

REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Volumen 27, Número 3, Julio - Septiembre, 2022 ISSN 2007-932X



Médicos en urgencias
y padecimientos
de columna vertebral

Expulsión de lito e íleo biliar

Error en el diagnóstico
de abdomen agudo

Manejo de catéter
venoso central

La responsabilidad
penal médica

Medios alternativos para la
solución de controversias

NOM-004-SSA3-2012,
Del expediente clínico



Elementos básicos de una

RECETA MÉDICA



ELEMENTOS BÁSICOS



Datos obligatorios por ley

Datos generales del paciente



Descripción del tratamiento

Información legible y sin abreviaturas



Para evitar errores en la interpretación, la prescripción debe ser: **clara, legible y sin abreviaturas**, para proteger la **seguridad del paciente**.

 **DESCARGA**

* la infografía completa.



www.gob.mx/conamed



GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

REVISTA CONAMED

Director General

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya

Editor

Dr. Fernando Meneses González

Comité Editorial

Lic. Francisco Javier Guerra Zermeño
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Kever
Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

QFB. Daniela Carrasco Zúñiga
Dra. Andrea Soriano Ríos

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa
*The George Washington University
and Milken Institute, USA*

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
*Facultad de ciencias de la salud.
Universidad Panamericana, México*

Dr. José Halabe Cherem
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Felipe Cruz Vega
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Germán Fajardo Dolci
Facultad de Medicina UNAM, México

Mtra. Rosa Amarilis Zárate Grajales
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Jonas Conseth-García
*Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)
Organización Panamericana de la Salud, México*



Portada: Christian Colmenares Yañez

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 27, No. 3, julio-septiembre 2022, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, C. P. 11570, en la Ciudad de México. Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Lic. Juan Antonio Orozco Montoya, Subcomisionado Jurídico y Encargado del Despacho de los Asuntos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, Av. Marina Nacional 60, piso 14, Col. Tacuba, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 12 de octubre de 2022.

Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

- Artículo original** 107 **Capacidad de los médicos en urgencias en detectar padecimientos de columna vertebral y solicitar valoración especializada**
Capability of the emergency physicians to detect spinal disorders and request specialized assessment
Guillermo Iván Ladewig Bernáldez, Sarahí Irasema Pérez Vázquez, Jazmín Romero Gutiérrez, Gerson Gómez Flores, Edith Oropeza Oropeza, Manuel Dufoo Olvera
- Casos clínicos** 114 **Expulsión espontánea de lito en paciente con íleo biliar. Reporte de un caso clínico inusual**
Spontaneous expulsion of stone in a patient with gallstone ileus. Report of an unusual clinical case
César Alejandro López Romero, Juan Manuel Gómez Rodríguez, Antonio Romero Nogales
- 118 **Consecuencia de error en abordaje diagnóstico de abdomen agudo: reporte de caso y revisión de literatura**
Consequence of error in diagnostic management of acute abdomen: case report and literature review
Rebeca Aylin Valdivia-Martínez, Fernando Meneses-González, David Luna-Pérez
- Sección especial Boletín CONAMED** 128 **Recomendaciones de enfermería para el manejo del Catéter Venoso Central**
Nursing recommendations for the management of the Central Venous Catheter
Sara Michelle Velázquez Morales, Roció Quiroz Esquivel
- Derechos humanos y salud** 132 **Justicia restaurativa y la responsabilidad penal médica**
Restorative justice and medical criminal liability
María Elisa Matilde Ceballos Díaz
- Reporte** 141 **Medios alternativos para la solución de controversias. El papel de las comisiones estatales de arbitraje médico (CMAM)**
Alternative mechanisms for the solution of controversies. The role of the state medical arbitration commissions
Miguel Ángel Lezana-Fernández, Daniela Carrasco Zúñiga, Fernando Meneses-González
- Documento de interés** 149 **NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**
NOM-004-SSA3-2012, On the clinical record

Capacidad de los médicos en urgencias en detectar padecimientos de columna vertebral y solicitar valoración especializada



Capability of the emergency physicians to detect spinal disorders and request specialized assessment

Guillermo Iván Ladewig Bernáldez,* Sarahí Irasema Pérez Vázquez,† Jazmín Romero Gutiérrez,‡ Gerson Gómez Flores,§ Edith Oropeza Oropeza,¶ Manuel Dufoo Olvera||

RESUMEN

Introducción: la mayoría de los padecimientos de la columna vertebral son abordados inicialmente por médicos de urgencias, así como médicos de primer contacto. Aunque la mayoría de estas patologías tiene orígenes benignos y autolimitados, alrededor de 5% tienen una causa severa, la cual de no tratarse puede tener un mal resultado secundario a un daño neurológico. **Objetivo:** el objetivo del estudio es identificar y analizar la capacidad del médico de urgencias de determinar la necesidad de una valoración por el especialista en padecimientos de la columna vertebral. **Material y métodos:** estudio observacional, transversal y retrospectivo llevado a cabo en la Clínica de Columna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, entre febrero de 2017 a febrero de 2019. La evaluación de exposición se realizó por medio de las valoraciones solicitadas por parte del servicio de urgencias; la evaluación del resultado se llevó a cabo de acuerdo con el plan terapéutico de cada uno de los pacientes. Con el propósito de obtener la concordancia entre las valoraciones de interconsulta de los servicios de admisión de pacientes y la necesidad de valoración por parte de la clínica de columna de acuerdo con el plan de seguimiento (dos variables categóricas) se utilizó el porcentaje de concordancia y el índice de Kappa de Cohen. **Resultados:** se evaluaron 1,665 sujetos. La mediana de tiempo transcurrido entre el ingreso al servicio hospitalario y la valoración por parte de la Clínica de Columna fue de 15.5 minutos (IQR 31.5 minutos); 61.9% de los pacientes fueron valorados en menos de 30 minutos. La evaluación de la concordancia entre las interconsultas realizadas y la necesidad de valoración se obtuvo a través de la evaluación del porcentaje de concordancia, obteniendo 42.70%. El índice de Kappa de Cohen obtenido fue de -0.0309 (valor p de 0.9999), interpretándolo como una fuerza pobre de concordancia; de acuerdo con el valor p, se concluye que no existe concordancia entre las interconsultas realizadas y la necesidad de valoración. **Conclusiones:** en nuestro estudio encontramos que la atención del paciente que acude al servicio de urgencias con patología de columna vertebral recibe una atención rápida; sin embargo, la concordancia de las interconsultas solicitadas con la necesidad de valoración es pobre. Para cumplir con los estándares de seguridad del paciente es necesario aumentar esta concordancia, por lo que proponemos incrementarla por medio de la educación médica continua con cursos de actualización propuestos por la Clínica de Columna a los médicos de primer contacto.

Palabras clave: médicos en urgencias y de primer contacto, error diagnóstico, especialistas de columna, seguridad del paciente, interconsulta.

ABSTRACT

Introduction: most of the spinal disorders are initially approached by emergency physicians, as well as first contact physicians. Although most of these pathologies have benign and self-limited origins, around 5% have a severe cause which, if left untreated, can have a poor outcome secondary to

* Médico Adscrito a la Clínica de Columna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Alta Especialidad en Cirugía de Columna.

† Médica Pasante en Medicina. Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional (IPN).

‡ Médica Pasante en Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

§ Médico Adscrito a la Clínica de Columna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Alta Especialidad en Cirugía de Columna.

¶ Jefe de Servicio de la Clínica de Columna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Alta Especialidad en Cirugía de Columna.

Correspondencia: GILB, dr.ladewig@gmail.com

Conflicto de intereses: no existe conflicto de intereses en el presente trabajo.

Citar como: Ladewig BGI, Pérez VSI, Romero GJ, Gómez FG, Oropeza OE, Dufoo OM. Capacidad de los médicos en urgencias en detectar padecimientos de columna vertebral y solicitar valoración especializada. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 107-113. <https://dx.doi.org/10.35366/107641>

neurological damage. **Objective:** the objective of the study is to identify and analyze the capacity of the emergency physician to determine the need for an evaluation by the specialist in diseases of the spine. **Material and methods:** an observational, cross-sectional and retrospective study was carried out at the Spine Clinic of the Mexico City Health Secretariat between February 2017 and February 2019. The exposure assessment was carried out through the assessments requested by the emergency service; the evaluation of the result was carried out according to the treatment plan of each of the patients. In order to obtain concordance between the interconsultation evaluations of the patient admission services and the need for evaluation by the spine clinic according to the follow-up plan (two categorical variables), the percentage of concordance and Cohen's Kappa index was used. **Results:** 1,665 subjects were evaluated. The median time elapsed between admission to the hospital service and the assessment by the Spine Clinic was 15.5 minutes (IQR 31.5 minutes); 61.9% of the patients were assessed in less than 30 minutes. The evaluation of the concordance between the interconsultations carried out and the need for assessment was obtained through the evaluation of the percentage of agreement, obtaining 42.70%. The Cohen's Kappa index obtained was -0.0309 (p-value 0.9999), interpreting it as a poor strength of agreement, according to the p-value, it is concluded that there is no concordance between the interconsultations carried out and the need for assessment. **Conclusions:** in our study we found that the care of the patient who goes to the emergency department with spinal pathology receives prompt attention, however, the concordance of the interconsultations requested with the need for evaluation is poor. To comply with patient safety standards, it is necessary to increase this concordance, so we propose to increase it through continuous medical education with actualization courses proposed by the Spine Clinic to first contact doctors.

Keywords: emergency physicians and first contact physicians, diagnostic error, spine surgeons, patient safety, interconsultation.

Financiamiento: el estudio no recibió financiamiento externo.

Recibido: 15-06-2022.

Aceptado: 01-08-2022.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los padecimientos de la columna vertebral son abordados inicialmente por médicos de urgencias, así como médicos de primer contacto.¹ Aunque la mayoría de estas patologías tiene orígenes benignos y autolimitados, alrededor de 5% tienen una causa severa, la cual, de no tratarse, puede tener un mal resultado secundario a un daño neurológico.² El papel del médico de urgencias es identificar este conjunto de patologías con causas graves dentro de una gran mayoría de pacientes que a menudo no requieren más que una historia clínica y una exploración física.² Sin embargo, debido al exceso de trabajo que se tiene diariamente en esta área se cometen varios errores diagnósticos que pueden afectar el bienestar del paciente. Al derivar erróneamente al paciente a otra especialidad se provocan retrasos en el tratamiento definitivo, costos elevados en exámenes complementarios irrelevantes, exposición innecesaria a la radiación ionizante, posibilidad de causar una lesión mayor con el traslado del paciente de un área a otra o de la cama al aparato de imagen, así como una mayor estancia hospitalaria, entre otras.^{3,4}

Los errores en el diagnóstico ocurren más frecuentemente en el departamento de urgencias que en cualquier otro departamento, estos errores

resultan en serias lesiones al paciente.⁵ Dentro de los errores diagnósticos más frecuentes que se han observado destacan los de columna cervical⁴⁻⁷ a pesar de la existencia de reglas de decisión clínica como la Regla Canadiense de la Columna Cervical (CCSR, por sus siglas en inglés), la regla NEXUS, el Desarrollo del Sistema de Gestión de Incidentes de Seguridad del Paciente (DPSIMS, por sus siglas en inglés), entre otros. Se define error diagnóstico como aquel que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o es incorrecto. En los últimos años se discute también la necesidad de incluir el término de sobrediagnóstico, el cual se define como una situación producida cuando personas sin síntomas son diagnosticadas de enfermedades que no les causaran daño o muerte prematura.⁸ Los principales factores contribuyentes a esta definición son los errores del personal, las deficiencias en cuestión de conocimientos o habilidades por parte del personal de salud y el incumplimiento de los protocolos.⁵

Hussain y colaboradores realizaron un estudio en el que demuestran que los errores diagnósticos en urgencias son debidos a una evaluación clínica incorrecta, a una respuesta inapropiada en la investigación diagnóstica-imagenológica, y entre éstas son: la incorrecta solicitud de estudios diagnósticos-imagenológicos y los errores humanos

que llegan a ser comunes. Los diagnósticos clave implicados en estos errores fueron fracturas de columna cervical y fémur proximal, infarto agudo al miocardio y hemorragia intracraneal.⁵

Los hallazgos en el examen físico no siempre son coherentes con la gravedad de la enfermedad, por lo que correlacionar los hallazgos físicos con los estudios imagenológicos, como lo son las radiografías simples, la resonancia magnética y la sintomatología que tiene el paciente es fundamental para poder llegar a un diagnóstico oportuno y correcto. En caso de que estos estudios imagenológicos no permitan llegar al diagnóstico, se debe investigar con estudios de electrodiagnóstico junto con examen de líquido cefalorraquídeo.⁹ No obstante, el uso de ciertos estudios, principalmente los de imagen, trae desventajas económicas, factor que se debe tener en consideración.

En nuestra institución el costo para un paciente es relevante debido a que se deben tener muchas variables en cuenta, entre ellas está el agotar los recursos del departamento de emergencias de manera inequívoca, que de otro modo podrían estar disponibles para las afecciones más agudas de otras patologías o lesiones. Un mayor uso de imágenes aumenta la estancia del paciente en el servicio de urgencias y potencialmente incrementa el riesgo de error médico. Este hecho exhorta a la reorganización de los servicios de urgencias para acomodar a pacientes que esperan resultados imagenológicos, con el objetivo de planificar la atención médica y la asignación de recursos, ya sea tanto en medio privado como en hospitales públicos.^{1,10}

El objetivo del estudio es identificar y analizar la capacidad del médico de urgencias de determinar la necesidad de una valoración por el especialista en padecimientos de la columna vertebral.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, transversal y retrospectivo llevado a cabo en la Clínica de Columna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, entre febrero de 2017 a febrero de 2019. Los criterios de inclusión fueron todas las mujeres y hombres con edades igual o mayores a 18 años a quienes se les solicitó una valoración por parte de la Clínica de Columna. La evaluación de exposición

se realizó por medio de las valoraciones solicitadas por parte del servicio de urgencias; este servicio recibió pacientes de los servicios de Medicina Interna, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Terapia Intensiva, Consulta Externa y Ginecología de los hospitales de la Ciudad de México y Área Metropolitana que se realizaron en la Clínica de Columna. La evaluación del resultado se llevó a cabo de acuerdo con el plan terapéutico de cada uno de los pacientes al decidir su egreso hospitalario, necesidad de Consulta Externa a la Clínica de Columna, ingreso a piso o la interconsulta a la misma. Las variables que se estudiaron fueron edad, fecha, hora de ingreso, hora de valoración, hora de egreso y tiempo entre la solicitud de valoración y su realización (minutos).

Se realizó la prueba de normalidad de los datos de cada una de las variables utilizando las medidas de forma de sesgo y curtosis, así como la prueba de Shapiro-Wilk.

Las medidas de tendencia central y de dispersión utilizadas para las variables cuantitativas sin distribución normal de los datos fueron la mediana (p50) y el rango intercuartil (IQR). Para las variables categóricas se utilizó la frecuencia y proporción.

Para cumplir con los objetivos, se realizó la caracterización de los sujetos de acuerdo con el sexo. Para realizar la comparación entre las medidas de tendencia central de acuerdo con el sexo de los pacientes se realizó para las variables cuantitativas sin distribución normal la prueba Wilcoxon Rank-Sum y para variables categóricas se empleó la prueba de proporciones inmediato.

Con el propósito de obtener la concordancia entre las valoraciones de interconsulta de los servicios de ingreso de pacientes y la necesidad de valoración por parte de la Clínica de Columna de acuerdo con el plan de seguimiento (dos variables categóricas) se utilizó el porcentaje de concordancia y el índice de Kappa de Cohen.

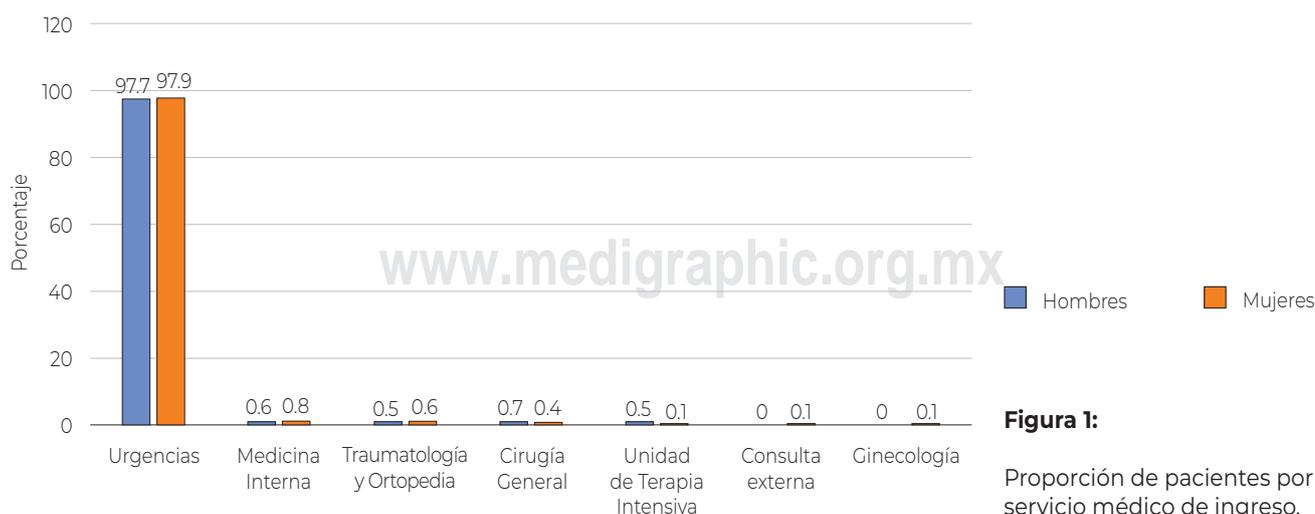
Respecto al análisis, se empleó el paquete estadístico de STATA v.14.2. El valor de significancia estadística se estableció en $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se evaluaron 1,665 sujetos, de los cuales 50.5% son mujeres y 49.5% hombres. La mediana de edad es de 38 años (IQR 24 años). Se observó que 44.8%

Tabla 1: Caracterización de variables clínicas y demográficas de pacientes de acuerdo con el sexo.

Características	Total (N = 1,665)	Hombres (N = 824, 49.5%)	Mujeres (N = 841, 50.5%)	p
Edad en años (p50 [IQR]) [n (%)]	38 (24)	38 (25)	38.5 (23)	0.339
18-29	468 (28.1)	242 (29.4)	226 (26.9)	0.002
30-49	717 (43.1)	340 (41.3)	377 (44.8)	0.149
50-69	369 (22.2)	195 (23.7)	174 (20.7)	0.141
≥ 70	111 (6.6)	47 (5.6)	64 (7.6)	0.12
Servicio hospitalario de ingreso [n (%)]				
Urgencias	1,628 (97.8)	805 (97.7)	823 (97.9)	0.781
Medicina Interna	12 (0.7)	5 (0.6)	7 (0.8)	0.625
Traumatología y Ortopedia	9 (0.5)	4 (0.5)	5 (0.6)	0.783
Cirugía General	9 (0.5)	6 (0.7)	3 (0.4)	0.407
Unidad de Terapia Intensiva	5 (0.3)	4 (0.5)	1 (0.1)	0.134
Consulta externa	1 (0.1)	-	1 (0.1)	0.069
Ginecología	1 (0.1)	-	1 (0.1)	0.052
Valoración por clínica de columna [n (%)]	63 (3.8)	25 (3.0)	38 (4.5)	0.108
Minutos entre ingreso y valoración [p50 (IQR)]	15.5 (31.5)	15 (32)	16 (31)	0.285
< 30 minutos [n (%)]	1,031 (61.9)	513 (62.3)	518 (61.6)	0.769
30 a 59 minutos [n (%)]	322 (19.4)	146 (17.7)	176 (20.9)	0.098
≥ 60 minutos [n (%)]	312 (18.7)	165 (20.0)	147 (17.5)	0.191
Plan terapéutico [n (%)]				
Alta	732 (44.0)	278 (33.7)	454 (54.0)	0.000
Consulta externa de Clínica de Columna	623 (37.4)	330 (40.1)	293 (34.8)	0.026
Ingreso a piso	226 (13.5)	158 (19.2)	68 (8.1)	0.000
Interconsulta	84 (5.1)	58 (7.0)	26 (3.1)	0.000

**Figura 1:**

Proporción de pacientes por servicio médico de ingreso.

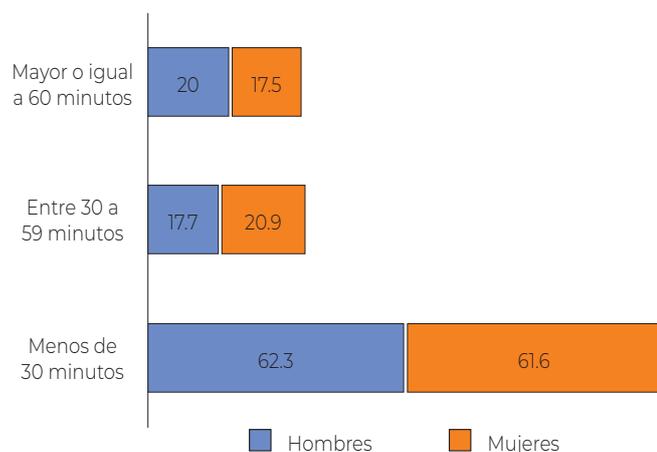


Figura 2: Tiempo transcurrido entre la solicitud de valoración y la interconsulta por la Clínica de Columna.

de las mujeres y 41.3% de los hombres tenían edades entre 30 y 49 años, seguido de 18 a 29 años (Tabla 1).

Con respecto al servicio hospitalario de ingreso donde se encontraban los pacientes y realizaron o no las solicitudes de valoración por parte de la Clínica de la Columna, se observó que en 97.8% de los casos se encontraron en urgencias, seguido del servicio de Medicina Interna (Figura 1).

La mediana de tiempo transcurrido entre el ingreso al servicio hospitalario y la valoración por parte de la Clínica de Columna fue de 15.5 minutos (IQR 31.5 minutos); 61.9% de los pacientes fueron valorados en menos de 30 minutos, 19.3% entre los 30 a los 59 minutos y 18.7% igual o mayor a 60 minutos (Figura 2).

