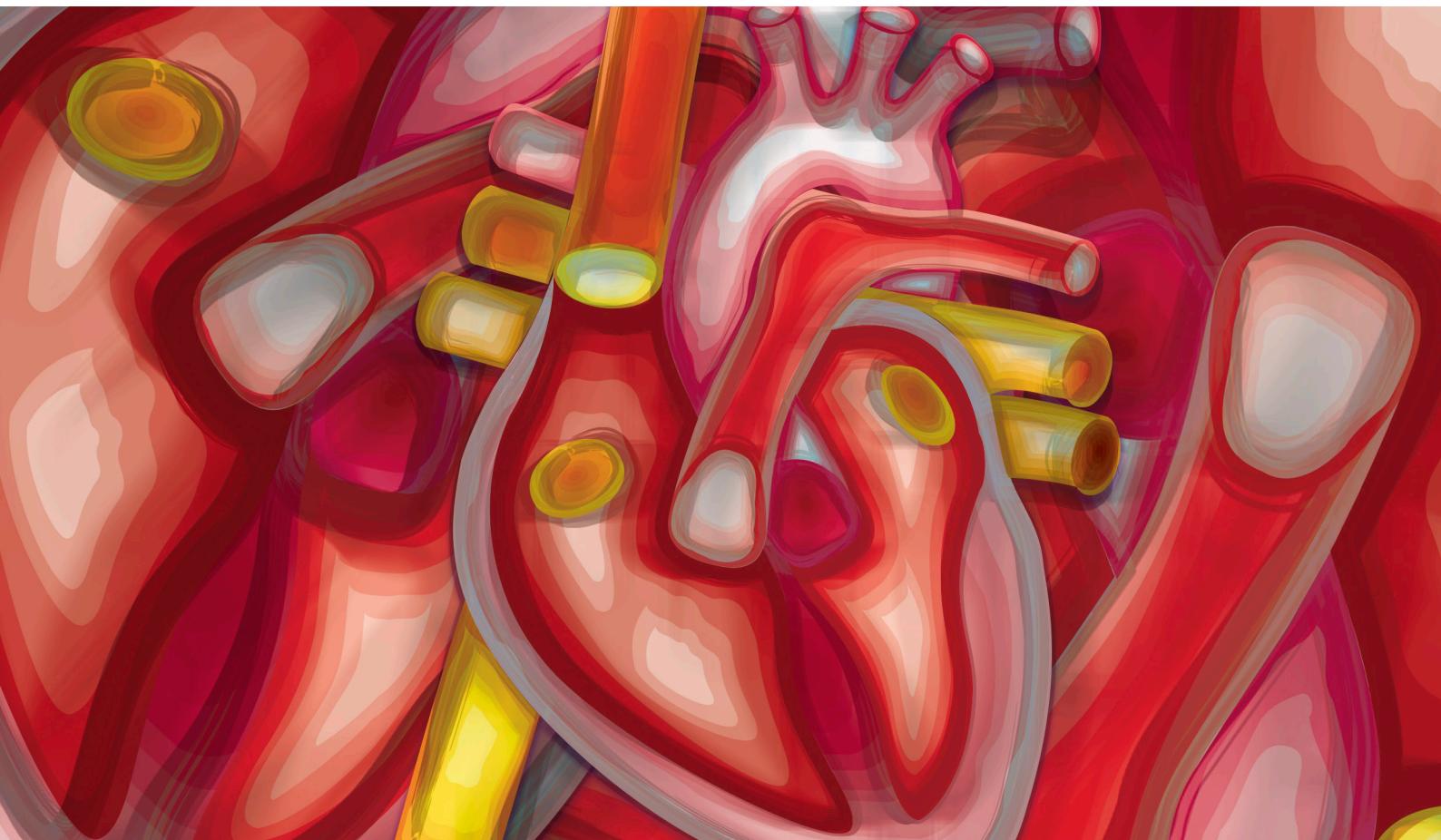


REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México.

Volumen 25, Número 1, Enero - Marzo, 2020

ISSN 2007-932X



**Automedicación en
estudiantes del área
de la salud**

**Ambiente educativo y
maltrato de médicos residentes**

**Síndrome coronario agudo
en primer nivel de atención**

**Comunicación
médico-paciente:
programa UNIFILA**

**Seguridad del paciente
en los laboratorios clínicos**

**Prestigio en la
práctica enfermera**

REVISTA CONAMED

Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor

Dr. Fernando Meneses González

Director Asociado

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores

QFB. Daniela Carrasco Zúñiga

Dra. Leticia de Anda Aguilar

Dr. José de Jesús Leija Martínez

Comité Editorial

Lic. Juan Antonio Orozco Montoya

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez

Dra. Carina Xóchitl Gómez Fröde

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Keever

Dr. Rafael Arias Flores

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dr. Jesús Reyna Figueroa

Petróleos Mexicanos, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez

Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Dionisio Herrera Guibert

Training Programs In Epidemiology Public

Health Interventions Network, USA

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)

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

Dra. Teresita Corona Vázquez

Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Juan Miguel Abdo Francis

Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz

Facultad de Medicina UNAM, México

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez

Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Manuel Ruiz de Chávez

Comisión Nacional de Bioética, México

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval

Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Gonseth-García

Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)

Organización Panamericana de la Salud, México

Dra. Diana Celia Carpio Ríos

Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

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 25, No. 1, enero-marzo 2020, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado 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, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenio), Col. Vértiz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 31 de marzo de 2020. 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.

Editorial 2

Un mensaje de reconocimiento y apoyo a los profesionales de la salud mexicanos

A message of recognition and support for Mexican health professionals

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

Artículos 3 originales

Principales causas de automedicación en estudiantes del área de la salud

Main causes of self-medication among students in the health area

Adela Alba Leonel, Samantha Papaqui Alba, Fernando Castillo Nájera, Jorge Ricardo Medina Torres, Joaquín Papaqui Hernández, Roberto Sánchez Ahedo

10

Percepción del ambiente educativo y el maltrato de médicos residentes de medicina familiar

Perception of the educational environment and abuse of resident of family

Francisco Hernández Pérez, Deyanira Zareth Bustillos Hernández

16

Prevalencia del síndrome coronario agudo en primer nivel de atención

Prevalence of acute coronary syndrome in primary health care

Eli Nahim Becerra-Partida, Lucía Casillas-Torres, Francisco Becerra-Álvarez

23

El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA

The institutional device and time in medical-patient interaction and communication: UNIFILA program

Jessica Margarita González-Rojas, Alicia Hamui-Sutton, Ilario Rossi, Alfredo Paulo-Maya, Isaías Hernández-Torres

Artículo de revisión 34

Panorama de la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos de México

Overview of patient safety in clinical laboratories of Mexico

Eduardo Mucito-Varela

Historia de la medicina 47

El prestigio profesional en la práctica enfermera

The professional prestige in nursing practice

María Jesús Romero de San Pío, Emilia Romero de San Pío, Gemma Nevado Vega, Ángela López Carrillo, Raquel Martínez Zapico, Ana Vanesa García Niño, Rebeca Cuñado Rivas, María Begoña Linares Gutiérrez, María Vanessa Espeso García, Demelsa Vaquero Díez, María Ángeles Díez López





Un mensaje de reconocimiento y apoyo a los profesionales de la salud mexicanos

A message of recognition and support for Mexican health professionals

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

* Dirección General de Difusión e Investigación. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: FMG, fmenesesg@conamed.gob.mx

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Financiamiento: Ninguno
Citar como: Carrasco ZD, Lezana FMA, Meneses GF. Un mensaje de reconocimiento y apoyo a los profesionales de la salud mexicanos. Rev CONAMED. 2020;28(1): 2. doi: 10.35366/92888

Recibido: 21/04/2020.

Aceptado: 21/04/2020.

En estos tiempos en los que nuestro país se encuentra en una emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, debido a la presencia y transmisión del virus SARS-CoV-2, la Revista CONAMED continúa con su labor de difusión de información relacionada con seguridad del paciente, calidad de la atención y derecho sanitario.

El personal de salud en nuestro país (enfermería, medicina, odontología, farmacéuticos, químicos laboratoristas, trabajo social, administrativos, auxiliares de limpieza y mantenimiento, vigilancia y demás personal involucrado en el cuidado de la salud) está mostrando su valor, entereza y capacidades técnicas en la primera línea de atención y contención de casos que acuden a los servicios de salud. Reciban nuestro más amplio reconocimiento y apoyo a la actividad que realizan.

Hemos visto cómo el equipo de salud ha sido agredido e insultado por un mínimo sector de la población, lo que reprobamos enérgicamente y, por el contrario, nos solidarizamos con nuestro personal de salud.

La gravedad de la infección por SARS-CoV-2 es mayor en quienes tienen alguna comorbilidad, como puede ser diabetes mellitus, hipertensión arterial o pulmonar, insuficiencia renal u otra enfermedad crónica no transmisible; por esto, es necesario que el primer nivel de atención participe activamente en el control de los pacientes que tienen estos padecimientos.

Durante estos tiempos difíciles para la salud de los mexicanos, nos sumamos al llamado para realizar las acciones de salud pública que apoyen, faciliten y contribuyan a reducir los daños en salud provocados por COVID-19.

Exhortamos a nuestros lectores a sumarse a dichas acciones de salud pública y solidarizarnos con los profesionales de la salud que trabajan, día a día, en las diversas unidades médicas para la atención oportuna y de calidad de los enfermos de COVID-19.

Saludo afectuoso, sincero y solidario para todos ellos.

www.medigraphic.org.mx



Principales causas de automedicación en estudiantes del área de la salud

Main causes of self-medication among students in the health area

Adela Alba Leonel,* Samantha Papaqui Alba,‡ Fernando Castillo Nájera,§
Jorge Ricardo Medina Torres,|| Joaquín Papaqui Hernández,† Roberto Sánchez Ahedo**

RESUMEN

Introducción: La OMS identificó a la automedicación como un componente del autocuidado en la salud; 80% de la población mexicana usa medicamentos por iniciativa propia sin indicación médica y sin receta. **Objetivo:** Identificar las principales causas de automedicación en estudiantes del área de la salud. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal donde el universo del estudio fueron estudiantes del área de la salud de nivel licenciatura y postgrado. Se utilizó un instrumento exprofeso de automedicación. **Resultados:** La muestra fue de 305 estudiantes, 72% correspondió al género femenino, 71% tiene entre 17 a 30 años. La prevalencia de automedicación fue del 88%. Las razones principales por la que se automedian son por falta de tiempo 42.1%, fácil acceso a los medicamentos 37.4% y 14.4% por economía. Y el principal motivo de salud por que se automedian es por algias 73.8%, gripe 49.7%, fiebre 33.8%, gastroenteritis 27.8% y edema 26.4%. **Conclusiones:** La automedicación es frecuente en estudiantes del área de la salud y las principales causas de automedicación son falta de tiempo, fácil acceso y los motivos son: algias, gripe y fiebre. El profesional de salud debe establecer estrategias de prevención para evitar el enmascaramiento y agravar el proceso de la enfermedad, resistencia a medicamentos, intoxicación e inclusive la muerte. Asimismo, debe fomentar que la automedicación es un componente del autocuidado.

Palabras clave: Automedicación, autocuidado, estudiantes del área de la salud.

ABSTRACT

Introduction: WHO identified self-medication as a component of self-care in health; 80% of the Mexican population uses medicines on their own initiative without medical advice and without a prescription. **Objective:** To identify the main causes of self-medication among students in the health area. **Material and methods:** A cross-sectional study was carried out where the universe of the study was students of the health area of undergraduate and postgraduate level. An ex profeso self-medication instrument was used. **Results:** The sample was of 305 students, 72% corresponded to the female gender, 71% are between 17 and 30 years old. The prevalence of self-medication was 88%. The main reasons why they self-medicate are the lack of time 42.1%, easy access to medicines 37.4% and 14.4% for economy. And the main reason for self-medication is ache 73.8%, flu 49.7%, fever 33.8%, gastroenteritis 27.8% and edema 26.4%. **Conclusions:** Self-medication is frequent among students in the health area and the main causes of self-medication are lack of time, easy access and the reasons are: pain, flu and fever. The health professional must establish prevention strategies to avoid masking and aggravate the disease process, drug resistance, intoxication and even death. It should also encourage that self-medication is a component of self-care.

Keywords: Self-medication, self-care, students of the health area.

* Doctora en Ciencias de la Salud campo disciplinario Epidemiología. Profesor de carrera Asociado C, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

† Estudiante de Medicina St. Luke Escuela de Medicina.

§ Maestro en Administración de Hospitales. Jefe de Unidad Médica en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México y Profesor de asignatura de la Facultad de Medicina, UNAM.

|| Licenciado en Enfermería, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

† Ingeniero en Informática y Especialista en Estadística Aplicada, Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor de asignatura de Cirugía de la Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia:
AAL, adelaalbaleonel65@gmail.com

Conflictos de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Alba LA, Papaqui AS, Castillo N F, Medina TJR, Papaqui HJ, Sánchez AR.

Principales causas de automedicación en estudiantes del área de la salud. Rev CONAMED 2019; 24(3): 3-9, doi: 10.35366/92889

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 25/01/2019.

Aceptado: 25/06/2019.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la automedicación como la libertad de cada persona para consumir medicamentos disponibles para la venta sin prescripción médica, para el tratamiento de enfermedades o síntomas reconocidos por el paciente mismo. Así mismo en su línea estratégica para todos en el año 2000 consideró a los «autocuidados responsables» como uno de los principales ejes para la promoción de la salud. El término autocuidado incluye la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios. La automedicación la identificó como un componente del autocuidado en la salud.¹⁻³

Otra definición es cuando el usuario trata sus enfermedades o síntomas con medicamentos que han sido probados y están disponibles para la venta sin prescripción y que son seguros y eficaces cuando se usan de acuerdo con las condiciones establecidas.

Actualmente la automedicación se ha convertido en un problema de salud pública, ya que su práctica cada vez es más frecuente en la población a nivel mundial. Asimismo, este fenómeno se ha considerado como una forma de autocuidado, el cual puede tener un impacto positivo en los sistemas de salud en cuanto a la reducción de gastos, menor demanda en la asistencia por problemas como algias; sin embargo, también puede tener un gran impacto negativo, ya que puede enmascarar y agravar el proceso de la enfermedad o bien que se emita un diagnóstico y tratamiento inadecuado, interacciones medicamentosas y la posibilidad de presentarse reacciones adversas a los medicamentos (RAM).⁴ La OMS, considera que la automedicación es un factor importante en las RAM.

Algunos estudios del siglo pasado, realizados en España, Sudáfrica y EUA muestran que entre 40 y 90% de episodios enfermizos fueron tratados mediante el autocuidado.^{5,6}

Cabe mencionar que esta práctica se presenta cada día más en países en vías de desarrollo y quizás uno de los factores que intervienen en la automedicación tengan que ver con la falta de accesibilidad a los servicios de salud, demoras en la atención, falta de seguridad social, facilidad en la venta de medicamentos, nivel de ingresos económicos, acceso de información de los medicamentos

por diferentes medios de comunicación como internet, etc.⁷ Es importante señalar que este problema se presenta en todos los niveles educativos.

En el 2009 la OMS informó que más del 50% de los fármacos son prescritos y/o vendidos de forma incorrecta, y la otra proporción los pacientes los utilizan de forma inapropiada, esto puede deberse a la falta de políticas o estrategias para promover el uso racional de fármacos.⁸ De igual modo define al uso racional como al empleo correcto o apropiado de fármacos, dosis indicadas por tiempo determinado de acuerdo con las guías de práctica clínica. En cuanto al uso irracional éste puede tener diferentes patrones de uso como la automedicación y la polifarmacia que son los principales.⁹

En México se reportó que 80% de la población mexicana usa medicamentos por iniciativa propia sin indicación médica y sin receta.

A nivel internacional se ha reportado una prevalencia de automedicación en estudiantes de medicina del 76.9%.¹⁰

El personal de salud es el responsable de la prescripción, así como la promoción en el uso adecuado de los medicamentos, por lo que es necesario conocer la prevalencia e identificar las principales causas de automedicación en estudiantes universitarios del área de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal; el universo del estudio fueron estudiantes universitarios del área de la salud de nivel licenciatura y postgrado, de la UNAM y del IPN, durante el ciclo escolar 2018-2; la unidad de observación fueron alumnos de las carreras de Licenciatura en Enfermería (LE), Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (LEO), Licenciatura Médico Cirujano (LMC) de la UNAM e IPN, diplomado de Farmacología en Enfermería, Maestría en Enfermería (ME) y Maestría en Investigación Clínica y Experimental en Salud en el área de Farmacología Clínica (MICES), el muestreo fue no probabilístico.

Los criterios de inclusión fueron alumnos de los diferentes semestres de la LE y LEO de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, Facultad de Medicina de la UNAM y del IPN, Diplomado de Enfermería de la ENEO-UNAM del nivel postgrado ME y MICES de la UNAM; criterios de

Tabla 1: Características de la muestra de alumnos universitarios del área de la salud.

	Frecuencia (%)
Promedio de edad (DE)	28.5 (12.04)
Sexo	
Femenino	218 (71.5)
Masculino	87 (28.5)
Educación	
Licenciatura	223 (73.1)
Diplomado	59 (19.3)
Maestría	23 (7.6)
Estado civil	
Soltero	293 (96.1)
Casado	7 (2.3)
Divorciado	2 (0.7)
Datos perdidos	3 (1.0)

exclusión: alumnos que no quisieron participar y criterios de eliminación que no hayan respondido el cuestionario correctamente.

El cálculo de la muestra se realizó con una prevalencia de 76.9% de automedicación en estudiantes universitarios, con un nivel de confianza de 0.05, más una tasa de no respuesta del 10%, teniendo un tamaño de muestra de 305 estudiantes. Se incluyó a todos los alumnos del diplomado de Farmacología en Enfermería y de postgrado (78).

Se les aplicó un cuestionario sobre «Datos de automedicación», de 18 reactivos, el cual contenía datos generales como sexo, edad y 13 reactivos específicos de automedicación, se aplicó de forma individual, el tiempo de respuesta fluctuó entre 3 a 5 minutos, los datos fueron recolectados en los meses de junio y julio de 2018.

La información se capturó y analizó en Excel, se realizó un análisis descriptivo y relativo para cada variable de la investigación.

RESULTADOS

Se estudió a 305 estudiantes universitarios inscritos en los programas del área de la salud, 71.5% correspondió al género femenino y 28.5% al masculino;

35% tenía entre 17 y 21 años, 24% entre 22-26 y 18% más de 42 años (*Tabla 1*).

Sesenta y dos punto nueve por ciento de la población consumió algún medicamento durante el último mes. En cuanto a quién le recetó el medicamento en ese lapso, 51.1% lo hizo un médico y 16.4% se automedicó. En lo que respecta con qué bebida acostumbra a tomarse el medicamento 72.1% con agua, 11.8% con jugo y 5.6% con infusión.

Al preguntarles qué es la automedicación los alumnos universitarios del área de la salud respondieron lo siguiente (*Figura 1*).

Ochenta y ocho por ciento de los alumnos del área de la salud se automedican, siendo 65% más frecuente en las mujeres observándose una diferencia estadísticamente significativa con un $p = 0.009$; 13.7% lo hace de forma frecuentemente y el 2.9% casi siempre (*Figura 2*). La razón principal por lo que prefirió automedicarse es por la falta de tiempo con un 42.1%, 37.4% lo hace por la accesibilidad a los medicamentos y 14.4% por problemas de economía (*Figura 3*). El principal lugar donde adquieren los medicamentos es en la farmacia con un 64.6%, reserva en casa 46.4%, supermercado 9.2% y 5.6% lo obtiene con un familiar de un hospital.



Figura 1:

Qué es la automedicación según alumnos universitarios del área de la salud, 2018.

El motivo de salud por el que se automedican los alumnos es por algias con un 73.8% y 49.7% por síntomas de gripe, 33.8% por fiebre y 27.8% por gastroenteritis (*Figura 4*). Derivado de la automedicación 3.6% ha tenido algún evento adverso por la automedicación como alergia, shock anafiláctico, irritación, sangrado e hipersensibilidad, eritemas, braquipneea, náuseas, mareos, estreñimiento (*Figura 5*).

El patrón de automedicación está encabezado por analgésicos con 28.2%, antinflamatorios 10% y antibióticos 7.2% (*Figura 6*).

Los estudiantes del área de la salud que más se automedican es enfermería con una RP = 2.17.

DISCUSIÓN

La automedicación es una conducta frecuente en estudiantes del área de la salud. La prevalencia fue mayor (88%) con respecto a la población mexicana (80%) y en estudiantes de medicina (76.9%) y fue muy similar a los universitarios venezolanos quienes tienen una prevalencia de 87%,¹¹ así como en la población general del mismo país y la de Chile y Colombia;¹¹⁻¹³ lo cual podría comprometer su salud,

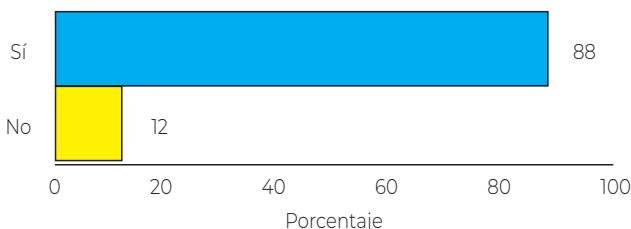


Figura 2: Automedicación de los estudiantes universitarios del área de la salud, 2018.

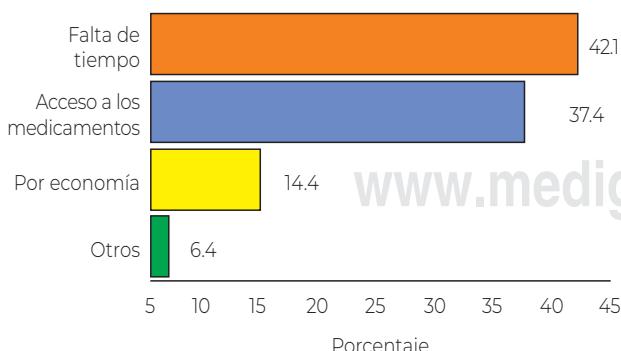


Figura 3: Causas por las que se automedican los estudiantes del área de la salud. 2018

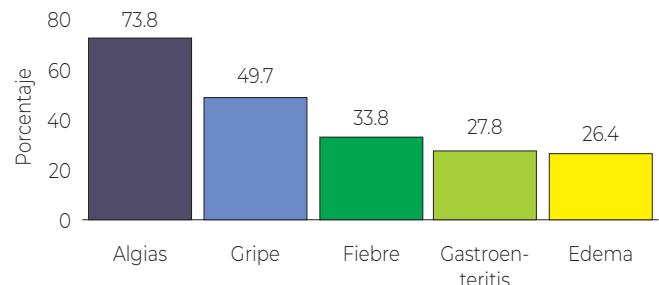


Figura 4: Motivo de salud por qué se automedican de los estudiantes del área de la salud. 2018.



Figura 5:

Eventos adversos por la automedicación en alumnos universitarios del área de la salud, 2018.

la de su familia, comunidad y de la población en general.

Existen diversos factores que influyen para que la población se automedique, uno de los principales factores sociales son: la presión que ejerce un grupo o familiares de ofrecer una alternativa de solución a los problemas de salud-enfermedad; la falta de tiempo para acudir a la consulta médica principalmente porque los tiempos de espera son largos o bien porque los servicios de atención son lentos; así como también una sociedad dominada por las obligaciones académicas, laborales aunadas a las actividades domésticas.

