

Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A(H1N1)

Analysis of medical care quality in 120 patients who died from influenza A(H1N1)

Germán Fajardo-Dolci,¹ José Meljem-Moctezuma,² Francisco Venegas-Páez,³ Ignacio Villalba-Espinosa,³ Héctor Aguirre-Gas¹

RESUMEN

Introducción. La calidad de la atención en la práctica médica puede enfocarse desde la percepción del paciente, del prestador de servicios y de la institución. Las enfermedades graves pueden ser un indicador que permita realizar un diagnóstico de la atención que se brinda, para identificar oportunidades de mejora.

Material y métodos. Se analizaron 120 casos de defunciones por influenza humana A(H1N1) para evaluar la calidad de la atención recibida por los pacientes.

Resultados. En ninguno de los 120 expedientes se cumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168 Del expediente clínico. Sólo 52 pacientes (43.3%) se atendieron con oportunidad. La atención médica fue adecuada en 97 pacientes (80.8%). Los problemas más frecuentes fueron: demora en la aplicación del soporte mecánico ventilatorio (44 casos, 36.7%), seguida de la omisión de medidas de protección alveolar (40 pacientes, 33.3%) y la omisión de la indicación de aislamiento (38 enfermos, 31.7%). En 39 casos (32.5%) se documentaron cuidados de enfermería inadecuados.

Conclusiones. En uno de cada cuatro pacientes, se documentaron deficiencias en aspectos básicos de la

atención médica, por lo cual se requiere continuar con la capacitación e implementación de medidas para reducir las fallas y evitar eventos adversos.

Palabras clave: influenza A(H1N1), mortalidad, calidad de la atención médica.

ABSTRACT

Introduction. The quality of care in medical practice can be approached from the patient, service provider and institution perceptions. Serious illnesses can be an indicator enabling a diagnosis of the care provided to be carried out so that improvement opportunities can be identified.

Material and Methods. 120 cases of deaths from influenza A(H1N1) in humans were analyzed to evaluate the quality of care received by patients

Results. Non of the 120 files complied with the Official Mexican Standard NOM-SSA1-168 From the clinical file. Only 52 patients (43.3%) were attended swiftly. Medical attention was adequate for 97 patients (80.8%). The most frequent problems were: delay in applying mechanical ventilation support (44 cases, 36.7%) followed

¹ Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Secretaría de Salud, México.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

³ Dirección Médica de la Dirección General de Conciliación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED.

Folio: 166/11

Artículo recibido: 18 de agosto de 2011

Artículo aceptado: 8 de diciembre de 2011

Correspondencia: Dr. Héctor G. Aguirre Gas. Dirección de Análisis de Innovaciones para el Fortalecimiento de los Servicios, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Lieja # 7, 2º Piso, Col. Roma. Deleg. Cuauhtémoc. CP. 06600, México DF. México. Correo electrónico: hector.aguirregas@salud.gob.mx.

by the failure to apply alveolar protection precautions (40 patients, 33.3%) and failing to give isolation advice (38 patients, 31.7%). In 39 cases (32.5%) nursing care was inadequate.

Conclusions. Deficiencies were noted for each of the patients in basic aspects of medical care and it is

therefore necessary to continue with the training in and implementation of precautions for reducing errors and preventing adverse events.

Key words: influenza A(H1N1), mortality, health care quality, patient safety, adverse events.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en la práctica médica, puede ser considerada desde tres enfoques diferentes: el enfoque del paciente que recibe los servicios, el del prestador de servicios que otorga la atención y el de la institución que provee de los medios para la prestación de los servicios.

El enfoque del paciente que recibe los servicios, se manifiesta a través del logro de dos expectativas fundamentales: 1) la solución de sus problemas de salud y 2) satisfacción de sus expectativas, en cuanto al trato con calidez, en instalaciones apropiadas, con personal capacitado y con disponibilidad de todos los recursos necesarios para el logro de los resultados esperados.

La satisfacción de las expectativas de los pacientes, dependen tanto de los prestadores de servicios, como de la institución donde estos servicios se otorgan.

Uno de los elementos fundamentales para que los prestadores de servicios otorguen atención con calidad y calidez, es la satisfacción con su trabajo; para lograrla, esperan: contar con los recursos técnicos y los insumos necesarios, suministrados con oportunidad y calidad; un salario congruente con las características, calidad y eficiencia de su trabajo y el reconocimiento ganado por la calidad de su trabajo.

Por su parte, las instituciones de salud, además de ser las responsables de proveer los las instalaciones, los recursos técnicos, los insumos y el financiamiento para la atención, esperan que el personal realice su trabajo con calidad, en el marco de una administración racional de los recursos; que contribuya en forma efectiva a la satisfacción de las expectativas del paciente y que no se generen quejas.

Cada uno de los enfoques de los tres actores que intervienen en el proceso de atención médica, requiere de un sistema de evaluación propio, conforme a la normatividad vigente.

