

# La gestión de riesgos en Atención Primaria: estudio de la morbilidad

N. Sanz Álvarez<sup>a</sup>, J. Bermejo Crespo<sup>b</sup> y F.J. Martínez López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Equipo de Atención Primaria Bercial. Área 10 IMSALUD. Getafe. Madrid.

<sup>b</sup>Equipo de Atención Primaria Las Matas. Área 6 IMSALUD. Las Rozas. Madrid.

<sup>c</sup>Médico Inspector. Jefe de Área de Gestión de Riesgo de Responsabilidad Sanitaria. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid.

**OBJETIVO.** Identificar en las reclamaciones económicas en Atención Primaria, a través de los diagnósticos clínicos, el análisis de las causas, la intensidad del daño ocasionado y las medidas que se pueden adoptar para evitar su repetición.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, que analiza la morbilidad que ha dado origen a las reclamaciones económicas (443 en Atención Primaria) presentadas contra el Insalud en el periodo 1995-2001, utilizando la CIE-9 modificada.

**RESULTADOS.** En la distribución de las reclamaciones por grupos diagnósticos, el de traumatismos es el más numeroso, con el 26,40% del total de casos, seguido por problemas cardiovasculares (19,40%), tumores (10,60%) y problemas nerviosos y respiratorios (7,70% y 6,50%).

El error diagnóstico es el motivo más frecuente de reclamación (62,75%); el resultado de muerte se produjo en el 40,60% del total de sucesos reclamados. El mayor número de fallecimientos (87,20%) se produce en las reclamaciones por problemas cardiovasculares; le siguen tumores (46,80%), aparato respiratorio (65,50%) y traumatismos (15,40%). El síndrome coronario agudo representa el 65% de los siniestros de su grupo, valorándose como práctica clínica inadecuada la observada en 36 de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM). En los otros grupos, los porcentajes de

práctica clínica inadecuada fueron: traumatismos el 58,20%, tumores el 32%, aparato respiratorio el 34,5%, aparato genitourinario el 54,5%. Organización o dotación incorrecta se encontró en el 70% de los accidentes en centros de salud.

**CONCLUSIONES.** Los porcentajes de práctica clínica inadecuada detectados en las reclamaciones ponen de relieve la necesidad de mejorar la práctica clínica en Atención Primaria, para lo que es conveniente implantar la metodología de la gestión de riesgos clínicos.

*Palabras clave:* gestión de riesgos, Atención Primaria, morbilidad, reclamaciones por errores médicos.

**OBJECTIVE.** Identify the analysis of the causes, intensity of harm caused and measures that can be adopted to avoid its repetition in the economic claims in Primary Health Care through the clinical diagnoses.

**MATERIAL AND METHODS.** This is an observational, descriptive, cross-sectional study that analyzes morbidity that has given rise to the economic claims (443 in Primary Health Care) presented against the Spanish Public Health System in the period 1995-2001, using the modified ICD-9.

**RESULTS.** In the distribution of the claims per diagnostic groups, traumas are the most numerous, with 26.40% of all the cases, followed by cardiovascular problems (19.40%), tumors (10.60%) and nervous and respiratory problems (7.70% and 6.50%).

Diagnostic error is the most frequent reason for the claim (62.75%); the result of death occurred in 40.60% of all the events with claims. The greatest number of deaths (87.20%) occurs in claims due to cardiovascular problem; followed by tumors (46.80%), respiratory tract (65.50%) and traumas (15.40%). Acute coronary syndrome represents 65% of the damage of its group, that observed in 36 of the cases of AMF being assessed as inadequate clinical practice. In the other groups, the percentages of inadequate clinical practice were: trauma 58.20%, tumors 32%, respiratory tract 34.5%, genitourinary tract 54.5%. Incorrect organization or resources were found in 70% of the accidents in health care centers.

**CONCLUSIONS.** The percentage of inadequate clinical practice detected in the claims manifests the need to improve the clinical practice in Primary Health Care. Thus, it is

Fuente de financiación (parcial): Compañía Aseguradora Zurich.

No se declaran conflictos de intereses conocidos por los firmantes del artículo.

Este artículo es un estudio de la morbimortalidad extraída de los expedientes de reclamaciones en Atención Primaria presentados al Insalud desde 1995 hasta 2001. Para su análisis se constituyó un grupo investigador formado por tres Médicos de Familia (N. Sanz Álvarez, J. Bermejo Crespo y M. Ballarín Bardaji), dos Médicos Inspectores (F.J. Martínez López y J.M. Morán Llanes). Colaboran en aspectos parciales con su experiencia profesional, un Médico especialista en Medicina Preventiva (L. Chamorro Ramos) y un Profesor de Estadística e Investigación Operativa (H. Navarro Veguillas).

Correspondencia: F.J. Martínez López.  
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.  
C/ Alcalá, 56, 28014 Madrid.  
Correo electrónico fmartinez@insalud.es

Recibido el 11-02-05; aceptado para su publicación el 29-07-05.

convenient to introduce the clinical risk management methodology.

