



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

TESIS:
SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO
EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:
Dr. OSCAR GUZMAN ZAVALA

ASESORES DE TESIS:
Dra. MARÍA TERESA SILVIA TINOCO ZAMUDIO
Dra. MARÍA GUADALUPE BUCIO VALDOVINOS

MORELIA, MICHOACÁN, JULIO 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES DE TESIS

Dr. RAÚL LEAL CANTÚ
4433763961 raulcantu63@live.com
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

Dr. CARLOS ARTURO AREAN MARTÍNEZ
3172997 c_arean@yahoo.com
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

Dra. CLAUDIA AGUSTINA RAMOS OLMOS
4431720282 clauzack@hotmail.com
JEFA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

Dr. SANTIAGO CORONA VERDUZCO
4432022846 dr.scv@hotmail.com
PROFESOR TITULAR DE CURSO DE ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

Dra. MARÍA TERESA SILVIA TINOCO ZAMUDIO
4433370967 mtstz@hotmail.com
ASESORA METODOLÓGICA
MIEMBRO DEL COMITÉ DE REVISIÓN DE TESIS DEL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

Dra. GUADALUPE BUCIO BALDOVINOS
4433698054 upis64@hotmail.com
ASESORA CLÍNICA DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA
DEL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

Dr. OSCAR GUZMAN ZAVALA
4431294458 drbotzguzman@hotmail.com
TESISTA

DEDICATORIA

**A mis padres, a quienes les debo todo en esta vida y
Naty que se ha ganado todo mi querer.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios en primera instancia, ya que sin su voluntad nada sucedería.

A ti Chayayin que has estado en todo momento a mi lado apoyándome, sin dudarle y sin esperar nada a cambio, a ti que has sido mi más grande soporte y motor para poder seguir adelante, aún cuando las cosas se ponen feas.

A Hec que ha sido más que un padre para mí, que ha hecho más cosas por mí que cualquier otro hombre en la tierra.

Naty, mi cómplice, mi compañera en ésta aventura de vida y residencia, tal vez sin ti no lo habría logrado. Te admiro mucho, eres la mejor.

Papá, gracias por estar ahí siempre, a pesar de las adversidades.

Dra. Bucio, gracias por tanto, por confiar en mí, gracias por su paciencia, su ánimo, sus ideas, creatividad, pero sobre todo por sus enseñanzas.

Navarro, Navarrete, Andalco, Fajer, Dr. Paco, Jess, Ari, Tzitziki, García (Wally) ustedes que me salvaron la vida y están pendientes de mí, les estaré eternamente agradecido.

Hermano, aunque estás lejos de mí, estás en mi corazón siempre, te quiero y extraño mucho, tú me inspiras para continuar.

A mis amigos y compañeros de residencia y hospital, Danonino, Charly, Pepe, Chops, Ten, Joe, Barrera, Caro, Yoni, Valente, Alethia, Peter, Oscar, aprendí de ustedes y con ustedes, éxito en todo lo que venga.

A mis MAESTROS, y lo escribo con mayúsculas porque así debe ser, son grandes y espero algún día ser al menos la mitad de lo que son.

Dr. OSCAR GUZMAN ZAVALA

CONTENIDO

RESUMEN	6
MARCO TEÓRICO	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	19
HIPÓTESIS	20
JUSTIFICACIÓN	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
TIPO Y CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO	21
UNIVERSO O POBLACIÓN	21
MUESTRA	22
DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE POBLACIÓN	22
DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA	23
SELECCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	23
PRUEBA PILOTO	25
DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	39
ASPECTOS ÉTICOS	40
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	42
RECURSOS HUMANOS	42
RECURSOS MATERIALES	42
PRESUPUESTO	42
PLAN DE DIFUSIÓN	42
FINANCIAMIENTO	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	44

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El síndrome del recomendado es la aparición de complicaciones no habituales y de imprevistos difíciles de explicar, en pacientes con una atención más esmerada y personalizada, con mayor renombre o que han sido recomendados por posición social, fama, parentesco, vínculo político o de gobierno; es un aspecto frecuente y conlleva complicaciones no habituales e imprevistos. **OBJETIVO:** Comparar la calidad de la atención y frecuencia de complicaciones en los pacientes quirúrgicos recomendados versus no recomendados, así como la percepción del personal de salud involucrado y su opinión sobre las principales causas de complicaciones. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, observacional, analítico, prospectivo y transversal. **RESULTADOS:** Se incluyeron 52 pacientes de ambos géneros, divididos en 2 grupos: grupo 1(recomendado) y grupo 2 (no recomendado), sin límite de edad, cirugía electiva y de urgencia, se encuestó al azar al personal de salud involucrado. El 50% del grupo 1 tuvieron valoración preanestésica versus 92.3% del grupo 2. El 53.84% del grupo 1 tuvieron valoración prequirúrgica versus 88.46% del grupo 2. El grupo 2 cumplió con la excelencia en el expediente en un 57.69% versus el 7.69% del grupo 1. Referente a interconsultas, estudios preoperatorios y utilización de habitación especial no hubo diferencia significativa; el 15.38% de pacientes recomendados ingresaron directamente de la calle a quirófano. La mayoría de los recomendados fueron enviados por el mismo personal de salud (73.07%). El adscrito fue quien más operó al recomendado (61.53%) y en el grupo 2 lo hizo el residente de mayor rango (73.07%); en su mayoría fueron elegidos al azar. Hubo más complicaciones en el recomendado (15 pacientes), un paciente recomendado falleció, otro fue referido a un tercer nivel para continuar su manejo. Al 78.26% de los encuestados no le gusta atender pacientes recomendados, al 39.13% le genera estrés y el 47.82% modifica su manejo por compromiso con el recomendador. **DISCUSION:** aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa en el

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

paciente recomendado, encontramos que no se lleva a cabo el expediente clínico completo, el ingreso al quirófano es directamente de la calle en algunos pacientes y éstos son atendidos directamente por el adscrito, habiendo más complicaciones en comparación con los no recomendados. **PALABRAS CLAVE: RECOMENDADO, SÍNDROME, QUIRÚRGICO.**

MARCO TEÓRICO

El síndrome del recomendado se define, según Álvaro Sanz en su artículo “El síndrome del recomendado” como: la aparición de complicaciones no habituales y de imprevistos, muchos ellos difíciles de explicar, en pacientes concretos en los que la intención de llevar a cabo una atención más esmerada y personalizada ya que son personas de mayor renombre o han sido recomendados por motivos de posición social, fama, parentesco, etc.¹

Esta entidad seguramente existe desde hace muchos años, y es conocida por muchos profesionales de la salud por haberlo experimentado en carne propia o por haberlo visto en su práctica diaria, sin embargo, su frecuencia es incierta y no es hasta el año 2002 cuando se comienza a escribir sobre dicho síndrome, antes era un secreto a voces. La inquietud surge en España a cargo de Álvaro Sanz Rubiales y colaboradores publicando el primer artículo científico que describe esta entidad, desde esa fecha se han publicado algunos artículos relacionados al tema, sin embargo la bibliografía aún es muy escasa.^{2,3}

El síndrome del recomendado sucede por el deseo de ofrecer al paciente una atención especial, diferente a la que recibiría cualquier otro paciente, sin basarse en los lineamientos habituales, cometiendo errores en su atención, lo que trae como consecuencia, complicaciones indeseables e inesperadas, mismas que podrían clasificarse como errores médicos en un momento dado, éstos a su vez se clasifican en:

- Errores diagnósticos
- Errores terapéuticos/quirúrgicos
- Errores en la prevención
- Errores en actuación administrativa.²

Existe otra clasificación de acuerdo a la tipología del error, la clasificación de Graber y colaboradores:

- Error por presentación clínica atípica o silente
- Error en la asistencia del proceso existencial
- Error del proceso de percepción y razonamiento clínico.²

Para fines prácticos, existen dos subgrupos poblacionales en los cuales puede presentarse el síndrome del recomendado:

- 1) Pacientes con reconocimiento social, moral o parentesco
- 2) Pacientes dedicados al área de la salud (médicos, enfermeras, etc.) o familiares de éstos.³

Otra clasificación considerada en la bibliografía es la de enfermedades “transmisibles”, ya que el abordaje, el trato hacia el enfermo y las atenciones se van “transmitiendo” de médico a médico, al personal de enfermería y entre los mismos familiares.³

Uno de los principales aspectos éticos en los que se basa todo profesional de la salud es “Primero no dañar” sin embargo, la buena voluntad no siempre va de la mano con buenos resultados hacia el paciente.³