Por último, con respecto al plan terapéutico, 44% de los pacientes no tuvo necesidad de permanecer en el hospital y recibió el alta; 37.4% fue citado a consulta externa de la Clínica de Columna, 13.6% fue ingresado a piso, 5.1% recibió interconsulta por la Clínica de Columna (Figura 3).

En 85% de los pacientes, 23 fueron los principales diagnósticos presentados por la población de estudio, siendo la principal causa de valoración la cervicalgia postraumática (20.3%), seguido de fracturas (17.6%) y lumbalgia postraumática (10.2%) (Tabla 2).

La evaluación de la concordancia entre las interconsultas realizadas por el servicio de admisión y la necesidad de valoración por parte de la Clínica

de Columna se obtuvo a través de la evaluación del porcentaje de concordancia, obteniendo 42.70%. El índice de Kappa de Cohen obtenido fue de -0.0309 (valor p de 0.9999), interpretándolo de acuerdo con los criterios de Landis y Koch para la medición de la consistencia como una fuerza pobre de concordancia, es decir, sin acuerdo (Tabla 3). Según el valor «p», no se puede rechazar la hipótesis nula, por lo que se concluye que no existe concordancia entre las interconsultas por el servicio de admisión y la necesidad de valoración por parte de especialistas de la Clínica de Columna.

DISCUSIÓN

Los médicos de primer contacto tienen ciertos sesgos y patrones cuando se trata de referir un paciente con patología de columna vertebral con el especialista (falta de conocimiento o interés); estos sesgos y patrones pueden ser secundarios a experiencias personales con los cirujanos de columna con los que se han relacionado (falta de profesionalismo, rivalidad, egocentrismo, malas relaciones interpersonales), el acceso limitado a este tipo de especialistas, las campañas de *marketing* (la lumbalgia, al ser la segunda causa de consulta ortopédica, existe mucho *marketing* de manejos «alternativos»), las iniciativas o políticas

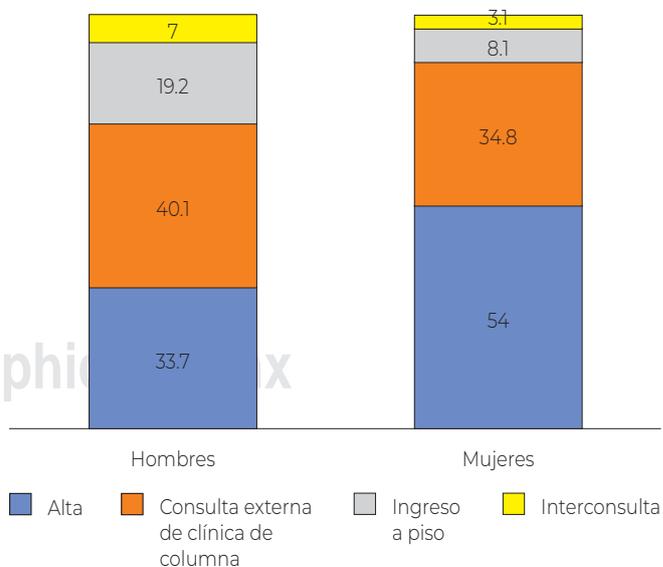


Figura 3: Plan terapéutico de los pacientes del estudio.

Tabla 2: Principales diagnósticos de los pacientes.

	N = 1,665 n (%)
Cervicalgia postraumática	338 (20.3)
Fractura	293 (17.6)
Lumbalgia postraumática	167 (10.2)
Lumbalgia	115 (6.9)
Cervicalgia y lumbalgia postraumática	84 (5.1)
Cervicalgia	52 (3.1)
Lumbalgia mecanopostural	41 (2.5)
Herida por proyectil de arma de fuego	32 (1.9)
Politrauma	32 (1.9)
Espondiloartrosis	28 (1.7)
Radiculopatía	25 (1.5)
Contusión	23 (1.4)
Conducto lumbar estrecho	23 (1.4)
Escoliosis degenerativa	20 (1.2)
Espondilolistesis	20 (1.2)
Cervicalgia y dorsolumbalgia postraumática	15 (0.9)
Síndrome de destrucción vertebral	13 (0.8)
Traumatismo craneoencefálico	13 (0.8)
Trauma raquímedular	12 (0.7)
Lesión medular	12 (0.7)
Artrosis	11 (0.7)
Listesis	10 (0.6)

del hospital donde laboren (patología de columna cervical sólo es atendida por neurocirujanos y patología de columna lumbar por ortopedistas), así como muchos otros factores.⁷ La comunicación abierta, la educación acerca de capacidades y alcances del urgenciólogo, así como mejores relaciones entre los cirujanos de columna y los médicos de primer contacto podría ayudar a tener una adecuada referencia con el especialista en columna y ayudar a los pacientes independientemente de la patología.⁷

La mayoría de los médicos de atención primaria se sienten «algo» preparados al comunicar el riesgo, así como para identificar los posibles casos de emergencia de la columna vertebral. La mayoría de los médicos de primer contacto refirieron que usan como fuente de información y conocimiento su entrenamiento realizado en la escuela de medicina y/o el realizado en la residencia médica al enfrentarse a emergencias de columna vertebral. Esto genera dudas importantes del cómo implementar estrategias para otorgar educación de las patologías de columna vertebral a los médicos en formación en sus años de entrenamiento. Adicionalmente, debido a la popularidad de obtener información acerca del tratamiento de urgencias de estas patologías, es crucial colocar limitaciones en la validez y calidad de la información que está disponible en línea.¹

La realización de un buen interrogatorio, la historia clínica, la exploración y los estudios radiográficos son la mejor herramienta para realizar

Tabla 3: Tabla de contingencia para evaluar la necesidad de valoración por parte del servicio de la Clínica de Columna a través del porcentaje de concordancia e índice kappa de Cohen.

Necesidad de valoración por parte del servicio de la Clínica de Columna	Clínica de Columna		Total
	Necesidad de valoración	No necesidad de valoración	
Interconsulta por servicio de ingreso	21	42	63
No interconsulta por servicio de ingreso	912	690	1,602
Total	933	732	1,665
Porcentaje de concordancia			42.70
Índice kappa de Cohen			-0.0309
p			0.9999

el diagnóstico de lesiones; sin embargo, varios estudios han reportado la falta de radiografías del sitio de la lesión (46.3-53.8%), radiografías mal indicadas, tomadas o interpretadas (15-34.9%), siendo el factor radiológico más importante para el error diagnóstico; otros factores son la mala anamnesis, la inexperiencia clínica (26.5%) y los errores de asesoramiento (33.8-60.5%).¹¹

Una propuesta de solución a esta problemática es generar cursos de actualización de atención de patologías comunes de la columna vertebral en urgencias dirigido a médicos de primer contacto, realizado por la Clínica de Columna de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México/Centro de Atención a Lesionados Raquímedulares de la Ciudad de México, con el fin de unificar criterios y aumentar la concordancia entre las solicitudes de interconsultas y la necesidad de valoración por parte de especialistas de la Clínica de Columna.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que la atención del paciente que acude al servicio de urgencias con patología de columna vertebral recibe una atención rápida en la mayoría de los casos (61.9% en menos de 30 minutos); no obstante, la concordancia de las interconsultas solicitadas con la necesidad de valoración por parte de la Clínica de Columna es pobre (-0.0309, valor p de 0.9999). Para cumplir con los estándares de seguridad del paciente es necesario aumentar esta concordancia, por lo que nuestra propuesta es incrementarla por medio de la educación médica continua con cursos de actualización propuestos por la Clínica de Columna a los médicos de primer contacto.

REFERENCIAS

1. Johnson JR, Babu JM, Durand WM, Eltorai AE, Patel SA, & Daniels AH. Recognition and Management of Emergent Spinal Pathology Among First-Line Providers. *Orthopedics*, 2020; 43 (4): e244-e250.
2. Singleton J, & Edlow JA. Acute nontraumatic back pain: risk stratification, emergency department management, and review of serious pathologies. *Em Med Clin*, 2016; 34 (4): 743-757.
3. Bible JE, Kadakia RJ, Kay HF, Zhang CE, Casimir GE, & Devin CJ. Repeat spine imaging in transferred emergency department patients. *Spine*, 2014; 39 (4): 291-296.
4. Alessandrino F, Bono CM, Potter CA, Harris MB, Sodickson AD, & Khurana B. Spectrum of diagnostic errors in cervical spine trauma imaging and their clinical significance. *Emer rad*, 2019; 26 (4): 409-416.
5. Hussain F, Cooper A, Carson-Stevens A, Donaldson L, Hibbert P, Hughes T & Edwards A. Diagnostic error in the emergency department: learning from national patient safety incident report analysis. *BMC emergency medicine*, 2019; 19 (1): 1-9.
6. Van Zyl HP, Bilbey J, Vukusic A, Ring T, Oakes J, Williamson LD, & Mitchell IV. Can emergency physicians accurately rule out clinically important cervical spine injuries by using computed tomography?. *Can Jou Eme Med*, 2014; 16 (2): 131-135.
7. Malige A, Yuh R, Yellapu V, Lands V, Woods B & Sokunbi, G. Review of physician referrals to orthopedic spine versus neurosurgery. *Clinics in orthopedic surgery*, 2020; 12 (1): 55.
8. Minué-Lorenzo S. El error diagnóstico en atención primaria. *Atención Primaria*, 2017; 49 (1): 4.
9. Kim HJ, Tetreault LA, Massicotte EM, Arnold PM, Skelly AC, Brodt ED & Riew KD. Differential diagnosis for cervical spondylotic myelopathy: literature review. *Spine*, 2013; 38 (22S): S78-S88.
10. Dick EA, Varma D, Kashef E & Curtis J. Use of advanced imaging techniques during visits to emergency departments-implications, costs, patient benefits/risks. *The British journal of radiology*, 2016; 89 (1061): 20150819.
11. Pfeifer R & Pape HC. Missed injuries in trauma patients: a literature review. *Patient safety in surgery*, 2008; 2 (1): 1-6.



Expulsión espontánea de lito en paciente con íleo biliar. Reporte de un caso clínico inusual

Spontaneous expulsion of stone in a patient with gallstone ileus. Report of an unusual clinical case

César Alejandro López Romero,* Juan Manuel Gómez Rodríguez,*
Antonio Romero Nogales†

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación poco común de la coledocistitis, se describe como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal. El lito llega al intestino por medio de una fístula colecistoentérica. El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. Debido a la falta de sospecha de este padecimiento, el diagnóstico se realiza con laparotomía exploradora en 50% de los pacientes. La mayoría de la bibliografía recomienda manejo quirúrgico; sin embargo, existen muy pocos casos en los cuales se ha reportado la expulsión espontánea del lito biliar.

Palabras clave: íleo biliar, lito, expulsión espontánea.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis, described as a mechanical intestinal obstruction due to the impaction of one or more gallstones within the gastrointestinal tract. The stone reaches the intestine through a cholecystoenteric fistula. The most common type of fistula is located between the gallbladder and the duodenum. Due to the lack of suspicion of this condition, the diagnosis is made with exploratory laparotomy in 50% of patients. Most of the literature recommends surgical management, however there are very few reports of spontaneous expulsion of gallstones.

Keywords: gallstone ileus, stone, spontaneous expulsion.

* Residente de primer año de Cirugía General.
† Cirujano general.

Hospital General de Manzanillo.

Correspondencia: CALR, cesar.lopez95@outlook.com

Conflicto de intereses: los autores no presentan conflicto de intereses.

Citar como: López RCA, Gómez RJM, Romero NA. Expulsión espontánea de lito en paciente con íleo biliar. Reporte de un caso clínico inusual. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 114-117. <https://dx.doi.org/10.35366/107642>

Financiamiento: los autores declaran que no se recibió financiamiento para realizar este artículo.

Recibido: 07/05/2022.
Aceptado: 21/07/2022.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Erasmus Bartolím en un estudio de necropsia.¹⁻³ Es causado por el paso de un cálculo biliar desde los ductos biliares hacia el lumen intestinal por medio de una fístula.⁴ El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno.^{1,4} La fístula aparece cuando hay episodios recurrentes de colecistitis aguda y genera una amplia inflamación y adherencias entre la vesícula biliar y el tracto digestivo.^{4,5} Esta patología representa de 1 a 4% de las causas de oclusión mecánica del intestino delgado en pacientes menores de 65 años.² Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años y tiene una prevalencia de hasta 25% como causa de oclusión en este grupo de edad.^{2,6,7} Predomina en el género femenino con una proporción de 3.5-6.1:1.¹⁻⁴ La sospecha diagnóstica es de suma importancia para un manejo oportuno. En una revisión de literatura japonesa Kashara y colaboradores reportaron que sólo ocho de 112 pacientes mostraron paso espontáneo de lito a través del tracto gastrointestinal.^{8,9}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 58 que acude al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de ocho días de evolución caracterizado por dolor en epigastrio 9/10 puntos en la escala visual análoga, tipo punzante acompañado de náuseas que progresaron a vómitos de contenido gástrico, evacuaciones y canalización de gases presentes. Se inició manejo con antiácidos por médico particular previo al ingreso a urgencias sin mostrar mejoría de sintomatología. A la exploración física muestra como hallazgos de relevancia distensión abdominal con dolor a la palpación superficial y profunda localizado en epigastrio y mesogastrio; timpanismo generalizado a la auscultación y peristalsis disminuida. No se encuentra resistencia muscular ni datos de irritación peritoneal al momento de su ingreso. Como antecedentes de importancia refirió alérgica a dextrometorfano y penicilina. Negó antecedentes de cuadros dolorosos abdominales sugestivos de colecistitis. También se negaron enfermedades crónicas degenerativas y cirugías. En sus parámetros presenta leucocitos $18.13 \times 10^3/\text{mL}$, con neutrófilos $15.56 \times 10^3/\text{mL}$, linfocitos $1.44 \times 10^3/$

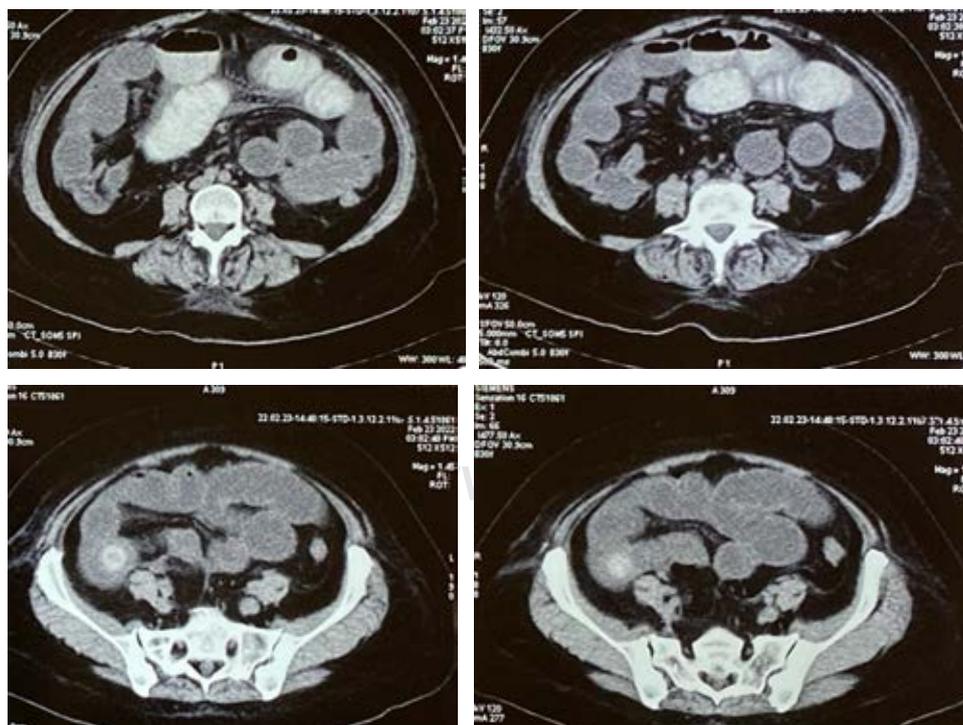


Figura 1:

Tomografía en corte axial que muestra lito de 24 mm a nivel del íleon distal.



Figura 2:

Vesícula biliar adherida a segunda porción del duodeno con aspecto esclerotrófico.

mL, hemoglobina 11.60 g/dL, hematocrito 34.60%, plaquetas 359×10^3 /mL, creatinina 0.60 mg/dL, nitrógeno ureico 8.6 mg/dL, urea 18.5 mg/dL, sodio 138 mEq/L, potasio 3.3 mEq/L y cloro 104 mEq/L. Se realizó tomografía abdominal con contraste vía oral con reporte de vesícula biliar con material de contraste proveniente del duodeno, que mostró comunicación anómala entre ambas estructuras en relación con el trayecto fistuloso a nivel de la segunda porción del duodeno, asas de intestino secundario a múltiples niveles hidroaéreos secundario a lito de 24 mm en íleon distal a 40 cm de la válvula ileocecal (*Figura 1*) con distensión de asas intestinales proximales a ese sitio. Se colocó sonda nasogástrica en su primer día de ingreso hospitalario con un gasto de 1,400 cm³ en las primeras 24 horas. En su segundo y tercer día de estancia intrahospitalaria la paciente no tuvo evacuaciones, ni canalización de gases; presencia de significativa distensión abdominal y timpanismo generalizado, aun sin datos de irritación peritoneal. Durante el cuarto día de estancia intrahospitalaria previo a su intervención quirúrgica se reportó evacuación con expulsión de heces y el cálculo biliar.

Posteriormente fue sometida a laparotomía exploradora, en la cual se observó vesícula biliar esclerotrófica (*Figura 2*) con múltiples adherencias de epiplón y fístula de 5 mm que conectaba la vesícula biliar con la segunda porción del duodeno (*Figura 3*), se hizo revisión sistemática de todo el

intestino en búsqueda de litos residuales sin encontrar presencia de los mismos. Por lo cual no se realizó enterolitotomía longitudinal. Se procedió a efectuar cierre primario de fístula (*Figura 4*) y colecistectomía.

La paciente mostró buena evolución clínica posterior a la intervención quirúrgica con evacuación tipo Bristol 6 en el segundo día del postoperatorio. Se inició dieta líquida a las 72 horas de la intervención quirúrgica, con adecuada tolerancia y siendo posible la progresión de la misma. Debido a la evolución favorable sin complicaciones se decidió el egreso hospitalario.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una rara complicación de litiasis vesicular en 0.3-0.4%, el mecanismo más frecuente del paso del lito es a través de una fístula colecisto duodenal, misma situación que presentó nuestra paciente. Este caso clínico aquí expuesto de íleo biliar es inusual debido a que la edad de presentación del caso se encuentra por debajo de los 65 años, al cual sólo corresponde menos de 4% de incidencia de esta patología según la literatura citada en esta publicación. Un cálculo de tamaño mayor de 2 cm de diámetro genera obstrucción a nivel del intestino delgado en 90% de los pacientes,⁴ lo cual concuerda con nuestro caso, donde se documentó un lito de 24 mm por tomografía, responsable del cuadro

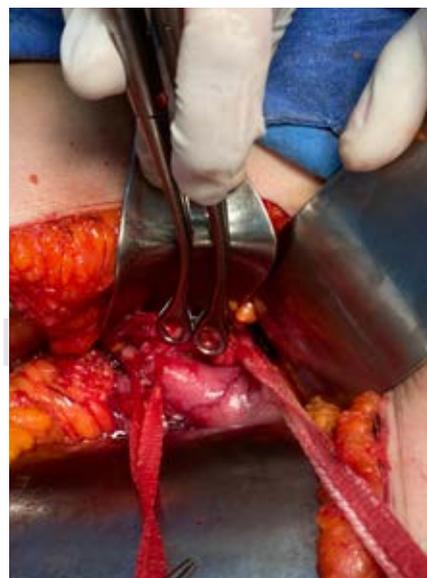


Figura 3:

Fístula enterobiliar de aproximadamente 5 mm de longitud.



Figura 4:

Cierre primario de fístula que se muestra sobre segunda porción del duodeno.

oclusivo a inicios de la enfermedad; sin embargo, destaca la expulsión espontánea del lito en las heces fecales. Cabe destacar los pocos casos documentados de expulsión espontánea del cálculo en íleo biliar, lo que hace nuestro reporte de caso con resolución infrecuente de íleo biliar. Se han descrito en la literatura japonesa apenas ocho casos de 112 que presentaron resolución espontánea.⁹ Existe aún controversia sobre el manejo del íleo biliar; sin embargo, la mayoría de la bibliografía concuerda en que el manejo quirúrgico continúa siendo de elección en todos los casos reportados recomendando una enterolitotomía con extracción de cálculos, seguida o no de colecistectomía y reparación de la fístula bilioentérica.¹⁰ En este caso se realizó cirugía en un solo tiempo, ya que ofrece las ventajas de evitar complicaciones futuras como la presencia de carcinoma de vesícula biliar en 15%, colecistitis o colangitis o recurrencias del cuadro obstructivo.^{8,11}

CONCLUSIONES

El íleo biliar es una patología poco frecuente y se considera una complicación de colelitiasis crónica que genera un cuadro de obstrucción intestinal. Establecer el diagnóstico es fundamental, ya que es una patología que se manifiesta en edades avanzadas y siempre está acompañada de otras comorbilidades que pueden incrementar el por-

centaje de mortalidad. El manejo siempre será quirúrgico y se individualizará de acuerdo con la edad y comorbilidades presentes en el momento del diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los médicos y residentes del Hospital General de Manzanillo por hacer posible este artículo de reporte de caso.

