

Seguridad del paciente en Ortopedia

Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva

Buenas tardes, agradezco a CONAMED organizador del Simposium y en especial al Dr. Carlos Tena Tamayo, por la distinción para participar con ustedes. Quiero comentarles las experiencias que he tenido a través de los años, las demandas y conflictos que se presentan médico-pacientes, durante 9 años tuve la oportunidad de representar a la Secretaria de Salud, ante las demandas que presentan los Ministerios Públicos y Penales del Distrito Federal a los médicos ortopedistas, de aproximadamente 800 casos a los que asistí. Básicamente el problema de la demanda es la falta de relación humana médico-paciente. El médico se incomoda cuando el paciente se complica y no sabe que hacer, rehuye su responsabilidad, es la primera causa por la que se manifiesta el descontento del paciente, así como también me tocó ver pacientes que no habían demandado a su médico por los resultados obtenidos, pero tenían una excelente relación con el médico; aceptando tratamientos quirúrgicos muy agresivos, para resolverles las lesiones que les habían dejado, de muy buen agrado y con gusto.

Es por eso que lo más importante en estos asuntos es la relación médico-paciente.

Me tocó participar con CONAMED en la elaboración de las Recomendaciones a los médicos ortopedistas, para tratar de evitar las causas de los errores médicos, constituyéndose un estudio muy interesante, donde se reflejaron los errores en el índice Nacional de los motivos de las demandas y quejas. En 13 meses de revisión CONAMED encontró un total de 5900 casos, correspondiendo a ortopedia 506, resolviéndose la mayoría sin tener trascendencia.

El primer lugar donde se presentan las inconformidades de los pacientes, es para los hospitales de Seguridad Social los que se pueden agrupar en dos grandes rubros; el ISSSTE y el Seguro Social y en segundo lugar, las Instituciones Privadas, en las Instituciones pertenecientes a la Secretaria de Salud, se está conservando la relación médico-paciente satisfactoriamente.

Que tipo de atención requirieron los pacientes que desencadenaron estas quejas: En Urgencias fueron 66 que significan el 60%, vamos hablar en porcentaje que es más representativo. En tipo de atención selectiva fue prácticamente el 23%, en la correctiva que significa tratamientos médicos el 9%, la complementaria para terminar el tratamiento o porque alguna razón no se terminó, ya sea por impericia, porque el médico no supo que hacer o no tenía los recursos necesarios, y tuvo que implementar otro tratamiento quirúrgico, para terminar la atención de este paciente esto representa el 7%, el 1% lo representa un paciente que no supo decir cual fue el motivo del tratamiento al que fue sometido.

Dentro de las Instituciones Privadas algo que realmente llamo la atención es que se revisó el currículo de los médicos, para saber que calidad de médicos estaban atendiendo a estos pacientes y sorpresivamente se encontró que el 28% de los médicos que trabajan en Instituciones Privadas no cuentan con el reconocimiento del Consejo correspondiente a la especialidad.

Se encontró que el 64% de los médicos tienen reconocimiento del Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, un 8% de algún otro Consejo pero el 28% no tiene reconocimiento por los Consejos de la Especialidad, quiere decir que no están avalados para ejercer la especialidad, o no están actualizados.

El hecho de la capacidad médica de reconocimiento de habilidades mínimas para ejercer una especialidad o no, han estado con programas de capacitación continua para estar actualizados en los métodos y doctrinas actuales de la especialidad lo cual llama verdaderamente la atención. Otra de las características que se tuvo que ver, cual fue el motivo por el que el paciente asistió al médico. Se agruparon en este tipo de grupos y vamos a ir viendo cada una de ellas. La atención, alguna ocasión por alguna deformidad, por alguna de las deformaciones que se van adquiriendo, sobre todo secuelas traumáticas, secuelas de fracturas o por el propio funcionamiento del organismo, que se van a llamar las crónico-degenerativas. En ese fueron el 41 por ciento. Por lesiones traumáticas como es fractura que ya son más frecuentes fueron el 34 por ciento, por esguinces que son lesiones traumáticas menores pero no por eso dejan de ser importantes dada la prevalencia que tienen y las grandes lesiones que pueden dejar como secuelas al ser maltratados fueron el 24 por ciento, tratamiento en un segmento óseo que se adhiere a algún tendón o algún ligamento, las fracturas-luxaciones fueron un 6 por ciento, las luxaciones puras fueron el 5.5 por ciento y llama también la atención que las deformidades congénitas que son padecimientos que se tienen durante los primeros años de la vida, fueron un 2 % lo que ocasionó demandas.

¿Cuáles fueron los caracteres del tratamiento que desencadenaron la queja del paciente?. El mal resultado o el resultado no esperado fue del 59.1%, el paliativo de tratamientos sintomáticos para corregir la sintomatología y realmente no se cura el problema de fondo del paciente fueron 33 %; por falta o error diagnóstico o un diagnóstico mal hecho el 7.3% y por desconocimiento total del médico del diagnóstico es el 2.7%. Si vemos este tipo de datos, son muy significativos porque nos están demostrando cómo el médico está perdiendo la humanidad hacia el paciente, la relación, la falta de interés personal y están tratando como de rutina los casos de la medicina. Las inconformidades por causa del servicio médico otorgado, encontramos que por diferimiento de la atención fueron el 26 %, habitualmente éstas son en instituciones públicas de la seguridad social pero también en algunos casos de instituciones privadas se

llegan a presentar. El diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico, también fue el 21%; o sea el médico no solicita los exámenes de laboratorio o se niega a solicitarlos. No con esto implica que el paciente debe tener la razón para que se les pidan los estudios que le exige; lo que sucede es que el médico no tiene la capacidad de entendimiento o de manejo del paciente como para hacerle entender que no son necesarios o no son indispensables para su padecimiento. El siguiente que es el 16.5 por ciento más o menos es el alta prematura. El paciente siente que lo egresan los hospitales antes de que se sienta bien o cuando siente que todavía no se le ha dado la suficiente atención para recuperarse de los procedimientos que se le hicieron o los padecimientos que ocasionaron su hospitalización. En el 3.6 por ciento se encontró negativa total a la atención del paciente y en el 2.7 por ciento, la delegación de funciones. Esta delegación es muy importante porque se encuentra tanto en el sector público como en el privado. Lo característico del servicio público es que dejan al residente y el médico no atiende directamente al paciente y el paciente lo desconoce o no llega a conocerlo y en el sector privado es el que envían al ayudante o al socio y termina sin conocer el paciente al médico tratante cuando éste, cuando se presentan algunas complicaciones o algún problema que el paciente siente que debe ser resuelto por su médico tratante.

También se presentaron inconformidades por el procedimiento que se le aplicó al paciente. Uno es que la prolongación de la convalecencia, la convalecencia fue mucho más prolongada de lo que había establecido anteriormente; otro es la limitación funcional que queda como secuela del tratamiento, esto es muy frecuente si lo aunamos a lo anterior o lo relacionamos con la anterior. Otro 63% fue por necesidades de un procedimiento complementario, quiere decir cuando al paciente se le explicó su problemática, se le habló de un procedimiento específico, fracasó este, no resultó y entonces el médico le propone otro tratamiento complementario para realmente tratar su problema. Esto es por falta de expectativa o falta de prevención y por fin el 10 por ciento aproximadamente de la rigidez articular o la falta de movilidad de las articulaciones que muchos padecimientos ortopédicos dejan a causa de los tiempos de inmovilización tan prolongados y no tener una buena rehabilitación.

Otra que podemos argüir es la problemática de los procedimientos. Una de las complicaciones más temidas y más frecuentes en la ortopedia es la de las infecciones. La infección lleva al paciente a un verdadero calvario para su tratamiento y ellos se quejaron, el 19.1%. Otro problema que tenemos que prolongan la convalecencia o hacen que se tengan tratamientos complementarios es el retardo de la consolidación a la pseudo-artrosis que se presentó con el casi 13 por ciento de los pacientes. Las lesiones de estructuras vecinas, llámese lesiones tegumentarias, de piel, de

tendones, de vasos, de arterias, de nervios se presentaron en el 11.8% y otra de las cosas muy importantes que se presenta creo que exclusivamente en la ortopedia es el aflojamiento o ruptura del implante significa aflojamiento de la placa de los tornillos o la rotura de éstos o de la prótesis que se le aplica al paciente. Al hacer la revisión de los casos, otra de las características que se encontraron es que los médicos no registramos adecuadamente lo que hacemos en los expedientes clínicos. Los expedientes clínicos se encuentran mal llenados o mal llevados. Encontramos que en 18% de los casos había omisiones importantes dentro del expediente clínico, antecedentes, padecimientos, datos de exploración. Otro frecuente que es el 6.5% es la falta que se comente cuando se solicitaron exámenes de laboratorio o de gabinete y no están interpretados o no están descritos en el expediente ya los resultados o se encuentran los resultados sin que se hayan solicitado éstos o se haya manifestado la necesidad de ellos.

Y finalmente un poquito menos del 1%, los pacientes que se quejan de exceso de estudios o estudios no necesarios que solicitan los médicos para establecer los diagnósticos. Otro de los problemas que podemos ir analizando son qué conflictos o qué problemas tenemos con el establecimiento de los diagnósticos. En uno de los expedientes encontramos que no existe el diagnóstico, omiten totalmente el diagnóstico. En otro empiezan a diferir el tratamiento sin causa aparente o sin justificación u ofrecen un tratamiento insuficiente que no resuelve totalmente la problemática del paciente.

Primero encontramos que tiene protocolos insuficientes para el estudio y tratamiento de los pacientes o no existen estos protocolos. Van tratando y estudiando a los pacientes en formas indistintas, no ordenadas, no bien clasificadas lo que con el tiempo van a llevar a fracasos y por eso nos presentaron quejas hasta del 40%.

El procedimiento no idóneo o la deficiencia técnica. Esto habla de los pacientes que van y se quejan porque se les realizó un procedimiento que no resuelve su problema y al hacer la revisión del expediente, encontramos que no se considera dentro de la literatura mundial actual o los quehaceres diarios del médico actuales dentro de los procedimientos idóneos para ese tipo de padecimientos o es un tratamiento que se hizo deficiente por falta de algún material, por falta de algún implante o sustitución de éstos por capricho o necesidades del médico. Después no se sustentan los diagnósticos, no se trabaja la medicina bajo la evidencia médica. No se tienen bien sustentados o bien fundamentados los diagnósticos que se le exponen al paciente. Después también hay exceso de tratamiento, hay veces que se les da demasiado tratamiento, demasiados medicamentos, pudiera ser o se recurre a procedimientos quirúrgicos muy agresivos, mucho más agresivos que los que se requieren para poder solucionar el problema del paciente y finalmente aquellos que hacen un procedimiento

innecesario con el que ni lejana ni remotamente van a resolver el problema de los pacientes y esto encontramos que es el 2.7 por ciento de los pacientes que se quejaron.

Este tipo de agresiones, este tipo de alteraciones nos van a dar repercusiones al nivel de salud. ¿Cuáles son las principales que se encontraron en este estudio?

Encontramos que casi el 53% de los pacientes quedaron con una limitación de la función, 17.3% de los pacientes tuvieron algún grado de invalidez, invalidez es el no poder reincorporarse a su vida normal diaria que tenían previa a la lesión o al accidente que sufrieron y el 6.4% desencadenó una amputación en los pacientes y en el 3.6% desencadenó el fallecimiento, el desenlace fatal del paciente.

Como vemos son muchos los factores que van siendo. Al revisar este estudio, al hacer un análisis de todas las causas con las que los médicos nos vamos topando y los fracasos o complejos que vamos teniendo, no nos queda más que hacernos un gran número de preguntas que yo creo que podemos suscitar en esas tres ideas.

Primero hay que hacer la identificación, encontrar la verdadera problemática. Si no conocemos el problema no vamos a poderles dar una solución. Dos, un análisis de los problemas específicos, no podemos generalizar, tenemos que particularizar para sacar una respuesta adecuada a los problemas que tengamos y finalmente hay que buscar propuestas de mejora y soluciones a los problemas que tengamos que resolver, a lo mejor no los podemos resolver al 100 por ciento pero debemos irlos resolviendo poco a poco y dando mejoras a estos resultados.

Después de responder estas 3 preguntas, en la CONAMED, en un grupo de expertos representativos de todas las instituciones médicas que se encuentran en el Distrito Federal se llegó a hacer un recuento de recomendaciones, que bien lo mencionó el doctor Tena en el inicio del simposio, se hicieron las recomendaciones que se consideraron que son las bases o la punta para que los médicos vayan desarrollando, vayan disminuyendo sus errores y por lo tanto vayan disminuyendo las demandas médicas.

Primero debemos estar seguros que los médicos que practican la especialidad tienen los conocimientos y la destreza necesaria para realizarla y eso independientemente del título profesional, estar avalado por los órganos colegiados como son los consejos y en la ortopedia está el Consejo Mexicano de Ortopedia.

Dos, actualizar permanentemente el conocimiento y la práctica profesional. Hay que estar asistiendo continuamente a cursos de actualización, a congresos, a simposiums y a todo aquello que nos vaya poniendo a la actualidad y en el desarrollo tecnológico de la medicina y en particular la especialidad de la ortopedia. En los últimos 15 años ha tenido un desarrollo tecnológico impresionante que es muy difícil alcanzarla.

Y por lo tanto todo esto es en base a la enseñanza del médico.

Tenemos que ver que hay que mantener una comunicación médica adecuada con el paciente y el familiar responsable, hay que acordarse de que muchas veces cuando habla uno con el paciente, el paciente está nervioso, está impactado por lo que le estamos diciendo o cuando damos algún tratamiento agresivo puede ser quirúrgico o de alguna otra índole, el paciente se pone muy nervioso y no entiende o no capta lo que decimos. Entonces hay que apoyarlo siempre con la presencia de un familiar que debe ser el responsable del paciente y tener diálogo con ellos dos y atenderlos, escucharlos y aclararles las dudas. Los médicos, frecuentemente, nos sentimos omnipotentes y todos tienen que entender lo que hablamos porque nosotros lo decidimos. No, es cierto, casi nadie nos entiende y si ustedes empiezan a tener relación con este tipo de aspectos verán que el lenguaje del abogado el médico no lo entiende y el lenguaje del médico, el abogado no lo entiende.

Entonces tenemos que tener un léxico, tenemos que tener un idioma accesible y que lo entienda el paciente además no es lo mismo tratar con una paciente chamula que nos viene de Chiapas o el señor que es Gerente de Cementos del Águila de Monterrey con toda la capacidad intelectual desarrollada. Tenemos que adaptarnos y tenemos que entender a todos y cada uno de nuestros pacientes, tenemos que dar información completa, no andarnos por las ramas, no tratar de ocultar. Es preferible que un paciente no nos quiera y vaya con otro médico a darle la información incompleta y sea motivo posterior de una queja o demanda hacia nosotros o tener siempre el consentimiento de todos los procedimientos que vayamos a hacer así sea el simple hecho de hacer una curación, debemos de tener la autorización del paciente para realizar la curación y finalmente tenemos que ser partícipes de la inquietud del paciente. Nuestro paciente depende de nosotros por lo que tenemos que orientar y darle facilidades para que obtenga una segunda opinión médica.

Tenemos que estar seguros de que el paciente nos entiende y acepta los procedimientos que nosotros le hacemos, los diagnósticos y los tratamientos propuestos si no nos vamos a lograr nada con el paciente.

Tenemos que valorar integralmente al paciente, integrar un adecuado expediente con todas las cosas que tenemos y para eso existe la Norma Oficial Mexicana 168 que nos dice cómo se deben integrar un expediente y tenemos la obligación de seguirla por ser una norma oficial. Solicitar exámenes de laboratorio y gabinete necesarios en cada caso. Hay que particularizarlo no podemos generalizarlo y solicitar las inteconsultas necesarias para que cada paciente sea completamente estudiado en toda su problemática.

Valorar la capacidad del paciente en forma individual, no generalizar, hay que hacer un tratamiento de acuerdo al paciente, el más adecuado a él dentro de los que se conocen

como establecidos dentro de la literatura y el quehacer médico moderno. Planificar correctamente el procedimiento y no llegar al quirófano a ver qué le voy a hacer a mi paciente. Debe llegar con un plan perfectamente bien estudiado y predeterminado para que únicamente se angustie el médico en resolver las complicaciones y los conflictos que se presenten. Realizar el procedimiento en instalaciones adecuadas para cada caso. No es lo mismo hacer una cirugía de una prótesis de cadera que debe tener requerimientos específicos de quirófano a hacer una sutura simple, una debe tener en un servicio de urgencias. Cada caso debe tener las instalaciones adecuadas para cada uno de ellos y usar técnicas y principios técnicos científicos y no usar métodos empíricos no probados. Con esto vamos a asegurar desde el primer contacto del paciente la valoración integral y el paciente lesionado en el servicio de urgencias tiene características importantes. Debemos identificar y registrar todas las lesiones que presente el paciente. No hay que darlas por obvias ni por entendido. Hay que priorizar las lesiones para iniciar un tratamiento de acuerdo a los principios de que primero es la vida, después la función y después la estética. Recurrir a las interconsultas y estudios especializados necesarios para la atención del paciente y finalmente si no podemos resolver su problema, estabilizarlo y dar todas las facilidades para canalizarlo en donde sí se le pueda resolver su problema. Con todo esto, tenemos que involucrar al paciente y a los familiares para la rehabilitación integral pre y post-quirúrgica implicando todo lo que tiene que hacer el paciente y después de valorar todo esto, tenemos que definir y reflexionar con oportunidad el manejo para cada uno de ellos, para cada uno de nuestros pacientes y ser dentro de lo médico, lo más ético y lo más justo posible hacia nuestros pacientes. Veamos los puntos que aquí se mencionan para plantear los beneficios del diferimiento cuando no se requiere la cirugía, no nada más diferirla sin avisarle, establecer la forma particular idónea para el tratamiento conservador y quirúrgico de cada uno de ellos y no adelantarnos a los hechos y finalmente considerar la posibilidad de más tiempo quirúrgico, procedimientos complementarios pero avisándole al paciente, teniendo su consentimiento y que él conozca y se involucre en los complejos tratamientos que va a tener y la responsabilidad debe ser compartida, no es exclusivamente del médico sino tiene que ser intervenida entre el paciente, muchas veces su familiar y el médico para tener un desenlace feliz. Muchas gracias por su atención.

Preguntas

PRESENTADOR: Comentaba yo con el doctor Madina-veitia, a quién le agradezco su presentación el que les quiero pedir a ustedes nos hagan las preguntas por escrito porque pretendo que al final nos sentemos los cuatro ponentes con el doctor Carlos Tena para llevar a cabo la ceremonia de

clausura. Entonces las señoritas van a tener hojas, si quieren hacer preguntas, por favor por escrito y pásenla a la señorita quien me las entregará.

Enfermería

Lic. Carolina Ortega Vargas

Quiero agradecer la oportunidad de participar con ustedes, creo y estoy convencida que el personal de enfermería tiene mucho que ver en la seguridad del paciente sobre todo en el área hospitalaria y creo que nuestra participación debe ser más activa en este sentido. Me voy a permitir rápidamente comentar con ustedes lo que hemos trabajado nosotros en relación a la seguridad del paciente. Lo voy a hacer a través de estos cuatro puntos: que es enfermería y la seguridad de los pacientes, el contexto de lo que es un cuidado seguro, un programa de garantía de calidad para un cuidado seguro y las experiencias y resultados que hemos tenido en relación a implementar estos cuatro puntos.

Dentro de lo que nosotros conocemos como enfermería y la seguridad de los pacientes, sabemos que nuestra disciplina como tal se centra en el cuidado de la persona sea del individuo, la familia o la comunidad y que para nosotros es muy importante la interacción que tenemos con el paciente ya que a través de ésta, él vive diferentes experiencias en su proceso, salud y enfermedad. Nuestra práctica generalmente va más allá del cumplimiento de tareas rutinarias y debe ser así. Requiere recursos intelectuales y de intuición para la toma de decisiones y realizar acciones pensadas, reflexionadas que respondan a las necesidades particulares del paciente. En los últimos años observamos la tendencia a que el cuidado sea seguro, a que todo este trabajo que realizamos se desarrolle en un contexto de confianza y no complique más al paciente de las situaciones de enfermedad que ya tiene. Por lo tanto, el cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso así como elementos técnicos y la conciencia del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe. De aquí partimos a que debemos ser nosotros, el personal de enfermería, quienes otorgamos el cuidado, que analicemos el qué del cuidado y el cómo del cuidado, es esta parte donde interactuamos entre paciente y enfermera. Esto es lo que nosotros definimos como el acto de cuidar en donde básicamente y a diferencia del profesional médico, realizamos técnicas, tecnologías de enfermería o procedimientos de enfermería con los cuales vamos a ejecutar acciones, muchas veces llevamos a cabo indicaciones médicas o algún otro tipo de intervenciones independientes. Es al realizar estos procesos, en el acto del cuidar cuando muchas veces se presentan errores en la atención de enfermería y es donde nosotros debemos encaminar nuestra práctica hacia un cuidado seguro.