REVISTA CONAMED
Rev CONAMED 2013; 18 Supl 1: S6 - S16

Artículo Original

Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica

Identification of nursing malpractice as a result of the medical complaint

José Meljem-Moctezuma,[1] Jorge Pérez-Castro y Vázquez,[2] Martha Olivia Soto-Arreola[2]

RESUMEN

Introducción. La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema.

Las quejas médicas son áreas de oportunidad para detectar problemas relacionados con la calidad de la atención y resolverlos a través de acciones enfocadas a mejorar los diferentes procesos de la atención médica, son también indicadores de calidad de los servicios de salud y debido a ello se les puede relacionar, en su caso con la mala práctica, que se conceptualiza como conducta que no alcanza el nivel de calidad asistencial reconocido por la ley para proteger a otros frente al riesgo excesivo de daño, es decir, un desvío respecto a la norma asistencial aceptada. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de mala práctica relacionada con la atención de enfermería que se evidencia dentro del expediente clínico de queja médica.

Material y métodos. Se realizó un estudio documental, descriptivo, transversal en los meses de septiembre de 2012 a agosto de 2013. El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la CONAMED con un muestreo aleatorio simple de 100 expedientes de queja médica pertenecientes a diferentes instituciones del sector salud.

Para el análisis de la información se utilizaron herramientas de estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas y se obtuvo la prevalencia cruda de mala práctica con y sin relación causal.

Resultados. En el 99% de los casos analizados se identificaron elementos de mala práctica; en el 79% de los casos la mala práctica fue sin relación causal; en el 20% (20 casos), se evidenció que el acto u omisión de enfermería, generó daño a la salud del paciente; en el 65% de los casos existió mala práctica relacionada con la administración de medicamentos, específicamente: omisiones 57%, errores en las dosis10%, errores en el nombre de los medicamentos 11%, errores en frecuencia 22%.

Conclusiones. La reducción de la mala práctica de enfermería y por consiguiente de eventos adversos requiere un abordaje organizacional de los directivos de enfermería, dado el tipo y características de los mismos (errores en la administración de medicamentos, infecciones nosocomiales, ulceras por presión, etc.), lo anterior debido a que desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sa-

[1] Comisionado Nacional de Arbitrtaje Médico (CONAMED), México D.F. México.
[2] Subcomisión Médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), México D.F. México.

Folio 248/2013 Artículo recibido 08-10-13 Artículo reenviado 21-11-13 Artículo aceptado 30-11-13

Correspondencia: Dr. José Meljem Moctezuma, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. México. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

nitaria y por tanto están muy implicadas en la seguridad del paciente.

Palabras clave: Mala práctica, análisis integral, queja médica, cuidado de enfermería.

ABSTRACT

Introduction. The quality of medical attention does not depend particularly on one person, device or mechanism; but on the interaction between all the components.

The medical complaints are opportunity areas to identify problems related to the attention quality and to solve them through actions focused on the improvement of the different processes on the medical attention; they are also the signs of quality in the health services and because of it, they can be related to malpractice which is conceptualized as a conduct that does not reach the quality care level accepted by the law to protect others if there is an excessive damage risk; meaning, a detour from the accepted care norm. The goal of this study was to identify the prevalence of malpractice in relation to the nursing attention that is shown in the medical chart of medical complaints.

Material and methods. A documentary, descriptive, transversal research was conducted from September 2012 to August 2013. The study was conducted in the CONAMED offices with a simple random sampling of 100 files concerning medical complaints that involved several health institutions.

Descriptive statistics tools were used to analyse the data with both absolute and relative frequencies and the obtained result was that malpractice prevails with or without a cause.

Results. Of the analysed cases: 99% malpractice elements were identified; 79% cases of malpractice were due to non-cause relation; in 20% (20 cases) it was proved that the nursing act or omission was responsible; in 65% it was due to wrong handling of medicine: 57% omission, 10% mistaking the doses, 11% misidentifying the name, 22% mistakes on frequency.

Conclusions. The reduction of nursing malpractice and consequently of adverse events can be achieved by an organizational handling by the nursing superiors in both: types and characteristics (medicine mistakes, nosocomial infections, ulcers due to pressing, etc.). Because of it, they perform an important part in the results obtained by healthcare and, therefore, they are part of the patient's safety.

Key words: Malpractice, comprehensive analysis, medical complaint, nursing care.

INTRODUCCIÓN

Entre las principales acciones para garantizar el derecho a la protección de la salud, resalta el otorgar atención médica con calidad en las dimensiones técnica e interpersonal, de manera integral, oportuna, continua, segura, educativa, con respeto a los principios éticos, eficaz, eficiente, efectiva, centrada en el paciente y equitativa, tendente a satisfacer sus necesidades de salud, demandas de atención y expectativas. Por lo tanto la calidad es un atributo del proceso de atención médica y es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos, beneficios y costos.

La calidad de la atención a la salud y la seguridad del paciente son una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida sectorialmente, al igual que la atención y el análisis de la queja médica.

La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema dentro de las organizaciones de salud.[1]

Cuando la calidad de la atención médica no cumple con los atributos señalados el usuario lo percibe, a lo cual existen diferentes posibilidades o manifestaciones que dan origen a la insatisfacción que se traduce en una manifestación verbal y/o escrita (queja), que puede generar una demanda ante los medios jurisdiccionales, o ante sistemas alternativos de solución de conflictos médicos como lo es el caso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), o en las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, en los casos más graves o lo más común dentro del mismo entorno donde sucedió la queja, o lo más grave que a pesar de percibir la mala calidad no haya reclamo alguno. Lo anterior sustenta la relación conocida entre queja médica y calidad de la atención a la salud.