REFERENCIAS

1. Belmontes Castillo M, Pintor Belmontes Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión Rev Fac Med 2015, 58 (1): 33-39.
2. Castillo González J, Guillen Martínez E, Chama Naranjo A, Garcia Cordova E, Farell Rivas J, López Olivares R. Gallstone ileus: early diagnosis and treatment of an infrequent disease. Cirugía 2021; 32 (1): 36-42.
3. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J 2007; 31 (6): 1292-1297.
4. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López C, de la Cerda-Trujillo L et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura 15. médica. Revista de Gastroenterología de 2017; 82 (3): 248-254.
5. Zimadlová D, Hoffman P, Bártoová J. Gallstone ileus. Case report and review of literature. Folia Gastroenterol 2009; 7: 136-139.
6. Sesti J, Okoro C, Parikh M. Laparoscopic enterolithotomy for gallstone ileus. J Am Coll 2013; 217 (2): e13-e15.
7. Martín Pérez J, Delgado Plasencia L, Bravo Gutiérrez A et al. Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment. Cir 2013; 91: 485-489.
8. Williams NE, Gundara JS, Roser S, Samra Disease spectrum and use of cholecystolithotomy in gallstone ileus transection. Hepatobiliary Pancreat Dis 2012; 11 (5): 553-557.
9. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, Kuyama T, Sakata K, Kubota H. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. Am J Surg. 1980; 140 (3): 437-40. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002961080901853>
10. Reinhardt SW, Jin LX, Pitt SC, Earl TM, Chapman WC, Doyle Bouveret's syndrome complicated by classic gallstone ileus: progression of disease or iatrogenic J Gastrointest 2013; 17 (11): 2020-2024.
11. Perdomo M, Pose S, Wagner G, Armand Ugon G, Ruso Martinez L. Síndrome de Bouveret asociado a carcinoma escamoso. Una excepcional asociación lesional. Conferencia: Congreso Uruguayo de 2016. doi: 10.13140/RG.2.2.10863.33444.



Consecuencia de error en abordaje diagnóstico de abdomen agudo: reporte de caso y revisión de literatura

Consequence of error in diagnostic management of acute abdomen: case report and literature review

Rebeca Aylin Valdivia-Martínez,* Fernando Meneses-González,† David Luna-Pérez‡

RESUMEN

Introducción: durante la atención médica es crucial obtener el diagnóstico correcto; sin embargo, el error diagnóstico, definido como aquel que se realiza tardíamente, es inexacto o ignorado, bastante frecuente, costoso y perjudicial. **Caso clínico:** masculino de 18 años de edad que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal agudo, recibió diagnóstico de cólico renoureteral, sin corroborarse por estudios complementarios. Posteriormente presentó deterioro hemodinámico que culminó con el fallecimiento del paciente. **Conclusión:** en este caso el error diagnóstico impidió que se iniciara oportunamente el tratamiento apropiado, lo que permitió la libre evolución de la enfermedad.

Palabras clave: error diagnóstico, abdomen agudo, servicio de urgencias.

ABSTRACT

Introduction: during medical care it is crucial to obtain the correct diagnosis. However, diagnostic error, defined as one that occurs late, is inaccurate or ignored, is quite frequent, costly and damaging. **Clinical case:** 18-year-old male went to the emergency room with acute abdominal pain. He received a diagnosis of renoureteral colic without being corroborated by complementary studies. Subsequently he presented hemodynamic deterioration that culminated in the patient's death. **Conclusion:** in this case, the diagnostic error prevented the appropriate treatment from starting in a timely manner, allowing the free evolution of the disease.

Keywords: diagnostic error, acute abdomen, emergency service.

* Programa de Servicio Social en Investigación. Licenciatura en Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. México.

† Dirección General de Difusión e Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Correspondencia: RAVM, rebecaval0812@gmail.com

Conflicto de intereses: ninguno.

Citar como: Valdivia-Martínez RA, Meneses-González F, Luna-Pérez D. Consecuencia de error en abordaje diagnóstico de abdomen agudo: reporte de caso y revisión de literatura. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 118-127. <https://dx.doi.org/10.35366/107643>

Financiamiento: ninguno.

Recibido: 15/12/2021.

Aceptado: 07/09/2022.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Un aspecto crucial en el proceso de la atención médica es obtener el diagnóstico correcto, ya que éste nos permite tomar las decisiones adecuadas para brindar el tratamiento apropiado e informar al paciente sobre su enfermedad. Durante el proceso diagnóstico se ve implicado el razonamiento clínico y la recopilación de información para determinar el problema de salud del paciente, lo cual hace que este proceso sea una actividad compleja.¹ El error diagnóstico se define como aquel diagnóstico que se realiza tardíamente, es inexacto o ignorado. Los errores de diagnóstico impiden o retrasan el tratamiento adecuado, pudiendo ocasionar daño al paciente.² Se conoce que dentro de los errores médicos, los errores de diagnóstico son los más frecuentes y costosos, y contribuyen a una mayor morbilidad y mortalidad. En Estados Unidos se estima que los errores diagnósticos afectan a 12 millones de adultos anualmente.³ Asimismo se ha encontrado que los servicios de urgencias son uno de los entornos donde es más frecuente que se presenten los errores diagnósticos.⁴

A continuación, presentamos el caso de un paciente que acudió al Servicio de Urgencias por presentar abdomen agudo, en el que un inadecuado abordaje diagnóstico culminó con su fallecimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 18 años de edad, quien acudió al Servicio de Urgencias de un hospital regional por presentar dolor abdominal de inicio súbito, con irradiación hacia región lumbar y flanco izquierdo, acompañado de diaforesis, náuseas y vómito. Dentro de los antecedentes médicos de importancia, el paciente refirió haber sido intervenido quirúrgicamente tres años atrás debido a una apendicitis complicada con perforación de colon descendente, y posteriormente, a causa de un sangrado del lecho esplénico, fue reintervenido mediante una laparotomía exploratoria, requiriendo esplenectomía. Como consecuencia de esta última intervención, el paciente presentó trombocitosis secundaria, la cual fue tratada por el Servicio de Hematología sin que se reportaran otras complicaciones.

A la exploración física realizada por un médico general en el área de triaje de urgencias, se encontraron signos vitales dentro de parámetros normales, el paciente se encontraba consciente, hidratado y con palidez de tegumentos. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen con peristalsis disminuida a la auscultación, blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en puntos ureterales, no se encontraron datos de irritación peritoneal. Extremidades sin alteraciones.

Dentro de los estudios de laboratorio se indicó la toma de biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y examen general de orina (sin embargo, el paciente no entregó muestra para esta última). Como único hallazgo en estos estudios se reportó leucocitosis de 25,000 células/mm³.

No se realizaron estudios de imagen como parte del protocolo diagnóstico.

Intervención y tratamiento. El paciente fue ingresado al área de observación del Servicio de Urgencias con el diagnóstico de cólico renoureteral, donde se inició plan terapéutico con la administración de soluciones intravenosas, analgésicos y antiespasmódicos. Una hora después, al no mostrar disminución del dolor, el médico general decidió presentar el paciente al médico urgenciólogo de guardia, quien realizó una nueva exploración física y obtuvo como único hallazgo relevante signo de Giordano positivo en lado izquierdo. El resto de la exploración no mostró alteraciones, por lo que también se llegó al diagnóstico de cólico renoureteral y se ordenó el ingreso del paciente al área de urgencias de adultos. Asimismo, se indicó la administración intravenosa de analgésico opioide e inhibidor de bomba de protones.

Cuatro horas después de la administración del opioide, el paciente refirió incremento de dolor en región lumbar. A la exploración se encontró evidente palidez tegumentaria, consciente, orientado, diaforético, con tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 32 por minuto, temperatura de 36.6 °C. Pese a que el paciente mostró mayor sintomatología, en ningún momento se realizaron estudios de imagenología o interconsulta a otros servicios.

Seguimiento y resultados. Diez minutos después el paciente presentó mayor deterioro hemodinámico, con tensión arterial de 50/30 mmHg y

bradicardia. Posteriormente cayó en paro cardiorespiratorio, por lo que se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y avanzada durante una hora, en la cual el paciente salía de paro por lapsos de 30 segundos entre cada ciclo de reanimación. Posteriormente ya no se presentó respuesta, declarándose su fallecimiento. No se realizó necropsia para esclarecer la etiología de la muerte. Se determinaron como probables causas choque hipovolémico de 50 minutos de evolución y ruptura de aneurisma de aorta abdominal de 5 horas de evolución.

DISCUSIÓN

Los errores diagnósticos son muy frecuentes en el Servicio de Urgencias, probablemente debido a la alta carga de trabajo y al escaso tiempo con el que se dispone, aunque estos factores no están del todo establecidos.⁵

Se han realizado algunos estudios acerca de los errores diagnósticos. En el trabajo de Schiff et al⁶ se encontró que las principales etapas donde se genera el error del procedimiento diagnóstico son: 1) la falta de solicitud de una prueba diagnóstica (laboratorio o radiología) en el 44% de los casos, 2) la evaluación clínica (consideración de un diagnóstico, priorización, reconocimiento de complicaciones) en el 32% de los casos, y 3) historia clínica incompleta (10%) o exploración física insuficiente (10%).

Tratando de identificar los factores que influyen en el error diagnóstico, se ha logrado sistematizar tres grupos de factores contribuyentes. a) Factores cognitivos: falta de conocimientos, deficiente recopilación, verificación o procesamiento de datos, falta de rigor, vigilancia o memoria; b) factores del sistema: insuficiente supervisión, sobrecarga de trabajo, interrupciones durante la labor clínica, tiempos de respuesta elevados en exploraciones complementarias, equipamientos insuficientes, fallos informáticos o de comunicación, conflictos interprofesionales; y c) factores no evitables: presentación clínica atípica, imposibilidad del paciente para referir su historia clínica.⁷

El dolor abdominal agudo es uno de los principales síntomas por el que acuden los pacientes a los servicios de urgencias, se calcula que aproxi-

madamente el 10% de las consultas de este servicio se deben a dolor abdominal agudo.⁸

Sin embargo, se ha descrito que el dolor abdominal es uno de los problemas más frecuentemente asociados con reclamaciones por negligencia en urgencias.⁹ Esto representa un importante desafío para el médico de urgencias, ya que diversas afecciones abdominales pueden tener presentaciones inusuales, o bien el dolor abdominal puede ser originado por enfermedades extraabdominales.¹⁰

Por tal motivo, es fundamental realizar un diagnóstico temprano y preciso del abdomen agudo, ya que permite un tratamiento más preciso y con ello mejores resultados.

Definición de abdomen agudo. El abdomen agudo se define como la presencia de dolor abdominal de origen no traumático con una duración máxima de cinco días. El dolor abdominal agudo puede deberse a una gran variedad de causas subyacentes, las cuales difieren en gravedad. Las causas del dolor abdominal pueden clasificarse como urgentes o no urgentes. Las causas urgentes son aquellas que requieren de un tratamiento inmediato (en las primeras 24 horas) y entre las más comunes se encuentran apendicitis aguda, diverticulitis aguda y obstrucción intestinal. Las causas no urgentes no precisan de un tratamiento inmediato e incluyen el dolor abdominal inespecífico y las enfermedades gastrointestinales.¹¹

Etiología. El dolor abdominal agudo puede deberse a múltiples etiologías, las cuales ocasionan diferentes manifestaciones clínicas que pueden orientar en el diagnóstico (*Tabla 1*).¹²

Diagnóstico del abdomen agudo. El diagnóstico del abdomen agudo se basa en primera instancia en una anamnesis detallada, seguida de una exploración física completa. Posteriormente se procede a realizar estudios de laboratorio de rutina, y en varias ocasiones es necesario confirmar el diagnóstico mediante estudios de imagen como ecografía, tomografía computarizada o radiografía de abdomen. A veces se pueden requerir pruebas diagnósticas más complejas como resonancia magnética o laparoscopia/laparotomía exploradora.

Anamnesis. Ésta debe basarse en tres puntos fundamentales:

1. Antecedentes clínicos del paciente: interrogar la edad y sexo, patologías previas conocidas, toxicomanías, intervenciones quirúrgicas previas, antecedentes ginecológicos y obstétricos en mujeres, consumo de fármacos, antecedentes familiares, historial de viajes recientes (principalmente al extranjero).
2. Semiología del dolor: forma de comienzo (la rapidez de instauración del dolor y su progresión en el tiempo nos pueden indicar la gravedad del proceso), localización (la región anatómica donde se localice el dolor nos puede orientar hacia posibles etiologías, tal como se muestra en la *Tabla 2*), intensidad, carácter, irradiación y factores que lo modifican.
3. Síntomas asociados: debemos prestar especial atención a otros síntomas que puedan orientar al diagnóstico como son anorexia, náuseas, vómito, fiebre, diarrea, estreñimiento, entre otros.¹³

Tabla 1: Comparación de etiologías frecuentes de abdomen agudo.

Causas	Comienzo	Localización	Características	Descripción	Irradiación	Intensidad
Apendicitis	Gradual	Inicialmente periumbilical, después FID	Inicialmente difuso, posteriormente localizado	Continuo	Ninguna	++
Colecistitis	Agudo	HD	Localizado	Constrictivo	Escápula	++
Pancreatitis	Agudo	Epigástrico, dorso	Localizado	Pulsátil	Dorso	++ a +++
Diverticulitis	Gradual	FII	Localizado	Continuo	Ninguna	
Úlcera péptica perforada	Súbito	Epigástrico	Inicialmente localizado, posteriormente difuso	Quemante	Ninguna	+++
Obstrucción intestinal	Gradual	Periumbilical	Difuso	Espasmódico	Ninguna	++
Ruptura de AAA	Súbito	Abdominal, dorso, flanco	Difuso	Desgarrante	Ninguna	+++
Isquemia mesentérica	Súbito	Periumbilical	Difuso	Intenso, continuo	Ninguno	+++
Gastroenteritis	Gradual	Periumbilical	Difuso	Espasmódico	Ninguno	+ a ++
Enfermedad pélvica inflamatoria	Gradual	Hipogastrio, pélvico	Localizado	Dispareunia. Dolor a la palpación de anejos y cérvix	Parte superior del muslo	++
Embarazo ectópico roto	Súbito	Hipogastrio, pélvico	Localizado	Intenso, signos de peritonitis	Ninguna	+++
Litiasis renal	Súbito, puede también ser episódico	Lumbar, flanco	Localizado	Cólico	Fosa iliaca, área inguinal, cara interna del muslo y genitales ipsilaterales	+++

+ = leve. ++ = moderado. +++ = severo. FID = fosa iliaca derecha. HD = hipocondrio derecho. FII = fosa iliaca izquierda. AAA = aneurisma de aorta abdominal.

Tabla 2: Diagnóstico diferencial del dolor abdominal en función de su ubicación.¹²

<p>Hipocondrio derecho</p> <p>Pulmón: neumonía, empiema, derrame pleural</p> <p>Hígado: hepatitis, congestión hepática, absceso, hematoma, tumor</p> <p>Vía biliar: colecistitis, coledocolitiasis, colangitis</p> <p>Duodeno: úlcera perforada</p>	<p>Epigastrio</p> <p>Corazón: isquemia, derrame pericárdico</p> <p>Esófago: esofagitis, ruptura</p> <p>Estómago/duodeno: dispepsia, gastritis, úlcera, obstrucción, vólvulo</p> <p>Páncreas: pancreatitis, pseudoquistes, tumor</p> <p>Aneurisma aórtico</p>	<p>Hipocondrio izquierdo</p> <p>Pulmón: empiema, derrame pleural</p> <p>Corazón: isquemia</p> <p>Bazo: absceso, ruptura</p> <p>Estómago: úlcera perforada</p>
<p>Flanco derecho</p> <p>Riñón: pielonefritis, absceso</p> <p>Uréter: litiasis, hidronefrosis</p>	<p>Mesogastrio (región periumbilical)</p> <p>Intestino delgado: enteritis, apendicitis (etapa temprana), íleo, obstrucción, isquemia, ileítis</p> <p>Colon derecho: apendicitis (etapa temprana), colitis, vólvulo cecal</p> <p>Aneurisma aórtico</p>	<p>Flanco izquierdo</p> <p>Riñón: pielonefritis, absceso</p> <p>Uréter: litiasis, hidronefrosis</p> <p>Bazo: absceso, ruptura, esplenomegalia</p>
<p>Fosa iliaca derecha</p> <p>Intestino delgado derecho y colon: apendicitis (etapa tardía), ileítis, isquemia, adenitis mesentérica, diverticulitis</p> <p>Duodeno: úlcera perforada</p> <p>Ovario/salpinge: absceso tubo-ovárico, torsión, salpingitis, embarazo ectópico, endometriosis</p>	<p>Hipogastrio</p> <p>Colon: diverticulitis, colitis (infección, isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal)</p> <p>Vejiga: cistitis, retención aguda de orina</p> <p>Enfermedad pélvica inflamatoria/embarazo ectópico</p>	<p>Fosa iliaca izquierda</p> <p>Colon izquierdo: diverticulitis, vólvulo sigmoideos, isquemia, colitis</p> <p>Ovario/salpinge: absceso tubo-ovárico, torsión, salpingitis, embarazo ectópico, endometriosis</p>

Exploración física. Se debe realizar de forma sistemática y cuidadosa, comenzando con una exploración general donde debemos valorar el estado y actitud del paciente, hidratación y coloración de piel y mucosas, asimismo se deben tomar los signos vitales del paciente (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura), ya que éstos brindan información del estado hemodinámico y la gravedad del cuadro. De igual manera se debe realizar auscultación cardíaca y pulmonar.

Exploración abdominal. Es crucial para orientar el diagnóstico, está conformada por la inspección, auscultación, palpación y percusión.

- 1. Inspección:** se debe valorar la forma del abdomen, presencia de cicatrices, hernias, hematomas o signos inflamatorios.
- 2. Auscultación:** los ruidos hidroaéreos pueden estar abolidos o disminuidos, por ejemplo en caso

de íleo paralítico. Pueden estar aumentados en caso de gastroenteritis aguda. Ante la presencia de soplos vasculares se debe sospechar de aneurisma de aorta abdominal.

- 3. Palpación:** comenzar en la zona contraria al sitio donde se localiza el dolor, esto con el fin de no provocar una contractura muscular en el paciente. La palpación se debe realizar de lo superficial a lo profundo. La exploración superficial nos brindará información del tono de la pared muscular y la presencia de contractura. La exploración profunda indica la presencia de megalias o masas. Cabe mencionar que durante la palpación se pueden realizar diversas maniobras que ayudan a detectar signos específicos que pueden orientar al diagnóstico (*Tabla 3*).
- 4. Percusión:** la presencia de matidez indica existencia de masas o visceromegalias, si la matidez es desplazable sugiere presencia de ascitis. El

hallazgo de timpanismo indica aumento de aire intraabdominal.¹⁴

Estudios de laboratorio. Dentro de los exámenes de laboratorio recomendados para el abordaje inicial de abdomen agudo se encuentran la biometría hemática, química sanguínea (que incluya medición de enzimas hepáticas, electrolitos séricos, urea, creatinina y proteína C reactiva), tiempos de coagulación y examen general de orina. En la biometría hemática se requiere buscar descenso del hematocrito, ya que puede ser indicativo de presencia de pérdida hemática crónica (como es el caso de lesiones del tubo digestivo) o pérdida hemática aguda (en ruptura de aneurisma de aorta o ruptura de embarazo ectópico). El hallazgo de leucocitosis y neutrofilia indica un probable proceso infeccioso.

La elevación de enzimas hepáticas como gamma glutamil transpeptidasa (GGT) y fosfatasa alcalina, así como la elevación de bilirrubina total y

directa indican obstrucción de la vía biliar. La proteína C reactiva es un reactante de fase aguda que se puede elevar en diversas etiologías de abdomen agudo, por lo que se considera inespecífica.

El examen general de orina es útil en el diagnóstico de infección del tracto urinario, cálculos ureterales y cetoacidosis; asimismo, es importante medir los niveles de gonadotropina coriónica humana en mujeres en edad fértil para descartar embarazo. En cuadros de abdomen agudo siempre va a ser primordial la medición de los tiempos de coagulación ante la posibilidad de requerir intervención quirúrgica inmediata.¹⁶

Estudios de imagen. En el Servicio de Urgencias, las radiografías abdominales son con frecuencia el examen de imagen inicial para evaluar el dolor abdominal agudo, debido a su simplicidad, alta disponibilidad y bajo costo. Sin embargo, la capacidad diagnóstica de la radiografía simple de abdomen es limitada. Se ha estimado que estudios de imagen más

Tabla 3: Signos abdominales en la exploración física y posibles enfermedades asociadas.¹⁵

Signo	Descripción	Enfermedades asociadas
Aaron	Dolor o molestia en el área del corazón o en el estómago del paciente al palpar el punto de McBurney	Apendicitis
Ballance	Matidez fija a la percusión en el flanco izquierdo y matidez en el derecho que desaparece al cambiar de posición	Irritación peritoneal
Blumberg	Dolor de rebote a la palpación	Irritación peritoneal; apendicitis
Dance	Ausencia de ruidos intestinales en el cuadrante inferior derecho	Invaginación
Kehr	Dolor abdominal irradiado al hombro izquierdo	Rotura esplénica; litiasis renal; gestación ectópica
Markle (golpe de los talones)	El paciente está de pie con las rodillas rectas, después se pone de puntillas, se relaja y permite que los talones golpeen el suelo, lo que retumba en todo el cuerpo; esta acción producirá dolor abdominal si es positiva	Irritación peritoneal; apendicitis
McBurney	Dolor de rebote a la palpación y dolor súbito cuando se palpa el punto de McBurney	Apendicitis
Murphy	Detención súbita de la inspiración al palpar la vesícula biliar	Colecistitis
Romberg-Howship	Dolor por la cara medial del muslo hasta las rodillas	Hernia obturatriz estrangulada
Rovsing	Dolor en el cuadrante inferior derecho intensificado por la palpación abdominal del cuadrante inferior izquierdo	Irritación peritoneal; apendicitis

avanzados como son la tomografía computarizada (TC), ecografía o resonancia magnética (RM) pueden revelar anomalías que no eran evidentes en las radiografías hasta en un 80% de los casos.¹⁷ A pesar de esto, las radiografías abdominales se utilizan en exceso y son inútiles en muchos pacientes. Los principales problemas que se han identificado en esta modalidad de imagen incluyen una sensibilidad moderada, baja especificidad para muchas afecciones intraabdominales y una dosis de radiación relativamente grande. Por tal motivo se recomienda que la radiografía se emplee sólo en situaciones clínicas específicas como son la sospecha de obstrucción intestinal, perforación, cuerpo extraño o cálculos en tracto renal.¹⁸

Debido a su disponibilidad, costo relativamente bajo y ausencia de radiación ionizante o necesidad de materiales de contraste, la ecografía ha mantenido un papel importante en la evaluación del abdomen agudo. Además, la ecografía es un examen dinámico en tiempo real, lo que permite obtener información dinámica acerca de la motilidad intestinal y flujo sanguíneo. Asimismo, la ecografía Doppler color complementa la información proporcionada por las imágenes en escala de grises, permitiendo la visualización de mayor vascularización en enfermedades inflamatorias, infecciosas o neoplásicas. Otra modalidad de este estudio de imagen es la ecografía transvaginal, la cual es de gran utilidad en la evaluación del dolor abdominal por causas ginecológicas como torsión ovárica, quiste ovárico roto y embarazo ectópico. La ecografía puede alcanzar una sensibilidad del 85 al 90% cuando es realizada por un radiólogo experimentado.¹⁹

La TC es la modalidad radiológica elegida en la mayoría de los casos para el diagnóstico del dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias. Si bien se pueden emplear otras modalidades de estudios de imagen, como radiografía simple, ecografía y resonancia magnética, la TC tiene la ventaja de proporcionar imágenes detalladas de estructuras anatómicas intraabdominales de una manera rápida y sin dependencia de un operador. Esto último permite realizar un rápido diagnóstico del abdomen agudo en situaciones de emergencia.²⁰ En una revisión sistemática,²¹ se encontró que la sensibilidad para la TC varió entre el 75 y 96%, y

una especificidad del 83 al 95%, mientras que la sensibilidad general para la radiografía abdominal varió entre el 30 y 77% y la especificidad entre el 75 y 88%.

