropiados, mismos que podrían reducir hasta en un tercio las IN.^{23,24,25} En este sentido, el liderazgo y compromiso de un equipo multidisciplinario que trabaje de forma activa para establecer políticas y procedimientos enfocados en la reducción del riesgo, de acuerdo a las características de la población y en base a los recursos disponibles, será crucial para la reducción de las infecciones nosocomiales.²⁶ Dicho equipo, tendrá la responsabilidad de

identificar y supervisar los distintos procesos involucrados en la atención, que estén relacionados de manera directa y/o indirecta en la aparición de las IN desde un enfoque de seguridad del paciente, tal como higiene de manos, esterilización del equipo médico, uso de mecanismos de barrera y protocolo de accesos vasculares.^{27,28} Además, será responsable de la continua sensibilización y educación del personal de salud acerca de la magnitud y relevancia de las infecciones nosocomiales.^{29,30,31,32}

La necesidad de identificar los diferentes factores de riesgo (intrínsecos, extrínsecos y organizacionales) asociados a IN y su impacto en la mortalidad, obedece al propósito de proponer estrategias de mejora, orientadas a disminuir el riesgo potencial de los diferentes factores. Por otro lado, la mayoría de los estudios reportados en la literatura, se enfocan a realizar análisis cuantitativos o cualitativos, dejando a un lado la investigación mixta de los mismos, la cual puede aportar resultados no explorados hasta el momento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles, de tipo multicéntrico analítico y descriptivo, cuanti-cualitativo, durante el periodo comprendido del 01 de Julio al 31 de Noviembre del 2010, con apego a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y al artículo 23 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, así como a los distintos comités de ética e investigación de las unidades de estudio participantes: Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda", Hospital San José Tec de Monterrey; instituciones del sector público y privado respectivamente.

La fase cuantitativa, se llevó a cabo a través de la revisión de expedientes clínicos de pacientes egresados del servicio de neonatología de las instituciones participantes, con estancia mayor a 48 hrs. y cuyos datos estuvieron completos al momento de la captura.

Se excluyeron los egresados de las áreas de cuidados intermedios y/o mínimos, así como los que no cumplieron con el criterio de tiempo y de integridad de los datos. Posteriormente se realizó la clasificación por grupos de casos y controles, definiendo como caso al recién nacido de 25 a 42 semanas de gestación, con 0 a 28 días de vida extrauterina admitido al servicio de neonatología y que requirió atenciones en terapia intensiva neonatal, tales como acceso vascular, ventilación asistida, nutrición parenteral, uso de hemoderivados, catéter urinario o cirugía, que no presentaba infección local y/o sistémica al momento del ingreso y que durante su internamiento presentó una infección nosocomial posterior a 48 hrs. Como control, al neonato que reunía los criterios de inclusión pero sin infección local y/o sistémica durante su estancia intrahospitalaria, según las clasificación del CDC.

En total se revisaron expedientes de 61 casos y 124 controles, cuya distribución por las unidades de atención participante fue como sigue: 35 casos y 44 controles del hospital A, 8 casos y 20 controles del Hospital B y 18 casos y 60 controles del Hospital C.

Se calculó el tamaño de muestra en relación a la población de cada hospital, con una potencia del 95% y una pro-

porción esperada de casos infectados del 25%, con margen de error del 5%, lo que dio como resultado 185 pacientes, 61 casos y 124 controles.

Se documentó información acerca de las características demográficas, factores intrínsecos y extrínsecos. (Anexo 1 y 2) Posteriormente se clasificaron como casos de IN, aquellos que cumplieron con los criterios diagnósticos de acuerdo con el Center of Disease Control-CDC, según tipo de infección y población de estudio; posteriormente los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS, se aplicó estadística descriptiva, frecuencia, porcentajes, media y percentiles.

Para la recolección de datos cualitativos, se realizó un análisis estructural en el que participó un grupo multidisciplinario. Figura 1

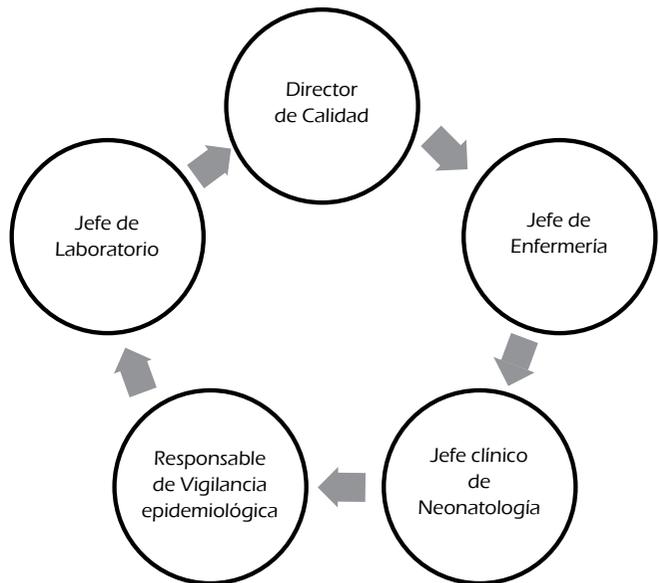


Figura 1. Expertos involucrados en el estudio de las variables cualitativas.

Para finalizar se realizó un muestreo por bola de nieve, preguntándole a los expertos consultados si existía alguna otra persona que pudiera aportar valor a la investigación.

Se eligieron variables con base a la revisión de la literatura; el investigador realizó reuniones con los expertos y mediante entrevista estructurada se recolectó la información (Anexo 3). Posteriormente se recabaron los resultados en una matriz y se procesó en el software denominado MICMAC, cuyo resultado es una gráfica de influencias indirectas el cual permite identificar el grado de influencias indirectas y un plano cartesiano, el cual permite identificar el grado de influencia de una variable sobre otra, así como de los retos estratégicos del problema en estudio.

RESULTADOS

En las variables intrínsecas se encontró que en ambos grupos (casos y controles) hubo ligero predominio del sexo femenino, 52.5% en los casos y 50.8% en los controles. La mediana del peso de los casos fue de 1650 gramos (DS 910) y de 2405

para los controles de 35 (DS 984). La media de edad gestacional de los casos fue de 32 semanas (DS 4.48) y la de los controles de 35 (DS 4.30). Entre los antecedentes maternos se reportó que la infección urinaria materna estuvo presente en el 26.2% de los casos y el 36.3% de los controles y la cervico-

vaginitis en el 14.8% de los casos y el 13.7% de los controles. La vía de nacimiento que predominó en ambos grupos fue la cesárea, con 62.3% en los casos y 61.3% en los controles. Cuadro 1

Cuadro 1. Factores de Riesgo Intrínsecos de la población de estudio.

Factor de Riesgo de Infecciones Nosocomiales Neonatales		Casos n 61	Controles 124	Valor de P
INTRINSECOS				
Historia Clínica del RN	Sexo Femenino/ Masculino (%)	32 (52.5)	61 (50.8)	0.397
	Peso en gramos – mediana (DS)	1650 (910)	2405(984)	0.000
	Semanas de gestación (DS)	32 (4.48)	35 (4.30)	0.000
	Apgar al minuto (DS)	6 (2.6)	5(2.7)	0.618
	Apgar a los 5 minutos	7 (2.8)	6(2.5)	0.588
	Cervicovaginitis materna (%)	9 (14.8)	17(13.7)	0.506
	Infección de vías urinarias materna	16 (26.2)	45(36.3)	0.114
Vía de Nacimiento	Parto vaginal	20 (32.8)	38 (30.6)	0.760
	Parto asistido con fórceps	1 (1.6)	6 (4.8)	0.917
	Cesárea	38 (62.3)	76 (61.3)	0.741
	Desconocido	2 (3.3)	4 (3.2)	0.866

Fuente: Base de datos SPSS © 2010.

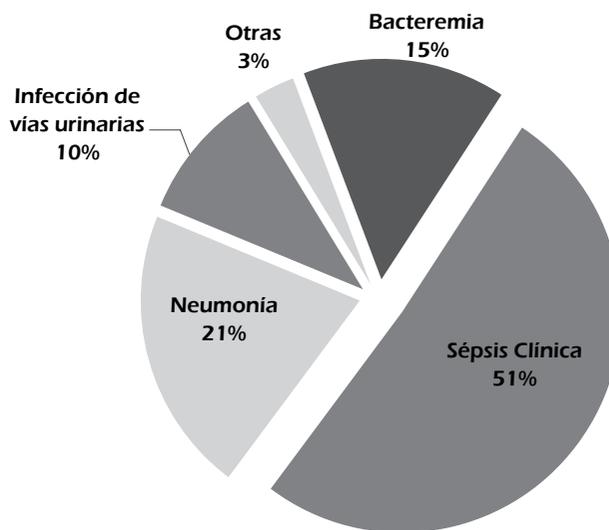
En cuanto a las variables extrínsecas se destacan los siguientes resultados. El 90.2% de los casos y el 85.5% de los controles procedían del área de perinatología. El 93.4% de los casos y el 90.9% de los controles, fueron productos únicos. El 21.3 % de los casos y el 21.8% del grupo control, presentó malformaciones congénitas, cuya causa primordial en ambos grupos fueron las anomalías cardíacas (37.5%).

En cuanto a los accesos vasculares o colocación de catéteres, las mayores diferencias entre los casos y los controles se encontraron en los catéteres femoral (21.3% y 6.5%) yugular/subclavio (37.7% y 9.7%) y percutáneo (62.3% y 31.1%). Cuadro 2

El 16.4% de los casos presentó el antecedente de instalación de sonda en tórax en los casos y sólo en el 8.1% de los controles. En el 77% de los casos se administró nutrición parenteral vs. 50 % de los controles. Al 37.7% de los casos se le administró al menos un hemoderivado durante su hospitalización vs 20.2% de los controles. El 45.9% de los casos utilizó ventilación mecánica asistida y al 63.9% se le realizó intubación en al menos una ocasión vs. 21% y 45.2% de los controles. El 50.8% tuvo antecedente de colocación de sonda oro gástrica en el grupo de casos vs. 46% del grupo control. Al 14.8% de los casos se le colocó sonda urinaria vs 5.6% de los controles. En el 24.6% de los casos se realizó algún procedimiento quirúrgico vs. 15.3% de los controles, predominando los procedimientos de neurocirugía.

De acuerdo a la definición por tipo de infección según el Center of Disease Control y National Healthcare Safety Network,³³ del total de 185 expedientes estudiados se en-

contraron 61 infecciones nosocomiales, lo que globalmente representa el 32.9%, pero existieron diferencias entre las unidades de atención participantes, que son proporcionales al volumen total de expedientes estudiados de cada hospital. En la figura 2 se puede observar la distribución de estas infecciones por tipo.



Fuente: Expediente clínico UCIN 2009

Figura 2. Distribución de las infecciones por tipo.

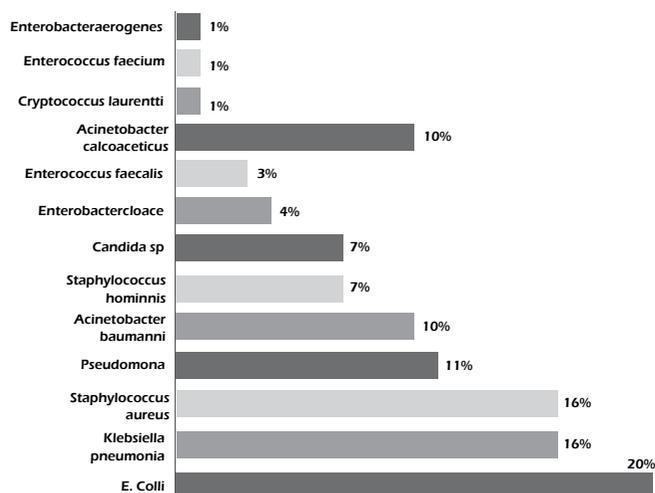
Cuadro 2. Factores de riesgo extrínseco de la población en estudio.

FACTOR DE RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES NEONATALES		CASOS n 61	CONTROLES n 124	VALOR DE P
Lugar de Procedencia	Grupo 1: Perinatología, alojamiento conjunto	55(90.2)	106 (85.5)	0.259
	Grupo 2: Externos	6(9.8)	18 (14.5)	
	Hospital A	35(57.4)	44(35.4)	0.016
	Hospital B	8(13.1)	20(16.1)	
	Hospital C	18(29.5)	60 (48.4)	
	Días de estancia intrahospitalaria	30 (25-39)	9(5-16)	0.00
Número de productos de la gestación	Único	57 (93.4)	110 (90.9)	0.007
	Gemelar	2 (3.3)	11 (9.1)	
	Trillizos	2 (3.3)	0 (.0)	
	Malformaciones congénitas	13(21.3)	27(21.8)	0.008
Accesos vasculares	Catéter umbilical venoso	24(39.3)	37(29.8)	0.437
	Catéter umbilical arterial	13 (21.3)	8 (6.5)	0.130
	Catéter Femoral venoso	22 (36.1)	12 (9.7)	0.004
	Catéter Yugular y/o subclavio	1 (1.6)	0 (0)	0.000
	Catéter Percutáneo	38(62.3)	41(33.1)	0.000
	Total de catéteres por neonato (DS)	2(1)	1(1)	0.000
	Sonda en tórax	10(16.4)	10(8.1)	0.074
Medicación	Nutrición Parenteral	47 (77.0)	62 (50.0)	0.766
	Uso de Hemoderivados	23 (37.7)	25 (20.2)	0.209
	Total de antibióticos utilizados (DS)	2(1)	1(1)	0.001
Tipo de soporte respiratorio	Ninguno	11(18.0)	35 (28.2)	0.009
	BIPAP	4(6.6)	19 (15.3)	0.088
	Casco	9 (14.8)	25(20.2)	0.946
	CPAP	9 (14.8)	19 (15.3)	0.999
	Ventilación Mecánica	28 (45.9)	26(21.0)	0.235
	Intubación endotraqueal	39(63.9)	56(45.2)	0.001
Otros procedimientos	Sonda urinaria	9(14.8)	7 (5.6)	0.039
	Sonda Oro gástrica	31(50.8)	57(46.0)	0.321
	Procedimiento quirúrgico	15(24.6)	19(15.3)	0.026

Fuente: Base de datos SPSS ® 2010.

Entre los microorganismos reportados asociados a IN se encuentran *Staphylococcus epidermidis* (24%), *E. Colli* (15%), *Klebsiella pneumoniae* (12%) y *Staphylococcus aureus* (12%), entre otros. Entre los principales esquemas de antibióticos,

la combinación de ampicilina- amikacina fue el primer tratamiento de elección y vancomicina-meropenem en aquellos casos positivos para sepsis; siendo la cefotaxima otra alternativa utilizada. Figura 3



Fuente: Expediente Clínico y reporte laboratorio UCIN 2009
En algunos casos de IN, se encontró más de un microorganismo como agente causal.

Figura 3. Distribución de las infecciones por tipo de microorganismo.

En el análisis multivariado relacionado con la infección nosocomial, se aprecia que los factores de riesgo intrínsecos, tales como peso, semanas de gestación, número de gestación al nacimiento y días de estancia, tuvieron diferencia entre ambos grupos. En los neonatos productos de embarazo múltiple, este parece ser un factor protector para no desarrollar IN; sin embargo, no se encontró ninguna otra correlación que describiera este hallazgo.

Además, se reportaron factores de riesgo (extrínsecos), a los que estuvo expuesto el neonato durante su atención en las unidades de terapia intensiva, entre los que destacan los accesos vasculares con predominio de los catéteres percutáneos OR 18.5 (5.1-67.2), catéter yugular y/o subclavio OR 3.96 (1.69-9.30), e intubación endotraqueal. Se encontró que la gestación múltiple, el catéter central (yugular o subclavio) y el catéter percutáneo, tuvieron efecto de asociación fuerte para infección nosocomial. Cuadro 3.

En el análisis multivariado efectuado para analizar la mortalidad como variable dependiente, se encontraron factores de riesgo estadísticamente significativos como síndrome dismórfico, catéter yugular y/o subclavio, ventilación mecánica, y staphylococcus aureus. Cuadro 4.

Cuadro 3. Factores de riesgo asociados a Infección Nosocomial.

ANÁLISIS MULTIVARIADO PARA INFECCIÓN NOSOCOMIAL			
	Variable	Odds Ratio	IC 95%
Intrínsecos	Número de productos de la gestación	0.08	(0.01-0.57)
	Múltiple		
Extrínsecos	Accesos vasculares		
	Catéter yugular y/o subclavio	18.5	(5.1-67.2)
	Catéter percutáneo	3.96	(1.69-9.30)

Fuente de datos: Expediente clínico y/o electrónico, análisis SPSS ® Regresión logística Backward conditional

Cuadro 4. Factores de riesgo asociados a Mortalidad.

ANÁLISIS MULTIVARIADO PARA MORTALIDAD			
	Variable	Odds Ratio	IC 95%
Intrínsecos	Malformaciones congénitas	13.8	(1.06-180)
	Síndrome dismórfico		
Extrínsecos	Accesos vasculares	15.7	(2.3-108)
	Catéter yugular y/o subclavio		
	Catéter percutáneo		
	Tipo de soporte ventilatorio	8.3	(1.2-56)
	Ventilación mecánica		
	Tipo de Hospital	0.14	(.03-65)
	Hospital B y C		
	Microorganismos		
Staphylococcus aureus	312	(1.84-1000)	

Fuente de datos: Expediente clínico y/o electrónico, análisis SPSS ® Regresión logística Backward conditional

El análisis estructural identificó 13 variables principales que se pueden agrupar en: organización, recursos humanos, enseñanza y capacitación, sistema de vigilancia epidemiológica, así como, materiales e insumo. Figura 4

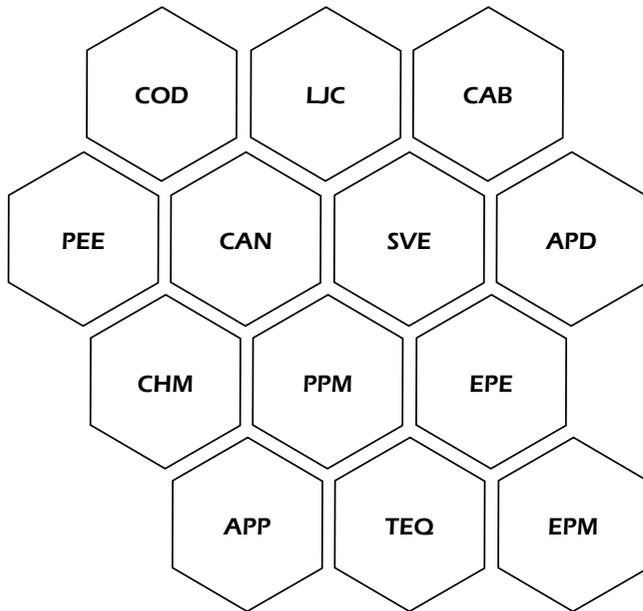


Figura 4. Variables relacionadas con factores organizacionales que influyen en la IN.

Posteriormente se identificaron los retos estratégicos con base al reporte MIC MAC, que para fines de esta investigación se consideran los factores organizacionales más importantes asociados a la prevención, control y detección de infecciones nosocomiales en las instituciones participantes y de acuerdo a la opinión de expertos de los hospitales participantes. Cuadro 5.

Cuadro 5. Retos estratégicos a considerar para atenuar el problema en estudio.

RETOS ESTRATÉGICOS	
1	Trabajo en equipo
2	Experiencia profesional del personal de enfermería
3	Liderazgo de los jefes clínicos y de enfermería
4	Capacitación del personal en Higiene de manos
5	Compromiso de la Dirección
6	Sistema de Vigilancia epidemiológica
7	Abastecimiento permanente de productos enfocados a la detección de infecciones nosocomiales
8	Capacitación en medidas de prevención de infecciones nosocomiales: Bacteremias y NAV

Fuente: software MIC MAC 2010

Existieron diferencias en los factores organizacionales en las distintas instituciones participantes, por lo que se infiere que las estadísticas reportadas en el presente estudio, están estrechamente vinculadas al desempeño de los profesionistas y el programa de prevención, detección y control de infecciones con el que cuenta cada una de las instituciones participantes.

DISCUSIÓN

Existen factores intrínsecos en los que de manera directa no se podrá influir con la gestión clínica en las unidades de cuidados intensivos neonatales, tales como la prematurez, bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas. Sin embargo existen otros factores extrínsecos en los que se puede incidir, tales como los procesos relacionados a la colocación y mantenimiento de los accesos vasculares, así como el uso y manejo de ventilación mecánica en la población neonatal. Adicionalmente, bajo la perspectiva de los expertos, se presentan factores organizacionales que influyen en la prevención, detección y control de las infecciones nosocomiales, tales como el liderazgo de los jefes clínicos para la supervisión, el trabajo en equipo para la participación activa de todo el personal en la prevención y reporte de infecciones nosocomiales y la experiencia del profesional de salud. Será necesario fortalecer estos elementos en el hospital con mayor incidencia de infección nosocomial, en los que se reportó una mortalidad superior al 80% en los casos positivos.

Durante el presente trabajo, se presentaron inconsistencias en los datos relacionados al día de instalación y retiro de procedimiento invasivo, por lo cual no se pudo evaluar el indicador por día de uso de catéter y de soporte ventilatorio; se considera que ambos indicadores, son específicos para determinar la tasa de bacteriemia y neumonía asociada a ventilador por egresos hospitalarios en terapia intensiva neonatal. El análisis cualitativo permitió integrar de manera global, las estadísticas y la opinión de los expertos, por lo cual este tipo de investigación orienta al análisis integral de todos los actores involucrados, por lo que será indispensable establecer futuras líneas de investigación al finalizar la implementación de estrategias y el logro de objetivos particulares, en las distintas instituciones participantes.

El presente trabajo muestra la importancia de establecer directrices enfocadas en la reducción de infecciones nosocomiales en las unidades de terapia intensiva neonatal, tales como capacitación sobre higiene de manos, accesos vasculares y la prevención de bacteriemia asociada, manejo integral del neonato con ventilación mecánica, así como crear sistemas de vigilancia que permitan el monitoreo continuo y la retroalimentación a todos los involucrados.

Con base en los resultados del presente trabajo de investigación, se confirma que existe asociación entre los factores de riesgo e infecciones nosocomiales, lo cual representa una causa importante de morbi-mortalidad hospitalaria en las unidades de terapia intensiva, considerando que la tasa global de infecciones fue 39.2% mayor a la esperada 25% de egresos y 50.8% de mortalidad general en los casos confirmados de infección nosocomial.

El análisis de todos los factores desde una perspectiva integral, contribuye a la toma de decisiones efectivas en función

del impacto que tienen en el paciente, eje central de los modelos actuales de atención.

REFERENCIAS

- World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006. Ginebra: World Health Organization; 2005.
- Kamath S, Mallaya S, Shenoy S. Nosocomial infections in Neonatal intensive care units: Profile, Risk Factor Assessment and Antibiogram. *Indian J Pediatr.* 2010; 77: 37-39.
- Centers of Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/>.
- Cardo DM, Simone PM. Monitoring and preventing healthcare-associated infections. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2005 Sep;48(9):1043-7.
- Avila-Figueroa C, Cashat-Cruz M, Aranda-Patrón E, León AR, Justiniani N, Pérez-Ricárdez L, Avila-Cortés F, Castelán M, Becerril R, Herrera EL. Prevalencia de infecciones nosocomiales en niños: encuesta de 21 hospitales en México. *Salud Publ Mex.* 1999; 41 Supl 1:S18-S25.
- Stover BH, Shulman ST, Bratcher DF, Brady MT, Levine GL, Jarvis WR. Nosocomial infection rates in US children's hospitals' neonatal and pediatric intensive. *Am J Infect Control.* 2001;29:152-7.
- Coria-Lorenzo JJ, Francisco-Revilla EN, Soto-Romero IE, Saavedra-Barrios MA, Gadea-Álvarez T. Epidemiología de las infecciones nosocomiales neonatales, en un hospital de especialidades pediátricas de la Ciudad de México (Revisión de 3 años). *Perinatol Reprod Hum* 2000; 14: 151-159.
- García-Cenoz M, Chamorro J, Vidán J, Lanzeta I, Lameiro F, Urtasun JM et al. Prevalencia de la infección nosocomial en Navarra: Resultados agregados del estudio EPINE 2005. *Anales Sist Sanit Navarra.* 2007; 30 (1): 89-99.
- Martínez-Aguilar G, Anaya-Arriaga MC, Ávila-Figueroa C. Incidencia de bacteriemia y neumonía nosocomial en una unidad de pediatría. *Salud Pública Mex.* 2001; 43: 515-523.*
- Kumar PA, Ramji S, Prakash K, Thirupuram S. Neonatal nosocomial infection: profile and risk factors. *Indian Pediatr* 1996;34:297-302.*
- Ponce de León S, Rangel-Frausto S, Elías-López JL, Romero-Oliveros C, Huertas-Jiménez M. Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de programa de control en México. *Salud Pub Méx.* 1999; 41 Supl 1:S05-11.
- Chien L, et al. Variations in central venous catheter-related infection risks among Canadian neonatal intensive care units. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21:505-511.
- Silveira de Brito C, et al. Occurrence of bloodstream infection with different types of central vascular catheter in critically. *J Infect.* 2010; 60:128-132.
- Perlman S, et al. Risk factors for late-onset healthcare-associated bloodstream infections in patients in neonatal intensive care units. *AJIC.* 2007, Apr:177-182.
- Rosenthal V, et al. Central Line-Associated Bloodstream Infections in Limited –Resource Countries: A Review of the Literature. *Clin Infect Dis.* 2009; 49: 1899-1907.
- Aly H, et al. Is Bloodstream infection prevention among premature infants? A tale of two. *Pediatrics.* 2005;115:1513-1518.
- Babazono A, et al. Risk Factors for nosocomial infection in the neonatal intensive care unit by the Japanese nosocomial infection surveillance. *Acta Med Okayama.* 2008; 62 (4): 261-268.
- Geffers C, et al. Use of central venous catheter and peripheral venous catheter as risk factors for nosocomial bloodstream infection in very-low-birth-weight infants. *Infect Contr Hosp Epidemiol.* 2010; 31 (4).
- Sengupta A, Lehmann C, Diener-West M, Perl T, Milstone A. Catheter duration and risk of CLA-BSI in neonates with PICCs. *Pediatrics.* 2010;125: 648-653.
- Robin B. Nosocomial or Hospital-acquired infections: An overview. *Dis Mon.* 2009; 55: 422-438.
- Tapia C, et al. Risk factors for nosocomial infection in newborns. *Archiv Med Res.* 2001; 32: 304-311.
- Raymond J, Aujard Y. The European Study Group. Nosocomial infections in pediatric patients: a European multicenter prospective study. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000; 21:260-263.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2006, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Proyecto de NOM para actualizar NOM-045-SSA2-2006 y NOM -026-SSA2-1998. [Acceso 31-03-2011] Disponible en: http://www.osap.org/resource/resmgr/Docs/2_NOM_045_SSA2_2006_Infecci.pdf.
- McBryde E, et al. Validation of statewide surveillance system data on central line-associated bloodstream infection in intensive care unit in Australia. *Infect Contr Hosp Epidemiol.* 2009; 39 (11).
- Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG. The nation wide nosocomial infection rate: A new for vital statistics. *Am J Epidemiol* 1985; 121; 159-167.
- Wirtschafter DD, Pettit J, Kurtin P, Dalsey M, Chance K, Morrow HW, Seid M, Byczkowski TL, Huber TP, Milstein JM, Bowles SM, Fichera S, Kloman S. A statewide quality improvement collaborative to reduce neonatal central line-associated blood stream infections. *J Perinatol.* 2010, 30:170-181.
- O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control* 2002; 30: 476-89.
- Lam BC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. 2004; 114: 565-571.
- Consejo de Salubridad General. Estándares de Certificación de Hospitales 2009. [Acceso 31-03-2011] Disponible en: http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/MANUAL_DEL_PROCESO_CERTIFICAX2x.pdf.
- Bizzarro MJ, Sabo B, Noonan M, et al. A quality improvement initiative to reduce central line-associated bloodstream infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31(3):241-248.
- Berenholtz S, Pronovost P, Lipsett PA, et al. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:2014-2020.
- Holmes A, et al. Risk factors and recommendations for rate stratification for surveillance of neonatal healthcare-associated bloodstream infection. *J Hosp Infect.* 2008; 68-72.
- Horan T, et al. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control.* 2008; 36: 309-32.

ANEXO 1. FACTORES DE RIESGO INTRÍNECOS Y DATOS DEMOGRÁFICOS

CÉDULA DE EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS CON INFECCIONES NOSOCOMIALES NEONATALES			
FACTORES DE RIESGO INTRÍNECOS (HUÉSPED)			
DATOS GENERALES			
Marque con una X el recuadro según corresponda, y complete los datos del paciente que se le solicitan.			
Institución		Registro del Paciente	
Fecha de Nacimiento	HRMIAE	Otro Sector Público	Otro Sector Privado
Apellido Paterno del RN	Apellido Materno del RN	Nombre de la Madre	
Femenino		Masculino	
Fecha de Ingreso	Servicio que envía: Perinatología Intermedios Cuidados mínimos Piso Otro hospital		
Fecha de Egreso	Servicio al que se refiere: Intermedios Defunción		
HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE			
Peso al nacer (Kg)			
Edad gestacional (SDG)			
Apgar al nacer (Al nacimiento)			
Días de estancia intrahospitalaria (Número)			
RPM (Hrs.)			
Tipo de Nacimiento	Parto	Fórceps	Cesárea
Anomalia congénita	Presente	Ausente	Caso reportado por IIH: SI NO
Síndrome de Asfixia por meconio	Presente	Ausente	Fecha de reporte por el comité de IIH:
Taquicardia Transitoria del Recién Nacido	Presente	Ausente	Caso con datos clínicos para IIH documentación en el expediente clínico: SI NO
Enfermedad de Membrana Hialina	Presente	Ausente	Observaciones
Corioamniotitis	Presente	Ausente	
Infecciones congénitas (Citomegalovirus, HIV, Sífilis, Rubeola)	Presente	Ausente	Auditor:
Trauma al nacimiento:	Presente	Ausente	Número progresivo asignado para investigación: Folio:

Diseño Original: Vizcarra M et al 2010

ANEXO 2. FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECO.

FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECO (MEDIDAS FARMACOLÓGICAS Y/O MEDIOS INTENSIVOS)										
1	Tipo de Accesos vasculares y sitio de inserción	SÍ	NO	Fecha de instalación	Indicación	Fecha de Retiro	Motivo	Total de Días Catéter		
	CVC									
	CVU									
	CVA									
	CP									
	YU									
	FE									
2	Tipo de Alimentación	SÍ	NO	Fecha de instalación	Indicación	Fecha de Retiro	Motivo	Total de Días NPT		
	NPT									
	LV									
3	Medicamentos/ Hemoderivados	SÍ	NO	Fecha de instalación	Indicación	Fecha de Retiro	Motivo	Total de Días Medicamentos/ Total Hemoderivados administrados		
	SE									
	RM									
	CO									
	AB									
4	Tipo de Ventilación	SÍ	NO	Fecha de instalación	Indicación	Fecha de Retiro	Motivo	Total de Días de Ventilación		
	VMA									
	CPAP									
	IET									
5	Tipo de Tubo ó Sonda	SÍ	NO	Fecha de instalación	Indicación	Fecha de Retiro	Motivo	Total Día Sonda		
	VE									
	Pleural									
	Naso Gástrica									
	Oro Gástrica									
6	Tipo de Intervención Quirúrgica	SÍ	NO	Fecha de Cirugía	Antibioticoprofilaxis (30-60 min. Previos)	Re-intervención	Complicaciones			
	Neurocirugía									
	Cardiovascular									
	Cirugía General									
Abreviaturas	CVC: Catéter Venoso Central	VMA: Ventilación Mecánica Asistida CPAP: IET: Intubación Endotraqueal			NPT: Nutrición Parental Total LV: Líquidos Intravenosos		SE: Sedantes RM: Relajantes Musculares CO: Corticoides AB: Antibióticos HD: Hemoderivados		VE: Vesical PL: Pleural NG: Naso gástrica OG: Oro Gástrica	
	CVU: Catéter Venoso Umbilical									
	CAU: Catéter Arterial Umbilical									
	YU: Yugular									
	FE: Femoral									

Diseño Original: Vizcarra M et al 2010

ANEXO 3. MATRIZ DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: PERSPECTIVA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE									
Entrevistado::			Institución: HRMAE		HSJ		Fecha:		

Dirección de Calidad		Responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica		Jefe de Laboratorio		Jefe de Enfermería de Neonatología		Jefe de Servicio de Neonatología	
Instrucciones: En base a su experiencia profesional, determine el grado de influencia entre variables ex. Como influye V1 en relación a V2									
Escala de Influencia: N - nula; D - débil; M - moderada; F - fuerte; P - potencial.									

Variable Influyente	Organizacional			Recursos Humanos				Capacitación			SVE	Material e insumos	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Organizacional													
1	Compromiso de la Dirección General (Diseño de Implementación de estrategias encaminadas a la Prevención, detección y control de infecciones nosocomiales en áreas críticas ex. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)												
2	Liderazgo de los Jefes del área (Médico y Enfermería) (Coordinación y supervisión de las acciones encaminadas a la prevención, detección y control de las infecciones nosocomiales neonatales)												
3	Trabajo en equipo Participación acerca de todo el personal en la prevención, dirección y control de las infecciones nosocomiales												
Recursos Humanos													
4	Experiencia profesional (No. Años cumplidos en el ejercicio profesional de la especialidad de Pediatría y/o Neonatología)												
5	Experiencia profesional (No. Años cumplidos en el ejercicio profesional de la licenciatura de enfermería)												
6	Permanencia del puesto (Porcentaje de Rotación del personal de Enfermería en Neonatología)												
7	Permanencia del puesto (Porcentaje de Rotación del médico residente en Neonatología)												
Enseñanza y Capacitación													
8	Capacitación en medidas de prevención de infecciones nosocomiales (Higiene de manos)												
9	Capacitación en prevención de infecciones asociadas a catéter intravascular (Colocación y mantenimiento de Accesos Venosos en Neonatos)												
10	Capacitación en prevención de Neumonía Asociada a ventilación (Limpieza, desinfección y esterilización del equipo de ventilación, así como en el cuidado continuo del neonato con ventilación asistida)												
Sistema de Vigilancia Epidemiológica													
11	Vigilancia proactiva e integral (Monitoreo continuo de las infecciones nosocomiales a través de una metodología eficaz y eficiente)												
Materiales e insumos													
12	Abastecimiento Permanente de productos enfocados en la prevención de infecciones nosocomiales (Soluciones alcoholadas, antisépticos, sanitas, además de los utilizados como mecanismos de barrera: guantes, cubre bocas, gorro, bata, etc.)												
13	Abastecimiento Permanente de productos enfocados a la detección de infecciones nosocomiales (Material indispensable para la realización de estudios microbiológicos ex: medios de transporte para cultivo, equipo técnico, jeringas, soluciones, etc.)												

Basado de: Recommendations for the prevention of healthcare-associated infections (HAIs). Center for Disease Control and Prevention (CDC) 2008 Report
Elaborado por: Vizcarra y cols.

Análisis de la relación entre la calidad de vida profesional del personal de salud hospitalario y su compromiso con la calidad de la atención clínica

Analysis of the relationship between hospital staff quality of professional life and commitment to quality of clinical care

Ana Laura Cajigas-Magaña¹, Eduardo Leal-Beltrán², Jesús Santos-Guzmán²,
Guadalupe Reyna-Rodríguez³, Maricela González-Guzmán²

RESUMEN

Introducción. Los hospitales son organizaciones complejas que trabajan con y para seres humanos únicos e irrepetibles, con sentimientos, emociones y valores. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el índice de calidad de vida profesional del personal de salud y su compromiso con la calidad de la atención clínica.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo y analítico, en un hospital regional de segundo nivel. Se aplicó la encuesta de "Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad" propuesta por el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD). Se analizaron los resultados mediante estadística descriptiva, prueba ANOVA, Bonferroni y regresión logística.

Resultados. La calificación global para la Calidad de Vida Profesional Global (CVPG) fue: alta 47%, baja 26% y regular 27%. Diez por ciento de los encuestados consideraron que su compromiso con la calidad de la atención clínica era nulo o deficiente, 26% regular y 64% bueno o excelente. Se encontró una correlación significativa ($p < 0.05$) entre la CVPG y el compromiso con la calidad de los servicios entregados, mediante las pruebas ANOVA, regresión lineal y tabulación.

Conclusiones. En este estudio se identificó una correlación directa en la cual, a mayor nivel de calidad de vida profesional, mayor es el compromiso con la calidad de los servicios entregados a los usuarios.

Palabras clave: calidad de vida profesional, compromiso profesional, calidad de la atención clínica, personal de salud.

ABSTRACT

Introduction. Hospitals are complex organizations that work with and for unique and unrepeatable human beings, who have feelings, emotions and values. The objective of this study was to determine the relationship between the professional quality of life of health personnel index and their commitment to clinical care quality.

Material and methods. An observational, transversal, prospective, descriptive and analytical study was performed in a second-level regional hospital. The questionnaire administered was the "Professional Quality of life and Commitment to quality Survey," provided by the Quality System (Sicalidad). The results were analyzed using descriptive statistics, ANOVA test, Bonferroni test and logistic regression.

Results. The overall rating for the Global Professional Quality of Life (CVPG) was: high 47% low 26% and 27% regular. Ten percent of respondents felt that their commitment to the quality of clinical care was null or poor, 26% regular and 64% good or excellent. We found a significant correlation ($p < 0.05$) between CVPG and commitment to the quality of services delivered by ANOVA test, linear regression and tabulation.

Conclusions. This study identified a direct correlation in which, higher quality of life is related to greater commitment to quality of services delivered to users.

Key words: professional quality of life, professional commitment, clinical care quality, health personnel.

¹ Residente de Calidad en Medicina, programa multicéntrico, Secretaría de Salud, Hospital San José Tec. de Monterrey.

² Profesor de Residencia de Calidad de la Atención Clínica de Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

³ Gestora de Calidad del Hospital Metropolitano, Dr. Bernardo Sepúlveda, Secretaría de Salud de Nuevo León.

Artículo recibido: 10 de enero de 2011;

Artículo aceptado: 26 de enero de 2011

Correspondencia: Dra. Ana Laura Cajigas Magaña. Calidad de la Atención Clínica. ITESM-Servicios de Salud de Nuevo León. Ave. López Mateos y Nogalar 4600. Col. Bosques de Nogalar. San Nicolás de los Garza. Nuevo León. Correo electrónico: anacajigasm@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones son entidades sociales compuestas por individuos con objetivos comunes, que realizan funciones específicas y tienden a establecer sistemas de coordinación y dirección de carácter racional, con permanencia a través del tiempo y cierta delimitación espacial, tecnológica e instrumental.¹⁻²

De ahí que conseguir su objetivo, da sentido a su existencia y ayuda a las organizaciones a desarrollar componentes básicos que les permite configurarse como un sistema integrado. Estos componentes son el ambiente, la estrategia, la estructura, la tecnología, el sistema de trabajo, las funciones directivas, las políticas, las prácticas de dirección y los recursos humanos.³⁻⁷

Dependiendo del producto hacia el que dirigen sus procesos, las organizaciones pueden generar servicios o productos. Hasenfeld define a las organizaciones que prestan servicio a humanos, como aquellas cuyo objetivo fundamental es la preservación o modificación de atributos de las personas, que se encargan de proteger, mantener o modificar positivamente al individuo.⁸

Un ejemplo de estas organizaciones son los hospitales, que trabajan con y para seres humanos únicos e irrepetibles, con sentimientos, emociones y valores que particularizan la misión y visión de esas organizaciones.

Los hospitales mexicanos son organizaciones complejas que cuentan con diversas características y como instituciones públicas de atención a la salud, han instaurado modelos de atención del ejercicio de la medicina, que intentan consolidar la integración entre el ambiente, la estrategia, la estructura, la tecnología, el sistema de trabajo, las funciones directivas, las políticas, prácticas de dirección y los recursos humanos, pero que aún no han logrado generar las modificaciones deseadas en la calidad de la atención a los pacientes.⁹

La calidad de la atención se define como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).¹⁰ Por su parte, Avedis Donabedian define la calidad de atención como el grado en que los medios más deseables, la ciencia y la tecnología, se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, con los menores riesgos para el paciente, a un costo razonable.¹¹

Algunas publicaciones refieren que el grado de calidad de los servicios de salud entregados a la población, está relacionado con la calidad de vida profesional y satisfacción de sus profesionales.¹²⁻¹³

García Sánchez refiere que: “una persona tiene una buena calidad de vida profesional cuando experimenta un bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de un trabajo desafiante, complejo e intenso y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida se consiga un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y de uno mismo”.¹⁴

De acuerdo con Locke, la satisfacción laboral es “un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto, como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo”¹⁵

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo observacional, transversal, con análisis descriptivo y prospectivo, cuyo objetivo es conocer la calidad de vida laboral de los prestadores de servicios de salud. Incluye un estudio correlacional para conocer si existe relación entre el apoyo directivo, el trabajo de equipo, la carga de trabajo, las capacidades del personal, el compromiso de la dirección, el ambiente de la organización, la motivación intrínseca y la calidad de vida laboral percibida, con el compromiso para proporcionar atención clínica con calidad. El estudio se realizó en un centro hospitalario de segundo nivel de atención de 212 camas censables, de los Servicios de Salud del Estado de Nuevo León. La selección de la población para estudio se estimó de acuerdo a la instrucción 159 de SiCALIDAD, en la que se establece que debajo de 900 empleados, corresponde una muestra de 315 personas. El personal que participó en la muestra fue de carácter voluntario, estuvo compuesta por 90 médicos, 106 enfermeras y 71 de otras disciplinas, agregándose 30% más como margen de seguridad. En la muestra se incorporó personal de ambos sexos, sin restricción de edad, con contrato en la institución, estaba mayor a seis meses, que aceptaran contestar el cuestionario y de cualquier horario laboral. Se excluyó a personal de contrato externo, personal en vacaciones o de permiso. En la figura 1 se muestra la metodología de trabajo.

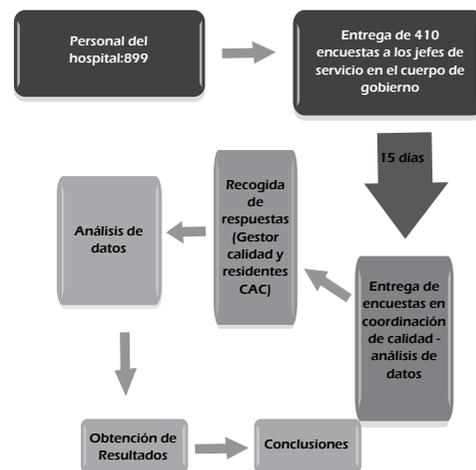


Figura 1. Metodología de trabajo.

La variable dependiente fue el “compromiso con la calidad de la atención clínica” y como variables independientes cuantitativas, el resto de las respuestas.

Las variables independientes cuantitativas fueron las siguientes: edad, sexo, profesión, “calidad de vida global percibida”, variables sociodemográficas y laborales.

Se solicitó el consentimiento informado al personal encuestado y se salvaguardó la confidencialidad de los datos aportados. Se aplicaron los lineamientos de la Instrucción 159 de SiCALIDAD, que conciernen al proyecto “Percepción de los profesionales de la Salud. Caminando con los trabajadores de la salud”, definidos por la dirección General de Calidad y Educación en Salud, que consiste en la aplicación de una

encuesta para diagnosticar la calidad de vida profesional y el compromiso con la calidad de los trabajadores de las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

En el presente estudio se utilizó como herramienta una encuesta diseñada por la Dirección General De Calidad y Educación En Salud de SiCALIDAD en el 2009 denominado: "Caminando con los trabajadores de la salud".

El cuestionario originalmente contenía nueve apartados a los que se adicionaron dos más, uno de cultura de la organización y otro de compromiso con la calidad, por lo que en total la encuesta presentó once apartados con un número variable de ítems, de 1 a 19. Cada ítem se acompaña de una escala tipo Likert cuyas opciones de respuesta van de 1 a 5. Las categorías muy alta y alta se reagruparon en satisfacción alta y las correspondientes a baja y muy baja en satisfacción baja. Del total de reactivos, 9 tienen desenlace dicotómico, 14 son de priorización y 5 de marcaje libre.

Las dimensiones fueron las siguientes:

- I Identificación
- II Apoyo directivo, de equipo y compromiso de la dirección
- III Capacidades, carga laboral, ambiente y entorno organizacional
- IV Calidad de vida profesional percibida
- V Cultura de la organización
- VI Compromiso con la calidad (parte 1)
- VII Conocimientos de la estrategia SICALIDAD
- VIII Impacto en la Acreditación
- IX Prioridades
- X Compromiso con la calidad (parte 2)
- XI Valoración de estrategias

Posteriormente se diseñó un formato de reporte de casos para concentrar los datos y los resultados de las encuestas realizadas se analizaron con estadística descriptiva, obteniendo el promedio, mediana, desviación estándar y rangos. El análisis se efectuó con ANOVA y regresión logística. Para los cálculos estadísticos se utilizó el programa de ordenador Excel ® de Microsoft ® versión 13.0 y Stata® para Windows versión 8.0. Se aceptó como significativo, valor alfa menor de 0.05 y el error beta de 80%.

El recurso humano para aplicar la encuesta fue del propio hospital. En la junta de gobierno se integró al proyecto a los jefes de cada departamento, quienes fungieron como prueba piloto y posteriormente, ellos se encargaron de aplicar o designar entre el personal a su cargo, a los responsables de aplicar las 410 encuestas. Se realizó una invitación general a los trabajadores del hospital, para que de forma voluntaria respondieran la encuesta, posteriormente se recopilaron las encuestas en la coordinación de calidad, se recabaron los datos, se analizaron y se obtuvieron los resultados.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 80%, es decir, de 410 encuestas se regresaron 337, de las que 267 tuvieron un llenado adecuado (tasa de respuesta efectiva 267/410), debido a que se extraviaron 73, no fueron contestadas 32, incompletas 28 (llenado menor al 50%) y 10 fueron alteradas. Figura 2

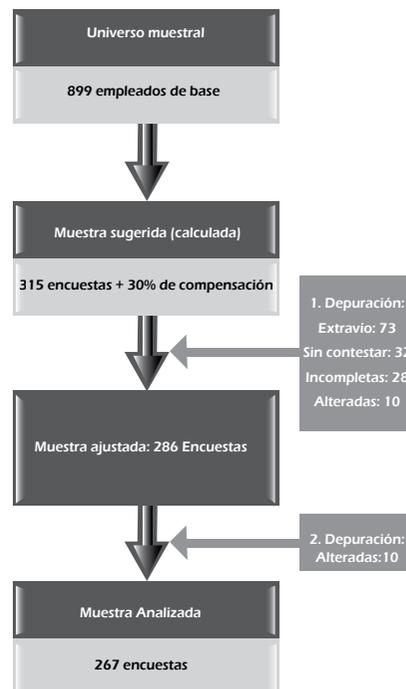


Figura 2. Proceso de ajuste de muestra.

Se eliminaron los siguientes cuatro apartados de la encuesta propuesta por SiCALIDAD: prioridades de la organización, segunda parte de compromiso con la calidad, impacto en la acreditación y valoración de estrategias; debido a que en el 70% de las encuestas se detectó error en el llenado de estos rubros, consideración de importancia para mantener la confiabilidad de los resultados.

Se realizaron rangos para clasificar las respuestas realizadas con la escala de Likert como bajo, medio y alto, con respecto al índice de bienestar de cada apartado siendo alto el mayor bienestar y el índice bajo se decretó como nulo a bajo bienestar.

En relación con el compromiso con la calidad de la atención clínica (CCC), el 10% (0.10) de los encuestados contestó nulo o deficiente, el 26% (0.26) que es regular y el 64% (0.64) que es bueno o excelente. Figura3

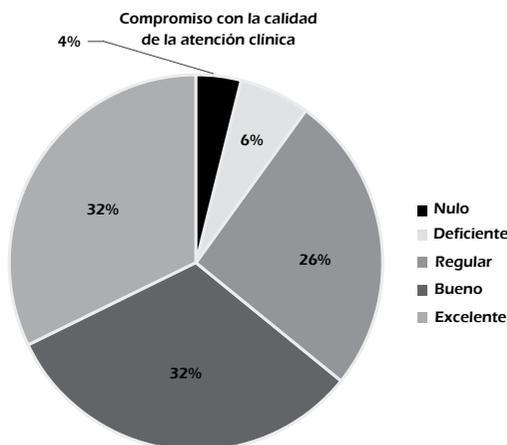


Figura 3. Porcentajes de respuesta del compromiso con la calidad de la atención clínica.

La calificación global del promedio de los ocho apartados o criterios para la medición de Calidad de Vida Profesional global (CVPG) fue alta (satisfactoria o muy satisfactoria) en 0.47 (47%) sobre una puntuación de 10 (100%), para el personal en general del hospital, un 0.26 (26%) puntuaba como CVPG baja (nula o poco satisfactorio) y un 27% refirió satisfacción regular. Figura 4

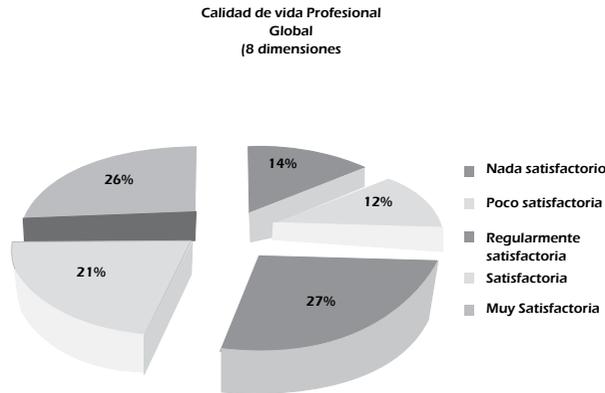


Figura 4. Porcentajes de la calidad de vida profesional global.

La distribución de las respuestas de los ocho criterios se describen en el cuadro 4, así también la distribución de encuestados según los 8 apartados descritos anteriormente

La CVPG analizada con Anova, regresión lineal y tabulación, presentó una diferencia significativa con una $p < 0.05$ por lo que se considera que esta variable tiene relación directa con el compromiso que expresan los profesionales de la salud con la calidad de atención, es decir, a mayor nivel de calidad de vida profesional global (CVPG), mayor es el compromiso con la calidad de los servicios entregados a los usuarios. Se mostró una mayor concentración de respuestas en el punto medio, es decir, a mediana CVPG se observó mediana calidad de atención, sin embargo en la prueba de Bonferroni

todas las variables comparadas presentan relación estadísticamente significativa.

La variable sexo comparada con la CVPG presenta diferencias estadísticamente significativas. En la tabulación de las variables mencionadas se demostró que el 60% de los hombres y el 56% de las mujeres expresaron un mediano nivel de la variable buscada, en el nivel alto de calidad, las mujeres dijeron tener 38% de índice y los hombres sólo un 25% de CVPG satisfactoria.

Un caso similar al mencionado anteriormente fue el resultado para la variable sexo y el compromiso expresado con la calidad asistencial, con una p estadísticamente significativa lo cual nos expresa que la relación no es al azar, un 47% de las mujeres expresaron un alto compromiso con la calidad en contraste con los hombres que declararon un 28%, así como mediano índice en un 46% y 49% respectivamente.

La edad de los participantes no mostró relación con la calidad de vida profesional global y el compromiso con la calidad de la atención clínica.

Aparentemente la profesión mostraba diferencias con la variable de CCC, sin embargo en la regresión logística y la prueba de Bonferroni no se encontraron diferencias para la variable profesión y CVPG.

Las ocho dimensiones valoradas que se englobaron en calidad de vida profesional global se muestran en el cuadro 4. La calificación más alta y que indica mayor bienestar, según los rangos descritos, correspondía la calidad de vida profesional percibida, que se centra en la motivación intrínseca con 0.89 (89%), regular en un 0.07 (7%) y bajo en 0.04 (4%); seguida del apoyo de equipo con 0.64 (64%) de percepción de bueno-excelente, 0.26 (26%) regular y 0.10 (10%) como rango bajo; la cultura de la organización es percibida como alta identificación en 0.51 (51%), 0.31 (31%) medio y 0.18 (18%) de los empleados desconocen la existencia de cultura de la organización; el ambiente de la organización se percibe como buena – excelente por el 46% (0.46) de los empleados, regular el 33% (0.33) y baja por el 21% (0.21).

Cuadro 1. Variables: sexo y profesión

	VARIABLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEXO	Hombres	65	24%
	Mujeres	202	76%
PROFESIÓN	Medicina	90	34%
	Enfermería	106	40%
	Odontología	1	0.3%
	Trabajo social	10	4%
	Nutrición	6	2%
	Psicología	2	0.7%
	Administración	52	19%

Cuadro 2. Variables: Edad y factores culturales.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA				
VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MIN	MAX
Edad	45.59	7.03	20	76
Maestría	0.05	-	-	1
Doctorado	0.01	-	-	1
Especialidad	0.29	-	-	1
Antigüedad en el hospital	17.05	8.00	1	36
Antigüedad SSA	18.85	7.46	-	45
Libros por año	3.43	-	-	50
Cine visitas por año	0.77	-	-	2
Asistencia a obras de Teatro	0.37	-	-	1
Asistencia a exposiciones de arte	0.24	-	-	1
Visitas a museos	0.41	-	-	1
Asistencia a conciertos	0.40	-	-	1

Cuadro 3. Percentiles de edad y antigüedad

	10%	25%	50%	75%	90%
Edad	36	42	46	50	54
Antigüedad en el hospital	4	12	19	25	25
Antigüedad en la SA	8	14	20	25	25

Cuadro 4. Respuestas de Calidad de Vida Profesional Global

BAJO	MEDIO	ALTO	DIMENSIONES
0.04	0.07	0.89	Calidad de vida profesional percibida
0.10	0.26	0.64	Apoyo de equipo
0.18	0.31	0.51	Cultura organizacional
0.21	0.33	0.46	Ambiente organizacional
0.26	0.30	0.44	Compromiso de la dirección
0.27	0.31	0.42	Apoyo directivo
0.22	0.39	0.39	Carga laboral
0.37	0.25	0.38	Capacidades

El compromiso con la dirección se considera alto en 0.44 (44%), regular en 0.30 (30%) y bajo en 0.26 (26%); el apoyo de la dirección se percibe alto por el 42% (0.42) de los empleados, medio por el 31% (0.31) y bajo por el 27% (0.27); la carga laboral no presenta diferencia entre media y alta con 0.39 (39%) en ambos casos y baja en 0.22 (22%). La dimensión con el rango favorable más bajo fue la de capacidades obtenidas, ya que sólo el 38% (0.38%) expresa estar altamente capacitado, el 25% (0.25) medianamente y el 37% (0.37) dice tener bajo nivel de capacidades para el puesto que desempeña.

Los valores intrínsecos de la organización, se identifican en su totalidad por debajo del 50%, es decir, la responsabilidad se destacó en 42% (112 personas) de los encuestados, el respeto se expresó en 36% (96) y la generosidad con el 22%. Por otra parte, la forma en que los profesionales toman las decisiones en su trabajo con respecto a la atención que impacta en el paciente, el 72% expresó tomar decisiones por experiencia, en menor porcentaje con un 36% consultan a sus colegas y compañeros de trabajo, sólo el 35% consulta Guías de práctica clínica y protocolos, el 26% utiliza Normas Oficiales, el 16% realiza revisión de artículos, revistas y publicaciones, así como el 12% de los profesionales toman decisiones basadas en libros de texto.

El 69% de la población encuestada, expresó que sus ingresos no concuerdan con las exigencias de su trabajo. El 45 % de los encuestados refiere conocer la estrategia de SiCALIDAD y el 55% la desconoce.

DISCUSIÓN

Se han analizado otros trabajos que utilizaron una estrategia similar para evaluar la calidad de vida de los profesionales y la satisfacción laboral de los trabajadores de servicios de salud, sin embargo, los trabajos que destacan la relación entre esta variable y el compromiso con la calidad de la atención clínica, son escasos.

La interpretación de los resultados de las encuestas, nos indica que existe una puntuación aceptable en la Calidad de Vida Global percibida por los profesionales. Se desconocen las causas por las cuales algunos apartados de la encuesta se contestaron de manera equívoca o no se contestaron. Es complejo realizar la investigación de esta pregunta, ya que la encuesta tiene carácter anónimo.

Un área de oportunidad para la investigación, es la de medir expectativas y no sólo percepciones, para conocer lo que esperan los empleados de la organización y en función de este rubro, tomar decisiones que favorezcan la calidad de vida de los trabajadores.

Por otra parte, este trabajo es el primer paso para conocer el terreno en el que se intenta sembrar una cultura de calidad de la atención clínica y seguridad del paciente, diagnosticar aquellos factores que restringen o colaboran para que se implementen medidas correctivas y preventivas con la finalidad de que los profesionales alcancen un buen nivel de calidad de vida laboral y con esto se impacte en la calidad asistencial, tanto en su esfera técnica como en la calidez.

Cabe enfatizar que el personal médico participó en una proporción similar a las enfermeras, siendo estas últimas las que manifestaron peor percepción de calidad de vida profesio-

nal, contrario a lo que se ha documentado.¹⁶

En un estudio realizado en un centro de atención primaria en España, se cita la calidad de vida laboral percibida de buena a excelente con una media de 0.56, en comparación con el presente estudio que tiene una media de 0.46. Aunque cabe desatacar la diferencia en el nivel de atención, se encuentran diferencias en la satisfacción de vida laboral en ambos estudios.¹⁷

Por otra parte en una investigación realizada en el hospital de Gineco-Obstetricia. No. 3 CMN La Raza, IMSS, con el tópico de satisfacción laboral en enfermería, dicho personal presentó 3.42 de satisfacción laboral; siendo los hombres los más satisfechos. Dicho estudio concluye que "la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como con las condiciones laborales".¹⁸

También afirma que a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente". Lo que concuerda con los resultados obtenidos en el hospital estudiado con la encuesta de "Calidad de vida profesional percibida y compromiso con la calidad".¹⁸

REFERENCIAS

1. Porter L, Lawler E, Hackman Jr. Behavior in organization. New York: Mc Graw-Hill; 1975.
2. Peiró JM. Desencadenantes del estrés laboral. Eudema 1993; 5-15.
3. Peiró JM. Psicología social aplicada. Madrid: Mc Graw Hill/Interamericana; 1996; 155-96.
4. Mintzberg HL. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1988.
5. Peiró JM. Organizaciones. Nuevas perspectivas psicológicas. Barcelona: PPU 1990.
6. Peiró JM, Salvador A. Control del estrés laboral. Madrid: Eudema; 1993. p. 5-36.
7. Ruelas E. Organización y dirección de los servicios de salud en contextos turbulentos. Salud cambio social y política: perspectivas de América latina. En: Brofman M, Castro R. México: Edamex; 1999. p. 323-332.
8. Hasenfeld Y. Organizaciones al servicio del hombre. México: Fondo de Cultura Económica; 1990.
9. Ramírez AM, García JE, Fraustro SR. A scientific approach to the definition of quality in medical care: a model for Mexican reality. Cad Saúde Públ. 1995; 11 (3): 456-462.
10. Worthington H. Physician and Patient. New York: Baker and Scribner; 1849. p. 357-382.
11. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
12. Pólit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4ª ed. México: Interamericana. McGraw-Hill, 1994.
13. Arriaga Piñero E, De la Torre Fernández-Trujillo J, Alberdi Castell RM, Artigas Lelong B, Moreno Peralta J, García Mena JM. La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: un aná-

- lisis de la experiencia andaluza. Enfermería Global. [en línea] 2003; 2 (3) [Acceso 29-03-2011] Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/627/653>.
14. García Sánchez S. La qualitat de vida profesional como a avantatge competitiv. Rev Qualitat. 1993; 11:4-9.
 15. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. En: Dunnette MD. Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally College Ed.; 1976. p. 1247-1291.
 16. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la insatisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Prim. 1999; 24: 352-9.
 17. Galobart A, Grau J, Sicras A, García G. Satisfacción profesional. Med Clin. 1995; 105: 76.
 18. Villagómez-Amezcuca M, Hernández-Castañón E, Villarreal-Ríos E. Satisfacción laboral en médicos a 6 años de distancia. Rev Med IMSS. 2003;4(5):399-405.

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 en idiomas español e inglés, que favorezcan un mejor entendimiento de la Medicina, Enfermería, Derecho y profesiones afines, para la prevención y atención del conflicto derivado del acto médico: seguridad del paciente, calidad de la atención médica, ética profesional, formación de profesionales de la salud y el derecho, error médico y su prevención, así como temas relacionados con los medios alternos de solución de conflictos, derechos humanos y otros afines al acto médico.

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

Todos los artículos deberán incluir una página inicial, la cual consta de:

- Título en español e inglés con una extensión máxima de 15 palabras; título en español corto, no mayor a 7 palabras.
- Nombre del autor(es) y cargos institucionales
- Nombre, adscripción, teléfono, dirección postal y correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (Autor de contacto).
- Las fuentes de financiamiento de la investigación y los posibles conflictos de interés de los autores, cuando aplique.
- Palabras clave en español e inglés. Para ello se recomienda emplear los términos de la versión más reciente del Medical Subject Headings del Index Medicus.
- Las referencias bibliográficas deben cumplir los Requisitos Uniformes para Manuscritos enviados a las Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas).

Secciones de la Revista CONAMED:

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

Presentación y entrega del manuscrito, cuadros y figuras.

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con el procesador de textos Word, a uno y medio espacios (uno y medio renglón) en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras), en tamaño carta, con márgenes de 3 cm. Las páginas deberán numerarse consecutivamente. Los trabajos deberán enviarse en 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™, Powerpoint™, Photoshop™, Illustrator™, etc.) y cumplir las especificaciones de las Instrucciones para Autores, disponibles en la página web de CONAMED.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista CONAMED

Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8.
Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez,
C.P. 03020 México, D.F.
Tels: (55)5420-7143, (55)5420-7106, (55)5420-7032
o (55)5420-7103.
Fax: (55)5420-7109.
revista@conamed.gob.mx

TIPO DE PUBLICACIÓN	Ejemplo
Revistas	Rodríguez-Suárez J, Mata-Miranda R. Calidad de la práctica médica y medicina basada en evidencia. Rev CONAMED. 2007 Abr-Jun; 12: 8-12.
Libros	Luna-Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. México: CONAMED; 2008. 187 p.
Capítulos de libros	García-Torices LM, Martínez-López S. Comunicación educativa: enfoques. En: Tena Tamayo C, Hernández Orozco F. La comunicación humana en la relación médico-paciente. 2ª ed. México: Prado; 2007. p. 257-272.
Documentos con formato electrónico	Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento válidamente informado. Conclusiones. [Acceso 30-08-2010]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/cvi_conclusiones.zip .
Normas y leyes (Dos ejemplos)	a) Norma Oficial del Expediente Clínico. NOM 168 SSA2. México: Secretaría de Salud; 1998. Disponible en [Acceso 30-08-2010]: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf . b) Secretaría del Medio Ambiente. Ley de Protección Ambiental. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 1999. México.

Consulte las Instrucciones para Autores en extenso:

<http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/instrucciones.pdf>

Conocimiento y acciones de los adolescentes sobre el autocuidado de su salud

Teens' knowledge and actions on health self-care

Verónica Maricruz de la Fuente-Maldonado¹, Vanesa Omaña-Martínez¹, Rosita Soo Ran Lee-Chun¹, Brenda Carolina Alavéz-Orato¹, Hebert Iván Peña-Carrillo¹, Estefany Sierra-Castañeda¹

RESUMEN

Introducción. El conocimiento y la práctica del autocuidado de la salud en los jóvenes adolescentes de 15 a 18 años, es un tema significativo y primordial para fomentar la promoción de la salud y prevención de enfermedades de la etapa adulta. El grupo de jóvenes es medular dentro de un país para su crecimiento social y económico.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal y descriptivo mediante encuesta a una población de 251 jóvenes, a quienes se aplicó un cuestionario con temas de: sexualidad, higiene, alimentación, adicciones y prevención de accidentes, entre otros.

Resultados. El promedio de edad de los jóvenes encuestados fue de 16 años y se obtuvieron los siguientes resultados: el 77% conoce el concepto de autocuidado y 96% considera la importancia del autocuidado de la salud. Aunado a lo anterior, el 81% tiende a la realización de acciones para el autocuidado, entre el 93% y 99% tiene conocimientos de salud reproductiva, entre el 90% y 96% sobre alimentación adecuada y el 77%, tiene interés de adquirir mayor conocimiento sobre autocuidado.

Discusión. En los jóvenes el tema del autocuidado es de suma importancia para la conservación de una vida sana; sin embargo, se mencionan como factores adversos; el déficit de conocimiento sobre el tema y la falta de tiempo para realizar las acciones necesarias.

Palabras clave: jóvenes, autocuidado, salud, conocimiento, cuidado.

ABSTRACT

Introduction. Knowledge and practice of self-care in young adolescents from 15 to 18 years is a significant and essential matter in order to encourage the promotion of healthy life styles and the prevention of diseases in the adult stage. Furthermore, young people are crucial for a country's social and economic growth.

Material and methods. A transverse and descriptive study was performed, 251 surveys were applied to youngsters aged 15 to 18 years of age. The questionnaire included items related to topics such as sexuality, hygiene, food, addictions, prevention of accidents, among others.

Results. The average age of the surveyed population was 16 years old; 77% knew the concept of self-care, 96% regarded self-care as important, 81% performs actions directed to self-care, between 93% and 99% have knowledge on reproductive health, between 90% and 96% on adequate food intake, and 77% have interest to gain further understanding of self-care.

Discussion. In young people, self-care is considered important for maintaining a healthy life, however, lack of knowledge and lack of time to perform necessary self care actions were mentioned as adverse factors.

Key words: Young adolescents, self-care, health, health care, knowledge.

¹ Programa de Servicio Social en Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Artículo recibido: 21 de junio de 2010;

Artículo aceptado: 26 de enero de 2011

Correspondencia: Verónica Maricruz de la Fuente Maldonado, Programa de Servicio Social en Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenía), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

INTRODUCCIÓN

Llevar a cabo el autocuidado de la salud, es responsabilidad de cada uno de los individuos, así como de preservarlo de cualquier factor de riesgo que amenace la integridad de la persona. Por ello es importante saber qué tanto se preocupa la sociedad por querer mantener el equilibrio en su vida y su salud.

En la Asamblea Mundial de la Salud No. 42, en Ginebra en mayo de 1989, se estableció que la salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico global.¹

El tener hoy en día conocimiento del autocuidado de la salud en México, debe ser un tema de importancia, en especial para la población joven, quienes son los que menos creen requerir supervisión médica o psicológica y que debido a sus creencias sobre autocuidado no buscan asesoría en cuestiones de sexualidad, higiene, alimentación, adicciones, etc.

Según reportes del Censo de Población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), hasta el 2008 México se conforma por un alto porcentaje de jóvenes, lo que supone un cambio de la pirámide poblacional con aumento significativo de habitantes adultos mayores. Esto podría implicar incremento de la demanda de atención e insuficiencia de los servicios de salud, por lo que es necesario fomentar la cultura de autocuidado en los jóvenes de hoy e inculcar la prevención de enfermedades y complicaciones en la población adulta y senil del mañana.

Dentro del área de la salud surgen diversos enfoques de autocuidado destacando el de la enfermera Dorotea Orem, quien propone en 1971 la teoría de autocuidado en la cual interrelaciona tres teorías: el autocuidado, el déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería. Esta teoría expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar.²

El presente artículo de investigación tiene un enfoque clínico y social, para realizar un diagnóstico situacional de los conocimientos que poseen los jóvenes, sobre las medidas y elementos que les permitan tener un autocuidado para prevenir daños y conservar su salud.

Los resultados que se obtuvieron sirven como guía para establecer propuestas de programas preventivos para la población de jóvenes y así disminuir los factores de riesgo en su salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal y descriptivo. Tratándose de una muestra de 251 estudiantes de preparatoria pública de 15 a 18 años, de ambos géneros. La muestra se seleccionó por medio de un muestreo probabilístico tipo conglomerado, obteniendo un finito de 251 encuestas aplicadas individualmente en sujetos voluntarios, a los cuales se les explicó que las respuestas eran anónimas y con fines de investigación.

Las variables a estudiar dentro de la investigación se categorizaron en seis rubros: concepto de autocuidado de la salud, importancia del autocuidado de la salud, acciones sobre autocuidado de la salud, salud reproductiva, alimentación y adquirir mayor conocimiento de autocuidado. La recolec-

ción de datos significativos para dichas variables se realizó mediante una encuesta estructurada con 22 reactivos: dicotómicos y abiertos.

Para la aplicación de las encuestas de dicha investigación se consideraron aspectos éticos, se explicó a los encuestados que su participación sería voluntaria, anónima y que la información se manejaría únicamente de forma general y con fines de investigación, con respeto a su confidencialidad y basándose en los principios éticos.

Análisis estadístico

Esta información se capturó y analizó mediante el paquete de programas de Microsoft Excel®, con el apoyo del programa SPSS. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de las variables con frecuencias simples para cada respuesta con finalidad de presentar los resultados mediante gráficos representativos de cada rubro.

RESULTADOS

La investigación incluyó 251 estudiantes de preparatoria cuya edad perteneciera a un rango de 15 a 18 años, con edad promedio de 16 años, moda y mediana de 17 años.

Dentro de la muestra se encontró que más de la mitad de la población 193 jóvenes (77%) cuentan con un concepto de autocuidado para la salud. En esta población se identificaron diversos significados, unificándolos en cinco enunciados: 77 jóvenes (40%) coinciden en cuidar y respetar el cuerpo; 48 jóvenes (25%) en cuidar la salud, 39 jóvenes (20%) en realizar medidas preventivas e higiénicas, 19 (10%) en conservar un estado físico, psicológico y social adecuado y 10 jóvenes (5%) en asistir al médico (Figura 1).

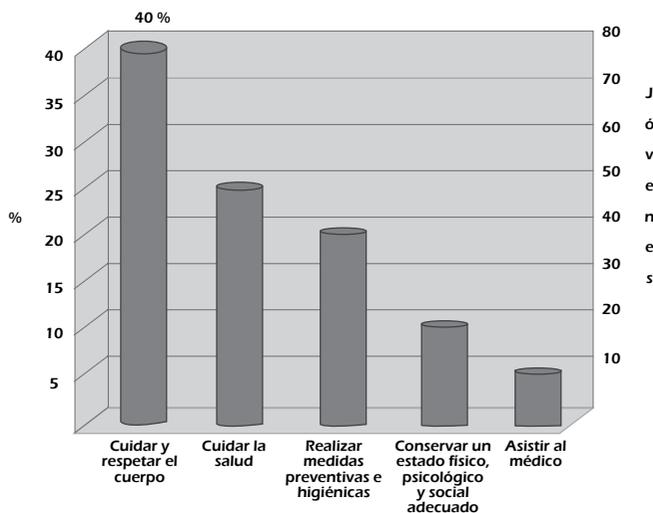


Figura 1. Percepción sobre el concepto de autocuidado en los estudiantes de preparatoria.

En relación al rubro sobre la importancia del autocuidado, se muestra que la mayoría: 241 jóvenes (96%) consideran al

autocuidado de la salud importante en sus vidas; justificaron la importancia del autocuidado englobando sus opiniones en: estar saludable 87 jóvenes (36%), cuidar la salud a cualquier edad 67 jóvenes (28%), evitar enfermarse 48 jóvenes (20%), finalmente sentirse y verse bien 39 jóvenes (16%) (Figura 2).

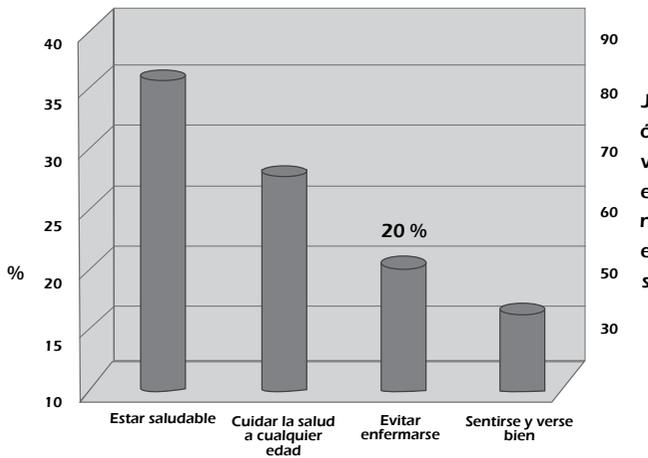


Figura 2. Importancia del autocuidado en estudiantes de preparatoria.

Dentro del porcentaje negativo de los jóvenes que no realizan acciones de autocuidado, se encontró que 19 jóvenes (40%) refiere no tener conocimiento sobre el tema, en igual número: 19 jóvenes (40%) mencionan no tener tiempo para efectuarlas y finalmente 10 jóvenes (20%) no conoce más acciones, que acudir al médico (Figura 3).

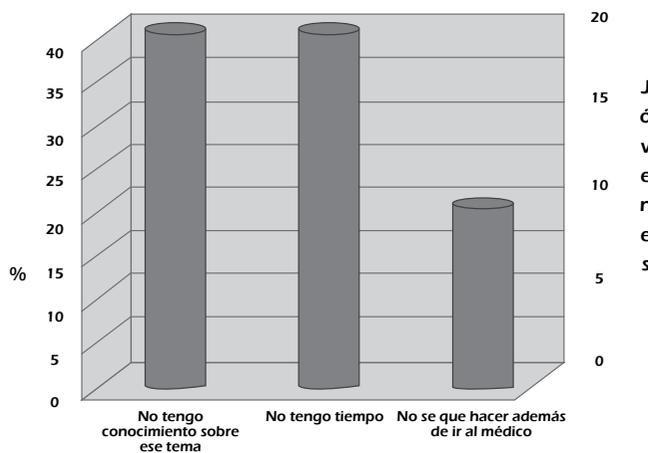


Figura 3. Motivos de los jóvenes por los que no realizan acciones de autocuidado.

Teniendo como antecedente la importancia que dan los jóvenes al autocuidado, encontramos que 203 jóvenes (81%) realiza acciones con este fin. Comparando los resultados obtenidos en relación a las acciones de autocuidado que realizan los jóvenes, se observó una tendencia positiva hacia el cuidado de la salud realizando actividades como: lavarse las manos 194 jóvenes (96%), hacer ejercicio 158 jóvenes (78%) y en prevención de accidentes 156 jóvenes (77%). Podemos

resaltar que existen acciones de poca frecuencia como la revisión dental anual por 156 jóvenes (62%), 120 jóvenes (59%) refirieron que su talla es acorde a su peso. Se identificó una acción en la cual 87 jóvenes (44%) se desparasitan teniendo un riesgo real de salud el resto de los jóvenes, 47 jóvenes (33%) refieren que la comunicación entre ellos es violenta. Existe una falta de conocimiento sobre el esquema correspondiente de vacunación de 60 jóvenes (24%) y por parte de 8 jóvenes (4%) encontramos consumo de droga ilegal. (Figura 4).

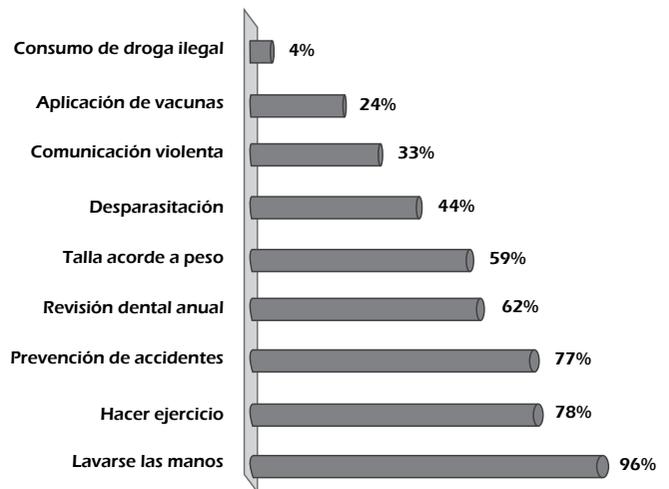


Figura 4. Acciones de autocuidado que realizan los estudiantes de preparatoria.

Del total de la población estudiada de 251 jóvenes, 250 jóvenes (99%) tienen conocimiento de salud reproductiva por otro lado 233 jóvenes (93%) conocen los diferentes métodos anticonceptivos que existen, sin embargo únicamente 208 jóvenes (83%) saben cómo colocarse un condón correctamente. Por lo tanto, el resto de la muestra no cuenta con nociones básicas de salud reproductiva, significando un riesgo para ese grupo poblacional (Figura 5).

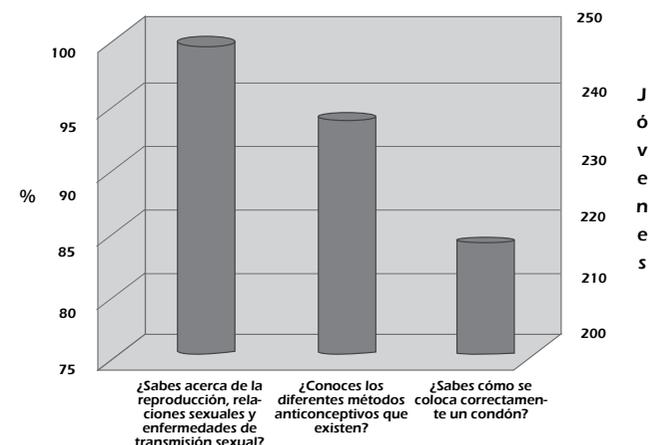


Figura 5. Conocimiento sobre salud reproductiva en estudiantes de preparatoria.

Una de las acciones con mayor predominio en la muestra estudiada refleja que 241 (96%) jóvenes conocen los riesgos de consumir comida chatarra, 226 jóvenes (90%) conocen los alimentos necesarios para cuidar su salud y los riesgos de consumir comida chatarra, a pesar de esto sólo 140 jóvenes (56%) llevan a cabo el cuidado de su alimentación mientras que el resto de los jóvenes incrementan el riesgo de una mala alimentación (Figura 6).

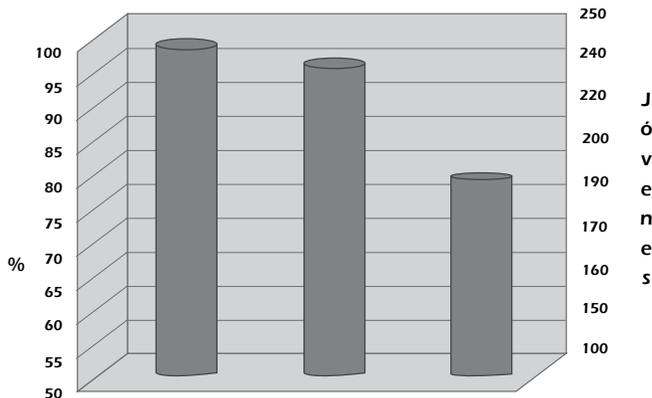


Figura 6. Conocimiento sobre una adecuada alimentación en estudiantes de preparatoria.

De las encuestas aplicadas a los estudiantes 193 jóvenes (77%) están interesados en obtener más información acerca del autocuidado de la salud, generando una oportunidad para los profesionales de la educación y la salud, en beneficio a la población mediante acciones conjuntas de difusión en materia de prevención. Sin embargo 48 jóvenes (19%) refieren no estar interesados en conocer más acerca del autocuidado (Figura 7).

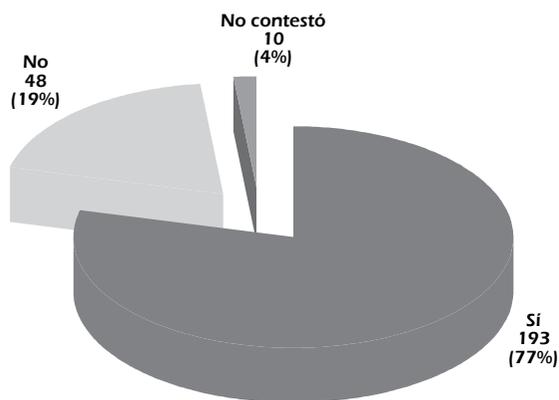


Figura 7. Interés en adquirir mayor conocimiento de autocuidado por parte de los estudiantes de preparatoria.

DISCUSIÓN

El análisis final de los resultados de esta investigación muestra que más de la mitad de los estudiantes tienen un concepto propio de lo que es el autocuidado de la salud el cual perciben como cuidar y respetar su cuerpo, preservar su salud, asistir al médico, un adecuado estado biopsicosocial y realizar

medidas preventivas de higiene; de acuerdo con el concepto de la OMS que nos dice: "El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud, estas prácticas son de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad". Esto nos muestra que existe coherencia y relación en ambos significados, lo cual indica que tienen un concepto aceptable de autocuidado; reflejado principalmente en dos acciones que refieren llevar a cabo habitualmente como el lavado de manos y el no consumir drogas ilegales.

Sin embargo la población estudiada presenta factores de riesgo importantes, con relación al cuidado de su salud. De acuerdo a su alimentación, se encontró que los jóvenes conocen la manera ideal de una buena nutrición, pero no la llevan a cabo; consecuentemente esta acción debe ser reforzada por medio de programas, que promuevan la conducta de realizar una adecuada alimentación, en beneficio de su salud.

Dentro de las acciones que se consideran para el autocuidado de la salud, se hace mención de las que no son llevadas a cabo por más de la mitad de los jóvenes, como son revisión dental anual, desparasitación semestral y conocimiento del esquema de vacunación acorde a su edad. Es inquietante notar que los jóvenes refirieron que dentro del entorno social en el que conviven, existe una comunicación violenta entre los mismos, propiciando un deterioro en los vínculos de comunicación dentro de la sociedad.

Se requiere implementar estrategias que eleven el conocimiento e interés de los jóvenes, hacia el cuidado de su salud, tomando en cuenta las limitaciones de tiempo y actitud con las que cuentan para realizar estas acciones; por lo tanto se pueden realizar campañas de salud obligatorias dentro de los horarios escolares, enfocadas a ofrecer información en general y a la aplicación de vacunas, así como la desparasitación. En consecuencia, los temas de educación para la salud en este sector de la población, son muy necesarias para el autocuidado, prevención de enfermedades y mejorar la calidad de su vida.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1989.
2. López-Díaz AL, Guerrero-Gamboa S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. Educ. Enferm. 2006; (24)2: 90-100.
3. Tobón-Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la Promoción de la Salud [En línea] 2002. [Acceso 26-04-2010] Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.
4. Buil RC, Lete LI, Ros RR. Manual de salud reproductiva en la adolescencia: Aspectos básicos y clínicos, Consideraciones Biológicas, Psicológicas y Sociales. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción y Wyeth-Lederle; 2001. [En línea] [Acceso 24-02-2010] Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/index.php.
5. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adoles-

- encia, Programa de atención a la salud de la adolescencia 2010. [En línea] [Acceso 16-02-2010] Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/interior/adolescencia/adolescencia_index.html.
6. Silver TJ. Medicina de la Adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación Científica N° 489. Washington: OPS/OMS; 1985.
 7. Brindo MI. La promoción de la salud en jóvenes versus autocuidado. Capítulo 6. En: Griñán MC, Brindo MI. La promoción de la salud en jóvenes versus autocuidado [en línea] Versión [Acceso 15-02-2010]. Disponible en: <http://knol.google.com/k/mª-carmen-griñán-martínez/capitulo-8-la-promoción-de-la-salud-en/2vd97kpk3mjl/9>.
 8. Zorrilla S. Introducción a la metodología de la investigación. México: Océano; 1988. p. 103-110,114,131.
 9. Stepke F. Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Panamá (Panamá): Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en bioética; Mayo 2 y 4, 2000.

*R*ecognimiento a Revisores y Colaboradores

La Revista CONAMED expresa su reconocimiento a los distinguidos especialistas que participaron desinteresada y acuciosamente como revisores y colaboradores en la selección y perfeccionamiento de los artículos publicados en sus páginas durante el año próximo pasado. Algunos de ellos reciben crédito por su valioso trabajo en la página legal de nuestra Revista, al formar parte del Comité y Consejo Editorial. Sin embargo, existen muchos otros especialistas que generosamente comparten su tiempo y su experiencia, a quienes no habíamos tenido la oportunidad de agradecer su invaluable tarea, pero quienes constituyen el elemento profesional vital que ha contribuido a elevar y mantener el prestigio académico nacional e internacional de la Revista CONAMED.

Nos consideramos afortunados y honrados por haber contado, durante el año 2010, con el apoyo de los siguientes expertos:

Abdo Francis Juan Miguel
Aguirre Gas Héctor Gerardo
Alayola Sansores Alejandro
Arboleña Casanova Heberto
Bañuelos Flores Joel
Cambero González Enriqueta Guadalupe
Carius Jean-Marie
Córdoba Ávila Miguel Angel
Durán Arenas Luis
Fernández Cueto Ma. Soledad
Fuentes Domínguez Marco Antonio
Gallegos Cázares Rogelio
García Saisó Sebastián
González Barrón Sergio
Gutiérrez Vega Rafael
Gutiérrez Zurita Andoni
Halabe Cherem José

Hernández Torres Francisco
Israel Israel Miriam
Laguna Falcón Marcos Guillermo
Machorro Nieves Alejandro
Martínez López Jorge
Martínez Ramírez Armando
Pérez Castro y Vázquez Jorge Alfonso
Rodríguez Suárez Javier
Rojas Dosal José Adrián
Ruelas González Ma. Guadalupe
Ruiz Espinosa Juan Gabriel
Santacruz Varela Javier
Vicente González Esther
Torres Valadéz Fernando
Vargas Guadarrama Luis Alberto
Yiniegra Osorio Arturo
Zarate Hidalgo Leopoldo



Análisis de eventos centinela: una propuesta metodológica

Sentinel event analysis: a methodological proposal

Armando Martínez-Ramírez¹

RESUMEN

El propósito de la presente comunicación es proponer una metodología para el análisis de eventos centinela. El método propuesto permite describir el proceso de atención e identificar los modos de fallas, determinar la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las mismas, identificar las posibles causas y establecer estrategias e indicadores para medir su eficacia y los responsables de su implantación y cumplimiento; que permita la valoración prospectiva que identifique y mejore los pasos de un proceso para garantizar, razonablemente, resultados seguros y clínicamente deseables.

Es indudable que en México debemos transitar de la notificación a la investigación proactiva de los eventos adversos para lo cual se requiere una metodología simplificada y que se ajuste mejor a las condiciones organizacionales y culturales de nuestras instituciones de salud.

Palabras clave: evento centinela. Metodología de análisis, gestión de riesgos sanitarios.

INTRODUCCIÓN

Desde la publicación en 1999 del libro *"to err is human"*, la seguridad del paciente y la gestión de los riesgos se ha convertido en tema central de la política sanitaria a nivel mundial. La divulgación del libro y la gravedad de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria ha captado la atención: de la sociedad que exige mayor transparencia ante las fallas o defectos en el funcionamiento de los servicios; de los profesionales de la salud, que incrementan cada día las medidas dirigi-

ABSTRACT

The intention of the present communication is to propose a methodology for the analysis of sentinel events. The proposed method allows to describe the process of attention and to identify failures's modes, to determine the probability of occurrence and their severity, to identify the possible causes for failure in order to establish strategies and subsequent indicators to measure their efficiency as well as the persons in charge of implantation and fulfillment. This allows to be able to facilitate a prospective valuation that identifies and improves the process steps, in order to reasonably guarantee safe and clinically desirable results.

It is undoubted that in Mexico we must transition from notification to the proactive research of adverse events, for which a simplified methodology and one that better adjusts to the organizational and cultural conditions of our health institutions is required.

Key words: Sentinel event. Analysis Methodology, Sanitary Risk Managements.

das a la contención de riesgos (protocolos, programas, regulaciones, etc.); de los políticos que definen objetivos, acciones y realizan cambios a nivel internacional^{1,2} y nacional^{3,4,5}.

Los incidentes que resultan de una acción sanitaria se asocian con fallas estructurales, organizacionales o de la toma de decisiones clínicas y se pueden manifestar como incremento del riesgo de presentarse cuasi-fallas, evento adverso o evento centinela.⁶

¹ Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

Artículo recibido: 11 de octubre de 2010; Artículo aceptado: 30 de noviembre de 2010

Correspondencia: Dr. Armando Martínez Ramírez. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Sierra Mojada #950, Col. Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. C.P 44348. Correo electrónico: drmartinezr@hotmail.com.

Desde 1976, Rutstein et al. Introdujeron el término de evento centinela de salud. Quienes concibieron su uso como un método para determinar la calidad de atención médica, la definieron como "la ocurrencia de una enfermedad, incapacidad o finalmente la muerte innecesaria. Un evento centinela en salud justifica una búsqueda científica cuidadosamente controlada de causas subyacentes que se pueden remediar".⁷

El ministerio de salud de Colombia define los eventos centinela como "aquellas condiciones o padecimientos cuya ocurrencia o presencia sirve de alarma y refleja la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud; se comportan como índice negativo de la misma y parten del supuesto de que si el sistema de atención ha estado funcionando satisfactoriamente, podían haberse evitado o controlado. Muestran tres tipos de condiciones básicas: enfermedad innecesaria, incapacidad innecesaria o muerte prematura". Recomienda que la aparición de estos casos debe desencadenar un estudio a profundidad, a fin de establecer medidas correctivas y preventivas necesarias para controlar la aparición de nuevos casos.⁸

Así, la necesidad de la gestión activa de los riesgos sanitarios proviene de la creciente demanda de calidad por los usuarios de los servicios médicos⁹ y de los resultados de los estudios realizados en el campo de los eventos adversos evitables, que demuestran la importancia social y económica de dichos problemas.¹⁰

Por ejemplo, en 2003 la Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO) Identificó 114 eventos centinela en hospitales de los Estados Unidos que habían solicitado su acreditación. La Comisión considera que existen de 10 a 20 eventos centinela anuales por hospital¹² además se estima que por cada evento centinela se producen 29 eventos adversos (menores) y 300 incidentes sin lesión.¹¹ La propia JCAHCO incluye entre sus estándares de acreditación el análisis de los eventos centinela.

Diferentes métodos se han propuesto para el abordaje científico tanto del riesgo como del daño generado en y por el proceso de atención, los cuales se integran en la estrategia global denominada Gestión de Riesgos Sanitarios.

La Gestión de Riesgos (Risk Management) es una práctica originada y conocida en el mundo empresarial que puede definirse como un proceso estructurado que incluye la valoración de los riesgos y la incertidumbre asociada a los mismos; el desarrollo de estrategias para confrontarlos; y la gestión correspondiente de su implementación.¹²

Así, la Gestión de Riesgos Sanitarios es el proceso que pretende establecer pautas de actuación para la toma de decisiones, de manera que elimine o minimice las pérdidas a que da lugar la transformación en daños de los riesgos que conlleva la prestación de asistencia sanitaria.¹³

La Gestión de Riesgos Sanitarios incluye todas las políticas, recomendaciones, programas y otros tipos de intervenciones que tienen como objetivo eliminar, reducir o gestionar los riesgos hospitalarios¹⁴ y espera obtener un triple beneficio: para los usuarios, una mejor calidad de atención; para los profesionales, un incremento en la seguridad en su actuación y una mayor tranquilidad en su desempeño; y para la institución sanitaria, un menor riesgo en la gestión de sus propias responsabilidades y una disminución del costo.¹⁵

La gestión de riesgos tiene una metodología bien establecida y existen distintos modelos que se pueden aplicar a cualquier sector de la actividad sanitaria: gestión de riesgos clínicos de la Australian Patient Safety Foundation¹⁶; la IDEF (Integrated Definition) del Ministerio de sanidad y consumo de España¹⁴; las herramientas para el análisis y evaluación de riesgos proactivo (análisis modal de fallos y efectos AMFE, Matriz de riesgos, estimación de valor monetario, análisis de barreras) y para el análisis retrospectivo (análisis de causa raíz, ARC) propuestas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Carlos III de Madrid¹⁷; y el Healthcare Failure Modes and Effects Analysis (HFMEA) desarrollado por la Veteran Administration y modificado por Saturno.^{18,12}

En México debemos transitar de la notificación^{19,20} a la investigación proactiva de los eventos adversos, por tanto el objetivo de la presente comunicación es proponer una metodología para el análisis de estos incidentes, particularmente de los eventos centinela.

PROPUESTA METODOLÓGICA

La metodología propuesta para el análisis de eventos centinela permite describir el proceso de atención e identificar los modos de fallas; determinar la probabilidad de ocurrencia y la severidad de las mismas; identificar las posibles causas de las fallas y establecer estrategias e indicadores para medir su eficacia y los responsables de su implantación y cumplimiento; y tiene como propósito la valoración prospectiva que identifique y mejore los pasos de un proceso para garantizar razonablemente unos resultados seguros y clínicamente deseables.

Fases de la propuesta metodológica

Definir el proceso a analizar.

La selección del evento, proceso o tema que va a ser sometido a análisis puede ser definido por el Comité de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente, o bien ser seleccionado de los eventos centinela registrados en los sistemas de notificación o de monitorización de indicadores.

Generalmente hay mucha claridad por parte del personal operativo y directivo de los eventos de mayor interés que deben ser revisados, sin embargo, cuando requiere mayor debate o discusión cualitativa para seleccionar el tema se pueden utilizar la lluvia de ideas para grupos heterogéneos (personal clínico y administrativo) o la técnica de grupo nominal para grupos homogéneos (profesionales de la salud). Por supuesto que el nivel gestor puede decidir los casos a analizar y posterior intervención de acuerdo a sus propios intereses o criterios (alto costo, alto riesgo, alto volumen).

Conformar el grupo de análisis.

La integración del equipo de análisis debe cumplir con al menos los siguientes criterios: asegurar la multidisciplinariedad del grupo; involucrar a una o más de las personas implicadas en el evento centinela; participación de personal directivo con nivel de decisión y capacidad de gestión que valide las decisiones y se asegure la implementación de las estrategias de intervención y mejora; que el facilitador del proceso de análisis sea experto en la metodología de gestión de riesgos sanitarios.

Describir el proceso de atención y detectar posibles fallas. Esta etapa inicia con la identificación de las diferentes fases del proceso de atención. Por ejemplo, para un evento centinela quirúrgico podemos identificar: la valoración inicial por médico general o de primer contacto, la valoración por el especialista (cirujano), valoración por médico interconsultante (intensivista), valoración anestésica y procedimiento quirúrgico. Para este fin se puede utilizar un flujograma simple de forma horizontal que facilite el análisis y permita identificar las posibles fallas en cada uno de los pasos del proceso de atención (Cuadro 1).

Cuadro 1. Flujograma del proceso de atención y posibles fallas

	Valoración Inicial	Valoración por especialistas	Valoración por médico interconsultante	Valoración anestésica	Procedimiento quirúrgico
Fases del proceso	1. ↓ 2. ↘	4. → 3. ↑	5. ↓ 6. ↘	7. →	8.
Posibles fallas					

Obviamente cuando se analice en lugar de un evento clínico un evento administrativo, las fases del proceso serán de acuerdo al tipo del mismo. Por ejemplo en una caída de paciente durante el traslado en camilla los pasos serían: motivo del traslado (urgencia, prisa), preparación del paciente, colocación en la camilla, sujeción y subida de barandales, traslado, etc.

Determinar probabilidad de ocurrencia y severidad del efecto.

Para este fin utilizar la "Matriz para el análisis de modos de falla y efecto" que incluya:

- La fase del proceso;
- El modo de falla;
- La probabilidad de ocurrencia (PO);
- La severidad del efecto (S); y
- Calificación de prioridad de riesgo (CPR).

Cuadro 2. Matriz para el análisis de modos de falla y efecto

Fase del proceso	Modo de falla	Probabilidad de ocurrencia	Severidad	Calificación de prioridad de riesgo
		(PO)	(S)	PO X S=(CPR)

Donde:

- Probabilidad de ocurrencia (PO): calificar de 1-10, donde 10= muy probable que ocurra.

- Severidad (S): calificar de 1-10, donde 10= a el efecto más severo.
- Calificación de prioridad de riesgo (CPR)=PO x S

Identificar posibles causas.

En esta fase del análisis es muy útil el Diagrama de Causa-Efecto (Figura 1), utilizando como niveles de análisis las Políticas, los Procesos, el Personal y el Paciente (4P).

Las políticas consideradas como los lineamientos generales dictados por el nivel directivo/gerencial que norman el funcionamiento de la organización de salud.

Los procesos de gestión clínica y administrativa que simplifiquen, estandaricen y mejoren el funcionamiento de los servicios de salud. Básicamente habría que analizar: a) si están documentados; b) si existen y se aplican; c) o la inexistencia de procesos.

En el personal analizar las competencias profesionales (conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes, comunicación, trabajo en equipo, etc.).

En los pacientes investigar: idiosincrasia, cooperación, creencias, valores, etc.

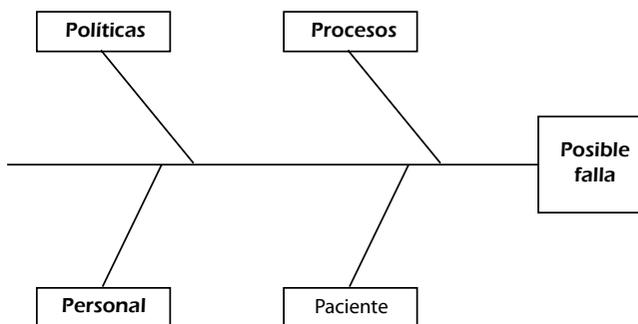


Figura 1. Diagrama de Causa-Efecto.

Establecer estrategias indicadores y responsables de su implantación y cumplimiento.

Para este fin se propone un formato que incluya:

- El fallo identificado;
- La causa potencial;
- Acción o estrategia;
- Indicadores de resultados;
- Responsable; y
- Fecha de cumplimiento

Cuadro 3. Estrategias, indicadores y responsables de su implantación y cumplimiento

Fallo identificado	Causa potencial	Acción o estrategia	Indicadores de resultados	Responsable	Fecha de cumplimiento

DISCUSIÓN

Las unidades de atención médica deben responder ante todos los eventos centinela. La respuesta adecuada incluye una investigación oportuna de las fallas, sus posibles causas, implementar soluciones y monitorizar su efectividad.²¹

La metodología propuesta para el análisis de eventos centinela se enfoca a la gestión de riesgos sanitarios que pretenden establecer pautas de atención para la prevención de riesgos.

Diferencias y coincidencias con otras metodologías.

- En la definición del tema evento o proceso a analizar hay coincidencias con otras metodologías^{12,18,22,23,24}, es decir se recurre a sistemas de indicadores, sin embargo, sugerimos que una fuente importante podría o debería ser los Comités locales de Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente. Incluso los propios gerentes de los hospitales cuando el evento centinela pudiera tener trascendencia legal, política, económica, social y profesional.
- En la integración del equipo de análisis coincidimos con los criterios de selección de la Veteran Administration¹⁸ y Pedro Saturno¹². No obstante, consideramos que en ambas metodologías se depende mucho de los facilitadores (expertos) en Gestión de Riesgos Sanitarios, por lo que sería conveniente intentar diseñar métodos e instrumentos de análisis más simplificados y prácticos para que dicha dependencia sea mínima o nula o que baste una capacitación metodológica básica para su comprensión y aplicación.
- Una de las principales diferencias de nuestra propuesta con la de otros autores^{12,18,22,23,24} en la descripción de los pasos del proceso de atención, es la utilización de un flujoograma horizontal que no sólo describa las actividades y la dirección de las mismas, sino también permita incluir en el formato un apartado para enunciar las fallas detectadas (Cuadro 1) lo que facilita el análisis gráfico de las relaciones entre los modos de fallo y su presentación en las diferentes etapas del proceso.
- En relación a los criterios e instrumentos para determinar la probabilidad de ocurrencia y severidad de las fallas seguimos considerando que los "Criterios para clasificar la probabilidad de ocurrencia de los fallos en un HFMEA"; "Criterios para la clasificación de la gravedad de los fallos analizados con HFMEA" y la "Matriz para puntuación de riesgos"^{12,18} complejos en su manejo e interpretación, para lo cual se requiere la participación de facilitadores expertos, lo que los hace poco prácticos. En este sentido proponemos retomar los criterios de clasificación de probabilidad de ocurrencia (PO), severidad de las fallas (S) y la clasificación de la prioridad de riesgo (PO X S) de la "Matriz para el análisis de modos de falla y efecto (AMFE)"²⁴ simplificando sustancialmente el formato (Cuadro 2).
- Para identificar las posibles causas de las fallas la National Patient Safety Agency (<http://www.msnpa.nhs.uk/rca-too/dit/course/lindex.htm>) citado por Saturno¹² propone los siguientes niveles de análisis: paciente, individuo, tareas, comunicación, grupo, formación, equipamiento y recursos, condiciones de trabajo y organización en el

Análisis Causa-Raíz de un evento adverso y otros autores²³ sugieren categorías similares para esta metodología. Sin embargo, con el afán de simplificar el formato, no así el análisis, sugerimos a las Políticas, Proceso, Personal y Pacientes (P4) que pueden incluir los niveles mencionados.

- Finalmente, para el establecimiento de estrategias, indicadores y responsables de su implantación y cumplimiento proponemos un formato que aparte de integrar el fallo identificado y la causa potencial, incluya la acción o estrategia, los indicadores de resultados, el responsable de la acción y fecha de cumplimiento (Cuadro 3), que difiere sustancialmente de lo expuesto en la "Hoja resumen de los pasos 4 y 5 de un HFMEA" de la VA National Center for Patient Safety¹⁸ y adaptada por Saturno¹².

CONCLUSIONES

Quizá la principal conclusión a la que podemos llegar es lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 109ª Reunión "a pesar del creciente interés por la seguridad del paciente, todavía es general la falta de sensibilidad respecto al problema de los efectos adversos.

[...] La capacidad de notificar, analizar y aprender de la experiencia sigue siendo gravemente mermada porque falta uniformidad en los métodos de identificación y medida. Los planes de notificación en los eventos adversos son inadecuados, preocupa innecesariamente la violación del carácter confidencial de los datos, se tiene la exigencia de responsabilidad de los profesionales, y los sistemas de información son precarios.

[...] Siguen siendo limitados la comprensión y el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, de la frecuencia con que ocurren, de las causas, los determinantes y las repercusiones en la evolución de los pacientes y de los métodos efectivos para prevenirlos.

[...] Aunque hay ejemplos de iniciativas que han logrado reducir la incidencia de los eventos adversos, ninguna se ha amplificado hasta abarcar todo el sistema de salud".²⁵

No obstante que esta declaración la hizo la OMS en diciembre de 2001, sus conceptos son vigentes, particularmente para países como México.

REFERENCIAS

1. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del Gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2008. [Acceso 29-03-2011] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BenchmarkingGestionRiesgosGobiernoClinico.pdf>.
2. Joint Commission on the Accreditation Health Care Organization (JCAHCO). [Acceso 17-09-2010] Disponible en: <http://www.jcahco.org>.
3. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). [Acceso 12-08-2010] Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx>.
4. Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Gómez-Bernal B, Aguilar-Romero T, Fajardo-Dolci G. La queja médica: elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes. Rev CONAMED. 2008; 13: 30-38.

5. Aguirre Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaime A, Zavala-Suárez E, Fajardo-Dolci G. Análisis Crítico de quejas CONAMED, 1996-2007. *Rev CONAMED*. 2008; 13: 9-16.
6. Aguirre-Gas H. Conferencia sobre "Seguridad del paciente". 2da. Reunión sobre calidad en la atención, IMSS, Iztapa-Zihuatanejo, Gro. Mex. 6 de abril de 2006.
7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmer TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *NEJM*. 1976; 294: 582-588.
8. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 3384/2000. Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, Bogotá, 2000.
9. Aranaz JM, Albar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los eventos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit*. 2006; 20 Supl 1: 41-47.
10. Aranaz JM, Albar C, Vitaller J, Ruíz-López P. Estudio nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Salud y Consumo; 2006. [Acceso 12-08-2010] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadSNS/docs/eneas2005baja.pdf>.
11. Murua-Pardo M. Sistema de monitoreo e intervención de indicadores centinela. Observatorio de buenas prácticas en salud. [Acceso 02-09-2010] Disponible en: <http://www.supersalud.cl/observatorio/575/w3-article-5651.html>.
12. Saturno PJ. Seguridad del paciente. Marco conceptual. Enfoques y actividades. Manual del Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo VI: seguridad del paciente. Unidad temática 33. Murcia: Universidad de Murcia; 2008. ISBN: 978-87-8371-750-9.
13. Martínez-López FJ, Ruíz-Ortega JM. Concepto y metodología de la Gestión de Riesgos Sanitarios. En: Martínez-López FJ, Ruíz-Ortega JM (editores). Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p.53-67.
14. Martínez-López FJ, Ruíz-Ortega JM. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. 288 p. ISBN: 9788479784683.
15. Ruíz-Ortega JM. La gestión de riesgos en los hospitales: desarrollando un modelo. Sesión clínica, Alicante España. 27 de noviembre de 2007.
16. Reuciman JB, Moller J. Iatrogenic Injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. Canberra: The Australian patient safety foundation; 2001. [Acceso 29-03-2011] Disponible en: http://www.apsf.net.au/dbfiles/Iatrogenic_Injury.pdf.
17. Miguel Recio et al. Resultados de la implementación de un tutorial on line sobre gestión de riesgos. Ministerio de Sanidad y Consumo-Universidad Carlos III de Madrid. [Acceso 10-07-2010] Disponible en: <http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/resultados-de-la-implementacin-de-un-tutorial-on-line-sobre-gestin-de-riesgos-presentacion>.
18. DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis (FMEA). The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. *Joint Commission J Qual Improv*. 2002; 27 (5): 248-267, 2002. [Acceso 12-07-2010] Disponible en: http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_JQI.html.
19. Sarabia GO, Poblano-Verástegui O, Tovar V W, Garrido LF. Análisis comparativo hospitalario del evento adverso en México: utilidad del reporte voluntario en línea. *Rev Calidad Asist*. 2007; 22 (6): 342-8.
20. Juárez PH, Durán MC. Eventos centinela y la notificación por enfermería. *Rev. Enferm IMSS*. 2009; 17 (1): 39-44.
21. Velarde-Mora HJ. Seguridad del paciente. Epidemiología de los eventos adversos. En: Armando Martínez Ramírez coordinador. Gestión de la calidad y seguridad clínica. Guadalajara, México: IDEA; 2010. p. 114.
22. Rodríguez JM, Ortiz Y. Propuesta metodológica para el análisis de los eventos centinela. *Rev Fac.Med UNAM*. 2007; 55: 105-114.
23. Barrionuevo LS, Esandi ME, Ortiz Z. El análisis causa-raíz como oportunidad de mejora de la seguridad en la atención perinatal: análisis de un brote de infección intrahospitalaria. *Rev Argent Salud Públ*. 2009; 1(1): 6-11.
24. Vitolo F. Análisis de riesgos en instituciones de salud. [Acceso 03-09-2010] Disponible en: www.adepra.org.ar/nuevaweb/gestion/legales/analisisderiesgo.pdf.

Consideraciones teóricas en torno de la psicología de la queja en el contexto médico

Theoretical considerations the psychology of complaints in a medical context

Enrique Camarena-Robles¹, Francisco Hernández-Torres¹, Germán Fajardo-Dolci²

RESUMEN

La literatura escrita acerca de la queja médica es relativamente escasa. En este artículo se pretende profundizar sobre las variables psicosociales que envuelven a la persona que es víctima de un acto médico deficiente, ya sea por omisión, negligencia, ignorancia o descuido. Así mismo, se trata de abordar cómo influyen variables como la personalidad del que se queja, sus reacciones emocionales con base en la magnitud del daño, cómo influye la relación médico-paciente en la percepción del daño y estilo de queja, cuándo y cómo la negligencia o el error dejan un trauma, cuál es la trascendencia de éste en la vida del que se queja y cómo un trauma psicológico puede influir en la calidad de vida y la productividad del paciente. También se aborda la importancia de la comunicación en la prevención de una queja médica y se trata de analizar cómo en una misma familia el acto médico y sus consecuencias, pueden ser percibidos de distinta forma. Se hace una descripción de la clasificación de los errores médicos bajo la óptica de la psicología del daño, en la cual se hace una propuesta de reclasificación, distinta a la propuesta por International Journal for Quality in Health Care.

Palabras Clave: queja, percepción, trauma, daño psicológico, estrés, sentimientos, emociones, dolor psicológico, duelo, trastorno.

ABSTRACT

Written literature on medical complaints is relatively scarce. In this article we delve into the psychosocial variables that surround the person as a victim of medical wrongdoing, whether by omission, negligence, ignorance, etc. Furthermore, it also seeks to address how different variables influence the process, including those related to the complainant's personality, their emotional reactions based on the extent of damage, doctor-patient relationship influences on the perception of harm and complain style, when and how negligence or error leave a trauma, what is the significance of this in the complainant's life, and how a psychological trauma can affect the patients' quality of life and their productivity. It also addresses the importance of communication in the prevention of medical complaints and analyzes how the medical act and its consequences can be perceived differently within the same family. It describes a classification of medical errors based on the psychology of injury, making a proposal for reclassification other than that given by the International Journal for Quality in Health Care.

Key words: complaint, perception, trauma, psychological damage, stress, feelings, emotions.

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

² Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Artículo recibido: 5 de octubre de 2010; Artículo aceptado: 26 de noviembre de 2010

Correspondencia: Dr. Enrique Camarena Robles, Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Piso 7. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: camarena@avantel.net.

La queja médica es un proceso que se ha dado desde que aparece en las culturas la diada médico-paciente; desde que existen enfermos y personajes que se dedican a tratarlos y qui-zás, (lo más importante para el proceso que vamos a tratar) desde que se da la oportunidad de que el paciente expone sus dudas y reclamos por lo que éste interpreta como mal trato o como resultado del acto médico que interpreta como inadecuado, inapropiado o errático. Este proceso ha tenido profundas transformaciones a lo largo de los tiempos dependiendo de variables como: usos y costumbres que privaba en el manejo de la enfermedad y los enfermos, nivel de información de los pacientes sobre el proceso salud enfermedad, papel del médico o curandero que le es adjudicado por la comunidad, de ahí emana el poder relativo o absoluto al que este le infieren, entre otras variables.

A partir de 1973, con la publicación de la Carta de Derechos de los Enfermos por la Asociación Americana de Hospitales¹ y las subsiguientes equivalentes en la mayoría de los países occidentales con los cambios que éstas promueven, se van haciendo más evidentes las insatisfacciones, las quejas y las demandas. Como refiere Chodoff «en la actualidad prevalece un modelo diferente en el que el paciente ha pasado de su sometimiento al paternalismo, hacia una relación contractual con el médico que será responsable de sus comportamientos incompetentes e inaceptables».

De acuerdo con Ribera y Caneparo², cualquier resultado negativo en el ejercicio médico puede constituir una mala praxis. Parece que la expresión de quejas e interposición de demandas, es cada vez más común en todos los campos de la medicina. En unos años se ha pasado de la «fe ciega» que el paciente depositaba en el médico al que respetaba y casi veneraba, al «cuestionamiento» frecuente del quehacer médico. Quizá esto tenga alguna relación con el cambio producido en la sociedad y la atención que en ella se presta a la enfermedad³.

La queja médica puede ser analizada desde diferentes ángulos; en este ensayo se propone profundizar sobre los aspectos psicológicos, donde intervienen los sentimientos, emociones, pensamientos, ideas del paciente y del propio médico que se entremezclan en diferentes grados y combinaciones y que dan resultados que trascienden en la vida emocional tanto del primero como del segundo.

Analizar la psicología de la queja médica implica entender una serie de variables complejas que tocan aspectos sociales, culturales, legales, civiles y administrativos. Todas estas dimensiones tiene un valor que no puede soslayarse cuando intentamos comprenderla a cabalidad, con objeto práctico de tener respuestas y soluciones.

Los factores individuales implícitos en la queja médica no han sido suficientemente estudiados. Para ser más precisos, la queja médica promovida por un paciente o familiar derivado de una acción u omisión por impericia o negligencia dentro del acto médico, afecta en mayor o menor medida a un paciente y su familia, dejando huella significativa física o psicológica y frecuentemente llega a tener consecuencias en su presente y futuro mediato o inmediato. Partiendo de esta definición y dada su trascendencia en la vida de los prestadores de servicios médicos y los pacientes que acuden a ellos, si se pretende analizar la mayoría de las variables involucradas,

el observador debe atender al menos:

- La magnitud del daño.
- La forma como el individuo ha interpretado ese daño.
- El significado que tiene el estrés percibido por los actores y como este puede convertirse en trauma, y
- La forma como descifra e interpreta el médico su acto.

Magnitud del daño

Tanto en el sentido positivo (de contribuir a salvar una vida), como en el sentido negativo, (la muerte derivada de error médico) del acto médico, este dejará huella en el corto, mediano y largo plazo. No obstante, el primer caso es lo que esperan por antonomasia y en forma natural los pacientes del acto médico; en el segundo caso, es posible que el familiar o el propio paciente lo esperen, pero siempre se resistirá a pensar o creer en la posibilidad de que la muerte sea el desenlace final. Aquí se tejen filigranas muy sutiles que se encuentran inmersas en la relación médico-paciente, en la que habilidad, sensibilidad y experiencia del médico juegan un rol muy importante en las expectativas reales o fantaseadas de los segundos.

En todos los casos, la comunicación⁴ es una herramienta que matiza en forma contundente los actos médicos. ¿Pero a qué nos referimos con la comunicación? El advertir al paciente o familiares sobre los riesgos del acto médico; por ejemplo, en el caso de una intervención quirúrgica de alto riesgo, puede evitar el desarrollo ulterior de enojos y sentimientos encontrados en el paciente y los familiares hacia el médico tratante y sobretodo, eliminar la génesis de culpas irracionales (tanto en el médico como en el paciente) “cuando las cosas no salen bien”.

Para lograr que este fenómeno se de con la nitidez y sinceridad necesaria, el médico tendrá que tener muy claro sus alcances y limitaciones y en todo caso, transmitirle al familiar con toda especificidad y detalle. Sobre todo, corroborar que lo transmitido sea comprendido a cabalidad por el paciente y sus familiares.

Pongamos dos ejemplos. Las intervenciones quirúrgicas en algunos tipos de cáncer son recomendadas, sin embargo, a pesar de esto, no en todos los casos los resultados son los esperados, ni resultan del todo exitosos. Sabemos que el comportamiento de los tumores es imprevisible y estos debe ser puesto en la mesa en forma abierta por el médico tratante, para que la expectativa sea manejada con realismo y racionalidad. En párrafos anteriores al definir la queja incluimos a la familia. Esta, es un sistema cerrado de interacciones reciprocas complejas⁵, en ésta se dan fenómenos de interacción afectiva y emocional de gran intensidad y los hechos vitales de cada uno de los miembros, repercuten en diversos grados en la funcionalidad de la misma. Es común encontrar en la práctica médica profesional, las diferencias de interpretación que le dan los miembros de una familia a los actos médicos y su comportamiento. El médico tiene que identificar al líder de la familia y los procesos afectivos entre sus miembros y siempre percatarse, de quién o quiénes son los que toman las decisiones importantes. Puede suceder que el médico comunique a un miembro de la familia el procedimiento a seguir y que su comprensión o capacidad de decisión de éste sea

limitada, o suceder que los otros miembros de la familia puedan sentirse desplazados al no ser incluidos en la toma de decisiones. La reacción lógica de unos y otros será de enojo o sorpresa.

Cuando se identifican serias diferencias de opinión entre los miembros de la familia en cuanto a los actos médicos por realizar y por ende se complica el trabajo terapéutico para la toma de decisiones, es útil consultar otros colegas con experiencia que ayuden a amplificar y diversificar nuestro punto de vista, en la percepción del problema y por ende, en la toma de decisiones. Un sólo médico no tiene siempre todas las respuestas, por lo que el apoyo y transmisión de experiencias entre dos o más colegas pueden beneficiar la toma de decisiones.

Lo anterior puede ejemplificarse con el siguiente caso. Una tarde un paciente de más de 80 años de edad, después de varios días de convalecencia por diversas fallas orgánicas, tiene paro cardiorrespiratorio; inmediatamente un grupo de médicos, tomó la decisión de sacarlo de la situación médica de urgencias y se logra el objetivo. El paciente siguió su curso con buen funcionamiento de su corazón. Uno de los hijos en forma intempestiva reclamó en forma airada el por qué del proceder, argumentado que su padre se encontraba sumamente enfermo y no veía el caso de prolongar su vida, sacándolo de paro. No obstante, otra de las hijas estaba feliz por lo logrado. Los médicos involucrados estaban sorprendidos, desconcertados sin saber responder. La intervención serena y mesurada de un médico experimentado resolvió la situación; le transmitió al hijo inconforme que no había sido posible valorar en unos segundos si se dejaba correr los acontecimientos, es decir observar pasivamente la muerte del anciano o salvarle en esos momentos la vida (que por principios médicos es obligación sacarlo del paro). Esto pone de manifiesto lo complejo que es la relación médico-paciente y cómo los dinamismos de la intrincada red familiar influyen en las percepciones y decisiones del paciente. El tomar en cuenta estos aspectos y una buena comunicación con el paciente y su familia, puede evitar una queja médica.

La magnitud del daño no siempre deriva en una queja, inclusive cuando puede haberse dado un acto de negligencia o impericia. Cuando se desconoce que se ha cometido un acto de negligencia por falta de información del paciente y sus familiares, la queja no puede aparecer en el proceso. Paradójicamente puede suceder lo contrario. En los EEUU se ha incrementado en los últimos 50 años las demandas por fallas en la atención médica. A pesar de que este hecho es real, el daño puede ser mínimo o no existir por lo que en algunos casos el que actúa con dolo es el paciente, buscando indemnización que no se justifica en la magnitud del supuesto daño médico. Esto ha encarecido el acto médico en esta nación, los médicos actúan con medicina defensiva enviando múltiples y costosos estudios con tal de "no caer en el error". Estos hechos se han incrementado sobre todo en países desarrollados donde algunos abogados instan a los pacientes a quejarse de mala praxis médica, cuando ésta en realidad no ha existido, quizás uno de los mejores ejemplos de este hecho es la acusación de una paciente por abuso sexual cuando este hecho no existió.

La clasificación de los errores médicos bajo la óptica de

la psicología del daño. La división entre físico y psicológico puede tener una función didáctica y práctica. De hecho, para la mayoría de la gente no informada queda más o menos claro cuál puede ser la diferencia entre un daño físico y uno psicológico.

La comprensión del funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) nos ha dado otras respuestas, que a su vez, generan otras preguntas. Sabemos que el estrés crónico, la depresión, y los trastornos de ansiedad intensos, disminuyen la reproducción neuronal al afectar la liberación de neurotrofinas. Asimismo, si monitorizamos a un individuo al ser sometido a pruebas extremas donde se experimenta un estrés similar al que se experimenta en la guerra (en la inteligencia que el estrés siempre será externo y por ende entraría en el terreno de lo psicológico), veremos cómo el individuo sufre una serie de cambios neurofisiológicos que son perfectamente identificables a través de imágenes cerebrales y que entrarían en el terreno de lo "físico".

Para hacer este abordaje más complejo, se conoce que las enfermedades que en algún tiempo eran consideradas psicológicas, pertenecen al terreno de lo biológico, es el caso específico de la depresión. Actualmente nadie pone en duda que la depresión es una enfermedad biológica y que debe ser tratada como tal, es decir, con fármacos y medidas físicas de diversa índole.

Bajo la óptica anterior, todo daño "psicológico" tiene implicaciones físicas de distinto orden, algunas medibles y otras más difícilmente ponderables y con frecuencia imperceptibles. La clasificación de la International Journal for Quality in Health Care del 2005, debe revisarse a la luz de estos descubrimientos y evidencias. Quizá habría que manejar dos conceptos: lo físico y lo mental. El primero tendría que analizar todos los órganos y sistemas exceptuando al SNC; lo mental, sería exclusivo para abordar el daño sobre el parénquima cerebral.

En la figura 1, se presenta el esquema original de la clasificación descrita.

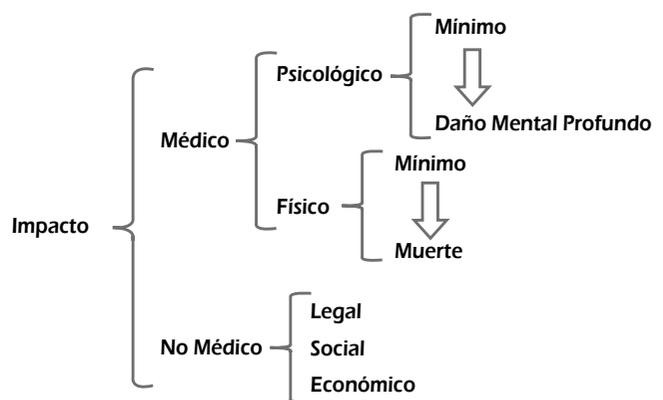


Figura 1. Errores médicos y fallas del sistema.

En la figura 2, se presenta el cambio propuesto en este ensayo, donde lo psicológico quedaría incluido en lo mental.

Queda claro que para fines de la clasificación de los trastornos mentales lo psicológico como concepto deberá de quedar reducido a todos aquellos aspectos del funcionamiento normal de los procesos del pensamiento, las ideas, y

las emociones. Inclusive las clasificaciones actuales y con más las subsiguientes (DSM-V y el ICD 11) que serán publicadas alrededor del 2012, ya no manejan este concepto por lo antes comentado.

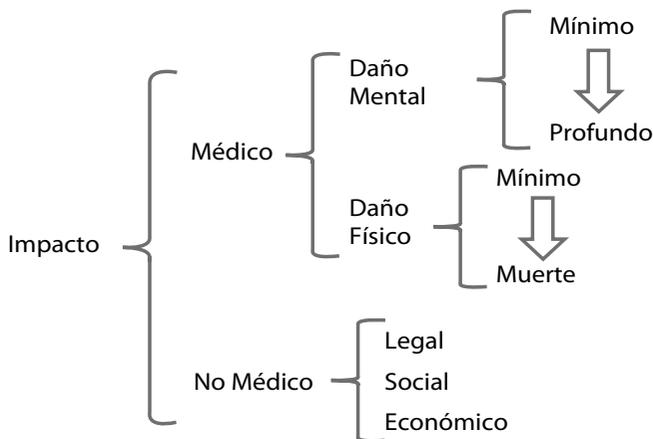


Figura 2. Errores médicos y fallas del sistema.

La forma como el quejoso ha interpretado ese daño.

La segunda variable de análisis es la percepción subjetiva del acto médico por parte del paciente. Existen pacientes particularmente sensibles a las actitudes, gestos y posturas de los médicos. Una paciente refería que había abandonado su tratamiento al observar una “mueca” de su médico que a su juicio había sido de desaprobación cuando esta platicaba sus experiencias extramaritales. La paciente no se había detenido a preguntar el por qué de la supuesta “mueca” de su médico, simplemente había decidido, por su percepción, abandonar el tratamiento. ¿Qué pasó en realidad en este caso? Difícil saberlo con exactitud, lo real es que el médico tratante debe estar atento a no sólo su lenguaje verbal sino a su lenguaje no verbal que puede dar como resultado una interpretación equívoca que deriva en una queja médica de consecuencias. Existen pocos estudios que destacan la importancia de una buena relación entre el médico y su paciente. Pareciera que esta dualidad matizada de afectos armónicos o no, evita en muchos casos la génesis de una queja.

Cuando alguien se queja de forma continua es porque persigue algún beneficio, ya que si no fuera así, habría dejado esa conducta tras los primeros intentos. Es conveniente observar qué se esconde tras la queja. Se debe observar de cerca al paciente que en forma reiterativa se queja de las acciones médicas. Sin minimizar lo que el paciente observa, el estudio detallado de su perfil psicológico nos puede arrojar datos valiosos que explican de forma integral el problema que aqueja al paciente.

Lo anterior se ejemplifica con dos hechos inmersos en el perfil de personalidad clasificado como psicopatológico. El primero es la llamada neurosis hipocondríaca. En esta aunque el paciente tiene síntomas reales, estos son magnificados y matizados según su propia interpretación; la mayoría de las veces el problema no es congruente con lo que el paciente cree tener, sin embargo siente que está al borde de un

trastorno que atentará contra su vida o su salud en forma flagrante. Tales son los casos de los pacientes que se quejan de dolor de pecho y que piensan inmediatamente en infarto o un simple dolor de columna en el que sospecha que hay un cáncer. Lo peor es que los pacientes con este problema no cesan en su queja a pesar de las amplias y variadas explicaciones de la no gravedad de su problema. La realidad es que estos pacientes padecen un trastorno de ansiedad con matices depresivos y la queja se convierte en un arma para conseguir la atención del médico y de los familiares. Estos pacientes deben de tratarse de otra forma, es decir desde un abordaje psiquiátrico con su respectiva psicoterapia y farmacoterapia. Por otro lado, hay un tipo de pacientes que cada vez son más frecuentes en las instituciones, conocidos como simuladores. “Estudian” un cuadro clínico con minuciosidad que los puede llevar a una incapacidad parcial o permanente. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV)⁶, categoriza la simulación como un problema adicional que puede ser objeto de atención clínica, definiéndola como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos que están motivados por incentivos externos. En la práctica clínica, el principal motivo suele ser obtener una baja médica mediante la cual evitar un trabajo, llegando incluso a utilizarse indirectamente para intentar lograr una compensación económica. Se recomienda sospechar de simulación en el caso que exista un contexto medicolegal, discrepancia entre el estrés o la alteración explicada por la persona y los datos procedentes de la exploración médica, falta de cooperación durante la valoración diagnóstica y, finalmente, la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

Los beneficios económicos directos derivados de enfermedades o problemas relacionados con el trabajo y las recompensas indirectas a nivel emocional y social vinculadas a la determinación de incapacidad, hacen que la simulación de problemas funcionales sea para mucha gente, una solución atractiva para todo tipo de problemas personales, sociales y económicos. Los déficits funcionales suelen tomar la forma de quejas y síntomas neurológicos, ya que muchas de estas afecciones se confunden fácilmente con las quejas psicógenas que acompañan a problemas emocionales comunes y fallos sensoriales o de memoria. En la simulación hay una intención muy clara y dolosa con tal de evadir sus responsabilidades laborales. Un ejemplo sería el de los problemas lumbares, que facilitan conseguir incapacidades con el pago total de su sueldo sin trabajar. Un estudio minucioso, descubre la falsedad de los síntomas y sus reales intenciones.

En otros casos en la queja está en juego conseguir más poder. Quien se queja suele adoptar el papel de víctima y desde esa posición pretende dominar a otros (de forma blanda). Para ello, se compara y responsabiliza a la pareja, a los hijos y en este caso al médico, de las dificultades. En ocasiones, intenta que otras personas se sientan culpables o poco valiosas para, así, conseguir que haga lo que él o ella desea. Se puede observar ese intento de dominio o de quedar por encima de otro cuando uno está contando un problema que vive e interviene en otro restándole importancia al mismo y en seguida, empieza a enumerar la gran cantidad de incomprendiones y desgracias que lo acechan.

Si nos planteamos acabar con los “juegos psicológicos” que conlleva la queja, necesitamos, entre otras cosas:

- Cuando alguno de los cercanos recurra al “victimismo” como forma de estar en la vida, aunque se queje y diga que está mal, estaremos atentos para no caer en sus “trampas”. Al no mostrarme colaborador con su estrategia, poco a poco la irá dejando al comprobar que no le funciona.
- El paciente o persona dejará de quejarse y no seguirá en la dinámica de quienes se quejan. Ante una dificultad, intentará concretar el problema existente, distinguiendo con claridad dicho problema del sufrimiento que se activa en mí, ya que cada uno de esos aspectos tiene un camino de solución distinto.
- El médico hará un trabajo de reeducación emocional orientado a disolver sufrimientos, pues detrás de cada queja se esconden: poca estima, miedo, celos, amargura.
- Saldrá del dominio y la sumisión en las relaciones. Para ello requiere tener: respeto, tolerancia emocional, pactar, compartir, no usar el imperativo.
- Por último, precisará aprender a pedir lo que necesita de forma adecuada: atención de calidad, participación, entre otros.

Significado que tiene el estrés percibido por los actores y cómo este puede convertirse en trauma.

En el sistema familiar el que domina puede determinar actitudes, pensamientos y posturas en forma directa, por sugerencia o imposición. Una queja médica de un paciente puede tener un significado negativo inmediato o mediato y la familia vive en sintonía o distonía el fenómeno (según el caso). El estrés experimentado por cualquiera de los miembros de la familia afecta su dinámica y nadie que esté dentro de este microsistema puede soslayarse de las consecuencias psicodinámicas que se presenten.

En diversos grados, un acto médico que deriva en una complicación generará en el individuo un cierto grado de estrés. Cuando éste adquiere magnitudes que provocan un desequilibrio de la homeostasis psíquica puede inclusive desarrollar un síndrome conocido en el campo de la psiquiatría como trastorno por estrés postraumático (TPET)^{7,8,9,10,11}. La pérdida de un miembro pélvico a consecuencia de un acto quirúrgico equívoco, el dolor infringido durante un acto quirúrgico sin haber aplicado adecuadamente la medicación anestésica, el desarrollo de un choque anafiláctico por la aplicación de una medicación en un paciente susceptible, son algunos ejemplos de ello. En todos los casos, aunque sabemos que los pacientes sufren diversos grados de alteraciones psíquicas éstas no han sido lo suficientemente estudiadas. ¿Qué convierte un factor estresante en traumático? En el lenguaje cotidiano, se describen como <<traumáticas>> muchas situaciones inquietantes, por ejemplo el divorcio, la pérdida del trabajo (que por cierto puede ser consecuencia de un acto médico equívoco, cuando el paciente resulta incapacitado) la amenaza de muerte inminente en la guerra, etc. Sin embargo, un estudio de campo diseñado para establecer qué tipos de estresantes provocaban los síntomas característicos del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), observó que sólo

el 0.4% de una muestra comunitaria desarrolló los síntomas típicos del TEPT en respuesta a estresantes de baja intensidad. Así para diagnosticar el TEPT es necesaria una definición estricta de lo que constituye un estresante traumático.

Pocas personas discutirían que los acontecimientos horrendos tales como la violación y los bombardeos son traumáticos. En un intento de captar la esencia de estos estresantes, los autores de DSM-III-R requerían que el estresante traumático estuviera << fuera del marco normal de la experiencia humana habitual>> y que <<fuera acusadamente angustioso para casi todo el mundo>>. En el acto médico estos dos fenómenos se pueden dar, es decir el paciente vive el fenómeno como un trauma que le rompe el desequilibrio psíquico con una serie de consecuencias inmediatas y mediatas. La pérdida de la funcionalidad de una parte del cuerpo, el cambio de la imagen después de un acto quirúrgico (quizás uno de los más representativos es cuando por error es dañado en el nervio facial y se provoca una parálisis facial) pueden vivirse como una violación por el cambio de la imagen corporal de la funcionalidad de un individuo. Este es un tema que deberá de estudiarse en el futuro, para dimensionar los daños psíquicos y desde luego para desarrollar medidas preventivas.

La forma como descifra e interpreta el médico su acto

El médico al recibir la queja de un paciente tiene un desafío ante sí. Tiene que descifrar si el contenido de la queja tiene una plena justificación, valorar las posibles consecuencias que pueden tener un error médico en el resultado final del tratamiento (esto dependerá de la naturaleza de la queja), definir la forma de abordarla, desarrollar en forma inmediata un sentido de autocrítica y echar a andar las estrategias para enfrentarla¹². Un médico acucioso consciente de su formación profesional y experiencia, tendrá la suficiente seguridad para enfrentar la queja. El reconocimiento del error, aunado al establecimiento de una estrategia para remediar el daño, puede dar por terminado un conflicto entre el quejoso y el médico acusado de una mala praxis. En el caso contrario la falta de reconocimiento de un error en su praxis, cuando una queja tiene sustento, puede derivar en un conflicto largo y sinuoso para el médico de consecuencias impredecibles. Pareciera obvio que la magnitud del daño es a todas luces lo suficientemente clara para definir la tarea a seguir para restaurar el daño. Pero las cosas no son tan simples. Por ejemplo una actitud desdeñosa y agresiva de un médico puede ser lo suficientemente tolerada por un paciente, en cambio en otro puede desencadenar una serie de sentimientos de furia, coraje e impotencia que derive en un conflicto de gran envergadura. Estamos pues hablando del terreno de la subjetividad, en donde las normas existentes pueden ser un auxiliar para definir la forma y el cómo del manejo del conflicto. Sin embargo, en muchos países las normas pueden ser insuficientes o ambiguas, lo cual puede favorecer al médico o al propio paciente, dependiendo de la tenacidad de cualquiera de los dos para defender su postura. En este terreno entran en escena dos figuras prominentes, la legislación existente en la materia y los órganos, instituciones y personajes encargados de valorar la gravedad de los conflictos y sus resoluciones. En este terreno se requiere explorar más a fondo las necesidades de los pacientes de comunicar

sus desavenencias y dificultades, cuando perciben un mal trato, con el objeto de hacer las correcciones y modificaciones necesarias por parte de los médicos para evitar este tipo de conflictos. Lo que hemos aprendido a través de los años es que la comunicación clara, directa y a tiempo, favorece con mucho una buena relación médico-paciente y por ende produce una disminución significativa de las quejas. Todo acto médico tiene riesgos, el advertir a los pacientes de estos, puede evitar muchos conflictos. Prueba de ello es el advertir sobre los efectos colaterales que prácticamente tienen todos los psicofármacos. El advertir la presencia de los mismos, por mínimos que estos sean, pueden favorecer con mucho el buen cumplimiento del tratamiento. Así mismo el advertir al paciente sobre las posibles malas consecuencias o complicaciones de un acto quirúrgico, pueden mitigar en gran medida una reacción de desconcierto y enojo por parte del paciente. Es mejor que el paciente refiera "me lo habían advertido" a que el paciente refiera "esto fue producto de la impericia e incapacidad del médico". Aquí pues se debe ser lo suficientemente explícito, realista y honesto para valorar los porcentajes reales (con base a la estadísticas) de una complicación quirúrgica. Como se podrá observar según lo analizado, las reacciones emocionales de los pacientes se relacionan en forma directa con un adecuado manejo de las expectativas que estos tienen de los resultados. Watzlawick refiere que la naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos: tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es «la» causa de su propia conducta, cuando lo cierto es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación, o modulación) del intercambio. Un ejemplo es el conflicto entre Israel y Palestina, donde cada parte actúa aseverando que no hace más que defenderse ante los ataques de la otra. Estas reflexiones son perfectamente aplicables en el acto de la queja. El quejoso (emisor) manifiesta sus inconformidades ante el médico (receptor), las actitudes de ambos influyen en forma cíclica en el resultado final de la solución de conflicto. Esto significa que el quejoso debe ser claro en cuanto a lo que le incomoda o lo desequilibra, a su vez el médico deberá ser lo suficientemente sensible para entender la naturaleza de la queja. De ahí deriva la observación empírica que alude a que cuando hay una buena relación entre el médico y el paciente, este último puede "tolerar" o "perdonar" un mala praxis médica.

Es claro que la personalidad del médico puede ser decisiva en la forma como se procesa una queja. Un profesional de la salud con poco sentido de autocritica y una gran incapacidad para reconocer sus errores, difícilmente podrá dar flujo a una queja bien fundada, lo cual lo llevará a un proceso conciliatorio en el mejor de los casos y en el peor, a un proceso legal. En cierta forma los actores, analistas y observadores de la queja se convierten en un medio de mejora de comunicación entre el quejoso y el sujeto de la misma. Favorecen un clima de tranquilidad, ya que permiten desarrollar el proceso catártico del quejoso al externar en un medio controlado sus

quejas. Por otro lado el conciliador juega un papel de catalizador al interpretar con más claridad el motivo de la queja. Así mismo el quejoso siente que hay una tercera persona con la cual hablar y que le dará la oportunidad de entender y comprender su problemática. Por otro lado, el médico sujeto de la queja puede escuchar con más detenimiento el contenido manifiesto de la queja, que quizás no se dio en una situación de conflicto y de tensión.^{13,14,15,16,17.}

CONCLUSIONES

La tarea de desentrañar todos los fenómenos psicodinámicos de la queja médica está por desarrollarse en los próximos años.

La mayoría de nuestras observaciones plasmadas en este ensayo son derivadas de experiencias y estudios de fenómenos similares a los que se dan en el fenómeno de la queja, como es el caso del Trastorno Por Estrés Postraumático después de accidentes y errores médicos.

Hay otras preguntas que responder para contribuir en un trato más ético, humano y profesional de los pacientes:

- ¿Hay un tipo de personalidad o personalidades más propensas a generar quejas ante el acto médico?
- Si es cierto que la queja médica se ha incrementado en los últimos decenios, ¿esto es debido al papel de los seguros médicos, a la mayor conciencia de la población sobre la naturaleza de los actos médicos o a la aparición de instancias que favorecen la recepción, análisis y comprensión de la queja médica?

REFERENCIAS

1. Trejo C. Los derechos humanos y sus vinculaciones con los derechos del paciente. *Rev Med Chile*. 2000; 128 (12):1374-79.
2. López-Lazo S, González-Catá A. Particularidades del ejercicio de la anestesiología y la reanimación. *Rev Soc Cub Anestes Reanim*. 2005; 4(2): 31-45.
3. Ruelas B. La seguridad de los pacientes. *Rev. CONAMED*. 2005; 4:11.
4. Fernández-Areal M. Cuestiones de la teoría general de la comunicación. Madrid: Universitas; 2001. 166 p.
5. Estrada L. El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo; 2003. 114 p.
6. Spitzer R, Williams BW. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: Masson-American Psychiatric Association; 1994. p. 24-27.
7. Davidson JRT, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 4-17
8. Ehrenreich JH. Copying with disasters. A guide book to psychosocial intervention. New York: Center for psychology and society; 2001. p. 104
9. Everly GS, Lating JM. Psychotraumatology, key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum; 1995. p. 9-26.
10. Foa EB, Kozak MJ. Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology, anxiety and anxiety disorder.

- ders. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates; 1985. p. 17.
11. Friedman MJ. Interrelationships between biological mechanism and pharmacology of post-traumatic stress disorder. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 204-225.
 12. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1998. p. 457-476.
 13. Lieberman MA, Borman LD. Self-help groups for coping with crisis: Origins, members, processes and impact. San Francisco: Josses-Bass; 1979. p. 279-300.
 14. McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1985. p. 24-28.
 15. Meichenbaum DA. Clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder. Ontario: Institute Press; 1994. p. 22.
 16. Miguel-Tobal JJ. La Ansiedad. En: Mayor J, Pinillos L. Tratado de psicología general. vol 8: Motivación y emoción. Madrid: Alhambra; 1990. p. 35.
 17. Olivares J, Méndez FX. Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998. p.79-112.



CAEMEC

Centro Académico de Educación Médica Continua
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CURSO

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

Junio de 2011
Septiembre de 2011

OBJETIVO GENERAL

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

DIRIGIDO A

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

ACREDITACIÓN

Constancia con valor curricular.

30 horas presenciales y 10 horas de trabajo autónomo.

SEDE

Auditorio "Fernando Ocaranza", Facultad de Medicina de la UNAM. Circuito Universitario frente a Cerro de Agua.

CUPO

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

INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
Dirección General de Difusión e Investigación
Mitla 250, esquina eje 5 sur Eugenia, 8° piso
Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez
Teléfonos: 5420-7148, 5420-7093, 5420-7103

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

Apendicitis modificada por medicamentos. Caso pediátrico

Appendicitis modified by drugs. Pediatric case

Dra. María del Carmen Dubón-Peniche¹

Síntesis de la Queja

Los padres de la paciente manifestaron que pese al tratamiento establecido por el demandado, la menor no presentó mejoría, por ello acudieron a Urgencias de un hospital donde diagnosticaron apendicitis.

Resumen clínico

Notas del médico demandado. 22 de febrero de 2009, nota primera vez: Femenino de dos años cuatro meses de edad, inicia hace dos semanas con evacuaciones diarreas 2 a 3 al día, semi-líquidas, amarillas, con moco, sin sangre, fiebre intermitente. Al inicio del cuadro clínico, rinorrea hialina y tos no productiva, así como hiporexia y náusea. Tratada por otros facultativos mediante amoxicilina, paracetamol, dextrometorfan y ambroxol de forma intermitente; después aplicaron ceftriaxona intramuscular y paracetamol con lo que cedió la tos y la fiebre, continuando con evacuaciones diarreas e hiporexia; ayer reinició con fiebre. Exploración física: peso 10,500 Kg., talla 84 centímetros, consciente, reactiva, irritable, poco cooperadora, datos de deshidratación leve-moderada, no febril. Orofaringe y membranas timpánicas en parámetros normales, campos pulmonares ventilados, abdomen blando, depresible, cinco ruidos peristálticos por minuto, de buena intensidad, distensión leve, sin dolor a la palpación, rebote negativo, no datos de irritación

peritoneal, no hepato ni esplenomegalia. Diagnóstico: gastroenteritis infecciosa, deshidratación leve-moderada. Plan: metronidazol 250 mg., racecadotril 10 mg., cefixima 100 mg., suero oral, suspender jugos y derivados lácteos; dieta habitual. Control telefónico por la noche.

26 de febrero de 2009, nota de evolución: Refiere la madre de la paciente que mejoró en estos días, ya sin fiebre y aceptando mejor la vía oral; sin embargo, hoy presentó hiporexia, fiebre y dolor abdominal; sólo ha aceptado líquidos, presentó evacuaciones semi-líquidas, amarillas, con moco, sin sangre. Exploración Física: temperatura 38° C. irritable, febril, poco cooperadora, cardiopulmonar en parámetros normales, abdomen con tres ruidos peristálticos por minuto, disminuidos en intensidad, distensión moderada, dolor a la palpación profunda, rebote negativo, sin datos de irritación peritoneal, regular estado de hidratación. Se indica a los familiares que requiere internamiento para estudio y manejo; sin embargo, no lo aceptan por cuestiones económicas, comprometiéndose a comunicarse a más tardar en 6 horas para revalorar el internamiento.

Expediente clínico, hospital privado

27 de febrero de 2009, Historia Clínica. Urgencias: Inicia hace dos semanas

con infección de vías aéreas superiores, recibió tratamiento con antibiótico y analgésico, se agregó hiporexia, fiebre, evacuaciones con moco, dolor. Acude con médico, quien indicó antibiótico y antiparasitario presentando ligera mejoría. Evacuaciones disminuidas en consistencia, la última el 26 de febrero a las 18 horas. Exploración Física: frecuencia cardiaca 145 por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, temperatura 39° C. Palidez generalizada, conjuntivas hiperémicas, regular estado de hidratación, taquicardia, campos pulmonares ventilados, abdomen duro, dolor a la palpación, peristalsis disminuida, dolor más importante en región suprapúbica. Estudios solicitados: biometría hemática, ultrasonido, enzimas séricas, tiempos de coagulación, examen general de orina, urocultivo. Diagnósticos: probable suboclusión intestinal.

Nota de Cirugía Pediátrica: Abdomen levemente distendido, no permite palpación; examen de laboratorio con 31,000 leucocitos y 1 banda, tiempos de coagulación en parámetros normales, examen general de orina 28.3 leucocitos, 8-10 eritrocitos. Nota de evolución: Persiste con dolor y distensión abdominal; ultrasonido compatible con colección de líquido en fosa ilíaca derecha, persiste leucocitosis arriba de 30,000; probablemente se trata de apendicitis modificada por medicamentos, requiere intervención quirúrgica, se informa a fa-

¹ Dirección de Sala Arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Artículo Recibido: 25 de enero de 2011;

Artículo Aceptado: 26 de enero de 2011

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

miliares, quienes otorgan autorización.

Hoja Quirúrgica: Anestesia: general balanceada. Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda perforada. Diagnóstico postoperatorio: apendicitis aguda perforada y abscedada. Operación realizada: apendicectomía Pouchet, drenaje de absceso y lavado peritoneal. Técnica: se realizó incisión paramedia derecha infraumbilical, apertura de peritoneo, drenaje de absceso, apendicectomía, colocación de Penrose, aseo de cavidad y cierre de pared. Hallazgos: apéndice inflamada, abscedada, muy adherida a vejiga, recto y pared abdominal, plastrón de asas de intestino delgado, razón por la cual no fue posible extirpar el apéndice inflamado. Indicaciones: ayuno, sonda nasogástrica, solución mixta 450 cc. para 8 horas, ampicilina 500 mg, intravenosa cada 6 horas, amikacina 50 mg, intravenosa cada 8 horas, metronidazol 70 mg, intravenoso cada 8 horas, neomelubrina 100 mg, intravenosa cada 8 horas, ranitidina 8 mg, intravenosa cada 12 horas.

Nota de Ingreso a Lactantes. Procedente de quirófano, hidratada, conjuntivas hipocrómicas, campos pulmonares ventilados, precordio rítmico, sin agregados; abdomen blando, depresible, peristaltismo presente. Frecuencia cardíaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, temperatura 37°C, dextrostix 116 mg/dl, en ayuno.

28 de febrero de 2009, nota de evolución: Drenaje escaso por sonda nasogástrica, la cual se retira; Tensión arterial 90/60, frecuencia cardíaca 120 por minuto, frecuencia respiratoria 36 por minuto, afebril, hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, peristaltismo presente, herida quirúrgica con bordes afrontados, sin datos de infección; urocultivo sin desarrollo. Mañana se iniciará vía oral con líquidos claros.

1° de marzo de 2009, nota de evolución: Tolerando dieta líquida, signos vitales dentro de parámetros normales, diuresis 1.7 mililitros/kg/hora, evacuaciones presentes, glucemias capilares 94-108 mg/dl; mínima secreción serohemática por Penrose, sin datos de infección, no dolor a la palpación, peristalsis presente. 2 de marzo de 2009, nota de evolución: Tensión arterial 90/60, frecuencia cardíaca 128 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, eutérmica, regularmente hidratada, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen blando, depresible, dolor leve a la palpación en sitio de herida quirúrgica. Plan: tolerancia a vía oral,

progresión a blanda por la noche.

3 de marzo de 2009, nota de evolución: Tolerando dieta blanda, evacuaciones sólidas, sin moco, en moderada cantidad, diuresis presente, drenaje por Penrose escaso material sérico, herida quirúrgica limpia, campos pulmonares ventilados, precordio rítmico. 4 de marzo de 2009, 9:50 horas, nota de evolución: Alerta, afebril, cooperadora, peristalsis normal, herida quirúrgica sin datos de infección o sangrado; ayer se retiró Penrose. Toleró la vía oral.

5 de marzo de 2009, nota de egreso: Afebril, estable, evacuaciones y diuresis presentes. Plan: cita a revisión en cinco días. Alta.

Análisis del Caso

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

- Atendiendo a la literatura de la especialidad, el diagnóstico de apendicitis no es fácil en pacientes pediátricos, por ello la frecuencia de perforación va de 30% a 60%. Así mismo, la mitad de los pacientes con apéndice perforada, son atendidos por otro médico antes de establecerse el diagnóstico. El riesgo de perforación mayor es entre 1 a 4 años de edad (70%-75%).
- Desde el punto de vista clínico, la obstrucción luminal es la causa principal de apendicitis y puede deberse a fecalito; la obstrucción secundaria a edema de la mucosa, puede asociarse a infecciones sistémicas o entéricas de origen viral o bacteriano (yersinia, salmonella o shigella).
- Los cambios anatomopatológicos que se producen en la apendicitis, se manifiestan en tres fases: inicialmente cuando se produce obstrucción luminal, la congestión venosa evoluciona hacia isquemia, necrosis y ulceración de la mucosa. La segunda fase se manifiesta por invasión bacteriana con infiltrado inflamatorio en todas las capas de la pared apendicular. En la tercera fase, la necrosis parietal genera perforación con contaminación del peritoneo.
- Después de la perforación, el epiplón o las asas adyacentes del intestino delgado, pueden limitar la contaminación microbiológica fecal a la pelvis o a la fosa ilíaca derecha; sin embargo, en los lactantes, el epiplón no está totalmente desarrollado y la perforación local suele no quedar delimitada.
- Los signos y síntomas clínicos dependen de la fase anatomopatológica de

la apendicitis en el momento de la exploración. La triada clásica consiste en dolor, vómito y fiebre. En la fase inicial de la obstrucción apendicular, el dolor tiene localización periumbilical. El vómito suelen seguir al inicio del dolor y rara vez aparece; la anorexia es más frecuente. En general, existe febrícula, salvo que se haya producido perforación o peritonitis. A medida que la inflamación progresa, afecta a la serosa y al peritoneo subyacente, el dolor emigra hacia la zona de irritación peritoneal, generalmente a la fosa ilíaca derecha. En el momento de la perforación, el dolor se generaliza, a excepción de que la contaminación quede localizada produciendo absceso, generalmente en fosa ilíaca derecha. La palpación de una masa abdominal indica la formación del absceso.

- La diarrea es rara y se manifiesta por pequeñas deposiciones mucosas, causadas por irritación del colon sigmoideo. La irritación vesical produce síntomas como polaquiuria y micción imperiosa. En ese sentido, debe efectuarse diagnóstico diferencial con gastroenteritis viral, estreñimiento, infección urinaria, entre otros.
- En el presente caso, el demandado atendió a la paciente el 22 de febrero de 2009, debido a padecimiento de dos semanas de evolución, manifestado por evacuaciones diarreicas 2 a 3 al día, semi-líquidas, amarillas, con moco sin sangre, fiebre intermitente, al inicio del cuadro clínico, la paciente presentó rinorrea hialina, tos, hipoprexia y náusea, siendo tratada por otros facultativos con amoxicilina, paracetamol, dextrometorfano y ambroxol, posteriormente aplicaron ceftriaxona, cedió la tos y fiebre, pero continuó con evacuaciones diarreicas e hipoprexia. Esto se acreditó mediante nota médica del 22 de febrero de 2008.
- La citada nota del 22 de febrero, reporta que la paciente estaba irritable, con deshidratación leve a moderada, sin fiebre, abdomen con cinco ruidos peristálticos por minuto, de buena intensidad, distensión leve, blando, depresible, sin dolor a la palpación profunda, rebote negativo, sin datos de irritación peritoneal, siendo la impresión diagnóstica: gastroenteritis infecciosa y deshidratación leve a moderada, por lo que se indicó metronidazol, cefixima, antidiarreico y suero oral.
- Lo anterior, demuestra que el demandado actuó en apego a la lex artis

de la especialidad, pues la paciente no presentaba datos sugestivos de abdomen agudo como son: dolor abdominal, vómito, fiebre, ni datos de irritación peritoneal, por lo que el tratamiento médico conservador que indicó fue correcto, ante el cuadro clínico que presentaba la paciente.

- Se debe tener en cuenta, que los antibióticos que recibió la paciente antes de la valoración por el demandado, no sólo pueden modificar la historia natural de cualquier padecimiento infeccioso, sino pueden retardar las manifestaciones de uno de tipo quirúrgico.
- El 26 de febrero de 2009, la paciente fue atendida por el demandado. En esta consulta se reportó que la menor reinició con hiporexia, fiebre, dolor abdominal, presentando evacuaciones semi-líquidas con moco, sin sangre. En la exploración física se encontró: hipertermia (38° C), abdomen sin datos de irritación peritoneal, tres ruidos peristálticos por minuto, disminuidos en intensidad, distensión moderada, dolor a la palpación profunda y rebote negativo. Atendiendo al cuadro clínico, se explicó a los familiares la necesidad de internamiento para estudio y manejo, quienes no lo aceptaron en ese momento, estableciendo el compromiso de revalorar el internamiento en seis horas, según lo acredita la nota médica del demandado.
- Lo anterior, fue confirmado por los padres del menor, quienes en las documentales del expediente, reconocieron que el demandado ofreció tres opciones para la hospitalización de la menor.
- En este sentido, no se observan elementos de mala práctica, atribuibles al demandado, pues se demostró que, ante el cuadro clínico que presentaba la paciente, estimó necesaria su hospitalización para estudio y tratamiento.
- Ahora bien, según manifestaron los padres de la menor en su queja, optaron por llevar a la paciente a Urgencias de un Hospital, donde diagnosticaron apendicitis.
- En esos términos, quedó demostrado que los familiares de la menor, de manera voluntaria, sin que mediara mora, negligencia o negativa del demandado, consultaron médicos distintos, impidiendo así que continuara su atención.
- Así, el 27 de febrero de 2009, la paciente fue intervenida quirúrgicamente. La hoja quirúrgica estable-

ce que se realizó apendicectomía Pouchet, drenaje de absceso y lavado peritoneal, teniendo como hallazgos: apéndice inflamada, abscedada, muy adherida a vejiga, recto y pared abdominal, plastrón de asas de intestino delgado, razón por la cual no fue posible extirpar el apéndice inflamado.

- Sobre el particular, los padres de la menor manifestaron que al salir de la operación, se les informó que la paciente presentaba cuadro de peritonitis y que el apéndice se reventó desde hacía una semana aproximadamente. Al respecto, debe puntualizarse, que no se aportó reporte de estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.
- También, es necesario mencionar, que si bien la paciente presentó apéndice perforado, esto ocurre en 30% a 60% de los pacientes pediátricos, siendo mayor el riesgo de perforación entre 1 a 4 años de edad (70%-75%). Mas aún, no se demostró que la perforación ocurriera a consecuencia de mala práctica del facultativo demandado, pues como se ha razonado en este análisis, su atención se ajustó a lo establecido por la lex artis médica.
- La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, fue dada de alta el 5 de marzo de 2009, como se acredita con la nota de egreso hospitalario.

Apreciaciones Finales

- Se demostró que la atención del facultativo demandado, se ajustó a la lex artis médica.
- El demandado cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, manejando a la paciente conforme al cuadro clínico que presentaba.
- No se realizaron pronunciamientos respecto de la atención brindada por médicos distintos al demandado, al no formar parte de la controversia.

Comentarios

- El dolor abdominal es motivo de consulta frecuente en pediatría, generalmente su origen es banal; sin embargo, puede deberse a causas importantes, entre las que destaca la apendicitis.
- El diagnóstico de apendicitis puede retrasarse debido al empleo de medicamentos (antibióticos, analgésicos, etc.) lo que ocasiona evolución tórpida de la enfermedad y complicación

en su diagnóstico.

- La presencia de datos clínicos inespecíficos como diarrea o síntomas urinarios, constituyen otro factor que dificulta el diagnóstico.

Referencias

1. Vázquez-Ronco E. Apendicitis aguda en la infancia. Factores asociados al retraso diagnóstico. *Emergencias* 2006;18:151-155.
2. Mendoza-Morelos R, Alonso-Malagón JF. Apendicitis en edades pediátricas. *Cir Gen.* 2005; 27: 238-244.
3. Murch SM. Diarrea, retraso diagnóstico y apendicitis. *Lancet.* 2000; 356:787.
4. Mahadevan M, Graff L. Prospective randomized study of analgesic use for ED patients with right lower quadrant pain. *Am J Emerg Med.* 2000;18:753-756.
5. Lee JS, Stiell IG, Wells GA, Elder BR, Vandemheen K, Shapiro S. Adverse outcomes and opioid analgesic administration in acute abdominal pain. *Acad Emerg Med.* 2000;7(9):980-987.
6. Kim MK, Strait RT, Sato TT, Hennes HM. A randomized clinical trial of analgesia in children with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med.* 2002; 9 (4): 281-287.
7. Wolfe J, Lien D, Smithline HA, Lenkoski K. Analgesic administration to patients with an acute abdomen: a survey of emergency medicine physicians. *Am J Emerg Med.* 2000; 18: 250-253.
8. Kim MK, Galustyan S, Sato TT, Berg-holte J, Hennes HM. Analgesia for children with acute abdominal pain: A Survey of Pediatric Emergency Physicians and Pediatric Surgeons. *Pediatrics* 2003; 112: 1122-1126.
9. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein J. et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 18-31.
10. Hartman GE. Apendicitis aguda. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson. Tratado de Pediatría*, Vol. I. 16ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000, p. 1395-1398.

Suscríbete a la Revista del Consumidor

12 NÚMEROS POR EL PRECIO DE 10: \$250.00



- Entra a multipagos en profeco.gob.mx
- Llama al 01 800 468 8722 para pago con Visa o Mastercard
- Acude a tu delegación Profeco más cercana



revistadelconsumidor.gob.mx



GOBIERNO FEDERAL

SE





15 años de solucionar controversias en salud

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

Agradecemos la distribución de este ejemplar a:



Salud con Innovación
y Transparencia