La queja médica se define como la inconformidad manifestada por la persona receptora de la atención médica, o sus representantes, debido a insatisfacción por los servicios de salud recibidos, ante las instancias competentes destinadas a recibirlas, atenderla y realizar las acciones para resolverla.[2]

Las quejas médicas son ventanas de oportunidad para detectar problemas y resolverlos a través de acciones enfocadas, son también indicadores de la calidad de los servicios de salud y debido a ello se les puede relacionar, en

su caso con la mala práctica médica, que se conceptualiza como el daño ocasionado al paciente durante el proceso de atención médica como consecuencia de impericia o negligencia,[3] se excluye el dolo partiendo de la premisa que no existe acción médica concertada para efectuar daño.

La mala práctica puede ser con o sin relación causal, la primera se da cuando hay evidencia de que el acto u omisión en la atención médica generó algún daño en la salud del paciente y es susceptible de clasificación médico-forense. La mala práctica sin relación causal se da cuando existe constancia de que el acto u omisión en la atención médica no generó alteraciones en la salud del usuario.

En el análisis de la queja médica, la mala práctica se califica como negligencia donde no se cumple con la obligación de emplear en forma adecuada los medios necesarios para atender un paciente, es decir cuando tiene los conocimientos y recursos necesarios para hacerlo, a saber:

Se habla de comisión a las acciones efectuadas en forma inadecuada y omisión a los actos que de haberse realizado hubiesen evitado las consecuencias.

La impericia se define cuando al atender a un paciente, el personal no posee los conocimientos técnicos y científicos que su preparación académica exige.

En este entorno, las quejas se consideran elementos clave para identificar las causas – raíz que permiten precisar los hechos, detectar mala práctica, eventos adversos e indicar acciones o recomendaciones concretas, para la mejora de los servicios de salud.

El análisis integral de la queja médica surge de la necesidad de lograr calificar la calidad de la atención en forma holística sumando la pluralidad de servicios y personajes que participan y los diferentes fines que persiguen dentro del mismo proceso de atención del paciente, llámense médicos, enfermeras, personal técnico, personal auxiliar, entre los más que intervienen en la organización y gestión de servicios. Independientemente de que estén incluidos en la queja, intentando determinar si estas circunstancias fueron atenuantes o agravantes del hecho motivo del análisis.

Esta circunstancia, por la complejidad que representa hace necesario un cambio de paradigma en su análisis a fin de llegar a una verdad objetiva, basada en hechos tanto escritos o documentados como referenciados de los resultados de la aplicación de esquemas diagnósticos o terapéuticos en la atención de los pacientes.

El análisis integral de la queja médica se logra al realizar un examen metodológico, detallado del conjunto de actos y servicios que se proporcionan al paciente. Este análisis se hace desde el enfoque sistémico propuesto para evaluar la calidad de la atención médica, de acuerdo a éste enfoque; algunas quejas pueden asociarse a factores estructurales, otras con el proceso de atención y otras con los resultados de ésta.

- Las condiciones estructurales se refieren a las instalaciones, el equipo, el instrumental y el mobiliario, en cuanto a su suficiencia y estado funcional; alude al suministro de insumos, y a la dotación de personal conforme a plantillas autorizadas, cobertura de plazas, capacitación, entre otros.
- Las características del proceso se refiere al conjunto de procedimientos realizados en forma sistemática, dirigidos al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un paciente, desde la interrelación que la organización ha diseñado para atender el caso, hasta la valoración de las decisiones tomadas para la atención de las necesidades en materia de salud del usuario, desde el punto de vista científico y legal. Incluye la oportunidad en su otorgamiento, su congruencia con las leyes, normas, guías de práctica clínica, y uso adecuado de la tecnología apropiada.

  Para la evaluación del proceso de la atención médica se incorpora el mayor número de elementos documentados (expediente clínico); es decir, la reconstrucción de los hechos con soporte documental resulta fundamental para el conocimiento preciso de lo sucedido durante la atención prestada/recibida.

  Resultados: Las repercusiones (daños) para el paciente, que en forma total o parcial, son atribuibles a un incidente. Los resultados pueden clasificarse según el tipo de daño, el grado de daño y el efecto social y económico. El daño se define como la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y la muerte, pueden ser físicos, sociales psíquicos.[3]

Está por demás resaltar que en este proceso, el expediente clínico se constituye como el insumo básico para el ejercicio de la evaluación, al considerarse como el conjunto único de información y de datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.[4]

A este punto y tomando una de las aristas del análisis integral es que se decidió revisar el accionar de enfermería a través de estándares de calidad de la atención de enfermería cuyo cumplimiento o no puede ser evidenciado y documentado dentro del expediente clínico de

Revista CONAMED, vol. 18, suplemento 1, 2013, pags. S6 - S16
ISSN 1405-6704

queja médica lo cual también permite evaluar su participación en el proceso de atención.

La calidad en los servicios de enfermería se define como: "…la atención oportuna, personalizada, humana, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para su práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio.[5]

Hoy en día, la seguridad del paciente se considera una prioridad nacional en varios países, debido al alto índice de eventos adversos dentro del ámbito hospitalario. Éstos pueden ser causa de muerte, invalidez, daños económicos o juicios contra profesionales de la salud. La OMS refiere los estudios realizados por el Instituto de Medicina de Harvard: se estimó que el 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital, 70% de los eventos adversos provoca incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales.[6]

La no calidad, la mala práctica, los eventos adversos generados en la atención sanitaria, representan altos costos para los sistemas de salud como pérdidas financieras, deterioro de la confianza del usuario, de la seguridad y de la satisfacción de los usuarios, así como de los prestadores de los servicios de salud.