Nos referiremos a cuatro sistemas fundamentalmente: la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico,^{1,5} la Certificación de los Establecimientos de Atención Médica por el Consejo de Salubridad General,⁶ el análisis de los capítulos que integran la evaluación integral de la calidad de la atención médica, establecidos desde la perspectiva de los pacientes^{7, 8} y la calidad con

que se otorgan los servicios, conforme a la participación de especialistas expertos, la revisión de bibliografía actualizada y la evaluación de las quejas por insatisfacción o deficiencias en la prestación de los servicios.⁹

La evaluación del expediente clínico se inició de manera formal en 1956, en el entonces recién inaugurado Hospital "La Raza", por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que se estaban otorgando los servicios en el Hospital. Esta actividad fue el precedente de la constitución de la Comisión de Supervisión Médica. Con base en los trabajos realizados en el Hospital "La Raza", en 1960 la Jefatura de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), editó y publicó el documento: "Auditoría Médica",^{1, 2} actualmente considerado como clásico y que en 1972 evolucionó hacia "Evaluación Médica"³ y fue seguido por la edición del instructivo: "El expediente Clínico en la Atención Médica",⁴ considerado como precursor de la "Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico",⁵ vigente en la actualidad para la evaluación del expediente clínico.

En el presente trabajo, a través de la evaluación de 120 expedientes clínicos, fue factible identificar la disponibilidad de instalaciones, equipo e insumos para la atención de la salud, así como la organización de los servicios, conforme a los señalamientos de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención de la Salud.⁶ Conforme a los preceptos de la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica,^{7, 8} fue factible caracterizar el proceso de atención e identificar las deficiencias en la oportunidad de la atención, en la competencia profesional del personal de salud, particularmente médicos y enfermeras y la seguridad del paciente,^{10,12} en cuanto a la presentación de eventos adversos y el respeto a los principios éticos de la práctica médica.^{13, 14} Una vez evaluado el proceso de la atención, se hace necesario conocer los resultados de la atención en materia de salud y en materia de satisfacción del paciente y familiares con los servicios recibidos.

Aun cuando la evaluación de las inconformidades manifestadas por los usuarios ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),⁹ provee información

útil con relación a insatisfacción, mala práctica y responsabilidad profesional, en el presente estudio no se contó con un número significativo de quejas, que permitiera obtener conclusiones.

Como puede observarse, la evaluación de la calidad de la atención médica, es un elemento fundamental para el conocimiento de las condiciones en que se prestan los servicios médicos, que incluye factores relacionados con las instalaciones, el equipo, los insumos, el personal y la eficiencia administrativa, en la prestación de los servicios; con el proceso de la atención misma, en cuanto a oportunidad, competencia profesional con apego a los principios científicos, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, así como con los resultados, tanto en materia de salud, como con el logro de las expectativas de los pacientes y de sus familiares.^{7, 8} La mayoría de estos conceptos son subjetivos y difíciles de medir, como son la eficiencia, el proceso de atención y la satisfacción.

Gran parte de los esfuerzos que se han realizado en materia de calidad en la prestación de servicios de salud, se orientan hacia la aplicación de normas y guías clínicas, además de otros elementos que influyen en el proceso de la atención, como son el equipamiento, las nuevas tecnologías y sus aplicaciones, la capacitación continua, las políticas de las instituciones de salud, la aplicación correcta de los procedimientos médicos y administrativos y su capacidad de respuesta entre otros.

En la atención médica participan profesionales de numerosas disciplinas, a fin de proporcionar al individuo un conjunto de servicios orientados a proteger, promover y restaurar su salud. Por lo general es el médico quien está al frente del equipo de salud, sin embargo cada uno de sus miembros, tiene responsabilidades específicas que permitirán ofrecer mejores resultados.

Del personal de enfermería depende en muchos casos el éxito de los tratamientos; por ello es necesario que exista una comunicación efectiva a nivel profesional, entre el personal médico y el de enfermería. La atención de enfermería incluye intervenciones que le son propias, como producto de la aplicación del proceso de atención, en tanto que otras son de carácter interdependiente o de coparticipación, que se dan en cumplimiento al programa diagnóstico y terapéutico, establecido por los otros profesionales de la salud a cargo de los pacientes.

Para una actuación con calidad, los profesionales de la salud deben contar con el respaldo de infraestructura, congruente con la complejidad de los problemas de salud, conforme al nivel de atención que se ofrece cada unidad médica, tanto en instituciones públicas, como privadas.

La evaluación de la calidad en el proceso de atención, es indispensable para conocer las condiciones en que se otorgan los servicios; por ello debe considerarse una valo-

ración integral, que permita determinar si se cumplieron las disposiciones que la regulan, si fue congruente con los principios científicos y éticos que la orientan; y si se cumplieron las obligaciones de medios y de seguridad.

Más allá de los resultados que se ofrezcan en un caso en particular, a través del registro, sistematización y utilización de la información que arroje la evaluación integral, será factible identificar denominadores comunes de los problemas observados y proponer medidas para prevenir en lo posible, la presentación de errores con impacto en la salud de las personas.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), ha determinado que el análisis de la queja médica, no debe orientarse exclusivamente al acto médico; por ello, ha venido desarrollando una metodología para analizar en forma integral la atención otorgada al paciente, misma que incluye los procesos que la componen, así como los diferentes puntos de vista, que permitan valorar su calidad y de este modo, identificar denominadores comunes y obtener elementos esenciales para generar la retroinformación necesaria que permita mejorarla.

Antecedentes

A partir del acuerdo emitido por el Secretario de Salud, en que se asignó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la responsabilidad de registrar, informar y dar seguimiento a las defunciones ocurridas por influenza humana A(H1N1), tomando como punto de partida el inicio del primer brote de la epidemia del 10 de abril de 2009 y hasta el corte hecho el 7 de octubre, se llevó a cabo el registro de casos y los procedimientos para cumplir con este compromiso, incluyendo:

1. Requerir a las autoridades de salud a nivel estatal, jurisdiccional y del Gobierno del Distrito Federal, que en cada caso de pacientes fallecidos, con sospecha, probabilidad o certeza, de que su defunción hubiera estado relacionada con el virus de la influenza humana A(H1N1), se remitiera a la CONAMED un informe de la defunción, por parte de cada una de las unidades médicas, acompañado con copia del expediente clínico y del certificado de defunción.
2. Convocar médicos clínicos especialistas en diferentes disciplinas (neumología, medicina interna, pediatría y otorrinolaringología), propuestos por las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, por la Universidad Nacional Autónoma de México, por la Comisión Nacional de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Regionales de Alta Especialidad y por la propia CONAMED, para integrar un grupo colegiado, dedicado a revisar en forma sistemática los ex-

pedientes y certificados de defunción. Esta revisión ha tenido como propósito determinar si los casos de defunción reportados como casos sospechosos, probables o confirmados de influenza humana A(H1N1), correspondían efectivamente o no, a este padecimiento, desde el punto de vista clínico.

3. Recabar del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE), los resultados de las pruebas confirmatorias (PCR), para influenza humana A(H1N1), incluyendo en el grupo de estudio únicamente a aquellos casos en que el resultado hubiera sido confirmatorio.
4. Integrar una base de datos con la información necesaria, para cumplir con los objetivos del trabajo, obtenida a partir del expediente clínico, del certificado de defunción y de un resumen clínico elaborado de cada caso de defunción, en que se hubiera confirmado la existencia de influenza humana A(H1N1), incluyendo las variables definidas para integrar la base de datos.
5. Elaborar cuadros estadísticos para informar a la Secretaría de Salud.

Es necesario mencionar que en el caso de la Influenza humana A(H1N1), no se han presentado un número significativo de quejas relacionadas con la atención médica, sin embargo como materia básica del actuar de la CONAMED y en congruencia con su misión, el Secretario de Salud acordó que esta institución analizara las defunciones por influenza humana A(H1N1) con respecto a su perfil epidemiológico y calidad de la atención recibida por los pacientes.

Como consecuencia de la gravedad del problema de salud que ha estado ocurriendo en nuestro país, la CONAMED consideró importante evaluar la calidad de la atención que recibieron los pacientes fallecidos por influenza humana A(H1N1).

MATERIAL Y MÉTODOS

A partir del conocimiento del universo de trabajo, se determinó por consenso la conveniencia de evaluar la calidad de la atención en una muestra de 120 expedientes, eligiéndose los 120 primeros, que fallecieron entre el 10 de abril y el 31 de mayo de 2009, habiéndose confirmado en todos ellos diagnóstico de infección por el virus de la influenza humana A(H1N1). La evaluación se llevó a cabo con base en los lineamientos publicados por la Presidencia de la República y Secretaría de Salud,^{15, 16} en los criterios de la Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General¹⁶ y el análisis de los capítulos que contenidos en la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica, establecidos desde la perspectiva de

los pacientes^{7, 8} con el propósito de identificar la calidad con que se otorga la atención.

Se consideró como mala práctica a la falta de cumplimiento de las disposiciones normativas para la integración del expediente clínico, en forma y en contenido,⁵ de las obligaciones de seguridad y de medios, y la evidencia de negligencia, con base en lo indicado en las Acciones para contener la transmisión de la influenza.^{15, 16}

Se elaboró una base de datos, incluyendo variables objetivas con respaldo de documentos normativos,^{15, 16} normas específicas⁶ y criterios vigentes,⁶⁻⁸ para la valoración de la atención hospitalaria otorgada a este grupo de pacientes.

La única fuente de información para realizar el análisis fueron los datos consignados en los expedientes clínicos revisados, sin suponer la realización de acciones que no hubieran sido registradas.

Con el consenso de personal experto en el análisis y valoración del expediente clínico y con base en los criterios mencionados, se estructuró una cédula específica para concentrar la información y a partir de ella, elaborar una base de datos, con todas las variables que permitieron el análisis de las variables en forma independiente o mediante cruces y valoración procedentes.

Se obtuvieron frecuencias y medidas de tendencia central de los valores de cada variable, se realizaron los cruces que permitieran obtener juicios sobre el cumplimiento o no de las acciones de la atención hospitalaria.

Se consideró que la atención médica había sido otorgada con calidad con base en la clínica y los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cuando se hubiera tomado la decisión conveniente en el momento oportuno, como fueron: ingresar al paciente, aislarlo, prescribir y otorgar soporte ventilatorio, prescribir los medicamentos corrector y administrarlos con oportunidad y conforme a las indicaciones registradas, toma de cultivos y estudios para confirmar el diagnóstico de influenza humana A(H1N1), estudios de gabinete pertinentes, la referencia al servicio o nivel de atención que fuera requerido en congruencia con la gravedad del paciente, la indicación de las interconsultas interconsultas pertinentes y el cumplimiento de la notificación obligatoria a los servicios de epidemiología correspondientes.

En la Figura 1 se muestra la información obtenida entre del 10 de abril al 7 de octubre de 2009, fechas de inicio y corte del presente estudio.

RESULTADOS

Al 7 de octubre de 2009 habían sido registradas 585 defunciones, de ellas, 145 se descartaron por laboratorio y 49 por análisis clínicos, 242 han sido confirmadas; 149 se consideraban como sospechosas en tanto se reportaban los resultados de laboratorio (Figura 1).

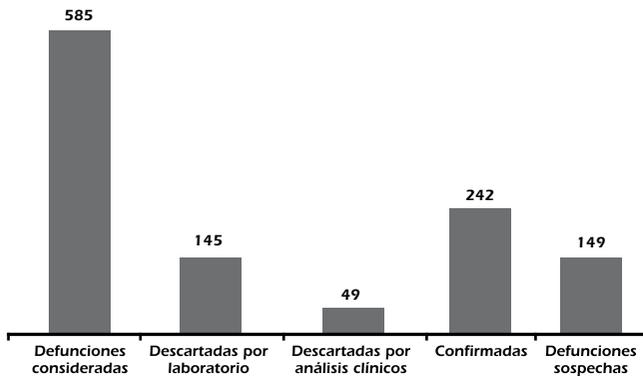


Figura 1. Caracterización de las defunciones reportadas al 7 de octubre de 2009.

El 48.8 % de las defunciones correspondieron al género masculino y 51.2 % al femenino, 70.8% se presentaron entre los 20 y los 54 años de edad.

Un 42.9% de las personas fallecidas tenían como escolaridad la primaria; 13.3% secundaria y el mismo porcentaje bachillerato o estudios técnicos; 15.3% eran profesionistas y también 15.3% no contaban con estudios.

Cuarenta y nueve personas tenían como ocupación las labores del hogar y 35 eran trabajadores independientes.

La mayor parte de las defunciones se habían presentado en el Distrito Federal, Chiapas y Yucatán.

El Distrito Federal, recibió 25 personas cuyo lugar de residencia habitual era el Estado de México.

En ninguno de los 120 expedientes revisados, se cumplió cabalmente con lo dispuesto en la NOM 168 SSA1-1998, Del expediente clínico y sus numerales.

Se cumplió en 90% o más con la nota inicial o de ingreso (*numeral 7.1 para urgencias y 8.1 para hospitalización*); la identificación del médico que elaboró la nota y su firma, así como la observación del orden cronológico de las notas (*numeral 5.9*).

Entre 80 y 89% de cumplimiento se ubicaron: la nota de egreso (*numeral 8.8*), las indicaciones médicas, el registro de las complicaciones (*numeral 7.2 para urgencias y 8.3 para hospitalización*), la legibilidad de las notas (*numeral 5.10*), la glosa de resultados de laboratorio y de gabinete (*numeral 7.1.6 para urgencias y 8.1.3 para hospitalización*) y que las notas clínicas consignaran diagnóstico, evolución, tratamiento y plan (*numeral 7.1.7 para urgencias y 8.1.4 para hospitalización*).

Entre 70 y 79% de cumplimiento, se encontraron los reportes de laboratorio y gabinete (*numeral 9.2*), las notas de interconsulta (*numeral 6.3*) y las de enfermería (*numeral 9.1*).

Apenas por encima de 60% se encontraron la historia clínica (*numeral 8.2*) y el consentimiento informado (*nu-*

meral 10.1.1).

Finalmente, con alrededor del 50% de cumplimiento, las notas de revisión (*numeral 7.2 para urgencias y 8.3 para hospitalización*) y los resúmenes clínicos (*numeral 6.4.3*).

Con relación a la atención médica en los servicios de Urgencias, se aplicaron las técnicas de "triage" en 102 pacientes (85%), en una proporción similar (86%, 103 pacientes), se documentó un diagnóstico de ingreso y únicamente en 68% se indicaron las precauciones de aislamiento. En el tiempo que siguió a la emisión de la alerta epidemiológica por la Secretaría de Salud, se incrementó la proporción en que se observó cumplimiento de estas indicaciones.

El tiempo de espera para recibir atención en urgencias, se evaluó a través de la medición a partir del momento en que se registró el arribo del paciente a solicitar atención, hasta la hora anotada en la primera nota clínica. Se identificaron registros de estos elementos sólo en 52 expedientes (43.3% del total). El tiempo promedio de espera fue de casi 4 horas; solamente 29 pacientes, equivalente al 55.7% de los casos, fueron atendidos de manera inmediata; 22 pacientes (42.3%) se atendieron después de haber esperado un turno laboral y en un caso se demoró el ingreso de una paciente casi un día (Figura 2).

La administración correcta de medicamentos, se valoró en términos de que la prescripción hubiera sido congruente con el diagnóstico y éste con la clínica; que se administrara el tratamiento en el momento oportuno, en forma completa y se cumplieran las órdenes del médico, resultando que la administración fue correcta en 104 pacientes (87%).

Se valoró que en la atención inicial se identificara el padecimiento que motivaba la atención, con el diagnóstico como neumonía, por clínica y/o radiológicamente, lo que ocurrió en 108 pacientes (90%).

De los 120 pacientes cuyos expedientes fueron revisados, 110 (92%), recibieron soporte mecánico ventilatorio.

Se evaluó el tiempo que transcurrió entre la indicación del soporte mecánico ventilatorio y su aplicación. Se encontró que de los 54 pacientes en los que se documentó esta información, sólo en 17 casos (31.5%), se les instaló el soporte mecánico ventilatorio de manera inmediata; en 6 pacientes (11.1%) existió una demora menor a los 30 minutos; 11 pacientes (20.4%) debieron esperar entre 1 y 5 horas para recibir el soporte mecánico ventilatorio. En 5 casos (9.2%) la espera fue de un turno laboral, en tanto que dos enfermos debieron esperar hasta 12 horas. En 8 casos la espera se ubicó entre las 12 horas y un día completo y se registraron 5 casos (9.2%) en que la demora fue superior a las 40 horas, con un máximo de 79 horas. Conforme a los datos previos, de los casos con registro en el expediente, menos de la tercera parte de los pacientes que lo requirieron, recibieron el soporte mecánico venti-

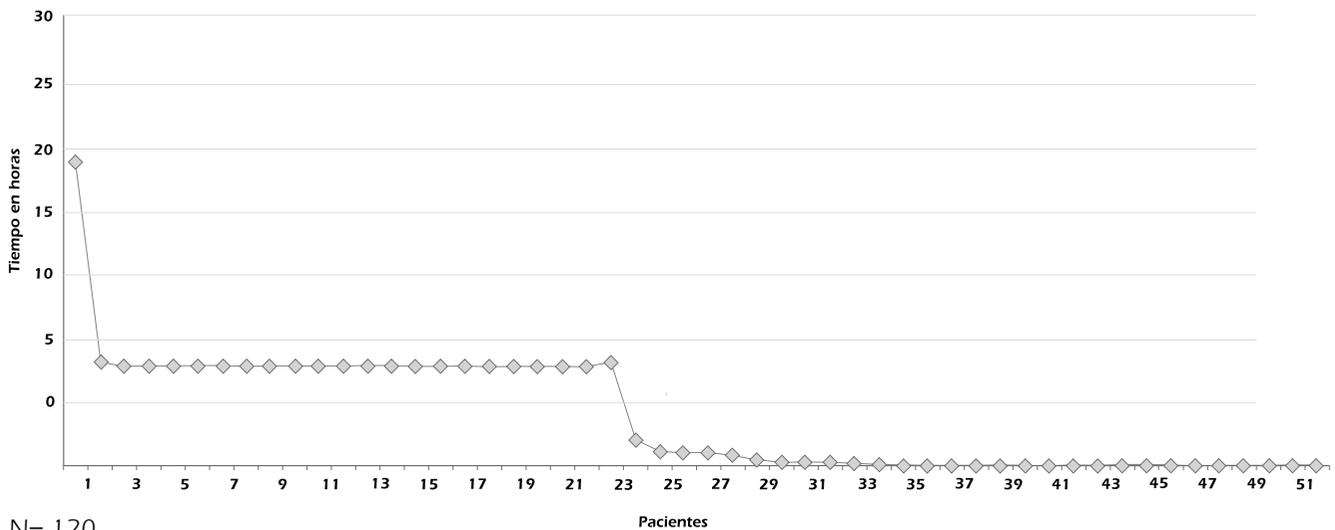
latorio en cuanto lo necesitaron (Figura 3).

La aplicación de las medidas de protección alveolar, requeridas por los pacientes con soporte mecánico ventilatorio, sólo se llevaron a cabo en 79 pacientes (71.8%), conforme a los registros en el expediente clínico.

El seguimiento clínico y gasométrico de los pacientes con soporte mecánico ventilatorio, sólo se efectuó en el 90% de los casos (108 pacientes).

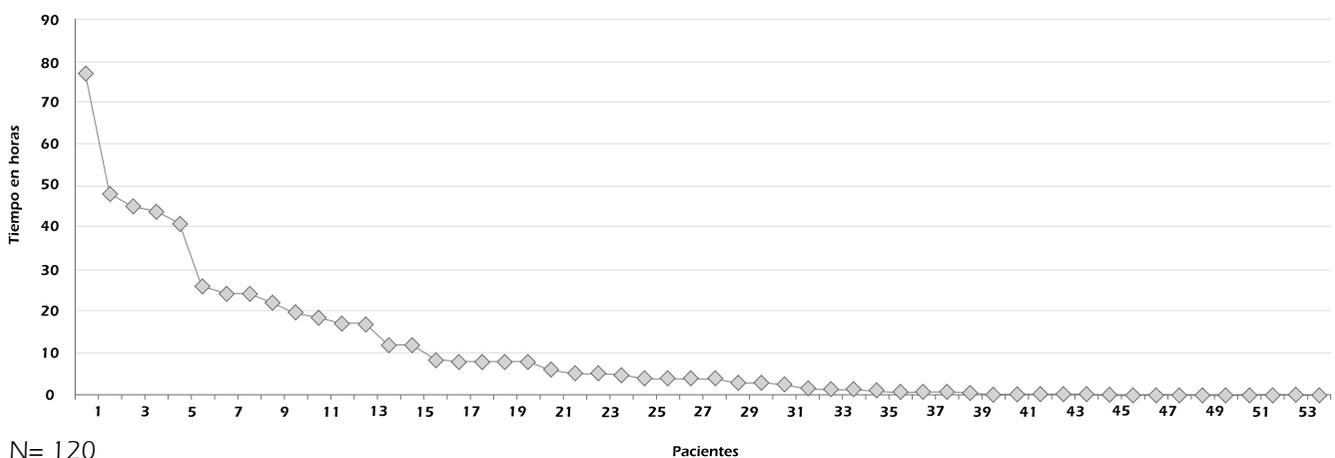
De los 52 pacientes atendidos en la UCI, sólo en 77% de los casos (40 pacientes) se presentó evidencia documental, de que se hubiera cumplido con el monitoreo de órganos.

Se valoró también el cumplimiento de las actividades de enfermería, en cuanto a: vigilancia del estado de conciencia, ministración de oxígeno, toma de signos vitales, aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar, cambios posturales y control de líquidos, mismas que fueron



N= 120
Tiempo promedio de espera 3.96 horas
N= 52 (pacientes documentados)

Figura 2. Tiempo de espera para recibir atención médica en urgencias.



N= 120
Tiempo promedio 10.10 horas
N=54 (pacientes documentados)

Figura 3. Tiempo transcurrido entre la indicación de soporte mecánico ventilatorio y su aplicación.

cumplidas en forma adecuada en 91 pacientes (76% de los casos), habiéndose encontrado como inadecuada en el 24% restante.

Se documentaron deficiencias en el proceso de atención como consecuencia de falta de equipo en 5 casos (4%), correspondiendo a falta de disponibilidad de equipo de rayos X y gasómetro en hospitales de segundo y tercer nivel.

La falta de medicamentos se registró en 5 casos (4%) correspondiendo a carencia del medicamento antiviral en hospitales de segundo y tercer nivel (en cuatro hospitales no se contaba con el oseltamivir requerido y en un hospital con amantadina). En 4 casos (3%), no fue posible identificar en el expediente clínico, la suficiencia o no de medicamentos.

Sólo en 87 de los 120 casos (72%) se cumplió con la notificación obligatoria a los servicios de epidemiología correspondientes, proporción que se incrementó significativamente después de la alerta epidemiológica, con respecto al periodo previo.

Con referencia al área hospitalaria en que ocurrió la defunción, se observó lo siguiente: 42.5% (51 defunciones) en unidades de cuidados intensivos, 31.67 % (38 defunciones) en hospitalización y 25.83% (31 defunciones) en los servicios de urgencias.

El proceso de atención médica fue el adecuado en 97 pacientes (81% de los casos). Esto es, que en uno de cada cinco pacientes que fueron atendidos por influenza humana A(H1N1) se presentó alguna deficiencia.

Al analizar en conjunto los eventos que condujeron a mala práctica se presentó la siguiente distribución: el evento más frecuente y con mayor impacto fue la demora en el soporte mecánico ventilatorio (44 casos), seguida de la omisión de medidas de protección alveolar (40 pacientes) y la omisión de la indicación de aislamiento (38 enfermos).

En 39 casos se documentaron cuidados de enfermería inadecuados. Con menor frecuencia, entre 15 y 20 casos cada uno, se ubicaron: la omisión de detección de patología pulmonar y del diagnóstico de neumonía, en la atención hospitalaria inicial, la omisión de procedimientos de "triage" en urgencias, así como la ministración inadecuada de medicamentos y la incongruencia diagnóstico/terapéutica.

Con relevancia, aunque en menor proporción, entre 10 y 15 casos, se documentaron: la omisión de soporte mecánico ventilatorio, omisión del monitoreo de órganos en la UCI y del monitoreo clínico y gasométrico, en pacientes con soporte mecánico ventilatorio, con menos de 5 eventos cada uno (Figura 4).

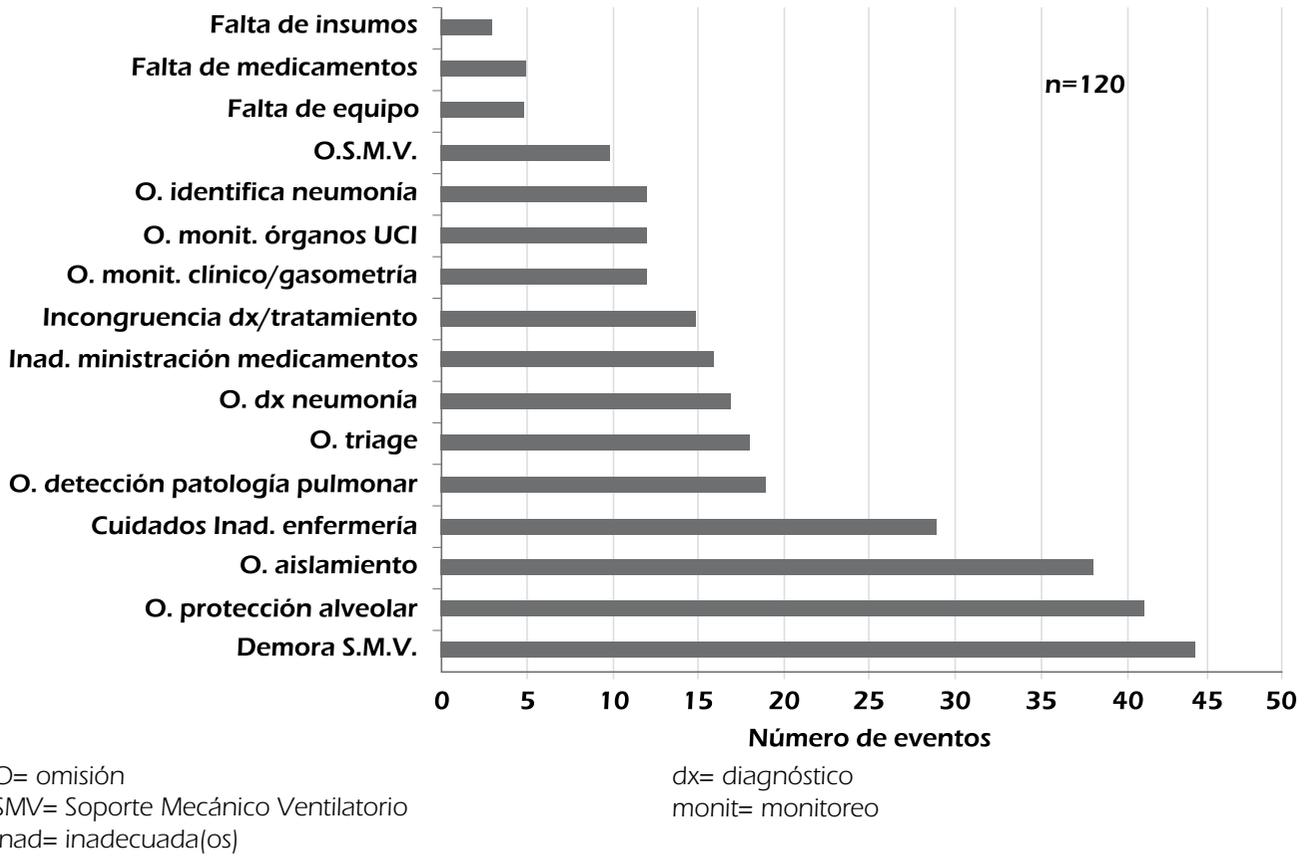


Figura 4. Eventos de mala práctica identificados.

En los 29 casos (24%) en que se documentó incumplimiento de las obligaciones de medios, éstas correspondieron a: expediente clínico, establecimiento de diagnóstico y pronóstico, medidas de sostén terapéutico, control subsecuente, detección y manejo de complicaciones y reacciones secundarias, así como los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Con respecto a las obligaciones de seguridad, que comprenden el nivel mínimo necesario (UCI, aislamiento), así como la disponibilidad de los aparatos, equipo e instrumental necesario, se identificó el incumplimiento en la atención en 28 pacientes (23%). Lo que indica que prácticamente en la atención de uno de cada cuatro pacientes, se incumplieron las obligaciones de medios o de seguridad.

DISCUSIÓN

Conforme a la información analizada, se encontraron deficiencias en la atención en todos los rubros, no obstante ésto no se vio reflejado en la presentación de quejas ante CONAMED por la atención recibida.

En prácticamente uno de cada cuatro pacientes se documentaron deficiencias en aspectos básicos de la atención, como son:

- Expediente clínico incompleto
- Notificación obligatoria al Sistema de Vigilancia Epidemiológica incompleta o inadecuada
- Ministración de medicamentos inadecuada
- Incongruencia diagnóstico-terapéutica
- Manejo inadecuado de la vía aérea
- Deficiencias en equipos, insumos y medicamentos e
- Incumplimiento de obligaciones de medios y de seguridad.

Esta situación se presentó en condiciones donde se dio prioridad a la disponibilidad de las instalaciones y al flujo de recursos, para enfrentar una epidemia, que requería del diagnóstico y tratamiento oportuno y preciso, con base en las disposiciones emitidas por la Presidencia de la República y la Secretaría de Salud.^{15, 16}

En congruencia con la información antes mencionada y considerando que el virus de influenza A(H1N1) coexistirá con los otros tipos virales de manera endémica, es importante tener presente que el problema persiste, que se trata de un padecimiento prevenible y curable cuando se atiende correctamente en sus etapas iniciales y que se requiere de medidas que fortalezcan la capacidad de respuesta de los servicios médicos, entre las que se debe incluir:

- Intensificar la difusión de la información a la sociedad.

- Difundir en todo el Sistema Nacional de Salud, los mecanismos y procedimientos, para el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la influenza humana A(H1N1).
- Promover, distribuir y verificar la suficiencia de recursos, para la atención de este padecimiento en las unidades de atención médica.
- Garantizar la oportunidad de la atención mediante la aplicación de las medidas de "triage" en los servicios de urgencias.
- Promover la capacitación del personal, para la atención de estos enfermos, en particular en lo referente al manejo de la vía aérea.
- Garantizar la notificación oportuna al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Fortalecer la supervisión de los cuerpos directivos de los hospitales, sobre el proceso de atención de pacientes con influenza humana A(H1N1).
- Agilizar la integración, edición y difusión de la guía clínica.
- Utilizar en beneficio de los pacientes, el sistema escalonado de atención y asegurarse de su referencia oportuna, en congruencia con el grado de severidad de sus manifestaciones clínicas.

La calidad en la prestación de servicios de salud es una responsabilidad compartida entre todos y cada uno de los miembros del equipo de salud. Lo que cada miembro del equipo haga, tiene o podría tener un impacto significativo en la atención y por lo tanto, en su calidad y en los resultados que se logren. Éste es un esfuerzo en el que no se debe ceder.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió un conjunto de recomendaciones, para mejorar la calidad de la atención en los pacientes con influenza humana A(H1N1), elaborados por especialistas médicos y enfermeras expertos, con el propósito de contribuir a prevenir, resolver los problemas identificados y consecuentemente mejorar la calidad de la atención para estos pacientes.

Estas recomendaciones están disponibles de manera gratuita y en texto completo en la página web de la CONAMED: www.conamed.gob.mx.

REFERENCIAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Departamento de planeación Técnica de los Servicios Médicos. Auditoría Médica. Boletín Médico IMSS. 1960; II (Supl 6).
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos. Auditoría Médica. No-

- veno número de la serie de Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas. México: IMSS; 1962.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación Médica. Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas. México: Subdirección General Médica IMSS; 1972.
 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. El Expediente Clínico en la Atención Médica. Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas. México: Subdirección General Médica, IMSS; 1973.
 5. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA2-1998, Del Expediente Clínico. México: Secretaría de Salud; 1998. [Acceso 30-08-2010] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf.
 6. Consejo de Salubridad General. Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud. Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud, 2007-2012. México: Consejo de Salubridad General; 2007.
 7. Ruiz-Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H, Arango-Rojas R, Lara-Carreño R, Caminos-Chávez MI, Ortiz-Solalinde G, Ugalde-Grajeda E, Herrera-Lasso F. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. *Salud Pública Méx.* 1990; 32:156-169.
 8. Aguirre Gas H. *Calidad de la Atención Médica*. 3ª ed. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) - Noriega Editores; 2002. ISBN 968-18-6371-2. 387 p.
 9. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A. Análisis crítico de las quejas presentadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1996-2007. *Rev CONAMED*. 2008; 13: 5-16.
 10. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Aguirre-Gas H. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. *Rev CONAMED*. 2008;13:38-56.
 11. Aguirre-Gas H. Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente. *Rev CONAMED*. 2008; 13 (1): 6-14.
 12. Huerta-Hernández D, Flores-Torres A, Del Castillo-López LO, Valenzuela-Ponce MR, Rodríguez-Suárez J, Fajardo-Dolci G. Programa para implantar el Plan para el autocuidado de la seguridad y corresponsabilidad del Paciente: "Juntos por tu salud" en el Hospital Central Militar. *Rev CONAMED*. 2009;14: 5-18.
 13. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia 2006.
 14. Aguirre Gas H. Principios éticos de la práctica médica. *Cir Cir*. 2004; 72:503-510.
 15. Poder Ejecutivo. Secretaría de Salud. Decreto por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de la influenza estacional epidémica. México: Diario Oficial de la Federación; 25 de abril de 2009.
 16. Secretaría de Salud. Acciones para contener la transmisión de la influenza A (H1N1). Boletín. México: Secretaría de Salud; 2009.
 17. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Rodríguez-Suárez J, García-Aranda JA, Pulido-Zamudio T, Soda-Merhy A, Rubio-Monteverde H, Domínguez-Cherit G, Jiménez-Sánchez J, Almazán-Castillo MR, Gutiérrez-Vega R, Venegas-Páez F, Aguirre-Gas HG. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención en pacientes con Influenza A(H1N1). México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2010. 36 p.