Las manifestaciones del síndrome del recomendado son diversas y no es regla que todas las manifestaciones aparezcan para poder integrar el síndrome:

- Evolución tórpida de la enfermedad, con mayor frecuencia de complicaciones y dificultan en el diagnóstico.¹

- Iatrogenias derivadas de tratamientos distintos al que recibirían el resto de los pacientes, tales como procedimientos quirúrgicos.¹
- Retraso en consultas y estudios de laboratorio y gabinete complementarios.¹
- Historia clínica, notas de evolución y reporte de estudios complementarios se extravían.¹

Hay varias causas para éste síndrome, provenientes de varios aspectos, personal de salud, paciente y familiares, recursos del sistema de salud, estudios diagnósticos y tratamientos, los cuales se citan a continuación:

- El paciente solicita atención especial.^{1,2,3}
- Los recursos de la institución de salud no se usan adecuadamente.^{1,3}
- Falta y falla en el registro de historia clínica y/o notas en el expediente clínico.^{1,2,3}
- No se siguen las guías de abordaje y manejo establecidas.¹
- Exceso de estudios complementarios, reportando falsos positivos.^{1,2,3}
- Omisión de estudios complementarios de rutina.¹
- Sobretratamiento e iatrogenia.^{1,2}
- Utilizar estudios diagnósticos novedosos sin tanta evidencia de beneficio real.³
- Obviar exploración física en el paciente por “respetar su intimidad”^{1,3}.

En general, se podrían englobar en dos principales causas para el desarrollo del “síndrome del recomendado”: a) Tiempo insuficiente dedicado al paciente y b) Estrés o fatiga del profesional de la salud, derivado de la presión ejercida por los familiares o el mismo paciente, de los ingresos del paciente a hospital fuera de los horarios habituales, la diferencia final en el diagnóstico de ingreso y de egreso del paciente, de la interpretación errónea del interrogatorio, exploración física y estudios solicitados.³

Un aspecto muy importante a tomar en cuenta es el paciente, quien tiene un rol de mucho peso para el desarrollo del síndrome del recomendado, ya que no aceptan un trato similar al resto de la población, esto a que se creen superiores a los demás pacientes, creen ser prioritarios por su posición de recomendado y creen se merecedores a recibir la mejor atención, aún si su patología no lo amerita. ⁴

- Los enfermos recomendados no desean una atención igual a la de los demás, sino que exigen una atención especial y no aceptan esperar su turno. ^{1,3,4}
- Se confía más en médicos con alto prestigio que en médicos jóvenes, aún si éstos últimos tienen un mejor criterio, mayor conocimiento y están actualizados. ^{1,3,4}
- El paciente no conoce su diagnóstico o pronóstico de su padecimiento, sobre todo si no es favorable, ésta información se facilita al recomendador y éste mismo opina o decide si es conveniente informar al paciente de su patología o no. ^{1,3,4}
- El paciente tiene acceso a tecnología donde “aprende” sobre su patología y en ocasiones llega a cuestionar las decisiones del médico tratante. ⁴
- Los errores, retrasos, extravíos, problemas de comunicación, etc. “normales” en el resto de los pacientes, se hacen muy notorios y exagerados en los pacientes recomendados, así su respuesta ante estas situaciones es más evidente y severa. ^{1,3,4}

Por otro lado, los recursos de salud tampoco se usan de la mejor manera, por ejemplo, hay ocasiones en las cuales la consulta no se da en un consultorio, sino en los pasillos del hospital ⁵, por lo tanto no se registra nada en el expediente, sino que todo se hace verbalmente.¹ Se realizan consultas en horarios no habituales como en las guardias, sin tomar signos vitales previos a la consulta como el pacientes citados a consulta y sin expediente donde plasmar lo sucedido.^{1,4,5} Al dar la “consulta de pasillo”, hay falta de privacidad para realizar un interrogatorio adecuado y una exploración física minuciosa.⁴ Los estudios de laboratorio y/o gabinete, se obvian o bien se

realizan de manera inadecuada.^{2,4} Al estar hospitalizados, en ocasiones los horarios de los medicamentos a administrar, se ve alterado por no querer molestar al paciente sobre todo por la noche cuando éste duerme ^{1,3,4}, así como visitas médicas nocturnas. Cuando un paciente recomendado importante llega en horarios no comunes, ejerce presión sobre el personal de salud, provocando desatención de otros pacientes₃ y por si fuera poco, se internan en habitaciones especiales, lejos del resto de la población de pacientes^{3,4}.

Debido a las “consultas de pasillo”, la historia clínica no se registra en el expediente, y si se registra, es incompleta, lo que provoca que se pasen por alto situaciones clínicas de importancia que pueden complicar la situación en el futuro, un claro ejemplo: alergias alimentarias o farmacológicas, así como medicación diaria. En muchas ocasiones, los pacientes son tratados por varios especialistas, quienes muchas veces no integran un diagnóstico en conjunto, actuando de manera individual según su área de trabajo, dando tratamientos individualizados pero sin coincidir con la opinión del otro. Otras veces actuando de manera inadecuada en la terapéutica por miedo a ser criticados por otros colegas y sentirse observados, ya sea por el mismo paciente y sus familiares o por otros médicos.⁵

El personal sanitario es quien tiene uno de los papeles más importantes en la aparición del mencionado síndrome, ya que de él dependen las pautas a seguir en el diagnóstico y tratamiento del enfermo recomendado e incurre en varias fallas que se pudieran considerar cotidianas en este tipo de pacientes:

- Ausencia de dirección en la conducta a seguir, puede iniciarse por el camino acertadamente, pero cambiar hacia la dirección errónea en el transcurso del abordaje debido a opiniones de varios médicos tratantes sin llegar a un común acuerdo. ^{1,3,4,5}.

- El médico tratante se puede sentir observado o bajo la lupa por sus colegas y actuar erróneamente por temor a ser criticado en su abordaje diagnóstico y terapéutico. ^{1,3,4.}
- El manejo principal suele dejársele al médico con mayor antigüedad, esto no significa que sea el mejor médico, sin embargo por ser el de más antigüedad, se le trata con más privilegios y respeto, por lo tanto es el encargado de liderar al grupo de médicos tratantes. ^{1,3,4.}
- Si un médico joven inicia el tratamiento, se desconfía de él por creer que no tiene la capacidad intelectual y/o habilidad para abordar el caso. ^{1,3,4.}
- Las interconsultas y consultas de “pasillo” otorgadas por médicos, sin observar al paciente, ésta opinión puede aportar una observación sesgada y por lo tanto el abordaje diagnóstico o terapéutico puede desviarse del camino correcto, por el contrario, los médicos interconsultados que sí ven al paciente, no dan el tratamiento adecuado o se limitan en su actuar por miedo a equivocarse y ser criticados por los colegas. ^{1,3,4.}
- El médico familiar o conocido del recomendado se convierte en el médico a quien se le dan informes y se le solicita la autorización para realizar los estudios o aplicar los tratamientos, aún si la especialidad del médico no coincide con la patología del recomendado. ^{1,3,4.}

Todos los pacientes al tener alguna patología, requieren de estudios diagnósticos, y de historia clínica (interrogatorio, exploración física). No obstante, al ser un paciente recomendado, podrían obviarse algunas cosas y cometerse errores importantes que podrían traer consecuencias graves hacia el paciente. Algunos de esos errores son:

- Al realizarse consultas de pasillo, no hay un interrogatorio adecuado, no hay un registro de datos en un expediente clínico y por lo tanto hay déficit de información sobre antecedentes personales de importancia, alergias, tratamientos previos o actuales, así como enfermedades actuales o internamientos previos. ^{1,3,4.}
- Estudios complementarios no bien indicados, ya sea por no incomodar al paciente aunque puedan ser los más adecuados, o bien por ser muy agresivos y provocar daños al paciente. ^{1,3,4.}
- Puede también haber repetición frecuente de pruebas diagnósticas, innecesarias, el repetirlos con frecuencia, puede arrojar falsos positivos, en consecuencia, planteamiento de nuevos tratamientos. ^{1,3,4.}

TRATAMIENTO

El abordaje terapéutico también tiene aspectos de importancia para el desarrollo del síndrome del recomendado, ya que al tener todos los antecedentes mencionados, suele incurrirse en errores que podrían alterar el resultado final del tratamiento y en consecuencia el desenlace de la enfermedad. Algunos tópicos a mencionar son:

- No hay una línea terapéutica clara, ya que cada especialista trata aspectos distintos, intentando acaparar todos problemas que tiene el paciente, pero sin llegar a un tratamiento en conjunto. ^{1,3,4.}
- Hay ocasiones que el médico tratante, aplica terapéuticas o tratamientos novedosos con la intención de “verse bien” ante el paciente, aún si estos tratamientos no tienen evidencia científica clara, pudiendo esto, complicar la situación del paciente y hacer aún más difícil el tratamiento del mismo. ^{1,3,4.}

- Debido a la variedad de tratamientos instaurados, pueden presentarse problemas, haciendo difícil diferenciar si el problema fue inducido por los múltiples tratamientos o bien por la patología base. ^{1,3,4.}
- Los médicos tratantes, suelen adelantarse a los resultados, iniciando tratamientos ante la duda diagnóstica. ^{1,3,4.}
- Se actúa con el principio de “más es mejor” en cuanto a tratamientos médicos y/o quirúrgicos, siendo esto más agresivo, y con probables más efectos secundarios indeseables o iatrogenias. ^{1,3,4.}

Es común que a todo el paciente recomendado se le procure dar una atención más esmerada y especial, diferente al resto de los pacientes. Lo más indicado para prevenir el síndrome del recomendado, es tratar a todo paciente recomendado como a cualquier otro paciente, haciendo los abordajes diagnósticos, terapéuticos, etc. Bajo una línea básica como si se tratara de un paciente común y corriente. Es indispensable seguir algunos pasos para la prevención del mencionado síndrome:

- Llevar a cabo una historia clínica completa desde el primer contacto con el paciente, la cual debe incluir antecedentes personales, interrogatorio por aparatos y sistemas, exploración por aparatos y sistemas, inicio y evolución del padecimiento actual.
- Incluir en el expediente, además de la historia clínica completa, estudios de laboratorio y gabinete complementarios con comentarios de los mismos así como notas de evolución en orden cronológico.

- Citas a consultas con periodicidad, en tiempo y forma y registrar tanto en agenda de citas como en carnet de citas.
- Se debe de establecer un líder médico quien encabece el abordaje del paciente, a quien, tanto médicos interconsultados, familiares del paciente, personal sanitario como el mismo paciente, tomen en cuenta como líder y mantenga y unifique un criterio común.
- Realizar estudios diagnósticos y tratamientos indistintos a los demás pacientes, de acuerdo a su patología, siempre y cuando no se repitan innecesariamente.
- Seguir un abordaje clínico, diagnóstico y terapéutico basado en guías de práctica clínica y normas oficiales, es decir, hacer medicina basada en evidencia.^{1,3,4.}

Existen herramientas de trabajo como diagramas, los cuales nos ayudan a identificar la causa-efecto de problemas de rendimiento o para identificar las causas de un problema en determinadas áreas de trabajo, un ejemplo claro de esto es el diagrama de la espina de pescado de Ishikawa. Éste diagrama es usado para evaluar necesidades, ayudando a ilustrar la relación entre una o varias potenciales causas de un problema de rendimiento, esto a su vez, dará como resultado la construcción de un sistema de intervenciones para la mejora de rendimientos, de acuerdo al área estudiada. El diagrama de Ishikawa tiene ciertas ventajas: a) Permite un análisis profundo de la situación, b) Es de fácil aplicación, es posible crear una representación visual de las causas y subcausas y es fácil de entender, c) Identifica las debilidades, mismas que se pueden corregir o fortalecer, antes de que ocasionen o agraven los problemas.⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome del recomendado se define, según Álvaro Sanz en su artículo “El síndrome del recomendado” como: la aparición de complicaciones no habituales y de imprevistos, muchos ellos difíciles de explicar, en pacientes concretos en los que la intención de llevar a cabo una atención más esmerada y personalizada ya que son personas de mayor renombre o han sido recomendados por motivos de posición social, fama, parentesco, vínculo político o de gobierno, etc.

Esta entidad seguramente existe desde hace muchos años, y es conocida por muchos profesionales de la salud por haberlo experimentado en carne propia o por haberlo visto en su práctica diaria, sin embargo, su frecuencia es incierta y no es hasta el año 2002 cuando se comienza a escribir y a publicar artículos sobre dicho síndrome, antes era un secreto a voces. La inquietud surge en España a cargo de Álvaro Sanz Rubiales y colaboradores publicando el primer artículo científico que describe esta entidad, desde esa fecha se han publicado algunos artículos relacionados al tema, sin embargo la bibliografía aún es muy escasa.

El síndrome del recomendado sucede por el deseo de ofrecer al paciente una atención especial, diferente a la que recibiría cualquier otro paciente, sin basarse en los lineamientos habituales, cometiendo errores en su atención, lo que trae como consecuencia, complicaciones indeseables e inesperadas, mismas que podrían clasificarse como errores médicos en un momento dado.

El Síndrome del Recomendado es una situación que se presenta muy frecuente en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, pero debido a falta de estudios, no hay registro de la frecuencia en la que se presenta. Frecuentemente entran pacientes a quirófano sin estudios de laboratorio, sin hemoderivados, sin valoraciones preanestésicas adecuadas, sin valoraciones por medicina interna y/o cardiología según sea el caso, incluso pacientes sin el ayuno necesario para poder ser

sometidos a un procedimiento anestésico. Por otro lado, es común que el paciente o su recomendador elijan al anesthesiólogo tratante, alterando los roles establecidos y comprometiéndolo de manera particular provocando en él más compromiso y/o estrés. Hay ocasiones en que se suspenden pacientes programados por dejarles el espacio quirúrgico a los pacientes recomendados.

Otro hecho frecuente es el extravío de los expedientes o de partes del mismo, como la historia clínica, notas de evolución, indicaciones, hojas de enfermería, laboratorios, etc; esto complica los procedimientos ya que no se conocen antecedentes personales o familiares de importancia, alérgicos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones, así como tratamientos previos o actuales, y en muchas ocasiones el paciente o familiares del paciente no recuerdan todos estos datos.

Siendo que el Síndrome del Recomendado es un fenómeno que no resulta ajeno a todo el personal médico y en este caso a nosotros los anesthesiólogos, es preciso tomar conciencia de esta entidad para poder prevenirla.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Comparar la calidad de la atención y frecuencia de complicaciones en los pacientes quirúrgicos recomendados versus no recomendados, así como la percepción del personal de salud involucrado y su opinión sobre las principales causas de complicaciones

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer la frecuencia y distribución por servicio específico, turno, tipo de cirugía, en ambos grupos de pacientes, así como el tipo de recomendación.
2. Determinar la calidad de la atención prequirúrgica/anestésica, transquirúrgica/anestésica y postquirúrgica/anestésica con lista de cotejo y hoja de cirugía segura en ambos grupos.
3. Identificar el personal de salud involucrado en la atención de ambos grupos de pacientes, así como la percepción de las causas de complicaciones por el personal de salud a través del diagrama de Ishikawa.
4. Identificar complicaciones anestésicas y quirúrgicas en el periodo trans y post anestésico/quirúrgicos en ambos grupos.
5. Correlacionar las principales causas de las complicaciones en los pacientes recomendados por expertos de los diferentes servicios por medio del diagrama de Ishikawa con lo encontrado en la observación directa.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: Los pacientes recomendados se complican igual que los pacientes no recomendados.

Hipótesis alterna: Los pacientes recomendados se complican con mayor frecuencia que los pacientes no recomendados.

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome del Recomendado es una situación que tiene una frecuencia incierta a nivel mundial pero probablemente más común de lo que se cree; se presenta muy frecuentemente en el área hospitalaria, pero debido a la falta de estudios de investigación en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” y en otros centros hospitalarios, no hay registro ni bibliografía explícita del mismo de la morbi-mortalidad con que se presenta en esta población de pacientes.

El hecho de dar atenciones especiales a los pacientes recomendados, trae como consecuencia interrogatorio y exploración física inadecuada, falta de registro en expediente clínico, por lo tanto pueden pasar inadvertidas alergias, tratamientos previos o actuales, así como enfermedades e internamientos. Se suelen solicitar estudios diagnósticos innecesarios, creando un gasto en recursos económicos, en personal y/o material al paciente o al hospital al que acuden, por otro lado suele haber ausencia de estudios preoperatorios en pacientes que entran a quirófano. De igual manera el personal involucrado en la atención del paciente se ve afectado de tal manera que en ocasiones les genera cierto grado de estrés así como sentir mayor grado de responsabilidad en comparación con el paciente común.

El abordaje de los pacientes recomendados debe ser igual al de los pacientes comunes, realizarse una historia clínica completa, exploración física completa, registrar en el expediente todos los hallazgos y acciones realizadas en el paciente, citar a los pacientes en tiempo y forma, solicitar los estudios diagnósticos necesarios, unificar criterios para el tratamiento, esto traerá como consecuencia un mejor pronóstico para el paciente, una mejor utilización de recursos en personal, material y espacio para el hospital, ya que no se le quitará el espacio y postergará la atención a otro paciente no recomendado por atender al recomendado.

Todo lo anterior nos permitió ofrecer estrategias y protocolos de mejora en la atención del paciente recomendado, que podrán ser implementados en el hospital con la finalidad de prevenir la aparición del síndrome del recomendado, y por lo tanto evitar complicaciones en los pacientes, optimizar recursos humanos y materiales para la atención integral de los enfermos, recomendados y no recomendados.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO Y CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Estudio descriptivo, observacional, analítico, prospectivo y transversal.

UNIVERSO O POBLACIÓN: el presente estudio se realizó en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la Ciudad de Morelia, en pacientes sometidos a algún procedimiento quirúrgico/anestésico y en el personal de diferentes especialidades.

MUESTRA.

No probabilística, a conveniencia por periodo de mayo 2017 a junio 2017 de pacientes quirúrgicos, así como especialistas de los distintos servicios, encuestando a un 30% del personal de quirófano.

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

Se define paciente recomendado aquel a quien por tener algún vínculo social, familiar, de parentesco, o de amistad con personal de salud o por tener posición social destacada, vínculo político y/o fama, etc. recibe una atención más esmerada, distinta y/o fuera de lo habitual.

Personal de salud del Hospital General “Dr. Miguel Silva” involucrado en la atención del paciente recomendado.

DEFINICIÓN DEL GRUPO CONTROL:

Equiparar un paciente recomendado con un paciente no recomendado

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a. Pacientes recomendados y no recomendados.
- b. Pacientes de ambos géneros.
- c. Pacientes sin límite de edad.
- d. Pacientes sometidos a cirugía de manera electiva o de urgencia.
- e. Personal de salud involucrado en la atención del paciente recomendado elegido al azar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a. Pacientes a los cuales se le suspendió la cirugía.

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA:

Objetivo	Variable de estudio	Clasificación de variable	Unidades de medida
Conocer la frecuencia y distribución por servicio específico, turno y tipo de cirugía, en ambos grupos de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> -Paciente recomendado/No recomendado -Sexo -Edad -Servicio: Ginecología y Obstetricia Traumatología y Ortopedia Cirugía General Urología Neurocirugía Endoscopía Oftalmología Cirugía Plástica -Tipo de cirugía -Turno: Matutino/Vespertino/Nocturno/Jornada Acumulada -Tipo de recomendación: Gobierno/Directivo/Personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuantitativa dicotómica -Cuantitativa dicotómica -Cuantitativa discreta -Cualitativa nominal -Cualitativa dicotómica -Cualitativa nominal -Cualitativa nominal 	<ul style="list-style-type: none"> -SI o NO -Femenino/Masculino -Años cumplidos -Marcar con una cruz -Electiva/Urgencia -Marcar con una cruz -Marcar con una cruz
Determinar la calidad de la atención prequirúrgica/anestésica, transquirúrgica/anestésica y postquirúrgica/anestésica con lista de cotejo y hoja de cirugía segura en ambos grupos.	<ul style="list-style-type: none"> -Ingresa en horario habitual -Tiene Historia Clínica -Tiene Valoración preanestésica -Valoración preanestésica es adecuada -Tiene valoración prequirúrgica -Tiene interconsultas -Tiene estudios de laboratorio y/o gabinete preoperatorios completos -Ingresa a quirófano de la calle -Utiliza habitación especial -Cuenta con hemoderivados -Calidad del expediente, se evaluará con porcentaje de cumplimiento de los puntos arriba mencionados: Excelente 90-100% 	<ul style="list-style-type: none"> Cualitativa dicotómica -Cualitativa ordinaria 	<ul style="list-style-type: none"> SI O NO -Marcar con una cruz

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

	Buena 80-89% Regular 60-79% Mala <59%		
Identificar el personal de salud involucrado en la atención de ambos grupos de pacientes, así como la percepción.	-Equipo anestésico-quirúrgico trabaja en turno habitual -Quién opera: Adscrito/Residente de mayor rango/Otro -El cirujano es elegido: Al azar/por el paciente/por el recomendador -El anestesiólogo es elegido: Al azar/por el paciente/por el recomendador	-Cuantitativa dicotómica -Cualitativa nominal -Cualitativa nominal -Cualitativa nominal	-SI o NO -Marcar con una cruz -Marcar con una cruz -Marcar con una cruz
Identificar complicaciones anestésicas y quirúrgicas en el periodo trans y post anestésico/quirúrgicos en ambos grupos.	Sangrado Espasmo de vía aérea Dificultad al intubar Dificultad al bloquear Problemas con venoclisis Reacción alérgica Atonía uterina Choque Anafilaxia Parestesias Punción inadvertida de duramadre Cefalea postpunción de duramadre Infección de la herida quirúrgica Otros	Cualitativa nominal	Marcar con una cruz
Correlacionar las principales causas de las complicaciones en los pacientes recomendados por expertos de los diferentes servicios por medio del diagrama de Ishikawa con lo encontrado en la observación directa	Coincide la percepción del personal de salud con lo encontrado en la observación: Totalmente Parcialmente No coincide	-Cualitativa ordinaria	-Marcar con una cruz

SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo de manera observacional, así como con lista de cotejo y encuesta a personal de salud. Se realizó una reunión con los diferentes servicios del hospital, con la finalidad de identificar los principales problemas que se presentan en un paciente recomendado que a su vez derivan en complicaciones para el mismo, por medio del diagrama de Ishikawa. Una vez ingresado e identificado como paciente recomendado, recabamos datos por medio de lista de cotejo donde se señaló con una cruz la opción deseada, por otro lado el 30% del personal de salud fue encuestado sobre percepción de la atención al paciente recomendado, siendo éstos elegidos al azar y no relacionados directamente con el paciente recomendado que estaba siendo atendido en ese momento. Detectamos al paciente recomendado preguntando directamente a los médicos tratantes, internos, residentes a cargo del paciente, por medio de rumor dentro del hospital, o preguntando directamente al paciente. Se equiparó al paciente recomendado y al no recomendado tomando en cuenta el sexo, edad, y procedimiento quirúrgico que se le realizó.

PRUEBA PILOTO: No se requirió.

DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Descripción de las medidas de tendencia central y de dispersión de variables cuantitativas, además de la descripción de las proporciones de las variables cualitativas, proporciones y porcentajes en gráficas y cuadros.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descripción de medidas de tendencia central y de dispersión de variables cuantitativas, además de la descripción de las proporciones de las variables cualitativas. Seguimiento de un análisis en el cual se utilizó una prueba de Chi Cuadrada (χ^2) para variables cualitativas y de esta manera obtener el valor de p .

Lo anterior mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 52 pacientes divididos en dos grupos, el grupo 1 corresponde a los participantes que fueron recomendados y el grupo 2 a los no recomendados; en cuanto a la distribución por sexo el mayor número de pacientes del grupo 1 fue del sexo femenino con un 61.5%; al igual que en el grupo 2 con 53.84%, estos datos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución por sexo

	GRUPO 1	GRUPO 2
VARIABLE	N=26	N=26
	F (%)	F (%)
GÉNERO		
MASCULINO	10 (38.5%)	12 (46.16%)
FEMENINO	16 (61.5%)	14 (53.84%)

Los valores son expresados como número (porcentaje).

De acuerdo al rango de edad, en el grupo 1 el mayor porcentaje fue en grupo de edad de 31 a 40 años, siendo 7 pacientes (26.92%); de igual manera en el grupo 2 siendo 8 pacientes (30.77%), los resultados se observan en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución por edad

EDAD					
GRUPO 1			GRUPO 2		
VARIABLE	FRECUENCIA	%	VARIABLE	FRECUENCIA	%
15 - 20	4	15.38	15 - 20	3	11.54
21 - 30	4	15.38	21 - 30	3	11.54
31 - 40	7	26.92	31 - 40	8	30.77
41 - 50	5	19.23	41 - 50	5	19.23
51 - 60	3	11.54	51 - 60	2	7.69
61 Y MÁS	3	11.54	61 Y MÁS	5	19.23

Los valores son expresados como número (porcentaje).

El servicio que más pacientes recomendados tuvo para el grupo 1 fue cirugía general (34.62%), seguido de ginecología y obstetricia (GYO) con 26.92% y traumatología y ortopedia (TYO) con el mismo porcentaje (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por servicio.

SERVICIO	GRUPO 1	GRUPO 2
GYO	7 (26.92%)	6 (23.07%)
TYO	7 (26.92%)	5 (19.23%)
CIRUGIA GENERAL	9 (34.62%)	13 (50%)
UROLOGIA	1 (3.85%)	1 (3.8%)
NEUROQX	1 (3.85%)	0
UTI	1 (3.85%)	0
MEDICINA INTERNA	0	1 (3.84%)

Los valores son expresados como número (porcentaje).

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

En ambos grupos el mayor tipo de cirugía fue la electiva con 73.07% en el grupo de pacientes recomendados versus el 84.16% del grupo de pacientes no recomendados (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución por tipo de cirugía.

TIPO DE CIRUGIA	GRUPO 1	GRUPO 2
ELECTIVA	19 (73.07%)	22 (84.16%)
URGENCIA	7 (26.92%)	4 (15.38%)

Los valores se expresan como número (porcentaje).

En relación al turno de ingreso del paciente, para el grupo 1 la mayoría ocurrió en el turno matutino (57.69%); del total de los pacientes, el 80.76% de los pacientes recomendados contaban con historia clínica, mientras que en los no recomendados en 95% la tenían; tan solo el 50% de los pacientes recomendados contaban con valoración preanestésica y únicamente el 53.84% contaba con valoración quirúrgica y con interconsultas solamente el 34.61%; todos estos datos se muestran la tabla 5. Así mismo, podemos observar que los pacientes recomendados ingresaron al hospital en horario no habitual en un 30.76% en comparación con los pacientes no recomendados (11.53%). No hubo diferencia ni clínica ni estadísticamente significativa al comparar ambos grupos en las siguientes variables: estudios de laboratorio completos, ingreso del paciente directamente de la calle, uso de habitación especial para el cuidado postoperatorio y si contaban con hemoderivados disponibles los pacientes.

Tabla 5

TURNO	GRUPO 1	GRUPO 2
MATUTINO	15 (57.69%)	4 (15.38%)
VESPERTINO	2 (7.69%)	15 (57.69%)
NOCTURNO	7 (26.92%)	4 (15.38%)
JORNADA	2 (7.69%)	3 (11.53%)
ACUMULADA		

INGRESO EN HORARIO HABITUAL	GRUPO 1	GRUPO 2

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL "Dr. MIGUEL SILVA"

SI	18 (69.23%)	23 (88.46%)
NO	8 (30.76%)	3 (11.53%)
<hr/>		
HISTORIA CLINICA	GRUPO 1	GRUPO 2
<hr/>		
SI	21 (80.76%)	25 (96.15%)
NO	5 (19%)	1 (3.84%)
<hr/>		
VALORACIÓN PREANESTÉSICA	GRUPO 1	GRUPO 2
<hr/>		
SI	13 (50%)	24 (92.3%)
NO	13 (50%)	2 (7.69%)
<hr/>		
VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA	GRUPO 1	GRUPO 2
<hr/>		
SI	14 (53.84%)	23 (88.46%)
NO	12 (46.15%)	3 (11.53%)
<hr/>		
INTERCONSULTAS	GRUPO 1	GRUPO 2
<hr/>		
SI	9 (34.61%)	23 (88.46%)
NO	17 (65.38%)	3 (11.53%)
<hr/>		
ESTUDIOS PREOPERATORIOS COMPLETOS	GRUPO 1	GRUPO 2
<hr/>		
SI	24 (92.30%)	23 (88.46%)
NO	2 (7.69%)	3 (11.53%)
<hr/>		
INGRESA A QUIRÓFANO DIRECTAMENTE DE LA CALLE	GRUPO 1	GRUPO 2
<hr/>		
SI	4 (15.38%)	0

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

NO	22 (84.61%)	26 (100%)
<hr/>		
UTILIZA HABITACIÓN ESPECIAL	GRUPO 1	GRUPO 2
SI	4 (15.38%)	4 (15.38%)
NO	22 (84.61%)	22 (84.61%)
<hr/>		
CUENTA CON HEMODERIVADOS	GRUPO 1	GRUPO 2
SI	9 (34.61%)	10 (38.46%)
NO	17 (65.38%)	16 (61.53%)

Los valores se muestran en número (porcentaje).

La mayoría de los pacientes del grupo 1 fueron recomendados por el mismo personal de salud, únicamente 7 participantes lo fueron por directivos y /o gobierno. Al evaluar la calidad del expediente en el grupo 1 fue buena/regular en un 80.76%, mientras que en el grupo 2 el mayor porcentaje fue excelente con 57.69%.

El médico adscrito fue quien realizó la cirugía en el grupo de los recomendados en un 61.53%, en el grupo 2 fue el residente de mayor rango en un 73.07%, y estos fueron en su mayoría elegidos al azar. El resto de los datos se describe en la tabla 6.

Tabla 6.

QUIEN RECOMIENDA	GRUPO 1	GRUPO 2
DIRECTIVOS/GOBIERNO	7 (26.92%)	0
PERSONAL DE SALUD	19 (73.07%)	0
<hr/>		
CALIDAD DEL EXPEDIENTE	GRUPO 1	GRUPO 2
EXCELENTE	2 (7.69%)	15 (57.69%)
BUENA/REGULAR	21 (80.76%)	11 (42.30%)
MALA	3 (11.53%)	0

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

TURNO HABITUAL	GRUPO 1	GRUPO 2
SI	24 (92.30%)	26 (100%)
NO	21 (80.76%)	0

QUIEN OPERA	GRUPO 1	GRUPO 2
ADSCRITO	16 (61.53%)	7 (26.92%)
RESIDENTE DE MAYOR RANGO	10 (38.46%)	19 (73.07%)

CIRUJANO ELEGIDO	GRUPO 1	GRUPO 2
AL AZAR	12 (46.15%)	26 (100%)
POR EL PACIENTE	8 (30.76%)	0
POR EL RECOMENDADOR	6 (23.07%)	0

ANESTESIOLOGO ELEGIDO	GRUPO 1	GRUPO 2
AL AZAR	22 (84.61%)	26 (100%)
POR EL PACIENTE	1 (3.84%)	0
POR EL RECOMENDADOR	3 (11.53%)	0

Las variables se muestran en número (porcentaje).

Analizando las complicaciones encontramos que en el grupo de los pacientes recomendados hubo mayor incidencia de complicaciones desde las más sencillas hasta las más complejas como la muerte. Los problemas presentes fueron: con venoclisis 1 paciente, reacción alérgica 2 pacientes, dificultad para bloquear 2 pacientes, sangrado no esperado en 1 paciente, cefalea

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

postpunción de duramadre en 2 pacientes en comparación con 1 del grupo 2, infección de herida 1 paciente y anafilaxia 2 pacientes, una paciente presentó apnea por 10 minutos al momento de sedarla y otra paciente tuvo que recibir dos bloqueos espinales por un bloqueo neuroaxial parcial, por otro lado un paciente requirió traslado a un tercer nivel para continuar manejo, y hubo una muerte transquirúrgica por hemorragia masiva y por falta de solicitud de hemoderivados previos a la cirugía; mientras que el grupo 2 solamente presentó cefalea postpunción de duramadre y parestesias 1 paciente en cada uno mencionado. Ver Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de complicaciones por grupo.

	GRUPO 1	GRUPO 2
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	FRECUENCIA
NINGUNA	16	24
PROBLEMAS CON VENOCLISIS	1	0
REACCION ALERGICA	2	0
DIFICULTAD PARA BLOQUEAR	2	0
SANGRADO NO ESPERADO	1	0
CEFALEA		
POSTPUNCION DE DURAMADRE	2	1
INFECCIÓN DE HERIDA	1	0
ANAFILAXIA	2	0
PARESTESIAS	0	1

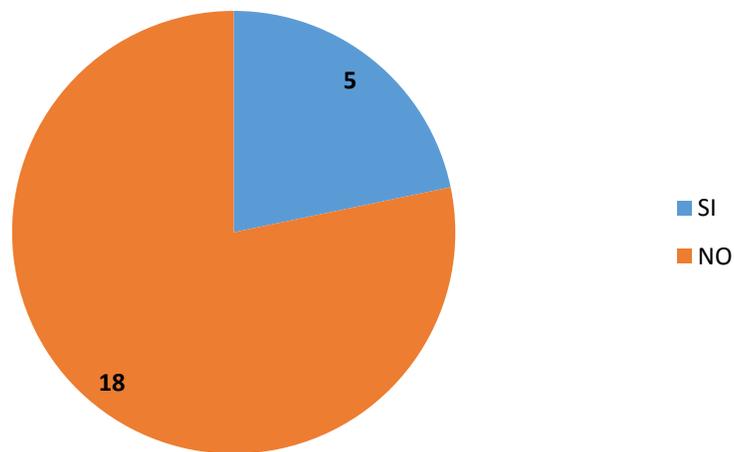
SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

OTROS: traslado a tercer nivel, puncion espinal fallida ,apnea al sedarla y muerte.	4	0
--	---	---

Las variables se presentan en número.

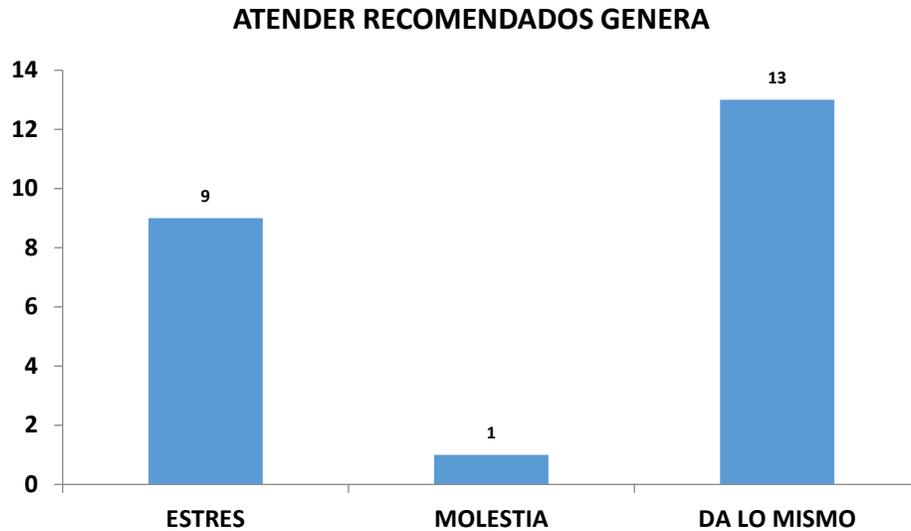
Se realizó una encuesta a 23 personas que laboran en el área de la salud para conocer su percepción ante la atención de un paciente recomendado; obteniendo los siguientes resultados: Al cuestionarlos sobre si les gusta o no atender pacientes recomendados obtuvimos un NO como respuesta en 18 encuestados, únicamente 5 respondieron SI. Gráfico 1.

Gráfico 1. ¿Le gusta atender pacientes recomendados?



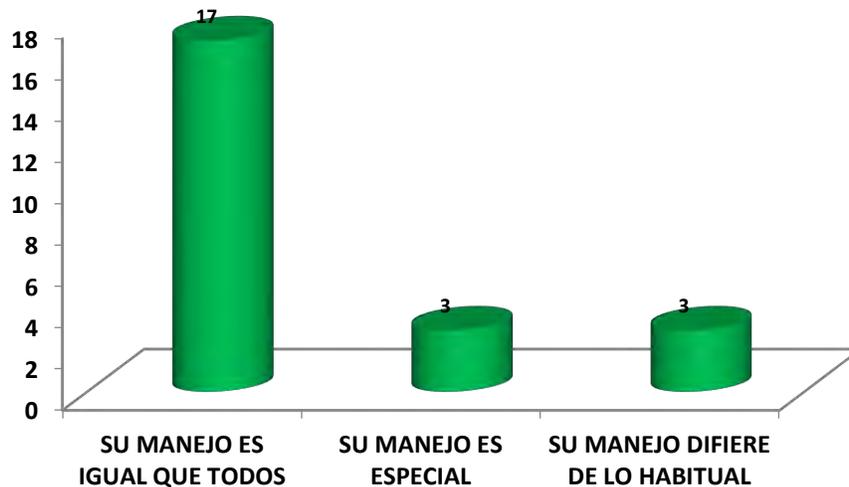
Otra interrogante fue ¿el atender recomendados genera...? A la cual 13 participantes respondieron “da lo mismo”, 9 les genera estrés y 1 molestia. Ver Grafico 2.

Gráfico 2. ¿Atender recomendados genera?



Al atender a un recomendado el manejo es especial debido a varios factores; los que se cuestionaron fueron la mayoría, que el manejo es igual que todos, 3 con manejo especial y 3 con manejo que difiere de lo habitual. Ver Gráfico 3.

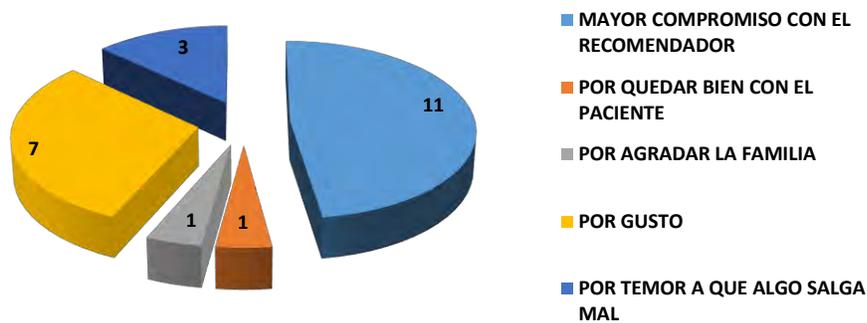
Gráfico 3. Al atender recomendados ¿cambia su manejo?



SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL "Dr. MIGUEL SILVA"

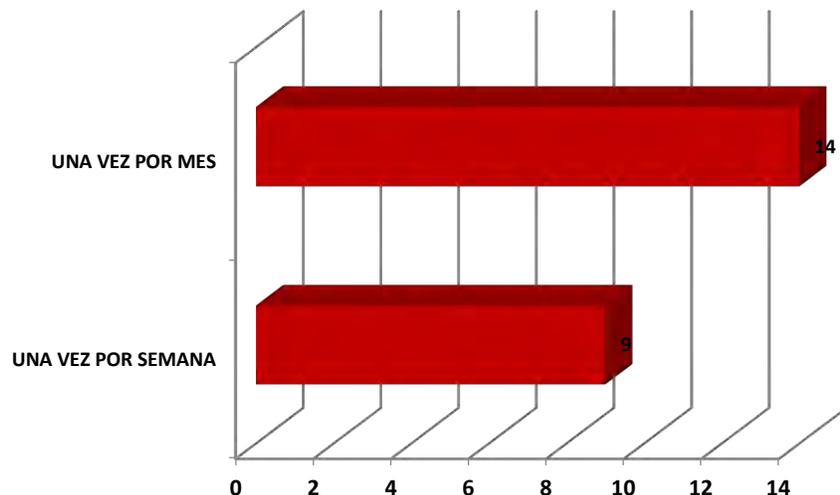
En caso de que el personal de salud deba modificar su conducta terapéutica al atender recomendados lo hace por: mayor compromiso con el recomendador (11 encuestados), por gusto (7 encuestados), por temor a que algo salga mal (3 encuestados), por agradar a la familia (1 encuestado) y por quedar bien con el paciente (1 encuestado). Ver Gráfico 4.

Gráfico 4. ¿En caso de modificar su conducta terapéutica lo hace por...?



Al preguntar la frecuencia de atención a pacientes recomendados, la mayoría respondió una vez por mes (14) y 9 personas contestaron una vez por semana. Gráfico 5.

Gráfico 5. ¿Con qué frecuencia atiende pacientes recomendados?



DISCUSIÓN:

El síndrome del recomendado se define como la aparición de complicaciones no habituales y de imprevistos difíciles de explicar en pacientes concretos, en los que la intención de llevar a cabo una atención más esmerada y personalizada, ya que son personas de mayor renombre o han sido recomendados por motivos de posición social, fama, parentesco, influencia en el gobierno, etc. Esta entidad es conocida desde hace muchos años, pero es hasta el 2002 que Álvaro Sanz Rubiales y colaboradores publican el primer artículo.

En nuestro estudio encontramos que la mayoría de los pacientes recomendados fueron sometidos a cirugía electiva en un 73.07% y a pesar de encontrarse en este rubro, estos pacientes no contaban con historia clínica completa, ya que sólo el 80.76% de estos pacientes recomendados la tenían; tan solo el 50% de los pacientes recomendados contaban con valoración preanestésica y únicamente el 53.84% contaban con valoración prequirúrgica, lo que concuerda con lo que menciona A. Sanz Rubiales y Cols. respecto a que no se realizan o se extravían las historias clínicas, notas de evolución y reporte de estudios complementarios, se realizan “consultas de pasillo” y debido a estas, la historia clínica no se registra en el expediente y si se registra, es incompleta, pasando por alto situaciones clínicas de importancia que pueden complicar la situación a futuro como sucedió en nuestro estudio, ya que al revisar la calidad del expediente clínico de ambos grupos, encontramos que fue mejor la calidad del expediente y más completo en el grupo de no recomendados en comparación con el grupo de pacientes recomendados.

Así mismo, Juárez y Jiménez Ma. V. y cols en el 2015 lo mencionan en su publicación “puntos clave en el síndrome del recomendado” como varias causas para que se presente este síndrome, provenientes de diversos aspectos dentro de los cuales hay falta y fallo en el registro de la historia clínica y/o notas en el expediente clínico y no se siguen las guías de abordaje y manejo establecidos, lo sucedido en los pacientes de nuestro estudio ya que incluso un 15.38% de los pacientes recomendados provenían directamente de la calle y no pasaron por los protocolos para hospitalizarse de manera habitual y en horario habitual como cualquier otro paciente no recomendado, como lo menciona Villagrán Padilla Emilio y cols. (“Síndrome del paciente

recomendado”. Revista de Medicina Interna. ISSN versión web: 23119659. 20-junio-2016. Guatemala), ya que se realizan consultas en horarios no habituales como en las guardias, sin tomar signos vitales previos a la consulta como el paciente citado y sin expediente donde plasmar lo sucedido.

Por otro lado, encontramos que nuestros resultados muestran que al grupo de pacientes recomendados recibieron atención quirúrgica por médicos adscritos directamente (61.53%), no así, en el grupo de pacientes no recomendados que fueron atendidos por los médicos residentes en un 73.07%, Arredondo Bruce Alfredo y cols en su publicación “ Algunas consideraciones sobre el paciente recomendado” en el 2012, mencionan que se confía más en médicos con alto prestigio que en médicos jóvenes, aún si estos últimos en ocasiones tienen mejor criterio, mayor conocimiento y están actualizados, ya que si un médico joven inicia el tratamiento, se desconfía de él por creer que no tiene la capacidad intelectual y/o habilidad para abordar el caso.

En cuanto a la presencia de complicaciones, en nuestro estudio encontramos que en el grupo de pacientes recomendados hubo mayor incidencia de complicaciones desde las más sencillas hasta las más complejas, como el caso de un paciente que ameritó traslado a un hospital de tercer nivel para continuar su manejo y realizar estudios con los cuales no cuenta éste hospital como Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y búsqueda de priones, incluso hubo una muerte de un paciente recomendado programado para resección intestinal, por cáncer de recto, el cual presentó choque hipovolémico secundario a sangrado inesperado, sin contar con concentrados eritrocitarios suficientes para reponer la hemorragia, lo que ocasionó parada cardiaca y muerte transquirúrgica. Dentro de las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron: al momento de colocar la venoclisis con mayor incidencia de punciones, reacción alérgica, dificultad para bloquear, sangrado no esperado, cefalea postpunción, infección de la herida, anafilaxia y parestesias; todo ello correlacionado con un artículo publicado por A. Sanz Rubiales y cols que mencionan que la evolución de la enfermedad, el proceso diagnóstico o del problema en sí suelen tener una evolución más tórpida en comparación con los pacientes no recomendados, por retrasos y olvidos en citas para consultas y/o estudios diagnósticos, mismos que se llegan a perder o son difíciles de encontrar; datos que se encuentran respaldados también por Antoni Sisó Almirall y Marra Farré Alacellas en su artículo “entre el error y el dilema ético” ya que en él menciona que por el deseo de ofrecer al paciente una atención especial o diferente, no se basan

en los lineamientos habituales, cometiendo errores en su atención y consecuentemente complicaciones indeseables e inesperadas como las encontradas en nuestro estudio.

Es muy común que todo paciente recomendado se le procure dar una atención más esmerada y un trato especial diferente al resto de la población de pacientes y debido a la frecuencia con que se presenta la atención a los mismos, lo más indicado para tratar de prevenir la presencia de este síndrome es tratar a todo paciente recomendado como a cualquier otro, haciendo los abordajes diagnósticos y terapéuticos bajo una línea básica como si se tratara de un paciente común ya que es muy frecuente, siendo que al realizar la encuesta a los médicos, la mayoría respondió que atienden al menos una vez por mes a un paciente recomendado y 9 encuestados respondieron que al menos una vez por semana. Al atender a un paciente recomendado no sólo se presentan las mencionadas complicaciones, sino que también al involucrarse el médico en el trato de estos pacientes conlleva a cierto grado de estrés haciendo que se modifique la conducta del médico tratante hacia el recomendado por mayor compromiso hacia el recomendador y por lo tanto no les guste atender a esta población de pacientes, ya que nuestros resultados mostraron que hasta a un 78.26% de encuestados no les gusta atenderlos.

CONCLUSIONES:

1. Encontramos más incidencia de pacientes recomendados en el servicio de cirugía general en el turno matutino sin diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo de pacientes no recomendados; pero clínicamente si hubo diferencia significativa ya que los pacientes recomendados ingresan al hospital en horarios no habituales.
2. Se encontró que la mayoría de los pacientes recomendados son atendidos por los médicos adscritos directamente, no así en el resto de la población que fue atendido por los médicos residentes.
3. Encontramos que en el grupo de pacientes recomendados hay mayor frecuencia de complicaciones, mismas que van desde problemas que no ponen en peligro la vida como dificultad para la colocación de la venoclisis hasta hemorragia masiva, incluso la muerte.
4. Equiparamos las causas de las complicaciones basado en el diagrama de Ishikawa, encontrando que la principal causa de éstas en nuestra población de estudio, es por el personal de salud. Ver diagrama en anexos.
5. Se confirma la hipótesis alterna.
6. Debido que atender a un paciente recomendado es inevitable ya que nosotros mismos trabajadores de la salud podemos vernos envueltos como mismos pacientes, es indispensable seguir algunos lineamientos para tratar de prevenir el mencionado síndrome del recomendado: realiza expediente clínico completo, citas a consultas en tiempo y forma, tener un líder médico tratante que mantenga y unifique un criterio común, realizar los estudios diagnósticos y terapéuticos basados en guías de práctica clínica y normas oficiales como cualquier otro paciente.

ASPECTOS ÉTICOS:

Este proyecto de investigación se realizó bajo las normas que rige la investigación clínica en el estado en base a la Ley General de Salud, las adecuadas prácticas clínicas, la declaración de Helsinki en la cual se establece que “que cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente, el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente” y la Norma Oficial para la práctica de la Anestesia, con la aprobación de los Comités de Investigación y Ética de esta institución. El investigador principal se compromete a proporcionar la información oportuna sobre cualquier procedimiento al paciente, así como responder cualquier duda que se presente con respecto al procedimiento que se llevara a cabo.

Reglamento de la Ley General de Salud:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse bajo las siguientes bases:

1. Se ajustará a principios científicos y éticos que la justifiquen.
2. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
3. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
4. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
5. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señale.
6. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las

autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

7. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y de bioseguridad en su caso.

8. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaría.

Declaración de Helsinki:

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado), incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente o el voluntario y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación, el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad, y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones. El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia. Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

PROGRAMA DE TRABAJO:

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Elaboración del Proyin	X	X	X	X	X	X	X			
Aprobación por el Comité de Ética							X	X		
Ejecución del proyecto								X	X	X
Procesamiento de resultados										X
Análisis del proyecto										X
Redacción del informe final										X

RECURSOS HUMANOS:

- a. Dr. Oscar Guzmán Zavala, residente de tercer año de Anestesiología adscrito al Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

RECURSOS MATERIALES:

Computadoras con programa Excel, Word y power point, artículos de información, hojas de recolección de datos.

PRESUPUESTO: Impresiones y copias de encuestas y hojas de recolección de datos, así como servicio de internet. Aproximadamente \$500.00 cubiertos por el investigador.

PLAN DE DIFUSIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS:

Los resultados obtenidos se presentarán en tesis para titulación, así como para participación en publicación de revistas nacionales y/o internacionales, o congresos de anestesiología.

FINANCIAMIENTO EXTERNO: no ameritó.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- A. SANZ RUBIALES y cols. “ El síndrome del recomendado”, Anales de Medicina Interna 2002, Aran ediciones, S.L. p.p. 430-433.
- 2.- Antoni Sisó Almirall y Marrta Farré Alacellas, “Síndrome del recomendado: entre el error y el dilema ético”, JANO, Elsevier. Octubre 2008. No. 1.712.
- 3.- Juárez Jiménez Ma. V. y cols. “Puntos clave en el síndrome del paciente recomendado”, Medicina Familiar Andal. 2015; 1:64-68.
- 4.- Arredondo Bruce Alfredo y cols. “Algunas consideraciones sobre el paciente recomendado”. Revista electrónica de portales médicos. 16-Agosto-2012. <http://portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4562/1/algunas-consideraciones-sobre-el-paciente-recomendado.html>
- 5.- Villagrán Padilla Emilio y cols. “Síndrome del paciente recomendado”. Revista de Medicina Interna. ISSN versión web: 23119659. 20-junio-2016. Guatemala.
- 6.- Elaborar las memorias sobre normas internacionales del trabajo. www.managing-ils-reporting.itcilo.org

|

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

ANEXOS:

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

PACIENTE RECOMENDADO	SI	NO	
SEXO	MASCULINO	FEMENINO	
EDAD			
SERVICIO AL QUE PERTENECE:	G y O		
	T y O		
	CIRUGÍA GENERAL		
	UROLOGÍA		
	NEUROCIRUGÍA		
	ENDOSCOPIA		
	OFTALMOLOGÍA		
	CIRUGÍA PLÁSTICA		
TIPO DE CIRUGÍA	ELECTIVA	URGENCIA	
TURNO EN EL QUE INGRESA			
	MATUTINO		
	VESPERTINO		
	NOCTURNO		
	JORNADA ACUMULADA		
	SI	NO	
INGRESA EN HORARIO HABITUAL			
HISTORIA CLÍNICA			
VALORACIÓN PREANESTÉSICA			
VALORACIÓN PREANESTÉSICA ADECUADA			
VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA			
INTERCONSULTAS			
ESTUDIOS PREOPERATORIOS COMPLETOS			
INGRESA A QUIRÓFANO DIRECTO DE LA CALLE			
UTILIZA HABITACIÓN ESPECIAL			
CUENTA CON HEMODERIVADOS			
QUIEN RECOMIENDA AL PACIENTE	DIRECTIVOS/GOBIERNO	PERSONAL DE SALUD	
CALIDAD DEL EXPEDIENTE	EXCELENTE	BUENA/REGULAR	MALA

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL "Dr. MIGUEL SILVA"

EL EQUIPO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO TRABAJA EN SU TURNO HABITUAL	SI	NO	
QUIEN OPERA?	ADSCRITO	RESIDENTE DE MAYOR RANGO	OTRO
CIRUJANO ELEGIDO	AL AZAR	POR EL PACIENTE	POR EL RECOMENDADOR
ANESTESIÓLOGO ELEGIDO	AL AZAR	POR EL PACIENTE	POR EL RECOMENDADOR

COMPLICACIONES:

SANGRADO NO ESPERADO		REACCIÓN ALÉRGICA		PARESTESIAS	
ESPASMO EN VÍA AÉREA		ATONÍA UTERINA		PUNCIÓN INADVERTIDA DE DURAMADRE	
PROBLEMAS AL INTUBAR		CHOQUE		DIFICULTAD PARA BLOQUEAR	
PROBLEMAS CON VENOCLISIS		ANAFILAXIA		INFECCIÓN DE LA HERIDA	
CEFALEA POSTPUNCIÓN DE DURAMADRE		OTROS			

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL “Dr. MIGUEL SILVA”

ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD:

¿Le gusta atender a pacientes recomendados?	SI ¿Porqué?	NO ¿Porqué?
---	-------------	-------------

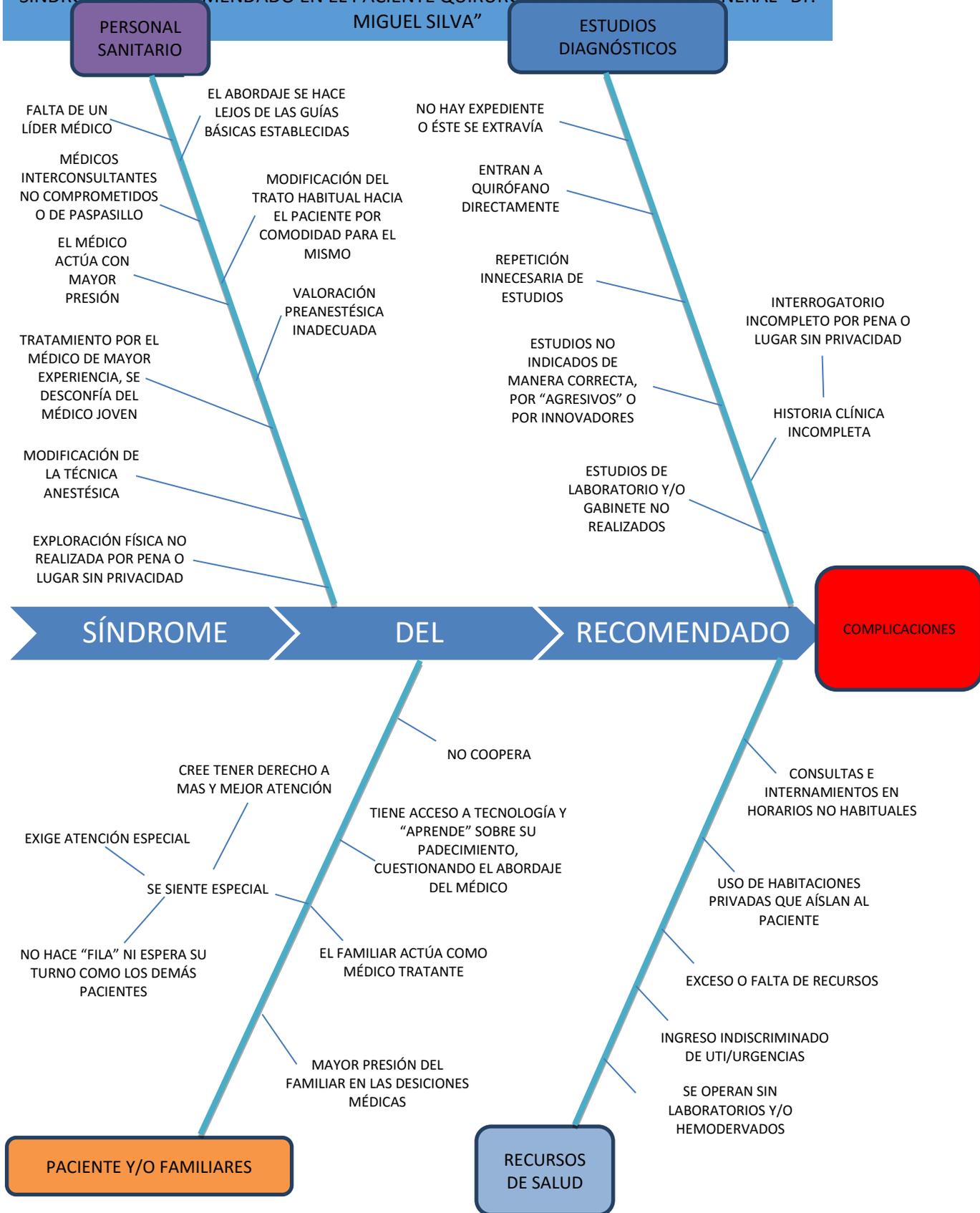
Atender a pacientes recomendados le genera:	Estrés	Felicidad	Enojo	Molestia	Le da lo mismo
---	--------	-----------	-------	----------	----------------

Al atender a pacientes recomendados:	Su manejo es igual al de todos	Su manejo es especial	Su manejo difiere de lo habitual
--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------	----------------------------------

En caso de modificar su conducta terapéutica, lo hace por:	Mayor compromiso con el recomendador	Por quedar bien con el paciente	Por agradar al familiar	Por gusto	Por temor a que algo salga mal
--	--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------	-----------	--------------------------------

¿Qué tan frecuentemente atiende pacientes recomendados?	1 Vez por semana	1 Vez por mes	1 Vez al año
---	------------------	---------------	--------------

SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL "Dr. MIGUEL SILVA"



SÍNDROME DEL RECOMENDADO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL "Dr. MIGUEL SILVA"

REUNIÓN CON LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL "Dr. MIGUEL SILVA"