En la actualidad se tienen directrices internacionales para el desarrollo de sistemas de calidad y seguridad de los pacientes, entre las que se encuentran las emitidas en la 59° Asamblea Mundial de la Salud, en donde la OMS instó a los países miembros, mediante la expedición de la resolución A59/ 22, a implementar acciones comprendidas en seis iniciativas: la primera, el reto mundial por la seguridad de los pacientes; la segunda, los pacientes por su propia seguridad; la tercera, la taxonomía de la seguridad del paciente; la cuarta, la promoción de la investigación en el campo de la seguridad del paciente; la quinta, las soluciones para reducir los riesgos de la atención a la salud y mejorar su seguridad y la sexta, el desarrollo y el perfeccionamiento del sistema de notificación y aprendizaje.[7]

En el ámbito español la incidencia de efectos adversos relacionados con pacientes hospitalizados fue de 8.4%; de ellos el 37.4% se relacionan con la medicación y el 25.3% con infecciones nosocomiales, resalta que la cuarta (25.3%) parte se relacionan con problemas técnicos durante los procedimientos que se realizan a los pacientes. Muchos de los cuales se interpretan relacionados con el trabajo de enfermería;[8] otros estudios publicados recientemente en España,[10] [11] establecen que la tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión en hospitales oscila entre 8 – 16%. Los errores en la administración de medicamentos fluctúan entre el 8 y el 10% en los centros estudiados. Con relación a los datos sobre pacientes que desarrollaron flebitis pos cateterización las cifras se encuentran entre el 6 y el 12%. Casos ellos donde sí se involucra directamente la actuación del personal de enfermería dado que estas son de las responsabilidades primarias y competencia de ésta disciplina.

Las úlceras por presión, circunstancia que involucra directamente a la atención de enfermería, se reporta con una prevalencia cruda del 12.92%%, ello respaldado en población nacional y latinoamericana.[12] [13] Aunado a lo anterior, en otros países como Estados Unidos, según la *National Council of State Boards for Nursing*: más de cinco mil profesionales en enfermería son sancionados por conductas profesionales irregulares anualmente, pero muchos más son investigados e incluso en algunos Estados, el profesional de enfermería es sancionado más frecuentemente que el grupo médico, situación que no sucede en nuestro país pero que permite dimensionar la posibilidad del entorno en que se desenvuelve la atención a la salud en relación con enfermería.[14]

El objetivo de la presente investigación fue identificar la prevalencia de elementos relacionados con mala práctica con y sin relación causal durante la atención de enfermería a partir de la queja médica. Precisar áreas de oportunidad y establecer prioridades y recomendaciones para fortalecer la calidad y seguridad de la atención a los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio documental, descriptivo, transversal en los meses de septiembre de 2012 a agosto de 2013. El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la CONAMED con un muestreo aleatorio simple de 100 expedientes de queja médica pertenecientes a diferentes instituciones del sector salud.

Para llevar a cabo el estudio se aplicó como instrumento de medición la "Cédula de estándares para el análisis integral de la atención de enfermería, a través del expediente de queja médica", para su construcción se tomó en cuenta la bibliografía existente relacionada con la calidad de la atención y seguridad del paciente, la NOM 168-SSA11 1998, y la actual NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, la normatividad institucional del sector salud, el contenido de los registros clínicos de las hojas de enfermería de las diferentes instituciones y la experiencia de los evaluadores. Una vez construida la cédula fue validada previamente a su aplicación.

Se procedió a estandarizar el proceso de evaluación, con la finalidad de medir el cumplimiento de cada uno de los estándares. Fueron aplicados 40 estándares que corresponden al Proceso de la atención de enfermería (PAE) del 1 al 35, los referentes a la estructura que pudiesen contribuir a la mala práctica de enfermería y que se

relacionan con la disponibilidad de personal, de medicamentos y material de curación, se especifican en PAE 36, 37 y 38 y finalmente los referentes a los resultados de la atención PAE 39 AL 40.

Se realizó la recolección de datos obtenidos a través del análisis y la comparación de los registros de las "Hojas de Enfermería" con la Historia Clínica, notas de evolución e interconsultas, ordenes médicas, nota preoperatoria, vigilancia y registro anestésico, nota pos-operatoria, solicitud y resultados de estudio de laboratorio, gabinete, patología y otros, referencias y/o traslados y nota de egreso.

La medición de los estándares fue nominal dicotómica, el análisis consistió en verificar si hay evidencia documental de cumplimiento de estándar o no, calificando el valor de 0 "o" 100 en función de sus resultados.

La priorización de los estándares se realizó atendiendo a los criterios de importancia, magnitud y factibilidad.

Para el análisis de la información se utilizaron herramientas de estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas y se midió la prevalencia cruda de mala práctica con o sin relación causal.