El Colegio Americano de Radiología propone que, para seleccionar el estudio de imagen más apropiado es necesario basarse en la localización del dolor; de manera que la ecografía es la prueba de imagen inicial de mayor elección para los pacientes que presentan dolor en el cuadrante superior derecho, mientras que se recomienda la TC para evaluar el dolor en el cuadrante inferior derecho o izquierdo. Asimismo, señala que la radiografía convencional tiene un valor diagnóstico limitado en la evaluación de la mayoría de los pacientes con dolor abdominal. Debido a que el uso generalizado de la TC puede exponer a los pacientes a radiación ionizante, actualmente se están estudiando estrategias para reducir la exposición, como el uso de la ecografía a modo de estudio inicial en caso de sospecha de apendicitis antes de obtener la TC, y el uso de la TC de dosis baja en lugar de la TC de dosis estándar.²² Se tiene que considerar que en nuestro medio no siempre se dispone de TC, pese a que es la modalidad de radiología más recomendable para el estudio de pacientes con abdomen agudo. Por lo tanto se sugiere el empleo de otras modalidades de estudio, como la ecografía y la radiografía convencional.²³

Tratamiento del abdomen agudo. Los objetivos terapéuticos para los pacientes con dolor abdominal agudo son la estabilización primaria, la mitigación de los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la causa.

En pacientes a los que se detecte inestabilidad hemodinámica, lo primordial en su manejo es la reanimación inmediata y la identificación de la causa primaria. Estos pacientes requieren de monitorización cardíaca, administración de oxígeno suplementario, líneas vasculares de gran calibre y vigilancia estrecha de signos vitales. Se debe recolectar muestras de sangre para análisis de rutina, así como solicitar hemoderivados ante la posibilidad de requerir transfusión sanguínea en situaciones hemorrágicas (ruptura de aneurisma aórtico abdominal, hemorragia digestiva, ruptura de embarazo ectópico). La valoración inmediata por el Servicio de Cirugía puede ser de gran ayuda ante la posibilidad de necesitar una intervención quirúrgica de emergencia.

Para el manejo de los síntomas como las náuseas y vómitos, se recomienda la administración de antieméticos como el ondansetrón y la metoclopramida. En pacientes con obstrucción del intestino delgado, la sonda nasogástrica es esencial para descomprimir el estómago y proporcionar alivio sintomático.

La administración de antibióticos debe considerarse en pacientes con abdomen agudo, ya que permite una recuperación temprana y el cese de proceso de la enfermedad. Los antibióticos deben cubrir patógenos aerobios y anaerobios Gram negativos, así como Gram positivos. En pacientes con sospecha clínica de sepsis se requiere toma de hemocultivos, previamente al inicio del tratamiento antibiótico.²⁴

Respecto al manejo del dolor existe una opinión predominante acerca de que la analgesia prediagnóstica, en pacientes con dolor abdominal agudo, puede alterar los signos y síntomas, y por lo tanto podría tener un efecto negativo en la toma de decisiones en el diagnóstico y tratamiento. Varios estudios han demostrado que la administración de analgesia para el dolor abdominal agudo es adecuada antes del diagnóstico independientemente de la etiología, al concluir que no aumenta el riesgo de diagnósticos erróneos.

Para iniciar el tratamiento del dolor abdominal agudo en urgencias, se requiere de la evaluación inicial rápida de la intensidad del dolor y la posterior administración del agente analgésico más adecuado por la vía apropiada, según el escenario clínico. La valoración inicial del dolor abdominal agudo debe evaluar rápida y objetivamente la intensidad de éste para orientar el manejo adecuado. La intensidad del dolor es una percepción subjetiva, que no siempre se correlaciona con los hallazgos clínicos, parámetros de laboratorio o hallazgos de estudios de imagen. Existen varias mediciones de dolor simples y repetibles utilizando escalas unidimensionales y multidimensionales para la evaluación objetiva de la percepción individual del dolor, dentro de estas escalas se encuentran la escala visual análoga (EVA), la escala verbal análoga (EVERA) y la escala numérica análoga (ENA), siendo esta última la más recomendada para uso en adultos debido a su facilidad de uso, baja tasa de error y un alto nivel de aceptación y sensibilidad.

Dentro de los fármacos indicados para el manejo analgésico se encuentran los analgésicos no opioides y los analgésicos opioides. Los analgésicos no opioides se consideran la opción terapéutica para dolor leve. Estos fármacos inducen efectos analgésicos tanto centrales como periféricos al inhibir la ciclooxigenasa y reducir la síntesis de prostaglandinas. A diferencia de la mayoría de los analgésicos no opioides actualmente disponibles, el paracetamol y la dipirona se pueden administrar por vía parenteral, mostrando un rápido inicio de acción, por lo que representan dos analgésicos no opioides de primera elección en pacientes con dolor abdominal agudo. Por otro lado se encuentran los medicamentos opioides, los cuales derivan de los alcaloides opioides y se unen a los receptores opioides tanto en el sistema nervioso central como en los tejidos periféricos, lo que ocasiona disminución del dolor. En el contexto de dolor abdominal agudo intenso, se requiere un opioide de acción fuerte como la morfina. Los opioides débiles (p. ej., tramadol y tilidina) no se consideran agentes de primera línea adecuados en el tratamiento del dolor abdominal agudo, dado que tienen una dosis diaria máxima bien reconocida con una consiguiente corta duración del efecto. Uno de los opioides más recomendados para el manejo del dolor abdominal agudo es la piritramida, un potente opioide intravenoso con un efecto de larga duración y sin una dosis máxima clínicamente establecida. Se ha demostrado que la combinación de opioides con analgésicos no opioides mejora la calidad de la analgesia y permite una dosis reducida de opioides, con una reducción general de los efectos secundarios asociados a los opioides, como náuseas, vómitos y depresión respiratoria. En el caso de dolor abdominal tipo cólico, como cólico biliar o ureteral, se recomienda el uso de agentes espasmolíticos como el bromuro de butilescolamina, debido a que actúan como una medida complementaria para el dolor abdominal cólico posterior a la administración inicial de analgesia. Después del inicio del tratamiento del dolor abdominal es importante una constante evaluación de éste, la cual debe repetirse cada 15 a 30 minutos con el fin de ajustar el tratamiento.²⁵ La *Figura 1* muestra un algoritmo que resume el abordaje del abdomen agudo.

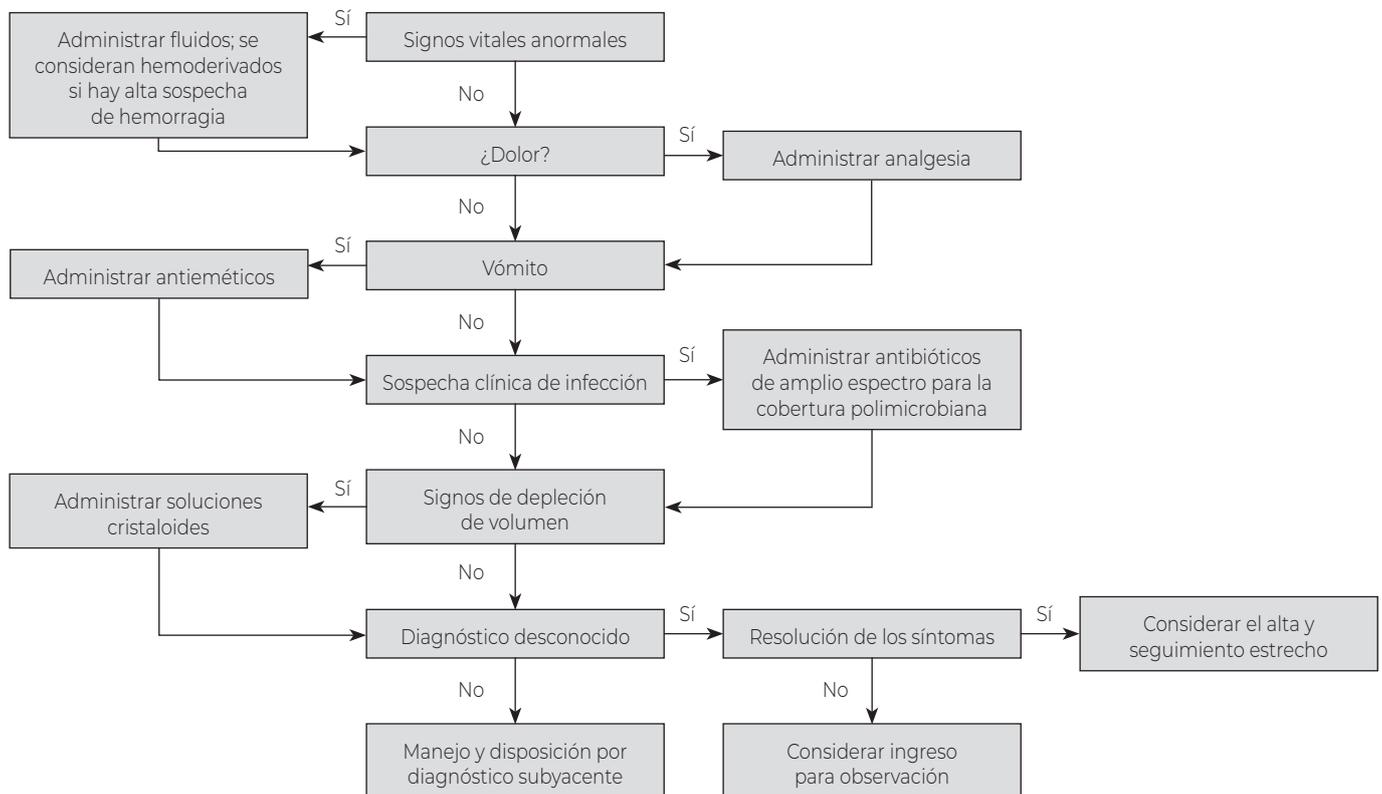


Figura 1: Algoritmo para el manejo de abdomen agudo.²⁶

CONCLUSIONES

En este caso aunque la causa de muerte no fue realmente determinada mediante un estudio *post mortem*, cabe mencionar que el error en el abordaje diagnóstico ocasionó que no se realizara el diagnóstico etiológico. Esto, a su vez, impidió iniciar un tratamiento oportuno y en consecuencia el estado de salud del paciente se agravó, lo que culminó con su fallecimiento.

Según el modelo de los grupos de factores contribuyentes en el error diagnóstico, previamente mencionados en el texto, se puede identificar que, en el presente caso, el error diagnóstico se generó a nivel de los tres grupos:

1. Factores cognitivos: específicamente en la falta de solicitud de pruebas diagnósticas (estudios de imagen que apoyaran al diagnóstico) y en la evaluación clínica (desde la falta de recopilación de información en la historia clínica y haciendo énfasis en la semiología del dolor, ya que esto

influyó en que no se realizara una adecuada valoración de la intensidad del dolor).

2. Factores dependientes del sistema: como son la falta de personal y la sobrecarga de trabajo.

3. Factores no evitables: planteando la posibilidad de que realmente la causa de la muerte fue la ruptura de aneurisma de aorta abdominal, es evidente que se trata de una presentación clínica atípica, ya que esta patología no se suele presentar en pacientes jóvenes sin otras comorbilidades. Por ello se puede afirmar que era difícil, de manera inicial, contemplar el aneurisma aórtico abdominal como un diagnóstico diferencial.

Esto lleva a la conclusión de que el error diagnóstico es bastante frecuente, costoso y perjudicial tanto para los pacientes, como para las familias y el personal médico; en la mayoría de los casos es de origen multifactorial. Aunque muchos factores dependen del sistema o del propio paciente, el médico, en la medida de lo posible, debe intentar reducir el error diagnóstico

mediante el apego a los protocolos de atención que norman su actuar.

REFERENCIAS

1. Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Acad Med.* 2010; 85 (7): 1118-1124.
2. Minué Lorenzo S. El error diagnóstico en atención primaria. *Aten Primaria.* 2017; 49 (1): 4-5.
3. Balogh EP, Miller BT, Ball JR. Improving Diagnosis in Health Care. Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2015.
4. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med.* 2008; 121 (5 Suppl): S2-S3.
5. Hautz WE, Kammer JE, Hautz SC, Sauter TC, Zwaan L, Exadaktylos AK et al. Diagnostic error increases mortality and length of hospital stay in patients presenting through the emergency room. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019; 27 (1): 54.
6. Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL et al. Diagnostic error in medicine: Analysis of 583 physician-reported errors. *Arch Intern Med.* 2009; 169 (20): 1881-1887.
7. Tudela P, Carreres A, Ballester M. El error diagnóstico en urgencias. *Med Clin.* 2017; 149 (4): 170-175.
8. Laméris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JPM, van Ramshorst, Bert Bouma WH et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ.* 2009; 339 (7711): 29-33.
9. Ferguson B, Gerald J, Petrey J, Huecker M. Malpractice in Emergency Medicine-A review of risk and mitigation practices for the emergency medicine provider. *J Emerg Med.* 2018; 55 (5): 659-665.
10. Osterwalder I, Ozkan M, Malinowska A, Nickel CH, Bingisser R. Acute abdominal pain: missed diagnoses, extra-abdominal conditions, and outcomes. *J Clin Med.* 2020; 9 (4): 899.
11. Gans S, Pols M, Stoker J, Boermeester M, expert steering group. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg.* 2015; 32 (1): 23-31.
12. Abdullah M, Firmansyah MA. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. *Acta Med Indones.* 2012; 44 (4): 344-350.
13. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM. Abdomen agudo. *Medicine (Baltimore).* 2016; 12 (7): 363-379.
14. Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-based medicine approach to abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2016; 34 (2): 165-190.
15. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS. Abdomen. In: Ball JW. *Manual Seidel de exploración física.* 9a ed. España: Elsevier; 2019. pp. 393-436.
16. Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K et al. The practice guidelines for primary care of acute abdomen 2015. *Jpn J Radiol.* 2016; 34 (1): 80-115.
17. Loo J, Duddalwar V, Chen F, Tejura T, Lekht I, Gulati M. Abdominal radiograph pearls and pitfalls for the emergency department radiologist: a pictorial review. *Abdom Radiol (NY).* 2017; 42 (4): 987-1019.
18. Fernandez M, Craig S. Appropriateness of adult plain abdominal radiograph requesting in a regional Emergency Department. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2019; 63 (2): 175-182.
19. Mazzei MA, Guerrini S, Cioffi Squitieri N, Cagini L, Macarini L, Coppolino F et al. The role of US examination in the management of acute abdomen. *Crit Ultrasound J.* 2013; 5 Suppl 1(Suppl 1): S6.
20. Awais M, Rehman A, Baloch N. Multiplanar computed tomography of vascular etiologies of acute abdomen: a pictorial review. *Cureus.* 2018; 10 (3): e2393.
21. Alshamari M, Norrman E, Geijer M, Jansson K, Geijer H. Diagnostic accuracy of low-dose CT compared with abdominal radiography in non-traumatic acute abdominal pain: prospective study and systematic review. *Eur Radiol.* 2016; 26 (6): 1766-1774.
22. Cartwright S, Knudson M. Diagnostic imaging of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician.* 2015; 91 (7): 452-459.
23. Guía de práctica clínica laparotomía y/o laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto. México: Secretaría de Salud; 2010.
24. Mehta H. Abdominal pain. In: Suresh D, editor. *Clinical pathways in emergency medicine.* New Delhi: Springer; 2016. pp. 329-345.
25. Falch C, Vicente D, Haberle H, Kirschniak A, Müller S, Nissan A et al. Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: a systematic review of the literature. *Eur J Pain.* 2014; 18 (7): 902-913.
26. Smith KA. Abdominal pain. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice.* 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. pp. 213-223.



Recomendaciones de enfermería para el manejo del Catéter Venoso Central

Nursing recommendations for the management of the Central Venous Catheter

Sara Michelle Velázquez Morales* Roció Quiroz Esquivel†

* Programa de Servicio Social en Investigación. Licenciatura en Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.

† Profesora de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: SMVM, sarami.jks@gmail.com

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Citar como: Velázquez MSM, Quiroz ER. Recomendaciones de enfermería para el manejo del Catéter Venoso Central. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 128-131. <https://dx.doi.org/10.35366/107644>

Financiamiento: ninguno.

Recibido: 21-07-2021.

Aceptado: 01-08-2022.

RESUMEN

El catéter venoso central se emplea en pacientes con venas periféricas en malas condiciones (edema, quemaduras, esclerosis, obesidad o choque hipovolémico), proporciona grandes aportes parenterales en una vena de grueso calibre, para hacer mediciones hemodinámicas o cubrir situaciones de emergencia, así como administrar medicamentos irritantes o hiperosmolares. Por lo tanto, este procedimiento presenta serias complicaciones que podrían agravarse causando daños a la salud del paciente. El correcto manejo y mantenimiento de CVC es fundamental para la seguridad del paciente, en función de prevenir y disminuir eventos adversos, así como de mejorar la práctica de los profesionales de enfermería. Para ello, se abordarán a continuación las siguientes recomendaciones e intervenciones pertinentes para el correcto manejo del CVC por el personal de enfermería.

Palabras clave: catéter venoso central, enfermería, soluciones parenterales, bacteriemia relacionada al catéter.

ABSTRACT

The central venous catheter is used in patients with peripheral veins in poor condition (edema, burns, sclerosis, obesity or hypovolemic shock), large parenteral supplies are provided in a large caliber vein, to make hemodynamic measurements or cover emergency situations, as well such as administering irritating or hyperosmolar medications. Therefore, this procedure presents serious complications that could be aggravated causing damage to the patient's health. The correct management and maintenance of CVC is essential for patient safety; in order to prevent and reduce adverse events, as well as to improve the practice of nursing professionals. To this end, the following recommendations and relevant interventions for the correct management of the CVC by the nursing staff will be addressed below.

Keywords: central venous catheter, nursing, parenteral solutions, catheter-related bacteremia

Disclaimer "This Boletín CONAMED is published by CONAMED, which is a WHO Collaborating Centre; it is not a publication of the World Health Organization. The Revista CONAMED and the author of the article are responsible for the views expressed in this article, and the views do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization."

Disclaimer "Este Boletín CONAMED es publicado por CONAMED, que es un Centro Colaborador de la OMS, no es una publicación de la Organización Mundial de la Salud. La Revista CONAMED y el autor del artículo son responsables de los puntos de vista expresados en este artículo, y los puntos de vista no representan necesariamente las decisiones o políticas de la Organización Mundial de la Salud."

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Los catéteres venosos centrales (CVC) son dispositivos vasculares, hechos de material biocompatible y radio opaco, están indicados para la administración de líquidos endovenosos, medicamentos, productos sanguíneos, nutrición parenteral total (NPT), monitoreo del estado hemodinámico y hemodiálisis.¹

Varían según su diseño y estructura, el número de lúmenes (**único, doble, triple**), localización de la inserción (yugular, subclavio, femoral, braquial) y su clasificación se basa en la duración del CVC de estancia media (tres semanas a cinco meses) CVC tunelizado e implantado de estancia prolongada (seis meses hasta años).²

Las complicaciones más comunes para los CVC son: la punción arterial, neumotórax, hemotórax, punción del plexo braquial y la mala posición del CVC, pacientes con trastornos de la coagulación, en ventilación mecánica, los pacientes que requieren quimioterapia o hemodiálisis poseen significativamente más riesgo de formación de trombos.³

En México, 85 a 90% de pacientes que son hospitalizados requieren de un acceso vascular, ya sea periférico o central, que expone al paciente a presentar algún tipo de evento adverso (EA), lo que incrementa la morbilidad y mortalidad, relacionado al manejo de la terapia intravenosa.⁴

Los eventos adversos, relacionados con el uso de CVC, son divididos en eventos adversos mecánicos, infecciosos y trombosis. Según algunos estudios, los EA mecánicos ocurren en 5 a 19% de los casos en uso de CVC, los infecciosos en 5 a 26% y la trombosis en 2 a 26%.⁵

La OMS (Organización Mundial de la Salud) indica que más de 1.4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital y que en nuestro país se calcula que 450 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100 mil habitantes por año (cuyo costo de atención anual se aproxima a los 1,500 millones).⁶ Las infecciones del torrente sanguíneo por bacteriemias en CVC ocupan el primer lugar en México, con 24% en infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).⁷

Es fundamental que el equipo de clínica de catéteres liderado por el personal de enfermería aplique los lineamientos estandarizados basados

en la normatividad (NOM-022 y al protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente, así como la clasificación de intervenciones de enfermería) para prevenir eventos adversos. Con el fin de garantizar la seguridad del paciente, se presentan a continuación una serie de recomendaciones de enfermería para favorecer los cuidados del CVC.