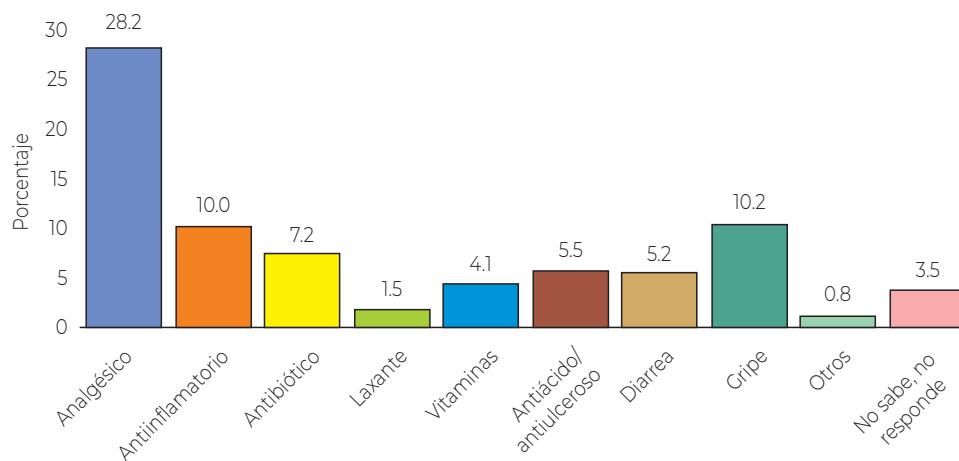


Figura 6:

Patrón de uso de fármacos de automedicación de los estudiantes universitarios del área de la salud, 2018.

Otro de los factores son los económicos derivados del desempleo, las malas condiciones de vida y, sobre todo, el bajo ingreso económico familiar que impide acceder a los servicios de salud. Así mismo, French en 1997 planteó que la decisión de la automedicación tiene que ver también con factores culturales, como: la falta de acceso a los servicios de salud y la escasa educación sanitaria, lo que ha permitido a la industria farmacéutica ganar espacios para difundir información sesgada de los medicamentos, así como invitar a la población a consumir fármacos poco seguros. Es importante señalar que la publicidad puede influir en los profesionales de la salud, ya que en ocasiones se prescriben antibióticos de amplio espectro para tratar infecciones simples, los cuales, además, son más costosos. Otro factor que ha influido es la pérdida de credibilidad sanitaria basada en el deterioro de la relación médico-paciente, enfermera-paciente, por lo que hoy en día se confía más en los medios de comunicación que en el personal de salud.

En el caso de los pacientes también la publicidad influye para que se automediquen, por otro lado, los pacientes asumen diversos comportamientos, como hay quienes utilizan los sobrantes de tratamientos anteriores o de otros, sin consultar al médico. Algunos, simplemente usan medicamentos sin prescripción médica, otros usan medicamentos que necesitan receta y aun así, los obtienen sin ésta. Cabe señalar que los que se automedican generalmente desconocen la gravedad de usar fármacos indiscriminadamente y hay otros quienes simplemente mencionan que no existe ninguna sustancia química inocua.

El principal motivo del porqué se automedica la población universitaria del área de la salud en México es muy similar a la población de Brasil, ya que en ambos países se automedican por dolor.^{3,11,14,15}

Noventa y siete por ciento de las mujeres utilizan medicamentos, 64.6% para cefaleas y migrañas, 30% en dolores musculares y 23.2% para molestias estomacales y odontológicas.

Respecto a los eventos adversos asociados con la automedicación se reportó una prevalencia de 3.6%, la cual es menor con respecto a la comunidad universitaria de Venezuela (71%); quizás esta diferencia se deba al universo de estudio, ya que en este estudio fueron alumnos universitarios del área de la salud y en el caso de la comunidad universitaria de Venezuela la población de estudio fueron alumnos de las especialidades de Educación Ambiental. Los eventos que se presentaron con más frecuencia en la comunidad universitaria de México son: alergia, shock anafiláctico, irritación, sangrado e hipersensibilidad, eritemas braquipneia, náuseas, mareos, estreñimiento; mientras que en la comunidad universitaria de Venezuela fueron: náuseas y dolores estomacales, somnolencia, cefalea y taquicardia. Es importante señalar que 42.5% de los(as) jóvenes sólo reconocen como eventos adversos de fármacos a la somnolencia y taquicardia, quizás porque los otros síntomas son generales e inespecíficos. Existen estudios donde nos indican que a mayor nivel cultural mayor conciencia para reconocer los peligros de los fármacos.

Es importante señalar que la automedicación de productos de venta con receta es principalmente

un problema en los países en vías de desarrollo, en los que las farmacias, así como en comercios no autorizados, venden los medicamentos sin exigir la receta. Hardor observó en Filipinas que la gente conserva copias de las prescripciones médicas para volver a usarlas, asimismo, refirió que las consultas médicas son caras y usar repetidamente una receta es una forma de economizar, usando los medicamentos disponibles, sin percatarse en ocasiones de la fecha de caducidad.

Aunado a lo anterior, existe hoy en día la venta libre de medicamentos por internet, lo cual permite comprar medicamentos que por ley en su país sólo se venden con receta médica.

Actualmente, el internet es una fuente de información y una herramienta de trabajo para los profesionales de la salud, pero también es un problema de seguridad del paciente cuando la usan,¹⁶ ya que a través de las TICs hay sitios donde se puede compartir información sobre salud que pueden contribuir a modificar su estilo de vida, pero también se puede encontrar información errónea y sesgada, por conflicto de intereses.¹⁷

La razón principal por la que los alumnos del área de la salud se automedicaron fue: la falta de tiempo con un 42.1%, este dato concuerda con el estudio realizado entre estudiantes universitarios de enfermería de la Universidad Federal de Goiás, Brasil, (50%)¹⁸ y con el estudio de docentes en enfermería.¹⁹ Los motivos asociados a éste es la falta de acceso a los servicios de salud, largos tiempos de espera en la atención médica, desinterés por el tratamiento médico debido a la falta de éxito de tratamientos anteriores y los conocimientos propios del área de la salud que ayudan en la elección del medicamento.²⁰ Así como el fácil acceso y en lo que respecta a la parte económica es más barato comprar en la farmacia en lugar de primero solicitar la consulta médica.¹⁸

CONCLUSIONES

El conocer por qué se automedian los alumnos del área de la salud y qué medicamentos usan, es un paso fundamental para tener un patrón de uso de medicamentos con el menor riesgo posible.

La automedicación es frecuente entre los estudiantes universitarios del área de la salud, su prevalencia es mayor a la nacional y muy similar a

estudios realizados en estudiantes universitarios de otros países.

Quizás los estudiantes se automedicaron con base a su propia información, así como también por sugerencias de familiares y la principal causa que los motivó a realizar esta práctica fue la falta de tiempo para ir al médico.

Cabe señalar que los medicamentos utilizados por los estudiantes del área de la salud no necesitan prescripción; sin embargo, su consumo irracional puede causar eventos adversos. Por lo que el personal de salud debe establecer estrategias de prevención de uso racional de medicamentos con el propósito de evitar el enmascaramiento de signos y síntomas, agravar el proceso de la enfermedad, resistencia a medicamentos, intoxicación e inclusive la muerte. Asimismo, se debe de fomentar que la automedicación es un componente del autocuidado; por lo que se debe incentivar el uso racional de medicamentos, informar sobre los fármacos y las complicaciones que pueden originarse por el uso irracional y promover la automedicación responsable.¹⁸

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes del área de la salud de nivel licenciatura y postgrado por el apoyo en la recolección de información que con su amable colaboración se logró que esta investigación fuera posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Información Terapéutica Sistema Nacional de Salud. 2000; 24: 147-152.
2. Jain S, Malvi R, Purviya JK. Concept of self medication: a review. Int J Pharm Biol Arch. 2011; 2 (3): 831-836.
3. Sánchez C, Nava M. Análisis de la automedicación como problema de salud. Enf Neurol (Mex). 2012; 11 (3): 159-162.
4. Ruiz E. Risks of self-medication practices. Curr Drug Saf. 2010; 5 (4): 315-323.
5. Baños JE, Bosch R, Toranzo I. La automedicación con analgésicos. Estudio en el dolor odontológico. Med Clin (Barc). 1991; 96: 248-251.
6. Zyl-Schalekamp CV. Self-medication in three orange free state communities. S Afr Med J. 1993; 83: 345-346.
7. López-Cabra CA, Gálvez-Bermúdez JM, Domínguez-Domínguez C, Urbina-Bonilla AP, Calderón-Ospina CA, Vallejos-Narváez Á. Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá D. C.,

- Colombia. Rev Colomb Cienc Quím Farm. 2016[Acceso: 18 de enero de 2019]; 45 (3): 374-384. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rccquifa/article/view/62018/59438>
8. World Health Organization. Medicines use in primary care in developing and transitional countries: fact book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006. Bull World Health Organ; 2009; 87 (10): 804.
 9. Salazar J, Bello L, Toledo A, Añez R, González L, Rojas J et al. Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco. AVFT [Internet]. 2013; 32 (1):1-15. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55931088001>
 10. Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. Res Social Adm Pharm. 2008; 4 (2):164-172.
 11. De Pablo MM. La automedicación en la cultura universitaria. Rev de Investigación. 2011; 35 (73): 219-239. [Recuperado 18 de enero de 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=376140388010>
 12. Moya S. Estudio - Prevalencia de automedicación en consultantes a un centro de atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago [Tesis de grado presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Químico Farmacéutico, Memoria para optar al título de química farmacéutica]. Santiago de Chile: 2012. [Recuperado 18 de enero de 2019] Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/111220>
 13. Lopez JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. Rev Salud Pública. 2009; 11 (3): 432-444.
 14. Derly-Damasceno D, de Souza-Terra F, Vieira-Zanetti HH, Dias-D'Andréa E, Ribeiro-da-Silva HL, Leite JA. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da universidade federal de alfenas. Rev Min Enf. 2007; 2 (1): 48-52.
 15. Guillem-Sáiz P, Francès-Bozal F, Giménez-Fernández F, Sáiz-Sánchez C. Estudio sobre automedicación en población Universitaria Española. Rev Clin Med Fam. 2010; 3 (2): 99-103.
 16. Solé-Balcells FJ. Internet en medicina ¿Una ayuda, un problema? Actas Urol Esp [Internet]. 2003 [citado 2019 Ene 18]; 2003; 27 (3): 180-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000300002&lng=es.
 17. Scanfeld D, Scanfeld V, Larson EL. Dissemination of health information through social networks: twitter and antibiotics. Am J Infect Control. 2010; 38 (3): 182-188.
 18. Ferreira-Souza LA, Damázio da Silva C, Carvalho-Ferraz G, Faleiros-Sousa FAE, Varanda-Pereira L. Prevalencia y caracterización de la práctica de automedicación para alivio del dolor entre estudiantes universitarios de enfermería. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011; 19 (2). [Recuperado 3 de diciembre de 2018] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_04.pdf
 19. Cerqueira GS, Diniz MFFM, Lucena GT, Dantas AF, Lime GMB. Perfil da automedicação em acadêmicos de enfermagem na cidade de João Pessoa. Conceitos. Rev Bras Farm. 2011; 92 (3): 186-190.
 20. Zafar SN, Syed R, Waqar S, Zubairi AJ, Vagar T et al. Self-medication amongst university students of Karachi: prevalence, knowledge and attitudes. J Pak Med Assoc. 2008; 58 (4): 214-217.



Percepción del ambiente educativo y el maltrato de médicos residentes de medicina familiar

Perception of the educational environment and abuse of resident of family

Francisco Hernández Pérez,* Deyanira Zareth Bustillos Hernández[‡]

RESUMEN

* Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente del Centro Médico Nacional «Siglo XXI» del Instituto Mexicano del Seguro Social.

† Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar en la UMF Núm. 49, Celaya, Guanajuato.

Correspondencia: FHP, mesias.francisco@gmail.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Hernández Pérez F, Bustillos Hernández DZ.

Percepción del ambiente educativo y el maltrato de médicos residentes de medicina familiar. Rev CONAMED 2020; 25(1): 10-15.

doi: 10.35366/92890

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Recibido: 09/12/2019.

Aceptado: 04/03/2020.

Introducción: Los ambientes educativos son de vital influencia en los resultados a corto y largo plazo del aprendizaje; no obstante, éstos, con frecuencia, no están exentos de agresiones u hostilidades. **Objetivo:** Identificar la percepción del ambiente educativo y frecuencia del maltrato en médicos residentes de medicina familiar. **Material y métodos:** Estudio transversal y analítico realizado en un grupo natural de 66 médicos residentes. Para ello, se utilizó la encuesta PHEEM (*Postgraduate Hospital Educational Environment Measure*) con el objetivo de evaluar el ambiente educativo y la escala de maltrato, la cual ha sido validada por Mejía y colaboradores. **Resultados:** Se estudiaron 52 residentes de primer, segundo y tercer año del Hospital General Núm. 47 de Celaya, Guanajuato y, de acuerdo con la evaluación, la percepción del ambiente educativo global fue de 85.3, es decir, un ambiente más positivo que negativo. Sin embargo, al considerar por separado los diferentes grados, sólo los residentes de tercer año consideraron su ambiente más favorable que negativo (102.50). Por su parte, los de primer y segundo año, lo percibieron como un ambiente con muchos problemas (80.49 y 77.21, respectivamente, con una diferencia significativa entre los tres grupos [$p = 0001$]). La frecuencia de maltrato sólo fue positiva en 15%. **Conclusiones:** En el presente estudio, los médicos residentes perciben a su ambiente educativo, en general, como bueno (más positivo que negativo), pero refieren también una necesidad de mejor capacitación. En cuanto al maltrato, la frecuencia es baja con apenas 15% global, la cual se incrementa en el tercer año de residencia.

Palabras clave: Ambiente educativo, maltrato, residentes.

ABSTRACT

Introduction: Educational environments have a vital influence on short and long term educational outcomes; often these are not exempt from aggressions or hostilities. **Objective:** To identify the perception of the educational environment and frequency of abuse in family medicine residents. **Material and methods:** Analytical cross-sectional study, in a natural group of 66 resident physicians, the PHEEM (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure) survey will be used to assess the educational environment and the scale of abuse of Mejía et al. **Results:** 52 first, second and third year residents of the General Hospital No. 47 of Celaya, Guanajuato were studied, the perception of global educational environment was 85.3 (educational environment more positive than negative), however, when considering the different grades separately, only third-year residents consider their educational environment more favorable than negative (102.50), while first and second-year residents perceive it as an educational environment with many problems (80.49 and 77.21) respectively, finding a significant difference between the three groups ($p = 0001$). The frequency of abuse was only positive in 15%. **Conclusions:** In the present study, resident physicians perceive their general educational environment as good (more positive than negative) with a need for better training. As for abuse, the frequency is low, barely 15% overall, which increases in the third year of residence.

Keywords: Educational environment, abuse, residents.

INTRODUCCIÓN

El «ambiente educativo» es producto del ambiente físico, de las relaciones interpersonales, del estilo de comunicación dominante, de las presiones y factores estresantes, del sistema de reconocimientos y de las sanciones en los espacios educativos, cuya interacción afecta de una u otra forma el rendimiento y la satisfacción de los estudiantes.¹⁻³

Todos los procesos educativos tienen condiciones únicas e irrepetibles, lo que se conoce como «cultura del lugar» o *habitus*, el cual no es explícito, sino que es parte de un «currículo oculto» no planificado. En este sentido, la evaluación de estos espacios no se vuelve sencilla ni fácil, por lo que se suele recurrir a la percepción que los estudiantes tienen sobre el contexto en el que se desarrolla la actividad educativa más allá de la visión oficial, donde pareciera que sólo se privilegian sus potenciales y capacidades; pese a ello, la escuela suele ser el lugar en el que más se reproducen las relaciones de poder y contradicciones que de ésta emanan, ya que todo sistema educativo tiene que reproducirlas y legitimarlas con sus propios medios.¹⁻⁸

En México, existe la *Norma Oficial Mexicana para la Regulación Normativa de las Residencias Médicas*,⁹ la cual establece las jornadas laborales, la periodicidad de las guardias, así como los derechos con los que cuentan los médicos residentes y sus obligaciones; sin embargo, estas normas no siempre son cumplidas. Como se sabe, los ambientes educativos tienen una influencia vital en los resultados educativos a corto y largo plazo. Según diversos estudios, la prevalencia de maltrato académico y físico oscila entre 60 y 95%, aunque esta conducta se ha «normalizado», y esta «normalización» ha llevado a crear el concepto de que la violencia es inherente a la formación del médico. Asimismo, se ha observado que esta percepción de maltrato físico y académico se relaciona de manera inversa con la percepción de aprendizaje. Por este razonamiento es que se pone en duda el hecho de que si no existe la violencia no se aprende, ya que se ha visto que en el ambiente educativo sucede todo lo contrario, y que gran porcentaje de estudiantes de medicina o médicos residentes han renunciado como consecuencia de esta experiencia traumática, la cual lleva a la pérdida de la motivación, sentimientos de inadecuación y

fracaso, cansancio emocional, despersonalización y baja relación en el trabajo.¹⁰⁻¹⁷

El proceso de un buen aprendizaje debe estar basado en un equilibrio entre el adecuado ambiente académico y el social; es evidente que los entornos laborales tradicionales poco reflexivos no sólo no contribuyen al desarrollo de aptitudes en los residentes, sino que pueden ser fuentes de conflictos entre sus integrantes. Dicho lo anterior, nos lleva a redefinir sus características para que se contribuya a generar un ambiente propicio para la reflexión y bienestar del médico residente, y que éste redunde con un mayor grado en la calidad de los servicios prestados, ya que en ambientes adversos se genera una serie de conflictos en las formas de convivencia entre los que participan: profesores, alumnos y autoridades académicas; todo ello finalmente se verá reflejado en la calidad de atención.¹⁸⁻²³

Existe un gran número de investigaciones que dan cuenta de que los médicos tienen una percepción muy mala de su entorno, particularmente en lo que se refiere a los abusos y violación de sus derechos. Estas mismas investigaciones también señalan que los estudiantes perciben al docente como una problemática, puesto que, en muchas ocasiones, éstos tienden a ser autoritarios y crean un ambiente poco propicio para la reflexión, el debate y el ejercicio de la crítica.^{1,4,10,11,18,24,25}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal con una muestra de médicos residentes del Curso de especialización de medicina familiar de la UMF 49 de Celaya, Guanajuato, durante el año lectivo de 2019. Se invitó al total de médicos residentes (66 residentes); de éstos, 52 aceptaron la invitación y fueron quienes cumplieron los criterios de inclusión, a saber: que aceptaran participar y que no estuvieran bajo tratamiento psicológico o que no hubieran entablado algún tipo de demanda contra sus profesores o el instituto. Se excluyó a los voluntarios con instrumentos mal llenados.

Se consideró el ambiente educativo, es decir, la percepción que tenía el alumno del entorno donde llevaba a cabo sus labores académicas, y se tomó como maltrato físico al empleo de la fuerza

física contra una persona o grupo, produciendo daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo en ellas golpes, empujones, pellizcos, violencia mediante el lanzamiento de un objeto a otra persona, asignación de trabajos excesivos o exposición a procedimientos sin la protección adecuada; el maltrato académico se consideró cuando se refirieron aquellas conductas inadecuadas por parte del docente hacia el alumno en el contexto del proceso enseñanza-aprendizaje que pudieran afectar su desempeño y su evaluación.

Los instrumentos de aplicación empleados fueron, en primer lugar, la escala *Postgraduate Hospital Educational Environment Measure* (PHEEM, por sus siglas en inglés) con una confiabilidad de 0.934 para evaluar la percepción del ambiente educativo. La escala pondera el ambiente en cuatro categorías: de 0-40 como ambiente educativo muy pobre; de 41-80 como ambiente educacional con muchos problemas; de 81-120 como ambiente educacional más positivo que negativo, pero con espacio para mejorar, y de 121-160 como ambiente educacional excelente.

Asimismo, la escala tiene cuatro subdominios: 1) percepción del rol de autonomía: de 0-14 como muy pobre; de 15-28 como una visión negativa del rol de cada uno; de 29-42 como una percepción más positiva del rol de cada uno, y de 43-56 como una percepción excelente del trabajo de cada uno (ítems 1, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 29, 30, 32, 34 y 40). 2) Percepción de la enseñanza: de 0-15 como calidad muy pobre; de 16-30 como una necesidad de algo de reentrenamiento; de 31-45 como encaminado en la dirección correcta, y de 46-60 como enseñanza con maestros modelos (ítems 2, 3, 6, 10, 12, 15, 21, 22, 23, 27, 28, 31, 33, 37 y 39). 3) Percepción del soporte social: de 0-11 como inexistente; de 12-22 como un lugar no placentero; de 23-33 como ambiente con más pros que contras, y de 34-44 como ambiente bueno y apoyador (ítems 7, 13, 16, 19, 20, 24, 25, 26, 35, 36 y 38).

Para evaluar la frecuencia de maltrato, se utilizó, en segundo lugar, la escala de maltrato a residentes, la cual ha sido validada por Mejía y colaboradores, e incluye 13 situaciones de maltrato.

Para el análisis estadístico se utilizaron reporte de frecuencias, medias y desviación estándar, y para la estadística inferencial se utilizó ANOVA de un factor para el análisis de tres medias de distribución

normal. Se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

El presente trabajo se apegó a los principios éticos en investigación, el cual fue aprobado por el comité de ética local y contó con consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS

Se estudiaron 52 residentes de primer, segundo y tercer año. La edad promedio registrada fue 30.8 ± 3.40 años, y el sexo registrado de los participantes fue 53.8% de mujeres (*Tabla 1*).

Ambiente educativo. En cuanto al ambiente, los alumnos tuvieron un puntaje global de 85.38, lo que significa que consideran a su ambiente educativo más positivo que negativo. Asimismo, en el subdominio de autonomía, los alumnos perciben como positivo el rol de cada uno de ellos (puntaje 29.55); en la dimensión de necesidades, tuvieron un puntaje de 30.35, el cual se interpreta como la necesidad de mayor entrenamiento y enseñanza, y en cuanto al soporte social, lo consideran como un ambiente con más pros que en contra (puntaje 25.55).

Sin embargo, al considerar por separado los diferentes grados, sólo los residentes de tercer año consideraron que su ambiente educativo es más favorable que negativo. Por su parte, los de primer

Tabla 1: Características generales (n = 52).

Característica	n (%)
Edad (media \pm DE)	30.81 ± 3.4
Sexo	
Hombres	24 (46.2)
Mujeres	28 (53.8)
Estado civil	
Soltero	18 (34.6)
Casado	29 (55.8)
Unión libre	5 (9.6)
Grado de residencia	
Primer año	21 (40.4)
Segundo año	19 (36.5)
Tercer año	12 (23.1)

Tabla 2: Ambiente educativo por año de residencia.

	Primer año	Segundo año	Tercer año	p*
Puntaje total	80.49	77.21	102.5	
Media ± DE	2.023 ± 0.49	1.9303 ± 0.47	2.5688 ± 0.40	0.0001

* ANOVA de una vía.

y segundo año lo perciben como un ambiente educativo con muchos problemas, encontrando una diferencia significativa entre los tres grupos (*Tabla 2*).

Maltrato académico y físico. En el análisis global, sólo 15% de los residentes aceptó haber recibido algún tipo de maltrato. Sin embargo, al separarse por año de residencia, se encontró un incremento en los médicos residentes de tercer año, quienes manifestaron haber recibido maltrato (25.6%); cabe destacar que ninguno aceptó haber tenido guardias de castigo, pero sí fue muy frecuente el rubro de «haber recibido gritos». La fuente de estas agresiones provino principalmente de los médicos adscritos (*Tabla 3*).

DISCUSIÓN

La evaluación del ambiente educativo por parte de los residentes de medicina familiar del presente estudio, en general, es buena, aunque es menor a lo reportado por otros estudios, como el de Herrera y su equipo¹⁵ y el estudio de Llera y Durante.²⁶ No obstante, también es semejante a otros como el de Concepción y colaboradores, quienes evaluaron el ambiente educativo de cinco hospitales en médicos internos de pregrado, obteniendo resultados diferentes según cada hospital de estudio (entre 63 y 90 de puntaje global),²⁷ así como el de Hechenleitner y su equipo.²⁸ Lo mismo se repite en los tres dominios, donde se muestra que hay disparidad en cuanto a los resultados. Esto explica la naturaleza de la escala en sí y lo que se intenta medir (ambiente educativo), que es influenciado por varios factores, en especial, el lugar y el tiempo, pero también el grado de estudios en los que se aplica, lo que justifica que se continúen haciendo análisis semejantes, ya que los resultados son dependientes de las características locales.

En cuanto al maltrato, se esperaba una frecuencia más alta en los diferentes estudios (la frecuencia es hasta de 80%);^{11,22} sin embargo, en nuestro estudio apenas alcanzó 15%; esto se puede justificar de dos formas: la primera explicación tiene que ver con la escala utilizada, pues, cuando se usan escalas más amplias, suele haber un porcentaje mayor de aceptación de maltrato; la otra es porque el alumno tiene introyectada la violencia (violencia simbólica),⁸ así como el temor de que aceptar dicho maltrato puede traer como consecuencia alguna sanción.

Finalmente, una mayoría aceptó por lo menos algún tipo de maltrato, en especial verbal, cuya fuente proviene por parte de los médicos adscritos.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, los médicos residentes perciben a su ambiente educativo más positivo que negativo. El puntaje global obtenido fue de 85.38 con una necesidad de mejor capacitación. No obstante, al separar los resultados por año de residencia, los de primer y segundo año consideraron su ambiente con muchos problemas. En cuanto al maltrato, la frecuencia es baja, pues apenas registra un porcentaje que va desde 15%

Tabla 3: Percepción de maltrato global y por año de residencia.

	% de maltrato (n = 52)
Global	14.2
Primer año	9.2
Segundo año	9.5
Tercer año	25.6

global y se incrementa en el tercer año de residencia hasta 25.6%.

Si bien los resultados no son tan malos como se esperaba, es necesario continuar con una política de mejora de sus ambientes de aprendizaje, así como de no tolerancia a la violencia contra los residentes.

AGRADECIMIENTOS

A todos los residentes voluntarios por su participación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galli A, Brissón ME, Soler C, Lapresa S, Alves-de Lima A. Evaluación del ambiente educacional en residencias de cardiología. *Rev Argent Cardiol.* 2014; 82: 396-401. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i5.3875>
2. Castro-Rodríguez Y, Lara-Verástegui R. Percepción del ambiente educacional por estudiantes del pregrado en odontología. *Rev ADM.* 2017; 74 (3): 133-140. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72667>
3. Vásquez N, Peralta J. Ambiente educativo clínico al final del internado en la escuela de medicina de la Universidad de Chile: resultados de la encuesta PHEEM. *Rev Hosp Clin Univ Chile.* 2013; 24: 193-201. Disponible en: <https://www.researchgate.net>
4. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliando MR, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina.* 2005; 65: 295-301. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com>
5. Cumplido-Hernández G, Campos-Arcineaga MA, Chávez-López A. Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45 (4): 361-369. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im074h.pdf>
6. Hernández-Pérez F. Grado de aceptación de la violencia simbólica de profesores y estudiantes del IMSS. *Arch Med Urgen Mex.* 2016; 8 (1-2): 41-47. Disponible en: https://imbiomed.com.mx/1/l/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=107773&id_seccion=5639&id_ejemplar=10483&id_revista=359
7. Hernández-Pérez F, Castillo-Altamirano TA, Mendoza-Murillo K. Efecto de las guardias en habilidades cognitivas en estudiantes de especialidades médicas y médicos internos de pregrado. *Rev CONAMED.* 2017; 22 (1): 18-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79344>
8. Bourdieu P, Passeron JC. Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica. En: La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. México: Fontamara; 2005. pp. 16-108.
9. Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos. (04 de 01 de 2013). Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Distrito Federal, México.
10. Sepúlveda-Vildósola AC, Mota-Nova AR, Fajardo-Dolci GE, Reyes-Lagunes I. Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55 Supl 1: S92-S101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72055>
11. Derive S, Casas-Martínez ML, Obrador-Vera GT, Villa AR, Contreras D. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Inv Ed Med.* 2017; 1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
12. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K. *Bullying* durante el pre y postgrado de la formación médica. *Rev Invest Med Sur Mex.* 2014; 21 (4): 172-176. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2014/ms144d.pdf>
13. Peña-Saint F, López-Molina J. Acoso docente: maltrato psicológico de profesores hacia alumnos contextos universitarios tóxicos. *Revista Ra Ximha.* 2016; 12: 33-47. Disponible en: <https://docplayer.es/9265108-Acoso-docente-maltrato-psicologico-de-profesores-hacia-alumnos-en-contextos-universitarios-toxicos.html>
14. Hamui-Sutton A, Flores-Hernández F, Gutiérrez-Barreto S, Castro-Ramírez S, Lavalle-Montalvo C, Vilar-Puig P. Correlaciones entre las dimensiones de los ambientes clínicos de aprendizaje desde la percepción de los médicos residentes. *Gaceta Médica de México.* 2014; 150: 144-153. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_144-153.pdf
15. Herrera C, Olivos T, Román JA, Larraín A, Pizarro M, Solis N et al. Evaluación del ambiente educacional en programas de especialización médica. *Rev Med Chile.* 2012; 140: 1554-1561. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012001200006&script=sci_abstract&tlng=pt
16. González-Cabanach R, Valle-Arias A, Núñez-Pérez JC, González-Pienda JA. Una aproximación teórica al concepto de metas académicas y su relación con la motivación escolar. *Psicothema.* 1996; 8 (1): 45-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72780104>
17. Díaz-Véliz G, Mora S, Escanero JF. Percepción del ambiente educativo en dos escuelas de medicina con currículo tradicional. Estudio longitudinal. *Rev Med Chile.* 2016; 144: 1479-1485. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n11/art15.pdf>
18. Ríos-González CM. Percepción del ambiente educativo en estudiantes de medicina de Latinoamérica, 2015. *CIMEL.* 2016; 21 (2): 38-41. Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/640>

19. Chavarria-Islands R, Rivera-Ibarra D. Entorno laboral y aptitudes clínicas en residentes de urgencias médico-quirúrgicas. Rev Med IMSS. 2004; 42 (5): 371-378. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10424>
20. Cárdenas-Ayón E, Cabrera-Pivaral CE, Viniegra-Velázquez L, González-Rey SHF, Luce-González EG, Ortiz-López MA. Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010; 48 (2): 227-231. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/b1e4/547884dacd505d754b8518a11613a7c34730.pdf>
21. Herrera-Silva JC, Treviño-Moore A, Acosta-Corona CG. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. Bol Med Hosp Infant Mex. 2006; 63: 18-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n1/v63n1a4.pdf>
22. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA, Mujica-Amaya ML, Olmedo-Canchola VC, Carrasco-Rojas JA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. Cir Cir. 2014; 82: 290-301. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc143h.pdf>
23. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. Bol Mex His Fil Med. 2008; 11 (1): 16-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=15332>
24. Miní E, Medina J, Peralta V, Rojas L, Butron J, Gutiérrez EL. Programa de residentado médico: percepciones de los médicos residentes en hospitales de lima y callao. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2015; 32 (2): 303-310. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n2/a15v32n2.pdf>
25. Ríos-Nava B, Romero-Mariscal SL, Olivo-Estrada JR. La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina enfermería. Un primer acercamiento. Waxapa. 2013; 5 (9): 20-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50930>
26. Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. Rev Hospital Italiano de Buenos Aires. 2013; 1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014>
27. Concepción-Gómez RA, Asprilla-González JA. Aplicación del cuestionario PHEEM a médicos internos en 5 hospitales de Panamá. Inv Ed Med. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.007>
28. Hechenleitner M, Flores G, Bittner V, Alarcón M, Meyer A, Lermandá C. Percepción del clima educacional en los internados de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción. Rev Educ Cienc Salud. 2015; 12 (2): 150-156. Disponible en: www.udec.cl



Prevalencia del síndrome coronario agudo en primer nivel de atención

Prevalence of acute coronary syndrome in primary health care

Eli Nahim Becerra-Partida,* Lucía Casillas-Torres,† Francisco Becerra-Álvarez§

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de la sospecha y diagnóstico clínico del síndrome coronario agudo (SCA) en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 78 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco, México. **Material y métodos:** Estudio realizado en pacientes que acudieron al Servicio de la UMF número 78 del IMSS con sospecha diagnóstica de SCA. Se estratificó por medio de puntajes de TIMI, así como la escala de predicción de riesgo AMR de la Organización Mundial de la Salud. Para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas; en las cuantitativas media, mediana, moda y desviación estándar. **Resultados:** De una muestra total de 121 pacientes se descartó SCA en 10.5%. De los 57 pacientes restantes, se detectó una prevalencia de sospecha y diagnóstico clínico de SCA en la UMF número 78 de 89.5%; todos ellos presentaron cuadro clínico de dolor torácico y cambios electrocardiográficos. **Conclusiones:** La prevalencia de sospecha y diagnóstico de SCA en la UMF número 78 en Guadalajara, Jalisco, es de 89.5%; todos ellos mostraron cuadro clínico de dolor torácico y cambios electrocardiográficos. Estos hallazgos muestran la importancia de priorizar la prevención tratando de bajar el riesgo cardiovascular al disminuir los factores de riesgo modificables y controlar de manera adecuada las patologías existentes, además de mejorar los procesos de identificación clínica, diagnóstico electrocardiográfico, tratamiento en primer nivel de atención y envío oportuno a segundo o tercer nivel.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo, primer nivel de atención, isquemia miocárdica.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of suspicion and clinical diagnosis of acute coronary syndrome in the Family Medicine Unit (UMF) number 78 of the *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS) in Guadalajara, Jalisco, Mexico. **Material and methods:** Study conducted in patients who attended the service of the UMF number 78 of the IMSS with suspected diagnosis of acute coronary syndrome. It was stratified by TIMI scores, as well as the AMR risk prediction scale of the World Health Organization. Frequencies and proportions were used for qualitative variables in descriptive statistics; for quantitative variables average, median, mode and standard deviation. **Results:** From a total sample of 121 patients, acute coronary syndrome was ruled out of 10.5%. In the remaining 57 patients, a prevalence of suspicion and clinical diagnosis of acute coronary syndrome was found in 89.5%; all presented a clinical picture of chest pain and electrocardiographic changes. **Conclusions:** The prevalence of suspicion and diagnosis of acute coronary syndrome in the UMF number 78 in Guadalajara, Jalisco is 89.5%; all presented a clinical picture of chest pain and electrocardiographic changes. These findings show the importance of prioritizing prevention by trying to lower cardiovascular risk by decreasing modifiable risk factors and adequately controlling existing pathologies. In addition to improving the processes of clinical identification, electrocardiographic diagnosis, treatment in primary health care and timely referral to second or third level of health care.

Keywords: Acute coronary syndrome, primary health care, myocardial ischemia.

* Médico Cirujano y Partero. Médico Familiar adscrito al Servicio de Atención Médica Continua e Investigador. Asesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, avalado por la Universidad de Guadalajara. Maestro en Ética. Doctorante en Bioética y Derechos Humanos, Instituto de Ética y Terapia de Jalisco.
† Médico Cirujano y Partero. Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar.

§ Médico Cirujano y Partero. Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas adscrito al Servicio de Atención Médica Continua.

Unidad de Medicina Familiar número 78 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia: ENBP, elinahim@hotmail.es

Conflictos de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Becerra-Partida EN, Casillas-Torres L, Becerra-Álvarez F. Prevalencia del síndrome coronario agudo en primer nivel de atención. Rev CONAMED 2020; 25(1): 16-22.

doi: 10.35366/92891

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Recibido: 04/02/2020.

Aceptado: 04/03/2020.

INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo se define como un conjunto de entidades clínicas secundarias a la obstrucción brusca del flujo coronario, con el consiguiente desequilibrio entre el aporte de oxígeno y la demanda; esto tiene gravedad y pronósticos variables de acuerdo al área y funcionalidad afectada. Incluye la angina inestable, el infarto agudo al miocardio sin elevación del segmento ST y el infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST.¹

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS),² las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17.5 millones de personas, lo cual representa 31% de todas las muertes registradas en el mundo.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo modificables como el consumo de tabaco, las dietas ricas en carbohidratos y grasas, la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando estrategias que abarquen a toda la población.

La OMS considera que el cuadro clínico es fundamental para establecer el diagnóstico. Las características de la angina de pecho típicas deben tener una duración mayor de 15 minutos, y tener una intensidad tal que el paciente lo asocie con sensación de muerte. El dolor puede estar irradiado a hombro izquierdo y brazo izquierdo, mandíbula, e incluso región retroesternal y dorso; sin embargo, con el solo hecho de que el dolor se presente en el centro del pecho y tenga dichas características es motivo suficiente para pensar en un síndrome coronario agudo (SCA); una vez diagnosticado, el paciente debe ser observado, evaluado y manejado en una Unidad de Cuidados Coronarios por lo menos durante las siguientes 12 horas.³

En el año 2000, la Sociedad Europea de Cardiología y el Colegio Americano de Cardiología redefinieron los criterios de la OMS, los cuales establecían que se requerían dos o más de los siguientes criterios: angina de más de 20 minutos, cambios electrocardiográficos e incremento de los biomarcadores de necrosis. No obstante, el diagnóstico definitivo de SCA se establecía con la presencia de los tres criterios. En esta definición universal del año 2000 se establece que debe haber cierto grado de necrosis

(elevación de los biomarcadores, datos clínicos y/o electrocardiográficos). En la tercera revisión de la definición universal en 2012 se establece que debe existir elevación de biomarcadores cardíacos por arriba del percentil 99 del límite normal superior y por lo menos una de las siguientes características: síntomas de isquemia, cambios nuevos o presumiblemente nuevos del segmento ST, bloqueo de rama izquierda del haz de His, desarrollo de Q patológica en el electrocardiograma, evidencia de pérdida del miocardio viable o nuevas alteraciones en la movilidad, evidencia en estudios de imagen de pérdida nueva de miocardio viable o alteraciones nuevas de la contractilidad del miocardio, identificación de trombo intracoronario en la angiografía o autopsia.⁴⁻⁷

Existen factores de riesgo asociados al SCA que pueden estar relacionados con la evolución natural de las enfermedades cardiovasculares de acuerdo al estilo de vida o características bioquímicas y fisiológicas; los principales a tomar en cuenta son la hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, sedentarismo, inactividad física, obesidad, dieta aterogénica, factores psicosociales, así como el consumo de cocaína.^{3,8-11}

El proceso de estratificación de riesgo por medio de la escala de riesgo TIMI es un proceso por el cual se identifican factores de riesgo que modifican el pronóstico de mortalidad temprana. Existe una relación clara entre pronóstico y la puntuación de escala TIMI; sin embargo, aunque logra separar bien los grupos de riesgo, en el individuo concreto tiene una utilidad limitada.^{12,13}

En México de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población de 2010¹⁴ se ha observado que los síndromes isquémicos agudos son la primera causa de muerte en población general. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en su último reporte de 2013 señaló a México como el país con mayor letalidad por esta patología.¹⁵

El programa Código Infarto del Instituto Mexicano del Seguro Social es parte de la estrategia integral «A todo corazón», la cual pretende garantizar el diagnóstico y tratamiento al paciente que demanda atención de urgencias por infarto agudo de miocardio, de manera que reciba tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en los primeros 90 minutos o terapia fibrinolítica en los primeros 30 minutos posteriores a su ingreso a los servicios

de urgencias para de esta manera reducir muertes por dicha patología. Jalisco es el tercer estado que se suma a este proyecto sin precedentes en el sector salud ya establecido en la Ciudad de México y Yucatán, y que emerge como una estrategia prioritaria para contrarrestar el aumento de casos.¹⁶

Es de gran importancia la sospecha clínica, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno en nuestras unidades de medicina familiar que representan el primer contacto del paciente que acude con manifestaciones iniciales de SCA. En la actualidad, no se cuenta con un registro preciso de estos últimos tres años sobre la prevalencia del SCA, por lo que se consideró de suma importancia la realización de este proyecto para conocer la prevalencia de sospecha y diagnóstico en el primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prospectivo no analítico con muestreo no probabilístico.

En el universo se consideró a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Atención Médica Continua de la UMF número 78 en Guadalajara, Jalisco, México, en un periodo de seis meses comprendido de febrero a julio de 2019, en el que mediante una plantilla de recolección de datos previamente diseñada se solicitó la información requerida como datos de identificación del paciente, datos demográficos, características del dolor torácico, factores de riesgo modificables, factores de riesgo no modificables, todos ellos con pertinencia clínica para el presente estudio. Se realizó la toma de electrocardiograma (EKG) de 12 derivaciones describiendo las características electrocardiográficas, se estableció el tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de síndrome coronario agudo, así como las complicaciones que surgieron durante su estancia en dicha unidad médica y si el paciente falleció o no. Además, se estratificó mediante el puntaje de riesgo TIMI y la escala de predicción de riesgo AMR de la Organización Mundial de la Salud y se realizó una revisión de notas médicas con la finalidad de obtener el diagnóstico y los criterios clínicos para el mismo, así como para su seguimiento.

Todos los pacientes con SCA fueron atendidos y se derivaron a su hospital de referencia; para poder dar seguimiento de caso los criterios de inclusión

fueron los siguientes: todos los pacientes derechohabientes del IMSS que acudieron al Servicio de Atención Médica Continua con sospecha clínica de SCA, expediente completo y que firmaron consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes que no deseaban participar en el estudio, que no contaban con los datos de sospecha clínica de SCA, que no fueran derechohabientes del IMSS y que no firmaran consentimiento informado. El tamaño de la muestra fue de 121 pacientes con sospecha clínica de SCA.

Las variables utilizadas fueron: SCA (que incluye: infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST, angina inestable, elevación de marcadores de necrosis y cuadro clínico), edad, género, antecedente familiar de cardiopatía, antecedente personal de cardiopatía, hipertensión, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo y consumo de cocaína.

Para el escrutinio de los datos recolectados la información recabada se vació en una hoja del programa Excel de Office versión 2010. Posteriormente se analizaron con el software estadístico SPSS versión 25, utilizando una estadística descriptiva. Una vez que se cumplió el tiempo establecido para este protocolo de estudio se realizó una revisión, verificación y validación final de la base de datos.

En forma global para la estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y proporciones en variables cualitativas; en las cuantitativas media, mediana, moda y desviación estándar.

El protocolo fue revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1306 de la delegación Jalisco del IMSS, con número de registro R-2019-1306-126. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los participantes, el derecho a la no participación y el consentimiento bajo información.

RESULTADOS

En total se recabaron datos de 121 pacientes, de los cuales cumplieron criterios de inclusión solamente 57, los otros 64 se excluyeron por no contar con los criterios clínicos y electrocardiográficos para el diagnóstico de SCA, los pacientes excluidos presentaron un promedio de edad de 53.5 años, el más joven fue un paciente de 16 años y el más longevo uno de 89 años; predominó el género femenino con 41 pacientes,

el masculino con sólo 23 pacientes. Dentro de los factores de riesgo encontramos que 41 pacientes padecían hipertensión arterial, 25 pacientes diabetes mellitus, 23 pacientes contaban con antecedente familiar de síndrome coronario agudo, sólo cuatro reportaron antecedente personal de síndrome coronario agudo, 47 pacientes eran sedentarios, 32 presentaban obesidad, 17 dislipidemia, 18 tabaquismo y sólo uno refirió consumo de cocaína.

Dentro de las causas de dolor torácico en los pacientes que no completaron los criterios de inclusión detectamos diagnósticos de: crisis hipertensiva, costochondritis, hipertensión y diabetes descontroladas, trastorno de ansiedad, taquiarritmias, bradiarritmias, trastorno mixto de ansiedad y depresión, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de mama, gastritis, enfermedad vascular cerebral y choque anafiláctico. Se hace hincapié en que se observaron más elevados de manera significativa los riesgos cardiovasculares, así como la estratificación de riesgo TIMI en la mayoría de patologías cardiovasculares y metabólicas.

De los 57 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se detectó que 89.5% efectivamente presentaba un SCA, mismo que se corroboró con la revisión del expediente electrónico después de que el paciente fue atendido en segundo o tercer nivel de atención; sólo en 10.5% se descartó el síndrome coronario agudo. Cuatro de los pacientes a los cuales se les descartó SCA fueron diagnosticados como crisis hipertensiva, otro con diabetes e hipertensión descontroladas y otro con insuficiencia cardiaca congestiva; sin embargo, todos ellos mostraron cambios electrocardiográficos como supradesnivel o infradesnivel del segmento ST, que junto con la clínica del paciente sugerían un síndrome coronario agudo.

La muestra del estudio estuvo representada en 73.7% por el género femenino y en 26.3% por el masculino, de los cuales se encontró una media de edad de 65.02 años, con una mediana de 65 años, una moda de 78 años, con una desviación estándar de 12.033 y una edad mínima de 41 años y máxima de 87 años.

En cuanto al antecedente familiar y personal de SCA se observó que sólo 8.8 y 17.5% de los pacientes, respectivamente, contaba con dicho antecedente. En la *Tabla 1* se muestran los resultados respecto a los factores de riesgo.

Con relación a los cambios electrocardiográficos, se detectó la presencia de elevación en el segmento ST en 23 pacientes (40.4%), de éstos 23 casos sólo a cinco pacientes (21.73%) se les realizó trombólisis, misma que fue exitosa en tres pacientes (13.04%); los otros dos pacientes (8.69%) tuvieron trombólisis fallida, mismos que fueron sometidos a cateterismo. Otro aspecto importante a tomar en cuenta es que en cuatro pacientes (17.39%) que mostraron elevación del segmento ST se descartó la presencia de SCA.

Los hallazgos sobre el riesgo cardiovascular calculado con la escala de predicción de riesgo AMR de la Organización Mundial de la Salud se muestran en la *Figura 1*.

Sobre la estratificación de riesgo TIMI (*Tabla 2*) se observó que los mayores puntajes estuvieron

Tabla 1: Factores de riesgo asociados al SCA, Guadalajara, febrero-julio de 2019.

Factor		n	%
Antecedente familiar de SCA	Presente	5	8.8
	Ausente	52	91.2
Antecedente personal de SCA	Presente	10	17.5
	Ausente	47	82.5
Hipertensión arterial sistémica	Presente	49	86.0
	Ausente	8	14.0
Diabetes mellitus	Presente	40	70.2
	Ausente	17	29.8
Dislipidemia	Presente	13	22.8
	Ausente	44	77.2
Tabaquismo	Presente	14	24.6
	Ausente	43	75.4
Sedentarismo	Presente	33	57.9
	Ausente	24	42.1
Obesidad (IMC ≥ a 30)	Presente	17	29.8
	Ausente	40	70.2
Consumo de cocaína	Presente	0	0.0
	Ausente	57	100.0

Abreviaturas: SCA = síndrome coronario agudo; IMC = índice de masa corporal.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

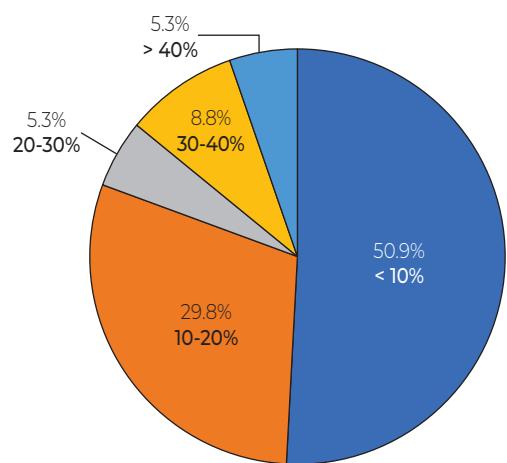


Figura 1: Riesgo cardiovascular de acuerdo con la predicción AMR, Guadalajara, febrero-julio 2019.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

relacionados a síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST, así como a insuficiencia cardiaca congestiva, dicha escala nos predice la probabilidad de muerte a los 30 días.

Con relación al fallecimiento de pacientes, se reportaron dos casos, mismos que ocurrieron fuera de la Unidad de Medicina Familiar número 78, pero se documentaron al realizar la revisión de expedientes, ambos casos corresponden a pacientes del sexo femenino con edades de 78 y 81 años, las cuales contaban con un puntaje TIMI de cuatro y seis puntos.

DISCUSIÓN

Con base en la tercera definición universal de infarto, todos los pacientes incluidos en el estudio presentaron síntomas sugestivos de isquemia así como cambios electrocardiográficos, también sugerentes de la patología; sin embargo, por ser una clínica de primer nivel no se pudieron realizar las enzimas cardíacas para confirmar o descartar la patología, en su lugar se dio seguimiento mediante el expediente electrónico en el cual pudimos confirmar el diagnóstico sospechado en 89.5% de los casos y descartarlo en el otro 10.5%.

Un importante reto continuo de los médicos de urgencias es la sospecha y diagnóstico oportuno y rápido, la herramienta fundamental es la actualización continua, por lo que el programa nacional

Código Infarto del IMSS es pieza clave para la educación continua. Los médicos de urgencias tienen la obligación de sospechar, diagnosticar y tratar al paciente con electrocardiograma de ingreso en menos de 10 minutos, respetar el tiempo puerta aguja para la terapia fibrinolítica del paciente si éste lo amerita en menos de 30 minutos y cumplir con el tiempo puerta balón para reperfusión con angioplastia primaria cardiaca en menos de 90 minutos. El programa Código Infarto del IMSS es un programa exitoso que dará frutos en reducción de mortalidad con mayor prevalencia e incidencia a nivel nacional.¹⁶

Los hallazgos en esta investigación en cuanto a la mortalidad fue de 3.5%, una incidencia muy baja a diferencia de lo que menciona la OCDE en el reporte de 2013,¹⁵ en la cual indica que México es el país con mayor letalidad por esta patología con una incidencia de 27.2%, muy por encima de la media en el resto del mundo que es de 7.9%; sin embargo, es importante tomar en cuenta que nuestra muestra fue pequeña y que al haberse realizado en una unidad médica de primer nivel es menor la afluencia de pacientes con clínica sugestiva de SCA.

La estrategia Código Infarto pretende garantizar el diagnóstico y tratamiento al paciente que

Tabla 2: Estratificación de riesgo TIMI, Guadalajara, febrero-julio de 2019.

Puntaje	n	%
0	1	1.8
1	13	22.8
2	3	5.3
3	8	14.0
4	15	26.3
5	7	12.3
6	6	10.5
7	2	3.5
8	1	1.8
9	0	0.0
10	1	1.8
Total	57	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

demandó atención de urgencias por infarto agudo al miocardio, de manera que recibió tratamiento de reperfusión con angioplastia primaria en los primeros 90 minutos o terapia fibrinolítica en los primeros 30 minutos posteriores a su ingreso a urgencias, lo cual disminuye la mortalidad por dicha patología. Constatamos que esta estrategia está funcionando de manera efectiva y exitosa.¹⁶

Nuestro estudio evidenció la presencia de elevación en el segmento ST en 23 pacientes, de los cuales cinco recibieron tratamiento de trombólisis y en tres fue exitoso; cabe señalar que dichos pacientes acudieron a recibir atención médica en un promedio de dos horas posteriores al inicio de los síntomas. Con base en estos resultados observamos que 39.12% de los pacientes potencialmente candidatos a trombólisis están recibiendo la atención adecuada en los tiempos que pretende la estrategia Código Infarto. Sería importante constatar si el otro 60.88% de los pacientes acudió en forma temprana a recibir atención porque posiblemente no se encontraban en ventana trombolítica; sin embargo, en nuestro estudio hubo un subregistro del tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, por lo que nos es imposible establecer este dato.

Coincidimos con diversos estudios realizados^{8,9,17} en los cuales se considera una fuerte asociación entre los factores de riesgo y el aumento significativo de riesgo de desarrollar un evento cardiovascular, ya que el presente estudio reveló que 86% de los pacientes cuenta con antecedente de hipertensión arterial, 70.2% tiene antecedente de diabetes, 22.8% con dislipidemia, 24.6% refiere tabaquismo activo, 57.9% son sedentarios, 29.8% padece obesidad y 0% de los pacientes reportó consumo de cocaína.

Acerca del riesgo cardiovascular calculado con la escala de predicción de riesgo AMR de la Organización Mundial de la Salud nos encontramos con una limitante para el presente estudio, ya que dichas tablas consideran pacientes desde los 40 hasta los 70 años y en nuestra población estudiada detectamos seis pacientes por arriba de 80 años, a los cuales se les consideró dentro del grupo de 70 años para calcular el riesgo cardiovascular, por lo que sugeriríamos modificaciones futuras en estas escalas debido al aumento creciente en la expectativa de vida. Es importante señalar que ésta es una

escala diseñada para pacientes que aún no han mostrado síntomas de enfermedad cardiovascular y en quienes aún se pueden tomar medidas de prevención primaria; empero, decidimos aplicarla en nuestro estudio para valorar la asociación del riesgo cardiovascular, el cual se esperaría elevado en pacientes que ya se encuentran cursando con un evento cardiovascular. Por el contrario, constatamos que entre los pacientes incluidos en el estudio, 50.9% tienen riesgo menor de 10%, 29.8% tienen riesgo de 10 a 20%, 5.3% tienen riesgo de 20 a 30%, 8.8% tienen riesgo de 30 a 40% y 5.3% tienen riesgo mayor de 40% de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, por lo que podríamos inferir que no es un buen factor predictor; no obstante, en los pacientes excluidos del estudio se observó un aumento considerable de riesgo cardiovascular en aquéllos con patologías cardíacas y/o metabólicas.

Encontramos coincidencias con Gines,¹³ ya que nuestro estudio evidenció una asociación fuerte de la estratificación de riesgo TIMI con los síndromes coronarios agudos, así como una elevación mayor del puntaje TIMI en síndromes coronarios con elevación del segmento ST en comparación con el resto de los pacientes; sin embargo, los pacientes finados no fueron los que presentaron los mayores puntajes de riesgo TIMI, que sería lo esperado al ser una escala que predice la probabilidad de muerte a los 30 días, por lo que consideramos, al igual que Gines, que la mortalidad depende de la función ventricular, número de vasos afectados, inestabilidad eléctrica, grado de inflamación vascular, estado protrombótico, grado de comorbilidad, estado neurológico, así como de la experiencia del hospital que atiende al paciente en este tipo de casos. Por tal motivo es de vital importancia la capacitación médica continua, especialmente en este tipo de patologías con alta mortalidad y con una incidencia creciente.

CONCLUSIONES

La prevalencia de sospecha y diagnóstico clínico del síndrome coronario agudo en la Unidad de Medicina Familiar número 78, Guadalajara, Jalisco, es de 89.5%, todos mostraron cuadro clínico de dolor torácico así como cambios electrocardiográficos con predominio del género femenino con una

media de edad de 65.02 años y una desviación estándar de 12.033.

Con respecto a los factores de riesgo se detectó predominio de hipertensión, diabetes y sedentarismo; con base en la mortalidad tuvieron una incidencia muy baja de 3.5% en comparación con la media nacional e internacional reportada por la OCDE. Consideramos que la mortalidad está relacionada con muchas causas, entre ellas, la experiencia del centro de atención médica que atiende al paciente.

El presente estudio servirá para investigaciones posteriores, ya que en urgencias de primer nivel de atención médica se han realizado pocos estudios, así como para implementar la educación continua de los médicos con el fin de mejorar la atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, además ayudará a reducir la mortalidad de una de las patologías con mayor prevalencia y mortalidad.

Debido a los hallazgos en nuestro estudio consideramos importante apostar a la prevención tratando de disminuir el riesgo cardiovascular al reducir los factores de riesgo modificables y controlar de forma adecuada las patologías existentes, además de mejorar los procesos de identificación clínica, diagnóstico electrocardiográfico, tratamiento en primer nivel de atención y envío oportuno a segundo o tercer nivel.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado RMA, Angulo CJM, Duarte SP, Fonseca GC, Monge BC, Quesada AC et al. Guía para diagnóstico y tratamiento de las personas con síndrome coronario agudo. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS; 2013. pp. 1-72.
2. World Health Organization. WHO Mortality Database. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015 [actualización 2017; acceso febrero 2019]. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/
3. Organización Mundial de la Salud. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Ginebra: OMS; 2007.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD et al. Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2012; 33 (20): 2551-2567.
5. Britto PF. Actualización en definición y manejo del infarto agudo del miocardio. Revista Peruana de Cardiología. 2008; 34 (1): 54-56.
6. Coll MY, Valladares CFJ, González RC. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Rev Finlay. 2016; 6 (2): 170-190.
7. Moreno RNL. Modificación de los criterios de Sgarbossa para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en presencia de bloqueo de rama izquierda. Rev Fac Med. 2015; 63 (1): 151-154.
8. O'Donnel CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008; 61 (3): 299-310.
9. Sánchez CM, Moreno GGA, Marín GME, García OLH. Factores de riesgo cardiovascular en poblaciones jóvenes. Rev Salud Pública. 2009; 11 (1): 110-122.
10. Castellanos RR, Ferrer HI, Segura PLA, Ojeda MMR, Fernández RD. Infarto agudo del miocardio en pacientes jóvenes. Rev Arch Med Camagüey. 2014; 18 (6): 667-679.
11. De Abreu M, Cosarinsky L, Silberstein A, Mariana JA, Doval HC, Gagliardi JA et al. Características clínicas, angiográficas, estrategias terapéuticas y pronóstico de pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo. Rev Argent Cardiol. 2013; 81: 22-30.
12. García CA, Sánchez DCJ, Martínez SC, Llamas EG, Cardona E, Barragán R et al. Guías clínicas para el manejo del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Arch Cardiol Mex. 2006; 76 (3): 12-120.
13. Gines AS. Estratificación del riesgo en los síndromes coronarios agudos: un problema no resuelto. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (3): 23-30.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad 2015. México: INEGI; 2015. [Acceso febrero 2019]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
15. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics 2013. Paris: OECD; 2013. [Acceso febrero 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
16. Borrero SG, Pérez RG, Martínez MOG, Almeida GE, Ramírez AE et al. Protocolo para atención de infarto agudo de miocardio en urgencias: Código infarto. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2017; 55 (2): 233-246.
17. Gasperin CO, Arteaga VA, Fuentes FI. Estimación de riesgo cardiovascular global en trabajadores de la delegación Veracruz, Sur [Tesis]. Córdoba, Veracruz: 2014.

El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA



The institutional device and time in medical-patient interaction and communication: UNIFILA program

Jessica Margarita González-Rojas,* Alicia Hamui-Sutton,‡
Ilario Rossi,§ Alfredo Paulo-Maya,|| Isaías Hernández-Torres†

RESUMEN

Introducción: En los tres niveles de atención, cada dinámica institucional conlleva una connotación particular del cómo se organiza la consulta y los tipos de encuentros. Las condiciones en que se genera el acto clínico no dependen únicamente de los sujetos implicados en la atención, sino también de circunstancias ajenas a ellos, como son los procedimientos de operación institucionales. **Objetivo:** Discutir por qué el dispositivo institucional y el tiempo son relevantes para la clínica y, cómo esto repercute en las distintas formas de interacción y la comunicación médico-paciente. **Material y métodos:** El estudio es observacional de tipo cualitativo, se utilizó el método etnográfico a partir de la observación participante y conversaciones espontáneas. **Resultados:** Aunque la institución intenta acotar el tiempo de espera de la consulta para mejorar la atención, esto resulta difícil en tanto el encuentro clínico es situacional, y responde al contexto específico. Si bien, con la ejecución de UNIFILA el número de pacientes por cada médico disminuyó, la noción del tiempo se reconfiguró y con ello la práctica médica y las interacciones. **Conclusión:** Las instituciones públicas cada vez están más influenciadas por el modelo económico-administrativo, por lo cual, el tiempo actúa como un recurso con valor. La eficiencia está incluida en la práctica clínica, de tal forma que impera el tiempo objetivo y cuantificable por encima del tiempo subjetivo.

Palabras clave: Política de salud pública, organización institucional, administración del tiempo, interacción social, comunicación en salud.

ABSTRACT

Introduction: In the three levels of medical attention, institutional dynamics impact in particular ways the consultation and the types of encounters in particular ways. The conditions in which the clinical act is generated are dependent on both the persons involved in it as well as on the operation procedures of the institution. **Objective:** To discuss the reason why the institutional device and time are important to the clinical operation and how these influences in the different forms of interaction and communication among healthcare personnel and patients. **Material and methods:** This is an observational, qualitative study. The ethnographic method was used through participant observation and spontaneous conversations. **Results:** The clinical encounter is influenced by specific situations and contexts. This undermines the institution's efforts to reduce the time spent in waiting for consultation through UNIFILA. This strategy decreased the number of patients per healthcare services provider but the time notion, as well as the medical practice and interactions were reelaborated. **Conclusion:** Public institutions are increasingly influenced by the administrative economic model, thus, time acts as a resource with value.

* Doctoranda en Ciencias Sociomédicas con Especialidad de Antropología en Salud, del Programa Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

† Doctora en Ciencias Sociales, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

‡ Doctor en Sociología y Antropología. Laboratoire THEMA (Théorie sociale, Enquêtes critiques, Médiations, Actions publiques) Institut des Sciences Sociales Université de Lausanne, Suiza.

|| Doctor en Antropología Social, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

† Maestro en Educación Médica, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. Ciudad de México.

Correspondencia: AHS, lizhamui@hotmail.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: González-Rojas JM, Hamui-Sutton A, Rossi I, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. *El dispositivo institucional y el tiempo en la interacción y la comunicación médico-paciente: programa UNIFILA*. Rev CONAMED 2019; 24(4): 23-33. doi: 10.35366/92892

Efficiency is included in clinical practice, in such a way that objective and quantifiable time prevails over subjective time.

Financiamiento: Ninguno.

Recibido: 29/09/2019.

Aceptado: 30/10/2019.

Keywords: Public health policy, institutional organization, time management, social interaction, communication in health.

INTRODUCCIÓN

La institución pública en salud opera y está presente en la consulta entre médicos y pacientes; las normas y requerimientos desempeñan un papel relevante en las pautas de la interacción social. Esto se expresa, por ejemplo, en el tiempo regulado en la consulta, en la obligación que tiene el médico de complementar la información del expediente para prescribir ciertos medicamentos o en los procedimientos burocráticos para solicitar estudios. En el caso del paciente, se relaciona con los horarios de atención, las citas programadas y el tiempo de espera. Así, la lógica de la institución puede potenciar o limitar el servicio de atención, afectar el encuentro clínico y la posibilidad de lograr una comunicación dialógica.¹

Este tipo de comunicación es una aspiración en el nivel pedagógico-formativo y en la práctica profesional de la medicina contemporánea, la cual resulta necesaria para cuestionar y reflexionar de qué manera el modo de hacer «clínica» está transformándose, cuáles son los alcances y limitaciones en la consulta médica que restringen la falta de diálogo, intercambio, negociación, escucha e interés por el sentir humano en busca de explicaciones a su enfermedad, rehabilitación, curación o simplemente consuelo. En este sentido, en el marco de posibles restricciones institucionales de orden normativo, la apuesta a una comunicación dialógica se convierte en un ideal ético y profesional, por lo que su implementación es imprescindible para la comprensión del encuentro clínico.

El planteamiento que guía el artículo consiste en discutir por qué el dispositivo institucional y el tiempo son relevantes para la clínica y, cómo esto repercute en las distintas formas de interacción y la comunicación médico-paciente. De acuerdo con M. Foucault, los dispositivos son redes de relaciones que responden a situaciones y se definen por su génesis. Un dispositivo es el encargado de agrupar, unificar, conducir o reglamentar.² Es el conjunto de lo lingüístico y lo no-lingüístico, y

se expresa en discursos, instituciones, edificios, leyes, documentos jurídicos, técnicos, etcétera. El dispositivo en sí mismo es la red que se establece entre estos elementos, generalmente se rige por una estrategia concreta, y se inscribe en mecanismos y juegos de poder.³ El concepto foucaultiano del dispositivo ayuda a pensar la forma en que las instituciones en salud están normalizadas, disciplinadas y demarcadas, de ahí que interesa reflexionar sobre la política institucional que se entrelaza directamente con la subjetividad de los sujetos, al generar diversas respuestas de interacción social en la consulta médica.

En los tres niveles de atención, cada dinámica institucional conlleva una connotación particular del cómo se organiza la consulta y los tipos de encuentros. Las condiciones en que se genera el acto clínico no dependen únicamente de los sujetos implicados en la atención sino también de circunstancias ajenas a ellos, como son los procedimientos de operación institucionales. El caso a exponer aquí, sucede en el primer nivel de atención, específicamente el de una Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la cual se pretende mostrar el modo en que la institución ejecuta de forma singular su política pública. Como eje rector del estudio se aborda uno de sus programas, UNIFILA.ⁱ Se analizará su implementación respecto al manejo del tiempo estipulado por la agenda institucional, con la finalidad de visibilizar la manera en que las interacciones y la comunicación entre médico y paciente pueden ser afectadas. Este estudio es relevante para la reflexión de la práctica médica porque da cuenta de los aspectos contextuales que generan una multiplicidad de encuentros clínicos en diversas situaciones.

UNIFILA es una estrategia política del IMSS que se llevó a cabo desde el 2015 para optimizar la gestión y eficiencia de los procesos médicos en

ⁱ Oficialmente se le nombra indistintamente programa, iniciativa, estrategia.

el acceso a la consulta externa, la cual consistió en reorganizar la agenda de los médicos en el primer nivel de atención, incluyó más espacios para los pacientes sin cita y la implementación de un módulo para la transferencia de pacientes a consultorios médicos con disponibilidad de espacio.⁴ El programa tuvo como objetivo disminuir los tiempos de espera, distribuir homogéneamente la carga laboral entre los consultorios y optimizar los espacios disponibles en la agenda de citas. En enero de 2017 se completó la implementación en el 100% de las UMF en todo el país, cubrió el 69.6% de la población total adscrita a unidades de primer nivel de atención.⁵ Dentro de este marco ha de considerarse que, aunque el discurso político del IMSS avala que esta estrategia es exitosa porque busca mejorar el servicio, principalmente reducir el tiempo de espera de los derechohabientes, el artículo dará cuenta de la ejecución de esta iniciativa, a partir de la instauración del tiempo en la consulta.

Para este propósito, tenemos como punto de partida el tiempo, del cual vale la pena hacer una pequeña digresión, cuando el tiempo se vincula con la acción social, existe interacción, provocación o bifurcación, así es experimentado en la cotidianidad. El tiempo inscribe su variedad circular o lineal, sucesiva o simultánea, subjetiva u objetiva, rápida o lenta, cuantitativa o cualitativa; todos estos componentes pueden ser posibles o viables en determinadas circunstancias. En la modernidad de occidente, cuando los ritmos de vida son asimilados al tiempo del reloj, éste se asume de modo matemático, es decir, absoluto, uniforme, monótono y vacío; el tiempo se dispone como una mercancía a la que se le coloca precio ajustado por la ley de la oferta y la demanda.⁶ De estas circunstancias nace el hecho de que el tiempo es inoportuno porque es cronológico, eficiente y pragmático, así, en los servicios de salud una consulta promedio de 15 minutos, es un tiempo coyuntural institucional que tiene repercusión en los procesos de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM. La selección de la UMF fue a conveniencia de la investigación, dependió del interés y

permiso de las autoridades correspondientes. Por cuestiones éticas y a solicitud de los responsables que dieron apertura al estudio, no se dará a conocer el número de la sede en que se llevó a cabo. Sólo para contextualizar, se dirá que la unidad está ubicada en la zona metropolitana del Estado de México (región oriente), y la población adscrita es mayor a 97,000 derechohabientes.⁷

El estudio es observacional de tipo cualitativo. La investigación antropológica por medio del método etnográfico registra patrones de comportamiento de grupos peculiares, lo cual puede lograrse al observar de manera regular y repetida a las personas en situaciones específicas. Esto a menudo se hace con la intención de responder a alguna pregunta empírica o teórica que tenga relación con el tipo de comportamiento u organización social.⁸

El trabajo de campo se efectuó en un periodo de cuatro meses durante el 2016. Se realizó la observación participante para registrar múltiples interacciones del ámbito clínico. Ésta tuvo lugar en 20 consultorios del turno matutino, con 16 médicas mujeres y cuatro hombres. En total se observaron 428 consultas durante las jornadas laborales de 8:00 a 14:00 horas. La copresencia en el consultorio conllevó algún grado de participación sin generarlo, teniendo de forma simultánea conversaciones espontáneas con algunos médicos que manifestaron su sentir o menciones de queja.

Todos los médicos aceptaron colaborar mediante el consentimiento informado verbal, se les explicó el propósito de observar y analizar las interacciones durante la consulta. En el caso de los pacientes, debido a que se evitó interrumpir la dinámica de la institución para no obstaculizar el proceso mismo de la atención, se omitió consentir la autorización de cada uno. El objetivo consistió en ser participantes espectadores, sin incurrir en las actividades clínicas, cuidando los aspectos éticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia, respeto y justicia de los sujetos implicados.

Las notas de campo sirvieron como instrumento etnográfico para registrar la observación efectuada. Por la diversidad de material producido, se optó por transcribir las notas en formato digital y codificarlas, el software cualitativo Atlas-ti (6.2), sirvió para organizar y sistematizar más de 400 hojas y organizar la información por categorías.

RESULTADOS

La iniciativa de UNIFILA emergió como un componente institucional que influyó sobre el encuentro médico-paciente, principalmente por el hecho de que los médicos tuvieron que ver a otros pacientes que no estaban asignados a su consultorio, en esta situación, requerían mayor tiempo en la consulta porque no los conocían. En contraparte, los pacientes sabían que tenían la posibilidad de ser atendidos el mismo día sin haber sacado una cita previa, pero con un médico desconocido. Con el programa, el número de consultas diarias por médico bajó, antes de la implementación eran más de 30, después fueron máximo 24, no obstante, el manejo del tiempo operó de manera distinta. A partir del trabajo etnográfico resulta importante dar cuenta de la implicación que esto tuvo en la interacción y la comunicación.

En la UMF seleccionada a partir de la llegada de UNIFILA,ⁱⁱ la noción sobre el tiempo fue modificada, el personal de salud (jefes, administrativos, asistentes) asumió que éste debía ocuparse de forma «rápida» para cumplir con el objetivo esperado, de lo contrario, «el médico era tardado y muy lento». Desde luego, las subjetividades sobre la práctica médica fueron distintas, ya que algunos médicos comentaron que ciertos pacientes requerían más de 15 minutos.

De ahí que la habilidad adquirida por los médicos al escribir, oír y ver de manera intermitente al paciente, se hizo con cierta rapidez, lo cual generó que la consulta pudiera culminarse en tiempo y sin retraso durante la jornada del día. Tener esa habilidad significó que los médicos adquirían cierta practicidad para cumplir con lo establecido por la institución en cuanto a la agenda del día. En oposición, estaban los médicos «lentos» que tardaban más en la consulta. Un elemento agregado fue la experiencia acumulada, es decir, la obtenida del pragmatismo en las consultas médicas, por ejemplo, los estudiantes de pregrado (internos) a pesar de ser jóvenes aún no tenían la habilidad de escribir, oír y ver al paciente al mismo tiempo; los médicos que los formaban hacían alusión a que eso les faltaba por aprender: «¡Vas muy lento, tienes que escribir más rápido, mejor escribo yo, si no nos gana

el tiempo!». Como se ve, la praxis diaria contribuye al adiestramiento de habilidades, las cuales son aprendidas a partir de rutinas repetidas.

En el consultorio, el tiempo actuó como marcador de control, los médicos estuvieron atentos al número de pacientes con «ficha» (pacientes no agendados), citados, cancelados y enviados del módulo de UNIFILA; esto les generó presión durante la jornada laboral y tensión con los pacientes, las asistentes médicas, la coordinadora y el jefe clínico. A mayor número de pacientes, menor posibilidad de controlar el tiempo, algunas expresiones que contextualizan su sentir fueron: «¡Ay pinche gente, no deja de venir! ¡Los pacientes siguen llegando! ¡Gracias a Dios no hay tantos, siempre hay, pero hoy fue un día de buena suerte porque no hubo tantos! ¡Tengo 10 minutos para un paciente y 10 minutos para otro! ¡¿Con cuántos pacientes vamos atrasados?!». La agenda institucional determinó de qué manera el tiempo fue ocupado y para qué alcanzaba; pero ante la dificultad de que éste era restrictivo, la interacción entre médicos y pacientes quedó reducida, el abordaje clínico fue limitado a preguntas indagatorias escasas, exploración física apresurada y recetas médicas de manera sistemática.

La asistente de cada médico vigiló la agenda electrónica, ella reportaba desde su computadora el número de pacientes sin cita, los citados y los enviados de UNIFILA, mientras que él confirmaba también desde su máquina a los pacientes atendidos y el tiempo empleado en la consulta. La agenda forma parte del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF),ⁱⁱⁱ es un programa informático que vigila el tiempo (15 minutos) establecido por la institución.⁹ Al respecto, cabe puntualizar que los 15 minutos instituidos no siempre fueron cum-

ⁱⁱ El SIMF es el sistema de red conectado a cada unidad médica del primer nivel que registra los datos que se generan en el proceso de atención médica, para ello conforma distintas áreas: agenda de citas, atención integral, atención médica, historia clínica, somatometría, PREVENIMSS (programas integrados), estomatología, salud en el trabajo, trabajo social, nutrición y dietética, urgencias, hojas de control, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, resultados y administración del SIMF. En 1995 el IMSS implantó su Sistema de Información Médica Familiar (SIMF) con el objetivo de vincular el número de consultas y acciones realizadas a criterios contables y presupuestales. Un componente central del SIMF es el ECE, el cual se implementó en 2006.²⁰

ⁱⁱ En esta UMF el programa inició en junio de 2016.

plidos, la variabilidad del tiempo fue permanente, dependió del tipo de paciente, del médico y sus recursos, es decir, de su habilidad, conocimientos o pragmatismo para proporcionar la atención.

A manera de ejemplo, la *Tabla 1* valida que los minutos señalados no siempre logran acotarse, debido a que la atención médica resulta circunstancial a cada paciente y situación y no a un prototipo de tiempo fijado. Así, la investigación arrojó que, cuando algunos pacientes eran atendidos en mayor tiempo al instaurado, eso repercutía a otros porque disminuía su tiempo para ser abordados clínicamente y quizá haber resuelto el problema de salud por el cual acudieron a consulta. Así, no fue lo mismo ser de los primeros pacientes de la jornada del día que ser de los últimos.

De modo que el problema apareció cuando el aspecto interactivo y comunicativo entre médico y paciente aconteció de manera desigual. El manejo del tiempo causó efecto en los médicos por la

presión que ejerció en su práctica diaria, atender a un paciente crónico o de morbilidad compleja implicó una tarea difícil para ellos, sobre todo cuando tenían que interrogar, explorar y otorgar plan terapéutico en ese tiempo estandarizado; ésta fue una dificultad con la cual se enfrentaron regularmente.

Para el paciente, en cambio, conviene preguntarse ¿qué tipo de atención pudo haber recibido cuando sólo le destinaron cinco minutos? ¿en este tiempo fueron atendidas sus necesidades con relación a su problema de salud? La escucha desinteresada tuvo por consecuencia limitar su sentir sobre lo que pensaba o sentía, esto generó la anulación del acto comunicativo al interrumpirle contantemente la palabra, pues la premura del tiempo obligaba a pedirle, contestar «¡rápidito!». Ante esta realidad, no predominó la apertura a lo que pudo ser significativo; por ende, las inquietudes, temores o deseos con relación a la enfermedad o el ámbito emocional y social estuvieron desatendidos. Para ilustrar esto, se presenta la observación de una situación en consulta:

Tabla 1: Empleo del tiempo en consultorio.

No. Paciente/sexo	Entrada	Salida	Minutos
PA1/Masculino	8:10	8:35	25
PA2/Femenino	8:35	9:00	35
PA3/Femenino	9:00	9:20	20
PA4/Femenino	9:25	9:55	30
PA5/Masculino	9:55	10:10	15
PA6/Masculino	10:00	10:20	20
PA7/Masculino	10:25	10:50	25
PA8/Masculino	10:50	11:04	14
PA9/Femenino	11:05	11:24	19
PA10/Femenino	11:25	11:45	20
PA11/Femenino	11:45	11:55	10
PA12/Femenino	12:00	12:05	5
PA13/Masculino	12:05	13:15	10
PA14/Masculino	12:00	12:30	30
PA15/Femenino	12:30	12:40	10
PA16/Femenino	12:40	12:45	5
PA17/Femenino	12:45	12:55	10
PA18/Femenino	12:55	13:00	5
PA19/Masculino	13:00	13:05	5

Fuente: Elaboración propia, registro etnográfico 2016.

Es el caso de una mujer con diabetes (paciente número 18 del día), la médica cambió el plan del tratamiento, debido a que los estudios de laboratorio y el historial del expediente clínico confirmaron altos niveles de glucosa. El tiempo de la consulta duró cinco minutos, el cual resultó restringido, sobre todo cuando el cambio fue la aplicación de insulina, alrededor del procedimiento quedaron dudas, pero la mujer no preguntó ni tampoco se negó a aplicársela. La información otorgada fue puntual y sintetizada para agilizar el tiempo, la parte comunicativa quedó anulada, no se le preguntó su sentir con la nueva indicación, o las facilidades u obstáculos que podría tener en casa, en el trabajo y con la familia en el día a día. Para subsanar la inmediatez de la consulta, la médica la refirió al servicio de curaciones para que ahí las enfermeras le explicaran cómo aplicar la insulina (nota de campo, octubre, 2016).

Con relación al módulo de UNIFILA, un problema añadido para el médico era que recibía en su consultorio pacientes de este tipo, así que, al no ser atendidos periódicamente por él, se volvían pacientes de primera vez y tenía que hacer su his-

toria clínica o revisar su historial, lo cual implicaba mayor inversión de tiempo en la búsqueda y en la realización de las notas biomédicas. Los médicos no querían atenderlos porque les representaba más trabajo abordarlos clínicamente; además, al no ser «sus pacientes», no sólo desconocían su problema de salud, sino que no darían seguimiento de atención en consultas posteriores. La siguiente nota etnográfica muestra la perspectiva de una médica:

El texto que sigue es una cita de una médica que explica su perspectiva sobre el funcionamiento de UNIFILA. Dice:

«Ella explicitó no estar de acuerdo con el funcionamiento de UNIFILA, considera que los pacientes que son enviados a su consultorio son desconocidos, eso implica que les tenga que hacer su historia clínica y eso le lleva más tiempo, lo cual no le parece posible cuando el conteo de cada consulta es de 15 minutos. Comentó que está en contra del tiempo contado, ya que considera que cada paciente tiene su complejidad dependiendo del tipo de enfermedad. Puso el ejemplo de un paciente hombre, con un problema de salud durante tres años, relacionado con otros cuadros mórbidos por desarrollar. El médico familiar que lo atendía (atención subsecuente) no lo había derivado a estudios específicos ni tratado de manera médica. De este paciente, piensa que el tiempo es limitado porque requiere una exploración clínica más profunda, pero por otro, le es complicado cambiar la percepción sobre su salud, en función de seguir un tratamiento (nota de campo, noviembre 2016).»

Por su parte, para aquellos pacientes que acudían con otro médico que no era el mismo de siempre representaba, en algunos casos, no recibir una atención completa, debido a que algunos médicos negaban el envío de estudios o referencias a segundo nivel de atención, «Cuando pase usted con su médico, a él le comenta y se los solicita», esto ocasionaba que el paciente agendara una nueva cita con su médico tratante. La interacción con estos pacientes se reducía a reencauzar las solicitudes, y la comunicación quedaba coartada por no estar dispuestos a explorar los motivos de ese requerimiento.

A pesar de que los médicos no esperaban atender pacientes de UNIFILA, estuvieron obligados

a hacerlo porque la agenda electrónica del SIMF programaba ese envío a cada consultorio. Paradójicamente, el paciente citado que no acudía con su médico de cabecera, ocasionaba que él atendiera a un mayor número de pacientes de UNIFILA, pues esos lugares libres debían ocuparse para hacer eficiente el tiempo y la carga de trabajo. Otro tipo de pacientes enviados del módulo fueron los que acudían por algún posible riesgo de trabajo; hay que recordar que el IMSS es una institución que otorga seguridad social a los trabajadores, así, es común expedir incapacidades laborales. En esta ocurrencia, el tiempo invertido con ellos también solía ser mayor durante el interrogatorio y la exploración física, pero sobre todo por el llenado administrativo de formatos, así como la solicitud de firmas del jefe clínico para la autorización de estudios y poder enviarlos a segundo nivel de atención.

Con todo esto, es relevante decir que, aunque la institución intenta acotar el tiempo de espera de la consulta para mejorar la atención, esto resulta difícil en tanto el encuentro clínico es situacional, y responde al contexto específico. Si bien, con la ejecución de UNIFILA el número de pacientes por cada médico disminuyó, la noción del tiempo se reconfiguró y con ello la práctica médica y las interacciones, debido a que la vigilancia constante, por contar cuántos pacientes faltaban o llegaban de UNIFILA, ocasionaba tensión entre el mismo personal de salud. Por ejemplo, si un paciente llegaba al consultorio asignado con un minuto de retraso a su cita programada, la asistente médica debía cancelar esa consulta y proponer enviarlo al módulo de UNIFILA; sin embargo, si no la cancelaba, la responsable del módulo se molestaba porque esta omisión de la operatividad del programa le impedía asignar ese lugar a otros consultorios; a su vez, el médico que recibía pacientes de UNIFILA fuera del tiempo marcado en el SIMF (no cancelados a tiempo) se quejaba con la coordinadora de asistentes o el jefe clínico por el envío de estos pacientes que le ocasionaban demora en su agenda del día. Para muestra se presenta el siguiente relato etnográfico:

La médica comentó que ha tenido diferencias con la coordinadora de asistentes por el envío de pacientes de UNIFILA a su consultorio, piensa que no es posible atenderlos en tan poco tiempo porque no los conoce, la coordinadora le ha

expresado atenderlos «haciéndoles un campito», lo cual es asumido desde una posición distinta, pues parte de sus funciones es supervisar que los pacientes de UNIFILA sean atendidos. Sin embargo, la médica se resiste a la idea de atender a estos pacientes. Ella manifestó preferir la anterior dinámica de trabajo, pese a que el número de pacientes era mayor, el tiempo no era medido, eso no le generaba presión y a los pacientes los podía atender según fuera el caso y la enfermedad (nota de campo, noviembre 2016).

Como ya se hizo notar, la implementación operativa del dispositivo que pauta el tiempo, reguló las consultas y esto a su vez repercutió en lo clínico, se vio reflejado en el encuentro con los pacientes, ya que los médicos acotaban el interrogatorio, pese a que los padecimientos se diferenciaban según sexo, edad y complejidad (agudos y crónicos), las preguntas eran mínimas y precisas, interesaba concretizar cómo se presentaban los signos y no así una descripción detallada del malestar. Ante la demora del tiempo, los médicos esperaban respuestas puntuales de las molestias para registrar lo dicho en la nota médica, no les permitían expresar las interpretaciones de su propia experiencia con la enfermedad; generalmente dirigían el interrogatorio y no había disponibilidad al intercambio comunicativo.

El uso del expediente clínico electrónico (ECE), evidenció una práctica habitual en la consulta: pre-guntar, escribir, oír y ver al paciente rápidamente. Los médicos que siguieron dicha lógica intentaron registrar en el menor tiempo posible lo que habían interrogado para señalar el diagnóstico y proporcionar el plan terapéutico. A pesar de que algunos pacientes tuvieron iniciativa de contar aspectos de su vida cotidiana, inquietudes personales (trabajo, familia) o dudas sobre la enfermedad, los médicos no dejaban de escribir las notas médicas en el expediente, era común que hicieran diferentes acciones paralelamente, lo que hacía que, en la interacción, únicamente asentaran oraciones como: «¡Sí! ¡Ajá! ¡Me imagino! ¡Ya ve! ¡No le digo!», Consecuentemente, no otorgaban expresiones de aliento o frases complementarias que pudieran calmar la inquietud o el deseo de hablar. En cambio, cuando les interesaba rescatar aspectos concretos del problema de salud, como una descripción meticolosa de golpes, dolencias específicas y orden cro-

nológico de los episodios, era que ponían atención al paciente y dejaban de escribir. Fue notorio que la acción de hacer más de dos cosas a la vez estaba conducida por el régimen del tiempo, motivo por el cual se restringía la palabra a los pacientes y no se facilitaban los intercambios comunicativos.

Bajo la lógica de agilizar el tiempo en la consulta, el momento de la exploración física fue rápido, el procedimiento de revisión era meramente técnico, realizaban únicamente la toma de la presión arterial y la auscultación de pulmones y corazón con el estetoscopio; sólo en problemas de salud específicos exploraban pies, abdomen, espalda, cuello, boca, oídos y ojos. Respecto al diagnóstico, no se dio énfasis a este momento de la consulta, era omitido y de forma inmediata transitaban al plan terapéutico.

El apremio que se ejercía para escribir en el ECE y simultáneamente hacer otras actividades, ocasionaba errores en la consulta como descartar envíos a segundo nivel, autorización de estudios, días de incapacidad y prescripción de medicamentos, lo cual a su vez generaba que los pacientes regresaran al consultorio para señalar las equivocaciones de los médicos y, por tanto, había mayor número de interrupciones durante la jornada del día. Excepcionalmente algunos médicos no cometían esas omisiones al momento de indicar los medicamentos, esto ocurría con aquéllos que escribían y revisaban el expediente sin premura de tiempo. Si la consulta era rápida, se ponderaba expedir recetas, sobre todo con el paciente crónico, quien asumía acudir mensualmente a consulta por su medicamento para tener dotación y reserva.

El cierre de la consulta fue un momento relativamente breve, una vez que el médico imprimía las recetas, el paciente sabía que el encuentro estaba por terminar. Mientras la prisa por el tiempo estaba latente, los médicos querían concluir la consulta, utilizaban formas sutiles para despedirlo: «¡Le puede llamar a...! ¡Llámele por favor a...! ¡Ándele pues! ¡Que le vaya bonito! ¡Cuídese mucho!». Este acto evitaba que los pacientes preguntaran o comentaran, de tal forma que la despedida ocurría intempestiva y no había oportunidad de plantear preguntas o dudas.

DISCUSIÓN

UNIFILA es una iniciativa política del IMSS que pretende reorganizar su servicio, sin embargo, en

la práctica, el tiempo se normaliza en un componente central para la clínica, pues la agenda electrónica es un marcador que actúa como dispositivo institucional y de ello depende el abordaje clínico que realizan los médicos con los pacientes. Como resultado de esto, no se contemplan las condiciones y afectaciones para la consulta médica, específicamente los 15 minutos restrictivos para cada paciente según el tipo de enfermedad y necesidades médicas.

En virtud del planteamiento de investigación expuesto, se puede sostener que la distribución del tiempo no contempla las interacciones y la comunicación médico-paciente, por el contrario, genera otros problemas más que soluciones, hay descontento de médicos y pacientes porque la consulta está comprimida a la medición puntual del tiempo. Para los médicos, atender pacientes enviados de UNIFILA acarrea el desconocimiento de su historia clínica, por lo tanto, la interacción es intempestiva y ocasional, consecuentemente, no se aspira a una relación permanente, más bien se vuelve transitoria e impersonal, incluso puede ocasionar incertidumbre para ambos porque la atención es emergente. No hay continuidad en el trayecto de la enfermedad, el médico invierte tiempo en un paciente al que no le dará seguimiento de manera subsecuente. El paciente enviado de UNIFILA al pasar con otro médico que no es el que lo ha tratado por años, deja de ser atendido integralmente (diagnóstico, cambios en el tratamiento, referencias), ya que ese otro médico no asume la responsabilidad por un paciente que no conoce. Esto provoca dudas e inquietudes en los pacientes y regresan a solicitar una nueva cita con el médico tratante, entonces, lejos de disminuir la carga de trabajo de los médicos se origina la duplicidad de consultas.

Un estudio reciente de corte cuantitativo, llevado a cabo en una UMF del IMSS, en la delegación norte de la Ciudad de México, indagó la satisfacción sobre el trato digno, la comunicación e información, el tiempo de espera y la información sobre medicamentos. La investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptiva y comparativa entre casos (pacientes UNIFILA) y controles (pacientes con cita), se calculó un tamaño de muestra de 245 usuarios. Los resultados fueron porcentualmente mayores para los pacientes con cita que para los de UNIFILA (explica su estado de salud -sí- 65 y 96%/informa

sobre el tratamiento -sí- 89 y 99%/informa sobre los medicamentos -satisfecho- 69 y 96%/tiempo de espera -menos de 30 minutos- 40 y 72%). De este último, el tiempo de espera con más de 30 minutos fue de 60% para UNIFILA y 28% con cita.¹⁰ Esto representa que, la disminución del tiempo de espera para los pacientes sin cita no cumple con el propósito esperado de la iniciativa, ya que esperan más de 30 minutos. Los datos indican que los pacientes con cita tienen mayor satisfacción que los del programa UNIFILA. Esta información cuantitativa vinculada a los resultados etnográficos presentados es validada, debido a que cualitativamente se observó que algunos médicos evitan explicar a este tipo de pacientes el estado de su salud, se les da menor información y proporciona un trato diferencial. En cuanto a los pacientes y la experiencia del tiempo para ser atendidos, en la sala de espera la mayoría de la gente manifestó tardar más tiempo con UNIFILA que sacando cita previamente.

De la comunicación médico-paciente, conviene distinguir que a raíz de centrarse en la escritura de las notas médicas del ECE, más que tener una escucha activa, el médico oye sin interesarse en lo que realmente expresa el paciente. Por otro lado, no se puede aspirar a una escucha atenta, si de por medio existen constantes interrupciones del profesional que suspenden la fluidez del habla, donde la premura del tiempo obliga a pedirle al paciente que conteste ¡rapidito! Este resultado del estudio ha sido documentado desde la relación médico-administración-paciente, en que el médico se coloca cada vez más detrás de sus papeles, recetas, pantallas, gráficos y aparatos, y su relación con el paciente se hace cada vez más extraña,¹¹ pues lo que impera es el control administrativo por cumplir, así, el dispositivo institucional controla el tiempo y se afecta el diálogo.

Cruz y colaboradores enfatizan que la lógica de la eficiencia en las instituciones públicas establece lo que han denominado como «agenda administrativa», durante su proyecto de investigación académico, analizaron diversas videogramaciones de alumnos del curso de especialización en medicina familiar en algunas sedes del IMSS, Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). En su discusión y análisis plantean que la agenda del médico se encuentra limitada por los reglamentos, normas y

procedimientos que la institución les marca, lo que influye de manera directa en su quehacer profesional. De igual forma, la agenda del paciente queda constreñida a espacios, tiempos y procedimientos que la institución ha diseñado para la atención. Esto significa que, el encuentro entre el médico y el paciente en ese contexto constituye un espacio social normado, con un orden legítimo que no fortalece la práctica médica humana, por lo que el contacto personal, relacional y de comunicación con el paciente deja de tener relevancia.¹²

Otro estudio realizado en una unidad de atención coronaria con enfermeras, médicos y paciente confirmó que las estructuras contrarrestan las diversas acciones y relaciones entre pacientes y profesionales de la salud, esto se debe a las férreas rutinas de trabajo como la falta de tiempo y tareas administrativas (teléfono y computadora) que a su vez restringen la capacidad de diálogo, los propósitos y las acciones disponibles para todos. Las rutinas delimitadas a plazos ajustados suprimieron los cuidados holísticos y el multiprofesionalismo, por lo que no existió oportunidad para reflexionar sobre sus acciones, elecciones o interpretación subjetiva. Se mantuvo una estructura médica de bases clínicas, duración limitada y atención de rutina.¹³

A esta lógica, Ferrero le llama «trabajo rutinizado», su análisis etnográfico es focalizado en el procedimiento de asignación de turnos, entendiéndolo como una forma de actividad ritualizada en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de la Institución. Asume que en los cuidados médicos de atención primaria ese trabajo está implicado por el tiempo y las formas sociales de regularlo.¹⁴

Dentro de este contexto, nosotros comprendemos que la falta de una escucha activa tiene por consecuencia restringir la palabra e inferir el significado de lo que se dice. A pesar de que los médicos familiares sí identifican la dimensión emocional relacionada al padecer, no se detienen para dar una atención personalizada, el tiempo es una limitante constante por la dinámica secuencial de las consultas. Los médicos reconocen que los pacientes llegan a la consulta con cuestiones delicadas a tratar, pero de escucharlas y hablarlas, saben que invertirán alrededor de 40 minutos o más, así que, mientras existe presión en el trabajo,

suprimen expresar lo que les aflige, por lo que se rehúsan a indagar y dar contención. Lo que prima en realidad es el llenado de las notas médicas en el expediente clínico electrónico.

En el curso de esta búsqueda, un estudio realizado en México con pacientes de fibromialgia atendidos en dos instituciones distintas, privada y pública, descifra que cada tipo de subsistema de atención médica es diferencial por el tipo de profesionales y pacientes, pero sobre todo por los recursos económicos, organización e infraestructura utilizados en la atención médica. De la comparación, resulta que el tiempo de la institución pública (tercer nivel de atención) con el que cuentan los médicos no les alcanza para atender a pacientes de este tipo, a los que consideran «difíciles» por la complejidad de su padecer. Reconocen invertir más tiempo al escuchar explicaciones detalladas, falta de mejora y desequilibrios emocionales, por lo que al carecer de tiempo, evitan esa exploración.¹⁵ En este punto, la discusión se articula con los resultados del presente estudio, los médicos también identifican que en el ámbito de la medicina familiar, los pacientes quieren contar aspectos que les afectan emocionalmente, pero como se dijo antes, no invierten más tiempo del estipulado por la institución, porque de hacerlo, no cumplen con la cantidad de pacientes vistos en un día.

Tal como sustentan Rodríguez y colaboradores,¹⁶ el tiempo y la duración de la consulta médica se muestra como un proceso social que se determina por las macroestructuras que siguen la lógica y las necesidades del tiempo de modernización. El tiempo es un indicador, administrador y evaluador de los procesos de atención, es decir, un conjunto de datos necesarios para la gestión. Al prescindir del tiempo, que es atribuible a razones organizativas y procesos institucionales, el tiempo de interacción es objetivo y subjetivamente breve, el paciente tiene una necesidad y el médico tiene una obligación, la primera es preocupación y la segunda ansiedad. La duración del encuentro interpersonal es un campo socavado por obligaciones, indicadores, objetivos, gestión, entre otros, que originan un diálogo rígido, efímero, cooptado, impersonal y apático.

Rossi¹⁷ ha considerado que el acto médico se transforma de manera paulatina en un registro de datos, por lo que la relación del médico con el paciente incluye a la computadora. El espacio de

libertad se restringe, la relación con el poder del administrador es inevitable, la relación médico-enfermedad se convierte en una correspondencia de la gestión de la economía de mercado. Así, la terapéutica es vigilada por una nueva exigencia, la eficacia de la práctica médica, en la que a cada estrategia de intervención se le designa un valor financiero. En consecuencia, existe una alianza entre la medicina y la economía, la cual se coordina por medio de dispositivos con el objeto de planificar, evaluar y reformar los sistemas de salud.¹⁸

En el caso de este estudio, la implementación de UNIFILA como dispositivo institucional funge como intermediario entre médicos y pacientes, debido a que el tiempo estimado para brindar atención médica en la consulta es relativo y subjetivo. Cuando el servicio precisa ser eficiente para los gestores y planificadores, la eficiencia es una medida relacionada con la producción de tiempo y costo.¹⁹ De este modo, el médico no puede estar en contra de las indicaciones institucionales (control de la agenda) porque de hacerlo procede en contra de la eficiencia administrativa y de su propio trabajo. En este orden de ideas, el tiempo emerge como componente significativo en la atención institucionalizada. Este tiempo establecido mediante UNIFILA genera rutinas institucionales médico-administrativas, ajenas a la interacción y comunicación médico-paciente.

CONCLUSIONES

Pese a que UNIFILA representa una estrategia de la política pública que pretende reorganizar la calidad de los servicios otorgados, la influencia económica de los modelos eficientes de atención en salud ocasiona que en el momento en que el tiempo es un cronómetro para la jornada del día, el encuentro clínico entre médicos y pacientes se vuelve una rutina. De forma administrativa, el tiempo actúa como regulador constante, esto genera desencuentros en torno a la atención médica.

Con ello, se considera fundamental contextualizar cómo están siendo conformados los encuentros clínicos, ya que las instituciones públicas cada vez están más influenciadas por el modelo económico administrativo, así, el tiempo actúa como un recurso con valor que pretende hacerse más eficiente. Si el tiempo es fragmen-

tado y planificado, los médicos y los pacientes se convierten en medios para cumplir indicadores y metas, la cantidad de consultas por día son el producto de la eficiencia. Con la gestión administrativa de los servicios, la eficiencia está incluida en la práctica clínica, de tal forma que impera el tiempo objetivo y cuantificable por encima del tiempo subjetivo.

Está revisión, tan somera como inevitable, fundamenta que el dispositivo institucional afecta a pacientes y médicos, el tiempo destinado a la consulta no sólo afecta las necesidades de un paciente, sino que repercute a su vez la de otros pacientes de la misma jornada del día. Conjuntamente, deteriora el ambiente laboral del médico, debido a que le cronometran el trabajo, es decir, su práctica médica, por ende existe una afectación directa en la manera de hacer clínica. Esto figura desinterés por el paciente que acude a consulta, la atención está puesta en ahorrar, no mal gastar y ocupar el tiempo lo más pronto posible para no ocasionar retraso con el resto de pacientes por atender.

AGRADECIMIENTOS

Al CONACyT, con el que tuve un registro de CVU (419839) y al Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la UNAM, en el que estuve inscrita como alumna, a ambos, gracias por hacer posible la realización de este tipo de investigaciones que refrendan la formación científica y profesional.

A las autoridades a nivel regional del IMSS, a la directora y jefa de enseñanza de la UMF donde se llevó a cabo el estudio antropológico, así como a todos los médicos que, con su confianza y consideración, permitieron observar su práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hamui-Sutton L. Principios y práctica de la comunicación médico-paciente. En: Hamui-Sutton L, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. La comunicación dialógica como competencia médica esencial. Ciudad de México, México: Manual Moderno, UNAM; 2018.
2. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Argentina-México: Siglo XXI Editores; 2001.
3. Agamben G. ¿Qué es un dispositivo? Sociológica. 2011; 26 (73): 249-264.

4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS. Ciudad de México, México; 2015-2016.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS. Ciudad de México, México; 2016-2017.
6. Serna AJ. Somos tiempo. Crítica a la simplificación del tiempo en Occidente. Barcelona, España: Anthropos; 2009.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico de Salud UMF; 2017.
8. Angrosino M. Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. Colección investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2012.
9. Hernández P, Chaires L. Manual de usuario. Administración del SIMF. Versión 4.1. Instituto Mexicano del Seguro Social, Sistema de Información de Medicina Familiar; 2008.
10. Chávez C. Comparación de satisfacción de la atención médica de usuarios del programa UNIFILA [tesis de especialización en medicina familiar]. México: Facultad de Medicina, Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.
11. Gómez-Esteban R. Reflexiones sobre la relación médico-paciente. RAEN. 1989; 9 (29): 182-189.
12. Cruz-Sánchez M, González-Rojas JM, Paulo-Maya A, Dorantes P. El ejercicio de la profesión médica y la comunicación médico-paciente en contextos situacionales. En: Hamui-Sutton L, Paulo-Maya A, Hernández-Torres I. La comunicación dialógica como competencia esencial. Ciudad de México: Manual Moderno-UNAM; 2018.
13. Wolf A, Ekman I, Dellenborg L. Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. BMC Health Serv Res. 2012; 12: 184.
14. Ferrero L. Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. Cuadernos de Antropología Social. 2003; (18): 165-183.
15. Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castañeda C, Lino-Pérez L, Alvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I. Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. Qual Health Res. 2016; 26 (12): 1674-1688.
16. Rodríguez-Torres A, Jarillo-Soto EC, Casas-Patiño D. Medical consultation, time and duration. Medwave. 2018; 18 (5): e7266.
17. Rossi I. Identités et travail. La preuve par le corps. In: Danuser B, Gonik V, editors. Das Arbeit: eine Revision. Le travail: une revision. Zürich: Verlag; 2013.
18. Rossi I. Réseaux de santé, réseaux de soins. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance? Tsantsa. 2002; 12 (21).
19. Onocko-Campos R. Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. In: Spinelli H, editor. Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Argentina: Lugar; 2008.
20. Mariscal-Avilés J, Gil-García JR, Ramírez-Hernández F. E-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. Espacios Públicos. 2012; 15 (34): 65-94.



Panorama de la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos de México

Overview of patient safety in clinical laboratories of Mexico

Eduardo Mucito-Varela*

RESUMEN

* Investigador independiente, M en C Bioquímicas, Químico Bacteriólogo Parasitólogo.

Correspondencia: EMV, eduardomucito@gmail.com

Conflictos de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Mucito-Varela E. *Panorama de la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos de México*. Rev CONAMED 2020; 25(1): 34-46.

doi: 10.35366/92893

Financiamiento: Investigación financiada por el mismo autor.

Recibido: 22/11/2019.
Aceptado: 31/03/2020.

Los laboratorios clínicos son un componente vital de los servicios de salud, pues abordan a los pacientes durante todo el proceso de atención. No obstante, el impacto real de los errores del laboratorio en la seguridad del paciente es desconocido, debido a que existe escasa investigación y registros sobre los errores que suceden en el proceso total de análisis de los laboratorios en México. El cumplimiento de la NOM-007-SSA3-2011 permite garantizar el cumplimiento de las *Acciones esenciales para la seguridad del paciente*, aunque es necesario implementar actividades adicionales para prevenir errores y coadyuvar en el proceso de medicación segura. En esta revisión se muestra un panorama sobre la situación de la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos de México y se proponen estrategias para abordar los errores de laboratorio y fomentar la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente, servicios de laboratorio clínico, calidad de la atención de salud, errores diagnósticos, errores médicos, errores de medicación.

ABSTRACT

Clinical laboratories are a vital component of health services because they approach to patients throughout the entire care process. However, the real impact of laboratory errors on patient safety is unknown, because there is little research and records about errors that occur in the total analysis process of laboratories in Mexico. Compliance with the essential actions for patient safety stated by Mexican government, leads us to analyze the degree to which we can cover the patient's safety requirements with the Official Mexican Regulations, to detect opportunities for improvement and ensure the safety of patients using laboratory diagnostic services. In this review, a compilation of the most frequent types of laboratory errors in the literature, proposals to address them and some strategies to promote the culture of patient safety in clinical laboratories in Mexico are presented.

Keywords: Patient safety, clinical laboratory services, quality of health care, diagnostic error, medical errors, medication errors.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria está conformada por todos los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. El proceso de atención resulta de una compleja interacción de profesionales de distintas áreas, procesos y tecnologías, que aunque siempre tienen la mejor intención hacia con el paciente, no son infalibles y por lo tanto no están exentos de fallar.¹ Adicionalmente, la creciente complejidad de la economía de los sistemas de salud, de los métodos diagnósticos que emplean tecnologías de alta especialización y los cambios en la estructura demográfica de las poblaciones representan riesgos emergentes que afectan la seguridad de los pacientes.² Entonces, podemos decir que existe siempre un riesgo latente para los pacientes que tiene que ser controlado para prevenir o minimizar los daños.

Para controlar la calidad de la atención sanitaria se han desarrollado diferentes estrategias, pero fue hasta 2004 cuando apareció el movimiento de Seguridad del Paciente, impulsado por la Organización Mundial de la Salud.¹ Este movimiento surge ante la creciente evidencia de la pobre calidad de la atención en los sistemas de salud, que comenzó con la publicación de las estadísticas de los Institutos de Medicina (IOM) de Estados Unidos a finales de los noventas en el multicitado estudio «*To err is human*».³ Desde entonces, el movimiento de Seguridad del Paciente se ha fortalecido durante las dos últimas décadas con el apoyo de las redes sanitarias de diferentes países.

La investigación en calidad de la atención nos ha permitido detectar que los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, que incluyen a los eventos adversos, tienen su origen en los errores médicos. Estos errores surgen de la interacción de diferentes elementos organizacionales, de infraestructura, de diseño y control de procesos, así como culturales y del contexto en el que se brinda la atención.⁴ Quizá las equivocaciones médicas más comunes son los errores en el diagnóstico, que incluyen falla y retraso en el mismo.⁴ Estos desaciertos pueden deberse al fallo para ordenar los estudios adecuados, uso de estudio o tratamiento fuera de uso y falla para actuar de acuerdo a los resultados de estudios o de monitoreo.⁵

En México es obligatoria la implementación del documento *Acciones esenciales para la seguridad del paciente*, que permite el monitoreo y la prevención de eventos adversos de los integrantes del Sistema Nacional de Salud.⁶ Como parte del Sistema Nacional de Salud, los laboratorios clínicos son establecimientos del sector público o privado que a través del análisis de muestras biológicas aportan evidencia para confirmar o realizar un diagnóstico, prevenir o dar seguimiento a una enfermedad y monitorear un tratamiento.⁷ Considerando que cerca de 70% de las decisiones médicas están basadas en los resultados proporcionados por los laboratorios clínicos,⁸ es importante reconocer el impacto de los errores del laboratorio en la seguridad del paciente. Sin embargo, en México existe poca investigación sobre la frecuencia de eventos adversos y errores del laboratorio clínico.⁹ Por este motivo se realizó esta revisión bibliográfica, para recopilar la información sobre los tipos de eventos adversos que suceden en otros países como consecuencia de los errores del laboratorio clínico y así poder diseñar un marco de referencia que permita mejorar a los laboratorios clínicos de México a través de la investigación y la aplicación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DEL LABORATORIO CLÍNICO

De acuerdo a los reportes en la literatura, aproximadamente 3% de los eventos adversos que ocurren en los servicios de atención sanitaria están asociados al uso de pruebas diagnósticas, siendo la frecuencia de hasta 4.23% en hospitales pequeños.¹⁰ Los eventos adversos asociados al uso del laboratorio clínico pueden tener su origen en errores ocurridos en cualquiera de las fases del proceso total de análisis (*Tabla 1*). Algunos estudios estiman que de 24 a 30% de los errores ocurridos durante el proceso total de análisis repercuten en la atención del paciente, aunque sólo de 3 a 12% se traducen en eventos adversos, siendo la mayoría cuasiincidentes que de haber ocurrido tendrían probabilidades de daño elevadas; sin embargo, más de 80% de esos errores pueden ser evitables.^{10,11}

El impacto real de los errores de laboratorio sobre la seguridad del paciente se desconoce, debido a

Tabla 1: Incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes, vinculados al uso del laboratorio clínico y a los errores de laboratorio con los que se asocian.*

Errores en las fases del proceso total de análisis asociados al incidente					
	Preexamen	Examen	Postexamen		
Incidentes relacionados con la seguridad del paciente					
Asociados a error médico y cuasiincidentes					
• Retraso en el diagnóstico	Selección inadecuada de exámenes (mal uso, sobre uso, desuso)**	Mala selección de materiales e insumos	Falla del sistema de medición o eléctrico	Muestra extraída	Falta de sugerencias diagnósticas complementarias**
• Error en el diagnóstico	Solicitud confusa, borrosa, con abreviaturas o datos incompletos**		Interferencia analítica	Reporte no entregado	Falta de registros de exámenes de seguimiento y variaciones de resultados individuales durante la hospitalización (delta-checks)**
• Error en el diagnóstico		Uso de reactivos caducados		Reporte entregado a destiempo	
• Tratamiento inadecuado			Fallo de control de calidad	Resultado incorrecto	Falla en la evaluación de la correlación clínica de los resultados con el diagnóstico**
Durante el proceso de atención por el laboratorio**					
• Lesión dolorosa por múltiple picadura					Mala preparación del paciente previo a la toma (reposo, postura, etcétera)
• Hematoma					Fallo de comunicar al paciente los riesgos del procedimiento
					Duración de la toma de muestra prolongada

Continúa la Tabla 1: Incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes, vinculados al uso del laboratorio clínico y a los errores de laboratorio con los que se asocian.*

Incidentes relacionados con la seguridad del paciente	Errores en las fases del proceso total de análisis asociados al incidente		
	Preexamen	Examen	Postexamen
Clínica (pre-pre)	Laboratorio	Clínica (post-post)	
<ul style="list-style-type: none"> Toma de muestra innecesaria Hemorragia Caída por desmayo Infección en sitio de toma de muestra Daño psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento de toma de muestra inapropiado Toma de muestra al paciente equivocado Contenedor/tubo no apropiado Muestra mal identificada Muestra coagulada Muestra insuficiente Muestra hemolizada Muestra extraviada Muestra descartada por tubo roto Muestra no tomada Muestra tomada no enviada Muestra no enviada en tiempo adecuado Muestra transportada en condiciones inapropiadas Dicotomía** 	<ul style="list-style-type: none"> 	

* La información fue recopilada de varias fuentes,¹²⁻¹⁵ se sugiere consultar las citas para mayor detalle de los tipos de estudio y frecuencias reportadas.
 ** Propuesta de modos de fallo potenciales realizada por el autor de esta revisión.

que existen pocos registros de incidentes ocurridos en el laboratorio clínico o como consecuencia de los errores del laboratorio,^{9,12} sobre todo de las etapas pre- y postexamen en la interfase médico-laboratorio y del lado clínico, que son las que presentan una mayor frecuencia de errores.¹³ Una de las razones por las que se podrían subestimar los incidentes ocurridos como consecuencia de los errores de laboratorio, es la falta de investigación y notificación obligatoria de los errores e incidentes ocurridos en los laboratorios. También podemos agregar que, en países en los que los laboratorios clínicos pueden funcionar como organizaciones del sector privado, los pacientes pueden acudir libremente a solicitar un examen de laboratorio sin orden médica, lo cual aumenta el riesgo de daños innecesarios o que generan algunas lesiones que no se podrían considerar graves como hematomas, lesión dolorosa en el sitio de punción, caídas por desmayo, etcétera, y que pasan inadvertidos si el paciente no se queja o porque tiene elección para cambiar a otro laboratorio donde considere que será mejor atendido. Sin embargo, debemos considerar que un daño asociado a la atención sanitaria se considera como cualquier tipo de alteración estructural, funcional y sus consecuencias, lo cual incluye enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.¹⁶

Algunos errores de laboratorio se han considerado de mayor prioridad por su frecuencia de recurrencia elevada y riesgo de daño asociado.^{14,17} Para lograr conocer más acerca de los errores de laboratorio y su impacto en la seguridad del paciente, la *International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* (IFCC) ha propuesto el uso de indicadores de calidad armonizados que permitan monitorear los errores en los procesos intra- y extraanalíticos del laboratorio, de manera que sea fácil su comparación y evaluación en diferentes partes del mundo.¹⁸ No obstante, cada laboratorio debe adoptar los indicadores de calidad que le permitan satisfacer las necesidades de sus pacientes, de los médicos y de las autoridades sanitarias y regulatorias, con resultados confiables y oportunos.¹⁹

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS DE MÉXICO

En México existen 13,453 laboratorios de análisis clínicos, reportados en la base de datos del Directorio

Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENU) del INEGI. De este total, 100 laboratorios corresponden al sector público y 13,353 al sector privado (<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/>, consultado: 28-octubre-2019). Los requisitos oficiales regulatorios para la operación de un laboratorio clínico están establecidos en la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos*.⁷ Algunos autores han propuesto que el cumplimiento de la normatividad oficial es una estrategia para lograr objetivos de calidad asistencial y seguridad del paciente.²⁰ Aunque la NOM-007-SSA3-2011 no tiene un apartado explícito para la seguridad del paciente, contiene elementos de utilidad para garantizar siete de las ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente. Sin embargo, es necesario reforzar algunas actividades e integrar nuevos requisitos en la normatividad oficial para alcanzar los objetivos de seguridad del paciente de manera efectiva (*Tabla 2*).

«La seguridad en el proceso de medicación» es una acción esencial no cubierta en la NOM-007-SSA3-2011, a pesar de que la propia definición de la actividad del laboratorio clínico en dicha norma contempla el apoyo en el tratamiento de las enfermedades y que, de acuerdo a la NOM-220-SSA1-2016 para la instalación y operación de la farmacovigilancia, las reacciones adversas de un medicamento pueden identificarse mediante estudios de laboratorio.²¹ Las recomendaciones a la NOM-007-SSA3-2011 sugeridas en este trabajo tienen fundamento en la evidencia generada de la investigación en seguridad del paciente, así como en los requisitos establecidos en la NMX-EC-15189-IMNC-2015/ISO 15189:2012,²² que es la norma mediante la cual se acreditan los laboratorios clínicos para comparar su calidad y competencia de manera internacional. Además, se sugiere complementar con requisitos para la tecnovigilancia y farmacovigilancia, pues la identificación de eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos y errores de medicación son áreas que competen a los laboratorios clínicos.^{21,23}

Un aspecto muy importante a implementar es la cultura de seguridad del paciente (CSP), que se puede considerar como el grado en el que un grupo de trabajo se involucra para lograr los objetivos de seguridad del paciente y que se puede

Tabla 2: Acciones esenciales para la seguridad del paciente y su relación con los requisitos de la NOM-007-SSA3-2011.

Requisitos de la NOM-007-SSA3-2011 relacionados con las acciones esenciales			
Acción esencial	Preexamen	Examen	Postexamen
1. Identificación correcta de los pacientes			
		5.5.2. Manual de procedimientos administrativos [...]	
			R1 Incluir procedimientos para la correcta identificación de la muestra y el paciente
			5.5.6 Manual para la toma, identificación, manejo, conservación y transporte de muestras [...]
			R2 Incluir información mínima para la correcta identificación de la muestra y el paciente, incluyendo información clínica relevante*
2. Comunicación efectiva		5.5.2. Manual de procedimientos administrativos [...]	
			R2 Incluir procedimientos de comunicación interna, con médicos y pacientes*
			4.4.2 Deberá proporcionarse al paciente información suficiente, clara, oportuna y veraz sobre los servicios y procedimientos a los que será sometido [...] los requisitos y riesgos [...] las indicaciones necesarias para la obtención de muestras con criterios preanálíticos aceptables
			4.4.2.1 En los procedimientos considerados de alto riesgo, deberá recabarse la carta de consentimiento informado [...]
			R3 Incluir mecanismos de acción ante solicitudes verales*
			R4 Incluir estrategias para la comunicación efectiva a los pacientes sobre los riesgos y complicaciones de los procedimientos por mínimas o poco riesgosas que sean
			R5 Incluir recomendaciones para el diseño de formularios de órdenes de exámenes y para el llenado de la solicitud*
3. Seguridad en el proceso de medicación			No aplica
4. Seguridad en los procedimientos			4.4.3 Deberá mantenerse la confidencialidad de toda la información relacionada con los resultados de los estudios de laboratorio realizados [...]

Continúa la Tabla 2: Acciones esenciales para la seguridad del paciente y su relación con los requisitos de la NOM-007-SSA3-2011.

Acción esencial	Requisitos de la NOM-007-SSA3-2011 relacionados con las acciones esenciales	Preexamen	Examen	Postexamen
	5.4.1 El laboratorio clínico deberá comprobar que cuenta con los recursos materiales y tecnológicos, de acuerdo con el tipo de estudios de laboratorio que realiza [...]			
	5.5.8 Manual de seguridad e higiene ocupacional [...]			
	5.5.9 Manual de procedimientos para el manejo de desechos peligrosos [...]			
	5.5.10 Programa de mantenimiento preventivo y calibración de instrumentos de medición y del equipo [...]			
	7.1 Deberán aplicar un programa de gestión de la calidad [...] que incluya las etapas preanalítica, analítica y postanalítica			
	R9 Incluir el uso de indicadores de calidad para el monitoreo de errores de las fases pre- y postexamen*			
	5.5.6 Manual para la toma, identificación, manejo, conservación y transporte de muestras [...]			
	5.5.3 Manual de todos los métodos analíticos [...]			
	4.8 Los informes de resultados [...] deberán tener impresos los valores o intervalos de referencia conforme a los métodos utilizados [...]			
	R10 Incluir lista de posibles complicaciones durante la toma, incluyendo lesiones leves o no graves			
	R11 Incluir lista de fuentes de interferencia analítica conocidas y estrategias de investigación ante la sospecha de una interferencia desconocida*			
	5.5.5 Bitácora de mantenimiento y calibración de equipos [...]			
	5.5.7 Manual de operación de equipos [...]			
	R12 Incluir registro de variaciones de voltaje, temperatura y humedad*			
	5. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud			
	5.5.8 Manual de seguridad e higiene ocupacional [...]			
	5.5.9 Manual de procedimientos para el manejo de desechos peligrosos [...]			
	5.5.11 Programa de desinfección y desinfección del establecimiento			
	R13 Incluir recomendaciones para el lavado de manos y uso de bata fuera de las áreas de análisis			
	5.4.2 Las jeringas, agujas y lancetas utilizadas para la toma de muestras sanguíneas deberán ser desechables, de conformidad con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas [...]			

Continúa la Tabla 2: Acciones esenciales para la seguridad del paciente y su relación con los requisitos de la NOM-007-SSA3-2011.