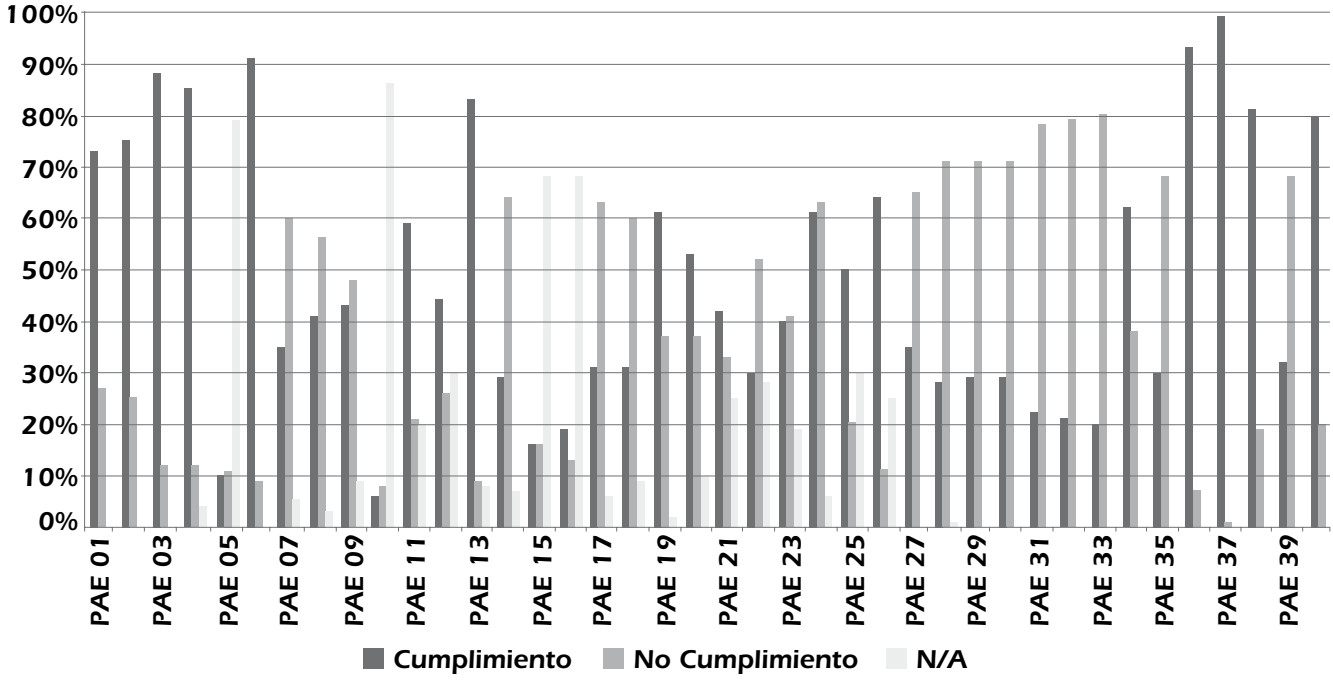
RESULTADOS

En lo general, en 99% de los casos analizados se identificaron elementos de mala práctica: 20% con relación causal y 79% sin relación causal.

En lo particular, los 40 estándares determinados para la realización de esta investigación se dividieron en ocho apartados: I) datos generales, incluyen los numerales 1 y 2; II) signos vitales, del 3 al 7; III) cumplimiento de los cuidados generales, 8 al 13; IV) administración de líquidos parenterales, 14 al 17; V) control de líquidos, 18 al 23; VI) cumplimiento de la prescripción médica, 24 al 28; VII) detección de necesidades de atención y cuidados independientes de enfermería, 29 al 35 y VIII) estructura y resultados considerados en los numerales 36 al 40.

En la Figura 1, se presenta un panorama general sobre el cumplimiento de los estándares, comparando los casos en los que se cumple con las especificaciones del estándar con los casos de incumplimiento. Cabe resaltar que se presentan mayores desviaciones en su cumplimiento representan mayor complejidad en su ejecución y corresponden a estándar PAE 14: administración de soluciones parenterales (64%), PAE 17: control de ingresos parenterales (63%), PAE 27: administración de medicamentos (65%), PAE 28: realización de procedimientos (71%), PAE 31: identificación de necesidades (78%), PAE 32: intervenciones de enfermería (79%), PAE 33 respuesta y evolución (80%).

En lo particular los resultados del Apartado I: que se refiere al porcentaje de cumplimiento de los estándares relacionados con datos generales, el estándar PAE 1: la identificación del paciente, se cumplió en el 73%, en el

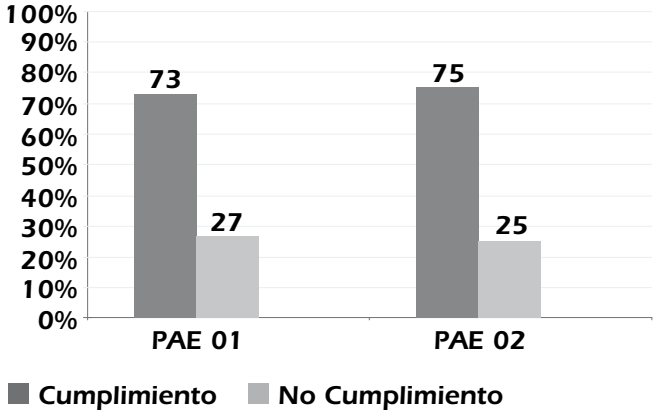


Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012-2013

Figura 1. Resultados visión general. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con la atención en enfermería.

Revista CONAMED, vol. 18, suplemento 1, 2013, pags. S6 - S16
ISSN 1405-6704

27% se omitió el dato (incumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente), situación que alarma dado que esta omisión es significativa causa de otros eventos adversos en la seguridad del paciente. En lo relativo estándar PAE 2: anotación del diagnóstico médico como referencia en la atención individualizada del paciente, se cumplió en el 75% incumpliéndose en el 25%. Figura 2.

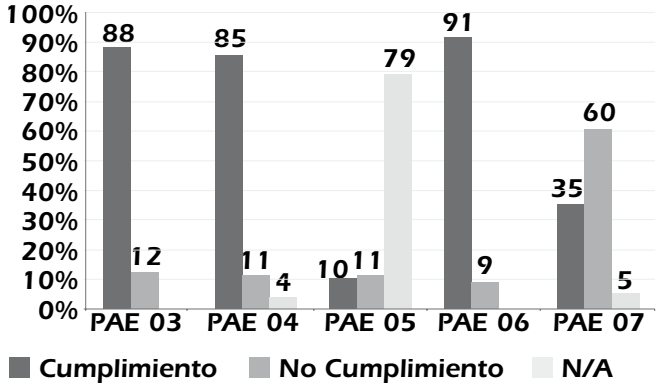


01 Unidad médica, nombre, edad, sexo, servicio, cama, fecha
02 Diagnóstico médico
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013. **N/A**

Figura 2. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con datos generales.

