

Eventos adversos identificables en las quejas médicas

Enrique Ruelas-Barajas,* Carlos Tena-Tamayo,** Jorge Sánchez-González,*** Odet Sarabia-González,& Luis Ernesto Hernández-Gamboa,° Esther Mahuina Campos-Castolo[§]

Resumen

Introducción: Con el artículo *To err is human*, publicado por el *Institute of Medicine* en 1999, comenzó un movimiento mundial por la seguridad del paciente. Se desconoce la frecuencia de quejas de pacientes relacionadas con eventos adversos en los servicios nacionales de salud.

Material y métodos: Con el objetivo determinar la frecuencia de eventos adversos asociados a las quejas de los pacientes contra los servicios y profesionales de la salud, se analizaron las inconformidades por atención médica que se recibieron en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico durante 2004.

Resultados: Los servicios de urgencias registraron el mayor número de eventos adversos. La negligencia y falta de seguimiento a protocolos de atención representaron más de la mitad.

Conclusión: Los protocolos de manejo en los servicios de urgencias son una oportunidad de mejora que debe ser considerada.

Palabras clave: Errores médicos, eventos adversos, seguridad del paciente, arbitraje médico, quejas.

Summary

Background: *To err is human* (Institute of Medicine, 1999) began the Patients' Safety movement worldwide. We undertook this study to determine the frequency of patient complaints related to adverse events in the National Health Services.

Methods: The National Commission of Medical Arbitration and the Vice-Ministry for Innovation and Quality has the aim of determining the frequency of real adverse events as a reason for complaints by patients and relatives against healthcare professionals and health services.

Results: The Emergency Department registered the highest number of events. Negligence and absence of protocols account for more than half of the adverse events.

Conclusion: Management protocols in emergency departments are areas of opportunity for improvement that must be considered.

Key words: Medical errors, adverse events, patient safety, medical arbitration, complaints.

Introducción

A partir de la publicación del informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1999 en el que se mostró que entre 44 mil y 98 mil americanos mueren cada año por errores prevenibles en la atención médica, ha surgido una reflexión sobre la calidad de la atención médica otorgada por parte de los sistemas de salud.¹ Dicha reflexión se ha extendido mundialmente al ver cómo va-

rios países incluyendo Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Canadá, Dinamarca, han ido incorporando iniciativas en materia de seguridad del paciente dentro de sus políticas nacionales.² México no es la excepción: la seguridad del paciente está considerada dentro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos y seguros.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una institución al servicio de la sociedad, cuya misión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Cuando hay un conflicto entre ellos, se busca que los resuelvan a través del diálogo, utilizando medios alternos como la conciliación o el arbitraje médico.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad es un área de la Secretaría de Salud cuya misión es conducir estratégicamente el fortalecimiento y reposicionamiento de los servicios de salud, producir información estadística confiable y oportuna para la planeación y la toma de decisiones, evaluar el desempeño del Sistema de Salud e impulsar la innovación. Una de sus funciones ha sido planear, desarrollar y operar la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; la Cruzada favorece

* Subsecretario de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

** Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

*** Director General de Difusión e Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed).

& Asesora del Subsecretario de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud.

° Director de Investigación de Conamed.

§ Subdirectora de Investigación de Conamed.

Solicitud de sobretiros:

Enrique Ruelas-Barajas,

Secretaría de Salud, Lieja 7, segundo piso, Col. Juárez, Deleg. Cuauhtémoc, México, D. F.

E-mail: eruelas@salud.gob.mx

Recibido para publicación: 23-05-2007

Aceptado para publicación: 20-07-2007

que la atención médica sea efectiva (fomenta el logro de los resultados clínicos esperados de los servicios de salud), eficiente (propicia el uso óptimo de los recursos), ética (se apega a los valores socialmente aceptados) y segura (impulsa la protección de los pacientes contra riesgos innecesarios).

Ante la inquietud sobre el tema de seguridad del paciente, surgió el trabajo conjunto entre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Subsecretaría de Innovación y Calidad, con la finalidad de conocer la relación entre las inconformidades presentadas ante la Conamed y la frecuencia de eventos adversos dentro de ellas. Si bien los casos presentados ante la Conamed no constituyen la totalidad en los que se podrían haber presentado eventos adversos en los diferentes niveles de atención, sino sólo los casos donde los usuarios de los servicios de salud decidieron inconformarse, resulta el universo más asequible para explorar cuántos eventos ocurren y con qué se relacionan, para evitar en lo posible repetir errores que causen daño a los pacientes. No hay referencias estadísticas oficiales sobre cómo se procesan los casos de negligencia médica en los tribunales, y aun cuando se han realizado peticiones del acceso a la información a través del Instituto Federal de Acceso a la Información, dentro del sistema mexicano judicial no existe la infraestructura estadística que permita obtenerla.

