

Recomendaciones generales para mejorar la práctica de la Ortopedia

General recommendations to improve the medical practice of the orthopedics

Rosiles Exkiws JA, Muñoz Gutiérrez J, Hernández Gamboa LE, Campos Castolo EM, Victoria Ochoa R, Sánchez González JM, Aviña Valencia J, Madinaveitia Villanueva JA, Michel Nava M, Ariguznaga Cruz R, Dufoo Olvera M, Bravo Bernabé PA, Torres Méndez JL, Pérez Viquez AF, Espinosa Urrutia E, Robles Uribe A, Reyes Gallardo A, Salmerón Moctezuma JA, Manuell Lee GR, Tena Tamayo C.

Resumen

La Ortopedia es una de las especialidades con mayor número de inconformidades ante CONAMED. Se analizaron los casos relacionados a esta especialidad y se encontró que 28% de los médicos involucrados no contaban con ninguna certificación. Los padecimientos deformantes y degenerativos fueron las principales causas de solicitud de servicio. Los motivos de inconformidad más frecuentes fueron diferimiento de la atención, diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico. Los problemas de comunicación en la relación médico-paciente alcanzaron 87.3% de los casos. Se detectó que la desviación más relevante por frecuencia fue un protocolo de estudio deficiente (40.9%). Un grupo de prestigiados médicos especialistas analizó estos resultados y emitió por consenso las Recomendaciones Generales para mejorar la Práctica de la Ortopedia: 1) Contar con las certificaciones y recertificaciones indispensables para ejercer la especialidad de ortopedia, 2) Mantener comunicación médica adecuada con el paciente y su familiar responsable, 3) Asegurar la comprensión y la aceptación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos, 4) Valorar integralmente al paciente, estructurar diagnósticos y establecer tratamientos o medidas terapéuticas oportunas, 5) Asegurar desde el primer contacto la valoración integral del paciente lesionado, 6) Definir y reflexionar con oportunidad el manejo para cada caso. Emitieron también Recomendaciones Específicas para la atención del paciente con Lumbalgia y con Esguince en extremidades, pues estos fueron los padecimientos más frecuentes encontrados en las inconformidades.

PALABRAS CLAVE: Recomendaciones, CONAMED, ortopedia, lumbalgia, esguince, error médico, responsabilidad profesional, negligencia, comunicación, relación médico-paciente.

Summary

Orthopedics is one of the specialties with more number of dissents received at CONAMED (National Medical Arbitration Commission of México). The cases related to this specialty were analyzed. Results: 28% of involved doctors didn't have any board certification; deforming and degenerative were the main causes of application of service; the most frequent dissent reasons were delay of medical attention and delay or negation of diagnostics auxiliaries. The communication problems in the doctor-patient relationship reached 87.3% of the cases. The most outstanding deviation by frequency was a deficient diagnosis plan (40.9%). A group of prestigious specialist analyzed those results and emitted by Consensus these General Recommendations to improve the Practice of Orthopedics: 1) Have the board certification and re-certifications indispensable to exercise Orthopedics specialty, 2) Maintain appropriate medical communication with the patient and its responsible relative, 3) Assure the understanding and acceptance of the proposed diagnostic and therapeutic procedures, 4) Value the patient integrally, to structure diagnostic and establish treatments or opportune therapeutic measures, 5) Assure from the first contact the injured patient's integral valuation, 6) Define and meditate with opportunity the handling for each case. They also emitted Specific Recommendations for the patient's attention with Low Back Pain and with Sprain in extremities, because these were the most frequent sufferings found in the dissents.

KEYWORDS: Recommendations, CONAMED, orthopedics, low back pain, sprain, medical error, professional liability, medical negligence, communication, doctor-patient relationship, physician-patient relationship.

¹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

² Hospital General de Xoco. SSDF

³ Centro Nacional de Rehabilitación

⁴ Hospital 20 de Noviembre. ISSSTE

⁵ Hospital Central Militar

⁶ Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.

⁷ Hospital General de México

⁸ Centro Médico Naval

⁹ Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez". IMSS

¹⁰ Hospital de Traumatología de "Magdalena de las Salinas". IMSS

¹¹ Sociedad Mexicana de Ortopedia, A. C.

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Aún considerando el panorama de perjuicios que causan las afecciones músculo esqueléticas en la edad productiva de las personas, es muy pertinente señalar que las lesiones y deformidades no hacen distinción de edad, sexo, clase social, credo religioso o político. Su espectro causal corre de lo genético hasta lo degenerativo, pasando por lo adquirido, de modo fortuito o violento e incluso, conscientemente provocado, las enfermedades *per se* y las secuelas.

La Ortopedia es una especialidad amplia. Ninguna otra especialidad quirúrgica requiere del conocimiento de tantos accesos quirúrgicos, elementos de fisiología, de bioquímica, geometría y mecánica. Brinda grandes satisfacciones y mayúsculas decepciones, cuando no logramos vencer al paciente y a sus familiares de que el éxito en los tratamientos penden y dependen de la participación de todos los relacionados con la persona que recibe la atención.

Resulta muy significativa la relación de atenciones de la especialidad respecto de la posibilidad de inconformidad con el servicio recibido, la posibilidad de fracaso no es unívoca, pues resulta de la concepción del objetivo en el tratamiento, la cooperación, las circunstancias y no únicamente de la *lex artis*.

A) Antecedentes Históricos

Probablemente el primer trastorno de salud objetivo que entendió el hombre primitivo fue relacionado con el sistema músculo-esquelético, es por eso que los orígenes de la Ortopedia y Traumatología se hallan ligados a los principios mismos de la humanidad. Los primeros seres humanos se procuraron los alimentos mediante la caza y la pesca, fabricaron rudimentariamente sus enseres y prácticamente habitaban a merced de otras especies depredadoras; sin más defensas o herramientas que sus propias extremidades, lo que hacía al hombre primitivo altamente vulnerable y en consecuencia, sujeto de constante riesgo de lesiones. Karl Jäger, antropólogo alemán, estudiando huesos prehistóricos encontró que más del 50% de los fracturados, habían sanado con excelentes resultados. Así, los curanderos primitivos, con una carga mágica o mística, reparaban y rehabilitaban, sin percatarse que con esas prácticas nacía la más universal de todas las especialidades médicas.

Muchos autores citan las representaciones egipcias de padecimientos ortopédicos, también hacen referencia a las exquisitas reseñas hipocráticas de padecimientos de cadera o de las descripciones clínicas representadas en piedra en las termas de Argólida. Hipócrates nos dejó procedimientos y maniobras que en algunos casos todavía usamos, como las maniobras de reducción de luxación escápulo humeral, la reducción con yesos progresivos en el pie equino varo e incluso se puede considerar precursor también de sistemas como los *turn workers*.

En general hasta antes del siglo XV los barberos marchaban con los ejércitos atendiendo a los lesionados, realizando los procedimientos más cruentos, separada la actividad quirúrgica de la médica, con el renacimiento se reúne nuevamente el concepto médico quirúrgico, y hacia el siglo XVII aparecieron obras como la de Francis Glison que describió la enfermedad denominada raquitismo en su obra *De rachitide sive morbo puerili*, en el siglo XVIII Percival Pott documentó la espondilitis tuberculosa.

La Ortopedia y Traumatología nace como concepto también en el siglo XVIII, Nicolás Andry en su obra *L'orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les defformites du corps* (La Ortopedia o el Arte de Prevenir o Corregir en los Niños las Deformidades del Cuerpo), acuñó el término "Ortopedia" derivado de los vocablos griegos *ortos*, erecto correcto y *paidos*, niño o infante, marcó la necesidad de escindir la especialidad de la cirugía, más allá, exalta la esencia de la Ortopedia al afirmar:

"...La Ortopedia es una rama de la Cirugía, pero tiene un carácter preventivo y orientador, quien ejerce esta rama de la medicina debe <educar>..."

Para muchos autores, la obra de Andry demuestra la pobreza de la especialidad en ese entonces, pero aparte de la denominación de la especialidad, aportó el emblema *del árbol torcido atado firmemente a una estaca para lograr su correcto crecimiento*, que hasta la fecha identifica a la especialidad en todo el mundo.

La Ortopedia y traumatología moderna avanzó solo en principios y axiomas mientras no se alcanzó la etapa antiséptica de la cirugía, si bien es cierto, se logró conjugar el aspecto, farmacológico, quirúrgico, ortético y fisiátrico, los avances reales se dieron primero con los Rayos "X" y objetivamente, con la aplicación del principio de antisepsia, así como con los materiales para osteosíntesis cada vez mejor tolerados por el organismo humano.

En México, a fines del siglo XIX, el presidente Porfirio Díaz dio un gran impulso a la medicina con la creación de varios hospitales, donde en un principio, los padecimientos traumáticos del sistema músculo esquelético y las patologías ortopédicas eran tratadas por médicos generales o por cirujanos generales.

En los albores del siglo XX, la incipiente ortopedia y traumatología mexicana, influenciada por Francia y Alemania, no estaba unificada, pues existían varios hospitales con su escuela propia, como el Hospital General de México, el Hospital Juárez y algunos privados como la Clínica y el Hospital Shrinners, dedicados a tratar los padecimientos y secuelas neuromusculares.

Con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a mediados del siglo XX, y ulteriormente otras instituciones, como el Instituto Nacional de Ortopedia, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los conceptos, criterios y corrientes en

la enseñanza y el ejercicio de la ortopedia y traumatología se fueron diversificando.

En 1946 se fundó la Sociedad Mexicana de Ortopedia y Traumatología A.C., hecho que constituyó un gran paso para la integración de la escuela mexicana de Ortopedia y traumatología.

Los ortopedistas nacionales se interesaron en viajar al extranjero para conocer el ejercicio internacional de la ortopedia y traumatología, y en 1956, se logró la sede del Congreso Mundial, de la Sociedad Internacional de Ortopedia y Traumatología (SICOT).

En la segunda mitad de los años sesentas, el IMSS introdujo el método suizo AO para el tratamiento por compresión de las fracturas y para otras patologías como osteosíntesis, pseudoartrosis, artosis, etc. Se realizaron cursos internacionales y los grupos nacionales prosperaron, hasta que la AO suiza nombró a México como sede autónoma de cursos internacionales.

En 1974, se fundó el Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología AC, desde entonces han surgido nuevas sociedades, como la Sociedad de Ortopedia Pediátrica, la Sociedad de Cirujanos de Columna Vertebral, la Sociedad de Cirugía de Mano, la Asociación Mexicana de Cirugía Reconstructiva Articular y Artroscopía (AMECRA), etc.

B) Padecimientos más frecuentes en la consulta de Ortopedia.

Algunos autores, "limitan" el campo de acción de la especialidad al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las afecciones traumáticas, deformidades y disfuncionalidad de todos los huesos, articulaciones y músculo estriado, exceptuando los craneofaciales, los del oído medio y laríngeos cuando han perdido su carácter cartilaginoso. Los tres modos fundamentales de para agrupar el estudio de la Ortopedia en general, se basan en segmentos, por ejemplo, miembro superior, miembros inferiores, tumores y espásticos, así como el grupo de cadera y columna, otra división es la que emplea la escuela Cubana en su Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Ortopedia y Traumatología que aborda la disciplina esas dos secciones fundamentales refiriéndose en 18 apartados a las lesiones y en 10 a las afecciones de articulaciones y segmentos. Por la naturaleza del presente trabajo resultaría inagotable y sujeto a error necesario el intento de estructurar una sinopsis de los "diagnósticos" más frecuentes, en tal virtud, nos es útil integrar tres tipos simples de motivos de atención por parte del especialista: a) lesiones, b) afecciones y c) una entidad altamente significativa.

a) Lesiones: Analizaremos las más frecuentes, que son esguinces, luxaciones, fracturas, fractura-luxaciones, disrupciones y roturas musculares y tendinosas, y amputaciones traumáticas.

Esguince: Es una lesión que se produce como resultado del traumatismo a uno o varios ligamentos que produce rotura parcial o total de los mismos. Se clasifica en cuatro grados, que van de la elongación del ligamento, que produce dolor localizado y no altera la estabilidad de la articulación (grado I), hasta la rotura parcial o total del ligamento (grados II y III), y puede incluso producir una fractura por arrancamiento del sitio de inserción del ligamento (grado IV), que produce inestabilidad y limitación total de la movilidad de la articulación.

Desgraciadamente, cuando se diagnostica un esguince de cualquiera de los grados I, II o III y se descarta la presencia de fractura, el paciente y en ocasiones el médico no dimensionan la trascendencia biomecánica, ni las posibles secuelas articulares y extra articulares, según James Garrick de la Universidad del Sur de California más del 60% de los esguinces de tobillo no reciben ningún tipo de tratamiento o rehabilitación gracias a la imagen radiografía inicial sin datos positivos de lesión ósea.

Luxación: Es la pérdida de la relación anatómica de una articulación, si bien puede ser también de origen congénito, degenerativo o neurológico, las de origen traumático se derivan de la aplicación de una fuerza deformante que satura los rangos de movimiento con la tolerancia de las estructuras ligamentarias o con ruptura parcial o total de estas.

Es pertinente señalar que en ocasiones se asocian a fracturas durante el evento traumático, pero también durante la restitución.

Fractura: Es una lesión ósea que resulta de traumatismo al tejido óseo, y produce su pérdida de continuidad. Se clasifican en: simple o conminuta conforme al número de fragmentos, cerrada, cuando el hueso pierde su continuidad pero no hay herida en la piel; abierta, cuando existe comunicación entre la lesión y el medio ambiente; compleja, si la lesión involucra arterias, venas, nervios, tendones, contusión múltiple de masa muscular o síndrome compartimental. La decisión sobre si el tratamiento es conservador (inmovilización, tracción) o quirúrgico depende del sitio de lesión, del trazo de fractura, si existe angulación, desplazamiento, rotación o cabalgamiento.

Fractura-luxación: El esqueleto puede ser vulnerado con tal intensidad que las consecuencias alcancen a ocasionar la pérdida de relación articular y de la continuidad de uno o más huesos.

Disrupciones y roturas musculares y tendinosas: Es la afección de la estructura del vientre muscular que puede suceder en forma total o parcial, al igual que los tendones puede sucederse con afectación total de la función del sistema muscular, las mas de las veces son producto de la suma de micro traumas de repetición, aunque también se presentan como resultado de una fuerza vulnerante única se directa o indirecta, por agente externo o disarmonía cinética.

Amputaciones traumáticas: La escisión de una extremidad o segmento puede suceder por machacamiento, arrancamiento, por un corte inciso, se acepta internacionalmente que sólo estas últimas tienen en algunos casos posibilidad de éxito en el reimplante.

b) Afecciones. Agrupamos en este rubro las entidades que afectan al aparato locomotor, aunque mencionemos únicamente por su origen o carácter.

Tumores: Pueden ser primarios de hueso o músculo, benignos potencialmente malignos o malignos, metastáticos de otros órganos o simplemente lesiones líticas o cúmulos de origen metabólico.

Deformidades: Con origen congénito o adquirido, las primeras con motivo de disgenesia o agenesia, las segundas, pueden ser de producto de osteopatía, miopatía, neuropatía e incluso idiopáticas, también las adquiridas pueden ser producidas por degeneración simple, postraumática, postural, restrictiva o por padecimientos sistémicos.

Afecciones disfuncionales: Principalmente la rigidez articular que puede ser una secuela por sí misma, sistematizada, producto de alteraciones en el tren biomecánico o incluso por fenómenos ajenos como es el caso de los estados retráctiles en los quemados.

c) Entidad o padecimiento significativo: La *lumbalgia o dolor lumbar*, es uno de los motivos más comunes en la consulta de urgencias y programada, que causa perjuicios en todos los órdenes, económico, social, laboral, familiar, emocional, técnico y ético. A reserva de una exposición más específica en el apartado de discusión, nos parece oportuno puntualizar de principio algunos aspectos.

Se define como *lumbalgia* una situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana por dolor en la parte baja de la espalda o por síntomas en los miembros inferiores. Se clasifica como agudo o crisis cuando ha tenido una evolución menor a tres meses. Es un síntoma que se presenta en 80 a 90% de la población adulta en algún momento de su vida, y tiende a mejorar entre cuatro a seis semanas en la mayoría de los pacientes, aunque no se conozca exactamente la causa anatómica o fisiológica que lo produjo.

- Los pacientes acuden al servicio de Ortopedia espontáneamente, remitidos por el médico general u otro especialista, con motivo de dolor de espalda baja.
- Los pacientes llegan convencidos de que el dolor puede tener como consecuencia la imposibilidad definitiva y permanente para deambular.
- Llegan convencidos también que el dolor tiene como único origen posible un evento o múltiples traumatismos a lo largo de su vida, incluso algunos presentan lumbalgia poco tiempo después de que se les practicó alguna radiografía con el hallazgo de alguna variación anatómica del segmento lumbosacro.
- El paciente frecuentemente, aunque teme, está seguro que el tratamiento únicamente puede ser quirúrgico.

- Raramente es posible conducir un interrogatorio detallado, cada pregunta el paciente la direcciona a la columna vertebral y se impacienta al interrogar sobre otros aparatos y sistemas.
- Existe hoy día la certeza que solamente con una resonancia magnética nuclear el especialista en Ortopedia podrá alcanzar un diagnóstico preciso o que el resultado del estudio por sí mismo, constituye el diagnóstico.
- Por desgracia, las características de la lumbalgia en algunos pacientes favorecen la simulación y no sólo llegan a tener consecuencias laborales, sino hasta físicas cuando exigen la cirugía al tratante o a otro ortopedista.

Ante esta realidad, es muy necesario insistir con otros médicos, generales así como de otras especialidades en las causas del síntoma que afortunadamente en la mayor parte de los casos es únicamente la respuesta músculo esquelética a motivos ajenos al mismo, desde estados patológicos del aparato digestivo, urológicos, ginecológicos, neoplásicos, metabólicos, carenciales, circulatorios, neurológicos y hasta conductuales.

Es pertinente decir que en la mayoría de los casos la contractura es real, y la patología de fondo cumple una suerte de detonador para que se manifieste alguna hernia preexistente y que antes de la contractura muscular no comprometía el saco dural, ni raíz alguna.

Todo lo anterior, a modo de paradoja, pues un síntoma (manejado por algunos como síndrome y por desgracia hasta como diagnóstico), frecuentemente de causa ajena al campo de la Ortopedia cuenta con una alta incidencia en la consulta de la especialidad y en consecuencia, también es una causa muy frecuente de conflicto médico.

II. ANÁLISIS DE LAS INCONFORMIDADES EN CONAMED

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, conforme a las atribuciones conferidas en su Decreto de Creación, conoce de los conflictos suscitados en el desarrollo de la prestación de los servicios médicos, sin perjuicio de las actuaciones de los órganos de procuración y administración de justicia, interviene de buena fe y en amigable composición en busca de la solución de tales conflictos, así mismo cuando los órganos jurisdiccionales lo solicitan, emite los dictámenes periciales que ilustran desde el punto de vista técnico de los casos que han de resolver esas autoridades, cabe señalar que no todas las inconformidades que exponen los usuarios de los servicios médicos ante la CONAMED se sujetan al procedimiento arbitral, muchas de ellas reciben asesoría médico-jurídica especializada, otro importante grupo se resuelve mediante la gestión o mediación inmediata entre el paciente o sus familiares con el prestador de servicios médicos; las inconformidades o conflictos que no se ventilan así, generan un expediente que incorpora las versiones y elementos documentales de ambas partes y

el asunto transita por dos fases del procedimiento, la conciliación o amigable composición y el juicio arbitral propiamente dicho, esto último, si es que no se agotó mediante acuerdo.

a) Metodología

A partir del SAQMED (Sistema de Atención de Quejas Médicas) de la CONAMED, se obtuvo información sobre los asuntos recibidos durante el periodo del 1º de febrero de 2001 al 28 de febrero de 2002 para efectos del presente trabajo.

En la tabla 1, se observa que de todos los asuntos de los que conoce la CONAMED mas del 60% se no genera un expediente, y sin tocar el fondo del asunto se resuelven o los usuarios acuden a otras instancias para la resolución, al seleccionar los casos de la especialidad de Ortopedia podemos tener un panorama de la incidencia de asuntos de la materia en ese universo.

La tabla 2 nos muestra la relación de asuntos con respecto al resto de las especialidades, alcanzando el 8.59%, con un total de 506 atenciones a usuarios, llamando la atención el equilibrio en las cifras de los rubros de asesorías, gestiones inmediatas y quejas, mientras que los asuntos que se fueron objeto de dictamen alcanzan una proporción del 4.54 % de los 506 casos de la disciplina.

Para efecto de obtener elementos de sustento a las consideraciones que se presentan, el grupo de trabajo tomó de manera aleatoria 110 asuntos derivados de la prestación de servicios de Ortopedia, del total de 209 expedientes de queja generados y dictámenes emitidos entre el 1º de febrero del 2001 y el 28 de febrero del 2002, en la materia (Figura 1).

Los casos incluidos en la muestra, se sometieron a un análisis genérico, las variables se clasificaron en los siguientes grupos: 1) Del paciente, 2) Del prestador de servicios, 3) Servicio, 4) Procedimiento(s), 5) Inconformidad y 6) Presuntas desviaciones y Efectos. En primer término se analizó la muestra general y posteriormente se realizó un análisis bivariado considerando como variables de estratificación el sexo y el tipo de institución. La información inicialmente fue capturada en una base de datos en Excel y posteriormente se transformó para ser analizada con el paquete estadístico SPSS versión 10.1.

De los seis grupos conformados (Tabla 3), los primeros cuatro clasifican las variables más elementales, mientras que los dos segundos se nutrieron de los elementos aportados por quejosos y prestadores del servicio médico en conflicto y en ocasiones de prestadores no involucrados en el mismo pero participantes en la atención posterior o resolutive.

La desagregación de los rubros derivados permitió establecer criterios a las variables específicas con mayor incidencia o co-incidencia en los asuntos conocidos por la CONAMED.

Separar lo referente a la frecuencia por edad no es una omisión, por el contrario, un punto de alerta, en la muestra

de 110 casos el 81.9% de los asuntos que generaron conflicto estuvieron relacionados con personas entre los 25 y 64 años de edad (Grafica 1).

Merece pues, especial atención el perjuicio económico y social de la muy elevada incidencia en personas en edad productiva, más, si tenemos en consideración que por las características de la especialidad, las complicaciones siempre se representan un mayor retardo en el retorno a las actividades.

b. Resultados del análisis de la muestra general

El grupo de trabajo consideró ineludible correlacionar a las características del usuario de los servicios con el prestador (Cuadro 1) en esa correlación destacan datos de interés por su trascendencia económica y social. Primeramente la frecuencia con respecto al sexo guarda equilibrio con un discreto predominio de pacientes del sexo masculino del 9%.

El comparativo de la frecuencia en los distintos sectores que prestaron la atención muestra el predominio de las instituciones de seguridad social del orden de 3.32 a uno con respecto a las privadas y de 41.5 asuntos de los servicios de seguridad social por cada uno de instituciones de población abierta.

Se consideró de importancia en el caso del grupo de prestadores de servicios médicos privados conocer la calificación de los médicos.

Con esa finalidad se examinaron los perfiles a efecto de evaluar qué proporción de estos contaban con la certificación del Consejo Mexicano de Ortopedia y traumatología, observando que 64.0% de los 25 médicos privados contaban con la certificación correspondiente, 8.0% contaban con la certificación de otro consejo y 28.0% no contaban con ninguna certificación, Figura 2.

La muestra expone que el tipo de atención que con mas frecuencia generó inconformidad o conflicto fue la de urgencia, seguida por atención de carácter electivo, juntas constituyen en 82% de los casos, mientras que la enfocada a corrección de manejos anteriores o complementaria de los mismos así como otras no especificadas juntas sólo representaron el 18%.

Los motivos de la solicitud de servicio en la especialidad se aplicaron en siete variables genéricas (Cuadro 2).

El motivo más frecuente de solicitud de servicio fueron padecimientos deformantes y degenerativos, en este punto se incluyen alteraciones y deformidades degenerativas de hombros, rodillas y columna vertebral, que solicitan atención de urgencia y no necesariamente secundario a un evento violento o traumático.

Se destaca que 46 casos de los 110 estuvieron relacionados con degeneración o deformidad adquirida, lo que significa que se presentaron 2.3 de éstos por cada uno de todos los demás en conjunto. En el mismo orden de ideas las fracturas y los esguinces le siguen muy de cerca con porcentajes de 34.5 y 24.5 respectivamente, mientras que las deformaciones congénitas sólo alcanzan el 2.7%.

El carácter del procedimiento identificado en las quejas fue terapéutico en 59.1%, paliativo/provisional en 33.6%, diagnóstico/terapéutico en 7.3% y diagnóstico en 2.7%, el procedimiento realizado a un paciente puede tener más de un carácter de los antes señalados, Gráfica 2.

El tipo de manejo más frecuente fue la inmovilización blanda o rígida (37.3%), seguida por la osteosíntesis (31.8%), fisioterapia (20.0%), reducción abierta (16.4%) y plastias de partes blandas (14.5%) entre otras, Gráfica 3.

Inconformidades

Las inconformidades referidas por los usuarios fueron de diferente índole, algunas relacionadas con el servicio, tales como diferimiento de la atención (26.4%), diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico (21.8%). Las inconformidades derivadas de la relación médico-paciente fueron muy frecuentes, destacando los problemas de comunicación en 87.3% de los casos, Cuadro 3.

Otras inconformidades referidas estuvieron asociadas al procedimiento, tales como: prolongación de la convalecencia, limitación funcional y necesidad de procedimiento complementario, Cuadro 4.

Así mismo se registraron problemas relacionados con el procedimiento realizado, resaltando las infecciones en 19.1%, el retardo de consolidación/pseudoartrosis en 12.7% y la lesión de estructuras vecinas en 11.8%, Cuadro 5.

Las inconformidades más frecuentes ajenas al procedimiento en los casos de Ortopedia, fueron debidas a problemas neurológicos periféricos (20.9%), tegumentarios (15.5%), vasculares periféricos (11.8%) y problemas neurológicos centrales (6.4%), Gráfica 4. Es importante señalar que en una queja puede existir más de un tipo de inconformidad.

Presuntas desviaciones y efectos

En el desarrollo de la atención médica se observaron presuntas desviaciones y efectos, entre ellas destacan algunas omisiones importantes relacionadas con los documentos del expediente clínico (18.2%), en 6.4% se mencionan estudios de gabinete y laboratorio que no acredita, Gráfica 5.

Con relación a problemas con el diagnóstico y tratamiento se observó omisión de diagnóstico en 30.9% de los casos; en 24.5% existió diferimiento del tratamiento y tratamiento insuficiente con la misma proporción, Gráfica 6.

Algunos problemas relacionados con la ejecución fueron debidos a un protocolo insuficiente en 40.9% de los casos, en 16.4% el procedimiento no fue idóneo o existió una deficiencia técnica, en 3.6% el diagnóstico no fue sustentado y en la misma proporción existió un exceso terapéutico, Cuadro 6.

Se analizaron los efectos patrimoniales y sobre la salud identificados en las quejas, para el primer grupo, ocurrió

endeudamiento en 45.5% de los casos, 33.6% requirió nuevo tratamiento o continuación. En cuanto a los efectos en la salud, 52.7% quedaron con limitación de la función, 17.3% con invalidez, en 6.4% hubo necesidad de amputación y en 3.6% hubo defunción, Cuadro 7.

Resultados por tipo de institución

El análisis por tipo de institución se realizó considerando únicamente los 83 casos que correspondieron a instituciones de Seguridad Social y 25 a instituciones privadas se excluyeron del análisis las instituciones públicas, ya que únicamente fueron dos casos.

Características del paciente: La distribución de los casos por sexo, tanto en instituciones de Seguridad Social como privadas fue mayor para el sexo masculino con 53.0% y 60.0%, respectivamente. Los grupos de edad más afectados en instituciones de Seguridad Social fueron los de 25-44 y de 45-64 años en tanto que en las privadas fueron los grupos de 25-44 y el grupo de >64 años. Cuadro 8.

Características del servicio: La atención más frecuente en ambos tipos de instituciones fue de urgencia, con 61.5%; en las instituciones de seguridad social y 56.0% en las privadas, Cuadro 8.

Principales motivos que originaron la atención médica: En orden descendente en ambos tipos de instituciones fueron los siguientes: 1) Deformación/degenerativa, 2) fractura y 3) esguince Cuadro 9. Se observa que en los rubros de mayor frecuencia existe semejanza porcentual entre los dos grupos.

Características del procedimiento: El procedimiento en los casos de instituciones de Seguridad Social fue terapéutico en 56.6% y paliativo/provisional en 36.1% en instituciones privadas fue terapéutico en 68.0% y de tipo paliativo/provisional en 28.0%, Gráfica 7 y 8.

Tipos de manejo más frecuentes: En los casos de Seguridad Social fueron inmovilización blanda o rígida (41.0%), osteosíntesis (28.9%) y fisioterapia (19.3%); en las privadas fueron osteosíntesis (40.0%), inmovilización blanda o rígida (28.0%) y fisioterapia 20.0%, Cuadro 10.

Inconformidades: Las inconformidades registradas en la relación médico-paciente y del servicio son un punto fundamental de este trabajo, si en el universo de la muestra global representaron un 87.3% correspondiendo al más alto de todo el cruce estadístico, en el análisis por prestadores de servicio sorprende que la relación porcentual es idéntica en los servicios institucionales como en los privados. Ahora, si bien es cierto que en el caso de los institucionales hay mayor frecuencia en la falta de información, con un 45.8%, las falsas expectativas son más frecuentes en el sector privado alcanzando un 32%.

En lo referente a la inconformidad con el servicio las más frecuentes en el primer tipo prestador correspondieron al ámbito institucional en los rubros de diferimiento de la aten-

ción (31.3%), en el diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico (27.7%) y en el de alta prematura (19.3%). En las instituciones privadas, se destacan también el diferimiento de la atención y el alta prematura ambos con el 8.0%. Cuadro 11.

Las inconformidades asociadas al procedimiento, también representan un porcentaje muy alto en relación a todos los demás excepto a los de relación médico-paciente, específicamente la prolongación de la convalecencia con 73.6% de frecuencia en el global no difiere de las institucionales y privadas por separado que alcanzan 74.7% y 72.0% respectivamente, lo mismo con la limitación funcional que en conjunto se muestran en 69.0% y por separado 69.9% y 68.0% en el mismo orden, mientras que en cuanto a la necesidad de atención complementaria las privadas son discretamente más altas. Cuadro 12.

Naturalmente hubo inconformidades por complicaciones inherentes al procedimiento realizado, destacando las infecciones en ambos tipo de instituciones con 15.7% en las instituciones públicas y 28.0% en las privadas; Cuadro 13.

Así mismo por complicaciones ajenas al procedimiento, tanto en los casos de Seguridad Social como en las instituciones privadas, las más frecuentes fueron por problemas neurológicos periféricos, en las privadas los problemas tegumentarios también ocuparon el primer lugar; en segundo sitio en ambas instituciones se ubicaron los problemas vasculares periféricos, Cuadro 14.

Presuntas desviaciones y efectos. En instituciones de Seguridad Social y privadas se identificaron desviaciones y efectos en el desarrollo de la atención médica, el primer lugar en ambos casos correspondió a omisiones importantes relacionadas con los documentos del expediente clínico con 21.7% y 8.0%, respectivamente Gráfica 9 y 10.

Con relación a problemas con el diagnóstico y tratamiento, en instituciones de Seguridad Social se observó en 33.7% omisión de diagnóstico; en las privadas el problema principal en este rubro fue tratamiento insuficiente en 32.0% de los casos, Gráficas 11 y 12

Así mismo se identificaron algunos problemas relacionados con la ejecución, en instituciones de Seguridad Social, el problema más frecuente fue debido a un protocolo insuficiente en 41.0% de los casos, en 12.0% el procedimiento no fue idóneo o existió una deficiencia técnica; en las instituciones privadas los problemas identificados en este rubro fueron 44.0% de los casos con un protocolo insuficiente en segundo sitio se encontraron 28.0% de los casos con un procedimiento que no fue idóneo o existió una deficiencia técnica, Cuadro 15.

Finalmente se analizaron los efectos patrimoniales y sobre la salud, con respecto a los efectos patrimoniales, el más frecuente tanto en instituciones de seguridad social como en las privadas fue el endeudamiento con 45.8% y 44.0% respectivamente. Por otra parte el principal efecto sobre la

salud fue la limitación de la función en ambas instituciones, Cuadro 16.

III. DISCUSIÓN

Revisión de la Lex Artis en las patologías relacionadas con las inconformidades

1. Comunicación

La *medicina* es una profesión cuyas raíces son fundamentalmente *humanistas*, por lo tanto, en teoría es de suponer que los médicos posean una inclinación natural o vocacional hacia sus pacientes y los derechos de éstos. En este orden de ideas, es de esperarse que en cada atención se establezca una relación humana. La relación médico-paciente, es un concepto básico, pero también es un punto vulnerable ya que al ser una interacción humana, se originan *rupturas* o *alteraciones* como inadecuaciones psicológicas entre los tipos de personalidad, p.ej., el desinterés por parte del médico para brindar atención o el abandono del tratamiento o falta de adherencia terapéutica por parte del paciente.

Es común atribuir la alteración en la relación médico-paciente, a uno de los participantes, ya sea al médico o únicamente al paciente. Sin embargo, para que se dé una relación se requiere de *dos personas* que a nivel psíquico establezcan complementariamente una comunicación, una interacción consciente e inconsciente y de un contexto o ambiente externo. La definición de relación implica cualquier conexión o influencia mutua entre dos o más personas, es un tipo específico de un proceso mental en donde entran en interjuego dinámico las personalidades de cada uno de los miembros que se relacionan. Las raíces de la *relación médico-paciente* se fundamentan, por una parte, por el paciente con una demanda, una carencia, o una necesidad de ayuda sobre un problema de salud; y por la otra, el médico con su capacidad científica, técnica y su disposición para atender la necesidad de salud del paciente. Si están desconectadas las necesidades del paciente y el personal de salud, las acciones no propician la retroalimentación necesaria y se trunca el progreso en la atención.

Dentro de las *alteraciones* en la relación médico-paciente, la *desarticulación entre necesidades* reales o sentidas del paciente y las acciones del médico, así como la falta de *comunicación* entre esta relación humana son los puntos nodales por los que se altera el vínculo y, por ende, el progreso en la prestación del servicio. Esto da como resultado irregularidades en la atención médica y en la calidad de ésta. Cuando la contextualizamos con la enfermedad, conlleva un proceso cargado de ansiedad o estrés, cada una de las personas aporta sus características, rasgos, estilos de relacionarse que se complementan, en este sentido, la rela-

ción se manifiesta en palabras, actitudes o hechos en un ambiente específico. Cualquier situación en donde se establezca una *relación humana*, es susceptible de presentar conflictos interpersonales, principalmente en aquellas del área de la salud, en donde necesariamente se establece algún tipo de vínculo con los enfermos; se encuentra afectada, como sabemos también, por factores sociales, económicos, psicológicos, educacionales y culturales que al interrelacionarse pueden dar lugar a la formación de un vínculo, a una ruptura, o una alteración. Conocer este fenómeno nos permitirá conocer la frecuencia con la que ocurren los eventos indeseables, cuáles son los factores predisponentes y las alternativas de solución.

Analizando cada una de las partes de esta relación observamos que existen ciertas características en los pacientes. Para ellos la enfermedad no es sólo un cambio biológico, también es psicológico y social. La enfermedad constituye una de las situaciones de mayor importancia para el ser humano que provocan estrés, también lo es la actuación del médico, y en particular, la del cirujano. Todos los seres humanos percibimos, valoramos, organizamos, integramos y hacemos uso de los datos de información mediante procesos cognitivos que de continuo estructuran e intentan dar sentido a nuestras experiencias revistiéndolas de significado. La información es organizada simbólicamente en memorias y fantasías, mediante imágenes, pensamientos y palabras, las cuales se asocian con afectos, motivaciones y mecanismos de respuesta adaptativa o de defensa, que influyen en la elaboración de ideas, dando lugar a estructuras complejas (esquemas) que organizan los procesos cognitivos. Existe, entonces, una idiosincrásica manera de pensar, contenidos simbólicos subjetivos de lo que es la salud y enfermedad en donde se incluyen factores psicológicos, sociales y culturales.

Dentro de todo lo que puede significar para una persona una enfermedad están los siguientes conceptos: fragilidad, peligro, agresión, perturbación, fracaso, herida narcisista, frustración, vergüenza, justificación, motivo para exigir atención, afecto, compasión, recompensa, admiración o retribución.

La enfermedad tiene una representación, una importancia y un significado distinto para cada individuo, el denominador común es una agresión compuesta de dolor, de peligro, de mutilación, de muerte. Ejemplificando, la representación simbólica de una amputación, ésta conlleva siempre una reacción psicológica desfavorable que se agudiza si el paciente tiene características de una baja tolerancia a la frustración, si existe predisposición a la depresión o a alguna enfermedad mental, si en su historia personal existen manifestaciones a la hipocondriasis, si su identificación es pobre, si teme que la cirugía va a perjudicar alguna área de su vida, si el miembro amputado representa el símbolo primordial del ser mujer o del ser un hombre, si una figura significativa de su familia percibe con perjuicio la operación,

si la relación de pareja es disfuncional, si representa un conflicto por creencias religiosas.

La presencia de uno o más de estos factores, posibilita reacciones psicológicas o psicopatológicas que pueden o no ser manejadas por el paciente. Esto implica que generará un desajuste psíquico, principalmente en su autoestima y su autoconcepto, así, en cada representación se expresan las propias angustias o necesidades psicopatológicas. De esta manera las posibilidades son caleidoscópicas, las formas de enfrentar el problema distintas, de acuerdo a la personalidad, mecanismos defensivos, la información que reciba y la relación que se establezca con el médico, p. ej., si se trata de una persona autogestiva, con actitud crítica y participativa sobre los procesos de atención médica, su colaboración en la toma de decisiones facilita y propicia que se alcance la mejor solución al problema de salud. En el caso de sujetos pasivos el paciente suele delegar todos los elementos de decisión en el médico, la decisión será unilateral, sin la perspectiva del paciente ni mucho menos la coparticipación para una decisión razonada y conjunta, así, cómodamente podrá proyectar su agresión al responsable de las elecciones si algo sucede mal o no cumple con sus expectativas. Sin que se considere que un elemento indispensable para la evaluación apropiada de riesgos y beneficios sobre cualquier procedimiento, es precisamente el paciente, pues es él quien, debidamente informado, puede elegir.

Analizando la parte que toca al prestador del servicio médico la deficiente calidad en la atención se inicia en el trato personal, y esto mismo provoca que generalmente se degenera la atención y se extienda hasta la técnica médica aplicada al tratamiento. Se observa también que habitualmente existen condiciones desfavorables o inapropiadas para las labores de los médicos, lo que repercute en cumplimiento de su trabajo en forma óptima, que se asocian al síndrome de Burnout que se define como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, principalmente con actitudes de despersonalización; y hacia el propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo), también por la vivencia de un desgaste emocional (Gil-Monte & Peiró, 1997), es padecido, principalmente, por aquellas personas cuyas profesiones consisten en ofrecer servicios humanos, directos y de gran relevancia para el usuario. Se considera como una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite, sin tomar en cuenta las necesidades personales, se manifiesta con síntomas psicósomáticos, se acompaña de sentimientos de falta y necesidad de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una posible pérdida de autoestima con una sensación de vacío que sufre el trabajador (Caballero, 1998, p.1).

Por otro lado, debemos contemplar que en medicina es común reducir al hombre dentro de una vertiente fisiológica (en estructuras, órganos, funciones biológicas, etc.) y

anular a la persona, que es un síntoma asociado a la despersonalización, ejemplos de esto, los encontramos en informes redactados en voz pasiva, de notas referidas a la enfermedad y no a la persona a la que tratan. Redacciones en notas médicas como: "...fue sometido a intervención quirúrgica...", "...enfermedad de parkinson con un tiempo de evolución de...", denotan que se hace referencia a un objeto o en el mejor de los casos a un sujeto pasivo; se advierte, así mismo, que se percibe sólo una parte, que se atiende a fragmentos de una persona. Durante las visitas médicas se habla de órganos, aparatos y sistemas, signos, síntomas, síndromes diagnósticos, en general del cuerpo de una persona como si ésta no existiera, no estuviera presente o no importara; se revisa, se pregunta, se habla, sin dirigirse al paciente, sin mirarlo al menos, se atiende a esos fragmentos y se anula al sujeto. En la exploración de consultas subsecuentes, sin establecer contacto visual, se pregunta: ¿Cómo sigue ese dolor? ¿Cómo va ese pie?. Y en escasas ocasiones se pregunta por la persona. Estos actos son psicotizantes, que en términos psicológicos se refieren a una fragmentación del individuo, a que no se le dirige al paciente una mirada integradora, se hace una antropomorfización de los órganos, esto es, funcionan como entes independientes e incluso más importantes que la persona misma.

Esto finalmente nos conduce al problema mayormente detectado: las fallas de comunicación y el lenguaje hace que la experiencia sea humana.

Los principales problemas se refieren a una comunicación en forma de crítica, de indiferencia, defensiva y los silencios inadecuadamente manejados tanto de una o la otra parte de la relación.

La crítica se expresa como una constante destructiva, inquisidora como una expresión de inconformidad ya sea latente o manifiesta. La indiferencia provoca desinterés, devaluación, sensación de subestimación de la persona, la salud y las implicaciones. Las expresiones defensivas impiden escuchar al otro, obliga a argumentar, a discutir, a defenderse y provoca la contienda de perder o ganar. Y, finalmente los silencios mal manejados, es decir, la comunicación evasiva, se utilizan como armas para agredir, controlar o manipular al otro. Cada una de estas manifestaciones de la comunicación, provocan distorsiones de la información y contratransferencialmente estimulan su contraparte en el interlocutor el cual jugará un rol complementario formando un círculo vicioso.

El médico es el principal prestador de los servicios de salud, pero no el único que atiende al paciente, en este sentido, deben incluirse a todos los prestadores del servicio de salud, y cada uno de ellos debe tomar consciencia de que con su trato y actos pueden conducir al restablecimiento de la salud o a estacionar la enfermedad.

Es esencial que el médico obtenga el mejor conocimiento posible de la persona que padece, establecer un puente

entre el modelo explicativo científico del médico y el modelo explicativo del paciente cuando el de este último es diferente, cuando existen discrepancias en el contenido cognitivo, valores, expectativas y metas terapéuticas de uno y otro.

2. Atención de Padecimientos Dolorosos del Segmento Lumbosacro

La Columna vertebral es un elemento complejo y altamente especializado del organismo humano, la variedad de movimientos está determinada por la más formidable combinación de elementos mecánicos que logran un equilibrio ideal de estabilidad y movimiento, tolerancia a la carga directa e indirecta, compensación de los momentos físicos, así como conservación de la disposición segmentaria y global de sus elementos, todo lo logra mediante una compleja y organizada secuencia de estructuras rígidas, fibrosas y francamente blandas, con lo que brinda una protección eficiente del contenido nervioso.

La solidez mecánica del conjunto vertebral lumbar garantiza su funcionalidad, pero lo hace vulnerable y por tanto auxilia la estabilidad protectora con un aparato muscular que responde de manera enérgica a eventos que puedan poner en riesgo su función de sostén y protección de las estructuras raquídeas¹, el complejo muscular paravertebral manifiesta su reacción mediante la contractura, sin embargo es respuesta inespecífica y se manifiesta con motivo de eventualidades de correspondencia topográfica de la cavidad abdominal o sistémica.

Diferentes autores denominan a la sacrolumbalgia como síndrome lumbálgico, y en este término incluyen todas las enfermedades y traumatismos de la columna lumbosacra con causa predisponente o sin ella.

Puede ser constante o evolucionar en crisis y por esta razón puede resultar temporal, permanente o recidivante, se presenta mas frecuentemente en la tercera década de la vida, siempre caracterizada por un espasmo muscular².

Diagnóstico Diferencial

El ejercicio clínico de interrogatorio, semiología, exploración física, así como auxiliares de laboratorio y gabinete elementales, constituyen mas del 60% de los requisitos necesarios para orientar y sustentar la presunción diagnóstica, absolutamente ningún avance tecnológico resulta suplementario de este procedimiento, hoy en día, debemos exigimos un mínimo de maniobras exploratorias ó diagnósticos diferenciales razonados antes de solicitar por ejemplo una resonancia magnética.

La tendencia actual a establecer Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias, conduce a la estructuración de protocolos de atención, árboles de decisiones que consideran evolución circunstancias, respuesta a procedimientos par-

ciales con dinámicas de revisión recurrente, filtros perfectamente definidos con mínimos exigibles durante el proceso de atención.

Atención del paciente con dolor lumbar

Una vez descartados los padecimientos de naturaleza extravertebral, es insustituible ejecutar el procedimiento clínico más elemental, el interrogatorio dirigido, con la semiología más exquisita y continuar con el examen clínico que se inició desde el primer contacto con el habitus, el patrón de marcha con variaciones, la movilidad activa y pasiva así como las maniobras, en la década de los 50's, se acostumbraba la práctica de 17 maniobras específicas³ en el examen clínico del paciente con lumbalgia, un examen clínico completo incluyendo los puntos gatillo de dolor espontáneo provocado y actitudes permiten orientar la solicitud de cualquier complementario⁴ de laboratorio o gabinete además que permite acceder con mayor certeza a los algoritmos más recientes que coinciden en establecer dos categorías fundamentales: a) Dolor lumbar no radicular y b) Dolor lumbar radicular.

Enfermedad Discal

Existen descripciones múltiples relativas a la forma en que afecta la pérdida de la arquitectura del núcleo pulposo en el disco intervertebral con respecto del anillo fibroso, del ligamento longitudinal posterior, de su prolapso, extrusión, secuestro o migración, en definitiva, la pérdida de la conformación del espacio intervertebral con la consecuencia de irritación de una raíz nerviosa o del saco dural, en el 90% de los casos la hernia del núcleo pulposo se presenta en los espacios L4-L5 y L5-S1, la sospecha clínica es básica, las maniobras exploratorias que provocan dolor unilateral por el deslizamiento de estructuras⁵, dan la pauta para confirmarlo con estudios de imagen o funcionales.

Canal Lumbar Estrecho / Cola de caballo

En ocasiones los paciente ancianos pueden presentar síntomas bilaterales con motivo de estenosis del canal lumbar, sin presentar un patrón neurológico específico o definido acusan molestias que llegan a confundirse con eventos vasculares, la afección de cola de caballo con gran frecuencia se llega a constituir en una entidad crónica a pesar de los diversos tratamientos que incluso pueden dar lugar a trastornos de la función de esfínter anal o vesical.

Espondilolistesis

La mayor parte de los casos en que se presenta el deslizamiento anterior de una vértebra con la columna suprayacente, coexiste una disrupción ósea de la pars articularis,

es decir una espondilolisis, no está del todo aclarado si ésta es la responsable directa del deslizamiento o por el contrario los momentos de fuerza conjugados en la zona favorecen la descalcificación focal⁶.

Integración Diagnóstica y Manejo

El fundamento del plan terapéutico es la confirmación del fenómeno causal mediante investigaciones de gabinete, partiendo de las más simples y económicas hasta las más sofisticadas y caras, en el ámbito institucional, de las más accesibles hasta las que con frecuencia adolecen de un diferimiento, pero siempre antes de establecer manejos de riesgo debe existir la mayor certeza posible o una duda muy razonada y razonable.

Tratamiento conservador o quirúrgico. La opción del tratamiento conservador se maneja en los algoritmos más recientes como el paso inicial mientras se logra la certeza en el objetivo del manejo cruento, en el caso de la columna vertebral es muy válido el principio de atención metodológica y sistemática, de la Ortopedia a través de farmacología, fisioterapia, aparatología o cirugía; en forma ideal, el manejo quirúrgico en los caso de lumbalgia debe ser resolutivo, al margen de la técnica quirúrgica, la ponderación del riesgo beneficio debe ser la base de la decisión.

En la actualidad se ha hecho popular el concepto de "Columna Fallida", no poco común que un paciente sometido a un protocolo completo y puntual de tratamiento médico-quirúrgico continúe con síntomas o después de un tiempo reaparezcan, se calcula que hasta un 15% de los pacientes sometidos a laminectomía, recidiven en sus síntomas incluso con carácter incapacitante⁷, la modificación de los sistemas de amortiguamiento intervertebral se hallan en función interdependiente como lo planteó Lange desde 1956 cuando describió los meniscos de las carillas articulares, así mismo no hay paciente ni cirujano que puedan garantizar la respuesta cicatricial al trauma quirúrgico.

3. Tratamiento del paciente traumatizado en el servicio de urgencias

Cualquier persona es susceptible de sufrir un traumatismo grave. Cualquier centro de asistencia sanitaria puede verse en la situación de dar asistencia primaria a un accidentado. Para brindar una atención inmediata adecuada, se requieren una formación especializada y una compleja estructura asistencial (atención prehospitalaria, hospitalaria y posthospitalaria).

La mortalidad derivada de los traumatismos presenta una distribución trimodal:

- 1) En el mismo momento del accidente y debido a lesiones graves, que afectan a uno o varios órganos vitales. Son muertes inevitables.
- 2) La "hora dorada" posterior al accidente, donde podemos influir de forma decisiva en el resultado final del

paciente. La actuación en este período (llegada de las asistencias, medidas de soporte vital precoz, prevención de lesiones yatrógenas derivadas de la manipulación del accidentado, etc.) debe ser rápida y eficaz, y esto incluye tanto al personal de primer contacto y atención prehospitalaria, como al personal del centro hospitalario receptor. Muchas de las muertes que se producen en este período de tiempo son prevenibles (evitables) o potencialmente prevenibles.

- 3) En el hospital, transcurridos días o semanas tras el accidente. Son muertes derivadas de complicaciones sistémicas pos-traumáticas o postquirúrgicas. La actuación inicial adecuada puede suponer también una disminución de la mortalidad y morbilidad en esta fase.

La organización de la asistencia a los pacientes traumáticos debe incluir sistemas de alerta y atención prehospitalaria, que actúen desde el primer momento tras el accidente, hasta el alta definitiva y su reincorporación social.

Mantenimiento de la vía aérea con control de la columna cervical

Antes de cualquier otra evaluación del PT, debemos asegurarnos de la permeabilidad de la vía aérea. Hay que buscar signos de obstrucción de la vía (cuerpo extraño, fractura de mandíbula, de los huesos faciales, de tráquea o de laringe. Se considera que todo PT es portador de una lesión de la columna cervical hasta que demostrar lo contrario, y en aquellos que presentan un nivel de conciencia alterado (traumatismo craneal, uso de alcohol o drogas, etc.), existe un alto riesgo de compromiso ventilatorio.

Los signos objetivos que podemos encontrar son:

- **Ver:** si el paciente está agitado (sugiere hipoxia), si está cianótico (lecho ungueal), si tiene signos de esfuerzo respiratorio (tiraje).
- **Oír :** buscar ruidos anormales. Una respiración ruidosa es una respiración con problemas obstructivos. Los ronquidos, gorgoteos o el estridor sugieren oclusión parcial de la laringe o la faringe; la disfonía sugiere obstrucción faríngea. El paciente agresivo puede estar hipóxico.
- **Sentir:** el movimiento del aire con el esfuerzo respiratorio y determinar que la traquea se halla en la línea media.

Ventilación

Disponer de una vía aérea permeable es el primer paso para una correcta ventilación, pero no la asegura. Si la respiración no mejora después de despejar la vía aérea debemos buscar otras causas. Un traumatismo torácico directo (especialmente con fracturas costales) causa dolor y provoca rápidamente hipoventilación e hipoxemia. Un traumatismo craneal puede provocar patrones respiratorios anómalos y comprometer la ventilación. Una lesión medular alta pro-

voca respiración abdominal y parálisis de los músculos intercostales.

Los signos objetivos que podemos encontrar son:

- **Ver:** los movimientos respiratorios deben ser simétricos. Debemos detectar asimetrías o la presencia de un volet costal. Cualquier dificultad en la respiración debe contemplarse como un compromiso ventilatorio.
- **Oír:** auscultar ambos hemitórax. La disminución o ausencia de murmullo ventilatorio en uno o ambos hemitórax sugiere traumatismo torácico. Atención a la presencia de taquipnea.

Todas las maniobras deben asegurar la protección de la columna cervical ya que todo PT es susceptible de presentar una lesión cervical. Esta protección se hace efectuando tracción lineal de la cabeza desde arriba para mantenerla alineada con la columna cervical, por lo que pueden precisarse dos personas.

Las principales indicaciones para intubación traqueal son: apnea, imposibilidad de mantener una vía permeable por otros métodos, prevención del aspirado gástrico y existencia de un traumatismo craneal grave. Es técnicamente compleja, por lo que requiere de equipamiento y adiestramiento especiales. En situaciones de extrema urgencia, como edema de glotis, fractura de laringe, hemorragia orofaríngea importante, sin otra opción disponible para ventilar al paciente, puede practicarse punción cricotiroidea o incluso cricotiroidotomía quirúrgica.

Circulación y control de hemorragias

El diagnóstico inicial del shock es clínico y se basa en la apreciación de una perfusión de los órganos y una oxigenación tisular inadecuadas. Los signos clínicos más precoces del shock son la taquicardia y la vasoconstricción cutánea. Una pérdida hemática abundante no se traduce inmediatamente en un descenso del hematocrito, por lo que no es por sí sola un buen indicador de la pérdida hemática en las fases iniciales.

El segundo paso es identificar su causa. El PT puede presentar prácticamente todos los tipos de shock, aunque el más habitual será el shock hipovolémico, por lo que es conveniente una infusión de volumen.

Las prioridades de actuación incluyen la colocación de vías venosas suficientes, el inicio de la administración de fluidos y el control de las hemorragias importantes.

El control de las grandes hemorragias se hará la mayoría de las veces por compresión directa, nunca por torniquetes y muy ocasionalmente pinzamiento quirúrgico de vasos sangrantes.

Evaluación neurológica

Conocer las circunstancias en que se ha desarrollado el accidente (tipo de accidente, uso de drogas o alcohol, exis-

tencia de pérdida transitoria de la conciencia, etc.) orienta tanto hacia el riesgo de una lesión endocraneal como a la presencia de otra situación que pueda alterar el nivel de conciencia. Es importante la exploración inicial para valorar la evolución del paciente, mediante escala de Glasgow, tamaño, simetría y reactividad pupilar, movilidad de extremidades en cada hemicuerpo, otorragia, etc.

Evaluación de las extremidades

La evaluación de las lesiones de las extremidades en la primera fase de la asistencia al PT queda en un segundo plano, con excepción hecha de las fracturas de pelvis o las amputaciones o lesiones vasculares de grandes vasos, las lesiones óseas raramente pondrán en peligro la vida del paciente, pero sí serán la causa, si nuestro paciente sobrevi-

ve, de discapacidades e incapacidades. La exploración de las extremidades incluye coloración, pulsos distales, presencia de heridas y deformidades o de signos contusivos, y exploración neurológica de la extremidad.

Acciones del equipo de salud

La actuación del equipo de salud sigue unas pautas concretas, que se describen en el cuadro contiguo. Cada «personaje» tiene su papel concreto y las acciones se suceden sin solución de continuidad. Los tiempos que se dan son meramente orientativos.

El responsable de la asistencia (AR) a politraumatizados en México, habitualmente es un cirujano o un especialista en medicina crítica, quien toma la coordinación del equipo.

Minuto 0:

A la llegada del paciente las dos camillas se dispondrán en paralelo, con una distribución de personajes concreta. El cambio de camilla, dirigido por el AR, se hace movilizándolo en bloque al paciente que, imperativamente, llevará colocado un collarín cervical rígido. Hasta que no se demuestre lo contrario, el paciente será movilizado en bloque como si estuviese afecto de una lesión vertebral.

Minuto 0,30:

AR asegurará, asistido por E1, la permeabilidad de la vía aérea realizando la intubación e iniciando las maniobras de reanimación cardiopulmonar si fuera procedente.

- Si la ventilación espontánea es correcta, una mascarilla de oxígeno al 35% es suficiente.
- Si el paciente está inconsciente, es prioritaria la exploración de la cavidad bucal (buscando prótesis dentarias, restos alimentarios, sangre...) y la colocación de una cánula orofaríngea o nasofaríngea.
- La ausencia de reactividad tras la colocación de una cánula faríngea o la tolerancia del paciente frente a la ventilación asistida con ambú sugieren la necesidad de proceder a la intubación endotraqueal.
- La intubación endotraqueal está indicada en pacientes si existe: distress respiratorio, hipoventilación, shock, agitación incontrolada, ausencia de respuesta verbal o al dolor. La ventilación mecánica con una FiO₂ del 100% está indicada en las primeras maniobras.
- En caso de traumatismo laríngeo se requerirá la presencia del especialista en ORL (que actuará según protocolo específico).
- Se colocará una sonda nasogástrica para descomprimir el estómago, dada la frecuencia de dilataciones gástricas agudas que pueden favorecer el paso del contenido gástrico al árbol bronquial.

E2, E3, CG y TO desnudan completamente al paciente (tijeras) y, una vez AR y E1 han asegurado la permeabilidad de la vía aérea, se inspecciona, movilizándolo en bloque, la cara posterior del paciente. E2 y E3 canalizan vías venosas periféricas (catéteres cortos de grueso calibre).

- Se preferirán las venas del antebrazo.
- En caso de imposibilidad de acceso a las mismas, se puede colocar un catéter en la vena femoral o una vía venosa central. El abordaje yugular interno presenta un menor índice de yatrogenia. Si se coloca un catéter en v. subclavia, se escogerá, en su caso, el lado del pulmón patológico para evitar una posible lesión yatrógena del pulmón sano.
- Para la expansión de la volemia se utilizarán soluciones cristaloides isoosmolares (s. fisiológico, solución de Ringer) o coloides (gelatinas) (Hemocél) o hidroximetilalmidón (Expafusín) (Además sangre, plasma, etc.)
Se extraerá sangre para analítica completa (hematología, bioquímica, banco de sangre, gasometría) .

Minuto 1 : Actitudes diagnósticas y terapéuticas

Primeras prioridades. Consistentes en detectar situaciones de inestabilidad respiratoria o cardiovascular obvias, e iniciar la terapia para minimizar la hipoxia tisular tratando inmediatamente las lesiones cerebrales de riesgo vital, previniendo la lesión medular. Se seguirá la sistemática ABCDE (airway, breathing, circulation...) que ya describimos en el apartado 2.

De forma automática e inmediata, se efectuará una evaluación de:

- Respiración dificultosa o ruidosa. Cianosis.
- Taquipnea. Disminución movilidad caja torácica.
- Palidez. Palpación del pulso (lento, rápido, débil...).
- Ausencia apertura espontánea ojos. Agitación. Falta respuesta verbal. Rigidez/flacidez extremidades.
- Evaluación de lesiones periféricas previniendo la hipotermia.

De forma sistemática e inmediata se procederá a la monitorización cardíaca y de la TA, y pulsioximetría.

Segundas prioridades

- Obtener historia clínica (si posible).
- Breve examen externo (cabeza, cuello, tórax, espalda, abdomen, pelvis, extremidades).
- Examen neurológico completo.
- Rx tórax.
- Rx lateral columna cervical.
- Rx lateral col. torácica y lumbar.
- Rx AP pelvis.
- Medicación para traumatismo craneal y lesión medular o ambas (si procede).
- Sondaje urinario si no hay sangre en meato urinario, hematoma en región perineal (tacto rectal) o fractura de pelvis.
- SNG.
- Ecografía, lavado peritoneal o ambas .
- Análisis orina.
- Catéter arterial si está indicado.
- ECG
- Evitar la hipotermia (manta eléctrica).

Terceras prioridades

- Repetición sistemática del examen físico (de la cabeza a los pies) incluyendo los orificios anatómicos y las zonas "comúnmente olvidadas" (dorso).
- Profundizar el diagnóstico.
- Cirugía de urgencia y otras actuaciones que puedan "salvar la vida".
- Catéter pulmonar en pacientes de alto riesgo.
- Temperatura.
- Profilaxis antibiótica y AT.
- Inmovilización provisional de las fracturas de las extremidades. Reducción de las luxaciones (en paciente anestesiado).

Al final de esta reanimación inicial podemos encontrarlos ante dos situaciones esquemáticas:

1. Existe indicación quirúrgica inmediata, cuando el paciente en estado de choque no responde a la administración de volumen, o se sospecha de hematoma extradural con signos de enclavamiento.

2. El paciente se estabiliza. En este momento se puede afinar el diagnóstico con las exploraciones complementarias oportunas e iniciar el tratamiento según los protocolos específicos.

El orden de las actuaciones en el PT puede ser la clave de su resultado final. En nuestra práctica cotidiana, ante pacientes politraumatizados complejos, se producen situaciones en que la decisión de qué exploración complementaria realizar y en qué momento provoca situaciones de duda y actuaciones diferentes según el personal actuante. El establecimiento de un protocolo de prioridades permite uniformizar estas actuaciones dando unas pautas que los diferentes equipos deben seguir, aunque siempre existirán pacientes con patología traumática suficientemente compleja para escapar a estos protocolos.

Si el paciente continúa con inestabilidad hemodinámica, se valorará, en este orden, la presencia de traumatismo torácico o abdominal, fractura de pelvis, hematoma retroperitoneal, lesiones del raquis o extremidades, diagnóstico que se efectuará mediante clínica y apoyo radiológico, y se procederá al tratamiento específico de la patología identificada.

4. Complicaciones de la Cirugía Ortopédica

La cirugía ortopédica es la especialidad quirúrgica, que como todas las especialidades médicas y quirúrgicas, se encarga del estudio y tratamiento de padecimientos de etiología congénita, degenerativa, inflamatoria, neoplásica, infecciosa, inmunológica, metabólica, endocrinológica, traumática, etc., del sistema músculo-esquelético (esqueleto axil -columna vertebral y pelvis-, y las extremidades), tanto en el niño como en el adulto.

La ortopedia pediátrica se encarga además, del estudio de múltiples patologías que no se presentan en el adulto, y debido a la diversidad de articulaciones y de sus patologías, la ortopedia (de adultos y de niños), es una de las especialidades que ha desarrollado una gran variedad de tratamientos quirúrgicos; como ejemplo baste señalar que para el tratamiento del *hallux valgus*, se han diseñado más de cien procedimientos quirúrgicos; la gran mayoría han caído en desuso, algunos por no ser de utilidad, otros por no ofrecer resultados satisfactorios y otros por generar complicaciones postoperatorias de tipo funcional y estético.

Por lo anterior, podemos señalar que una gran diversidad de tratamientos quirúrgicos implica también una gran diversidad de riesgos y complicaciones inherentes de cada entidad nosológica y sus tratamientos quirúrgicos.

Sería motivo de otro estudio enumerar las complicaciones quirúrgicas de todas y cada una de las múltiples cirugías que existen en ortopedia, por ello nos concretaremos a elaborar la siguiente tabla. (Tabla 4).

Las complicaciones quirúrgicas en ortopedia se pueden clasificar en *transoperatorias* y *postoperatorias*, las cuales se subdividen en *inmediatas* y *tardías*.

Contrastación entre la Lex Artis y los resultados del análisis de las inconformidades.

Relación médico-paciente.

De acuerdo al análisis de resultados, el motivo más frecuente de las inconformidades es la relación médico-paciente, estadísticamente significativo con un 87.3%. Específicamente, se detectaron problemas de comunicación 87.3%, información deficiente 44.5%, falsas expectativas 15.5% y el maltrato con 5.5% lo que constituyen el perfil característico de la queja. Es importante señalar, que la relación porcentual, por los problemas de comunicación, es idéntica tanto en los servicios institucionales como en los privados, que las falsas expectativas son más frecuentes en la atención privada y que en esta misma no hubo referencias de maltrato.

Estos resultados muestran contundentemente que existe un trastorno en la relación médico-paciente que se manifiesta a través de las inconformidades recibidas por: problemas de comunicación, comunicación insuficiente, falsas expectativas y maltrato. Los motivos se traducen en la escasa e inadecuada atención a los problemas planteados en consulta, la falta de escucha, escaso tiempo y disposición para explicaciones, falta de respuestas satisfactorias a las inquietudes planteadas, actitud desinteresada y displicente, hechos que erosionan y fracturan cualquier tipo de relación lo que repercute directamente en la salud.

Podríamos pensar que a nivel institucional se reducen los tiempos de entrevista y consulta; sin embargo, el análisis de resultados indica que esto también se presenta en la atención privada, hecho que nos cuestiona si el profesional de la salud es un buen comunicador y tiene capacidad para establecer adecuadas relaciones humanas.

El médico como el profesional que asume responsabilidad por la prestación de un servicio, tiene una responsabilidad en el desarrollo y ampliación de esta relación.

Si el potencial del médico para interactuar con el paciente esta restringido, buscar estrategias que permitan su desarrollo.

El desempeño del médico se encuentra enmarcado por los siguientes elementos: *técnico* (lex artis); *bioético* (ético); *humanístico* (relación médico paciente); y *jurídico* (normativo).

Lo ideal es contar con un médico que genere confianza comodidad de permanecer frente a él. Y es que el factor humano en el área de la salud se ha demostrado que favorece y facilita el tratamiento.

Lo que muchas veces es obvio para el médico, para el paciente no lo es.

Primero, creemos que es útil para un médico la comprensión de sus propias respuestas psicológicas al paciente y esto puede ser hecho mas fácilmente cuando el médico tiene disponibles tanto los antecedentes históricos de las

respuestas psicológicas del médico, como la conciencia de las presiones actuales que están influyendo la interacción del médico con el paciente. Esta comprensión no puede por sí misma proveer al médico con un repertorio de respuestas efectivas a la variabilidad de situaciones del paciente que presenta el paciente. Creemos sin embargo que esto es importante para que el médico desarrolle conscientemente un repertorio de estrategias efectivas de comunicación que se personalizan a través de la practica y que son sujetas de adaptación a través del “feedback”.

- filosóficas,
- asunción de roles y
- conductual.

Dentro la perspectiva conductual incluir aspectos relacionados con la respuestas psicológicas del médico al paciente así como el repertorio de habilidades que posee el médico; creemos que las tres perspectivas tienen sus méritos y son necesarias para una adecuada comprensión del fenómeno que aquí estudiamos.

La misión institucional es ofrecer oportunidades de educación continua para médicos practicantes en talleres breves, nuestro interés específico se ha fijado en la búsqueda de un enfoque conductual que desarrolle un repertorio nuclear de estrategias efectivas de comunicación.

Los pacientes tienen preguntas, pero no siempre hablan de ellas; suponer que ellas están presentes.

La relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud. Los procesos de comunicación tanto verbales como no verbales, condicionan la calidad de esas relaciones.

La entrevista medica tiene tres funciones:

- (a) Obtener información para comprender al paciente;
- (b) El desarrollo de una relación y respuesta a las emociones del paciente y
- (c) Educación del paciente y orientación de su conducta desarrollado como un modelo de enseñanza

Tareas de comunicación:

Enganchar, Empatizar, Educar y Enrolar.

Una posición es asumir que la mayoría de los pacientes buscan respuestas a preguntas sobre:

- (a) diagnóstico,
- (b) etiología,
- (c) tratamiento,
- (d) pronóstico, y
- (e) consecuencias funcionales (impacto en la forma de vida).

La tarea educativa es responder estas preguntas durante el curso de la consulta:

- Evaluar la comprensión del paciente
- Suponer preguntas
- Asegurar comprensión

Recomendaciones generales para mejorar la práctica de la Ortopedia

1. Contar con las certificación y recertificaciones indispensables para ejercer la especialidad de Ortopedia

- a) Médico cirujano con especialidad en Ortopedia y Traumatología con cédula profesional y de la especialidad certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia.
- b) Actualizar permanentemente el conocimiento y práctica profesional mediante las recertificaciones correspondientes.

2. Mantener comunicación médica adecuada con el paciente y su familiar responsable

- a) Atender, escuchar, y aclarar las dudas que manifieste el paciente y/o familiar responsable con actitud segura y tranquila
- b) Proporcionar información completa y suficiente, utilizando un lenguaje accesible.
- c) Obtener el Consentimiento Validamente Informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que así lo ameriten.
- d) Facilitar al paciente o familiar responsable la posibilidad de una segunda opinión.

3. Asegurar la comprensión y la aceptación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos

- a) Explicar claramente el diagnóstico, plan de estudio así como los tipos de tratamiento que existen y proponer el adecuado, para hacerlo participar en la toma de decisión, planteándole los beneficios y riesgos en relación a sus expectativas a corto, mediano y largo plazo.
- b) Explicar los cambios clínicos esperados y los tiempos calculados de recuperación con y sin complicaciones y hacer conciencia de las posibles complicaciones, sobre todo las más frecuentes y sus posibilidades de solución.

4. Valorar integralmente al paciente, estructurar diagnósticos y establecer tratamientos o medidas terapéuticas oportunas

- a) Integrar un expediente clínico completo, conforme a lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico (Historia clínica con interrogatorio y exploración completa del paciente y exhaustiva de la zona afectada).

- b) Solicitar estudios de gabinete y laboratorio necesarios e indicados para cada paciente evitando el abuso de auxiliares diagnósticos.
- c) Solicitar las interconsultas necesarias ya sea para integrar diagnóstico o para valorar riesgos.
- d) Establecer el diagnóstico basado en la condición clínica y los estudios clínicos y paraclínicos, respetando las condiciones nosológicas, sintomáticas, etiológicas, anatomopatológicas, existentes.
- e) Valorar los tipos de tratamiento que existen para la patología que presenta el paciente y seleccionar el más adecuado.
- f) Planificar correctamente el procedimiento con todo el instrumental e implantes adecuados para evitar improvisar.
- g) Realizar los procedimientos en instalaciones adecuadas con los elementos necesarios para los mismos.
- h) Utilizar técnicas con principios técnicos científicos y no empíricos.

5. Asegurar desde el primer contacto la valoración integral del paciente lesionado.

- a) Identificar y asentar en el expediente todas las lesiones que se identifiquen o se sospechen.
- b) Priorizar las lesiones e iniciar el tratamiento médico inmediato a las alteraciones que pongan en peligro la vida, el órgano o miembro y la función de los mismos.
- c) Coordinar adecuadamente la labor asistencial de las diferentes especialidades que atenderán a un paciente.
- d) Recurrir a interconsultas y estudios especializados ante la sospecha de la presencia de otras lesiones potenciales asociadas al tipo de traumatismo.
- e) Estabilizar al paciente y ponderar su traslado cuando las instalaciones no cubran los requisitos para la atención idónea.

6. Definir y reflexionar con oportunidad el manejo para cada caso

- a) Abordar el tratamiento en forma metodológica y sistemática (protocolo).
- b) Establecer la idoneidad del tratamiento conservador o quirúrgico.
- c) Plantear los beneficios del diferimiento quirúrgico en base a sus ventajas y consecuencias para cada caso.
- d) Considerar la posibilidad de más de un tiempo quirúrgico o procedimientos complementarios.
- e) Involucrar al paciente en la responsabilidad del proceso de rehabilitación pre y posquirúrgica.

Recomendaciones específicas para la atención del paciente con Lumbalgia

1. Integrar el diagnóstico específico de Lumbalgia

- a) Considerar el perfil socio-cultural y físico del paciente (esfera bio-psico-social).
- b) Establecer y razonar los diagnósticos intrínsecos y extrínsecos diferenciales antes de instrumentar el manejo de la especialidad.
- c) Establecer el protocolo de estudio y realizarlo con oportunidad, evitando los procedimientos no indicados y los gastos innecesarios.
- d) Evitar el inicio de procedimientos terapéuticos específicos sin un diagnóstico.
- e) Identificar con evidencias clínicas y estudios de gabinete al paciente simulador, para determinar la conducta a seguir (considerar posible ganancia secundaria).
- f) Mantener una actitud reflexiva y evitar las actitudes dogmáticas.

2. Procurar una comunicación efectiva e integral con el paciente y sus familiares

- a) Explicar integralmente el padecimiento, sus causas y los factores precipitantes: posturales, sobrepeso, actividad física, laborales y estresantes.
- b) Explicar claramente los beneficios y los riesgos de la terapéutica propuesta y otras alternativas.
- c) Explicar las repercusiones en la vida diaria, laboral, psicológica y social (*cambios en el estilo de vida*).

3. Involucrar al paciente en el tratamiento integral

- a) Establecer un proceso de comunicación con el paciente que lo lleve a la toma de conciencia de la importancia de su participación en el manejo y rehabilitación de este padecimiento.
- b) Comprometerse junto con el paciente para identificar la causa de la lumbalgia y llevar a cabo el manejo terapéutico y rehabilitatorio adecuado.

- c) Obtener la seguridad de que el paciente intervendrá activamente en su rehabilitación.

4. Iniciar tratamiento conservador

- a) Desarrollar en el paciente la conciencia de que el padecimiento puede llegar a ser crónico.
- b) Planificar conjuntamente los alcances de los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación a desarrollar.
- c) Descartar patologías agregadas.
- d) Hacer conciencia en el paciente que el tratamiento no cura la lesión, sino mejora las condiciones clínicas y disminuye la sintomatología.

5. Indicar cirugía solo cuando sea la mejor alternativa para cada paciente en particular

- a) Plantear los beneficios, los riesgos y respuesta al tratamiento con base en sus ventajas y consecuencias para cada caso.
- b) Planificar el alcance de los procedimientos médico-quirúrgicos por aplicar.
- c) Evaluar y analizar el alcance de los mismos procedimientos.
- d) Realizar el procedimiento con la infraestructura necesaria.
- e) Involucrar al paciente en la toma de decisiones promoviendo su responsabilidad en el cumplimiento de las indicaciones y en su proceso rehabilitatorio integral.

6. Enfatizar la comunicación en la evolución y pronóstico

- a) Asegurar la comprensión del paciente al pedir su interpretación de las explicaciones recibidas.
- b) Involucrar al paciente en el tratamiento (corresponsabilidad).
- c) Conocer y ubicar las expectativas de los pacientes.
- d) Obtener el Consentimiento Válidamente Informado.

Recomendaciones específicas para la atención del paciente con Esguinces en extremidades

1. Integrar el diagnóstico específico de esguince

- a) Identificar adecuadamente el mecanismo que produjo la lesión.
- b) Seleccionar el protocolo de estudio adecuado, realizarlo con oportunidad, evitando procedimientos no indicados.
- c) Contar con la capacitación necesaria para establecer el diagnóstico de esguince adecuado.
- d) Reconocer la trascendencia que tiene el diagnóstico de esguince.

2. Iniciar el manejo adecuado

- a) Asegurar que el responsable del manejo definitivo preferentemente sea un especialista en ortopedia.
- b) Descartar patologías agregadas.
- c) Comprometer al paciente en el manejo inicial y continuar con la rehabilitación de la lesión.
- d) Detectar de manera oportuna los casos que requieren manejo quirúrgico.

3. Enviar al paciente en forma oportuna a rehabilitación

- a) Identificar oportunamente los casos que requieren inicio de rehabilitación temprana.
- b) Sensibilizar al paciente y su familiar de la importancia de la rehabilitación completa y oportuna.

- c) Detectar tempranamente los casos que pudieran tener una evolución tórpida (obesos, sedentarios, tercera edad) o patologías agregadas para tomar las medidas pertinentes.

4. Mantener una actitud reflexiva y vigilante durante todo el tratamiento

- a) Evaluar en forma periódica la evolución del padecimiento.
- b) Detectar oportunamente complicaciones y riesgos inherentes al padecimiento.
- c) Solicitar interconsulta o valoración por otros especialistas en caso necesario.
- d) Al término del tratamiento y rehabilitación realizar una revisión final para identificar las posibles secuelas.

5. Desarrollar una adecuada comunicación con el paciente y su familiar responsable

- a) Explicar clara, oportuna y verazmente el diagnóstico, manejo y pronóstico de la lesión, los tiempos requeridos para el manejo y las conductas a seguir por el paciente y familiares.
- b) Elaborar de manera conjunta con el paciente los compromisos para el manejo y rehabilitación de la lesión.
- c) Identificar los factores de riesgo y clarificarlos al paciente para involucrarlo en su modificación y/o control.
- d) En caso de requerir cirugía u otro procedimiento de riesgo, obtener su consentimiento válidamente informado.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DE LA ORTOPEDIA

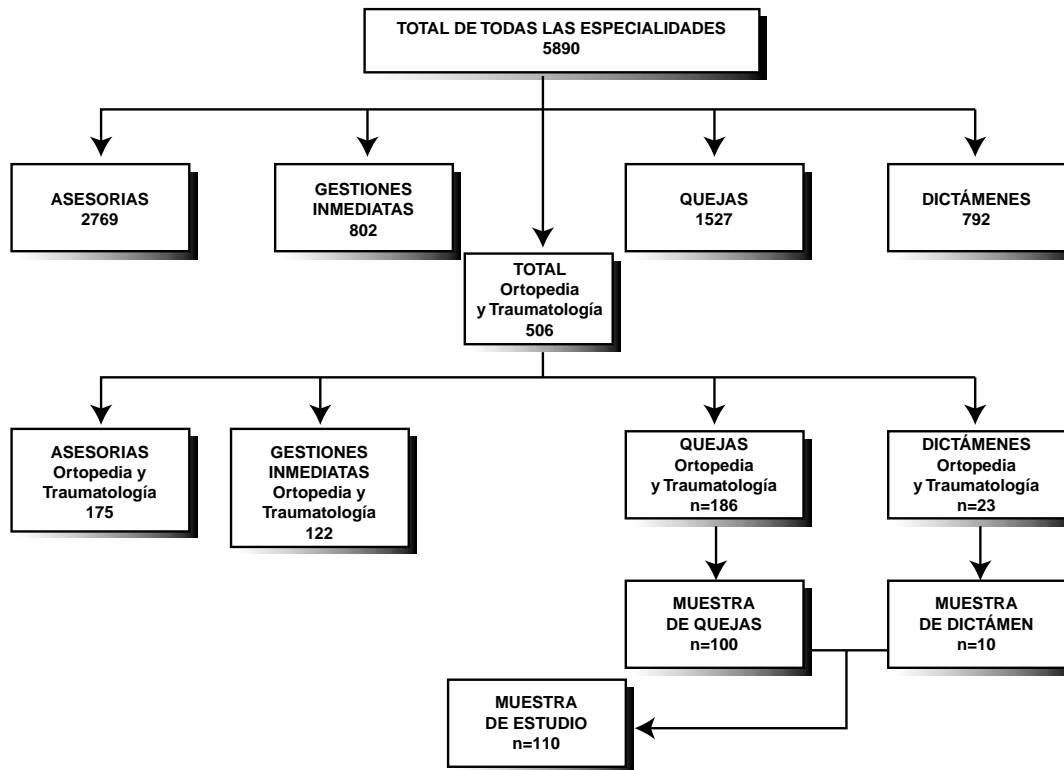
TABLA 1

TOTAL DE ASUNTOS CONOCIDOS POR CONAMED FEB.01.2001- FEB.28.2002	5890	100%
ASESORIAS	2769	47.01%
GESTIONES INMEDIATAS	802	13.62%
QUEJAS	1527	25.92%
DICTAMENES	792	13.45%

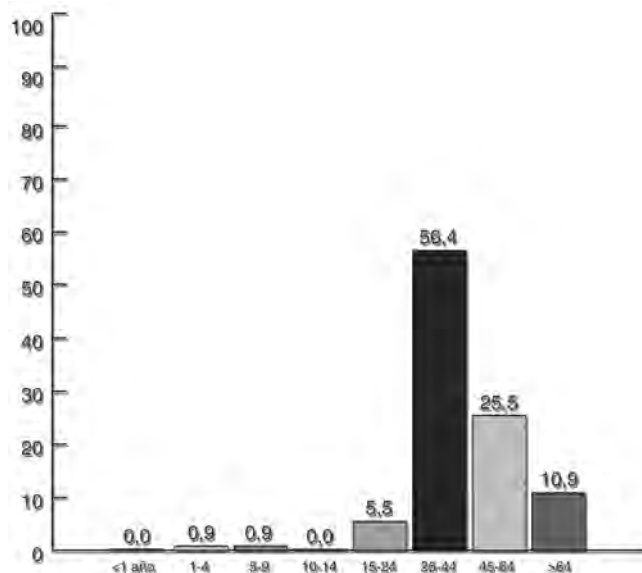
TABLA 2

Tipo de Atención	Asuntos de Todas las Especialidades	Asuntos de Ortopedia	Incidencia sobre el Total de todas	Incidencia Sobre el Total de Ortopedia (506)
Asesorías	2769	175	6.31%	34.59%
Gest. Inmediatas	802	122	15.21%	24.12%
Quejas	1527	186	12.18%	36.75%
Dictamen.	792	23	2.90%	4.54%
Total de asuntos	5890	506	8.59%	100%

FIGURA 1 Asuntos recibidos para la especialidad de Ortopedia. CONAMED
1º de febrero 2001 - 28 de febrero 2002



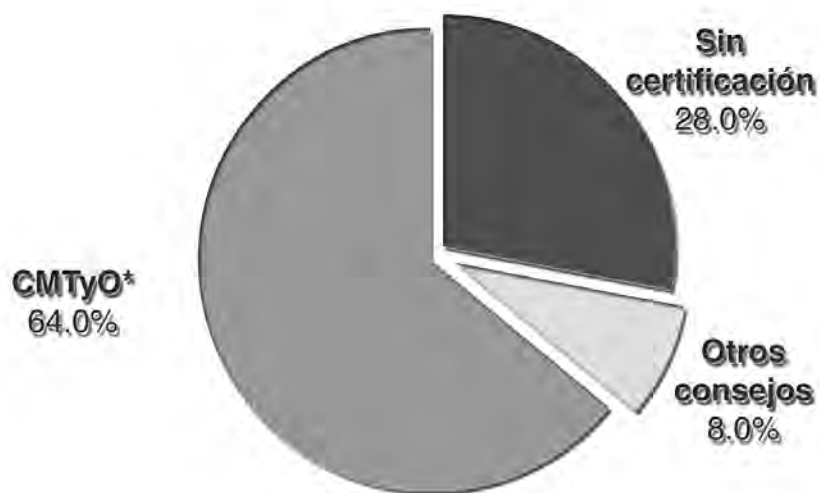
GRAFICA 1 Distribución de la muestra de casos de Ortopedia por grupos de edad



CUADRO 1. Características Generales de la muestra de casos de Ortopedia.

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	60	54,5
Femenino	50	45,5
Total	110	100
Institución		
Seguridad Social	83	75,5
Privadas	25	22,7
Públicas	2	1,8
Total	110	100
Tipo de Atención		
Urgencia	66	60
Electiva	25	22,7
Correctiva	10	9,1
Complementaria	8	7,3
No especificado	1	0,9
Total	110	100

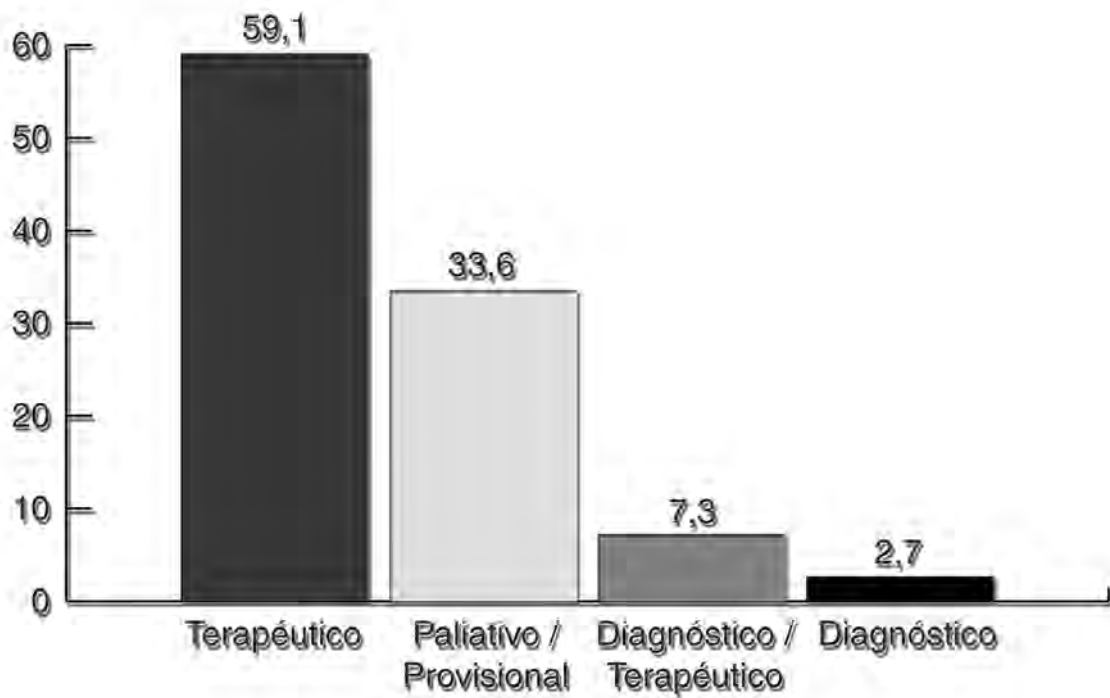
FIGURA 2 Médicos privados que cuentan con certificación del Consejo Mexico de Traumatología y Ortopedia*



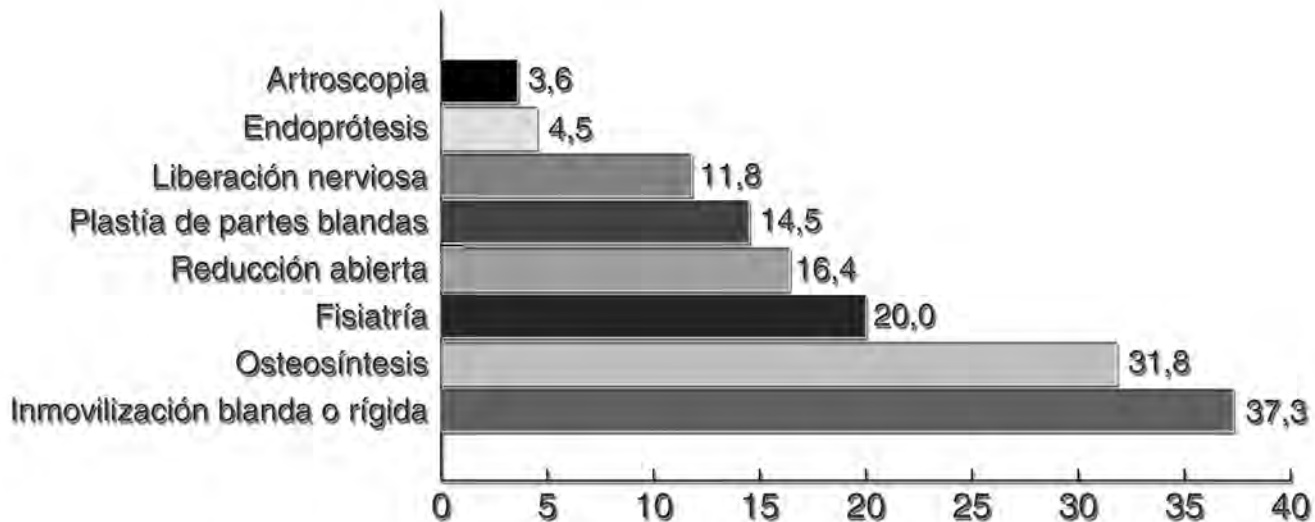
CUADRO 2. Motivo que originó la atención médica en los casos de Ortopedia

Motivo de atención	Frecuencia	%
Deformación /Degenerativa	46	41.8
Fractura	38	34.5
Esguince	27	24.5
Avulsiones	8	7.3
Fractura-Luxación	7	6.4
Luxación	6	5.5
Deformidades Congénitas	3	2.7

GRAFICA 2 Carácter del procedimiento identificado los casos de Ortopedia



GRAFICA 3 Tipo de manejo realizado en los casos de Ortopedia



Cuadro 3. Inconformidades relacionadas con el servicio y con la relación médico-paciente en los casos de Ortopedia

Inconformidades	Frecuencia	%
Del servicio		
Diferimiento de la atención	29	26,4
Diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico	24	21,8
Alta prematura	18	16,4
Negación de la atención	4	3,6
Negación de la atención	3	2,7
Relación médico-paciente		
Problemas de comunicación	96	87,3
Información insuficiente	49	44,5
Falsas expectativas	17	15,5
Maltrato	6	5,5

* Un mismo paciente puede tener más de un problema

CUADRO 4. Inconformidades asociadas al procedimiento en los casos Ortopedia

INCONFORMIDADES*	Frecuencia	%
Prolongación de la convalecencia	81	73,6
Limitación funcional	76	69,1
Necesidad de procedimiento complementario	70	63,6
Rigidez	10	9,1

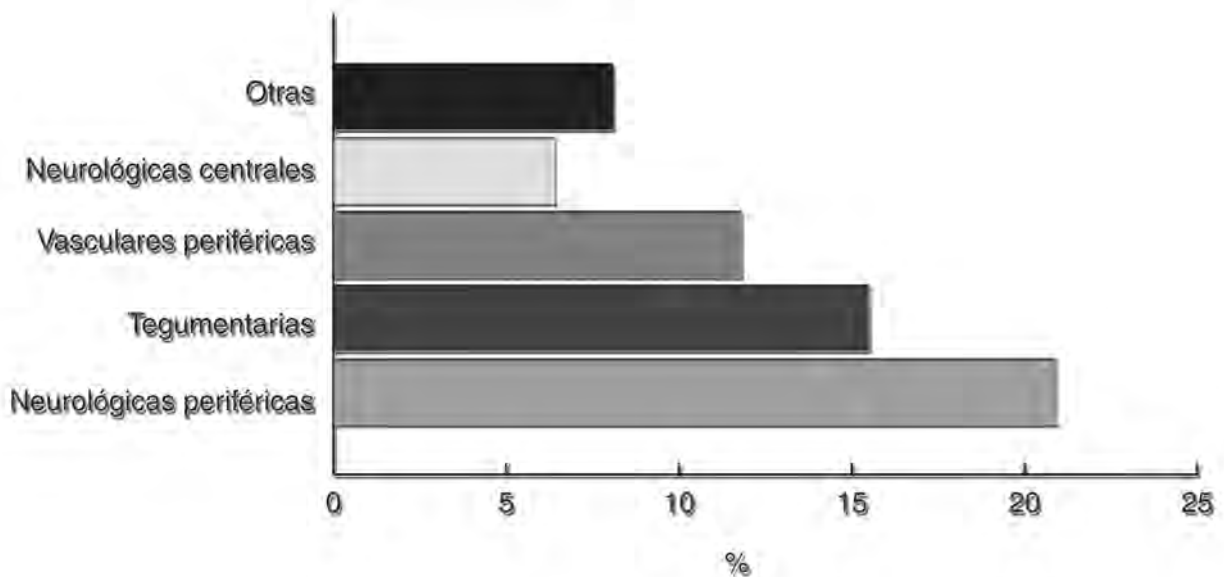
*Un paciente puede tener más de un problema; denominador n = 110.

CUADRO 5. Problemas relacionados con el procedimiento en los casos de Ortopedia

Problemas	Frecuencia	%
Infección	21	19,1
Retardo de consolidación pseudoartrosis	14	12,7
Lesión de estructuras vecinas	13	11,8
Aflojamiento o fractura de osteosíntesis o prótesis	10	9,1

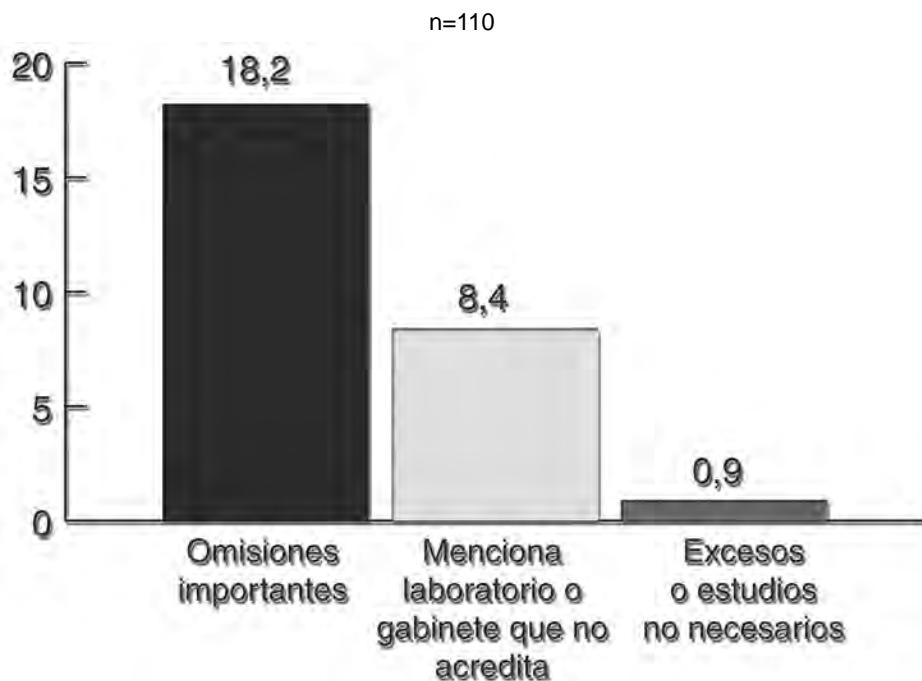
* Un mismo paciente puede tener más de un problema

GRAFICA 4 Inconformidades ajenas al procedimiento en los casos de Ortopedia

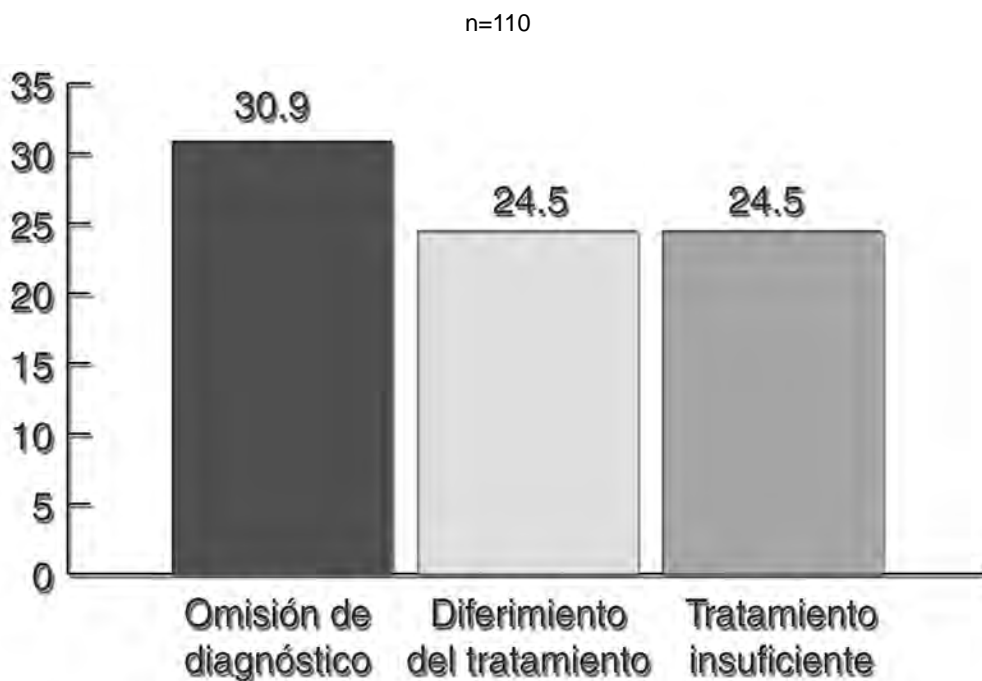


Nota: El denominador en cada tipo de inconformidad es n=110

GRAFICA 5 Presuntas desviaciones y efectos en el desarrollo de la atención médica. Documentos del expediente clínico



GRAFICA 6 Problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento en los casos de Ortopedia



CUADRO 6. Problemas relacionados con la ejecución en los casos de Ortopedia

Problemas	Frecuencia	%
Protocolo insuficiente	45	40,9
Procedimiento no idóneo o deficiencia técnica	18	16,4
Diagnóstico no sustentado	4	3,6
Exceso terapéutico	4	3,6
Procedimiento innecesario	3	2,7

CUADRO 7. Efectos patrimoniales y sobre la salud identificados en los casos de Ortopedia

Efectos	Frecuencia	%
Patrimoniales		
Endeudamiento	50	45,5
Requiere nuevo tratamiento o continuación	37	33,6
En la salud		
Limitación de la Función	58	52,7
Invalidez	19	17,3
Amputación	7	6,4
Muerte	4	3,6

Nota: un paciente puede tener más de un efecto.

CUADRO 8. Características Generales de la muestra de casos de Ortopedia por tipo de institución

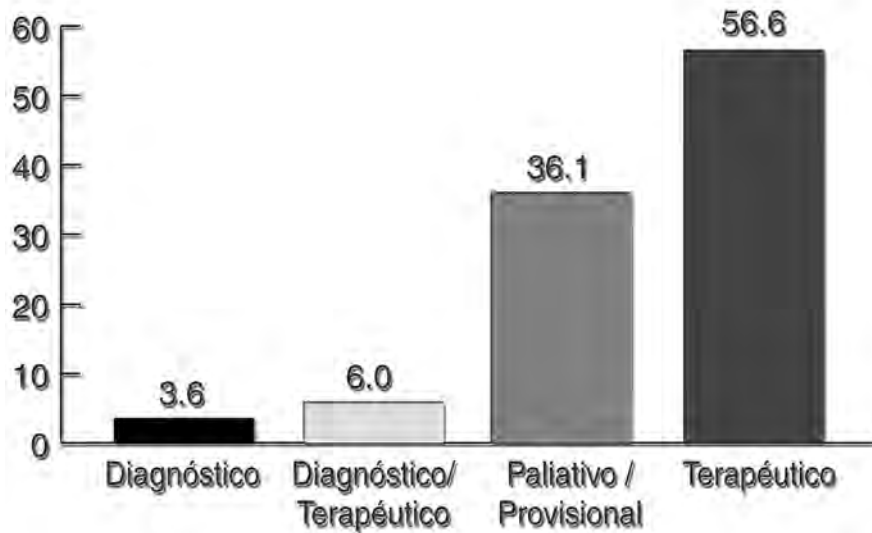
Variable	Seguridad Social		Privadas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo				
Masculino	44	53,0	15	60
Femenino	39	47,0	10	40
Total	83	100	25	100
Grupo de edad				
<1 año	0	0	0	0
1-4	1	1,1	0	0
5-9	1	1,1	0	0
10-14	0	0	0	0
15-24	4	1,8	2	8
25-44	44	53,0	16	64
45-64	26	31,4	2	3
>64	7	8,4	5	30
Total	83	100	25	100
Tipo de Atención				
Urgencia	51	61,5	14	56
Electiva	15	18,1	9	36
Complementaria	7	8,4	1	4
Correctiva	9	10,8	1	4
No especificado	1	1,2	2	0
Total	83	100	25	100

CUADRO 9. Motivo que originó la atención médica en los casos de Ortopedia de acuerdo al tipo de institución

Motivo	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	*Frecuencia	%	*Frecuencia	%
Deformación /Degenerativa	36	43.4	10	40.0
Fractura	28	33.7	9	36.0
Esguince	19	22.9	7	28.0
Avulsiones	5	6.0	3	12.0
Fractura-Luxación	5	6.0	2	8.0
Luxación	5	6.0	1	4.0
Deformidades Congénitas	2	2.4	1	4.0

*Un paciente puede registrar mas de un motivo

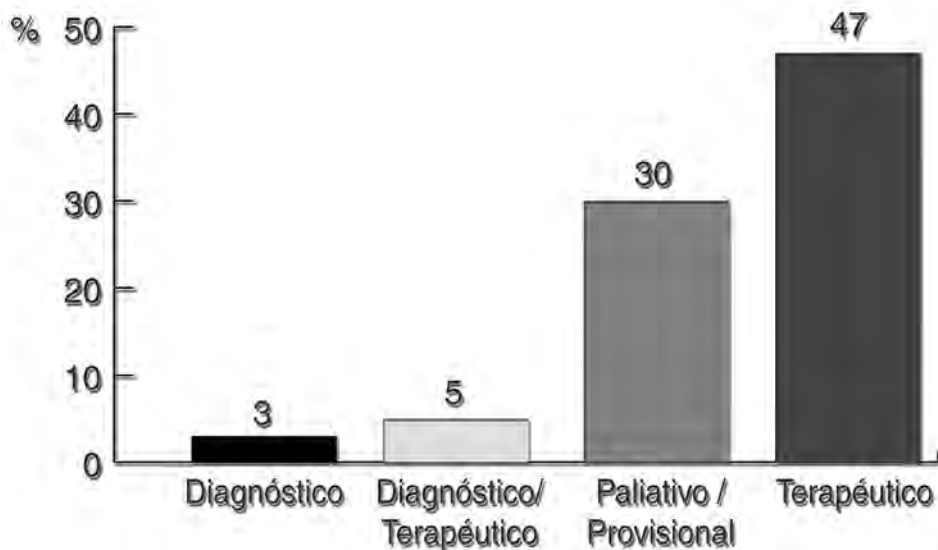
GRAFICA 7 Problemas relacionados con el diagnóstico y tratamiento en los casos de Ortopedia



Denominador n=83

Nota: Cada barra es independiente

GRAFICA 8 Carácter de los procedimientos identificados en los casos de Ortopedia de instituciones privadas



Denominador n=25

Nota: Cada barra es independiente

CUADRO 10. Tipo de Manejo identificado en los casos de Ortopedia por tipo de institución

Variable	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Inmovilización blanda o rígida	34	41,0	7	28,0
Osteosíntesis	24	28,9	10	40,0
Fisiatría	16	19,3	5	20,0
Reducción abierta	14	16,9	3	12,0
Plastía de partes blandas	12	14,5	3	12,0
Liberación nerviosa	8	9,6	5	20,0
Endoprótesis	3	3,6	2	8,0
Artroscopía	2	2,4	2	8,0

Nota: Un mismo paciente puede tener más de un tipo de manejo

CUADRO 11. Inconformidades relativas al servicio y la relación médico-paciente en los casos de Ortopedia por tipo de institución

Variable	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Relación médico-paciente				
Problemas de comunicación	73	88,0	22	88,0
Información insuficiente	38	45,8	10	40,0
Falsas expectativas	9	10,8	8	32,0
Maltrato	5	6,0	0	0,0
Del servicio				
Diferimiento de la atención	26	31,3	2	8,0
Diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico	23	27,7	1	4,0
Alta prematura	16	19,3	2	8,0
Negación de la atención	4	4,8	0	0,0
Delegación de función	2	2,4	1	4,0

Nota: Un mismo paciente puede tener más de una inconformidad

CUADRO 12. Inconformidades asociadas al procedimiento en los casos de Ortopedia por tipo de institución

Inconformidades	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Prolongación de la convalecencia	62	74,4	18	72,0
Limitación funcional	58	69,9	17	68,0
Necesidad de procedimiento Complementario	51	61,4	18	72,0
Rigidez	9	10,8	1	4,0

Nota: Un mismo paciente puede tener más de una inconformidad

CUADRO 13. Inconformidades inherentes al procedimiento en los casos de Ortopedia por tipo de institución

Inconformidades	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Infección	13	15,7	7	28,0
Lesión de estructuras vecinas	11	13,3	2	8,0
Aflojamiento o fractura de osteosíntesis o prótesis	8	9,6	1	4,0
Retardo de consolidación / pseudoartrosis	9	10,8	4	16,0

Nota: Un mismo paciente puede tener más de una inconformidad

CUADRO 14. Inconformidades ajenas al procedimiento en los casos de Ortopedia por tipo de institución

Inconformidad	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cardiopulmonares	3	3,6	–	–
Vasculares periféricas	9	10,8	4	16,0
Genitourinarias	1	1,2	1	4,0
Digestivas	3	3,6	1	4,0
Neurológicas centrales	5	6,0	2	8,0
Neurológicas periféricas	18	21,7	5	20,0
Tegumentarias	11	13,3	5	20,0

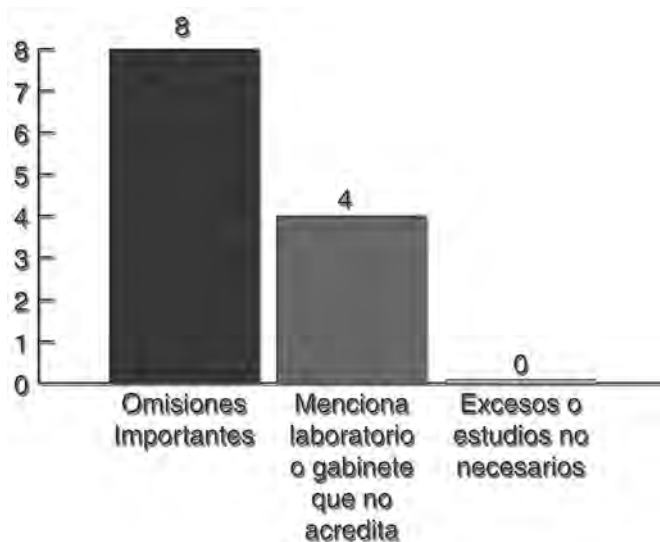
Nota: Un mismo paciente puede tener más de una inconformidad

GRAFICA 9 Presuntas desviaciones y efectos en el desarrollo de la atención en Instituciones de Seguridad Social. Documentos del Expediente Clínico



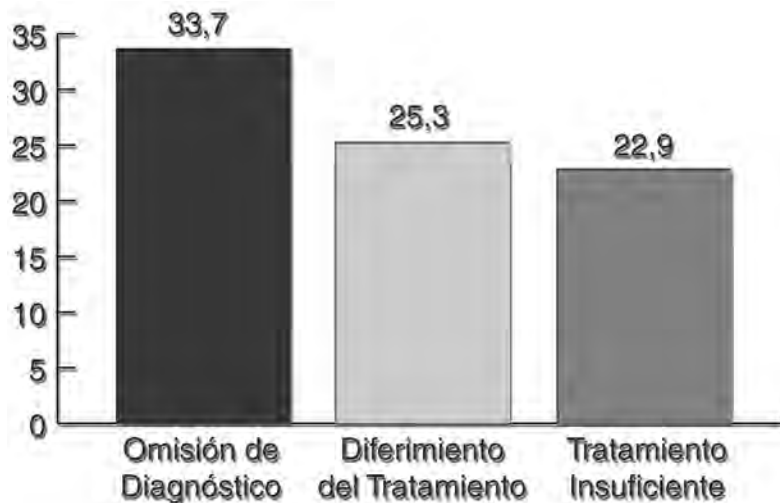
Denominador n=25
Nota: cada barra es independiente

GRAFICO 10 Presuntas desviaciones y efectos en el desarrollo de la atención en Instituciones Privadas. Documentos del Expediente Clínico



Denominador n=25
 Nota: cada barra es independiente

GRAFICA 11 Inconformidades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento referidas en los casos de las instituciones de Seguridad Social.



Denominador n=25
 Nota: cada barra es independiente

CUADRO 15. Inconformidades asociadas a la ejecución en los casos de Ortopedia por tipo de institución

Inconformidades	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Protocolo Insuficiente	34	41,0	11	44,0
Diagnóstico no sustentado	3	3,6	1	4,0
Procedimiento no idoneo o deficiencia técnica	10	12,0	7	28,0
Exceso Terapéutico	2	2,4	2	8,0
Procedimiento innecesario	1	1,2	2	8,0

Nota: Un mismo paciente puede tener más de una inconformidad

CUADRO 16. Efectos patrimoniales sobre la salud identificados en los casos de Ortopedia por institución

Efectos	Seguridad Social n=83		Privados n=25	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Patrimoniales				
Endeudamiento	38	45,8	11	44,0
Requiere nuevo tratamiento o continuación	29	34,9	7	28,0
Sobre la salud				
Limitación	45	54,2	12	48,0
Invalidez	15	18,1	4	16,0
Amputación	5	6,0	2	8,0
Muerte	4	4,8	0	0,0

Nota: Un mismo paciente puede tener más de una inconformidad

TABLA 4: Clasificación de las complicaciones quirúrgicas en Ortopedia

Transoperatorias		<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones vasculares • Lesiones neurológicas • Hemorragias transoperatorias • Choque hipovolémico • Síndrome de embolia grasa • Hipocorrección o hipercorrección de una fractura u osteotomía
(Postoperatorias)	Inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> • Infección (abscesos, artritis séptica) • Trombosis venosa profunda (cirugía de pelvis y extremidades) • Dehiscencia de la sutura • Necrosis de la herida, pérdida cutánea • Osteosíntesis insuficiente • Embolia grasa
	Tardías	<ul style="list-style-type: none"> • Retardo de consolidación • Pseudoartrosis • Pseudoartrosis infectada • Enfermedad de las fracturas (atrofia ósea de Sudek) • Síndrome de distrofia simpático refleja • Síndrome de cirugía fallida (columna lumbar) • Osteomielitis crónica • Aflojamiento de prótesis e implantes • Atrofias musculares • Rigidez y anquilosis articulares • Acortamiento de una extremidad pélvica

RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ORTOPEDIA

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
El 36% de los médicos no contaban con certificación del Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología.	1. CONTAR CON LAS CERTIFICACIONES Y RECERTIFICACIONES INDISPENSABLES PARA EJERCER LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> a) Médico cirujano con especialidad en Ortopedia y Traumatología con cédula profesional y de la especialidad certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia. b) Actualizar permanentemente el conocimiento y práctica profesional mediante las recertificaciones correspondientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento médico no idóneo. • Impericia y negligencias del médico tratante. • Indicaciones no idóneas.
En el 87.3% existieron problemas de comunicación. En el 44.5% hubo información deficiente.	2. MANTENER COMUNICACIÓN MÉDICA ADECUADA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIAR RESPONSABLE	<ul style="list-style-type: none"> a) Atender, escuchar, y aclarar las dudas que manifieste el paciente y/o familiar responsable con actitud segura y tranquila b) Proporcionar información completa y suficiente, utilizando un lenguaje accesible. c) Obtener el Consentimiento Validamente Informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que así lo ameriten. d) Facilitar al paciente o familiar responsable la posibilidad de una segunda opinión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inconformidad por parte de los pacientes o familiares. • Insatisfacción del tratamiento proporcionado. • Apego inadecuado al tratamiento
En el 15.5% la inconformidad fue por falsas expectativas. En el 5.5% por maltrato.	3. ASEGURAR LA COMPRENSIÓN Y LA ACEPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS PROPUESTOS	<ul style="list-style-type: none"> a) Explicar claramente el diagnóstico, plan de estudio así como los tipos de tratamiento que existen y proponer el adecuado, para hacerlo participar en la toma de decisión, planteándole los beneficios y riesgos en relación a sus expectativas a corto, mediano y largo plazo. b) Explicar los cambios clínicos esperados y los tiempos calculados de recuperación con y sin complicaciones y hacer conciencia de las posibles complicaciones, sobre todo las más frecuentes y sus posibilidades de solución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad en el paciente. • Apego inadecuado al tratamiento. • Insatisfacción del tratamiento proporcionado.
Se observó omisión de algún diagnóstico en 30.9%. En el 24.5% se observó diferimiento del tratamiento. En 24.5% tratamiento insuficiente. Se corroboró que existieron omisiones importantes de documentos del expediente clínico en un 18.2%.	4. VALORAR INTEGRALMENTE AL PACIENTE, ESTRUCTURAR DIAGNOSTICOS Y ESTABLECER TRATAMIENTOS O MEDIDAS TERAPEUTICAS OPORTUNAS	<ul style="list-style-type: none"> a) Integrar un expediente clínico completo, conforme a lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico (Historia clínica con interrogatorio y exploración completa del paciente y exhaustiva de la zona afectada). b) Solicitar estudios de gabinete y laboratorio necesarios e indicados para cada paciente evitando el abuso de auxiliares diagnósticos. c) Solicitar las interconsultas necesarias ya sea para integrar diagnóstico o para valorar riesgos. d) Establecer el diagnóstico basado en la condición clínica y los estudios clínicos y para clínicos, respetando las condiciones nosológicas, sintomáticas, etiológicas, anatomo-patológicas, existentes. e) Valorar los tipos de tratamiento que existen para la patología que presenta el paciente y seleccionar el más adecuado. f) Planificar correctamente el procedimiento con todo el Instrumental e implantes adecuados para evitar improvisar. g) Realizar los procedimientos en instalaciones adecuadas con los elementos necesarios para los mismos. h) Utilizar técnicas con principios técnicos científicos y no empíricos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de evidencia clínica. • Valoración innecesaria por otro especialista. • Diferimiento de la atención. • Gastos innecesarios para el paciente. • Tratamiento inadecuado, incompleto o errores por precipitación.
En más del 60% de la muestra el conflicto se generó en la atención o servicios de urgencias.	5. ASEGURAR DESDE EL PRIMER CONTACTO LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE LESIONADO	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar y asentar en el expediente todas las lesiones que se identifiquen o se sospechen. b) Priorizar las lesiones e iniciar el tratamiento médico inmediato a las alteraciones que pongan en peligro la vida, el órgano o miembro y la función de los mismos. c) Coordinar adecuadamente la labor asistencial de las diferentes especialidades que atenderán a un paciente. d) Recurrir a interconsultas y estudios especializados ante la sospecha de la presencia de otras lesiones potenciales asociadas al tipo de traumatismo. e) Estabilizar al paciente y ponderar su traslado cuando las instalaciones no cubran los requisitos para la atención idónea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Errores médicos. • Medicina Defensiva. • Insatisfacción de la atención. • Indicaciones médicas no idóneas.
Prolongación de la convalecencia. Limitación funcional. Necesidad de procedimientos complementarios.	6. DEFINIR Y REFLEXIONAR CON OPORTUNIDAD EL MANEJO PARA CADA CASO	<ul style="list-style-type: none"> a) Abordar el tratamiento en forma metodológica y sistemática (protocolo). b) Establecer la idoneidad del tratamiento conservador o quirúrgico. c) Plantear lo beneficios del diferimiento quirúrgico en base sus ventajas y consecuencias para cada caso. d) Considerar la posibilidad de más de un tiempo quirúrgico o procedimientos complementarios. e) Involucrar al paciente en la responsabilidad del proceso de rehabilitación pre y posquirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandas y denuncias. • Inconformidades por el resultado del tratamiento quirúrgico. • Inconformidades por los tiempos y resultados obtenidos.

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON LUMBALGIA

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<p>El motivo de consulta fue en 65% por accidente de trabajo y de tránsito.</p> <p>En 55% de los casos hubo diferimiento y/o negación de auxiliares de diagnóstico.</p> <p>El 37% de la atención brindada fue por recurrencia y 32% de urgencia.</p>	<p>1. INTEGRAR EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LUMBALGIA</p>	<p>a) Considerar el perfil socio-cultural y físico del paciente (esfera bio-psico-social).</p> <p>b) Establecer y razonar los diagnósticos intrínsecos y extrínsecos diferenciales antes de instrumentar el manejo de la especialidad.</p> <p>c) Establecer el protocolo de estudio y realizarlo con oportunidad, evitando los procedimientos no indicados y los gastos innecesarios.</p> <p>d) Evitar el inicio de procedimientos terapéuticos específicos sin un diagnóstico.</p> <p>e) Identificar con evidencias clínicas y estudios de gabinete al paciente simulador, para determinar la conducta a seguir (considerar posible ganancia secundaria).</p> <p>f) Mantener una actitud reflexiva y evitar las actitudes dogmáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de lumbalgia. • Impacto laboral. • Limitación funcional. • Falta de cooperación del paciente. • No adherencia al tratamiento.
<p>En 55% de los casos existieron problemas de comunicación.</p> <p>El 34% de los paciente recibió información insuficiente.</p>	<p>2. PROCURAR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA E INTEGRAL CON EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES</p>	<p>a) Explicar integralmente el padecimiento, sus causas y los factores precipitantes: posturales, sobrepeso, actividad física, laborales y estresantes.</p> <p>b) Explicar claramente los beneficios y los riesgos de la terapéutica propuesta y otras alternativas.</p> <p>c) Explicar las repercusiones en la vida diaria, laboral, psicológica y social (<i>cambios en el estilo de vida</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de la relación médico-paciente. • Fallas de comunicación. • Falta de conciencia de enfermedad. • Falta de coparticipación. • Fallas en la adherencia terapéutica.
<p>30% de los pacientes presentan recurrencia de la lumbalgia.</p> <p>En 64% de los pacientes existe prolongación de la lumbalgia.</p> <p>Se identificó que 23% de los pacientes tenía falsas expectativas sobre su padecimiento.</p>	<p>3. INVOLUCRAR AL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL</p>	<p>a) Establecer un proceso de comunicación con el paciente que lo lleve a la toma de conciencia de la importancia de su participación en el manejo y rehabilitación de este padecimiento.</p> <p>b) Comprometerse junto con el paciente para identificar la causa de la lumbalgia y llevar a cabo el manejo terapéutico y rehabilitatorio adecuado.</p> <p>c) Obtener la seguridad de que el paciente intervendrá activamente en su rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de cooperación del paciente. • No adherencia a las indicaciones médicas. • Persistencia del cuadro. • Complicaciones o secuelas. • Inconformidad por la convalecencia.
<p>En el 79% de los pacientes se dio tratamiento farmacológico y en 43% se trataron con medios físicos y rehabilitación.</p> <p>31% de los pacientes acuden con otro médico por daño radicular de lenta reversibilidad.</p> <p>38% presentó diferimiento de la atención especializada.</p>	<p>4. INICIAR TRATAMIENTO CONSERVADOR</p>	<p>a) Desarrollar en el paciente la conciencia de que el padecimiento puede llegar a ser crónico.</p> <p>b) Planificar conjuntamente los alcances de los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación a desarrollar.</p> <p>c) Descartar patologías agregadas.</p> <p>d) Hacer conciencia en el paciente que el tratamiento no cura la lesión, sino mejora las condiciones clínicas y disminuye la sintomatología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inconformidad por el tratamiento proporcionado. • Mala relación médico-paciente. • Falsas expectativas por parte del paciente y sus familiares. • Demandas y denuncias.
<p>En 19% de los casos se diferió el tratamiento quirúrgico.</p> <p>9% presentó un evento quirúrgico antiguo de columna vertebral y 7% más de un evento quirúrgico.</p> <p>Como complicación del tratamiento quirúrgico, 54% de los pacientes tuvieron persistencia de los síntomas.</p>	<p>5. INDICAR CIRUGÍA SOLO CUANDO SEA LA MEJOR ALTERNATIVA PARA CADA PACIENTE EN PARTICULAR</p>	<p>a) Plantear los beneficios, los riesgos y respuesta al tratamiento con base en sus ventajas y consecuencias para cada caso.</p> <p>b) Planificar el alcance de los procedimientos médico-quirúrgicos por aplicar.</p> <p>c) Evaluar y analizar el alcance de los mismos procedimientos.</p> <p>d) Realizar el procedimiento con la infraestructura necesaria.</p> <p>e) Involucrar al paciente en la toma de decisiones promoviendo su responsabilidad en el cumplimiento de las indicaciones y en su proceso rehabilitatorio integral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falsas expectativas. • Infecciones. • Limitación funcional. • Prolongación de convalecencia. • Quebranto financiero. • Previene intervenciones innecesarias. • Quejas, denuncias y demandas. • Inconformidad por los resultados.
<p>En 44% de los casos hubo necesidad de procedimiento quirúrgico complementario y el paciente solicita que no lo realice su médico tratante.</p>	<p>6. ENFATIZAR LA COMUNICACIÓN EN LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO</p>	<p>a) Asegurar la comprensión del paciente al pedir su interpretación de las explicaciones recibidas.</p> <p>b) Involucrar al paciente en el tratamiento (corresponsabilidad).</p> <p>c) Conocer y ubicar las expectativas de los pacientes.</p> <p>d) Obtener el Consentimiento Válidamente Informado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falsas expectativas. • Autolimitaciones psicológicas. • Prevención de somatizaciones. • Falta de adherencia terapéutica. • Inconformidades.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ESQUINCES EN EXTREMIDADES

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
El 51.% de los pacientes tuvo una omisión diagnóstica. Al 40.7% se le dirigió el tratamiento.	1. INTEGRAR EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE ESQUINCE	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar adecuadamente el mecanismo que produjo la lesión. b) Seleccionar el protocolo de estudio adecuado, realizarlo con oportunidad, evitando procedimientos no indicados. c) Contar con la capacitación necesaria para establecer el diagnóstico de esguince adecuado. d) Reconocer la trascendencia que tiene el diagnóstico de esguince. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción de la atención • Denuncias o demandas • Errores médicos
El 22.2% de los pacientes sufrió un diferimiento de la atención. Al 29.6% se le dirigió el apoyo de auxiliares diagnósticos El 37% recibió tratamiento insuficiente. El 59.2% de los pacientes se les aplicó un protocolo insuficiente, y El 40.7% requirió nuevo tratamiento	2. INICIAR EL MANEJO ADECUADO	<ul style="list-style-type: none"> a) Asegurar que el responsable del manejo definitivo preferentemente sea un especialista en ortopedia. b) Descartar patologías agregadas. c) Comprometer al paciente en el manejo inicial y continuar con la rehabilitación de la lesión. d) Detectar de maneara oportuna los casos que requieren manejo quirúrgico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción con el procedimiento • Discapacidades • Alteración emocional • Valoraciones innecesarias
El 85.1% presentó limitación funcional, y el mismo porcentaje tuvo una prolongada convalecencia. El 40.7% requirió de procedimientos complementarios. El 11% desarrolló rigidez.	3. ENVIAR AL PACIENTE EN FORMA OPORTUNA A REHABILITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar oportunamente los casos que requieren inicio de rehabilitación temprana. b) Sensibilizar al paciente y su familiar de la importancia de la rehabilitación completa y oportuna. d) Detectar tempranamente los casos que pudieran tener una evolución tórpida (obesos, sedentarios, tercera edad) o patologías agregadas para tomar las medidas pertinentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inadecuado • Error médico • Quejas y/o demandas • Rehabilitación prolongada • Lesiones residuales
Los modelos médicos basados en la práctica reflexiva permiten mejorar el <i>rapport</i> y proporcionar mayor satisfacción tanto al médico como al paciente.	4. MANTENER UNA ACTITUD REFLEXIVA Y VIGILANTE DURANTE TODO EL TRATAMIENTO.	<ul style="list-style-type: none"> a) Evaluar en forma periódica la evolución del padecimiento. b) Detectar oportunamente complicaciones y riesgos inherentes al padecimiento c) Solicitar interconsulta o valoración por otros especialistas en caso necesario d) Al término del tratamiento y rehabilitación realizar una revisión final para identificar las posibles secuelas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala comunicación • Falsas expectativas • Complicaciones • Incumplimiento en el tratamiento
El 37% recibió información insuficiente sobre su padecimiento. En 88.8% de los casos existieron problemas de comunicación médico-paciente. El 11.5% de los pacientes desarrollaron falsas expectativas derivadas de la información proporcionada.	5. DESARROLLAR UNA ADECUADA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIAR RESPONSABLE	<ul style="list-style-type: none"> a) Explicar clara, oportuna y verazmente el diagnóstico, manejo y pronóstico de la lesión, los tiempos requeridos para el manejo y las conductas a seguir por el paciente y familiares. b) Elaborar de manera conjunta con el paciente los compromisos para el manejo y rehabilitación de la lesión. c) Identificar los factores de riesgo y clarificarlos al paciente para involucrarlo en su modificación y/o control. d) En caso de requerir cirugía u otro procedimiento de riesgo, obtener su consentimiento válidamente informado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desinformación • Falsas expectativas • Inconformidad del paciente y familiares • Incumplimiento del manejo, indicaciones o rehabilitación

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Mexicana de Cirugía. Trauma. Atención medicoquirúrgica. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. México: 1997. P:70.
2. Álvarez-Cambras R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología t. II, ed. Pueblo y Educación, 1986 La Habana pp.258,259.
3. American Association for Automotive Medicine: The Abreviated Injury Scale (AIS) 1985 revision. Arlington Heights, IL: American Association for Automotive Medicine. 1985.
4. American College of Surgeons Committee on Trauma: Advanced Trauma Life Support. Course for physicians. Student manual. Chicago 1993.
5. Balint M. The Doctor, His Patient, and the Illness. New York: International Universities Press, 1972.
6. Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AJ et al. The trauma score. Crit Care Med.: 9:672.1980.
7. Champion HR, Copes WS, Sacco WJ et al. Injury Severity Scoring. En: Moore EE. (eds). Early care of the injured patient. 4th ed. B.C.Decker Inc. 1990 Toronto.Philadelphia.
8. Champion HR, Sacco WJ, Hunt TK. Trauma severity scoring to predict mortality. World J. Surg. 7:4. 1983.
9. Emanuel E. Emanuel L: Four Models of the physician-patient relationship. J Am Med Assoc 1992; 267(16): 2221-2226.
10. Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 126-136
11. Epstein R, Campbell T, Cohen-Cole S, McWhinney I, Smilkstein G: Perspectives on patient- doctor communication. J Fam Pract 1993; 37(4): 377-388.
12. Fábregas, N.; Echeverría, T.; Prat, S.: Protocolo de recepción del paciente politraumatizado. Hospital Clínic de Barcelona (no publicado).
13. Fábregas, N.; López-Boado, M-A; Prat, S.: Protocolo de prioridades en el paciente politraumatizado. Hospital Clínic de Barcelona (no publicado).
14. García-Castrillo Riesgo: El paciente politraumatizado. Modelo asistencial. En: F. López Espadas (ed): Manual de asistencia al paciente politraumatizado. ELA-ARAN. Madrid 1994.
15. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social: Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona 1994.
16. Generalitat de Catalunya. Institut Català de Seguretat Viaria.: Estudi de l'accidentalitat a Catalunya 1993. Barcelona 1995.
17. Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España. Sociedad Española de salud pública y administración sanitaria. SG Editores SA.
18. Martínez PJ. Nociones de Ortopedia y Traumatología, t II, ed. Ciencia y Técnica Instituto Cubano del Libro 1971 La Habana pp. 417-426.
19. Paine K. Results of Decompression for Lumbar Spinal Stenosis. Clinical Orthopedics 1976 115: pp 96-100.
20. Rowland-Morin P, Carroll J: Verbal Communication skills and patient satisfaction; a study of doctor-patient interviews. Eval Health Prof 1990; 13: 168-185.
21. Scheer SJ, Radack KI, O'Brien DR. Randomized Controlled Trials in Industrial Low Back Pain Relating to Return Work. Part 2 Discogenic Low Back Pain. Arch Phys Med Rehab 1996; 1. 189-1.197 cfr.
22. Skwarcz A et al. Ortopedia, Traumatologia i Rehabilitacja Narządów Ruchu, Kregoslup, ed. PZW Lekarskich, 1990 Varsovia, pp 225,226 cfr.
23. Teasdale G, Jenet B. Assesment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81.
24. Trunkey D.D.: Trauma: A public health problem. En: Moore E.E. (eds). Early care of the injured patient. 4th ed. B.C.Decker Inc. 1990 Toronto.Philadelphia.
25. Zuk T. Ortopedia z traumatologia narządów ruchu, ed. PZWL 1993 Varsovia ,pp. 113-115.