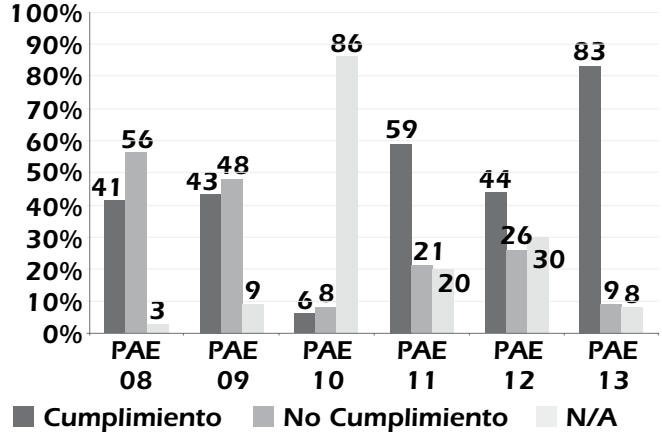
En el Apartado II: que hace referencia al porcentaje de cumplimiento de los estándares relacionados con las constantes vitales, los estándares PAE 3 y 4: frecuencia cardiaca y presión, se cumplieron en el 88 % y 85% de los casos respectivamente, en el 12% y 11%, se omitió su anotación. Con relación al PAE 5: la toma de presión venosa central, estaba indicada en 21 pacientes cumpliéndose únicamente en 10 de ellos, omitiéndose en 11, situación alarmante si se tienen en cuenta que esta medida es de control para pacientes con gravedad, en el caso del PAE 6: que se refiere a la toma de presión arterial, se cumplió en el 91%, incumpliéndose en el 9%, el PAE 7: correspondiente a la toma de decisión del personal ante una alteración significativa de los signos , se cumplió en el 35% de los casos y se incumplió en el 60%, siendo este un estándar de mayor complejidad ya que traduce juicio crítico. Figura 3.

En el Apartado III: que hace énfasis en el porcentaje de cumplimiento de los estándares relacionados con cuidados generales como la toma de estatura, peso y perímetros: PAE 8, 9 y 10, las omisiones son en 56, 48 y 8 casos respectivamente, situación alarmante al ser estos la base para la toma de decisiones de los demás prestadores de servicios de salud, en el ajuste de dosis de medicamentos, por señalar uno significativo. Figura 4.



03 Frecuencia cardiaca
04 Presión arterial
05 Presión venosa central
06 Frecuencia respiratoria
07 Alteración en constantes vitales
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 3. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con signos vitales.

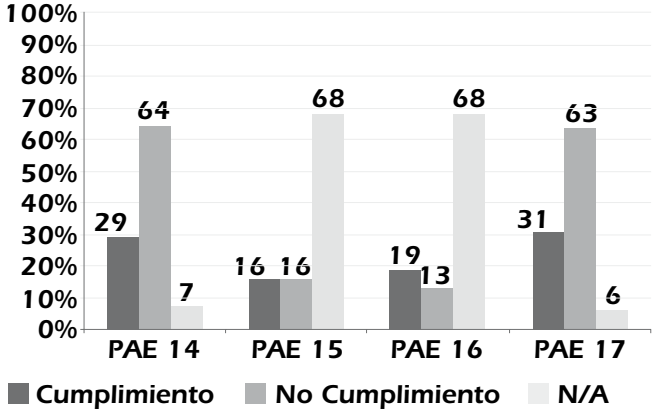


08 Estatura
09 Peso
10 Perímetro
11 Fórmula/dieta/líquidos
12 Ingesta del paciente
13 Ayuno
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 4. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con cuidados generales.

El Apartado IV: comprende el porcentaje de cumplimiento relacionado con la administración de líquidos parenterales: PAE14 al 17, en el detalle llama la atención lo

que se refiere al estándar PAE 14: el cual señala a la congruencia entre el tipo de solución suministrada, dosis, frecuencia, cantidad y horario con la prescripción médica, se incumplió en alguna de sus partes en 64 casos, igual aconteció en el PAE 15: transfusión sanguínea en donde de los 32 casos donde se indicó sólo en el 50% se cumplió la normatividad aplicable. Figura 5.

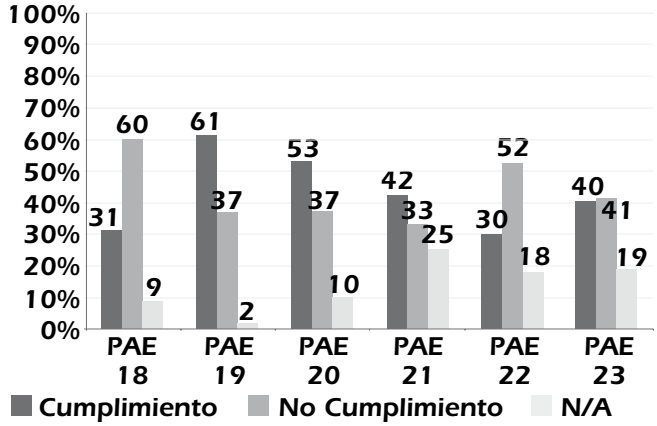


14 Administración de soluciones
15 Elementos sanguíneos
16 Oportunidad en la administración de los elementos sanguíneos
17 Total de ingresos parentales
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 5. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con líquidos parentales.

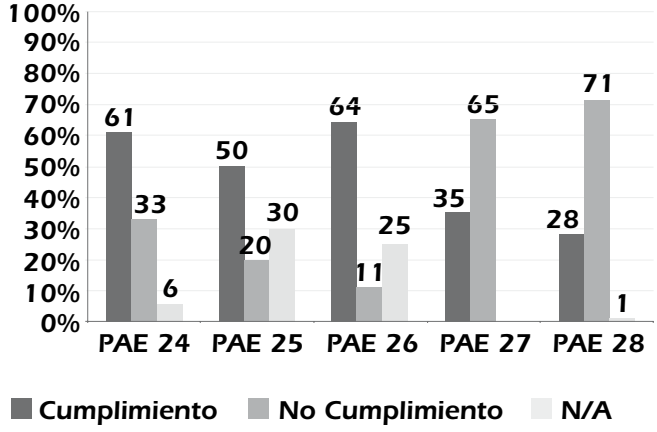
Con respecto al Apartado V: que explora el porcentaje de cumplimiento de los estándares relacionados con el control o balance de líquidos, el estándar PAE 18: que se enfoca con control de líquidos (ingresos), fue el de menor cumplimiento con 31 casos, con relación al estándar PAE 22: total de ingresos, se cumplió en 30 casos. Referente al PAE 23: total de egresos, éste se cumplió en 40. Figura 6.

En el Apartado VI: relacionado con el cumplimiento de la prescripción médica, es de suma importancia destacar el PAE 27, que se refiere a los ocho correctos de enfermería para aplicar un medicamento el cual se efectuó en forma correcta en 35 % de los casos, no se cumplió con el estándar en el 65% de los pacientes, esto es sin duda una situación centinela conociendo que esto es considerado como una regla de oro en la práctica de enfermería. Al igual que la omisión de tratamientos (PAE 28), en 71 casos que en nuestro grupo dio pie a la presencia de ulceras por presión, lesión de mucosas orales, infecciones nosocomiales en 20 de los 100 casos analizados. Figura 7.



18 Congruencia ingresos
19 Egresos: uresis
20 Egresos: evacuaciones
21 Egresos: sangrado, succión
22 Total ingresos
23 Total egresos
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 6. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con el control de líquidos.



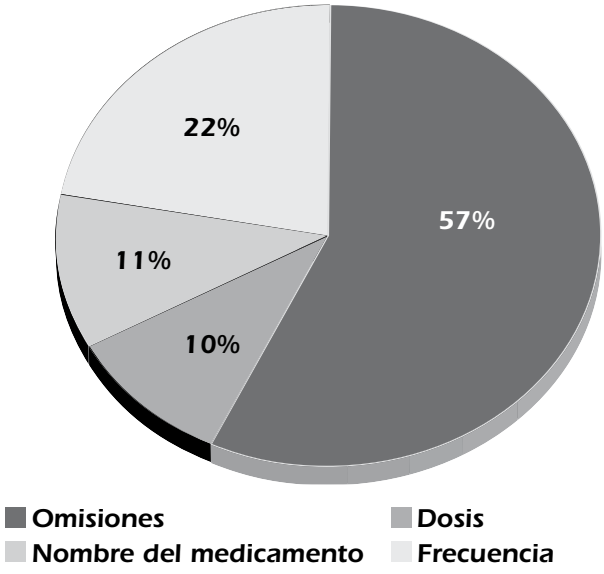
24 Solicitud de estudios de laboratotorio
25 Toma de reactivos
26 Programación de intevención quirúrgica
27 Administración de medicamentos
28 Realización de tratamientos
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 7. Porcentaje del cumplimiento de los estándares relacionados con prescripción médica.

Retomando el estándar PAE 27, éste se incumplió en el 65% de los casos, se identificaron 104 errores relacionados con la administración de medicamentos, los cuales fueron: omisiones 59 casos, error en dosis: 10, en

Revista CONAMED, vol. 18, suplemento 1, 2013, pags. S6 - S16
ISSN 1405-6704

nombre del medicamento: 11, en frecuencia 24. Cabe resaltar que 8 de las omisiones se debieron a la no disponibilidad del medicamento en el servicio como se hace constar en los registros de los expedientes por el propio personal médico como de enfermería. Figura 8.



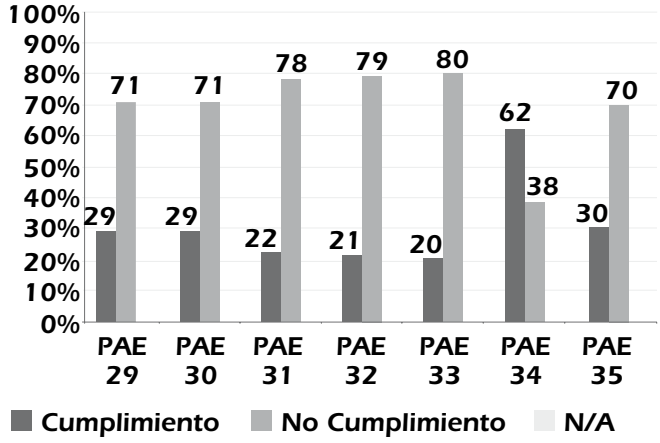
Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 8. Mala práctica en la administración de medicamentos: 104 errores.

Respecto al apartado VII que especifica el cumplimiento de los estándares relacionados con los cuidados independientes de enfermería como la identificación de necesidades, intervenciones de enfermería (PAE 29 al 33) todos se reportaron con porcentajes de cumplimiento iguales o menores a 29%. Se identificó un 71 % de incumplimiento en la traducción de los signos y síntomas como motivo de alarma, el mismo porcentaje mostró falta de evidencia documental en el otorgamiento de cuidados de enfermería (PAE 29 y 30).

Es alarmante que en el 78% de los casos se incumpliera la identificación de necesidades de atención de acuerdo a su problema de salud (PAE 31). Resalta por su importancia el PAE 32 que se incumplió en el 79% de los casos y que se refiere a la congruencia de las intervenciones de enfermería realizadas al paciente con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud. De la misma manera, el 80 % de incumplimiento al seguimiento y vigilancia de la respuesta y evolución del paciente al tratamiento aplicado (PAE 33).

Paradójica y curiosamente uno de los indicadores que más asertividad tiene es lo que se refiere a la firma del responsable de la atención donde se obtuvo un porcentaje del 62 % (PAE 34), por el contrario la firma de quien supervisó la atención de enfermería sólo se cumple en 30 de los 100 casos estudiados (PAE 35). Figura 9



29 Signos y síntomas
30 Cuidados de enfermería
31 Identificación de necesidades de atención
32 Intervenciones de enfermería
33 Respuesta y evolución
34 Responsable de atención
35 Responsable de supervisar

Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 9. Cuidados independientes de enfermería.

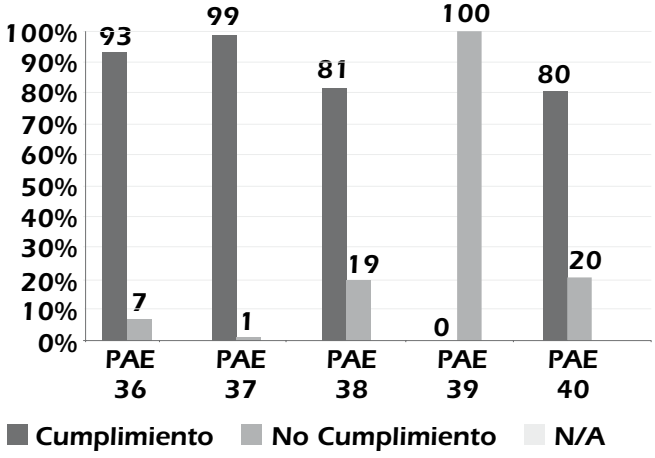
Respecto al apartado VIII. Que hace mención de los estándares que tiene que ver con la estructura y que exploran la disposición o no de personal para la prestación de la atención de enfermería con calidad, se identificó en el PAE 36: el cual hace referencia a la suficiencia de personal en los servicios de acuerdo a indicadores de dotación de personal, en 7 de 100 casos, el personal asignado a los servicios no correspondió con el indicador de dotación de personal, lo anterior propició retraso y suspensión de procedimientos, suspensión de cirugía y eventos adversos como caída de recién nacido, y quemaduras de 1°, 2° y 3° grado.

Continuando con el siguiente estándar que también hace referencia a aspectos de estructura PAE 37: que explora si se cumple o no con los perfiles profesionales y si el personal posee las competencias necesarias para proporcionar cuidados de calidad y seguros; en 1 de 100 casos la asignación del personal de enfermería no se realizó conforme al perfil del puesto establecido para el servicio de expulsión y toco cirugía: se asignó la categoría de auxiliar de enfermería, (el indicador señala que debe ser una enfermera general por sala y por turno), el pediatra no se encontraba para recibir al R.N, los cuidados mediatos e inmediatos proporcionados por enfermería no se

apegaron a la normatividad institucional, contribuyendo a generar evento adverso.

En el último estándar de estructura se explora si existe o no congruencia, suficiencia y oportunidad en la disponibilidad de insumos para otorgar la atención de enfermería (medicamentos, material de curación, ropa, entre otros): se identificó que en 19 casos de 100, no hubo suficiencia y oportunidad en la disponibilidad de insumos para proporcionar cuidados de calidad y seguros: 8 de 100 casos no hubo disponibilidad de medicamentos para administrarlos a los pacientes en forma oportuna y congruente con la prescripción médica, en 11 casos no hubo material o equipo para otorgar la atención de manera oportuna.

Respecto al estándar relacionado con los *resultados en la sociedad* PAE 39, el cuál explora la existencia de quejas, demandas presentadas por paciente/ familiares, proveedores, asociaciones u otras organizaciones relacionadas con incidencias derivadas de la prestación de los servicios; el 100% de los expedientes analizados correspondían a quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. Figura 10.

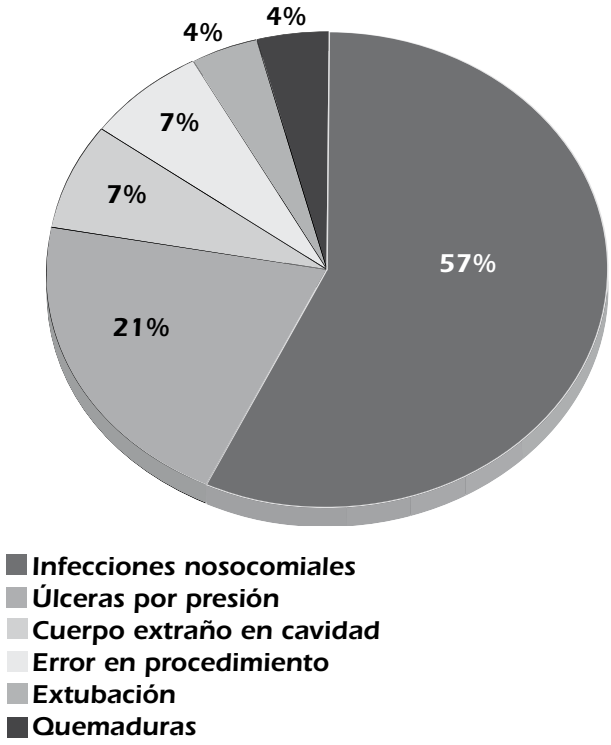


36 Personal 37 Perfiles 38 Material
39 Quejas 40 Quejas

Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 10. Factores contribuyentes y resultados.

Finalmente el estándar *40 Resultados clave*, el cual hace referencia a la presencia o no de pacientes que sufren eventos adversos se identificó que los 100 casos presentaron evento adverso atribuibles a la atención médica, 20 de éstos presentaron mala práctica de enfermería con relación causal (20%), cabe señalar que en total se presentaron 28 eventos adversos atribuibles a la atención de enfermería, cuatro de los pacientes presentaron más de un evento adverso. Figura 10.



Fuente: CONAMED revisión de expedientes 2012 - 2013.

Figura 10. Mala práctica con relación causal: 20 pacientes, 28 eventos adversos.

DISCUSIÓN

El conocimiento y la difusión de los datos relacionados con la prevalencia de la mala práctica de enfermería deben ser considerados como una herramienta básica e importante para el desarrollo de proyectos de mejora a nivel nacional.

La mala práctica de enfermería es una circunstancia que no se ha analizado con el cuidado y la profesionalidad necesaria y que constituye parte trascendental de la mala calidad en la atención médica; baste decir que constituyo hasta las dos terceras partes de "mal praxis" en la atención médica.[9 15]

En la literatura analizada no se encontró referencia alguna en la cual se analizarán estándares de desempeño de enfermería basados en el expediente de queja médica, lo cual vislumbra esta fuente como una oportunidad trascendental para evaluar la calidad de la atención de enfermería.

En el 79% no fue posible evidenciar en el expediente clínico de queja médica que la mala práctica de enfermería repercutió en la salud del paciente, en el 20% si se documentó el daño a la salud del paciente distribuyéndose de la siguiente manera: 57% infecciones nosocomiales:

Revista CONAMED, vol. 18, suplemento 1, 2013, pags. S6 - S16
ISSN 1405-6704

31% neumonía nosocomial, 9% infección de catéter, 9% infección de vías urinarias, 4% infección de traqueostomía y 4% infección de gastrostomía; aunado a las infecciones se evidenció el 21% de daño por ulceras por presión, 7% cuerpo extraño dejado en cavidad quirúrgica, 7% error en procedimiento, 4% extubación, 4% quemaduras de 1°, 2° y 3° grado.

Es fundamental resaltar el contraste que tenemos con relación a España en donde Soldevilla reporta en su estudio ulceras por presión solo en el 8 %– 16% y errores en la administración de medicamentos solo el 10%.

Bohigas señala "los costos de la no calidad" que consisten en los costos incurridos por hacer mal las cosas. Por ejemplo la infección hospitalaria, afecta en España al 7.28% de los hospitalizados, con lo cual se incrementa la estancia al menos 6 días.[16]

El costo económico es considerable cuando evaluamos los costos de efectos adversos por mala práctica, traduciéndose en $4,700.00 de estancia hospitalaria por cada acontecimiento adverso, resultando una diferencia de $309,633.00 por costo de atención entre una atención de calidad y una mala atención obstétrica.[17]

Este método de análisis, a través del expediente de la queja médica puede constituir la base de un enfoque pionero en América latina, región donde no hay estudios que aborden esta circunstancia de la atención médica.

Conclusiones

a) Relacionadas con el objetivo del estudio:

1. En el 99% de los casos analizados se identificaron elementos de mala práctica; en el 20% de los casos analizados (20 casos) se identificaron elementos de mala práctica relacionados con la atención de enfermería con evidencia de que el acto u omisión generó daño a la salud del paciente; en el 65% de los casos existió mala práctica relacionada con la administración de medicamentos, específicamente: omisiones 57%, errores en las dosis 10%, errores en el nombre de los medicamentos 11%, frecuencia 22%.
2. Las principales causas relacionadas con mala práctica de enfermería fueron por orden de frecuencia: las relacionadas con la práctica independiente de enfermería, realización de tratamientos prescritos, administración de medicamentos, administración de soluciones parenterales, control de líquidos y las relacionadas con la supervisión de la atención.
3. La reducción de la mala práctica de enfermería y por consiguiente de eventos adversos requiere un abordaje organizacional de los directivos de enfermería, dado el tipo y características de los mismos (infecciones nosocomiales, ulceras por presión, errores en la administración de medicamentos etc.), lo anterior debido a que desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicadas en la seguridad del paciente.

b) Otras conclusiones del estudio:

4. Es imperativo disponer de un diagnóstico situacional a nivel nacional que permita anticiparse a un problema de creciente repercusión/preocupación social para evidenciar y romper la inercia de la mala práctica hacia un cambio cultural entre las profesiones, que facilite la promoción de la cultura proactiva de la seguridad del paciente y más aún del personal de enfermería, profesional sobre quien recae una gran parte de la atención cotidiana de los pacientes en hospitalización.
5. En México hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que la mala práctica de enfermería ha alcanzado, dado el subregistró de la información que se presenta debido a la reticencia del personal para notificar eventos adversos, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica.
6. Se considera que la aplicación sistemática de guías de atención, listas de cotejo o como en nuestro caso estándares del ejercicio sean en el análisis retrospectivo o aplicados en el momento de la atención son una herramienta que permite en el servicio lograr la corrección de desviaciones, evitar mayores fallas y deterioro de los servicios, siendo el momento para lograr una supervisión correcta de la aplicación de los cuidados en forma oportuna y que a la vez facilita la capacitación del personal.

REFERENCIAS

1. Donabedian A. Los siete pilares de la Calidad. RCA. 2001; 17: S96-S100.
2. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala–Suárez E, Fajardo Dolci GE. Análisis Crítico de Quejas CONAMED 1996-2007. Rev CONAMED. 2008; 13 (29):5-16.
3. Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio JA, Fajardo-Dolci GE. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. México: Secretaría de Salud; 2012. p. 128 -185.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 30-09-2012.
5. Ortega-Vargas C, Suárez-Vázquez MG. Manual de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Panamericana; 2006.

6. Organización Mundial de la Salud. 55° Asamblea Mundial de la Salud A55/5. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre macroeconomía. Informe de la Directora General. [publicado 2002-04-23; acceso 2013-10-20] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/sa555.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. 109° Reunión del Consejo Ejecutivo. Punto 3.4 del Orden del día provisional. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2001.
8. Aranaz-Andrés JM. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
9. Ignacio-García E. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz; 2007.
10. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martinez F, Kopez P, Rueda J, Mayán JM. Segundo Estudio Nacional de Prevalencia de UPP EN España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2006; 17 (3): 154-172.
11. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Ramón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Sarabia O y cols. Diseño de estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. RCA. 2011; 26 (3): 194-200.
12. Vela-Anaya G. Magnitud del Evento Adverso. Úlceras por presión. Rev Enferm IMSS. 2013; 2 (1): 3-8.
13. La Duke S. The effects of professional discipline on nurses. Am J Nurs. 2000; 100 (6): 26-33.
14. Bauer de Camargo-Silva AE, Moreira-Reis AM, Inocenti-Miasso A, Oliveira-Santos J, De Bortoli-Cassiani SH. Eventos adversos causados por medicamentos en un hospital centinela del Estado de Goiás, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(2):[09 pantallas].
15. Bohigas LI. Calidad y Eficiencia. Calidad en sistemas y servicios de salud. Programa de educación a distancia. Medicina y Sociedad-Fundación Avedis Donabedian-Instituto Universitario CEMIC. 2000; 3:13-26.
16. Villanueva-Egan LA, Cruz-Vega L. Los costos de la mala calidad de la atención obstétrica. Rev CONAMED 2012;1 (2): 60-66.

Revista CONAMED, vol. 18, suplemento 1, 2013, pags. S6 - S16
ISSN 1405-6704