*Key words: risk management, Primary Health Care, morbidity, claims due to medical errors.*

## INTRODUCCIÓN

El modelo implantado en el Insalud para la Gestión de Riesgos<sup>1</sup> y los diferentes desarrollos normativos<sup>2</sup> han facilitado el conocimiento de esta realidad y su impacto en el ámbito de la Atención Primaria (AP). La clasificación de las reclamaciones según el diagnóstico clínico de la patología subyacente nos acerca a los diferentes tipos de errores médicos, solventando el grave problema de los “diferentes lenguajes de riesgo”<sup>3</sup>. Pese a la dificultad de alcanzar el objetivo de una metodología común en la comunicación del riesgo sanitario<sup>4</sup>, los primeros estudios publicados revelan que los tipos de errores en AP son similares entre los países con sistemas sanitarios próximos<sup>5,6</sup>.

La existencia de una reclamación patrimonial no sólo afecta por el coste económico que pueda causar al profesional o a la Institución, sino que modifica las futuras actuaciones de los sanitarios en su práctica clínica, y en tercer lugar supone una grave disminución en la percepción de la calidad por parte de los usuarios-clientes. Dentro de las bases conceptuales de la gestión de la calidad en una empresa de servicios, una reclamación patrimonial puede afectar a todos y cada uno de sus componentes<sup>7</sup>.

Desde la publicación del informe “Errar es Humano” los esfuerzos de todos los sistemas de salud se deberían orientar a la prevención de los efectos adversos<sup>8</sup>. Los programas de gestión de riesgos deben constituirse en pieza clave dentro de los programas de gestión de la calidad en AP, como una fase inicial de identificación de oportunidades de mejora en el ciclo evaluativo detallado en recientes publicaciones<sup>9,10</sup>. Nunca debe considerarse la gestión de riesgos sanitarios como un concepto negativo que nos conduzca a una medicina defensiva, o a una disminución de la autonomía profesional. Debe representar un enfoque proactivo y anticipativo ante los problemas<sup>11</sup>.

Los objetivos del estudio son:

- Analizar las reclamaciones por responsabilidad sanitaria profesional o institucional relacionadas con la asistencia proporcionada en el nivel de AP.
- Estudiar las características epidemiológicas, clínicas, organizativas y demográficas que provocan las reclamaciones por responsabilidad sanitaria.
- Identificar problemas y/o situaciones de alto riesgo específicas para la AP derivadas del estudio.

## MATERIAL Y MÉTODO

El diseño corresponde a un estudio observacional, descriptivo y transversal, sobre la totalidad de las reclamaciones económicas efectuadas dentro de la AP al Insalud, desde enero de 1995 hasta septiembre de 2001.

Se excluyen las reclamaciones presentadas en los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (061: Servicio Normal y Servicio Especial de Urgencias) por razones administrativas y por considerar que las características y aspectos clínicos de dichos servicios presentan variaciones que distorsionan los objetivos del estudio. Sí están incluidos los siniestros originados en las guardias de los Equipos de AP (EAP) y en los denominados Puntos de Atención Continuada (PAC).

Para el análisis de las reclamaciones presentadas en el período incluido en el estudio, se ha formado un grupo de trabajo con amplia experiencia en AP, tanto en labores asistenciales como en las tareas de gestión e inspección médica. Se realizaron reuniones conjuntas para la homogeneización y consenso de los procedimientos y juicios clínicos, elaborándose un documento técnico con las normas de actuación y metodología de trabajo. Todo ello garantizaba pautas y criterios de valoración semejantes sobre la idoneidad de las prácticas clínicas revisadas. Para el estudio estadístico se ha contado con el apoyo de un docente universitario de la Cátedra de Estadística e Investigación Operativa de la UNED. El análisis de los resultados se realizó mediante los programas SPSS versión 11, y S-PLUS versión 6.0.

La aplicabilidad del método elegido para la recogida de los datos y variables del estudio se apoya en la metodología utilizada en el 25% de las investigaciones efectuadas sobre urgencias médicas, conocida como *Medical Record Review* (MRR). Este término engloba los estudios que utilizan como fuente primaria de información los datos clínicos y las evidencias presentes en los historiales de los pacientes (notas clínicas de médicos y enfermeros, registros administrativos, pruebas diagnósticas). Los MRR son un abordaje metodológico útil para la investigación clínica cuando no pueden realizarse estudios prospectivos. Como toda fuente de datos para los estudios científicos, las fuentes de los MRR deben ser capaces de proveer de resultados que sean reproducibles y que presenten validez interna<sup>12</sup>.

Las variables consideradas independientes para el estudio de los expedientes administrativos se han agrupado para un mejor manejo en variables relacionadas con:

- La demanda asistencial.
- Los profesionales sanitarios.
- Los pacientes.
- El motivo de la reclamación.
- El informe del médico inspector.
- La valoración del grupo de trabajo.

1. Variables relacionadas con la demanda asistencial:

- Fecha de la reclamación.
- Fecha del siniestro.
- Hora del siniestro.
- Tipo de población: rural/urbana.
- Lugar del siniestro: centro de salud/domicilio/otros/no consta.
- Tipo de consulta: horario de consulta/atención continuada/no consta.
- Utilización de historia clínica: sí/no/no consultada/no consta.

– Documentación clínica (informe clínico del siniestro): sí/no.

– Tipo de documentación clínica: libro de urgencias/informe de urgencias/parte interconsulta/hoja de seguimiento de AP/otros.

2. Variables relacionadas con los profesionales:

– Número de profesionales de AP reclamados.

– Reclamación conjunta AP/Atención Especializada (AE): sí/no.

– Tipo de profesional reclamado: médico AP/médico interno residente (MIR)/enfermería/pediatra AP/otros.

– Categoría profesional: plantilla/suplente/otros.

3. Variables relacionadas con los pacientes:

– Fecha de nacimiento.

– Sexo del afectado.

– Resultado del siniestro: secuelas orgánicas-funcionales/daños estéticos/muerte/no daño/otros.

– Fecha del fallecimiento.

– Hora del fallecimiento.

4. Variables relacionadas con el motivo de la reclamación:

– Clasificación por el motivo de la reclamación: relacionada con el diagnóstico/relacionada con el tratamiento/acidentes en los centros/defectos organizativos/otros.

– Relacionadas con el diagnóstico: error diagnóstico/demora en pruebas/denegación de asistencia/retraso en la valoración médico-quirúrgica/lista de espera AE/otros.

– Relacionadas con el tratamiento: dosis errónea/reacciones alérgicas/medicamento ilegible/interacciones farmacológicas/técnica errónea/no consentimiento informado/información insuficiente/retraso en la implantación de medidas terapéuticas/otros.

– Por accidentes en centros sanitarios: defectos arquitectónicos/defectos de funcionamiento/otros.

– Por defecto de organización de los servicios: errores de citación flujos inadecuados de pruebas clínicas/otros.

– Clasificación por diagnósticos según la codificación CIE-9 modificada.

– Informe del profesional implicado: sí/no.

– Informe del perito de la aseguradora: sí/no.

5. Variables relacionadas con el informe del médico inspector:

– Propuesta de resolución: estimación/estimación parcial/no concluyente/no consta.

– Fecha de elaboración del informe: sí/no.

– Número de referencias bibliográficas.

6. Variables relacionadas con la valoración del grupo de trabajo:

– Práctica clínica adecuada: sí/no.

El objetivo de esta publicación es identificar, a través de los diagnósticos clínicos, situaciones de riesgo para su posterior estudio y prevención. Para ello los expedientes se han clasificado dentro de los capítulos correspondientes de la CIE-9 modificada<sup>13</sup>.

## RESULTADOS

Este artículo analiza las reclamaciones patrimoniales bajo el enfoque de la morbilidad. La tabla 1 representa la dis-

tribución de los casos según los capítulos de la CIE-9 modificada. Para mantener una visión global del estudio, se adjunta como tabla 2 el desglose del total de los casos según la variable “motivo de la reclamación”.

La mayoría de los casos incluidos en la subvariable “motivos relacionados con el tratamiento” están dentro del grupo traumatismos y envenenamientos, al aparecer clasificados como complicaciones de cirugía/tratamiento médico (998) y otras complicaciones de la atención médica (999).

**Tabla 1. Distribución de los casos en grupos diagnósticos según la CIE-9**

	Frecuencia	Porcentaje
Traumatismos y envenenamientos	117	26,4%
Aparato cardiovascular	86	19,4%
Tumores	47	10,6%
Sistema nervioso, sentidos	34	7,7%
Aparato respiratorio	29	6,5%
Aparato digestivo	19	4,3%
Signos, síntomas mal definidos	18	4,1%
Infecciones y parasitosis	18	4,1%
Sistema osteomuscular	13	2,9%
Aparato genitourinario	11	2,5%
Piel	11	2,5%
Mentales	8	1,8%
Embarazo, parto y puerperio	7	1,6%
Anomalías congénitas	4	0,9%
Endocrinas, nutrición	3	0,7%
No clasificadas	18	4%
Total	443	100%

**Tabla 2. Distribución de casos según el motivo de la reclamación**

Relacionados con diagnóstico, 278 casos (62,75%)	Error diagnóstico 219 (49,43%)
	Denegación de asistencia 25 (5,64%)
	Demora pruebas diagnósticas 15 (3,38%)
	Retraso valoración médico-quirúrgica 11 (2,48%)
	Demora atención especializada 5 (1,12%)
	No consta 3 (0,67%)
Relacionados con tratamiento, 99 casos (22,34%)	Errores en la técnica 42 (9,48%)
	Retraso en el tratamiento 15 (3,38%)
	Reacciones alérgicas e interacciones 15 (3,38%)
	Información insuficiente 14 (3,16%)
	Error dosificación 5 (1,12%)
	Medicación ilegible 4 (0,90%)
	Ausencia de consentimiento informado 3 (0,67%)
	No consta 1 (0,22%)
Accidentes, 24 casos (5,41%)	Defectos arquitectónicos 10 (2,25%)
	Defectos de funcionamiento 13 (2,93%)
	No consta 1 (0,22%)
Defectos organizativos, 18 casos (4,06%)	Transporte sanitario 16 (3,61%)
	Defectos en la cita 2 (0,45%)
Otros, 24 casos (5,41%)	

Los % se refieren al total de casos (443).

**Tabla 3. Distribución de la morbilidad según motivos relacionados con el diagnóstico**

	Error diagnóstico	Retraso diagnóstico	No asistencia	Retraso valoración urgencia	Retraso AE	NC
Aparato circulatorio	70,9% (61)	3,5% (3)	7% (6)	2,3% (2)	1,2% (1)	15,1% (13)
Traumatismos	33,3% (39)	0,9% (1)	4,3% (5)	0,9% (1)	0,9% (1)	59,8% (70)
Aparato genitourinario	72,7% (8)	0	0	9,1% (1)	0	18,2% (2)
Infecciosas	72,2% (13)	0	0	0	0	27,8% (5)
Aparato digestivo	36,8% (7)	0	10,5% (2)	5,3% (1)	0	47,4% (9)
Aparato respiratorio	37,9% (11)	0	13,8% (4)	13,8% (4)	0	34,5% (10)
Tumores	70,2% (33)	17% (8)	2,1% (1)	0	4,3% (2)	6,4% (3)
Sistema osteomuscular	53,8% (7)	7,7% (1)	0	0	0	38,5% (5)
Mentales	25% (2)	0	12,5% (1)	0	0	62,5% (5)
Sistema nervioso	50% (17)	2,9% (1)	0	0	2,9% (1)	44,1% (15)
Síntomas y signos mal definidos	33,3% (6)	5,6% (1)	5,6% (1)	5,6% (1)	0	50,4% (9)
Anomalías congénitas	100% (4)	0	0	0	0	0
Embarazo, parto y puerperio	57,1% (4)	0	0	0	0	42,9% (3)
Endocrinas	33,3% (1)	0	0	0	0	66,7% (2)
Piel	36,4% (4)	0	9,1% (1)	0	0	54,5% (6)

AE: atención especializada; NC: no consta.

Los 24 casos de la subvariable “accidentes en centros sanitarios” también están incluidos en el grupo de traumatismos, debido a las consecuencias de estos siniestros (fracturas, esguinces, contusiones).

En la tabla 3 se recoge la distribución de la morbilidad según la variable “motivo de la reclamación”, cuando la subvariable es “relación con el diagnóstico”.

### Traumatismos y envenenamientos

Supone el grupo más numeroso, con un 26,4% de los casos. Los actos sanitarios reclamados tienen la misma distribución en cuanto al tipo de población que el total de expedientes. Los siniestros se producen en el centro de salud y en horario de consulta. Aun manteniéndose el facultativo de AP como el profesional más implicado en las reclamaciones, se produce un descenso significativo (52% frente al 74,7% del total) por el aumento de reclamaciones a enfermeros (del 7,2% al 16% en este grupo) y a los gestores (del 8,8% al 23% en este grupo). Los casos en los que la enfermería es reclamada son en su mayoría provocados por suturas de heridas, en las que no se había descartado con una exploración rigurosa la afectación tendinosa. De los 20 casos de sección tendinosa, en 10 el enfermero es el único profesional implicado. De éstos, en el 80% se valoró práctica clínica inadecuada. Seis expedientes fueron provocados por cialgias secundarias a inyecciones intramusculares en región glútea. En 6 casos más, la reclamación se justificó por la aparición de abscesos glúteos secundarios a inyectables. Todos ellos fueron catalogados como práctica clínica inadecuada.

Las fracturas óseas se citan en 36 casos. En el 50% se detectaron errores médicos relevantes, correspondiendo el mayor porcentaje de errores a fracturas ocurridas en medio urbano (10 casos de práctica clínica inadecuada en medio urbano frente a 8 en medio rural).

El 70% de los accidentes en centros de salud se consideraron por el grupo evaluador como potencialmente evitables y prevenibles.

Por reacciones graves a medicamentos (shock anafiláctico, asma) se presentaron tres casos, encontrándose práctica inadecuada en 2 expedientes.

Según el resultado del siniestro, los fallecimientos en este grupo disminuyen al 15,4%, aumentando lógicamente las secuelas orgánicas-funcionales. En la tabla 4 aparece la distribución porcentual y por número de casos de la variable “consecuencias del siniestro” en los capítulos de la CIE-9.

### Aparato cardiovascular

Este capítulo aporta el 19,4% de las reclamaciones patrimoniales. Los actos sanitarios se producen más en el medio rural (64% frente al 49% del total) y en horario de urgencias (60,46% frente al 39,27% del total). También aumenta el porcentaje de casos en el domicilio del paciente, en comparación con el total de expedientes (25% frente al 14,4%). La tabla 5 muestra la distribución por sexos en el total de expedientes. Los varones representan el 73% de los afectados en este grupo. Los fallecidos son 75, que suponen el 87,2% de las reclamaciones en este grupo diagnóstico. Los defectos organizativos son responsables del 7% de los expedientes, y siempre en relación con el transporte sanitario.

El síndrome coronario agudo representa el 65% de los siniestros. En esta patología, 17 casos fueron urbanos y 39 rurales. En 36 ocasiones, de los 56 casos de infarto agudo de miocardio (IAM), se encontraron motivos de práctica clínica inadecuada. La utilización de la historia clínica se documentó en un 30%, destacando en los siniestros en los que sí se utilizó el incremento de la buena práctica clínica hasta el 73% de expedientes.

La segunda patología prevalente es el tromboembolismo pulmonar, con un 6% de los casos.

### Tumores

La patología tumoral como motivo de reclamación es más frecuente en el medio urbano, localizándose el acto sanita-

**Tabla 4. Distribución porcentual de las consecuencias del siniestro según grupos diagnósticos**

	Secuelas orgánicas/ funcionales	Secuelas estéticas	Muerte	No daño	Otras	Total
Aparato circulatorio	10,5% (9)	0	87,2% (75)	1,2% (1)	1,2% (1)	100% (86)
Traumatismos	70,1% (82)	1,7% (2)	15,4% (18)	11,1% (13)	1,7% (2)	100% (117)
Aparato genitourinario	63,6% (7)	0	27,3% (3)	9,1% (1)	0	100% (11)
Infecciosas	44,4% (8)	0	33,3% (6)	16,7% (3)	5,6% (1)	100% (18)
Aparato digestivo	57,9% (11)	0	31,6% (6)	10,5% (2)	0	100% (19)
Aparato respiratorio	17,2% (5)	0	65,5% (19)	17,2% (5)	0	100% (29)
Tumores	51,1% (24)	2,1% (1)	46,8% (22)	0	0	100% (47)
Sistema osteomuscular	92,3% (12)	0	0	7,7% (1)	0	100% (13)
Mentales	0	0	25% (2)	75% (6)	0	100% (8)
Sistema nervioso	73,5% (25)	0	20,6% (7)	5,9% (2)	0	100% (34)
Síntomas y signos mal definidos	5,6% (1)	0	83,3% (15)	11,1% (2)	0	100% (18)
Anomalías congénitas	50% (2)	0	25% (1)	0	25% (1)	100% (4)
Embarazo, parto y puerperio	42,9% (3)	0	0	28,6% (2)	28,6% (2)	100% (7)
Endocrinas	66,7% (2)	0	33,3% (1)	0	0	100% (3)
Piel	54,5% (6)	27,3% (3)	0	18,2% (2)	0	100% (11)
No clasificadas	27,7% (5)	0	27,7% (5)	27,7% (5)	16,6% (3)	100% (18)
Total	45,6% (202)	1,4% (6)	40,6% (180)	10,2% (45)	2,3% (10)	100% (443)

**Tabla 5. Distribución por sexos y grupos diagnósticos**

	Varones	Mujeres
Aparato circulatorio	73,3% (63)	26,7% (23)
Aparato respiratorio	75,9% (22)	24,1% (7)
Aparato digestivo	68,4% (13)	31,6% (6)
Mentales	62,5% (5)	37,5% (3)
Tumores	38,3% (18)	61,7% (29)
Sistema nervioso	38,2% (13)	61,8% (21)
Piel	27,3% (3)	72,7% (8)
Endocrinología	33,3% (1)	66,7% (2)

rio en el centro de salud (89,36%) y en horario de consulta (97,8%). En este grupo diagnóstico, la utilización de la historia clínica es del 66% frente al 29,57% del total. El profesional implicado es médico de AP y de plantilla. El número de mujeres afectadas es mayor: el 61,7% frente al 47% del total. El resultado de muerte aparece en el 46% de los casos. El tumor más prevalente es el cáncer de mama (7 casos), seguido de linfomas y leucemias (5 casos) y del cáncer de colon (4 casos). Los tumores de pulmón y cerebrales aparecen en 3 ocasiones respectivamente.

### Aparato respiratorio

En los actos sanitarios origen de las reclamaciones por patología respiratoria no hay diferencias entre medios urbano y rural. Llama la atención que en un 40% de los casos son avisos domiciliarios, y en un 55% en horario de urgencias. El médico de AP es el profesional implicado. Hay más varones afectados (75,9%). La muerte se produce en el 65,5% de los siniestros. Se trata fundamentalmente de errores diagnósticos, destacando como patologías prevalentes la neumonía (40%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (20,6%) y el asma (17,2%)<sup>14</sup>.

### Otros

Hay descritos 9 casos de meningitis, 5 de ellos en edad pediátrica, y con resultado de muerte en 7 expedientes<sup>15</sup>. En

todos los casos se estimó adecuada la actuación del profesional implicado.

Se describen 6 casos de perforación timpánica, detectándose práctica clínica inadecuada en 5 de ellos<sup>16,17</sup>.

En referencia a la patología ocular, es destacable la presencia de 3 casos de perforación ocular iatrogénica, así como 2 panofalmitis y 1 leucoma por manejo inadecuado de los cuerpos extraños oculares<sup>18</sup>.

La torsión testicular es la patología más prevalente en el grupo genitourinario, apreciándose en todos los casos error en el diagnóstico y/o retraso inaceptable en la valoración de la urgencia<sup>19,20</sup>.

En el capítulo signos y síntomas mal definidos se han incluido 15 expedientes con resultado de muerte, sin evidencia de antecedentes clínicos previos y sin estudio anatomopatológico que facilitase su inclusión en un grupo diagnóstico más definido.

En los 8 expedientes de abdomen agudo no ha habido casos de práctica clínica inadecuada<sup>21</sup>. No se han producido reclamaciones por comas diabéticos.

La tabla 6 nos muestra la valoración de la práctica clínica de acuerdo con los informes del médico inspector (estimación total o parcial, desestimación, no concluyente, no consta). La práctica clínica adecuada o inadecuada se refiere a la valoración realizada por el grupo de trabajo.

## DISCUSIÓN

En las lesiones traumatológicas los errores diagnósticos son el origen más frecuente de las reclamaciones. En los casos de fracturas, los siniestros están provocados por una interpretación incorrecta de las radiografías<sup>22</sup>, y en segundo lugar por una anamnesis y una exploración clínica incompletas. Las lesiones que más frecuentemente pasaron desapercibidas fueron fracturas de columna por aplastamiento, fracturas de pubis, fracturas de carpo y fracturas de cuello femoral. De los expedientes traumatológicos se concluye que si no se sospecha una patología o una com-

Tabla 6. Valoración práctica clínica según los grupos diagnósticos

	Estimación total o parcial	Desestimación	No concluyente	No consta	Práctica clínica inadecuada	Práctica clínica adecuada
Traumatismos	24,8% (29)	36,8% (43)	8,5% (10)	30% (35)	58,2% (68)	41,8% (49)
Aparato cardiovascular	15% (13)	52,3% (45)	5,8% (5)	26,9% (23)	33,7% (29)	66,2% (57)
Tumores	12,7% (6)	55,3% (26)	2,1% (1)	30% (14)	32% (15)	68% (32)
Sistema nervioso	17,6% (6)	50% (17)	11,8% (4)	20,6% (7)	32,4% (11)	67,6% (23)
Aparato respiratorio	6,8% (2)	48,3% (14)	10,3% (3)	34,6% (10)	34,5% (10)	65,5% (19)
Aparato digestivo	5,3% (1)	52,6% (10)	0	42% (8)	15,8% (3)	84,2% (16)
Síntomas y signos mal definidos	0	44,4% (8)	5,6% (1)	50% (9)	17% (3)	83% (15)
Infecciosas	16,7% (3)	61% (11)	5,6% (1)	16,7% (3)	22,3% (4)	77,7% (14)
Sistema osteomuscular	30,8% (4)	69% (9)	0	0	23% (3)	77% (10)
Aparato genitourinario	36,36%(4)	45,45%(5)	0	18% (2)	54,5% (6)	45,5% (5)
Piel	0	72,7% (8)	9,1% (1)	18% (2)	27,3% (3)	72,7% (8)
Mentales	0	87,5% (7)	0	12,5% (1)	0	100% (8)
Embarazo, parto y puerperio	14,3% (1)	57% (4)	0	28,7% (2)	57% (4)	43% (3)
Anomalías congénitas	25% (1)	75% (3)	0	0	25% (1)	75% (3)
Endocrinología	33,33% (1)	0	0	66,7% (2)	66,6% (2)	33,4% (1)

plicación, nunca podrá diagnosticarse o descartar su existencia<sup>23</sup>. En las lesiones de la mano siempre deben estar presentes una correcta anamnesis y exploración completa: vascular, neurológica y de los sistemas osteomuscular y tendinoso<sup>24</sup>. En cualquier herida deben considerarse lesionadas las estructuras de la mano mientras no se demuestre lo contrario; por consiguiente, deben constar los resultados de la exploración en la historia clínica y/o en los informes clínicos de urgencias. Ante la sospecha de una luxación o fractura de metacarpianos y falanges es obligada la derivación para una exploración radiológica<sup>25</sup> y decisión terapéutica precoz<sup>26</sup>. Como en todas las lesiones, los facultativos de AP son los responsables de supervisar las estructuras musculoesqueléticas. La complejidad anatómico-funcional y las importantes secuelas derivadas de las lesiones fundamentales que este tipo de patología se constituya en el grupo con mayor proporción de casos con práctica clínica inadecuada (24 de los 28 casos, el 85,7%). Las lesiones de la mano representan el 6,32% de todas las reclamaciones, y sobre el total de práctica inadecuada (164 casos) representan el 14,63%. La situación descrita recomienda la puesta en marcha de medidas y estrategias específicas<sup>27</sup> para disminuir la posibilidad de errores diagnósticos.

En nuestro estudio, las 2 únicas sentencias judiciales condenatorias penales han coincidido con cuadros de shock anafiláctico y broncoespasmo grave, con resultado de muerte. Ambas situaciones se hubieran evitado con una anamnesis correcta, así como una adecuada prescripción<sup>28,29</sup>.

En los casos de secuelas derivadas de la utilización de la vía intramuscular en la región glútea, ningún profesional de enfermería dejó constancia de la técnica ni de incidencias en su realización. La lesión del nervio ciático es una de las posibilidades de provocar lesiones irreversibles. Existe una escasa proporción de pacientes que presentan variables anatómicas que favorecen la afectación por inyectables, sin que se asocie con la aplicación de una técnica inadecuada, apareciendo el síndrome piriforme<sup>30</sup>. Al no disponer en la gran mayoría de los pacientes de una exploración electro-

miográfica, la prevención se debe basar en una selectiva indicación y correcta realización de la técnica.

La morbimortalidad cardiovascular será motivo de estudio en una próxima publicación. Destacaremos, no obstante, la ausencia y/o pérdida de documentación clínica relevante en casos de mortalidad. La ausencia de la documentación clínica completa, en contra de la opinión generalizada, puede ser una prueba más incriminatoria que exculpatoria en un proceso de reclamación. Para que un registro sea nuestro aliado debe demostrar que en la actuación clínica “se hizo lo correcto”, y debe aportar la idea de que el facultativo es un “médico cuidadoso” y realizó una “atención adecuada en ese caso”<sup>31</sup>.

En el capítulo de los tumores, los errores diagnósticos están provocados en primer lugar por la ausencia de continuidad en la atención, o fallos de recogida de información clínica relevante<sup>32,33</sup>; en segundo lugar, aparece la práctica clínica inadecuada. El seguimiento de las recomendaciones según la evidencia científica actualizada<sup>34,35</sup> representa un desafío permanente para la diaria práctica clínica en AP.

Este artículo, que conozcamos, es la primera aproximación al conocimiento de la morbimortalidad causante de los expedientes de reclamación patrimonial en AP.

En nuestro estudio, el error diagnóstico sustenta el mayor porcentaje de reclamaciones, lo que coincide con los escasos datos publicados en nuestro entorno<sup>36</sup>. Asimismo, el 5,4% del total de las reclamaciones son provocadas por errores derivados de la prescripción médica (medida en tres subvariables de errores relacionados con el tratamiento denominadas reacciones alérgicas e interacciones, error de dosificación y medicación ilegible), porcentaje semejante a los resultados de la bibliografía internacional, que señala un 3-5% de errores en todas las prescripciones en AP<sup>37</sup>. Mayor discrepancia aparece en los diagnósticos clínicos, pues la proporción de problemas de depresión, causas dermatológicas, asma, son muy bajos en nuestro estudio en relación con las mencionadas publicaciones.

La práctica clínica inadecuada representa para el grupo de trabajo un 37% de todos los casos, siendo más elevado que el porcentaje del 23% presente en otros estudios<sup>38</sup>. En cambio, estos resultados internacionales sí son semejantes a los resultados de estimación favorable al reclamante (24,5%) incluidos en los informes de peritación de parte de las compañías aseguradoras.

Aunque es suficientemente conocido que en la presentación de una reclamación patrimonial por mala praxis en AP influyen variables ajenas a la cualificación científico-técnica del profesional<sup>39,40</sup>, en nuestro trabajo no fue posible la identificación de otros aspectos relevantes, como los defectos de comunicación entre los sanitarios y los pacientes y sus familiares, debido a la ausencia de esta información específica en los expedientes administrativos. Es llamativa la aparición de un 10,20% de reclamaciones en las que no se pudo encontrar evidencia de daño orgánico-funcional. La apreciación subjetiva, pendiente de confirmar en futuras investigaciones, es que dentro del origen multifactorial presente en la aparición de una reclamación patrimonial puede influir la carencia de habilidades comunicativas de los profesionales responsables del acto sanitario reclamado, como último eslabón en la ruptura de la confianza y especial vinculación que se establece con los pacientes y familiares en el ámbito de la AP.

## BIBLIOGRAFÍA

- Instrucciones para la gestión del Contrato de Seguro de Responsabilidad Civil por el Insalud, julio 1995, Circular 5/2000 del Presidente Ejecutivo del Insalud.
- Real Decreto 429/1993 de 26 de marzo, BOE n.º 106 de 4/5/93. Corrección de erratas en BOE n.º 136 de 8/6/93.
- Edwards A, Matthews E, Pill R, Bloor M. Communication about risk: the responses of primary care professionals to standardizing the "language of risk" and communication tools. *Fam Pract.* 1998; 15:301-7.
- Edwards A, Matthews, Pill R, Bloor M. Communication about risk: diversity among primary care professionals. *Fam Pract.* 1998;15: 296-300.
- Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust.* 2002;177:68-72.
- Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL Jr, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A preliminary taxonomy of Medical Errors in Family Practice. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:233-8.
- Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Rebollo P, Rodríguez Santirso MA. Bases conceptuales de la Gestión de la Calidad. *JANO.* 2004;56:44-9.
- Kohn LT, Lorrigan JM, Donalson MS, editors. *To error is human: building a safer health system.* Washington: National Academy Press; 2000.
- Sanz Cuesta T, Vitores Picón MP, Herrero Yuste P. El ciclo evolutivo (I). *JANO.* 2004;56:50-8.
- Sanz Cuesta T, Vitores Picón MP, Herrero Yuste P. El ciclo evolutivo (II). *JANO.* 2004;56:58-65.
- Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios.* 1.ª ed. Madrid: Díez de Santos; 2001. p. 53-67.
- Worster A, Haines T. *Advanced Statistics: Understanding Medical Record Review (MRR) Studies.* Academic Emergency Medicine. 2004;11:187-92.
- Sanz Álvarez N, Bermejo Crespo J, Martínez López FJ. *Gestión de Riesgos y Seguridad de los pacientes en Atención Primaria* (en prensa).
- Van Schayck CP, Chavanes NH. Detection of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care. *Eur Respir J.* 2003; 39 Supl:S16-22.
- Radetsky M. Duration of symptoms and outcome in bacterial meningitis: an analysis of causation and the implications of a delay in diagnosis. *Pediatr Infect Dis J.* 1992;11:694-8; discusión 698-701.
- Bird S. The potential pit falls of ear syringing. *Minimising the risks.* *Aust Fam Physician.* 2003;32:150-1.
- Blake P, Matthews R, Hornibrook J. When not to syringe an ear. *N Z Med J.* 1998;111:422-4.
- Lisa Catón V, Marco Aguilar P, Millán Revuelta E, Ochoa Prieto J. *Protocolo de emergencias médicas II.* FMC. 1996;3 Supl 5:26-7.
- Sessions AE, Rabinowitz R, Hulbert WC, Golstein NH, Mevorach RA. Testicular torsion: direction, degree, duration and desinformation. *J Urol.* 2003;169: 663-5.
- Mushtaq I, Fung M, Glassn MJ. Retrospective review of paediatric patients with acute scrotum. *ANZ J Surg.* 2003;73:55-8.
- Rusnak RA, Borer JM, Fastows JS. Misdiagnosis of acute appendicitis: common features discover in cases after litigation. *Am J Emerg Med.* 1994;12:397-402.
- Gwyne A, Barber P, Tavener F A review of 105 negligence claims against accident and emergency departments. *J Accid Med.* 1997; 14:243-5.
- Moore MN. Orthopedic pitfalls in emergency medicine. *South Med J.* 1998;81:371-8.
- Davis TR, Stothard J. Why all finger fractures should be referred to a hand surgery service: a prospective study of primary management. *J Hand Surg (Br).* 1990;15:299-302.
- Gallego Sánchez MA, de la Cuadra Virgili P. Sección de mano. En: Rodríguez Alonso JJ, Valverde Román L, editores. *Manual de Traumatología en Atención Primaria.* Madrid: SmithKline Beecham; 1996. p. 193-207.
- McRae R. *Tratamiento práctico de fracturas.* 2.ª ed. New York: Editor Interamerica, Mac Graw-Hill; 1994.
- Bird S. Failure to diagnose-fractures. *Aust Fam Physician.* 2004;33: 169-70.
- Ben-Noun L. Drug-induced respiratory disorders: incidence, prevention and management. *Drug Saf.* 2000;23:143-64.
- Tillie-Leblond I, Tonnel AB. Respiratory manifestations of anaphylactic shock. *Rev Mal Respir.* 2000;17(1 Pt 2):279-86.
- Benson ER, Schutzer SF. Posttraumatic Piriformis Syndrome: Diagnosis and Results of Operative Treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 1999; 81A:941-9.
- Davenport J. Documenting High-Risk Cases to Avoid Malpractice Liability. *American Academy of Family Physicians.* (Consulta en octubre de 2000. Disponible en: [www.fpm/fpmquiz.html/fpmquiz.html](http://www.fpm/fpmquiz.html/fpmquiz.html))
- Lynch HT, Paulson J, Severing M, Lynch J, Lynch P. Failure to diagnose hereditary colorectal cancer and its medicolegal implications: a hereditary nonpolyposis colorectal cancer case. *Dis Colon Rectum.* 1999;42: 31-5.
- Osuch JR, Bonham VL, Morris LL. Primary care guide to managing a breast mass: a legal perspective on risk management. *Medscape Womens Health.* 1998;3:3.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. *American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2004.* *CA Cancer J Clin.* 2004;54:41-52.
- Ford LG, Minasian LM, McCaskill-Stevens W, Pisans ED, Sullivan D, Smith RA. *Prevention and Early Detection Clinical Trials: Opportunities for Primary Care Providers and Their Patients.* *CA Cancer J Clin.* 2003;53:82-101.
- Pardell Alentá H. Cuadernos de la buena praxis. *Prevención y manejo de riesgos, análisis de las reclamaciones.* N.º 11. Ed. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; 1999.
- Wilson T, Sheik A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ* 2002;324:584-7. (Consultado el 06-08-2004). Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7337/584>
- Phillips RL Jr, Bartholomew LA, Dovey SM, et al. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care.* 2004;13:121-6.
- Hurwitz B. Erring and learning in clinical practice. *Br J Gen Pract.* 2002;52 Suppl:S26-30.
- Irving AV. Twenty strategies to reduce the risk of a malpractice claim. *J Med Pract Manage.* 1998;14:130-3.