RECOMENDACIONES

1. El profesional de enfermería perteneciente a clínica de catéteres debe cumplir con los requerimientos suficientes para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso venoso central, para contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes.
2. Para ello es importante que el personal de enfermería valore el sitio de inserción por lo menos una vez por turno, realizando una búsqueda intencionada de signos y síntomas de infección en el sitio de inserción del CVC.⁸
3. Después de realizar la valoración, esta se debe registrar como seguimiento de funcionamiento del catéter venoso central en la hoja de enfermería.⁸
4. La limpieza del sitio de inserción del CVC se realizará cada siete días si se usa apósito transparente; y cada 48 horas si se utilizó gasa y material adhesivo. En ambos casos, se retirará cuando el apósito esté húmedo, sucio o despegado, al grado que comprometa la permanencia del catéter.⁸
5. Al retiro del catéter deben registrarse en el expediente los siguientes datos: fecha, hora, motivo del retiro, integridad del catéter, condiciones del sitio de punción, si se tomó cultivo y el nombre completo de la persona que retiró el catéter.⁹
6. En todo caso no se debe mojar el CVC a chorro de agua cuando se está bañando al paciente, se deberá cubrir la zona con un plástico, cerciorándose de la adhesión a la piel e integridad del apósito antes del baño del paciente.⁸
7. La limpieza del CVC consiste en: lavado de manos (cinco momentos), usar cubrebocas y guantes estériles, aplicar los principios de asepsia con clorhexidina a 2%, del centro a la periferia (a partir del sitio de inserción hasta las

- suturas), en forma circular hasta un área de 5 a 10 cm.⁴
8. Deje actuar el antiséptico durante dos a tres minutos o hasta que seque perfectamente (los antisépticos cutáneos recomendados son: alcohol al 70%, yodopovidona en solución de 0.5 a 10% y gluconato de clorhexidina al 2%).⁹
 9. Cubra el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión y retire el exceso del antiséptico que la rodea con otra gasa.⁴
 10. Aplique el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción, sin estirarlo, utilice las cintas estériles para sujetar mejor el catéter antes de colocar el apósito sobre el mismo.⁴
 11. Fije con cinta quirúrgica transparente cada uno de los lúmenes (en su extremo distal) sin interferir el flujo de la infusión.⁴
 12. Coloque un membrete con fecha y nombre de quien instaló, así como nombre y fecha de quien realizó la curación.⁹
 13. En la administración de soluciones y medicamentos parenterales, se deberá realizar con técnica aséptica y aplicando los 10 correctos.⁹
 14. Sólo se infundirán soluciones que contengan dextrosa al 10 y 50%, proteínas, nutrición parenteral total, soluciones y medicamentos con pH menor a cinco o mayor a 9, y con osmolaridad mayor a 600 mOsm/l.⁸
 15. Se deberán utilizar bombas de infusión en soluciones de alto riesgo o que requieran mayor precisión en su ministración.⁸
 16. Cada vez que se tome una muestra de sangre se saliniza y se utiliza solución fisiológica para purgar el catéter antes y después de la toma, el lumen que no es utilizado debe estar cerrado y heparinizarse cada 24 horas.⁹
 17. Limpie los sitios de acceso con alcohol al 70% por 30-60 segundos y acceda a ellos únicamente con un dispositivo estéril; cierre las llaves cuando no estén en uso y no las deje expuestas al ambiente sin protección.⁹
 18. La vía por donde se infunda la nutrición parenteral NPT deberá ser exclusiva, no se suspenderá la infusión NPT en procedimientos de cuidados generales como el baño, aplicación de medicamentos, deambulación, traslado y otros.⁸
 19. Vigilancia de los efectos adversos (EA) durante y posterior a la medicación; es importante notificar los EA para que sean registrados en la hoja de enfermería, así como las medidas implementadas al respecto.¹⁰
 20. Valore periódicamente los signos vitales e identifique la presencia de signos de complicación tales como: neumotórax, embolia gaseosa pulmonar y sangrado.¹⁰
 21. Proporcionar información al paciente y familiar sobre el manejo y conservación de medicamentos en el hogar, si fuera necesario.¹⁰
 22. Para el retiro del catéter venoso central se procederá a cambiar cuando la integridad del contenedor esté comprometida, o bien el paciente presente signos y síntomas de bacteriemia, se tomará un hemocultivo al retirar el catéter enviando la punta a cultivo (5 cm en un tubo de ensayo sin medio de cultivo para técnica de Maki).⁸
 23. No aplique antibióticos tópicos o cremas en el sitio de inserción, ya que puede provocar resistencia microbiana e infecciones por hongos.⁸
 24. Posterior al retiro del CVC, el sitio de inserción se cubrirá con un apósito estéril oclusivo (por 24-48 horas) y deberá ser monitorizado hasta su epitelización.⁹
 25. Retire cualquier dispositivo extravascular que ya no sea útil.¹⁰
 26. No reemplace rutinariamente los CVC como método para disminuir el riesgo de infecciones.¹⁰

REFERENCIAS

1. García HJ, Torres-Yáñez HL. Duración y frecuencia de complicaciones de los catéteres venosos centrales en recién nacidos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53 Supl 3: S300-9. [Internet]. 2020 feb [citado 2022 Jul 15]. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/204/579
2. Toril Rubio, Marina, and María Aurora Rodríguez Borrego. "Revisión sistemática de las complicaciones de los dispositivos de administración de tratamiento al paciente oncológico." *Enfermería global* 16.46 544-561. [Internet]. 2017 feb [citado 2022 Jul 15] 37 (1): 74-86. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00544.pdf>
3. Müller-Ortiz Hans, Pedreros-Rosales Cristian, Silva-Carvajal Juan Pablo, Kraunik-Rodríguez David, Vera-Calzaretta Aldo, González-Burboa Alexis et al. Prevalencias de complicaciones asociadas a la instalación de catéter venoso central para hemodiálisis. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 abr [citado 2022 Jul 18]; 147 (4): 458-464.

- Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000400458#:~:text=Esta%20t%C3%A9cnica%2C%20ampliamente%20utilizada%2C%20tiene,mala%20posici%C3%B3n%20del%20CVC5
4. Secretaría de Salud. Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico central y permanente. Pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://ssj.jalisco.gob.mx/sites/ssj.jalisco.gob.mx/files/protocolo_para_el_manejo_estandarizado_del_paciente_con_cateter_periferico_central_y_permanente.pdf
 5. Tomazi Franceschi Alessandra, Chollopetz da Cunha Maria Luzia. Eventos adversos relacionados con el uso de catéteres venosos centrales en recién nacidos hospitalizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18 (2) [Internet]. 2019 Mar [citado 2022 Jul 15]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rsfVtZwZMnPY6L4GcdCHLVg/?format=pdf&lang=es>
 6. Organización Mundial de la Salud. Una atención más limpia es una atención más segura. [Internet]. [citado 2022 Jul 15]; Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin17/frecuencia_infecciones.pdf
 7. Salgado, M. R. (2018). Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México. *Boletín Conamed*, (17). [Internet]. [citado 2022 Jul 15]; Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin17/frecuencia_infecciones.pdf
 8. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones relacionadas con líneas vasculares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/4.2_CENETEC_Guia_prevencion_de_infecciones_asociadas_a_CVC.pdf
 9. NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusiones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/13.5_NOM_022_terapia_de_infusion.pdf
 10. Butcher H.K, Bulechek G.M, Dochterman J.M.M, Wagner C.M. *Nursing interventions classification (NIC) -E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2018.



Justicia restaurativa y la responsabilidad penal médica

Restorative justice and medical criminal liability

María Elisa Matilde Ceballos Díaz*

RESUMEN

En primer lugar, dentro de la responsabilidad médica existe una serie de mecanismos alternos de solución de controversias, como la conciliación y el arbitraje que se prevén para la solución de conflictos cuando hay una probable responsabilidad médica, no obstante, es necesario el análisis de un nuevo método de solución de conflicto, que no solamente imponga el resarcimiento económico como reparación de este tipo, sino que, de igual manera, ayude a sanar el dolor de la víctima o paciente que sufrió de negligencia médica por alguien del personal de salud. Dado que en todo momento se auxilia al personal de salud para que colabore en el desarrollo de este proceso y pueda aceptar su responsabilidad ante tales hechos y, de igual manera, comprometerse con el paciente afectado, así como a sanar ese dolor. Es precisamente aquí donde la justicia restaurativa y sus diversas modalidades entran en la solución del conflicto para que las partes, con ayuda de un facilitador, puedan construir esa comunicación y que apacigüe el sufrimiento y el resentimiento de la víctima hacia el profesional de la salud.

Palabras clave: acto médico, justicia restaurativa, responsabilidad médica, procesos restaurativos.

ABSTRACT

Within medical liability, there are a series of alternative dispute resolution mechanisms that are provided for the resolution of conflicts when there is a probable responsibility or neither side is decreed, such as conciliation and arbitration, so that analysis is necessary. of a new mechanism that not only imposes economic compensation of this type, but also, that helps to heal the pain of the victim or patient who was the subject of medical negligence by some health personnel, which at all times help the doctor to collaborate in the development of this process and can accept his responsibility in the face of such an event and can commit to the affected patient, to heal that pain, and it is precisely where restorative justice plays a very important role and mainly the restorative processes, so that the parties with the help of the facilitator can build that communication and appease the suffering and resentment of the victim towards the health professional.

Keywords: medical act, restorative justice, medical responsibility, restorative processes.

* Licenciado en Derecho y Alumna del Doctorado en Derecho del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Veracruzana (Programa Nacional del Postgrado). Becaria CONACYT. Maestría en Derechos Humanos y Juicio de Amparo, Estudiante de la Maestría en Sistema Penal Acusatorio y Adversarial, y Docente de la Universidad de Xalapa.

Correspondencia:

MEMCD,
mariaelisaceballosdiaz@gmail.com

Conflicto de intereses:
sin conflicto de intereses.

Citar como: Ceballos DMEM. Justicia restaurativa y la responsabilidad penal médica. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 132-140. <https://dx.doi.org/10.35366/107645>

Financiamiento: sin financiamiento.

Recibido: 15/08/2022.

Aceptado: 29/08/2022.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, se puede hablar de distintas modalidades de acceso a la justicia para resolver diversos tipos de controversias que se suscitan entre las diferentes partes, esto con la ayuda de un experto en la materia de métodos de solución de conflictos. De modo que, sin acudir a un órgano jurisdiccional, existen modalidades que traen consigo diferentes objetivos y técnicas para ayudar a la resolución del conflicto entre los ofendidos; o bien, para mejorar la relación entre los mismos. Si bien, dentro de la CONAMED, ya se cuenta con una serie de mecanismos alternos, como la conciliación y el arbitraje para la solución de controversias, los cuales son modalidades de justicia alternativa que ayudan a resolver las controversias entre el paciente y el médico; sin embargo, la justicia restaurativa surge como una modalidad de solución de controversias más efectiva que ayuda a sanar el dolor del paciente y sus familiares. De igual manera, a raíz de la responsabilidad médica, se mejora la relación con el profesional de la salud, y, sin duda, el presente trabajo lleva a replantear la forma en que se puede incluir a la justicia restaurativa como modalidad para ayudar al paciente a sanar su dolor emocional.

Por un lado, el arbitraje médico es una alternativa a través de la cual se resuelven, como una opción del proceso judicial, todos aquellos conflictos y diferencias que se originan entre dos partes identificadas como médico y paciente, y donde interviene una tercera parte ajena al asunto para mediar y conciliar; es decir, que hay un deseo de resolución y la posibilidad de conseguirlo, con la proposición de soluciones a través de una negociación consensuada. De esta manera, la función del mediador y el conciliador la realiza la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que es una institución pública gubernamental, la cual ofrece todos los mecanismos alternos de solución de conflictos entre los usuarios, el personal de salud y las instituciones donde trabajan estos últimos. Así, la CONAMED colabora con las autoridades en la procuración e impartición de justicia y, asimismo, participa en la investigación y en la calidad de la atención médica.

Sin embargo, comúnmente el laudo es la resolución del arbitraje, de acuerdo con el artículo

2, fracción IX del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, donde se menciona lo siguiente: IX. LAUDO.- Es el pronunciamiento por medio del cual la CONAMED resuelve, en estricto derecho o en conciencia, las cuestiones sometidas a su conocimiento por las partes.

Así, la expresión «estricto derecho» es típica de un método heterocompositivo, que hace referencia a los daños y perjuicios; así como, a la determinación de las sanciones que se impongan al profesional de la salud en un caso concreto; sin embargo, la cuestión no se detiene ahí, dado que los familiares o el paciente pueden sentir frustración o sentimientos negativos hacia el hospital y hacia el profesional de la salud, surge la necesidad de encontrar la redención del médico y, por supuesto, el perdón del familiar del paciente para que se pueda sanar el dolor que trae consigo, por lo que el mejor método para conseguirlo es la justicia restaurativa.

Acto y error médico

En el ámbito legal se encuentran diversas fases para llegar a una resolución sobre la responsabilidad médica, de modo que, como Vega¹ sostiene, el punto de partida del acto médico se encuentra en el artículo 32 de la Ley General de Salud, por lo que la atención médica es un cúmulo de prestaciones, cuyo objetivo es la protección de la salud, donde el acto se da prima facie, entre el galeno, el paciente y también con el familiar; por lo que el acto jurídico se materializa en un convenio cuando hay una emergencia, pero se perfecciona a través de un contrato y con esto se fincan responsabilidades a ambas partes, de acuerdo al caso concreto.

Por otra parte, Farsi² sostiene que todo acto médico es una acción o disposición del médico en el ejercicio de su profesión, donde se entienden como tal todos los actos como son el diagnóstico, la terapia y el pronóstico que realiza. Sin embargo, dentro de la doctrina médica se ha mencionado una serie de etapas que corresponden al acto médico, dentro de las cuales se encuentran las siguientes.

Fase diagnóstica: donde el médico utiliza su experiencia para identificar el malestar del paciente, con ayuda del método científico, por lo que una

vez que ha estudiado la sintomatología procede a identificar la causa.

Fase terapéutica: en esta etapa el médico pone en el archivo todos sus conocimientos técnicos, con el objetivo de atacar el malestar y se ayuda de todos los instrumentos médicos y farmacobiológicos para el reestablecimiento de la salud del paciente.¹ Posteriormente, se encuentra la **fase recuperatoria**, donde el galeno considera el éxito de su procedimiento y/o protocolo, dado que la salud del paciente se ha reestablecido.

Sin embargo, de una equivocación puede resultar el error, aun cuando se comprueba que se ha actuado con sinceridad o buena fe y siempre en lo establecido por la *lex artis*, incluso al haber realizado todo lo que estaba al alcance de las condiciones específicas de su puesto laboral, con el objetivo de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a todas las personas. De modo que, un error puede ser producto de una serie de fases que se originan sin que exista una responsabilidad única, dado que puede ser una falla como consecuencia de un resultado en la salud, o bien del uso de un plan que se obtenga erróneamente para alcanzar un objetivo, por lo que el error puede dividirse en excusable o inexcusable (Figura 1).³

De esta manera, es indudable que, en caso de que se presente un error inexcusable, vendrá consigo la responsabilidad médica, la cual puede ser de varios tipos, como se verá más adelante; sin embargo, es pertinente apuntar que la responsabilidad médica, aunque trae consigo diferentes consecuencias, principalmente, tiene las de carácter penal, mismas que se verán más adelante.

Responsabilidad médica en el ámbito penal

En primer lugar, Hincapie⁴ señala que, al establecer la relación médico-paciente, siempre es primordial que los profesionales de la salud sean conscientes de que los individuos que asisten a ellos se encuentran en un estado de fragilidad acrecentada, esto quiere decir que los pacientes siempre acuden a la atención sanitaria debido a que los recursos que tienen a su alcance no son suficientes para el remedio de su padecimiento ni al entendimiento de la situación en la que se encuentran, de modo que se deposita toda esa

confianza en aquella persona que tiene una preparación profesional.

En ese sentido, la responsabilidad profesional médica es aquella obligación que tienen los médicos para reparar y brindar satisfacción ante las consecuencias de sus actos, así como de sus omisiones y los errores voluntarios e involuntarios que están dentro de los límites que se cometen en el ejercicio de su profesión. De manera que, en la práctica siempre debe realizarse un análisis en el contexto de las circunstancias concretas de cada situación, lo que se conoce como la *lex artis ad hoc*.⁵

Por un lado, se encuentran diferentes tipos de responsabilidad médica, así en México, para llevar a cabo el acreditamiento de responsabilidad ante el árbitro, el conciliador o el juzgador, debe probarse un nexo causal entre la actuación del profesional de la salud, o bien la afectación, daño o perjuicio sufrido. De modo que, bajo este razonamiento, esto se puede dar para todas las ramas del derecho; puesto que, en cada una de éstas, la responsabilidad del técnico profesional de la salud debe ser un vínculo donde haya relación entre un hecho pasado y un actuar futuro. Por lo que, entre las principales tipologías de la praxis médica se encuentran las siguientes: **responsabilidad civil:** dentro de este tipo existen tres modelos que se relacionan con la mala praxis de los profesionales de la salud y que se encuentran fundamentados en el artículo 2315 del Código Civil Federal, que al tenor de la letra menciona lo siguiente: «El que preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito». De manera que la responsabilidad civil existe en el momento que se puede probar el daño, ya sea de índole moral o patrimonial, por lo que la finalidad es la recuperación económica.⁶

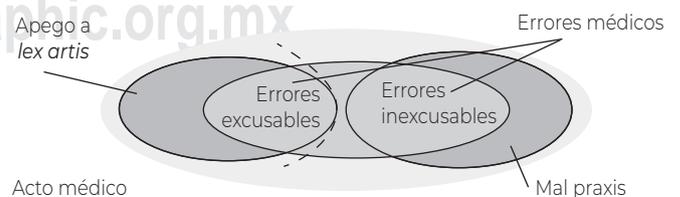


Figura 1: Errores excusables e inexcusables.
Tomada de: Fernández Cantón SB.³

Por otra parte, en lo que se refiere a la responsabilidad administrativa, desde la rama del derecho administrativo, el médico puede ser sujeto de responsabilidad cuando desempeñe todos aquellos servicios, ya sea como servidor público, o bien cuando ejerza funciones que pertenezcan al estado, es decir, cuando la institución y el profesional de la salud sea parte de la estructura del estado, por lo que en estos casos sería la responsabilidad patrimonial del estado.⁶

En ese sentido, la responsabilidad de estos casos se centra en la indemnización del ciudadano que se encuentra afectado, por lo que también se sancionará al servidor público que sea responsable de toda la irregularidad del servicio, esto depende de la gravedad y la reincidencia en la falta administrativa, con su correspondiente amonestación, ya sea de naturaleza pública o privada, que como consecuencia trae consigo la suspensión del empleo, la destitución, la sanción económica o bien, la inhabilitación temporal (artículos 75 y 78 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas [LGRA]).

Por su parte, en la **responsabilidad penal**, los profesionales de la salud siempre abarcan desde los enfermeros, los médicos, los laboratoristas, los odontólogos y hasta los nutriólogos, pero de igual manera implica a las instituciones, a los técnicos e incluso a los auxiliares, en lo que respecta la disciplina de la salud; dado que, así se dispone en el Código Penal Federal, en los artículos 228 y 230.

En ese tenor, de acuerdo con el código penal federal, dentro los delitos para la práctica profesional se encuentran los siguientes: la revelación de secretos, la usurpación de funciones, ya sean públicas o de profesión, las lesiones, el homicidio, el aborto, el abandono de persona, la falsificación de documentos, el fraude, los delitos contra la salud, la violación sobre leyes de inhumaciones y exhumaciones, entre otros. Asimismo, en relación con las sanciones para la responsabilidad profesional como son la multa, la suspensión temporal o definitiva de la profesión, o bien, la pena privativa de la libertad, este tipo de sanciones corresponde a delitos consumados, por lo que otro ejemplo es la prisión en el caso de homicidio.

Sin embargo, la cuestión estriba en que, a diferencia de la responsabilidad civil que es predominantemente patrimonial, la administrativa se impone siempre al servidor público, y ésta puede

ir desde la amonestación hasta la inhabilitación temporal para el desempeño de empleos, cargos o comisiones en el servicio público, o como ocurre en el caso de la responsabilidad penal, la cual tiene una consecuencia activa o receptiva en la libertad; además de las sanciones de carácter pecuniario como son la multa y la reparación del daño.⁷

En ese orden de ideas, García⁸ sostiene que, la responsabilidad penal se basa en la conducta ilícita más grave que pueda desplegar una persona, y trae consigo reacciones jurídicas externas que son muy severas, si se les compara con las responsabilidades civil y administrativa, dado que en el derecho penal se parte de todo el poder punitivo del estado.

Por lo tanto, en los casos de responsabilidad profesional médica en materia penal, así como en la civil, se analiza la actuación del profesional, del técnico o bien de los auxiliares de la salud, y se determina si fue la correcta; por lo que se necesita de una apreciación especializada desde la etapa inicial de la investigación; dado que, se tiene que contar con la pericial de un especialista en la misma rama del médico, para determinar si la actuación se puede considerar como un delito.⁷

En ese sentido, es imprescindible mencionar que, como Turrubiates⁷ sostiene, los tres tipos de responsabilidad que se han mencionado no son excluyentes entre sí, dado que se puede suscitar la coexistencia pero no tiene que ser necesaria, pues en algunas ocasiones se puede incurrir en la responsabilidad civil o administrativa; de modo que, si se incurre en la responsabilidad de carácter penal, ésta llevará implícita la responsabilidad civil que es la reparación del daño; al igual que si se tratará de un médico que trabaja en alguna dependencia o en alguna entidad de la administración pública federal o local, lo que también trae aparejada la responsabilidad administrativa.⁷

Es importante considerar que la reparación del daño es el objetivo primordial de la responsabilidad penal, sin embargo, es necesario precisar que hoy en día se encuentran mecanismos sumamente importantes y efectivos que ayudan en estos casos para que no solamente se establezca un monto económico o, en su caso, una responsabilidad tanto administrativa como civil para el médico o el personal de salud en general, sino que todavía hay un elemento al que no se le

ha dado la importancia necesaria para su desarrollo, y éste es precisamente el dolor que siente la víctima, y que no es precisamente físico, sino emocional, un resentimiento hacia el profesional de la salud por la conducta que cometió, es ahí donde entra en juego la denominada **justicia restaurativa**, como una herramienta que se puede utilizar después de que se haya determinado esa responsabilidad, y que la CONAMED, en conjunto con la procuración de justicia tanto a nivel federal como estatal, pueda poner en marcha estos mecanismos, así como sus diferentes tipos de modelos restaurativos.