La seguridad del paciente es un tema que ocupa un lugar de vital importancia en numerosos sistemas de salud, no sólo por las cifras alarmantes de los eventos adversos reportados (se estima que en Europa, 10 % de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de evento adverso; y en Australia, 16.6 %^{3,4}) sino también por el gasto generado por el daño causado al paciente como pudiera ser la estancia hospitalaria prolongada, o el incremento de utilización de antibióticos de nuevas generaciones, o la incapacidad generada al paciente que limita su reincorporación al sector productivo del país.⁵ Por otro lado, están el desgaste institucional por la falta de credibilidad de los sistemas de salud por parte de los usuarios del sistema, así como la frustración en quien o quienes cometieron en la línea frontal el error que se tradujo en un evento adverso.⁶ De ahí la importancia de cubrir todos los ángulos para contribuir a incrementar la seguridad de los pacientes en nuestros sistemas de salud.⁷

La mayoría de los interesados en el tema conoce la máxima “primero no dañar”. Los profesionales de la salud deben reconocer que la seguridad es central en la atención de la salud, por lo tanto es indispensable evitar riesgos innecesarios para los pacientes a causa de errores.^{8,9}

La atención que el personal de salud otorga en las instituciones está orientada a beneficiar a los pacientes, sin embargo, en ocasiones puede causar daño.¹⁰ Aunque en la actualidad existen sistemas más modernos de prestación de servicios y la tecnología adecuada para proporcionar un diagnóstico preciso a los usuarios de los servicios de salud, esto no exime de los riesgos de que ocurra un error.¹¹ Un estudio en torno a la práctica médica realizado de Harvard concluyó que 4 % de los pacientes sufre algún

tipo de daño cuando está en el hospital, 70 % sobrelleva algún tipo de incapacidad temporal y 14 % de los incidentes son mortales.^{3,12}

Los errores pueden ser provocados por cualquier integrante del equipo de salud y las fallas pueden encontrarse a lo largo del proceso de atención médica, por lo que está involucrado todo el sistema de salud.^{4,11,13}

Se han definido varios tipos de errores: el error por acción, que ocurre como resultado de una acción tomada;¹⁴ el error por omisión, acontecido por una acción no tomada;¹⁵ el error activo,³ que acontece en el nivel de la primera línea de quien se encuentra en contacto directo con el paciente y sus efectos pueden ser identificados inmediatamente. Pueden ser causados por un defecto en el proceso de la atención del paciente.¹⁶

Además, existen situaciones de riesgo denominadas “cuasi errores” (*near misses*), en los cuales el sistema hospitalario logra evitar el daño,¹ ejemplo: de dos pacientes programadas para histerectomía, la paciente A es alérgica a xiloacina y la paciente B no; durante el traslado a las salas de quirófano, se confunden los expedientes y la paciente A entra con el expediente de la paciente B. El anestesiólogo, basado en el expediente, decide realizar un bloqueo peridural con xiloacina. Por procedimiento, reinterroga a la paciente, se percata del cambio de expediente y ella le informa de su alergia. En ese momento, el anestesiólogo modifica su plan anestésico y evita usar xiloacina. Se impide un evento adverso –probable reacción anafiláctica al medicamento– gracias al sistema redundante aplicado por el anestesiólogo.

Una de las iniciativas de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, ha sido la creación del Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela, con la finalidad de que los prestadores de servicios de salud puedan tener un espacio para compartir eventos adversos, eventos centinela o *cuasi* fallas, en los que de alguna manera han sido testigos, y poder analizar los puntos vulnerables dentro de la cadena de la atención médica para tomar las medidas necesarias y prevenir que dichos eventos vuelvan a presentarse en otras unidades y evitar daño a los pacientes. De igual manera, Conamed ha desarrollado el Reporte de Error Resultado del Acto Médico. Por otro lado, la Subsecretaría de Innovación y Calidad también ha desarrollado un curso taller en seguridad del paciente; la finalidad es lograr un cambio organizacional que fomente la seguridad del paciente como un valor fundamental. Hasta este momento ha habido una respuesta favorable en la mayoría de las unidades participantes.

Además, la Subsecretaría de Innovación y Calidad ha desarrollado 10 acciones básicas para la seguridad de los pacientes. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, interesada por mejorar la calidad de la atención que brindan los profesionales de la salud, formuló recomendaciones al alcance de cualquier profesional de la salud, sugeridas para contribuir en la seguridad del paciente y a la prevención de un error, un conflicto o una demanda. Estas recomendaciones se han emitido para diferentes

especialidades como anestesiología, ortopedia, obstetricia, radiología, oncología, pediatría y para los profesionales de enfermería y odontología. De esta forma, ambas instituciones coinciden en el compromiso para fomentar la seguridad del paciente.

El objetivo de este estudio fue identificar la proporción de eventos adversos que se presentaron en las inconformidades recibidas en Conamed durante 2004, con el objetivo de identificar las fallas del sistema de salud que propician riesgos para la seguridad de los pacientes.

Material y métodos

El diseño del estudio fue un análisis de casos retrospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron todas las inconformidades presentadas ante Conamed y concluidas durante 2004 ($n = 732$). A partir de este universo se calculó un tamaño de muestra (127 expedientes) con el software STATS, con un intervalo de confianza de 95 % y error máximo de 5 %. Los expedientes se identificaron a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas, programa automatizado para la captura de las quejas desarrollado por la institución, con el propósito de registrar, clasificar y recuperar de manera sencilla la información que los pacientes presentan en sus inconformidades ante la Conamed; es la fuente estadística institucional y de los estudios de investigación social en salud. Se seleccionaron todos los casos cuya descripción de la queja incluía un evento adverso potencial, de acuerdo con la definición del *National Center for Patient Safety*.⁴

La definición operacional de *evento adverso* propuesta para este estudio fue: "incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención médica".² A diferencia de la negligencia, un evento adverso no es sinónimo de un actuar inadecuado que pueda ser atribuido a una persona o profesional de la salud en particular, sino que suele derivarse de la asociación desafortunada de debilidades de un sistema de salud. El *National Center for Patient Safety* describe que "los eventos adversos pueden resultar por comisión u omisión (administración de un medicamento erróneo, falla en la integración oportuna de un diagnóstico o en la instalación del tratamiento apropiado en el momento idóneo, efectos secundarios negativos o reacciones adversas de los tratamientos). Algunos ejemplos de los eventos adversos más comunes son caída de un paciente, reacción adversa a un medicamento, error en un procedimiento, complicaciones".^{2,4}

Se buscó intencionadamente los problemas que los países miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) publican como indicadores de salud, los cuales permiten establecer qué tan eficaces son los sistemas de salud para garantizar la seguridad de los pacientes que reciben atención médica. Para disminuir los errores del observador, se realizaron tres sesiones para establecer definiciones y conceptos

relacionados con la seguridad del paciente, el error médico y la responsabilidad profesional.

Se analizaron cada uno de los 127 expedientes de manera colectiva por cuatro revisores independientes. Se excluyeron los casos relacionados con odontología, debido a que los expedientes clínicos presentados ante Conamed por los profesionales implicados no permitieron determinar si hubo daño al paciente. No se analizaron los *cuasi* errores o *cuasi* fallas (*near misses*) por no contar con información objetiva para determinar su ocurrencia.

Se elaboró una base de datos computarizada que incluyó datos sociodemográficos y clínicos del paciente, características de los profesionales de la salud y de las unidades e instituciones médicas donde ocurrieron los eventos adversos, así como su correlación con indicadores de seguridad del paciente publicados por la OCDE. Para la obtención de frecuencias simples y medidas de asociación estadística se utilizó SPSS versión 10.1.3, aplicando la χ^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher, fijando el nivel de significación en $p < 0.05$.

Resultados

De 127 casos de la muestra, en 38 (29.9 %) se identificaron eventos adversos que produjeron daños evidentes a los pacientes, 84 casos (66.1 %) estuvieron relacionados con complicaciones inherentes al padecimiento o al tratamiento y en cinco (3.9 %) los expedientes no tenían información suficiente para ser clasificados.

De los pacientes implicados en los casos con evento adverso, 23 fueron mujeres (60.5 %) y 15 (39.5 %) hombres. El grupo de edad más frecuente fue el de 18 a 39 años, con 15 casos (39.5 %), seguido de pacientes entre 40 y 65 años, con 14 casos (36.8 %). Hubo cinco menores de edad (13.2 %): dos neonatos, dos menores de un año y un adolescente. Los restantes cuatro (10.5 %) correspondieron a adultos mayores (figura 1).

Veinticinco casos (65.8 %) se presentaron en instituciones de seguridad social, 12 (31.6 %) en servicios privados y uno (2.6 %)

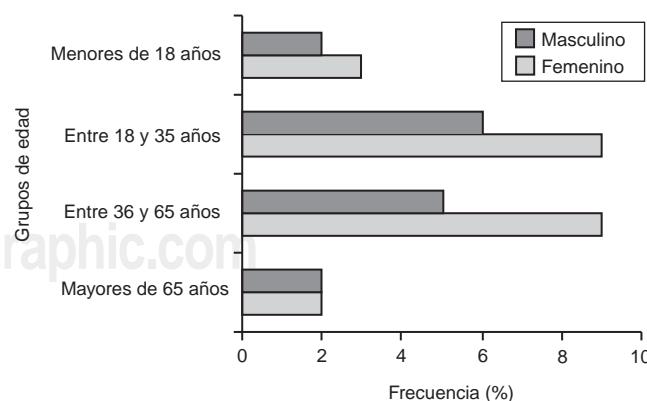


Figura 1. Edad y sexo de los pacientes en quienes se presentaron eventos adversos ($n = 38$).

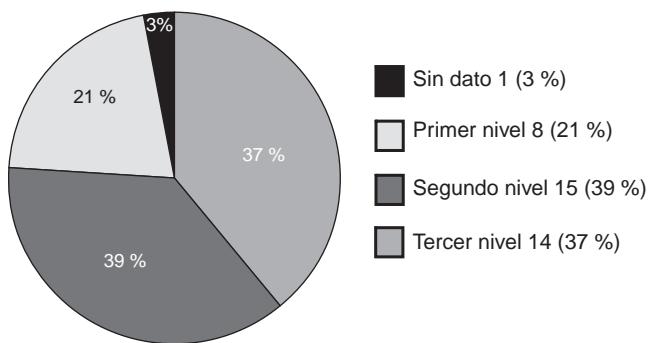


Figura 2. Nivel de atención médica donde ocurrieron los eventos adversos (n = 38).

en servicios de la Secretaría de Salud; 15 (39.5 %) ocurrieron en unidades de segundo nivel, 14 (37 %) en unidades de tercer nivel, ocho (21 %) en primer nivel de atención y en uno (3 %) no se pudo obtener el dato (figura 2).

En el Distrito Federal se registró el mayor número de casos (23, 60.5 %). La distribución por estados se muestra en el cuadro I.

Los servicios donde ocurrió mayor número de eventos fueron urgencias (nueve casos, 23.7 %), ginecología y obstetricia (seis, 15.8 %) y cirugía general (cinco, 13.2 %) (cuadro II).

En 27 casos (71.1 %) se obtuvo información sobre el turno donde ocurrió el evento adverso; en los 11 restantes (28.9 %) no se encontró en los expedientes datos que permitiera identificar esta información. De los 27 casos en los que se tuvo información, el turno más frecuente fue el matutino (cuadro III).

Con base en los datos clínicos registrados en el expediente, en 15 casos (39.5 %) no hubo congruencia entre el diagnóstico de ingreso y el de egreso, en 21 (55.3 %) sí hubo congruencia y en dos (5.3 %) los expedientes no tuvieron datos suficientes para ser clasificados.

En 28 casos (73.7 %), el paciente y sus familiares estaban involucrados en la atención del padecimiento, es decir, solicitaron atención médica con oportunidad, siguieron el tratamiento indicado y acudieron nuevamente a consulta cuando se presentó el resultado adverso o algún dato de alarma. En cinco (13.2 %)

Cuadro I. Estados de la República Mexicana donde se originaron los eventos adversos

Entidad federativa	Frecuencia	%
Distrito Federal	23	60.5
Chihuahua	3	7.9
Baja California	2	5.3
Guanajuato	2	5.3
Nuevo León	2	5.3
Estado de México	1	2.6
Morelos	1	2.6
Quintana Roo	1	2.6
San Luis Potosí	1	2.6
Veracruz	1	2.6
Yucatán	1	2.6
Total	38	100.0

Cuadro II. Servicios donde ocurrieron los eventos adversos

Servicio	Frecuencia	%
Urgencias	9	23.7
Ginecología y obstetricia	6	15.8
Cirugía general	5	13.2
Medicina interna	4	10.5
Consultorio privado	3	7.9
Medicina general y familiar	2	5.3
Oftalmología	2	5.3
Radiología	2	5.3
Ortopedia y traumatología	1	2.6
Pediatría	1	2.6
Psiquiatría	1	2.6
Sin el dato	2	5.3
Total	38	100.0

Cuadro III. Turno en el que se presentó el evento adverso*

Turno	Frecuencia	% del total	% relativo
Matutino (7:00 a 15:00 horas, lunes a viernes)*	11	28.9	40.7
Vespertino (14:00 a 21:00 horas, lunes a viernes)	3	7.9	11.1
Nocturno (21:00 a 7:00 horas, tres guardias a la semana)*	7	18.4	25.9
Guardia de fin de semana (6:00 a 23:00 horas, sábados y domingos)*	1	2.6	3.7
Varios turnos	5	13.2	18.5
Sin el dato	11	28.9	
Total	38	100.0	100.0

* Los horarios pueden cambiar entre las diversas instituciones.

Cuadro IV. Posibles causas* de los eventos adversos

Posibles causas	Frecuencia	%
Negligencia (descuido, exceso de confianza)	17	44.7
Falta de sistematización de protocolos de atención	11	22.8
Tratamiento inadecuado	10	20.7
Error diagnóstico	9	18.6
Errores de documentación del expediente	4	8.3
Falta de recursos	4	8.3
Saturación	4	8.3
Mala comunicación	4	8.3
Impericia	3	6.2
Falta de cooperación del paciente	1	2.1
Total de circunstancias identificadas	67	

* En algunos casos se encontraron dos o más, por lo cual la suma del porcentaje sería mayor a 100.

no hubo dicho involucramiento; en cinco no se contó con información suficiente para determinar si hubo o no participación.

Aproximadamente en la mitad de los casos (17, 44.7 %) se identificó a la negligencia (descuido, exceso de confianza o falta de compromiso con el paciente) como la posible causa de los eventos adversos. Otras causas fueron la falta de sistematización de los protocolos de atención (11, 22.8 %) y el tratamiento inadecuado (considerado cuando el manejo fue equivocado o inoportuno). El resto de circunstancias como posibles causas de los eventos se enlistan en el cuadro IV.

Del análisis de los expedientes se encontraron 67 hechos o circunstancias que fueron identificadas como las posibles causas de los eventos adversos. En 86.8 % de los casos (n = 33) los eventos se consideraron prevenibles (figura 3).

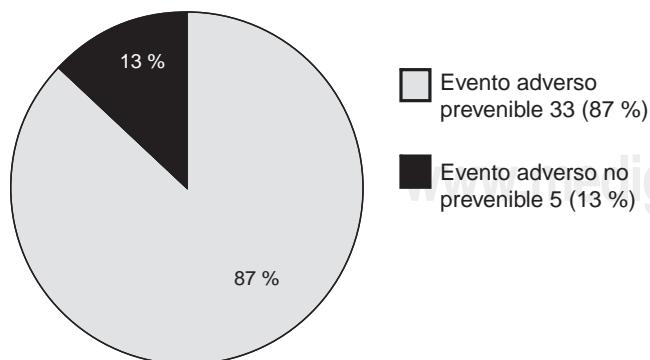


Figura 3. Previsibilidad de los eventos adversos (n = 38).

Cuadro V. Secuelas de los eventos adversos

Secuelas	Frecuencia	%
Alargamiento del tiempo de hospitalización	16	42.1
Afectación parcial de la función	9	23.7
Pérdida de un órgano o de su función	5	13.1
Internamiento innecesario	2	5.3
Muerte	2	5.3

Las secuelas más frecuentes de los eventos adversos fueron la prolongación del tiempo de hospitalización por complicaciones prevenibles (16 casos, 42.1 %), seguida por la disminución de una función (nueve, 23.7 %) y la pérdida de un órgano o de su función (cinco, 13.2 %) (cuadro V).

A la mayoría de los pacientes y familiares no se les dijo la verdad en cuanto al evento adverso (23, 60.5 %), en 10 (26.3 %) se les comunicó la verdad, y en cinco (13.2 %) el expediente no contenía datos que permitieran determinar este aspecto (figura 4).

En el cuadro VI se puede apreciar la magnitud del daño ocasionado por los diferentes eventos adversos encontrados, así como el porcentaje correspondiente.

Los incidentes que se presentaron con mayor frecuencia dentro de la muestra fueron error diagnóstico (18 casos, 47.4 %) y error de tratamiento (11, 28.9 %). De los indicadores propuestos por la OCDE se encontraron problemas con el nacimiento de un niño en tres casos (7.9 %). En algunos casos se identificó la aparición de dos o más indicadores, mientras que en otros no se presentó ninguna situación descrita en dichos indicadores (cuadro VII).

Variables con asociación estadística

En un análisis multivariado comparativo entre los casos en que se identificó algún evento adverso contra los casos sin evento adverso, las variables con relevancia estadística aplicando la χ^2 de Pearson

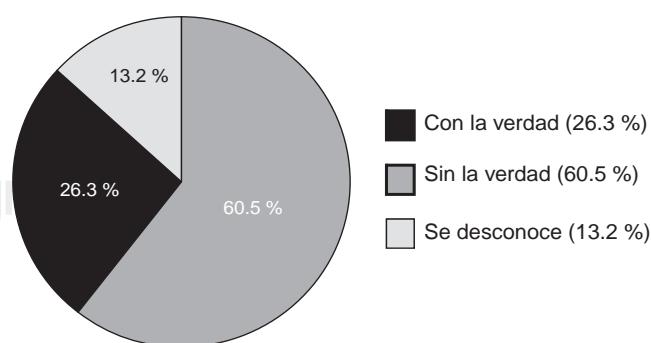


Figura 4. Forma como se manejó la comunicación con el paciente y sus familiares ante los eventos adversos (n = 38).

son fueron el *nivel de atención* de la unidad médica ($p = 0.014$), la *especialidad* en que se atendió al paciente ($p < 0.024$) y el *turno* en el que se presentó el evento adverso ($p < 0.000$). Particularmente en el tercer nivel de atención (36.8 % versus 12.4 %, $p < 0.001$) se encontró mayor frecuencia de eventos adversos. *Cirugía general* fue la especialidad que tuvo una *menor* asociación con los eventos adversos (28.9 % versus 71.1 %, $p < 0.02$). Los turnos con mayor frecuencia de presentación de eventos adversos fueron el matutino (29 % versus 11.1 %, $p = 0.008$) y el *nocturno* (63.7 % versus 26.7 %, $p = 0.011$). Las demás variables no mostraron asociaciones estadísticamente significativas.

Discusión

Se seleccionó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por considerarla un monitor de la atención médica del Sistema Nacional de Salud, al ser un organismo descentrado de la Secretaría de Salud cuya función es resolver las diferencias entre los profesionales de la salud y sus pacientes a través de los medios alternos de resolución de conflictos.

Se considera que los expedientes de las inconformidades son puntos representativos de las fallas que presenta el Sistema de Salud Nacional. Lo anterior se ha observado derivado de los análisis realizados por especialidad para la emisión de las recomendaciones dirigidas a los profesionales de salud tendentes a mejorar la calidad de la práctica, estos resultados se someten al escrutinio y verificación de los líderes de opinión de la especialidad correspondiente, reconociéndose que las fallas identificadas a través de dicho análisis corresponde a la realidad en esa especialidad.

Un aspecto interesante fue la mayor proporción del grupo de mujeres en edad productiva en el que se presenta mayor número de problemas relacionados con la seguridad del paciente. Si bien

la mujer acude más a consulta, no habría que descartar que pudiera existir inequidad de género.

El Distrito Federal resultó la entidad federativa con mayor índice de estos problemas, con 60 % de los casos reportados. Esta proporción se explica porque la Comisión Nacional ha atendido desde su creación los casos que se originan en el Distrito Federal, asiento de gran proporción de los servicios de salud de segundo, tercer y cuarto nivel de atención médica y, consecuentemente, casos de mayor complejidad, lo cual ocasionaría mayor número de eventos adversos. Adicionalmente, los habitantes del Distrito Federal y la zona conurbada tienen geográficamente mayor facilidad para quejarse, lo cual a su vez implica que en los estados donde se registraron pocos o ningún evento adverso podría existir subregistro.

Como era de esperarse, a consecuencia de su capacidad resolutiva y su cobertura de atención (41.1 % de la población mexicana), las instituciones de seguridad social presentaron mayor frecuencia de errores. Cabe considerar si se relaciona, además, con que la población que paga por los servicios —de manera directa en la medicina privada o a través de cuotas a las instituciones de seguridad social— sea más exigente de mejores servicios y se queja más frecuentemente.

En el segundo nivel de atención ocurrieron con mayor frecuencia las fallas en el sistema, lo cual es explicable dada la complejidad de los casos y las limitaciones en la capacidad resolutiva que pueden presentarse. Las especialidades con mayor número de eventos fueron urgencias y ginecoobstetricia, especialidades relacionadas con un gran volumen de atenciones y con tomas de decisiones rápidas.

Llama la atención que el turno en donde más frecuentemente se presentaron estos eventos fue el matutino, esto pudiese expli-

Cuadro VII. Incidentes encontrados

Daños	Frecuencia	%
Ocasionaron o pudieron ocasionar muerte o pérdida permanente mayor de funciones	13	34.2
Causaron alto grado de insatisfacción. Hubo disminución permanente de las funciones corporales	7	18.4
La falla puede superarse con modificaciones en los procesos o en los productos, pero hubo pérdida mínima en la función	11	29.0
La falla no es percibida por el paciente o familiar, y no afectará el resultado del servicio o producto	7	18.4
Total	38	100.0

Indicadores	Frecuencia	%*
Error diagnóstico	18	47.4
Error de tratamiento	11	28.9
Problemas con el nacimiento del niño	3	7.9
Infección de herida	2	5.3
Cirugía de sitio erróneo	2	5.3
Infección por cuidado médico	1	2.6
Embolia	1	2.6
Sepsis posoperatoria	1	2.6
Dificultad técnica con el procedimiento	1	2.6
Eventos adversos relacionados con el equipamiento médico	1	2.6
Errores de medicación	1	2.6
Muerte perinatal	1	2.6
Total	43	

* En algunos casos se identificaron situaciones relacionadas con dos o más incidentes, por lo que la suma porcentual es mayor a 100.

carse por ser el horario de mayor demanda de atención, con mayor número de personal médico y administrativo y el que más pacientes atiende como volumen de demanda programada, lo cual invita a buscar con mayor exactitud por qué este turno es donde se presentaron más fallas. Por otra parte, cabe hacer notar que en 28.9 % de los expedientes no se pudo conocer el turno involucrado en el evento, siendo esto un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana 168 acerca del expediente clínico, que obliga al médico a anotar fecha y hora en la que se brinda la atención.

En 73 % de los casos, los pacientes o sus familiares solicitaron la atención médica con oportunidad, siguieron el tratamiento indicado y acudieron ante algún dato de alarma o resultado adverso, lo que podría sugerir que la falla, por lo menos en estos casos, no se presentó por parte de los pacientes o familiares, sino por la correspondiente al proceso de atención. Si se relacionan estos datos con el hecho de que 86.8 % de las fallas era previsible, se podría concluir que la mayoría de los aspectos vulnerables se encuentran dentro del proceso de atención médica sin incluir al paciente.

El actuar negligente se presentó en 44.7 % de los casos, donde el descuido y el exceso de confianza por parte del equipo de salud fueron las actitudes primordiales relacionadas, seguidas con 22.8 % de falta de sistematización de protocolos de atención.

Las consecuencias resultan también en gastos no previstos para el sistema y para el paciente, ya que se prolongaron los tiempos de hospitalización por complicaciones prevenibles o se desarrollaron secuelas como disminución de la función o la pérdida del un órgano o función, llegando incluso en 5.3 % de los casos a la muerte del paciente, del doble si se compara esta cifra con la informada internacionalmente (2 %). Sin embargo, no debe dejarse de considerar que la muestra de este estudio no está basada en ingresos hospitalarios, sino en las quejas que llegan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el tamaño de la misma es pequeño.

Desde 2002, la Conamed ha venido señalando reiteradamente la inadecuada comunicación en la relación médico-paciente; en el presente estudio esto se refleja en que a 60.5 % de los pacientes o familiares no se le dijo la verdad en relación con el evento adverso. En nuestro país es posible decir que la comunicación es un factor a considerar como un área de oportunidad.

Otro punto importante que vale la pena resaltar es que en esta muestra no hubo varios incidentes considerados importantes a nivel internacional en materia de seguridad del paciente: neumonía por ventilador, úlcera por decúbito, complicaciones de anestesia, reacción a transfusión, tipo de sangre erróneo o trauma en el parto (daño al recién nacido), lo cual no significa que no se estén presentando ya que en otras instancias, como el Sistema Nacional de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela del país, hay reportes de estos eventos. Estos eventos son reportados por el personal de atención médica, lo cual nos lleva a la reflexión que la ausencia en esta muestra puede ser por varias

causas: el tamaño de la muestra y porque hay eventos no percibidos por el paciente pero sí por el prestador de servicios, quien informa al sistema mencionado. Por otro lado, hay eventos que no aparecen en el expediente clínico, complicando el rastreo, de ahí la importancia de buscar otros mecanismos para conocer la prevalencia de este tipo de eventos.

Conclusiones

1. El presente estudio tiene valor exploratorio y ofrece resultados preliminares sobre los programas para mejorar la calidad y la seguridad en el sistema mexicano de la salud.
2. El porcentaje de muertes a causa de eventos adversos en esta muestra indica la importancia de poner mucha atención en el tema.
3. El servicio de urgencias presentó el mayor número de eventos, por lo que deberá prestarse más atención en dicho servicio.
4. La negligencia y falta de protocolos explican más de la mitad de las causas de eventos.
5. Se consideró que 87 % de los eventos era prevenibles.
6. No se dijo la verdad cuando ocurrió un evento adverso.
7. En este estudio se presentaron más casos en el turno matutino.
8. El número de casos en mujeres fue mayor que en hombres.
9. No se tiene información completa.

El apego a las normas éticas, técnicas y científicas es primordial para aumentar el grado de seguridad que se brinda al paciente en los hospitales y clínicas del país.¹⁷ La elaboración de protocolos de atención dirigida a problemas de salud, con una visión integral y donde se dimanche el problema y los niveles de competencia de los profesionales de salud involucrados, es una necesidad urgente para los servicios.¹⁸

El cambio de actitud de los integrantes del equipo de salud es otra prioridad por atender.¹⁹ Su insatisfacción y falta de compromiso podrían ser factores que inciden de manera primordial sobre esta vulnerabilidad en materia de seguridad. Esta situación no sólo la vive el paciente. Cuando algún integrante del equipo de salud o sus familiares son atendidos por el sistema, muchos viven en carne propia lo que les sucede a cientos de pacientes de manera cotidiana.

La negligencia y la falta de sistematización de los protocolos de atención y el tratamiento inadecuado son puntos de oportunidad de mejora que deben ser considerados.²⁰

Es imperioso investigar más sobre equidad de género en materia de seguridad del paciente.

Incorporar a la formación de los profesionales de la salud en pregrado, posgrado y educación continua, materias como calidad de la atención médica, seguridad del paciente, comunicación y derecho sanitario, es una necesidad que requiere una respuesta rápida y apropiada por parte del sistema educativo nacional.

Capacitar al paciente para que de manera proactiva colabore y coparticipe en su atención, será otro aspecto relevante para incrementar su seguridad.

Aunque la labor es mucha, estudios como éste permitirán la identificación de los puntos que conlleven a incrementar la seguridad del paciente y a aumentar la calidad con la que se presta atención a la enorme cantidad de pacientes que se atienden diariamente.

Referencias

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press;2000.
2. World Health Organization: Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente. Punto 3.4 del orden del día de la 109° Reunión del Consejo Consultivo. Doc EB109/9 5 dic. 2001.
3. The NPSA, the Medical Defense Union and Medical Protection Society (UK). Medical Error. NPSA: September 2005. Available at: URL: <http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/Products/Publications/MedicalError.htm> (accessed 29-10-05).
4. The National Center for Patient Safety (USA). NCPS Patient Safety Handbook. Available at: URL: <http://www.va.gov/ncps/Pubs/NCPShb.pdf> (accessed 29-10-05).
5. Leape L, Berwick D. Five years after to err is human. What have we learned? *JAMA* 2005;293:2384-2390.
6. Zhan C, Kelley E, Yang HP, Keyes M, Battles J, Borotkanics R, et al. Assessing patient safety in the United States: challenges and opportunities. *Med Care* 1005;43(suppl I)42-47.
7. Pronovost P, Thompson D, Holzmueller C, Lubomski L, Morlock L. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin* 2005;21:1-19.
8. Schiff G, Young Q. You can leap a chasm in two jumps: The Institute of Medicine, Health Care Quality Report. *Pub Health Rep* 2001;116:396-403.
9. Mayor S. Changing practice. *BMJ* 2004;328:248-251.
10. McCafferty M, Polk H. Addition of "near-miss" cases enhances quality improvement conference. *Arch Surg* 2004;139:216-219.
11. Ronda H. Avoiding the near misses: taking into account one ever-present factor: human fallibility. *AJN* 2004;104:81-84.
12. Altman D, Clancy C, Beldon R. Improving patient safety—five years after the IDM report. *NEJM* 2004;351:2041-2044.
13. Stephenson T. The national patient safety agency. *Arch Dis Childhood* 2005;90:226-233.
14. Gaba D, Howard S. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *NEJM* 2002;347:1249-1255.
15. Smith M, Bartell J. Changes in usual source of care and perceptions of health care access, quality and use. *Med Care* 2004;42:975-984.
16. Choudry N. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Int Med* 2005;142:260-273.
17. Regehr G. Self reflection on the quality of decisions in health care. *Med Educ* 2004;38:1025-1029.
18. Small S, Barach P. Patient safety and health policy: a history and review. *Hemat Oncol Clin North Am* 2002;16:1463-1468.
19. Grzybicki D. Barriers to the implementation of patient safety initiatives. *Clin Lab Med* 2004;24:901-911.
20. Shojania K, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *Med Clin North Am* 2002;86:847-867.