		Requisitos de la NOM-007-SSA3-2011 relacionados con las acciones esenciales	
Acción esencial	Preexamen	Examen	Postexamen
6. Reducción del riesgo de daño a pacientes por causas de caídas	5.2.2 Área general para toma de muestras que proporcione privacidad, comodidad y seguridad al paciente		
7. Registro de eventos adversos	R14 Incluir requisitos mínimos para el diseño de las instalaciones, mobiliario y terminado de los pisos* 5.5.2 Manual de procedimientos administrativos [...]		
	R15 Incluir procedimientos para el registro, seguimiento y análisis de las quejas para identificar los errores de laboratorio o eventos adversos R16 Incluir recomendaciones para la gestión proactiva de errores de laboratorio y estrategias de gestión de riesgos para prevenirlos**		
	4.4.2.1 En los procedimientos considerados de alto riesgo deberá recabarse la carta de consentimiento informado [...] interno [...] y externo de la fase analítica [...] se deben documentar incluyendo las acciones correctivas que se tomen	7.1 Control de calidad El responsable sanitario deberá [...] Atender, documentar y dar seguimiento en forma directa a las reclamaciones que se formulen [...]	
	4.7 Los laboratorios clínicos deberán llevar un registro cronológico de los estudios de laboratorio que realicen [...]	R17 Incluir recomendaciones para evaluar y documentar el tipo de daño ocasionado al paciente sin importar la gravedad del mismo, de manera que se pueda trabajar de manera proactiva	
8. Cultura de seguridad del paciente	5.3.1 Los laboratorios clínicos deberán contar con personal suficiente e idóneo		
	5.5.1 Manual de organización [...]		
	R18 Incluir la capacitación del personal en materia de seguridad del paciente con dominio del marco conceptual básico		
	5.5.2 Manual de procedimientos administrativos [...]		
	R19 Participar en el proceso de evaluación de la cultura de seguridad del paciente, usando un instrumento adecuado a las actividades del laboratorio		
	R20 Desarrollar programas multidisciplinarios para la evaluación de eventos adversos que incluya a los profesionales del laboratorio		

R1-19 = requisitos que podrían implementarse para complementar la NOM-007-SSA3-2011 y cubrir las acciones esenciales para la seguridad del paciente.

* Requisito fundamentado en la NMX-EC-15189-IMNC-2015 (ISO 15189:2012).

expresar como un conjunto de percepciones, conocimientos, habilidades y actitudes del personal en aspectos que abarcan la seguridad del sujeto (notificación de errores, trabajo en equipo, liderazgo).²⁴ El documento de *Acciones esenciales para la seguridad del paciente* propone como estrategia para evaluar la CSP el empleo de un cuestionario estandarizado, mismo que ha sido utilizado en diferentes hospitales de México.²⁵ En dichos estudios, el personal del laboratorio clínico no ha sido considerado, además de que no contempla requisitos particulares del proceso total de análisis de los laboratorios clínicos.

Una propuesta para evaluar la CSP en los laboratorios clínicos es emplear un cuestionario adaptado a las actividades propias del laboratorio clínico. Giménez-Marín y colegas diseñaron y validaron un instrumento con el que entrevistaron satisfactoriamente en 2015 a 740 trabajadores de laboratorios clínicos de 27 hospitales públicos en España, lo que les permitió detectar áreas de oportunidad para mejorar el trabajo diario enfocado en garantizar la seguridad de los pacientes.²⁴ Este instrumento fue adaptado y se invitó a profesionales del laboratorio clínico a contestarlo a través de Facebook, durante septiembre de 2017 a enero de 2018 (<https://forms.gle/RrQr3ivuhNEqgCtY7>). Obtuvimos una participación estimada de 36% al considerar que 42 profesionales de laboratorio clínico contestaron la encuesta y la liga obtuvo 115 clics, aunque fue visto por cerca de 4,000 personas. Las características demográficas y laborales de los participantes de la encuesta se muestran en la (*Tabla 3*); a pesar de la poca respuesta que obtuvimos logramos validar el cuestionario en nuestra población, pues obtuvimos un valor alfa de Cronbach de 0.94 (*Tabla 4*). Resulta de gran interés que en concordancia al estudio de Giménez-Marín y colaboradores,²⁴ los trabajadores del laboratorio clínico están sensibilizados hacia la seguridad de los pacientes, pues se sienten orgullosos de su trabajo y reconocen que sus acciones pueden generar errores con riesgo de afectar a pacientes. Aunque de manera global, todos los aspectos evaluados representan áreas de oportunidad para mejorar, ya que obtuvieron puntajes positivos con menos de 75% de respuesta positiva promedio (*Tabla 5*). Los ítems con puntaje más bajo sugieren que se debe trabajar en mejorar la calidad de los procesos

Tabla 3: Características demográficas y ocupacionales de los profesionales de laboratorio clínico encuestados con el instrumento. *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el laboratorio clínico.*

Variable	N = 42 n (%)
Sexo	
Femenino	27 (64.3)
Masculino	15 (35.7)
Edad	
≤ 35	24 (57.1)
> 35	18 (42.9)
Años de experiencia laboral	
0-5	14 (33.3)
6 a > 10	28 (66.7)
Años en el puesto actual	
0-5	27 (64.3)
6 a > 10	15 (35.7)
Puesto de trabajo	
Jefe/administrador/gerente	9 (21.5)
Técnico laboratorista	8 (19)
Químico analista	25 (59.5)
Especialidad	
Ninguna (TLC, químico)	26 (61.8)
Hematología	5 (11.9)
Bioquímica clínica	4 (9.5)
Inmunología	2 (4.8)
Patología	2 (4.8)
Microbiología	1 (2.4)
Maestría en administración	2 (4.8)
Sector de servicios en el que trabaja	
Público	20 (47.6)
Privado	22 (52.4)

preexamen y examen realizados manualmente, así como reforzar el compromiso de los jefes de laboratorio para atender los asuntos relacionados a la seguridad de los pacientes, al emplear una postura no punitiva que fomente el aprendizaje colaborativo a partir de los errores.

Para garantizar que los profesionales de la salud se gradúen de las universidades con competencias

para la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud publicó la *Guía curricular sobre seguridad del paciente*.²⁶ La implementación en las escuelas de medicina, odontología, enfermería y farmacia han permitido desarrollar estrategias de enseñanza exitosas, así como generar cambios en las actitudes y prácticas de los estudiantes universitarios y recién graduados que salen a la práctica clínica.²⁴ Aunque en México estas estrategias se empiezan a implementar en la formación de médicos, odontólogos y enfermeras,²⁷ la formación de químicos especializados en áreas de la medicina de laboratorio, quienes son generalmente los responsables de los laboratorios clínicos, presenta currículos con tópicos sobre seguridad del paciente que se cubren de manera aislada en diferentes cursos. Adicionalmente, asociaciones civiles como la «Red Mexicana de pacientes por la seguridad del paciente» ofertan cursos de capacitación a profesionales de la salud. Sin embargo, aún hace falta evidencia para evaluar las competencias y la cultura de seguridad del paciente durante la formación de profesionales de laboratorio, por lo que se plantea la adecuación de los planes de estudio de las carreras relacionadas con el diagnóstico clínico y farmacia para integrar una asignatura obligatoria que introduzca los aspectos esenciales de seguridad del paciente, en la que se fomenten la comunicación y el trabajo en equipo multidisciplinario y que permita desarrollar gradualmente las competencias requeridas para la seguridad del paciente conforme a la guía curricular de la OMS.²⁶

Una fortaleza actual de los laboratorios clínicos es su experiencia en la implementación en sistemas de gestión de calidad e innovación en sus procesos. La cultura de calidad se fomenta en los profesionales de los laboratorios desde hace ya varias décadas y debería ser aprovechada para impulsar la seguridad del paciente. Por supuesto, es necesario prestar mayor esfuerzo a las fases pre- y postexamen, pues en la actualidad contamos con estrategias de control total de la calidad bien aceptadas y estandarizadas para la fase de análisis. En este sentido, debemos priorizar acciones para el reporte y registro de los errores de laboratorio, que permitan la investigación y la evaluación del impacto en el proceso de atención, sin minimizar los daños ocasionados a los pacientes. Para esto, sería de gran utilidad incorporar el uso de indicadores de calidad armonizados internacionalmente para monitorear los errores de laboratorio durante todas las fases del proceso total de análisis.

La certificación y acreditación de los sistemas de calidad en los laboratorios clínicos podría ser una estrategia eficaz que permita incorporar el uso de indicadores que impactan en la seguridad del paciente, pues la aplicación de los principios fundamentales de calidad generan un marco organizacional que permite la sistematización de procesos indispensables para minimizar los errores como son: el liderazgo, la comunicación, la documentación y la gestión de riesgos.²²

Aunque hay un gran avance en la certificación y acreditación de los laboratorios clínicos, aún existe un gran porcentaje de laboratorios de los que no

Tabla 4: Análisis de la confiabilidad del cuestionario.
Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el laboratorio clínico*.

Parámetro	Resultado
Coeficiente alfa con las puntuaciones observadas	0.94
Coeficiente alfa con las puntuaciones estandarizadas	0.95
Lambda 6 de Guttman	1.00
Correlación promedio entre los ítems	0.24
Razón señal/ruido	19.00
Intervalo de confianza 95%	0.92-0.97

* El cuestionario consta de 62 ítems (preguntas), los ítems 23, 25, 28, 51 y 58 son ítems con escala invertida. Para el análisis estadístico se empleó la función «alpha» dentro de la paquetería «Psych» de R.^{27,28}

Tabla 5: Análisis de los ítems con puntajes positivos en la encuesta. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el laboratorio clínico.*

	No. de ítems	% promedio de respuestas positivas n = 42	Ítem con mayor frecuencia de positivos (%)	Ítem con menor frecuencia de positivos (%)
Área 1: factores individuales, sociales y culturales	9	83.09	1. Me gusta mi trabajo (100)	9. Mis propuestas y opiniones siempre son tomadas en cuenta (64)
Área 2: factores relacionados con el trabajo diario	17	68.77	10. Conozco las funciones, competencias requeridas y responsabilidades de mi puesto (100)	23. Los procesos de examen (analíticos) realizados manualmente en mi unidad podrían comprometer la seguridad de los pacientes (35.7)*
Área 3: factores relacionados al equipo de trabajo y recursos	9	55.02	30. Se controla el tiempo y temperatura de transporte de muestras tomadas fuera del sitio de toma de muestras o en unidades periféricas (66.6)	25. Mis jefes o superiores ignoran los problemas relacionados a la seguridad del paciente (35.7)**
Área 4: factores relacionados con condiciones de trabajo	6	60.70	36. En mi área de trabajo es adecuada la iluminación (78.5)	32. Se determina la proporción de solicitudes de examen llenadas manualmente y que carecen de identificador único (35.7)
Área 5: factores asociados a educación y capacitación	10	63.79	48. Conozco las repercusiones que tienen para los pacientes los errores del laboratorio (95.3)	51. El personal siente que sus errores son usados en su contra (11.9)**
Área 6: factores relacionados a la comunicación	11	60.64	52. El personal comunica a sus superiores cuando observa algo que podría afectar la seguridad del paciente (73.8)	58. Cuando se reporta un error, la persona involucrada es juzgada y castigada (30.9)**
				55. Cuando se comete un error grave, se analiza y comenta con los profesionales implicados (73.8)

* Los puntajes positivos corresponden a 4-5.

** Ítem invertido, los puntajes positivos corresponden al 0-1.

tenemos referente en cuanto a su calidad y competencia. Por ejemplo, en el padrón de laboratorios acreditados bajo ISO 15189 de la Entidad Mexicana de Acreditación (http://consultaema.mx:75/Directorio_CL/Principal.aspx). Acceso: 29-octubre-2019)), se cuenta con un total de 141 laboratorios acreditados, lo que representa apenas el 1% de los laboratorios del país. Cabe resaltar que laboratorios del sector público se comienzan a acreditar, lo que representa un gran avance en la calidad de la atención. Puesto que la acreditación es un proceso opcional para los laboratorios, el cumplimiento de la NOM-007-SSA3-2011 podría fungir como elemento clave para las auditorias de calidad y seguridad del paciente, aunque no hay registro público que permita identificar la proporción de laboratorios clínicos que han aprobado por proceso de evaluación de la conformidad bajo esta norma oficial.

CONCLUSIONES

El laboratorio clínico puede asumir un papel más activo en el cuidado del paciente, más allá de las cuatro paredes de sus instalaciones, al capacitar e interconsultar a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Por lo que debemos de integrar a los profesionales del laboratorio en grupos multidisciplinarios para trabajar por la seguridad y bienestar de los pacientes. Para estos fines es necesario fomentar la capacitación y educación en materia de seguridad del paciente en todos los profesionales de la salud, incluyendo a los profesionales de los laboratorios clínicos desde su formación profesional. Adicionalmente, la medición de la CSP en los profesionales del laboratorio, la notificación obligatoria de los errores de laboratorio y la investigación de eventos adversos nos permitirá identificar los procesos que se deben mejorar con prioridad para alcanzar los objetivos de atención segura de los pacientes.

Una meta a corto plazo para la seguridad del paciente es fomentar el uso apropiado del laboratorio clínico, incluyendo la selección, el uso adecuado de las pruebas diagnósticas, el informe oportuno de los resultados y la interpretación de los mismos. Esto involucra que los laboratorios clínicos trabajen en conjunto con las autoridades regulatorias y administrativas de clínicas y hospitales para el diseño de procesos de atención más eficientes, en los que

se haga notoria la experiencia de los profesionales especializados en el laboratorio clínico.

Finalmente, para alcanzar los objetivos de seguridad del paciente y avanzar a la par de otros servicios de salud, es necesario aplicar de manera efectiva y adecuar la normatividad oficial aplicable a los laboratorios clínicos. Asimismo, los retos actuales para los laboratorios clínicos son la implementación de sistemas de notificación de errores e incidentes, así como de indicadores de calidad enfocados a la seguridad del paciente en todos sus procesos. Esto debe incluir sistemas de tecnovigilancia de los dispositivos médicos y pruebas diagnósticas empleadas, además de la implementación de procesos de soporte para la farmacovigilancia que facilitarán lograr la meta de medicación segura. Por último, la inclusión de los pacientes como elementos clave de su propia seguridad implica educar y concientizar a la población en materia de seguridad del paciente y sobre el uso de las pruebas diagnósticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lippi G, Simundic AM, Mattiuzzi C. Overview on patient safety in healthcare and laboratory diagnostics. *Biochem Medica*. 2010; 20 (2): 131-143.
2. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. 2016. Available in: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: built a safer health system*. Vol. 126, National Academy Press. 1999.
4. Carver N, Gupta V, Hipskind EJ. Medical error. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing, 2019 [Consultado 2019 May 15]. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>.
5. Vázquez-Frías JA, Villalba-Oriz P, Villalba-Caloca J, Montiel-Falcón H, Hurtado-Reyes C. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? *An Med (Mex)* [Serie en Internet] 2011 [Consultado 2019 octubre 30]; 56 (1): 49-57. Disponible en: <http://www.medicgraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc11j.pdf>.
6. Consejo de Salubridad General. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2017 [Consultado 2019 octubre 30]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08%2F09%2F2017.

7. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. México: Diario Oficial de la Federación; 2012.
8. Forsman RW. Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations? *Clin Chem*. 1996; 42: 813-816.
9. Angüiano-Sánchez NV, Perales-Quintana MM, Díaz-Olachea GC, Cázares-Tamez R, Pérez-Chávez F, Llaca-Díaz JM. Errores en el laboratorio clínico; evaluación de tipos y frecuencias. *Med Univ*. 2011; 13 (52): 133-138.
10. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Ruiz-López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 [Consultado 2019 octubre 30]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.
11. Hawkins R. Managing the pre- and post-analytical phases of the total testing process. *Ann Lab Med*. 2012; 32 (1): 5-16.
12. Agius C, Buhagiar G. Deciphering an unexpected serum creatinine result in a critically ill patient. *J Appl Lab Med An AACC Publ*. 2017; 2 (3): 430-435.
13. Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Ann Clin Biochem*. 2010; 47: 101-110.
14. Astion ML, Shojania KG, Hamill TR, Kim S, Ng VL. Classifying laboratory incident reports to identify problems that jeopardize patient safety. *Am J Clin Pathol*. 2003; 120 (1): 18-26.
15. Straseski JA, Strathmann FG. Patient data algorithms. *Clin Lab Med* [Internet]. 2013; 33 (1): 147-160. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cll.2012.11.009>.
16. Organización Mundial de la Salud. Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. OMS [Internet], 2009; 1-160. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps_icps_full_report_es.pdf.
17. Lao EG, García ÁS, Figuerola MB, Moreno E, Paraire AH. Errors of clinical laboratory and its impact on patient safety. *Open J Soc Sci*. 2017; 5 (3): 243-253.
18. Sciacovelli L, Lippi G, Sumarac Z, West J, García Del Pino Castro I, Furtado Vieira K et al. Quality Indicators in Laboratory Medicine: the status of the progress of IFCC Working Group "laboratory Errors and Patient Safety" project. *Clin Chem Lab Med*. 2017; 55 (3): 348-357.
19. Barth JH. Clinical quality indicators in laboratory medicine. *Ann Clin Biochem*. 2012; 49 (1): 9-16.
20. Gutiérrez A. Las Normas Oficiales como un elemento de control de la Calidad y Seguridad del paciente. *Boletín CONAMED-OPS*. 2015; 20-22.
21. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSAI-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia. México: Diario Oficial de la Federación; 2017.
22. NMX-EC-15189-IMNC-2015 (ISO 15189:2012). Laboratorios Clínicos-Requisitos particulares de la calidad y competencia. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015.
23. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-240-SSAI-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia. México: Diario Oficial de la Federación; 2012.
24. Giménez-Marín A, Rivas-Ruiz F, García-Raja AM, Venta-Obaya R, Fusté-Ventosa M, Caballé-Martín I et al. Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish national health system. *Biochem Med (Zagreb)*. 2015; 25 (3): 363-376.
25. Castro y Vázquez PJ, Tanguma RD, España RI. Una visión de la cultura de seguridad del paciente en hospitales en México. *Rev CONAMED* [Internet]. 2016; 21: (3): 109-120. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con163b.pdf>.
26. World Health Organization. Multi-professional patient safety curriculum guide. Edition. Paitent Saf. 2011, pp. 1-272.
27. Farley D, Zheng H, Rousi E, Leotsakos A. Evaluation of the WHO Multi-Professional Patient Safety Curriculum Guide. 2013. Available in: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/EN_PSP_Curriculum_Evaluation/en/.
28. Revelle W. Package "psych"-procedures for psychological, psychometric and personality research. R Packag [Internet]. 2015, pp. 1-358. Available in: <http://personality-project.org/r/psych-manual.pdf>.

NOTA ACLARATORIA

En el artículo *Depresión en madres médicas en México: un estudio transversal*, Volumen 24 Suplemento 1, 2019, la filiación de Karen Rosales-Mariscal es: Neonatóloga. Hospital Español de México. Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle México.

El prestigio profesional en la práctica enfermera

The professional prestige in nursing practice



María Jesús Romero de San Pío,* Emilia Romero de San Pío,† Gemma Nevado Vega,‡
Ángela López Carrillo,‡ Raquel Martínez Zapico,‡ Ana Vanesa García Niño,‡
Rebeca Cuñado Rivas,‡ María Begoña Linares Gutiérrez,* María Vanessa Espeso García,‡
Demelsa Vaquero Díez,‡ María Ángeles Díez López‡

RESUMEN

La profesión enfermera goza de una buena aceptación a nivel nacional e internacional actualmente, todo ello es fruto del esfuerzo combinado de todos los profesionales que han sabido evolucionar al compás de los avances científicos y tecnológicos, pero sin olvidar el necesario lado humano de la atención a nuestros pacientes. No obstante, todo camino recto está lleno de altibajos y de problemas; como profesionales de la salud debemos de estar siempre atentos y concienciados para que nuestra profesión siga gozando ahora y en el futuro del prestigio profesional debido.

Palabras clave: Enfermería, profesión, historia de la enfermería, calidad de la atención de salud, protección, derechos de los pacientes, riesgos laborales.

ABSTRACT

The nursing profession enjoys good acceptance nationally and internationally now, all this is the result of the combined effort of all professionals who have managed to evolve to the beat of scientific and technological advances, but without forgetting the necessary human side of attention to our patients. But every straight road is full of ups and downs and problems; as health professionals we must always be attentive and aware so that our profession continues to enjoy now and in the future the professional prestige due.

Keywords: Nursing, profession, history of nursing, quality of health care, protection, patient rights, occupational risks.

* Supervisora.

† Enfermera asistencial.

Miembros del Equipo de Investigación de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo, España).

Correspondencia: ERSP, emilia.romerodesanprio@gmail.com

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Romero-de San Pío MJ, Romero-de San Pío E, Nevado-Vega G, López-Carrillo A, Martínez-Zapico R, García-Niño AV et al. *El prestigio profesional en la práctica enfermera*. Rev CONAMED 2020; 25(1): 47-52. doi: 10.35366/92894

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Recibido: 31/03/2019.

Aceptado: 17/06/2019.

In memoriam. Queremos dedicar este trabajo a nuestra compañera María Ángeles Díez López, gran persona y profesional que contribuyó con su extraordinario trabajo diario al prestigio de la profesión enfermera.

INTRODUCCIÓN

La profesión enfermera tiene en sus manos una gran responsabilidad ante la sociedad que constituye el deber de cuidado, tratamiento y atención en la enfermedad, la realización de las labores preventivas y de promoción de la salud y la educación sanitaria de las personas. Una gran responsabilidad conlleva también una serie de obligaciones importantes a cumplir por cada uno de sus miembros integrantes. Una de las principales obligaciones con la sociedad es el realizar su trabajo con los mayores estándares actualizados de calidad, para ello, Enfermería debe de estar perfectamente preparada a nivel científico y técnico con la necesidad de actualizar continuamente sus conocimientos. Pero también la sociedad, de forma recíproca, tiene la obligación de mantener un respeto absoluto hacia los miembros de la profesión enfermera desde un punto de vista tanto profesional como personal.

Las relaciones interpersonales están sujetas a múltiples factores, circunstancias y coyunturas que casi nunca suelen ser fáciles, más aún en situaciones en las que se ponen en relación (no deseada de antemano) una serie de personas desconocidas y en los que una de las partes está pasando por una etapa difícil determinada por una enfermedad o un proceso patológico concreto, por lo que dicha relación puede estar condicionada negativamente desde el principio y llegar a ser muy complicada.

La enfermedad, la necesidad de una posible hospitalización y de estar alejado del medio seguro de la familia y del hogar, genera una situación de miedo, angustia, desconcierto e incertidumbre en el núcleo familiar y en la propia persona protagonista de la enfermedad que puede provocar una situación de nerviosismo y estrés que incide sobre los tres ejes de dicha relación: profesional de enfermería, enfermo y familiares. De esta interacción pueden surgir numerosos conflictos, problemas y situaciones que pueden ser muy estresantes e incluso peligrosas para los profesionales enfermeros, donde no sólo puede ponerse en entredicho su dignidad y el deber del respeto como profesionales de la salud, sino incluso estar en peligro su propia integridad física en situaciones ya límites y afortunadamente minoritarias.

El desconocimiento de las claves legales en que nos podemos apoyar para proteger en todo momento

nuestro derecho a la salvaguarda de nuestro prestigio profesional produce en el profesional de enfermería una sensación de indefensión, estrés y ansiedad que repercute en su salud física y psicológica. El conocimiento de las defensas legales y las claves para poder defender en todo momento dicho prestigio repercutirán en tener profesionales más eficaces, eficientes, seguros y satisfechos con su trabajo diario con el paciente, familia y comunidad. Por lo que es vital incidir en la formación de todos los profesionales en el conocimiento legal y de todas las herramientas disponibles como escudo protector ante dichos conflictos.

El tema del prestigio profesional en enfermería, sus claves, sus determinantes y su necesaria defensa no ha sido muy tratado en la bibliografía general, pero no por ello es menos importante y decisivo. Quizás por motivos evolutivos y coyunturales existe hoy en día mayor interés por estos temas, al compás de un conocimiento mayor y un aumento en las demandas legales por cada una de las partes, tanto por enfermos y familiares como por profesionales en los últimos años. De ahí la importancia de un conocimiento más profundo sobre estos asuntos. El objetivo de nuestro estudio es dar una visión general (a la luz de la bibliografía actual) de las principales claves que han hecho de la profesión enfermera un pilar del desarrollo social a través de la consolidación y del respeto de su prestigio como tal.

CONCEPTO DE PRESTIGIO PROFESIONAL. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Cada profesión tiene su particular desarrollo y evolución; sus diferentes tiempos de avance están delimitados por múltiples factores, la idiosincrasia de la misma, la importancia que tenga la profesión para un mayor número de personas dentro de una sociedad, los beneficios que pueda otorgar a los individuos, las circunstancias cambiantes y el propio azar inclusive. En concreto, la profesión enfermera goza de gran prestigio institucional al compás de su desarrollo a lo largo de las últimas décadas. Su posición como profesión necesaria, válida y moderna ha ido ganando terreno gracias a la calidad de su formación y de su alto nivel formativo tanto científico como humano. Este prestigio y respeto ha ido consolidándose en general en el seno de la

sociedad, no sin problemas y conflictos puntuales y es algo que demanda enfermería desde sus inicios: protección profesional, que ha ido evolucionando a medida del mayor desarrollo de leyes específicas que inciden en el necesario respeto por las profesiones pertenecientes a la rama asistencial sanitaria.

El legado que recogemos ahora y que ha afianzado el respeto social, ha sido fruto del buen hacer científico y humano de la profesión a lo largo de su dilatada historia; de modo que es necesario mantener esta imagen consolidada de profesión moderna, preparada e independiente en sus responsabilidades, incluso cuando los estereotipos aún están presentes. Un par de ejemplos son las ideas que todavía tiene gran parte de la sociedad por su imagen eminentemente femenina desde sus comienzos¹ y la dependencia hacia Medicina²; cuestiones que si bien la primera premisa no fue nunca en detrimento de Enfermería, la segunda de ellas ha constituido un lastre en el desarrollo de la profesión independiente y avanzada. Los cambios se han producido y se están produciendo, pero los estereotipos tienen profundas raíces que debemos seguir erradicando; por lo que es necesario seguir caminando en el sendero de evolución científico-técnico, pero sin olvidarnos del lado humano de nuestra relación con los enfermos y sus familiares.

La investigación realizada por enfermería para su avance y para mejorar el tratamiento y cuidado de la sociedad, es en la actualidad una realidad tangible³, una actitud consolidada e irrenunciable, cuestión que es uno de los principales elementos que prestigian a la profesión y que contribuyen a dar una imagen de modernidad. Nada parece que pueda hacer cambiar estas perspectivas de futuro. Sin duda, uno de los principales ítems que contribuyen a mejorar la imagen que la sociedad tiene de enfermería es la visibilidad de sus cuidados, de su avance científico, ético y humano.⁴ Dar a conocer la profesión, sus valores y su misión en la sociedad es una de las más importantes tareas actuales para contribuir a su prestigio en el presente y en el futuro; pues aunque pudiese parecer que en la sociedad de la información y de las redes sociales dicho conocimiento está ya desarrollado en el entramado de la sociedad, todavía existe mucho desconocimiento e ignorancia que es necesario disipar para otorgarle por fin el lugar de respeto y de dignidad que se merece.

La base del buen hacer enfermero se asienta en los cuidados desde sus inicios y aún hoy en día. Los cuidados han sido de una forma histórico-antrópica un espacio reservado desde tiempos inmemoriales a la esfera femenina, lo que con el tiempo se reprodujo en la profesión enfermera con su mayoría de integrantes mujeres, aunque el incremento de varones ha ido en aumento a lo largo de las últimas dos décadas. La imagen estereotipada del cuidador femenino que se reproducía a nivel profesional en la enfermera va variando poco a poco, no por ello esto repercute en la imagen del prestigio de la profesión⁵ que a nivel social se ha ido incrementando y consolidando a lo largo de su historia más cercana; surgiendo como tal la profesión moderna en el siglo XIX con la organización de la preparación y formación académica específica, el desarrollo protocolizado de los cuidados a administrar en los enfermos y la delegación de ciertas actividades de la rama médica que comienzan a ejercer los profesionales enfermeros preparados para asumirlos,⁶ destacando en todo este proceso la tenacidad y buen hacer de sus protagonistas⁷ en su diaria interrelación de cuidado entre la enfermería y la persona sujeto de dichos cuidados para poder satisfacer las necesidades de la sociedad.⁸ Enfermería ha sabido estar en su adecuado lugar al servicio de las personas y contribuyendo al avance de los conocimientos teóricos y prácticos que competen a su campo de responsabilidades, lo que ha afianzado el prestigio de sus miembros y de la propia profesión como tal.

Sin duda, han contribuido al desarrollo de la imagen enfermera numerosos personajes (muchos de ellos con un concepto aún hoy en día muy estereotipado que precisan de mayores estudios para ver la verdadera dimensión profesional y humana que han aportado a la imagen y al prestigio enfermero) como es el caso de Florence Nightingale,⁹ una de las enfermeras que más ha contribuido al prestigio y a la modernización de la profesión a través de sus innovadoras ideas sobre higiene, formación específica y la aplicación de las matemáticas y de la estadística en la labor del cuidado para demostrar de una forma clara los avances a nivel sanitario.¹⁰ Ella ha dado uno de los mayores ejemplos de profesionalidad y dejó entrar por fin a la enfermería en la edad moderna; pero es el siglo XX el que ha sido más decisivo en el avance y

consolidación de la enfermería como una profesión moderna y todo ello gracias a incidir en uno de los aspectos más decisivos en el manejo de la persona enferma como es el proceso del cuidado. El cuidado y su gestión busca los mejores resultados para ofrecerlos al usuario en la práctica clínica por parte de Enfermería y, para precisamente lograr esto, la mejor estrategia es aplicar la Enfermería basada en la evidencia (EBE), a través de la cual aplicaremos la mejor evidencia científica actual en el desarrollo de nuestro trabajo diario con el paciente y la comunidad.¹¹

En las últimas décadas se han disparado las publicaciones científicas con gran surgimiento de investigaciones abanderadas por Enfermería que afianzan su prestigio y que logran plasmar de una forma independiente sus investigaciones en la práctica clínica habitual,¹² durante la cual se desarrolla un proceso de interacción entre el binomio enfermero-paciente, donde se pone en marcha una mezcla necesaria entre la habilidad técnica, la experiencia profesional, la preparación académica con su faceta humana y la formación en ética del cuidado.¹³ Vemos, por tanto, que a lo largo del desarrollo de Enfermería como profesión el principal pilar sobre el que se ha asentado y evolucionado es sobre el desarrollo científico y humano del cuidado, siendo esto una gran responsabilidad, pues ofrecer cuidados de alta calidad es uno de los principales ítems para el desarrollo sano y activo de una sociedad. Se puede decir que la enfermería es una disciplina única, pero que se da en varios ámbitos de actuación,¹⁴ tanto en el hogar como en el hospital y en la sociedad sin perder la esencia del cuidado, aun en los múltiples escenarios, siendo su trabajo tanto ciencia como arte,¹⁵ gracias al desarrollo del método científico en el quehacer diario y al ejercer el arte del cuidado, proporcionando aquello que precisan sus pacientes para conservar su bienestar y preservar su salud. La labor de la enfermería es actualmente imprescindible en cualquier estrategia de salud y en la lucha contra las enfermedades, siendo en muchos países (sobre todo en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo) el principal pilar para cuidar, sanar y proteger a sus habitantes con las labores estratégicas de educación en salud y de prevención de la enfermedad. Todo ello se ha podido realizar gracias al compromiso de los profesionales

de Enfermería en la promoción y protección de la salud a nivel mundial, constituyéndose en protagonistas de múltiples estrategias en esos aspectos promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Históricamente, también el conocimiento enfermero se ha ido desarrollando al compás del paso de los siglos desde la antigüedad, adquiriendo cada vez más responsabilidad en la sociedad y en el manejo y cuidado de los pacientes,¹⁶ pasando por varias etapas en su evolución: desde una primera etapa más intuitiva y vocacional, con la transmisión de los conocimientos de una forma oral y no sistemática, al desarrollo del propio lenguaje científico enfermero a través de estudios de investigación avanzados que contribuyen a llevar la ciencia enfermera a las más altas cotas. Sin olvidar nunca la esencia de sus acciones, el cuidado integral de la persona enferma y de la sociedad, pues Enfermería como ciencia y profesión enfoca sus acciones hacia dicho cuidado¹⁷ de la persona, siendo ésta el receptor y protagonista de los mismos,¹⁸ incorporando a su profesión una visión holística y global¹⁹ del ser humano objeto de dichos cuidados. Enfermería tiene en cuenta en su proceso de actuación todos los aspectos tanto físicos, como psicológicos y sociales que pueden contribuir a poner en riesgo el equilibrio de la persona y desarrollar un proceso patológico. Los cuidados se enfocan a restituir dicho equilibrio y en ello emplea todo su potencial profesional, el cual es un proceso dinámico, activo y adaptado a la evolución temporal,²⁰ a los cambios sociales y coyunturales, lo que ha contribuido aún más a prestigiarla como profesión en el seno social.

Cambios que no se han producido sin altibajos fruto de la imagen estereotipada de la enfermera que hemos comentado y que permanecía aún presente tras siglos de evolución desde una imagen como cuidadora intuitiva, servicial y de formación básica evolucionada de la arquetípica figura de la mujer sanadora y maternal,²¹ aislada socialmente en su hogar y dedicada exclusivamente a las necesidades de su entorno familiar. Pues de una forma antropológica a lo largo de los siglos, la imagen de la mujer se circunscribía al medio privado, íntimo, al hogar, a la esfera familiar pues la esfera de lo público estaba dominada por la imagen del hombre como sustentador del hogar y figura visible de la sociedad.²² Sin embargo, el siglo que más ha contribuido

al cambio en la imagen social y corporativa de la enfermera ha sido, sin lugar a dudas, el siglo XX, siglo de avances sociales, científicos y culturales por autonomía, en el cual se ha dado el necesario empujón desde la etapa precientífica y dependiente a la situación actual de profesión moderna y liberal.

La imagen enfermera ha ido variando desde la consideración extendida que su misión de cuidado se circunscribía eminentemente al ámbito hospitalario, al conocimiento, por parte de la sociedad de su imprescindible papel fuera de las instituciones sanitarias cerradas, en la comunidad y en el sector educativo de las personas en materia de salud pública.²³ Precisamente la visualización real de Enfermería y su trabajo en la sociedad se facilita a través de la comunicación y trascendencia de sus cuidados y el conocimiento de su labor investigadora actual.²⁴ Uno de los pilares para conseguirlo ha sido dotar a la enfermería de un marco conceptual que le dio identidad propia y que se consolidó gracias al desarrollo del Código Enfermero aprobado por el Consejo Internacional de Enfermería en 1973 y la evolución de los estudios universitarios de Enfermería.²⁵ No obstante, es necesario seguir ahondando en la difusión de la verdadera imagen enfermera debido a que todavía persiste en muchos sectores de la sociedad un desconocimiento real de su verdadero papel social en el avance del sector sanitario en particular y de la sociedad en general.

PERSPECTIVAS DE FUTURO DEL PRESTIGIO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Todo recto camino está lleno de altibajos y de problemas; como profesionales de la salud debemos de estar siempre atentos y concienciados para que nuestra profesión siga gozando ahora y en el futuro del prestigio debido. El apoyo legislativo es para ello de vital importancia, las leyes deben de evolucionar al compás de los tiempos y proteger a los diferentes profesionales que conforman una sociedad. La sanidad y los profesionales que pertenecen a dicho colectivo constituyen uno de los principales pilares de la actual sociedad del bienestar, por lo que velar por ellos es imprescindible.

La base de un reconocimiento social como profesión cualificada y moderna tiene su principal cimiento en una base legal y de ordenamiento ju-

rídico que consolide el respeto y la trascendencia de la profesión enfermera y también en el cambio de la mentalidad de la sociedad al compás del desarrollo científico, técnico y humano de una profesión con cada vez mejor imagen corporativa y mayor prestigio dentro de la sociedad moderna.

La imagen de Enfermería ha ido evolucionando a la par de los tiempos y de un necesario cambio de mentalidad por parte de la sociedad cada vez con mayor conocimiento de una profesión muy reconocida y cada vez menos estereotipada; asimismo, ha progresado en la consideración de su prestigio como profesión autónoma, preparada, decisiva en el desarrollo de una sanidad acorde con los tiempos contemporáneos y con unas perspectivas de futuro prometedoras a la luz de la formación, el acceso al doctorado y su papel cada vez más decisivo en la investigación biomédica.

Las nuevas generaciones de profesionales enfermeros ahondarán en el desarrollo científico y también humano de la profesión para dotarla de una imagen de prestigio como nunca en la historia de la profesión enfermera. Todos los profesionales sanitarios deberán contribuir con su esfuerzo individual al fortalecimiento de la imagen enfermera en la sociedad. Ello se logrará gracias al desarrollo y profundización en los estudios de postgrado y en la evolución de su formación acorde a los nuevos tiempos y a las nuevas necesidades sociales. Para ello es esencial la implementación de la legislación enfermera, ya que nuestras competencias han de estar legisladas para permitir una práctica segura.

CONCLUSIONES

No cabe duda que la imagen corporativa que se tiene de una profesión está muy condicionada por múltiples aspectos como el propio reconocimiento de sus miembros y de la sociedad en la que está inmersa. Una imagen concreta o un estereotipo fijo es muy difícil que cambie, por lo que Enfermería como profesión moderna y avanzada ha sabido estar a la altura de la historia y ha mantenido una imagen y unos niveles de calidad que sería muy difíciles que varíen, pero no por ello son inamovibles, por lo que debemos seguir en la línea de formación, preparación de calidad y de prestigio a lo largo de este siglo.

El reconocimiento del que goza actualmente la profesión enfermera en todos los ámbitos so-

ciales ha sido conseguido gracias a la tenacidad y al alto nivel humano y científico desarrollado por la profesión a lo largo del tiempo. Ha sido el fruto de la suma de esfuerzos personales y colectivos, jalones de figuras de gran prestigio que han contribuido a potenciar el respeto por la profesión. La sociedad demandante de cuidados ha sabido encontrar en Enfermería un firme pilar de apoyo y de confianza que ha contribuido, sin duda, a aumentar el bienestar individual y colectivo.

La sociedad moderna actual nos necesita más que nunca y nosotros sabremos estar al nivel que se nos exige sin bajar nunca la guardia como profesión, haciéndola cada vez más interesante para los futuros estudiantes desde el punto de vista curricular y formativo y no sólo meramente vocacional.

Las claves actuales de la situación en cuanto a formación universitaria, investigación, nicho clave de actuación y responsabilidad dentro de las diferentes instituciones sanitarias tanto abiertas como cerradas y en educación de la sociedad, nos dan idea que el futuro sólo puede ir hacia la evolución, hacia delante en estos términos de desarrollo y prestigio profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solaberrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Sis San Navarra*. 2012; 25 (2): 269-283.
2. Calco-Calvo MA. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enferm*. 2011; 20 (3): 184-188.
3. Ortuño-Soriano I, Posada-Moreno P, Fernández-del-Palacio E. Actitud y motivación frente a la investigación en un nuevo marco de oportunidad para la profesión de enfermería. *Index Enferm*. 2013; 22 (3): 132-136.
4. García-Moreno V, Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DA, Reyero-Ortega B, Ruiznavarro-Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven? Imagen de la enfermería percibida por profesionales y usuarios. *Ene* [Internet]. 2015; 9 (3).
5. Bernalte-Martí V. Minoría de hombres en la profesión de Enfermería Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enferm Glob*. 2015; 14 (37): 328-334.
6. Coelho-Amestoy S, Cestari ME, Buss-Thofehrn M, Leopardi MT, Marten-Milbrath V, Oliveira-Arreiro IC. Inserción del cuidado terapéutico en la construcción del conocimiento enfermero. *Enferm Glob* [Internet]. 2010; (18).
7. Rodríguez-Gómez R. De la orden de las hermanas agustinas de la enfermería contemporánea. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48 (4): 555-556.
8. Badillo-Zúñiga J, Hernández-Morales AR, Bermúdez-González A. La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital); 2013: pp. 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.02>
9. Antón-Solanas I. La historia del cuidado en el futuro. *Temperamentvm*. 2010, 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/t11/t0810.php>
10. Ramírez-Gutiérrez A. Florence Nightingale, la dama de la lámpara. *Rev Cuidándote digital* [Internet]. 2013; 5.
11. Rodríguez-Campo VA, Paravic-Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferm Glob* [Internet]. 2011; 10 (24).
12. García-García I, Gozalbes-Cravioto E. Surgimiento y desarrollo de la historia de la enfermería en España. *Enferm Glob*. 2013; 12 (30): 305-314.
13. Beltrán-Salazar O. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. *Revista Invest Educ Enferm*. 2006; 24 (2): 144-150.
14. Lagoueyte-Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2015; 47 (2): 209-213.
15. Trejo-Martínez F. Enfermería: del arte a la ciencia o de la ciencia al arte. *Enf Neurol (Mex)*. 2013; 12 (1): 95-97.
16. Díaz-Rentería MG. Filosofía de la ciencia del cuidado. Analogía del mito de la caverna de Platón en la profesión de enfermería. *RICS*. 2013; 2 (3): 21-35.
17. Caro S. Enfermería: integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*. 2009; 25 (1): 172-178.
18. Ariza-Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. *Enferm Univ*. 2011; 8 (2): 18-24.
19. Quintero-Laverde MC. Enfermería: acciones de cuidado en la vida cotidiana. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm*. 2017; 7 (1): 70-75.
20. León-Rivera, J. El ser y el quehacer de enfermería: compromiso para el cuidado. *Rev Peru Obstet Enferm* [Internet]. 2016; 12 (1).
21. Games MI. Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. *Enferm Glob* [Internet]. 2011; 10 (22).
22. Arroyo-Rodríguez A, Lancharro-Tavero I, Romero-Serrano R, Morillo-Martín, MS. La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*. 2011; 20 (4): 248-251.
23. Pérez-Vico DRL, Sánchez GMB, Duarte CG, Brito BPR, Rufino DT. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. *Revista de Enfermería* [Internet]. 2013; 7 (2).
24. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Comunicación, imagen social y visibilidad de los cuidados de enfermería. *Revista de Enfermería* [Internet]. 2013; 7 (1).
25. González-Jurado MA. El compromiso de la enfermería con la sociedad. *Rev Adm Sanit*. 2009; 7 (2): 221-230.

RECOMENDACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ODONTOLOGÍA I-III

La seguridad del paciente es una característica fundamental de cualquier servicio de atención a la salud, incluyendo odontología.



ACCIÓN 1

Identificación del paciente

Corroborar al menos dos datos del paciente antes de realizar un procedimiento, por ejemplo: utilizar el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento. Esto es con el propósito de asegurarse de que cada paciente reciba la medicación y el tratamiento correcto.



ACCIÓN 2

Generar un expediente clínico por cada paciente y mantener actualizada la información. Esto es con el propósito de contar con la información más reciente sobre posibles reacciones alérgicas, así como las enfermedades sistémicas y tratamientos médicos que reciban los pacientes.

Registrar en el expediente el monitoreo de la evolución post-operatoria del paciente al realizarse procedimientos quirúrgicos y/o procedimientos complejos.



Comunicación efectiva

Mejorar la comunicación entre el odontólogo, el paciente y sus familiares. Es decir, asegurarse que nuestro mensaje sobre el diagnóstico y tratamiento sea apropiadamente recibido, entendido y confirmado por el paciente. Recuerde que el mensaje debe ser claro y sin tecnicismos. El empleo de modelos y/o dibujos para explicar los procedimientos facilita que el paciente entienda y acepte voluntariamente los tratamientos propuestos.

El plan de tratamiento inicial así como cualquier tratamiento adicional deberán ser aceptados por el paciente y registrados en el expediente. Se debe contar con la carta de consentimiento informado.



ACCIÓN 3

Seguridad en el proceso de medicación

Cumplir con los requerimientos mínimos de la receta médica (Tabla 1). La CONAMED recomienda agregar otros elementos como el nombre completo del paciente, edad, sexo, alergias, talla, peso, entre otros. El modelo recomendado por la CONAMED para la emisión de recetas médicas está disponible en el siguiente link:
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/Infografias/pdf/receta_lttr.pdf

Tabla 1. Requerimientos de la receta médica en conformidad con la Ley General de la Salud.

1. Nombre del médico (o en este caso del odontólogo)
2. Nombre de la institución que la expide
3. Título (y/o grado académico)
4. Número de cédula profesional
5. Domicilio
6. Nombre del establecimiento
7. Fecha de expedición del medicamento

Administrar anestésicos locales con fecha de caducidad vigente y con la descripción clara de la solución anestésica y del vasoconstrictor.



Estas recomendaciones han sido elaboradas con base en el análisis estructurado de las quejas recibidas en la CONAMED, y de conformidad con las "8 acciones esenciales para la seguridad del paciente", emitidas por el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

RECOMENDACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ODONTOLOGÍA II-III

La seguridad del paciente es una característica fundamental de cualquier servicio de atención a la salud, incluyendo odontología.

ACCIÓN 4

Seguridad en los procedimientos

- a) Limitar la exposición innecesaria de los pacientes a la radiación por rayos X.
- b) Brindar protección ocular al paciente en todo procedimiento clínico.
- c) Establecer barreras para prevenir la ingestión o inhalación accidental de objetos extraños.
- d) Utilizar una lista de cotejo en todos los procedimientos quirúrgicos.
- e) Contar con un protocolo de acción para emergencias en el consultorio dental que pongan en riesgo la vida del paciente. Ante la posibilidad de que se presenten emergencias que puedan poner en peligro la vida del paciente, la CONAMED recomienda contar con un botiquín de emergencias con el material de curación y los medicamentos para analgesia, anestesia y cardiología descritos en el apéndice normativo "H" de la NOM-005-SSA3-2010.



Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

- a) Implementar un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención que incluya al odontólogo y a los asistentes

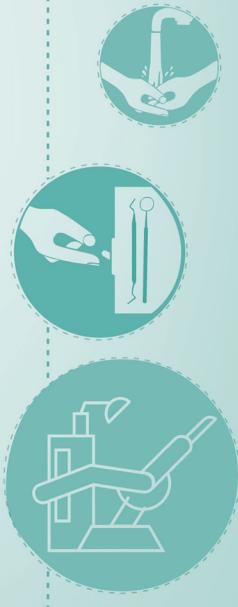
Tabla 1. Momentos para el lavado y/o antisepsia de manos

1. Antes de tocar un paciente
2. Antes de realizar una tarea limpia / aséptica
3. Despues del riesgo de exposición a líquidos corporales
4. Despues de tocar al paciente
5. Despues del contacto con el entorno del paciente

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

- b) Emplear procedimientos estandarizados para la limpieza, desinfección y esterilización del instrumental clínico.
- c) Emplear pruebas biológicas o químicas para verificar los procesos de esterilización del instrumental clínico.
- d) No reutilizar instrumental clínico o material destinado a un solo uso.
- e) Mostrar a los pacientes que el equipo e instrumental a utilizar han sido esterilizados y, en el caso de los desechables mostrar que son nuevos.

ACCIÓN 5



Estas recomendaciones han sido elaboradas con base en el análisis estructurado de las quejas recibidas en la CONAMED, y de conformidad con las "8 acciones esenciales para la seguridad del paciente", emitidas por el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO