

Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico

Prevention of complaints and claims by applying the Safety Guidelines to the surgical patient

Carlos Campos Castillo, Luis Mauricio Hurtado López, Erich Basurto Kuba, Rafael Zadivar Ramírez

Resumen

Objetivo: Demostrar si el cumplimiento de las “metas internacionales de seguridad en el paciente” pueden disminuir la frecuencia de quejas y/o demandas.

Sede: Hospital General de México.

Diseño: Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

Análisis estadístico: Porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas.

Material y métodos: Se evaluaron las quejas y demandas relacionadas al Servicio de Cirugía General y manejada por el Departamento Jurídico de enero de 2008 a octubre de 2009, al requerir peritaje por tercero en discordia, previo a instrumentar la aplicación del programa de metas internacionales de seguridad en el paciente.

Se evaluó la causa específica de la queja y si ésta hubiera sido o no prevenida al aplicar las metas internacionales de seguridad del paciente.

Resultados: Durante el periodo de estudio se requirió de ocho peritajes relacionados a cirugía general, si se hubieran aplicado las metas internacionales de seguridad del paciente, el 50% de la quejas hubieran sido prevenidas. La cuarta meta internacional que garantiza cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto destaca sobre las demás en casos relacionados a cirugía general para prevenir quejas.

Conclusión: La aplicación correcta de las metas internacionales de seguridad del paciente logra detectar fallas en la atención médica y, en consecuencia, previene en un 50% la frecuencia de quejas o demandas relacionadas con la atención médica.

Abstract

Objective: To demonstrate whether complying with the “International Safety Guidelines for the Patient” can decrease the frequency of complaints and/or claims.

Setting: General Hospital of Mexico.

Design: Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study.

Statistical analysis: Percentages as summary measure for qualitative variables.

Material and methods: We evaluated the complaints and claims related to the general surgery service and handled by the legal department from January 2008 to October 2009 that required expert advice from a third arbitrator, and which occurred before applying the International Safety Guidelines for the Patient. We assessed the specific cause of the complaints and whether these could have or not been prevented by applying the Safety Guidelines.

Results: During the studied period, eight third arbitrator revisions were required related to general surgery. If the Safety Guidelines had been applied, 50% of the complaints could have been avoided. The fourth guideline that warrants that surgery be performed in the right place, use of the correct procedure, and the correct patient stands out above the other guidelines in cases related to general surgery to avoid complaints.

Conclusion: Adequate application of the International Safety Guidelines for the Patient is instrumental in detecting failures related to medical care.

www.medigraphic.org.mx

Servicio de Cirugía General, Hospital General de México.

Recibido para publicación: 20 julio 2011

Aceptado para publicación: 6 agosto 2011

Correspondencia: Dr. Carlos Campos Castillo

Unidad 307 de Cirugía General, Hospital General de México

Dr. Balmis Núm. 148 Colonia Doctores, 06726, México D.F.

Tel. (+52-55) 2789-2000, Ext. 1260 y 1261

E-mail: camposcastillo@live.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Palabras clave: Seguridad del paciente, metas internacionales, mala práctica.
Cir Gen 2011;33:170-174

Key words: Patient safety, international safety guidelines, malpractice.
Cir Gen 2011;33:170-174

Introducción

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son una de las estrategias prioritarias, evaluadas en todos aquellos hospitales y clínicas certificados por la *Joint Commission International*,¹ entidad encargada de acreditar calidad y seguridad de atención a los establecimientos que quieran someterse a los estándares internacionales y que también aplica en su evaluación de certificación de hospitales el Consejo de Salubridad General a través de su Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.²

El propósito de dichas Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente y en consecuencia disminuir los eventos adversos.^{3,4} Dicha metas incluyen seis puntos básicos a considerar:

Meta 1. Identificación correcta de los pacientes, cuyo objetivo es mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado, con el propósito de identificar en forma confiable al paciente con nombre completo y fecha de nacimiento, de tal forma que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Meta 2. Mejora de la comunicación efectiva, su objetivo es prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas, de tal manera que la comunicación sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe.

Meta 3. Mejora de la seguridad en los medicamentos de alto riesgo, en ésta el objetivo es prevenir errores de medicación, especialmente con el manejo de electrolitos concentrados, con el propósito de prevenir la administración errónea de electrolitos concentrados y contar con políticas para su ubicación, etiquetado y almacenamiento.

Meta 4. Garantizar cirugías con el lugar correcto, el procedimiento correcto y el paciente correcto. El objetivo de esta meta es prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto con el propósito de contar con políticas y/o procedimientos que incluyan marcado de sitio quirúrgico, proceso de verificación preoperatorio y aplicación de la lista de verificación de la seguridad en cirugía.

Meta 5. Reducción de las infecciones asociadas con la atención médica, con el objetivo de reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos, con el propósito de llegar a erradicar las infecciones asociadas con la atención médica mediante la higiene de manos con agua y jabón o con soluciones alcoholada.

Meta 6. Reducción del riesgo de las lesiones del paciente por caídas, cuyo objetivo es identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes con

el propósito de implementar las medidas que disminuyan el riesgo de caída en cualquier paciente hospitalizado o ambulatorio dentro de las instalaciones médicas.

Es importante recalcar algunos términos, así los efectos adversos son los daños o lesiones que acontecen durante el proceso de atención médica y no están directamente producidos por la enfermedad en sí, se pueden considerar motivados por el propio sistema hospitalario, ya sea por acción u omisión. Un incidente es una acción o conjunto de acciones por comisión u omisión que podría haber dañado al paciente, pero que este daño no ha llegado a producirse, es decir, que difiere de un efecto adverso "sólo" en el resultado para el paciente. La diferencia con las complicaciones es clara, ya que estas últimas suponen alteraciones del proceso natural de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica.⁵⁻⁷

En Estados Unidos de Norte América cada año se producen un millón de efectos adversos, cuyas consecuencias serán que mueran entre 44,000 y 98,000 pacientes por errores médicos.⁸

Numerosos estudios confirman esta situación con una frecuencia de efectos adversos que varía de 10 al 17%.⁹⁻¹⁴

Por esta razón, el implantar un programa que promueva dichas metas logrará, sin duda reducir los eventos adversos; suponemos que una consecuencia de esta acción sería también la reducción de las quejas y demandas por atención médica.

El objetivo del presente trabajo es conocer si el cumplimiento de las "metas internacionales de seguridad en el paciente" puede disminuir la frecuencia de quejas y/o demandas.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de México; se evaluaron las quejas y demandas relacionadas al Servicio de Cirugía General y manejada por el Departamento Jurídico, durante el año de 2008, previo a instrumentar la aplicación del programa de metas internacionales de seguridad en el paciente.

Se evaluó la causa específica de la queja y si ésta hubiera sido o no prevenida al aplicar las metas internacionales de seguridad del paciente.

El análisis estadístico se realizó por medio de porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas.

Resultados

Durante el periodo estudiado se requirieron ocho peritajes relacionados a cirugía general; a continuación se describen:

Paciente 1: Mujer de 60 años de edad, con antecedente de trauma profundo de abdomen por accidente automovilístico, en el que se presentó lesión de bazo grado IV, hemoperitoneo de 2 litros y desgarramiento de mesenterio; fue manejada con laparotomía exploradora y esplenectomía, se atiende en hospital institucional dedicado a trauma. Cuatro meses después acude por presentar datos de dolor abdominal generalizado de tipo cólico, con náuseas y vómitos ocasionales, correspondiente a oclusión intestinal por bridas, manejada en forma conservadora.

Queja: A decir de la paciente, nunca fue informada adecuadamente de los hallazgos encontrados en su intervención quirúrgica y no conoció al cirujano que le intervino quirúrgicamente.

Meta internacional no aplicada: La meta no aplicada corresponde a la cuarta. La confirmación de información en el momento inmediatamente previo al procedimiento permite resolver cualquier pregunta no respondida o confusión. Refleja que si se hubiera aplicado en la fase preanestésica, se hubiera detectado que la paciente y/o familiares no habían sido informados previamente y, en consecuencia, no se tenía su consentimiento respecto a la intervención quirúrgica, así como conocer al cirujano que le intervendría quirúrgicamente, aun siendo un procedimiento de urgencia.

Paciente 2: Hombre de 63 años de edad, con historia de plastía inguinal en Hospital Institucional de Tercer Nivel de Atención, año y medio previo a la queja, presentando datos de extrusión de material protésico e infección de la herida quirúrgica, mediante nuevo internamiento, cultivo de herida quirúrgica y antibioticoterapia, se retiró el material protésico con resolución del problema infeccioso y sin recurrencia de la hernia inguinal.

Queja: El paciente refirió “que no recibió información del cirujano de las posibles complicaciones de este procedimiento quirúrgico ni se presentó con el cirujano”.

Meta internacional no aplicada: Corresponde a la cuarta y quinta. Se demuestra que el paciente no había dado su consentimiento estando informado plenamente del procedimiento, por otra parte y en esta misma meta, durante la lista de verificación y antes de realizar la incisión, se hubiera verificado, por enfermería, si el material protésico estaba esterilizado adecuadamente y si se hubiera administrado antibiótico profiláctico.

Por otra parte la meta número 5 en la que por medio del adecuado lavado de manos se sabe que disminuye la frecuencia en infecciones del sitio quirúrgico.

Paciente 3: Hombre de 52 años de edad con cuadro de dolor abdominal de tres días de evolución, náusea y vómito, atendido en domicilio particular, elaborando el diagnóstico de probable apendicitis aguda. Es intervenido quirúrgicamente en medio privado, realizándose apendicectomía. Durante la intervención quirúrgica, el paciente presenta paro cardiorrespiratorio, se traslada a terapia intensiva, permaneciendo tres días y fallece por infarto agudo de miocardio, el paciente no cuenta con expediente clínico.

Queja: Los familiares afirman que no le fueron practicados estudios de laboratorio, paraclínico o valoración cardiovascular preoperatoria.

Meta internacional no aplicada: En este caso no se cumplieron las normas mínimas de atención médica ni del expediente clínico, por tanto no se aplicaron las metas de la primera a la sexta.

Dado la falta completa de evaluación preoperatoria, nunca se estableció riesgos, consentimiento informado, indicaciones médicas, gravedad del paciente, comorbilidad ni pronóstico.

Paciente 4: Mujer de 32 años de edad, que acude a ser atendida en medio institucional, por presentar datos de dolor abdominal, náusea y vómito, se hace el diagnóstico de abdomen agudo y se mantiene en observación por duda diagnóstica durante todo un turno nocturno, agregando al cuadro clínico inicial hipotensión arterial y taquicardia en dicho periodo de observación, al día siguiente se acentúa la taquicardia e hipotensión. Se realiza ultrasonografía y se interconsulta al Servicio de Ginecología debido a que el ultrasonido abdominal demuestra líquido libre en cavidad abdominal secundaria a embarazo ectópico roto. Se traslada a otra Unidad de Atención Médica por falta de sangre y al llegar a la unidad receptora se interviene quirúrgicamente falleciendo durante la cirugía por hipovolemia. Se confirma el embarazo ectópico tubario roto.

Queja: La familia demanda negligencia al existir retardo de la atención médico-quirúrgica, falta de comunicación completa y adecuada de la evolución a los familiares, además de diagnóstico equivocado.

Meta internacional no aplicada: Este caso se trata de un retraso en el diagnóstico, que sin duda será la verdadera causa del problema y esta causa no es competencia de las metas internacionales; sin embargo, la unidad médica receptora no cumplió con el estándar de estar seguros de contar con la disponibilidad de sangre, marcado dentro de la lista de verificación de la cuarta meta internacional, ya que finalmente la paciente falleció por hipovolemia.

Paciente 5: Hombre con cuadro de pie diabético complicado presenta necrosis del quinto y cuarto orjeo de miembro pélvico izquierdo, se somete a amputación de ambos orjeos por cirujano plástico en medio particular, quien asegura que ya no será más amputado, siendo sometido a curaciones y cámara hiperbárica. Evoluciona tópidamente y dos meses después acude a atención en medio institucional, donde se le detecta necrosis de todo el pie izquierdo con gangrena húmeda, motivo por el que se la práctica amputación supracondílea de urgencia, evoluciona satisfactoriamente y se le integra a programa de autoayuda de diabéticos.

Queja: El paciente refiere que el primer médico en atenderle (cirujano plástico privado) le dijo que no sería operado nuevamente.

Meta internacional no aplicada: En este caso, el paciente no fue informado adecuadamente, dio su consentimiento para el primer procedimiento, pero con fundamento médico equivocado y su evolución no fue consecuencia de falla en la aplicación de alguna meta internacional.

Paciente 6: Mujer de 35 años de edad que se presenta con síndrome icterico por cirrosis postnecrótica secun-

daria a hepatitis viral, además tiene datos clínicos de litiasis vesicular y coledocolitiasis, confirmados por ultrasonografía. Es evaluada por cirugía general para posible procedimiento quirúrgico, se decide no ser procedente por las condiciones de la paciente, secundaria a la cirrosis postnecrótica, es enviada al Servicio de Gastroenterología, evoluciona en forma tórpida, presenta sangrado de tubo digestivo alto, choque hipovolémico y muerte.

Queja: Los familiares indican que su paciente falleció por falta de atención quirúrgica.

Meta internacional no aplicada: Esta queja se originó por no informar completa y suficientemente a los familiares del caso y pronóstico de la paciente. Ninguna meta internacional hubiera evitado la evolución de la paciente.

Paciente 7: Hombre de 80 años, con cuadro de dolor abdominal agudo que acude al Servicio de Urgencias de Adultos, donde se diagnostica síndrome de oclusión intestinal por probable enfermedad diverticular complicada, es sometido a laparotomía exploradora, realizando operación de Hartmann y colostomía izquierda, es dado de alta por mejoría. Dos semanas después reingresa por deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico, con síndrome de abandono social, sin visita familiar y con escaras de decúbito, presentando estado séptico choque y muerte.

Queja: Los familiares alegan que la cirugía fue la causante directa de la muerte, por no haber recibido información clara y suficiente de parte del médico en relación a los cuidados de manejo intradomiciliario.

Meta internacional no aplicada: En este caso, la atención médica fue otorgada sin ningún tipo de evento adverso, egresando el paciente en adecuado estado de salud. Ninguna meta internacional hubiera evitado la evolución y queja, se determinó que el deterioro del paciente fue resultado del abandono de sus familiares, también se estableció que no existió adecuada comunicación.

Paciente 8: Mujer de 40 años de edad con cuadro clínico de litiasis vesicular y coledocolitiasis. Es sometida a colecistectomía abierta y exploración de vía biliar con colocación de sonda en T en colédoco, es dada de alta por mejoría. Se le retira la sonda en T 5 semanas después de la cirugía, sin ningún tipo de estudio de imagen. Dos meses después se presenta con síndrome icterico secundario a litiasis residual de colédoco, se resuelve extrayendo los litos por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Queja: La paciente indica que nunca se le mencionó la posibilidad de coledocolitiasis residual, ni conoció a su cirujano.

Meta internacional no aplicada: La meta internacional no aplicada fue la cuarta, si se hubiera aplicado, se habría identificado que la paciente no contaba con toda la información sobre su padecimiento y procedimiento quirúrgico, además de haber conocido al cirujano al menos antes de su cirugía.

Discusión

El presente estudio indica que si se hubieran aplicado las metas internacionales de seguridad del paciente, el 50% de la quejas hubieran sido prevenidas.

Esta prevención hubiera sido consecuencia de la identificación de una falta de relación médico-paciente e información sobre la enfermedad. De hecho, se identifica claramente y en forma repetitiva, como causa constante de queja o demanda médica, la ausencia de explicaciones relacionadas al consentimiento informado adecuado y claro, así como que el médico se presente y, en consecuencia, establezca una relación médico-paciente.

Si esta situación se detecta durante la fase preanestésica, el cirujano aún tendrá la oportunidad de dar todas las explicaciones necesarias y, por supuesto, presentarse, incluso al ser detectada esta situación, podría ser motivo de suspensión quirúrgica o retraso de la misma hasta estar satisfecha toda la información.

Sin duda alguna la cuarta meta internacional, relacionada a cirugía segura salva vidas y su lista de verificación, es la que detecta la mayoría de estas situaciones y su incumplimiento se presentó en los cuatro casos prevenibles. Las demás metas tienen notable importancia, pero en cirugía, la cuarta es sin duda de una relevancia mayor.

Por tanto, podemos concluir que la aplicación de estas metas en forma correcta y ejecutiva logra detectar fallas en la atención médica que resulten en eventos adversos y, en consecuencia, previene o aminora la frecuencia de quejas o demandas relacionadas con la atención médica en por lo menos 50% de los casos.

Referencias

1. Joint Commission International, accreditation standards for hospitals, standards list version. (201 pages) Disponible en: URL: [http://www.jointcommissioninternational.org/consultado en 2 Julio 2011](http://www.jointcommissioninternational.org/consultado%20en%20Julio%202011)
2. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la Certificación de Hospitales, capítulo I estándares internacionales, sección III, metas internacionales para la seguridad del paciente. (6 páginas) Disponible en: URL: http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/cap1_INT_secc3_metas.pdf. Consultado 2 Julio 2011
3. Brennam TA, Leape LL, Laird Nm, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et AL. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6.
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 102-7.
5. Muiño MA, Jiménez MAB, Pinilla LB, Durán GME, Cabrera AFJ, Rodríguez PMP. Seguridad del paciente. *An Med Interna* (Madrid) 2007; 24: 602-606.
6. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *J R Soc Med* 200; 94: 322-30.
7. Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ* 2000; 320: 741-4.
8. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. *National Academy Press*, Washington, D.C., 2000.
9. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517-9.

10. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 285-91.
11. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 279-84.
12. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 216-23.
13. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care* 2002; 14: 269-76.
14. Naessens JM, Campbell CR, Huddleston JM, Berg BP, Lefante JJ, Williams AR, et al. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 301-7.