La justicia restaurativa y los modelos restaurativos

En primer lugar, se puede notar que hay diferentes conceptos en relación a qué se entiende por justicia restaurativa, dado que ésta ha tenido diferentes connotaciones a las que diferentes autores le han dado sentido; puesto que, la justicia restaurativa ha sido considerada como la razón básica en la reconstrucción de la paz social o para atenuar el conflicto que se origina entre las partes, así como para las demás personas que se encuentran relacionadas con ellas. Por esto, se trata de un concepto más extenso que la reparación del daño y la conciliación entre el delincuente y la víctima.⁹ En este sentido, el objetivo de la justicia restaurativa es el restablecimiento del equilibrio entre las partes que se encuentran inmiscuidas y, en su caso, considerar la resolución de las controversias que se originan por un ilícito. Así, la teoría se basa en el principio de que la criminalidad representa toda ruptura entre los objetivos, las aspiraciones, las necesidades, los sentimientos y las conductas de diferentes individuos y grupos sociales en conjunto.

Por lo tanto, la esencia del crimen es el mal ocasionado, el cual se puede ver reflejado en tres aristas que son las víctimas, los delincuentes y la comunidad; por lo que, para combatir la criminalidad hay que combatir el daño que se origina en estas tres aristas. De manera que, este procedimiento se centra en la restauración y el alivio de las víctimas, en lugar de una retribución del sistema penal que resalta la conducta del delincuente y la exclusividad en relación a la atención del personal por parte del estado.^{9,10}

En efecto, cuando se determina la responsabilidad penal médica del profesional de la salud, así como la determinación de daños y perjuicios, queda el vacío de dolor al igual que el resentimiento que la víctima sigue teniendo en contra de la institución, ya sea pública o privada, y en contra del personal de salud. Por lo que es el momento, para que los conciliadores y árbitros actúen en conjunto con los encargados de los mecanismos alternos de solución de controversias de la procuración de justicia, y se preparen para llevar a cabo la justicia restaurativa.

Sin embargo, es necesario apuntar que dentro de la justicia restaurativa se atiende de una forma eficaz el daño, las necesidades y las obligaciones, así como, la participación de la víctima, el imputado y la sociedad; por lo que se priorizan todas las necesidades existentes antes de que se pase al castigo, donde los conflictos son resueltos desde una perspectiva que disminuye la acción punitiva del estado.

Así, dentro de este procedimiento se encuentran distintos modelos que son eficaces para llevar a cabo el desarrollo de este mecanismo, de los cuales el facilitador debe valorar toda estrategia de intervención, de acuerdo con las particularidades de cada asunto del delito y del perfil, tanto de la víctima como del defensor, para que se pueda informar cuáles son los procedimientos que se ofrecen en la etapa previa del encuentro restaurativo, así como las características de éstos, su objetivo y todas aquellas condiciones para prevenir la revictimización del pasivo del delito o del daño.¹¹

En ese sentido, la justicia restaurativa conserva los procesos que dependen del caso concreto y de los servicios que presta el centro al que corresponda. Ya sea que se originen en la sede de procuración de justicia, la administración de justicia o en la ejecución de penas, donde los facilitadores deben seleccionar y plantear, tanto a la víctima como al ofensor, la pertenencia de este proceso; por lo que, durante la etapa preliminar, éstos tienen el derecho a plantear qué procedimiento consideran más adecuado, siempre que se atienda a las características del conflicto penal y el perfil de cada personalidad como se mencionó anteriormente. A continuación, se presentan los modelos de justicia restaurativa más importantes, en la *Tabla 1*.

Tabla 1: Modelos restaurativos en el sistema penal.

Modelos de justicia restaurativa	Concepto
Mediación entre víctima y delincuente	Los programas de mediación víctima-delincuente que se conocen también como programas de reconciliación víctima-delincuente son de las primeras iniciativas de justicia restaurativa, dado que están estructurados para abordar las necesidades de la víctima del delito, por lo que se garantiza que los delincuentes sean responsables por sus delitos
Conferencias de grupos comunitarios y familiares	Este tipo de conferencias se trata de un proceso mucho más extenso de los programas de mediación, dado que abarca reunir a la familia y amigos de la víctima, así como del delincuente, y, en su caso, a los miembros de la comunidad, para que participen en el proceso e identifiquen los resultados sociales de las partes, aborden las consecuencias del delito y exploren de una forma adecuada la prevención del comportamiento delictivo
Sentencias en círculo	Todos los participantes, incluyendo los operadores jurídicos, el juez, el consejero de la defensa, el fiscal, el oficial de policía, la víctima, el delincuente y sus familias, así como todo aquel residente comunitario, se sientan frente a los demás en un círculo; por lo tanto, las sentencias en círculo se encuentran de una manera general disponibles para todos aquellos delincuentes que se declaran culpables
Conferencias restaurativas	Estos procesos restaurativos basados en sus principios, características y finalidades, son adecuados para la satisfacción de las necesidades tanto de la víctima como del ofensor, y de acuerdo con su reintegración social, por lo que los efectos de estos sistemas se expanden hacia los miembros de la comunidad que se encuentran afectados por el delito y se implica a la comunidad en general

Justicia restaurativa, conflictos médicos y derecho a la salud

La persona que funge como árbitro es un servidor público de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que tiene entre sus referencias profesionales, ser un experto en la resolución de conflictos de médico y paciente. Sin embargo, los mecanismos alternos de solución de controversias como la conciliación y el mismo arbitraje juegan un papel importante para la resolución de todos los conflictos que se suscitan a raíz de la negligencia médica.

No obstante, muy pocos estudios se han realizado sobre el desarrollo de la justicia restaurativa en el ámbito de los mecanismos alternos de solución de controversias en materia penal, aplicados a los casos de negligencia médica penal. En ese sentido, es importante precisar que para la justicia restaurativa, el objetivo es reparar el daño a la víctima de una manera integral, dado que la reparación del daño no solamente consiste en proporcionar a la

víctima u ofendido un monto económico, sino que de igual manera se necesita que esa reparación sea íntegra, donde exista el perdón de la víctima. Es precisamente cuando se impone la responsabilidad médica de este tipo que la CONAMED en conjunto con el fiscal y los responsables de las direcciones de mecanismos deben preparar el escenario del proceso restaurativo para el médico responsable y la víctima.

Como se pudo notar, la justicia restaurativa presenta diversos modelos, de los cuales el facilitador valorará cual es el más adecuado de acuerdo con los antecedentes del conflicto de las partes, así como todo aquello que se haya dictado en el laudo a raíz de la responsabilidad penal del médico. El facilitador que proponga un modelo restaurativo deberá suspender en todo momento los intereses económicos o postergarlos para su momento adecuado, por lo que su objetivo es que la reparación del daño se centre en sanar el dolor que siente la víctima a raíz de la negligencia médica.

Si bien, la doctrina señala que en un sistema restaurativo todo delito causa un perjuicio y un mal al ente colectivo, de manera que, se estipula la norma con la finalidad de culpar las malas prácticas en contra del colectivo, así una vez que se comete el delito, éste implica el daño colateral tanto a la víctima y su familia, como hacia la sociedad en general; y las mismas reglas aplican del lado del victimario, por lo que dentro de las características que tiene la justicia restaurativa, se encuentra la reparación del daño como el pilar de este sistema que considera un nuevo enfoque para las controversias penales, dado que busca el arrepentimiento del victimario y el perdón del ofendido.¹⁰

Por su parte, **la medición víctima-infractor** es el proceso restaurativo que comúnmente se utiliza en este tipo de casos, así, cuando hay una controversia penal entre la víctima y el médico, es indispensable que el facilitador detecte los puntos para ver cuál de todos los sistemas restaurativos se adecua a la controversia, dado que en determinado momento la mediación puede no ser el medio de restauración que se utilice en casos de negligencia médica, debido a que el conflicto puede tener impacto ante la indignación social y familiar, o en el mismo entorno de la víctima o el paciente afectado.

Es importante apuntar que, cuando haya conflictos que se originan por mala praxis médica, el facilitador valorará todos los antecedentes del caso y verá la posibilidad de que el paciente pueda otorgar el perdón para que no exista resentimiento hacia el médico ni el personal de salud. De esta forma, una vez que se haya terminado el proceso, el experto en justicia restaurativa debe asumir la responsabilidad y reconocer a la víctima para reestablecer el equilibrio perdido.

En ese orden de ideas, debe considerarse que la propuesta de este modelo proviene de las experiencias enfocadas hacia los sistemas del *common law* y que se ha venido permeando en los sistemas del *continental law*, y que también se basa en los principios de reconciliación, asunción de la responsabilidad, así como en la reparación del mal hecho, la satisfacción de la víctima y, por supuesto, el perdón del responsable.¹²

Por su parte, Ríos¹³ sostiene que, a partir de la reforma en materia constitucional de 2011, el derecho a la salud se reconoció por el estado mexicano y que se puede exigir ante los tribunales con el

objetivo de hacerlo viable. Uno de los puntos de la reforma es que a través de la mediación –este como uno de los modelos restaurativos– se busca la promoción de la conciliación pacífica y armónica, donde se optimizan todos aquellos procedimientos de solución de conflictos, los cuales se presentan entre los médicos y los pacientes, con el objetivo de erradicar todos aquellos trámites que sean innecesarios y que permitan una mayor oralidad en los procesos; asimismo, se garantiza el acceso a la opinión de médicos en la materia y de esa manera el intercambio de experiencias e información para la mejora de todos los procesos cuando se cuenta con comisiones estatales.

Así, la conciliación y el arbitraje son dos modelos establecidos en la Ley de la CONAMED que proponen métodos para la solución de conflictos; , sin embargo, la justicia restaurativa, es un modelo óptimo que ofrece a las partes otra modalidad para restaurar el daño que se les haya causado al no ser atendidos con eficiencia según el derecho a la salud que se encuentra contemplado, por lo que, como se señala dentro de un procedimiento de mediación, también es posible llevar a cabo la justicia restaurativa porque tiene que ver con la composición del daño causado.¹⁴

Gómez¹⁴ lo ejemplifica con un caso, en donde a un ginecólogo obstetra se le resbala un recién nacido durante un trabajo de parto, éste cayó al suelo, se fracturó el cráneo y al poco tiempo falleció, de manera que la madre desconsolada reclamó al médico que de nada le servía que estuviera tras las rejas por el resto de sus días porque jamás recuperaría a su hijo. Así que, una vez convocadas a la mediación, ambas partes expresaron el inmenso dolor que les había causado la muerte del bebé, y el médico, además de mostrar su afectación y pedirle perdón a la madre de manera suplicante, le prometió que lo que le quedase de vida se dedicaría a capacitar y entrenar a otros médicos obstetras para que nunca en su vida otro bebé muriera por una negligencia o mala práctica al momento de nacer.

Así, lo resaltable de la justicia restaurativa es precisamente que repara el dolor de la víctima en la medida que la persona considere el daño que se le ocasionó, como en el caso que la autora ejemplifica sobre la madre del bebé que falleció. En ese caso, la madre le otorgó el perdón y suscribió el convenio donde se estipularon toda una serie

de obligaciones con responsabilidad del médico, así como el pago de una indemnización en favor de la madre.¹⁴

En ese sentido, Gómez¹⁴ señala que, la mediación tuvo efecto debido a la actitud de humildad y sinceridad del médico gineco-obstetra, dado que reconoció su falta y pidió perdón, además, propuso acciones bajo su responsabilidad. Por lo que éste es un ejemplo de cómo la mediación es el mejor mecanismo autocompositivo para la producción de litigios, dado que para que esto suceda se necesita de una buena disposición para el diálogo por parte de los involucrados y de una clara voluntad para la solución del conflicto.

Así, el principio de toda modalidad restaurativa es reparar el dolor que siente el paciente al haber sufrido una pérdida de algún bien físico a partir de la mala praxis; de modo que, el principio restaurador de todo mecanismo alternativo de solución de controversias es precisamente que tenga como objetivo buscar el perdón de la víctima, pues, como se vio en el ejemplo de la autora, el reconocimiento de la culpabilidad y el compromiso del profesional médico es una parte indispensable, ya que puede restaurar el daño y lograr que este tipo de malas praxis se deje de originar dentro de las instituciones de salud ya sean públicas o privadas.

De esta manera, la vida extrajudicial alternativa garantiza el acceso a la justicia de una manera más ágil y satisfactoria, y protege a los profesionales sanitarios con los siguientes elementos: a) al evitar el descrédito del médico y con esto la reacción hacia él; b) la indemnización al mayor número de casos que sea posible; c) la actuación con celeridad y la disminución de la burocratización; d) la procuración y el secreto en las actuaciones donde se trata de evitar el descrédito del médico y, en general, dentro de la medicina; e) la posibilidad de que se adopten con mayor facilidad nuevas decisiones o actitudes en cualquier momento determinado; f) al lograr un mayor entendimiento para todos los perjudicados o los imputados, en relación a más explicaciones e información sobre los derechos de ambas partes, pues con esto se logra la satisfacción y se honra a la víctima.

De igual manera, con esto se logra una mayor agilidad y elasticidad para la evaluación de todas las indemnizaciones, así como una mejor economía procesal, porque se ajusta el incremento de los ca-

sos que son indemnizados, asimismo, esta es una vía que evita la interferencia judicial. En resumen, se actúa con criterios que no son exclusivos, ni principalmente jurídicos, dado que tienen fundamentos sociales, así como de solidaridad, además son trámites más sencillos y rápidos, puesto que se basan en seguros amplios de cobertura, y por hay más personalización de cada asunto.¹⁵

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La justicia restaurativa se ha considerado como un nuevo mecanismo, el cual tiene como finalidad la reparación del daño de una forma integral y donde las personas puedan formar, a su tiempo, amistad a través de un método que sane el dolor y el resentimiento de la víctima. En ese sentido, es importante precisar que la actuación de la CONAMED y la procuración de justicia, en cualquier nivel, tienen que considerar evaluar y valorar los antecedentes del caso que esté presente, y en todo momento impulsar los procesos restaurativos, dado que son muy importantes y ayudan tanto a la víctima como al responsable médico.

Como se analizó en el presente trabajo, la justicia restaurativa se considera una nueva forma de ayudar a que las partes reconstruyan una relación que se encuentra quebrantada a raíz de la negligencia médica que se decretó, por lo que la CONAMED y la procuración de justicia deben considerar en todo momento, no solamente reparar el daño de una manera económica, sino sanar el dolor interno que tiene la víctima.

Asimismo, todo el personal de salud debe estar preparado para la solución del conflicto y mostrar arrepentimiento en caso de que haya una responsabilidad decretada por el personal en cuestión. Sin embargo, es importante señalar que, ante todo son necesarios los principios de los mecanismos alternos de solución de controversias y, principalmente, el de voluntariedad, para el impulso y desarrollo de estos métodos en la justicia restaurativa; dado que el médico o cualquier personal del área de salud tienen que someterse voluntariamente a resolver el problema con la víctima una vez que es decretada su responsabilidad, y de esa manera llegar al arrepentimiento que se ha venido mencionando, o bien para obtener el perdón de la víctima.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Arturo Miguel Chipulli Castillo, director del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Veracruzana y a la Dra. Petra Armenta Ramírez, investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Veracruzana.

REFERENCIAS

1. Vega Ruiz JF. Guía práctica de derecho médico. Ciudad de México: Tirant lo Blanch; 2019.
2. Farsi Rospigliosis E. Derecho médico peruano. Lima: Universidad de Lima; 2004.
3. Fernández Cantón SB. El acto médico: error y la mal praxis. Boletín CONAMED-OPS. 2016; 5: 3-6.
4. Hincapié SJ. COVID-19 y la relación médico-paciente. Rev CONAMED. 2020; 25 (supl. 1): s55-s60.
5. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó M. Aspectos médico-legales derivados de la pandemia de la COVID-19. Med Clin (Barc). 2020; 155 (8): 344-346.
6. Guerrero-Sotelo RN, Hernández-Arzola LI, Aragón-González GR. Responsabilidad jurídica del acto médico-sanitario. Rev CONAMED. 2019; 24 (Suppl. 1): 40-46.
7. Turrubiates Conde MA. La responsabilidad profesional médica en materia penal. Ciudad de México: Tirant lo Blanch; 2022.
8. García Ramírez S. La responsabilidad penal del médico. México: Porrúa; 2001.
9. Márquez Cárdenas A. La conciliación como mecanismo de justicia restaurativa. Prolegómenos. Derechos y Valores. 2008; 11 (22): 57-74.
10. García Barrera ME, Garza de la Vega DA. La justicia restaurativa y la responsabilidad penal en los delitos de índole fiscal. En: Gorjón Gómez GJ. Tratado de justicia restaurativa un enfoque integrador. México: Tirant lo Blanch; 2017.
11. Rodríguez Rodríguez E. La justicia en el marco de los procesos restaurativos. En: Gorjón Gómez GJ. Tratado de justicia restaurativa. Un enfoque integrador. México: Tirant lo Blanch; 2017.
12. Galain Palermo P. La reparación del daño a la víctima del delito. Valencia: Tirant lo Blanch; 2010.
13. Ríos Ruíz AA, Fuente del Campo A. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2017.
14. Sánchez-Castañeda A, Márquez Gómez D, Camarillo Cruz B. Desafíos de los medios alternativos de solución de controversias en el derecho mexicano contemporáneo. México: UNAM-DDU; 2019.
15. Hernández Moreno J, Hernández Gil ML, Hernández Gil A. Responsabilidad por mala praxis médica: la vía extrajudicial. Cuad Med Forense. 2002; (28): 7-24.

Medios alternativos para la solución de controversias. El papel de las comisiones estatales de arbitraje médico (CMAM)



*Alternative mechanisms for the solution of controversies.
The role of the state medical arbitration commissions*

Miguel Ángel Lezana-Fernández,* Daniela Carrasco Zúñiga,* Fernando Meneses-González*

RESUMEN

Introducción: en el campo de la Salud Pública en México se cuenta, para intervenir como mediadores entre la población inconforme con la atención en salud recibida, con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM). En 2016 se diseñó la plataforma electrónica para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (PRACEAM). **Objetivo:** se presentan los resultados de las actividades de la CONAMED y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAM) registrados en la PRACEAM en el periodo de enero a diciembre de 2021. **Material y métodos:** se realiza un análisis descriptivo y univariado de la información registrada en el PRACEAM. **Conclusión:** el PRACEAM es hoy una herramienta informática que registra las inconformidades por la atención médica recibida a nivel nacional y sus resultados abonan a los procesos de planeación e intervención educativa para los profesionales de la salud y de la población.

Palabras clave: arbitraje, conciliación, mediación y gestión.

ABSTRACT

Introduction: in the field of Public Health in Mexico, the National Medical Arbitration Commission (CONAMED) and the Mexican Medical Arbitration Council (CMAM) intervene as mediators among the population dissatisfied with the health care received. In 2016, the electronic platform for the registration of medical complaints and opinions of the State Medical Arbitration Commissions (PRACEAM) was designed. **Objective:** the results of the activities of the CONAMED and the CEAM, registered in the PRACEAM in the period from January to December 2021 are presented. **Material and methods:** a descriptive and univariate analysis of the information, registered in the PRACEAM was carried out. **Conclusion:** the PRACEAM is today a computer tool that registers disconformities regarding the medical care received at the national level and its results contribute to the educational planning and intervention processes for health professionals and the population.

Keywords: arbitration, conciliation, mediation and management.

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:

MÁLF, mlezana@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: ninguno.

Citar como: Lezana-Fernández MÁ, Carrasco ZD, Meneses-González F. Medios alternativos para la solución de controversias. El papel de las comisiones estatales de arbitraje médico (CMAM). Rev CONAMED. 2022; 27(3): 141-148. <https://dx.doi.org/10.35366/107646>

Financiamiento: ninguno.

Recibido: 14/09/2022.

Aceptado: 14/09/2022.

www.medigraphic.org.mx
INTRODUCCIÓN

Los medios alternativos para la solución de controversias (MASC) son procedimientos cuyo objetivo es resolver conflictos suscitados entre partes con un problema de interés y en esos procedimientos se encuentran la mediación, la conciliación y el arbitraje.¹

De acuerdo con Rios,² el modelo de mediación «[...] busca promover la conciliación pacífica y armónica, optimizar los procesos de solución de controversias que

se presentan entre médicos y pacientes, eliminar trámites innecesarios, permitir mayor oralidad en los procedimientos, garantizar la opinión de especialistas médicos en la materia, así como el intercambio de experiencias e información para mejorar los procesos [...]».

Los MASC se aplican en otras instituciones diferentes a salud como la Procuraduría Federal del Consumidor a través de su módulo de conciliación de controversias.³

En el campo de la salud en México se cuenta, para intervenir como mediadores entre la población inconforme con la atención en salud recibida, con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)⁴ y el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM); en este último se encuentran agrupadas 28 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAM). Actualmente los estados de Durango, Zacatecas y Quintana Roo no cuentan con comisión estatal de arbitraje. La Ciudad de México no cuenta con una comisión estatal dado que allí se asienta la CONAMED. La CONAMED y las CEAM utilizan los MASC para resolver los conflictos entre los profesionales de la salud y la población que recibe alguna atención a la salud en las instituciones de salud de nuestro país.

A partir de 2016 se diseñó y liberó la plataforma electrónica para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (PRACEAM) para lograr la integración de información estadística homogénea relacionada con los servicios que proporcionan las CEAM, especifi-

camente las orientaciones, asesorías especializadas, gestiones inmediatas, quejas, dictámenes y opiniones técnico médicas relacionadas con los conflictos derivados de la atención en salud. Es de resaltar que los dictámenes médicos que se revisan tanto en la CONAMED como en las CEAM son realizados por solicitud de áreas administrativas de las unidades de salud (Órganos Internos de Control) o por órganos de procuración y administración de justicia. Los otros servicios que se proporcionan por la CONAMED y las CEAM son presentados de forma directa por los pacientes o los familiares de los mismos.

Esta plataforma permite la integración de información estadística homogénea, a través del registro de información estatal, con datos ya disponibles en las comisiones estatales de Arbitraje Médico, y consta de dos componentes operativos: a) el registro de las actividades y b) estimación automática de indicadores de eficacia. La operación y funcionalidad de la PRACEAM es responsabilidad de la CONAMED.

Aquí se presentan los resultados de las actividades de la CONAMED y las CEAM registrados en la PRACEAM en el periodo de enero a diciembre de 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un estudio transversal con base en el análisis de información recabada durante 2021 en la PRACEAM específicamente sobre las orientaciones, asesorías especializadas, gestiones inmediatas, quejas, dictámenes y opiniones técnico médicas;

Tabla 1: Distribución de los asuntos recibidos y concluidos registrados en la plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. México. 2021.

Tipo de asunto	Asuntos recibidos n (%)	Asuntos concluidos n (%)
Orientaciones	17,002 (52.2)	16,990 (51.7)
Asesorías especializadas	9,188 (28.2)	9,184 (28.0)
Gestiones inmediatas	3,676 (11.3)	3,675 (11.2)
Quejas	2,167 (6.7)	2,426 (7.4)
Dictámenes	523 (1.6)	498 (1.5)
Opinión técnico médica	0 (0.0)	69 (0.2)
Totales	32,556 (100.0)	32,842 (100.0)

Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

se estiman indicadores de gestión relacionadas con la actividad realizada por las CEAM integrantes del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico y la CONAMED. La plataforma genera de manera automática cuadros compatibles con el programa Excel, se realizó un análisis univariado y se presenta la información con base en proporciones.

RESULTADOS

En el año 2021, se registraron en la Plataforma 32,556 asuntos y se concluyeron 32,842 (+0.9%). Esta diferencia positiva se explica porque varios asuntos recibidos en años previos, fueron concluidos en el año 2021. En la distribución de asuntos concluidos, las orientaciones representaron 51.7%, siguiéndole

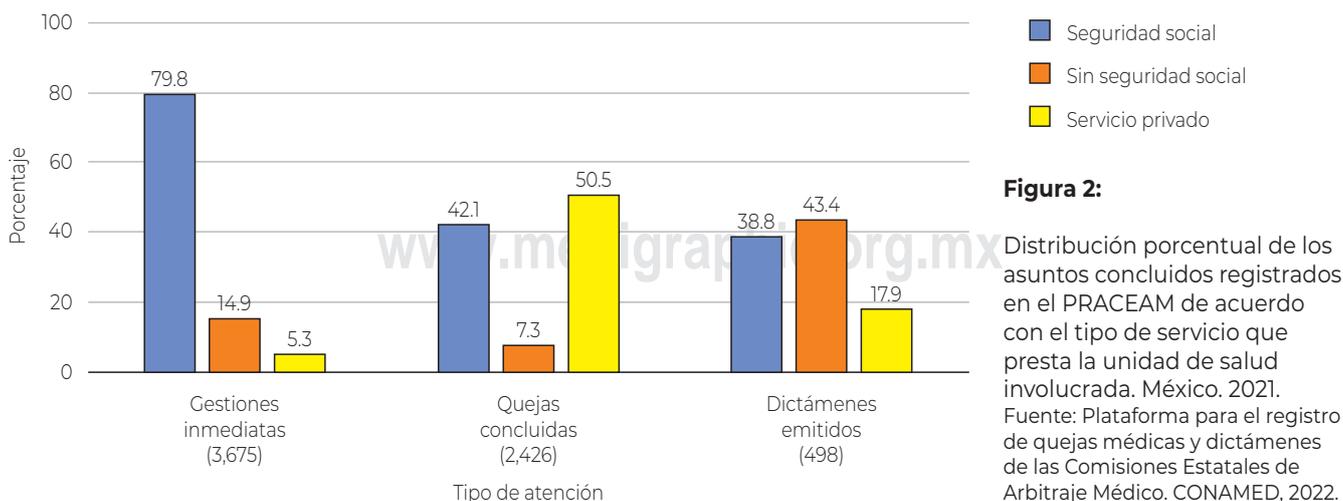
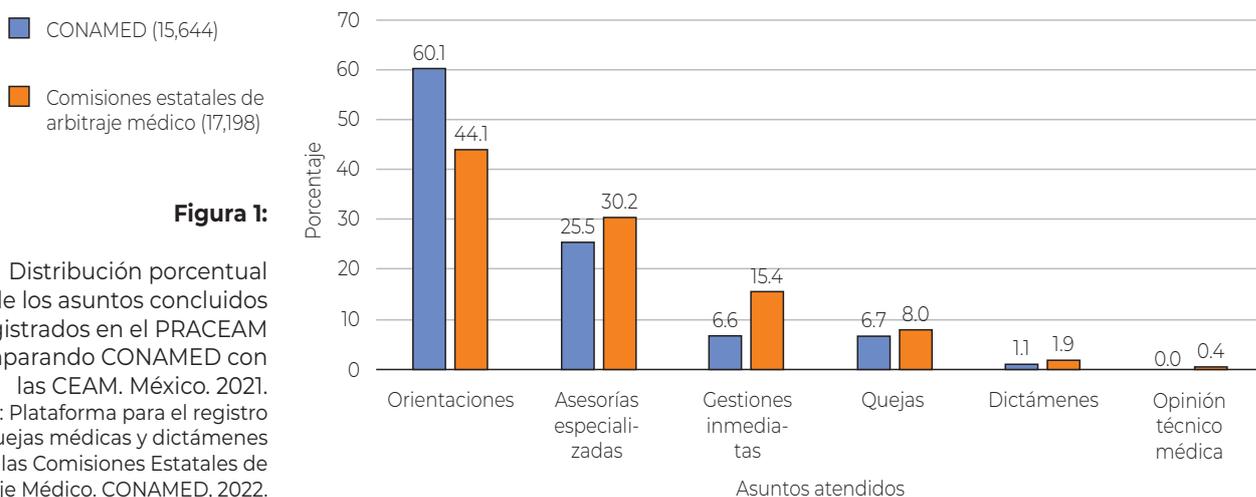
las asesorías especializadas (28.0%); las quejas representaron 7.4% (Tabla 1).

Del total de asuntos atendidos en 2021 (32,842), 52.4% fueron concluidos por las CEAM y 47.6% por la CONAMED. En la distribución del total de asuntos concluidos las entidades que contribuyeron con más asuntos, excluyendo a la CONAMED, fueron Michoacán (18.4%), Estado de México (11.8%) y Baja California (7.2%).

El total de los asuntos concluidos por la CONAMED se muestra en la Figura 1.

El total de las gestiones inmediatas proporcionadas durante 2021 aparece en la Figura 2.

La comparación de la distribución de las atenciones proporcionadas por las CEAM y la CONAMED se muestra en la Figura 3.



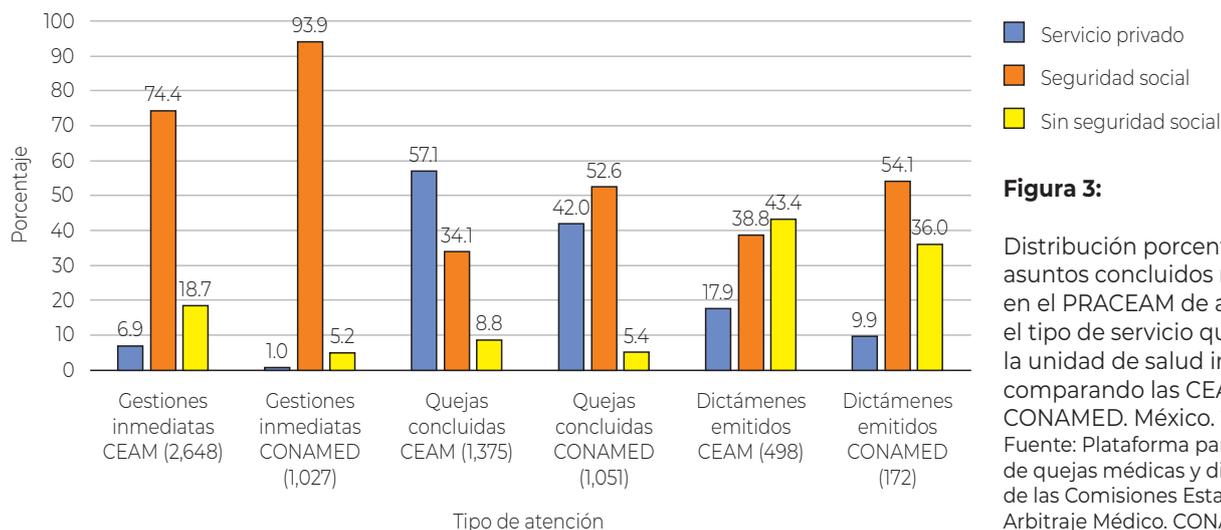


Figura 3:

Distribución porcentual de los asuntos concluidos registrados en el PRACEAM de acuerdo con el tipo de servicio que presta la unidad de salud involucrada comparando las CEAM y la CONAMED. México. 2021. Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

Los motivos por los que se solicitaron atención en las CMAE y la CONAMED fueron, en su conjunto, para el caso de las gestiones inmediatas, las deficiencias administrativas (32.1%) que incluyen la demora prolongada para obtener servicio, falta de equipo, insumos y/o personal, falta de medicamento, maltrato y/o abuso por personal hospitalario no médico, negación de la atención; problemas con el tratamiento médico proporcionado (27.9%); problemas con el diagnóstico establecido (13.5%); problemas en la relación médico-paciente (10.0%), y problemas con el tratamiento quirúrgico (9.3%), entre otros (Figura 4).

En relación con las quejas concluidas, los motivos por los cuales se presentaron resaltan los problemas relacionados con el tratamiento médico proporcionado (34.3%); el diagnóstico realizado en la atención médica (26.9%) y problemas relacionados con el tratamiento quirúrgico. Resalta que las quejas derivadas de la relación médico-paciente tienen una proporción ligeramente mayor con respecto a las gestiones inmediatas (Figura 5).

De los 10 principales servicios clínicos incluidos en las quejas concluidas y registradas en el PRACEAM resaltan, por la mayor proporción, la Odontología general y las especialidades odontológicas como odontología general, ortodoncia, endodoncia, cirugía maxilofacial, prostodoncia, odontopediatría, implantología dental, periodoncia, entre otras (17.6%); traumatología y ortopedia (10.2%); cirugía general (9.9%); ginecología y obstetricia (8.2%); la atención de urgencias médicas (7.6%); cirugía plástica y reconstructiva (5.7%); oftalmolo-

gía (5.0%); medicina familiar (4.7%); medicina interna (3.1%), y medicina general (2.8%) (Figura 6).

De las quejas presentadas en 61.3% fueron mujeres las que presentaron la queja y 38.7% fueron hombres. En la distribución de las quejas concluidas de acuerdo con la edad, el grupo con mayor proporción fue el de 35 a 49 años (24.5%). De acuerdo con el sexo de quien presenta la queja, para el caso de las mujeres también fue el de 35 a 49 años (25.5%) y, por lo que respecta a los hombres, la mayor proporción fue en el grupo de 50 a 64 años de edad (24.0%) (Tabla 2).

Del total de quejas concluidas, la modalidad de conclusión fue 42.6% por conciliación de las partes; 31.9% no lograron conciliar las partes y quedaron bajo reserva los derechos de quien puso la queja; en 16.7% se dio por falta de interés procesal para continuar con la queja, esto significa que el proveedor de servicios de salud no aceptó participar en la etapa conciliatoria; 4.9% de las quejas fueron turnadas a instancia; 1.5% fueron sobreesidas y es de resaltar que 58 (2.4%) de las quejas pasaron a la etapa de arbitraje y recibieron un laudo (Tabla 3).

Los laudos concluidos (58) que tuvieron evaluación de mala práctica fueron 24 (41.4%) y el resto (58.6%) la evaluación del acto médico resultó sin evidencia de mala práctica. Estos mismos laudos, de acuerdo con el sentido de la resolución arbitral fueron condenatorios 24 (41.4%) y el resto de ellos absolutorios. La distribución de estas resoluciones de acuerdo al sector involucrado se muestra en la Tabla 4.

En relación con los dictámenes realizados en el periodo tanto por las CEAM, como por la CONAMED (489),

53.4% fueron solicitadas por instituciones administrativas; 44.8% por instituciones de procuración de justicia, y 1.8% por instituciones de impartición de justicia.

Entre las instituciones administrativas destacan los Órganos Internos de Control (Secretaría de la Función Pública) y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos. En relación con las instituciones de procuración de justicia, resaltan los dictámenes solicitados por las Procuradurías generales de justicia Estatal y la Fiscalía General de la República (Figura 7).

DISCUSIÓN

En el proceso de atención a la salud de la población siempre existe la posibilidad de que se genere un

incidente o un accidente que derive en una queja por parte las personas. Algunas de esas quejas aún siguen presentándose en las instituciones de impartición de justicia, de procuración de justicia o en instancias de carácter administrativo que conllevan, además de tiempo, en el proceso de resolución, erogaciones económicas por parte de los pacientes y de los profesionales de la salud.

Desde 1996 que la CONAMED fue creada, los beneficios de su actuación, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud, incluyen la no judicialización de las quejas, la gratuidad de la atención y la resolución de los asuntos en un tiempo breve (economía procesal). Esto gracias a que el sustento teórico práctico de la CONAMED es el

Figura 4:

Distribución porcentual de los motivos por los cuales se realizaron gestiones inmediatas registradas en el PRACEAM. México. 2021.
Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022

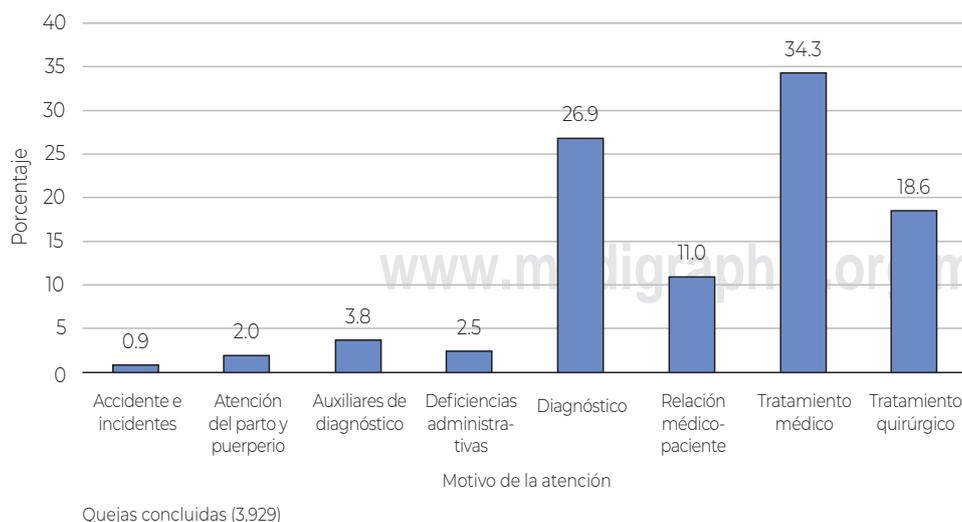
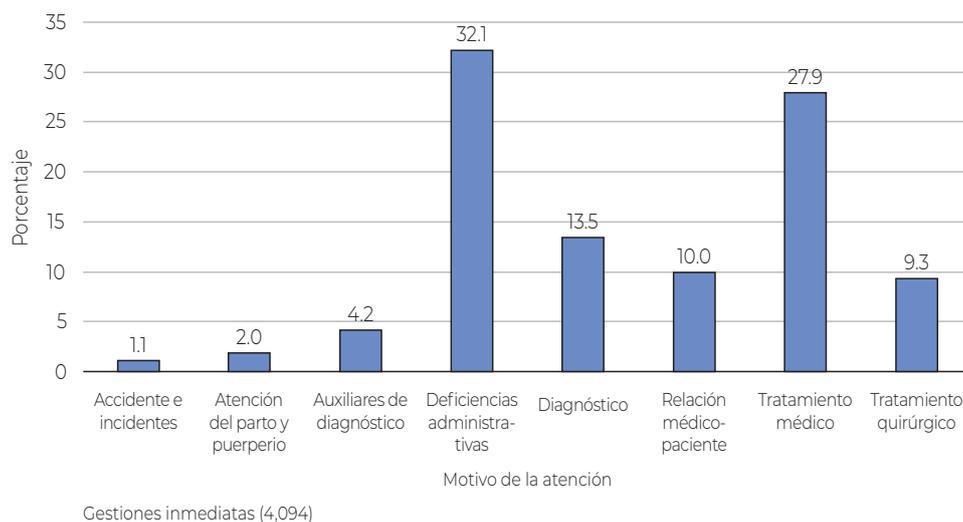


Figura 5:

Distribución porcentual de los motivos por los cuales se concluyeron quejas registrados en el PRACEAM. México. 2021.
Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

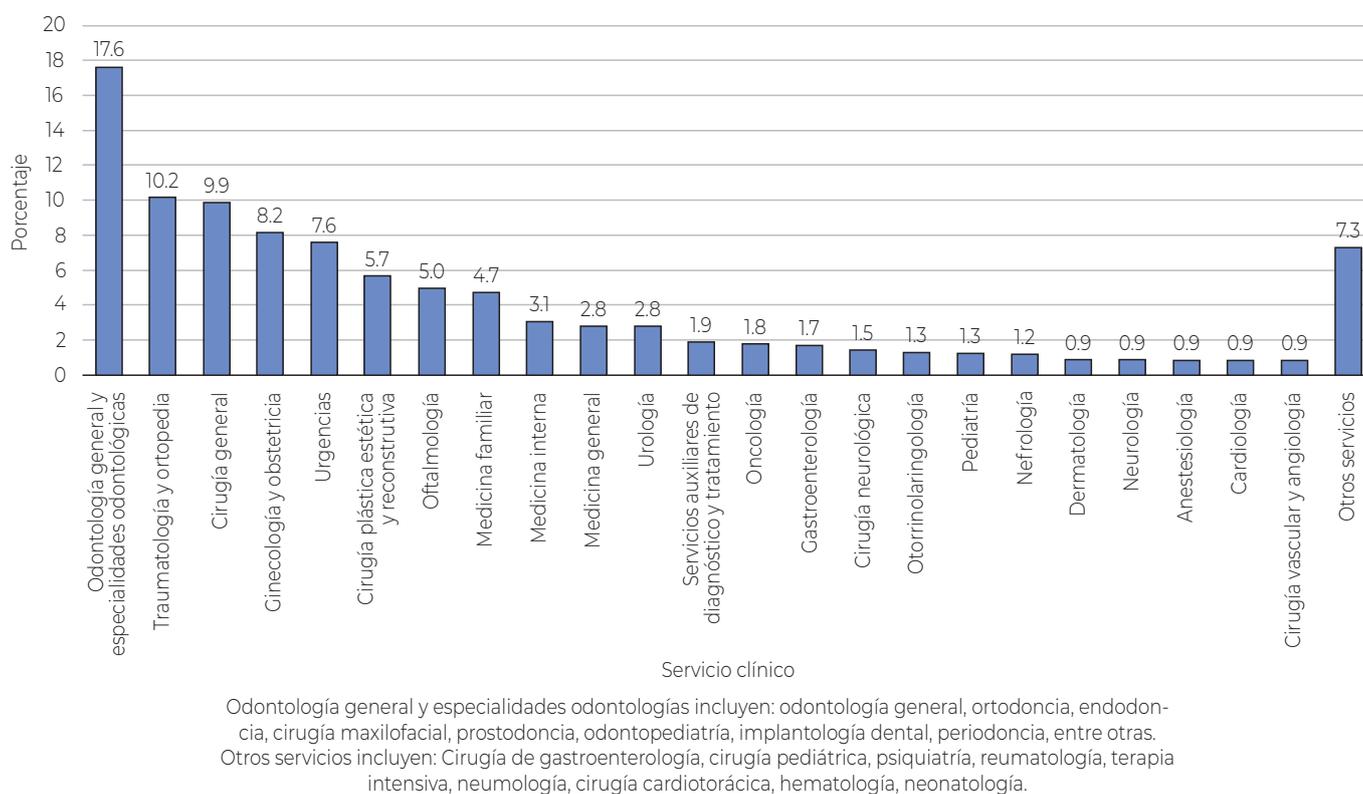


Figura 6: Distribución porcentual de los 20 principales servicios clínicos incluidos en las quejas concluidas y registradas en el PRACEAM. México. 2021.

Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

Tabla 2: Distribución porcentual de las quejas concluidas y registradas en el PRACEAM de acuerdo con la edad y el sexo de los promoventes. México. 2021.

Edad	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
<1	14 (1.0)	13 (1.4)	27 (1.1)
1 a 4	32 (2.2)	23 (2.5)	55 (2.3)
5 a 14	33 (2.3)	45 (5.0)	78 (3.3)
15 a 24	145 (10.1)	63 (6.9)	208 (8.9)
25 a 34	276 (19.2)	128 (14.1)	404 (17.2)
35 a 49	368 (25.5)	207 (22.8)	575 (24.5)
50 a 64	338 (23.5)	218 (24.0)	556 (23.7)
65 a 79	198 (13.7)	178 (19.6)	376 (16.0)
80 y más	37 (2.6)	33 (3.6)	70 (3.0)
Totales	1,441 (61.3)	908 (38.7)	2,349 (100.0)

Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

uso de los mecanismos alternativos para la solución de controversias.

La información registrada en el PRACEAM compila las actividades de las CEAM entre las que destacan la unificación de criterios en el servicio que presta a la población y permite, con el análisis de información, la emisión de recomendaciones de utilidad para la población general y los profesionales de la salud.

Tabla 3: Distribución porcentual de la modalidad de conclusión de las quejas concluidas y registradas en el PRACEAM. México. 2021.

Modalidad	n (%)
Conciliación	1,032 (42.6)
No conciliación	774 (31.9)
Acumulación de autos	1 (0.0)
Falta de interés procesal	405 (16.7)
Laudos	58 (2.4)
Sobreseimiento	37 (1.5)
Turnado a instancias	118 (4.9)
Total	2,425

Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

Al registrar cada una de las atenciones que se proporcionan tanto en la CONAMED como en las CEAM a través del PRACEAM, permite contar con información en tiempo real de lo que acontece en términos de inconformidades de la población por la atención recibida, ya sea por las instituciones o por los profesionales de la salud y, con ello, diseñar estrategias de difusión formal e informal así como capacitación para proveer de herramientas a los profesionales de la salud y la población de cómo reducir la incidencia de accidentes o incidentes durante la atención en salud.

El beneficio de los MASC, tanto financieramente como procesalmente, ha logrado que, en el caso de México, sean el instrumento pertinente para dirimir los conflictos entre las personas que reciben la atención y las instituciones y profesionales de la salud. En el ámbito internacional resalta en el uso de este modelo de atención, donde la mediación, la conciliación y el arbitraje favorecen la rapidez, seguridad, confidencialidad y economía en la resolución de un conflicto como es el caso del Tribunal Americano de Conciliación y Arbitraje Médico y de Salud (TACAMES) en Argentina⁵ o de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) de Perú.⁶

CONCLUSIONES

El PRACEAM es hoy una herramienta informática que abona en los procesos de planeación e intervención

Tabla 4: Distribución porcentual de las quejas concluidas y registradas en el PRACEAM de acuerdo con la resolución arbitral por la evaluación del acto médico, el sentido de la resolución y el sector involucrado. México. 2021.

	Sector involucrado		
	Privado N = 55 n (%)	Público N = 3 n (%)	Total N = 58 n (%)
Laudos			
Evaluación del acto médico			
Con evidencia de mala práctica	23 (41.8)	1 (33.3)	24 (41.4)
Sin evidencia de mala práctica	32 (58.2)	2 (66.7)	34 (58.6)
Sentido de la resolución			
Condenatorio	23 (41.8)	1 (33.3)	24 (41.4)
Absolutorio	32 (58.2)	2 (66.7)	34 (58.6)

Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022.

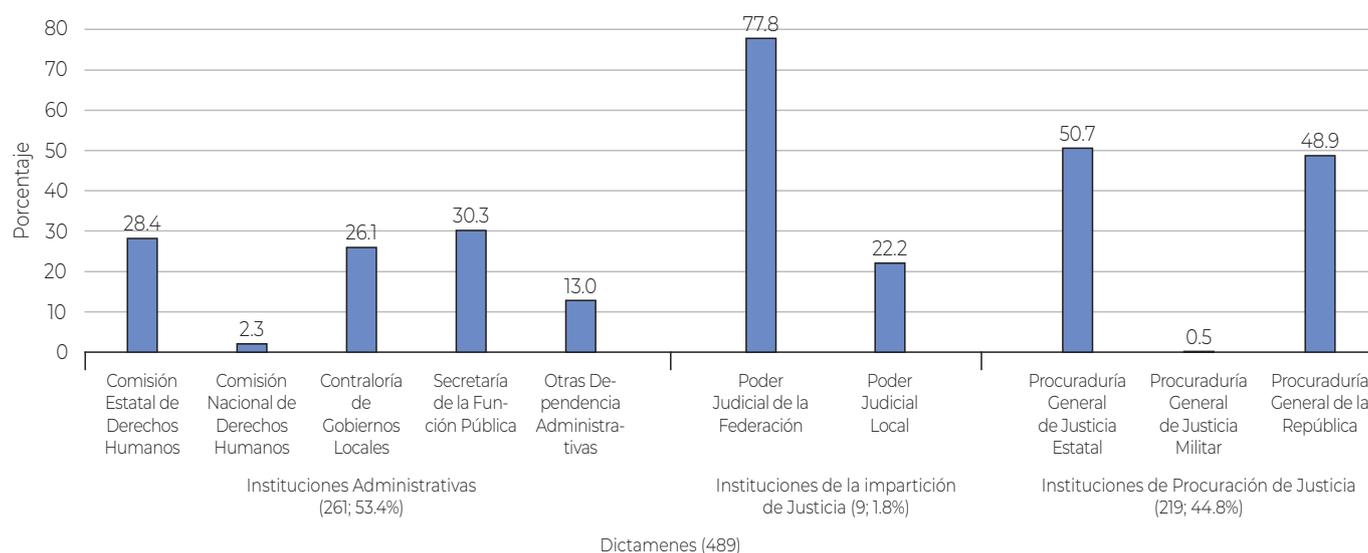


Figura 7: Distribución porcentual de los dictámenes de acuerdo con la dependencia solicitante y registrados en el PRACEAM. México. 2021.

Fuente: Plataforma para el registro de quejas médicas y dictámenes de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. CONAMED, 2022

educativa para los profesionales de la salud y de la población; asimismo permite vigilar el trabajo que se desempeña en las CEAM y en la CONAMED, comparar la efectividad en los procesos de resolución de las inconformidades y ser punto de partida para la mejoría en el actuar de los profesionales de la salud.

El CMAM que agrupa a las 28 CEAM fue conformada en el año de 2002 con el objeto de «[...] la coordinación de acciones de las instituciones que aplican el Modelo de Arbitraje Médico en México, ello a fin de promover acciones conjuntas que permitan mejorar la práctica de la medicina y elevar la calidad de la atención que se brinda a la ciudadanía en los ámbitos federal y estatal [...]» resaltando que una de las funciones principales es fortalecer el modelo de arbitraje en el país.⁷

De acuerdo con Ríos al contar con comisiones estatales de Arbitraje Médico, el modelo de mediación se fortalece y permite el intercambio de experiencias e información para la mejora de los procesos.²

Una de las características que distinguen el trabajo de las CEAM y de la CONAMED es que los servicios que proporcionan son completamente gratuitos para sus usuarios.

En este contexto en las CEAM y la CONAMED la población y los profesionales de la salud pueden encontrar respuesta a las preguntas o incertidumbres generadas por una atención en salud inadecuada.

REFERENCIAS

1. Márquez Algara MG, De Villa Cortéz JC. Medios alternos de solución de conflictos. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2013, p. 1587.
2. Ríos RMA, Fuente del Campo A. El arbitraje en la praxis médica, análisis y perspectivas de nuevos mecanismos para la solución de controversias en: El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. Compendio. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México 2017, p 33,
3. Procuraduría Federal del Consumidor. ¿Qué es concilianet? [Consultado 25 julio 2022] <https://concilianet.profeco.gob.mx/Concilianet/comoconciliar.jsp>
4. Diario Oficial de la Federación. 1ª. Sección. Secretaría de Salud. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Lunes 3 de junio de 1996. México.
5. TACAMES, Tribunal Americano de Conciliación y Arbitraje Médico y de Salud. [Consultado 25 julio 2022] Disponible en: <https://aadefarm.org/noticias/val/2843/%3Cspan%3E%3Cspan%3E-tribunal-americano-de-conciliaci%C3%B3n-y-arbitraje-m%C3%A9dico-y-de-salud--.html>
6. Superintendencia Nacional de Salud. Susalud ofrece a la población servicios gratuitos de mediación y conciliación en salud. Nota de prensa. 23 mayo 2022. [Consultado 28 junio 2022] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/susalud/noticias/608847-susalud-ofrece-a-la-poblacion-servicios-gratuitos-de-mediacion-y-conciliacion-en-salud>
7. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consejo Mexicano de Arbitraje Médico. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/cmam/cmam2.php>

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

NOM-004-SSA3-2012, On the clinical record



Por ser de interés para los profesionales de la salud, se presenta un extracto de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada el 15 de octubre de 2012.¹

El expediente clínico es un conjunto de información confidencial de un paciente, que requiere orden y claridad en los registros y notas que lo conforman. La NOM-004 lo define como al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

A continuación, se presentan los numerales del 4 al 10.

Citar como: NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Rev CONAMED. 2022; 27(3): 149-156. <https://dx.doi.org/10.35366/107647>

Recibido: 08/09/2022.
Aceptado: 08/09/2022.

4 DEFINICIONES

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

- 4.1 **Atención médica**, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 4.2 **Cartas de consentimiento informado**, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- 4.3 **Establecimiento para la atención médica**, a todo aquél, fijo o móvil, público, social o privado, donde se presten servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.
- 4.4 **Expediente clínico**, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

- 4.5 **Hospitalización**, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.
- 4.6 **Interconsulta**, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
- 4.7 **Paciente**, a todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- 4.8 **Pronóstico**, al juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.
- 4.9 **Referencia-contrarreferencia**, al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- 4.10 **Resumen clínico**, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico.
Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.
- 4.11 **Urgencia**, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.
- 4.12 **Usuario**, a toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- 5.2 Todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales:
- 5.2.1 Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;
- 5.2.2 En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;
- 5.2.3 Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y
- 5.2.4 Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.
- 5.3 El médico, así como otros profesionales o personal técnico que intervengan en la atención del paciente tendrán la obligación de cumplir las disposiciones de esta norma, en forma ética y profesional.
- 5.4 Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.
Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un periodo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- 5.5 Para efectos de manejo de información, bajo los principios señalados en el numeral anterior, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

5 GENERALIDADES

- 5.1 Los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación, por parte del personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.
- Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.
Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia,

investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

- 5.5.1 Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales, son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.
- 5.6 Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
- 5.7 En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables. Sólo será dada a conocer a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
- 5.8 Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de esta norma deberán apegarse a las disposiciones jurídicas que resulten aplicables, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.
- 5.9 Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente.
- 5.10 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables.
- 5.11 Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- 5.12 De manera optativa, se podrán utilizar medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otra tecnología en la integración de un expediente clínico, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.
- 5.13 Los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, podrán elaborar formatos para el expediente clínico, tomando en cuenta los requisitos mínimos establecidos en esta norma.
- 5.14 El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios genéricos de consulta general, de especialidad, urgencias y hospitalización, debiendo observar, además de los requisitos mínimos señalados en esta norma, los establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas, referidas en los numerales 3.2, 3.3, 3.5, 3.7, 3.8, 3.9, 3.11, 3.13, 3.14, 3.15 y 3.16 de esta norma, respectivamente. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente, en donde consten todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.
- 5.15 El expediente odontológico que se integre en un establecimiento para la atención médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, se ajustará a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.7 de esta norma.
- 5.16 Para el caso de los expedientes de atención psicológica, de nutriología o similares, que se integren en un establecimiento para la atención

médica ambulatoria independiente o no ligado a un establecimiento hospitalario, tanto la historia clínica como las notas de evolución, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

- 5.17 El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes se llevará a cabo de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.
- 5.18 Además de los documentos especificados en esta norma como obligatorios, se podrá contar con: cubierta o carpeta, hoja frontal, en su caso notas de trabajo social, nutrición, ficha laboral y los que se consideren necesarios para complementar la información sobre la atención del paciente.
- 5.19 En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, invariablemente deberá existir una copia de dicho contrato en el expediente clínico.
- 5.20 Al interior de los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos. Para tal efecto, podrán utilizar el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad, incorporado en esta norma como Apéndice A (Informativo).
- 5.21 Las personas físicas, morales, representantes legales o la persona facultada para ello, en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, en su caso, podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

6 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN CONSULTA GENERAL Y DE ESPECIALIDAD

Deberá contar con:

- 6.1 Historia Clínica.
Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo

con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá tener, en el orden señalado, los apartados siguientes:

- 6.1.1 Interrogatorio. Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.12 de esta norma) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
- 6.1.2 Exploración física. Deberá tener como mínimo: *habitus* exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud;
- 6.1.3 Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;
- 6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 6.1.5 Pronóstico;
- 6.1.6 Indicación terapéutica.
- 6.2 Nota de evolución.
Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:
 - 6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
 - 6.2.2 Signos vitales, según se considere necesario;
 - 6.2.3 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y

- tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
- 6.2.4 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 6.2.5 Pronóstico;
- 6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.
- 6.3 Nota de Interconsulta.
La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La nota deberá elaborarla el médico consultado y deberá contar con:
- 6.3.1 Criterios diagnósticos;
- 6.3.2 Plan de estudios;
- 6.3.3 Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y
- 6.3.4 Los demás que marca el numeral 7.1 de esta norma.
- 6.4 Nota de referencia/traslado.
De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:
- 6.4.1 Establecimiento que envía;
- 6.4.2 Establecimiento receptor;
- 6.4.3 Resumen clínico, que incluirá como mínimo:
- 6.4.3.1 Motivo de envío;
- 6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
- 6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.

7 DE LAS NOTAS MÉDICAS EN URGENCIAS

- 7.1 Inicial.
Deberá elaborarla el médico y contener lo siguiente:
- 7.1.1 Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- 7.1.2 Signos vitales;
- 7.1.3 Motivo de la atención;
- 7.1.4 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- 7.1.5 Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnós-

- tico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente;
- 7.1.6 Diagnósticos o problemas clínicos;
- 7.1.7 Tratamiento y pronóstico.
- 7.2 Nota de evolución.
Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma;
- 7.2.1 En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.
- 7.3 De referencia/traslado.
Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.

8 DE LAS NOTAS MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN

- 8.1 De ingreso.
Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:
- 8.1.1 Signos vitales;
- 8.1.2 Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- 8.1.3 Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- 8.1.4 Tratamiento y pronóstico.
- 8.2 Historia clínica.
- 8.3 Nota de evolución.
Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2, de esta norma.
- 8.4 Nota de referencia/traslado.
Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.4, de esta norma.
- 8.5 Nota Preoperatoria.
Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos) y deberá contener como mínimo:

- 8.5.1 Fecha de la cirugía;
- 8.5.2 Diagnóstico;
- 8.5.3 Plan quirúrgico;
- 8.5.4 Tipo de intervención quirúrgica;
- 8.5.5 Riesgo quirúrgico;
- 8.5.6 Cuidados y plan terapéutico preoperatorios; y
- 8.5.7 Pronóstico.
- 8.6 Un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito.
- 8.7 Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico.
Se elaborará de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- 8.8 Nota postoperatoria.
Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:
 - 8.8.1 Diagnóstico preoperatorio;
 - 8.8.2 Operación planeada;
 - 8.8.3 Operación realizada;
 - 8.8.4 Diagnóstico postoperatorio;
 - 8.8.5 Descripción de la técnica quirúrgica;
 - 8.8.6 Hallazgos transoperatorios;
 - 8.8.7 Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico;
 - 8.8.8 Incidentes y accidentes;
 - 8.8.9 Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones;
 - 8.8.10 Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
 - 8.8.11 Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante;
 - 8.8.12 Estado postquirúrgico inmediato;
 - 8.8.13 Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
 - 8.8.14 Pronóstico;
 - 8.8.15 Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
 - 8.8.16 Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico;
 - 8.8.17 Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.
- 8.9 Nota de egreso.
Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:
 - 8.9.1 Fecha de ingreso/egreso;
 - 8.9.2 Motivo del egreso;
 - 8.9.3 Diagnósticos finales;
 - 8.9.4 Resumen de la evolución y el estado actual;
 - 8.9.5 Manejo durante la estancia hospitalaria;
 - 8.9.6 Problemas clínicos pendientes;
 - 8.9.7 Plan de manejo y tratamiento;
 - 8.9.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
 - 8.9.9 Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);
 - 8.9.10 Pronóstico;
 - 8.9.11 En caso de defunción, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo, estudio de necropsia hospitalaria.

9 DE LOS REPORTES DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO

- 9.1 Hoja de enfermería.
Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:
 - 9.1.1 *Habitus* exterior;
 - 9.1.2 Gráfica de signos vitales;
 - 9.1.3 Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita;
 - 9.1.4 Procedimientos realizados; y
 - 9.1.5 Observaciones.
- 9.2 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:
 - 9.2.1 Fecha y hora del estudio;
 - 9.2.2 Identificación del solicitante;

- 9.2.3 Estudio solicitado;
- 9.2.4 Problema clínico en estudio;
- 9.2.5 Resultados del estudio;
- 9.2.6 Incidentes y accidentes, si los hubo;
- 9.2.7 Identificación del personal que realizó el estudio;
- 9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.

10 OTROS DOCUMENTOS

Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico:

- 10.1 Cartas de consentimiento informado.
 - 10.1.1 Deberán contener como mínimo:
 - 10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;
 - 10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
 - 10.1.1.3 Título del documento;
 - 10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;
 - 10.1.1.5 Acto autorizado;
 - 10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
 - 10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y
 - 10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;
 - 10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consen-

timiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

- 10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.
- 10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:
 - 10.1.2.1 Ingreso hospitalario;
 - 10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;
 - 10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;
 - 10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;
 - 10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;
 - 10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;
 - 10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;
 - 10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;
 - 10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.
- 10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.
- 10.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
- 10.2 Hoja de egreso voluntario.
 - 10.2.1 Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar;
 - 10.2.2 Cuando el egreso sea voluntario, aun en contra de la recomendación médica, la hoja se elaborará conforme a lo dispuesto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios

- de atención médica y relevará de responsabilidad al establecimiento y al médico tratante. En el caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica, la hoja deberá tener el nombre y firma del médico que lo autoriza.
- 10.2.3 Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo los siguientes datos:
- 10.2.3.1 Nombre y domicilio del establecimiento;
 - 10.2.3.2 Fecha y hora del egreso;
 - 10.2.3.3 Nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma de quien solicita el egreso;
 - 10.2.3.4 Resumen clínico que se emitirá conforme a lo previsto en el apartado 6.4.3 de esta norma;
 - 10.2.3.5 Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;
 - 10.2.3.6 En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;
 - 10.2.3.7 Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y
 - 10.2.3.8 Nombre completo y firma de dos testigos.
- 10.3 Hoja de notificación al Ministerio Público. En casos en los que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:
- 10.3.1 Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;
 - 10.3.2 Fecha de elaboración;
 - 10.3.3 Identificación del paciente;
 - 10.3.4 Acto notificado;
 - 10.3.5 Reporte de lesiones del paciente, en su caso;
 - 10.3.6 Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y
 - 10.3.7 Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.
- 10.4 Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica. La realizará el médico de conformidad con lo que establece la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.10, de esta norma.
- 10.5 Notas de defunción y de muerte fetal. Deberá elaborarla el médico facultado para ello.
- 10.6 Todas las notas a que se refiere el presente apartado deberán contener:
- 10.6.1 Un encabezado con fecha y hora;
 - 10.6.2 El nombre completo y firma de quien la elabora.
- El cumplimiento a los puntos anteriores por parte de los profesionales de la salud, además de garantizarle una protección legal, también ofrece una tención correcta y segura al paciente.

REFERENCIA

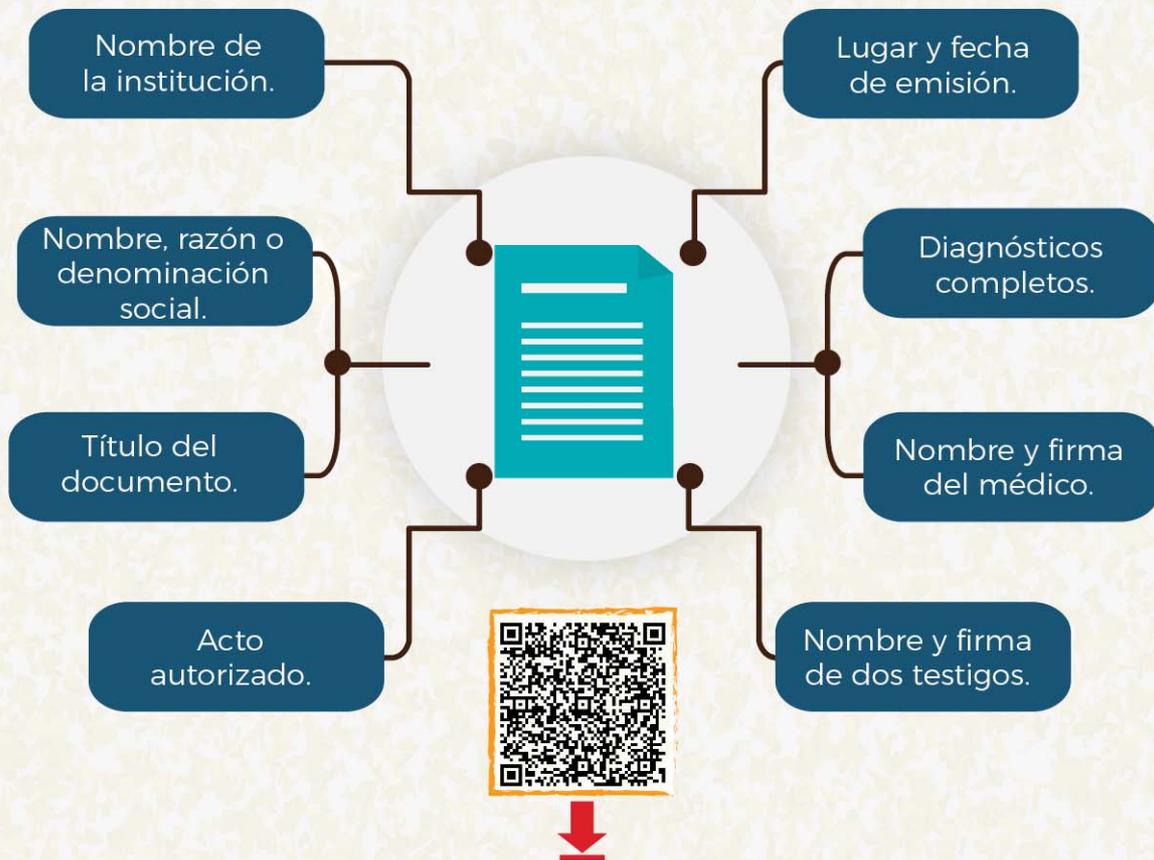
1. Lunes 15 de octubre de 2012. Diario Oficial de la Federación (cuarta sección). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Consultado el 22 de agosto de 2022. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787



CARTA DE CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO (CCVI)

Es la decisión libre y voluntaria realizada por un paciente, donde acepta las acciones diagnósticas y terapéuticas sugeridas por su médico.

* Criterios que debe cumplir la CCVI



* Descarga la infografía completa.

El personal de salud podrá obtener CCVI adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Centro Colaborador OPS/OMS sobre la Calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud

17

Septiembre

Día Mundial de la Seguridad del paciente

Seguridad de los medicamentos.
Medicación sin daño.

Explique a los pacientes la manera correcta de tomar sus medicamentos; dosis, frecuencia, vía de administración e informe a los familiares o cuidadores.



↓ **MÁS INFORMACIÓN**



» www.gob.mx/conamed



GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO