

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE



Dra. Victoria Magdalena Paladines Rios
Dr. Fredy Ramón Monge Plaza
Dr. Freddy Leonidas Monge Paladines
Dr. Jhonnatan Mauricio Jumbo Molina





DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN **AL PACIENTE**

1^{ER} E D I C I Ó N



Dra. Victoria Magdalena Paladines Rios
Dr. Fredy Ramón Monge Plaza
Dr. Freddy Leonidas Monge Paladines
Dr. Jhonnatan Mauricio Jumbo Molina



DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE

AUTORES

Dra. Victoria Magdalena Paladines Rios

Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Doctora en Medicina y Cirugía
Investigador Independiente

Dr. Fredy Ramón Monge Plaza

Especialista en Traumatología y Ortopedia;
Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Doctor en Medicina y Cirugía
Investigador Independiente

Dr. Freddy Leonidas Monge Paladines

Médico
Investigador Independiente

Dr. Jhonnatan Mauricio Jumbo Molina

Médico
Investigador Independiente



DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN **AL PACIENTE**

REVISORES

Lucy Jasmín Escobar Palma

Magister en Emergencias Médicas; Médico
Especialista en Pediatría
Médico del Hospital Verdi Cevallos -
Universidad Técnica de Manabí Servicios
Médicos Básicos
lucyescobar20hotmail.com

Flor Elizabeth Acosta Castro

Master Universidad en Dirección y Gestión
Sanitaria
Docente de la Universidad Técnica de Manabí
floracostac@hotmail.com



DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES: Dra. Victoria Magdalena Paladines Rios
Dr. Fredy Ramón Monge Plaza
Dr. Freddy Leonidas Monge Paladines
Dr. Jhonnatan Mauricio Jumbo Molina

Título: Diagnóstico médico y atención al paciente

Descriptores: Ciencias médicas; Servicio de salud; Atención médica; Derecho a la salud

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas; 3201 Ciencias Clínicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-826-21-3

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

Área: Educación Superior

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 180

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-826-21-3>



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Tributos Municipales: una visión para Jipijapa*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

*Director General: MBA. Vanessa Pamela Quishpe Morocho Ing.

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores

ÍNDICE

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





Contenido

PRÓLOGO.....	17
INTRODUCCION	21

Unidad II

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE

1. DIAGNÓSTICO MÉDICO	27
1.1. Definición de Diagnóstico Médico	27
1.2. Proceso diagnóstico.....	28
1.2.1. Elementos del proceso diagnóstico.....	29
1.3. Herramientas diagnósticas	31
1.3.1. Anamnesis.....	31
1.3.2. Síntomas	31
1.3.3. Signos.....	31
1.3.4. Exploración física	31
1.4. Tipos de exploraciones complementarias	32
1.5. Tipos de diagnóstico.....	32
1.5.1. Diagnóstico diferencial.....	36
1.5.2. Diagnóstico precoz	37
1.6. Métodos de Diagnóstico	37
1.6.1. Biopsia.....	38
1.6.2. Rayos X	43
1.6.3. Radiografía simple	45
1.6.4. Resonancia magnética nuclear.....	45
1.6.5. Tomografía axial computada	46
1.6.6. Tipos de exploraciones complementarias de métodos de diagnósticos.....	47
1.6.7. Esofagogastroduodenoscopia	48
1.6.8. Colposcopia	49
1.6.9. Broncoscopio flexible diagnóstico	51
1.6.10. Técnicas de imágenes médicas.....	52
1.6.11. Fluoroscopia.....	53
1.6.12. Ultrasonido	54
1.6.13. Ecografía	55



1.6.14. La colonoscopia	57
1.7. Problemas del diagnóstico.....	58
1.8. Características de una prueba diagnóstica.....	63
1.9. Validez de una prueba diagnóstica	65
1.10. Eficacia de una prueba diagnóstica	67
1.11. Elección de una prueba diagnóstica	68
1.12. El Diagnóstico y la Historia Clínica	69
1.13. El impacto del diagnóstico médico.....	75

Unidad II

ATENCIÓN AL PACIENTE

2.1. Atención médica	81
2.1.1 Definición y objetivo de la atención médica	81
2.1.2. Características de la atención médica	85
2.1.3. Tipo y funciones de la atención médica	88
2.2.1. Definición de paciente según la Organización Mundial de la Salud y otros	102
2.2.2. Clasificación de los pacientes	103
2.2.3. Derechos y deberes de los pacientes. Marco legal.	104
2.3. Seguridad del paciente	112
2.4. Protocolo de atención al paciente.....	125
2.5. La medicina centrada en el paciente.....	131
2.6. Aspectos no médicos que mejoran la atención al paciente	140
2.7. Niveles de atención al paciente	142
2.8. Atención al paciente crónico.....	146

BIBLIOGRAFÍA	163
---------------------------	-----

CUADROS

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





Cuadro 2. Tipos de diagnóstico.....	35
Cuadro 1. Validez de prueba diagnóstica	68
Cuadro 3. Componentes de la medicina centrada en el paciente	139

FIGURAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Biopsia	45
Figura 2: Rayos X	50
Figura 3. Resonancia magnética nuclear.....	52
Figura 4. Tomografía Axial Computada.....	53
Figura 6. Colposcopia	56
Figura 7. Broncoscopio flexible diagnóstico	57
Figura 8. Ultrasonido	61
Figura 10. Colonoscopia	64
Figura 11. Sistema de Salud	95
Figura 12. Niveles de atención	97
Figura 13. Niveles de atención y niveles de complejidad y categorías de establecimientos de salud del sector	98

PRÓLOGO

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





“En medicina, se ha perdido el concepto del paciente como sujeto, al que hay que acompañar y escuchar. La enfermedad no es una mera falla biológica en una maquinaria, sino la pérdida del proyecto de vida, por lo que hay que acercarse lo más posible a la persona para encontrar su dolencia.”

Horacio Argente

El arte del diagnóstico médico ha sido definido por Laín Entralgo en 1982, quien expuso que el “Diagnóstico médico es el conocimiento técnico, y por lo tanto operativo, del estado de salud en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo humano; si tal estado es la sanidad, para conservarlo o mejorarlo, y si es la enfermedad, para descubrir la índole y la estructura de esta o intentar curarla”. Es el arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta

La atención al paciente es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) como: “...el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, de rehabilitación, de la protección médica y de la promoción de la salud”. En este contexto, la OMS centra la preocupación de la atención médica en el individuo, pero también amplía su radio de actividades en prevención, educación para la salud y fomento, teniendo en cuenta las condiciones materiales, sociales y ecológicas de cada caso y familia; de esta forma la atención médica se transforma en integral.

Sobre estos dos pilares descansa la construcción del libro titulado DIAGNÓSTICO MÉDICO y ATENCIÓN AL PACIENTE y que hoy se encuentra en sus manos. No se pretende con el mismo abarcar toda la literatura que sobre la temática se haya realizado hasta la fecha, es decir, se trata de un recorrido, sin pretender ser exhaustivo. Es una obra sencilla, concreta y ordenada con temas fundamentales, dentro



del contexto del título, que permiten su uso a cualquier lector interesado, aparte de aquellos que se mueven en las aguas de la salud de los hombres, día a día.

El texto ha sido diseñado y estructurado en dos (2) apartes o capítulos denominados: el primero, Diagnóstico médico y el segundo: Atención al paciente.

El eje central del primero es el Diagnostico Medico y en él los temas siguientes: definición de Diagnóstico Médico; el Proceso diagnóstico; las Herramientas diagnósticas; los Tipos de exploraciones complementarias; Tipos de diagnóstico; Métodos de Diagnóstico; Problemas del diagnóstico; Características de una prueba diagnóstica; Validez de una prueba diagnóstica; Eficacia de una prueba diagnóstica; Elección de una prueba diagnóstica; El Diagnóstico y la Historia Clínica; El impacto del diagnóstico médico.

En el segundo, se aborda específicamente la temática de la atención al paciente: la atención medica; definición de atención al paciente; clasificación de los pacientes; deberes y derechos de los pacientes en el marco legal internacional y estatal; la seguridad del paciente; la importancia de los protocolos médicos de atención al paciente; la medicina centrada en el paciente; los aspectos no médicos que pueden contribuir a la mejora de la atención al paciente; los niveles de atención al paciente y por último: la atención al paciente crónico.

INTRODUCCIÓN

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





Desde los tiempos remotos de la Antigua Grecia y de uno de sus más destacados personajes, Hipócrates, considerado por muchos autores como el “padre de la medicina en reconocimiento a sus importantes y duraderas contribuciones a la ciencia médica, y a quien se le atribuye un gran progreso en el estudio sistemático de la medicina, reuniendo el conocimiento médico de escuelas anteriores y prescribiendo prácticas médicas de gran importancia histórica, hasta nuestros días de grandes avances tecnológicos, investigaciones y estudios médicos profundos que buscan el mayor conocimiento en el campo de la salud, la mayor certeza de los diagnósticos médicos y una atención de calidad y oportunidad centrada en el paciente, no ha habido tregua con el tiempo y la lucha contra las enfermedades.

Un paciente, de manera sencilla y concreta es un ser que sufre la acción de un agente, que puede ser una enfermedad o un accidente, o sea, una dolencia física o psíquica. El término remite etimológicamente al latín “patiens”, participio del verbo “patior” que significa “sufrir”, es decir, hay un hombre que sufre una dolencia física o psíquica.

En búsqueda de una mejor y mayor atención al paciente, en 1970, se introduce el término “medicina centrada en el paciente” por Michael Balint y sus colegas (Hunt Joyce Marinker y Woodcock). Para Michael Balint éste constituye un método de entrevista médica que le permite al médico hacer un Diagnóstico General; a una enfermedad, las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes. La “medicina centrada en el paciente, entonces, se contrasta con la medicina centrada en las enfermedades, propia de la tecno-medicina.

En ese mismo orden, en los últimos años, se ha trabajado arduamente en la denominada; seguridad del paciente. Es considerada una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los establecimientos de salud. Su fundamental objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y



daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.

En este contexto, la República Ecuador, cuenta con una arquitectura jurídica sólida que contempla la protección, los derechos y deberes de los pacientes desde la consagración constitucional incluyendo la Ley Orgánica de Salud y la Ley de derechos y amparo del paciente (Ley 77 Registro Oficial Suplemento 626 de 03-feb.-1995. Última modificación: 22-dic.-2006) que consagra que los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad, el no ser discriminados, la confidencialidad, establecidos estos en el Capítulo II. Pero, además, posee un Manual específico titulado Manual De Seguridad Del Paciente.

Estos y otros temas de vital importancia en el campo de la salud son tratados en el texto que se presenta y que como se ha indicado en el Prólogo, está constituido por dos (2) apartes o capítulos denominados: Diagnóstico médico y Atención al paciente.

En el primero, Diagnostico Medico, se abordan los siguientes temas; la definición de Diagnóstico Médico; el Proceso diagnóstico; las Herramientas diagnósticas; los Tipos de exploraciones complementarias; Tipos de diagnóstico; Métodos de Diagnóstico; Problemas del diagnóstico; Características de una prueba diagnóstica; Validez de una prueba diagnóstica; Eficacia de una prueba diagnóstica; Elección de una prueba diagnóstica; El Diagnóstico y la Historia Clínica; El impacto del diagnóstico médico.

El segundo aparte titulado Atención al Paciente comprende la siguiente temática: la atención médica; definición de atención al paciente; clasificación de los pacientes; deberes y derechos de los pacientes en el marco legal internacional y estatal; la seguridad del paciente; la importancia de los protocolos médicos de atención al paciente; la me-



dicina centrada en el paciente; los aspectos no médicos que pueden contribuir a la mejora de la atención al paciente; los niveles de atención al paciente y por último: la atención al paciente crónico.

UNIDAD I

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





1.1. Definición de Diagnóstico Médico

El diagnóstico es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. El diagnóstico conlleva siempre una evaluación, con valoración de acciones en relación con objetivos. Su ejecución adecuada exige por parte de quien lo va a realizar determinadas competencias o habilidades, entre ellas: conocimientos teóricos en la materia, razonamiento lógico, concentración, experiencia y una gran capacidad para observar con objetividad, y para relacionar diferentes datos.

Etimológicamente, la palabra diagnóstico proviene del griego *diagnōstikós* (διαγνωστικός) que se refiere a la capacidad de discernir, distinguir o reconocer. El vocablo diagnóstico está compuesto por el prefijo *dia* (a través de) y *gnosis* (conocimiento).

Este término se ha extrapolado a otras áreas, pero mantiene su esencia: “procedimiento sistemático que permite identificar un problema”. Una de estas áreas ha sido en la medicina.

La Lengua Española de la Real Academia Española define el término diagnóstico médico como “la determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas” y “la calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”.

Para Alvarado-Guevara, A. (1) diagnóstico y diagnóstico médico desde varios puntos de vista es:

“El término diagnóstico se deriva del griego *diagnostikós* y significa “distinto, que permite distinguir”, derivado de *diagnōstkein* “distinguir, discernir” y este de *gignóskein* “conocer”. Desde el punto de vista técnico, el diagnóstico, es uno de los momentos más importantes de la actividad médica; constituye el acto inicial de la relación del profesio-



nal con el paciente, cuya finalidad es identificar y determinar la naturaleza y las causas de la patología. De él depende la elección del tratamiento adecuado y el momento cuando se indica al paciente cuál es la enfermedad o mal que lo afecta, para después brindar la información necesaria. Se considera un proceso dinámico que se inicia desde la primera consulta y culmina con la alta médica, cuando se diagnostica la curación, o con la muerte del paciente en el caso de las patologías crónicas o incurables.” (1)

De manera sencilla se puede explicar cómo cuando el médico atiende a un paciente, uno de los grandes desafíos es poder llegar a una conclusión que englobe lo que le aqueja, es decir, realice el diagnóstico, el cual hace, a través de la exploración de los síntomas, basado en las diferentes herramientas médicas, etc., y dentro de una adecuada relación médico - paciente, y así poder llegar a formular una denominación que sea comprensible y que le permita elaborar un plan de estudio y tratamiento.

1.2. Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico es un elemento central del trabajo clínico, sobre el cual se basan todas las conductas posteriores. Se define como un proceso inferencial (inferencia es el proceso por el cual se derivan conclusiones a partir de premisas), realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta los dos (2) aspectos de la lógica: el análisis y la síntesis, utilizando ciertas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias.

Uno de los métodos, usado para el proceso diagnóstico es el Método Clínico y este requiere de unas habilidades para su correcta aplicación:



1. **Comunicar:** Lograr establecer una adecuada relación médico-paciente, comunicación médico-paciente y obtener información acerca del problema de salud del paciente.
2. **Interpretar:** Lograr interpretar la información del problema de salud del individuo, síntomas, signos, exámenes complementarios y posibilidades diagnósticas y pronósticas.
3. **Diagnosticar:** Permite obtener y ordenar datos de identidad, síntomas, signos, resultados de investigaciones complementarias, que posibilitan plantear y comprobar diagnóstico. Agrupar en síndromes y establecer hipótesis diagnósticas.
4. **Intervenir:** Permite lograr un estado cualitativamente superior en la situación de salud del individuo, que abarca acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la evaluación del estado funcional del paciente.

El diagnóstico médico, en sí, establece que, a partir de síntomas, signos y los hallazgos de exploraciones complementarias, qué enfermedad padece una persona. Generalmente una enfermedad no está relacionada de una forma biunívoca con un síntoma, es decir, un síntoma no es exclusivo de una enfermedad. Cada síntoma o hallazgo en una exploración presenta una probabilidad de aparición en cada enfermedad.

En un cuadro clínico, hay tres (3) elementos que se interrelacionan y que vale la pena definir:

- a. El síndrome o conjunto de síntomas y signos que presenta el paciente a raíz de la enfermedad
- b. La enfermedad, como se puede leer en los textos de medicina
- c. El contexto, que es el ambiente social, económico, psicológico en que se sitúa la persona que padece la enfermedad.



1.2.1. Elementos del proceso diagnóstico

1. Generación de hipótesis diagnósticas

Durante el encuentro con un paciente, constantemente generamos hipótesis diagnósticas.

Estas hipótesis van a definir el espacio en el cual se enmarcarán las acciones que llevarán al diagnóstico definitivo.

Hay diversos métodos mediante los cuales los médicos generan sus hipótesis. Uno de ellos es la aproximación gestáltica al diagnóstico, en la cual, al observar los elementos o partes constituidos por los síntomas o signos, el médico se forma intuitivamente una imagen mental de lo que puede estar ocurriendo con el paciente.

Otra es el uso de la heurística para generar hipótesis y asignarles una probabilidad de ocurrir, esta consiste en métodos inconscientes, no rigurosos, que permiten simplificar los complejos procesos necesarios para llegar a una solución en una situación de incertidumbre.

Un tercer método para generar hipótesis diagnósticas es el de la probabilidad previa o prevalencia del cuadro, la llamaremos probabilidad pretest, la cual se deriva del conjunto de síntomas, signos o exámenes analizados en primera instancia.

2. Refinamiento de las hipótesis diagnósticas

Esta es la segunda etapa en el proceso diagnóstico, después de haber planteado las primeras hipótesis. En ella se van recolectando nuevas piezas de información de la historia, examen físico y exámenes adicionales, que van a permitir discriminar entre las distintas hipótesis generadas en la etapa previa. Es importante aclarar que el proceso diagnóstico no es secuencial ni unidireccional, sino que constantemente



te estaremos evocando nuevas hipótesis y eliminando otras a medida que vamos teniendo más información disponible.

3.Verificación del diagnóstico

Estos niveles de certeza, tanto para confirmar como para descartar un diagnóstico son los llamados “umbrales de decisión”. El punto por sobre el cual ya no consideramos necesario realizar nuevos test, sino que iniciar el manejo concordante con el diagnóstico lo llamamos “umbral terapéutico”. Aquél por debajo del cual se deja de requerir nuevos test por estimar que la probabilidad es tan baja que no se justifica, se denomina “umbral de estudio adicional” o umbral diagnóstico.

Estos umbrales de decisión no son fijos para todas las patologías ni para todos los pacientes, sino que varían entre ellas y entre pacientes.

1.3. Herramientas diagnósticas

1.3.1. Anamnesis

Se refiere a la información recopilada por un especialista de la salud mediante datos sobre el paciente para poder reconstruir su historia personal y situar sus síntomas o problemáticas; preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas relacionadas (en este caso, también se le denomina heteroanamnesis, para obtener datos útiles, y poder formular el diagnóstico y tratar al paciente.

1.3.2. Síntomas

Estas son las experiencias subjetivas negativas físicas que refiere el paciente, recogidas por el médico en la anamnesis durante la entrevista clínica, con un lenguaje médico, es decir comprensible para todos los médicos. Por ejemplo, los pacientes a la sensación de falta de aire o percepción incómoda y desagradable en la respiración, la



angustia, la fatiga, el cansancio fácil.

1.3.3. Signos

Son los hallazgos objetivos que detecta el médico observando al paciente, por ejemplo la taquipnea a más de 30 respiraciones por minuto.

1.3.4. Exploración física

Consiste en diversas maniobras que realiza el médico sobre el paciente, siendo las principales la inspección, palpación, percusión y auscultación, con las que se obtienen signos clínicos más específicos.

1.4. Tipos de exploraciones complementarias

Exploración complementaria es una prueba diagnóstica que solicita el médico y que se realiza al paciente tras una anamnesis y exploración física, para confirmar o descartar un diagnóstico clínico.

Las pruebas complementarias o exámenes diagnósticos deben ser solicitadas para una indicación clínica específica, deben ser lo bastante exactas como para resultar eficaces en esa indicación y deben ser lo menos costosas y peligrosas posible. Ninguna prueba diagnóstica es totalmente exacta y los resultados de todas ellas suelen plantear problemas de interpretación.

Es necesario comprender los términos utilizados con mayor frecuencia en el análisis de las pruebas y en epidemiología, tales como la prevalencia, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Un examen médico es el conjunto de pruebas que incluyen a la exploración física y a las exploraciones complementarias que no sólo se uti-



lizan para diagnosticar enfermedades, sino también como prevención secundaria.

1.5. Tipos de diagnóstico

Entre los tipos de diagnósticos se señalan el individual, certeza, etiológico, genérico, heroico, lesional, nosológico, patogenico, presuntivo, sindromito y sintomático, etc.



Cuadro 2. Tipos de diagnóstico

TIPOS DE DIAGNÓSTICO	
Clínico o Individual	Este es el tipo de evaluación que se realiza a una persona con el fin de constatar las condiciones de salud de la misma, a fin de evaluar si ésta, cuenta con una óptima funcionabilidad orgánica, o bien si la misma, tiene o presenta una disfuncionalidad. Los diagnósticos individuales son llevados a cabo por el personal de salud, quienes son los que poseen los conocimientos previos y relativos a las condiciones orgánicas de un cuerpo humano, pudiendo ser los únicos en establecer resultados conclusivos.
Certeza	Es una evaluación complementaria al análisis individual, consistente en la celebración de estudios anexos a dicha observación, esto obedece a la necesidad de esclarecer una situación orgánica que parece dudosa, es decir, es el diagnóstico confirmado a través de la interpretación y análisis de métodos complementarios. Por ejemplo, un paciente que llegue con indicios tácitos de un alta de azúcar no puede ser declarado diabético hasta tanto no se hayan realizado los exámenes de rutina.
Diferencial	Conocimiento al que se arriba después de la evaluación crítica comparativa de sus manifestaciones más comunes con las de otras enfermedades. Es decir, es el resultado al que se llega tras la comparación crítica y científica de los signos y síntomas más comunes contra otras enfermedades. Ejemplo: en los síntomas de dolor abdominal generalizado, los diagnósticos diferenciales serían la gastritis, gastroenteritis, colitis, obstrucción intestinal, etc.
Etiológico	Obedece a la interpretación que se hacen de los exámenes de sangre, dicho diagnóstico pertenece exclusivamente al médico, siendo el único que puede determinar la magnitud de los márgenes expresados en los resultados de dichos exámenes. Es decir, determina las causas de la enfermedad, se apoya en estudios de laboratorio para su comprobación. Ejemplo: un cultivo faríngeo que arroje como resultado la existencia y desarrollo de ciertas bacterias.



Genérico	Exploraciones referidas a sintomatologías o bien patologías de expresión conductual, es decir, enfermedades de origen psiquiátrico, donde es necesario someter al paciente a situaciones o ambientes simulados, a fin de evaluar la reacción conductual del mismo, y poder así establecer un resultado conclusivo y determinar un tratamiento.
Heroico	De origen médico, se estipula que el mismo deviene como una conducta exclusiva de los galenos, donde estos aluden a resultados o bien a situaciones impositivas. Algunos especialistas o autores opinan que se tratan de diagnósticos excluyentes, fundados solo en el criterio del doctor, sin considerar exámenes complementarios ni opinión de colegas.
Lesional, anatómico o topográfico.	Es la localización e identificación de las lesiones en los diferentes órganos y tejidos. Ciertos especialistas indican, que éste en sí no es una exploración, sino más bien una localización o determinación de lesiones ya previamente conocidas, de aquí que sea establecido como un reconocimiento de traumatismos en todos sus niveles.
Nosológico	Exploración y evaluación que se realiza de un paciente, cuya patología ya se conoce previamente, de modo tal, que éste viene siendo, el estudio de una enfermedad determinada.
Patogenético	Consigna los mecanismos que producen la enfermedad por la acción de las causas y la reacción orgánica. Es el estudio que se realiza de las causas que originan una enfermedad, especialistas atribuyen este diagnóstico a las pruebas previas, o bien aquellos exámenes que buscan medir los valores hormonales, proteicos o de enzimas en el cuerpo.
Presuntivo	Opinión que se forma el galeno, luego de haber realizado la exploración médica, y levantar el informe de reconocimiento de heridas, es un análisis basado solamente en los conocimientos científicos, es un diagnóstico referencial más no conclusivo.



Sindromático y funcional	Los síndromes son conjuntos de signos y síntomas con un desarrollo común; por ejemplo: el síndrome ictérico (piel amarilla, orinas encendidas, heces decoloradas, etc.). Es la detección de un síndrome, los cuales se caracterizan por tener un desarrollo de síntomas común. Ejemplo: síndrome de Asperger. Aunque en algunas ocasiones no se puede avanzar más, permite un diagnóstico patogenético parcial, pero que posibilite un tratamiento funcional. Este diagnóstico debe su nombre, entonces, a la manifestación de síntomas que aprecia el médico y que permiten determinar que se trata de un síndrome, pudiendo proceder al establecimiento de un tratamiento que permita el mejoramiento de las condiciones orgánicas funcionales.
Sintomático	Se enfoca en el estudio los signos vitales y la sintomatología del paciente. Un signo es una manifestación medible. Determinación que efectúa el médico, luego de realizar una serie de evaluaciones sobre el paciente, acorde a los signos o conductas orgánicas que el mismo manifiesta, pudiendo así establecer un resultado conclusivo sobre el estado de salud de éste. Ejemplo: la temperatura corporal de un individuo que puede indicar fiebre
Anatomotopográfico	Es la identificación de un componente anatómico alterado, es decir órganos o tejidos lesionados o dañados. Ejemplo: trombosis de la arteria cerebral media izquierda.
Paraclínico	Se obtiene través de la interpretación de los estudios de imagen o de los resultados de laboratorio. Ejemplo: resultados obtenido de radiografía, tomografía, ecografía, resonancia magnética, electrocardiograma y estudios de laboratorio.
Anatomopatológico	Se obtiene a través d la interpretación de biopsias o necropsias. Ejemplo: células cancerígenas encontradas en una biopsia de quiste de ovario.

Fuente: Elaboración propia



1.5.1. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

Es cuando existen un conjunto de enfermedades que pueden ocasionar un síndrome, descartándose, una a una, según la hipótesis planteada y las exploraciones complementarias, hasta encontrar la enfermedad que ocasiona los síntomas del paciente.

Como todo primer paso, este también implica una serie de condiciones previas. En primer lugar que el proceso que se inicia no es unilateral y que requiere sensibilidad y responsabilidades de ambos polos.

El médico deberá aportar la máxima pericia clínica posible, la cual es la conjunción; de la experiencia médica, fruto al que se llega después de una práctica activa que consume tiempo y esfuerzo, con las capacidades cognitivas, aptitudinales y actitudinales apropiadas a la misión a desempeñar, definir la problemática, buscar y ejecutar las mejores soluciones posibles, incluye desde el saludo y toda otra forma de comunicación con el paciente y su núcleo familiar.

Pero si bien son condiciones necesarias para ambos, uno con su problemática y el otro con su pericia médica, el proceso de acercamiento se concreta en base a una serie de herramientas intelectuales, la inducción, la deducción, la abducción, la analogía y la modelización, que en definitiva, son utilizadas para generar nuestras hipótesis para el diagnóstico diferencial.

Se podría decir, que somos capaces de generar inicialmente unas pocas hipótesis, estas deben tener consistencia lógica fundamentación científica y ser capaces de ser contrastadas empíricamente. Este



proceso, el de generar hipótesis y refutarlas, favorecido o minimizado por diversos factores, es considerado con justeza como un darwinismo de las hipótesis donde subsiste la que sometida a normas de apreciación críticas se considera la más creíble.

Esta acción discriminadora es la característica fundamental del diagnóstico diferencial y se mantiene activa durante todo el acto médico.

1.5.2. Diagnóstico precoz

En medicina un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de salud pública, de aplicación sistemática, para detectar en una población determinada y asintomática, una enfermedad grave, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad asociada.

1.6. Métodos de Diagnóstico

El método clínico o “proceso del diagnóstico”, son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consisten en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contratación que, en la mayoría de las circunstancias, se realiza a través de análisis de laboratorio, de cualquier tipo que sean. Así pues, los 5 pasos o etapas del método son: formulación, información, hipótesis, contratación y comprobación.

El método clínico no es otra cosa que el método científico o experimental de las ciencias, pero aplicado esta vez no a una investigación de laboratorio, sino a la atención individual de enfermos.

En las ciencias hay multitud de métodos particulares diferentes;



pero existe un método único, que se aplica al ciclo entero de toda investigación, común, que es el método científico o experimental, que fuera elaborado por Claude Bernard en su libro “Introducción al estudio de la medicina experimental”, escrito en la segunda mitad del siglo XIX.

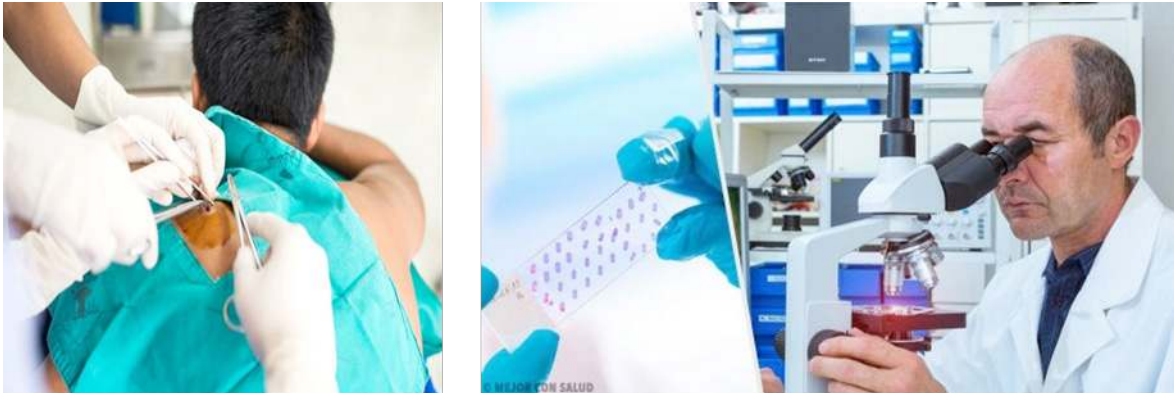
El método clínico ha venido sufriendo un importante proceso de deterioro en los últimos 40 ó 50 años, en el mundo entero por la influencia de varios factores, de los cuales los más importantes, son: el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico.

1.6.1. Biopsia

La palabra biopsia es compuesta y procede del griego bio, vida, y op-sia, ver. La biopsia es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de tejido obtenida por medio de métodos cruentos para examinarla al microscopio, es decir, es un procedimiento médico durante el cual se extrae una parte de un tejido para examinarlo en laboratorio. Asimismo, se pueden extraer pequeños nódulos o abultamientos completos. Es una técnica medica que interviene en el diagnóstico de ciertas patologías. Según de la localización del tejido a extirpar, se puede aplicar o no anestesia a los pacientes. Asimismo, se pueden utilizar agujas finas para extraer la muestra (percutáneas) o se puede llevar a cabo una intervención quirúrgica para ello. Pero también se pueden usar otras técnicas médicas a fin de realizar la biopsia de la manera más eficaz posible, por ejemplo: imágenes por ultrasonido, rayos X, TAC (tomografía axial computarizada) o RMN (resonancia magnética nuclear).



Figura 1. Biopsia



Fuente: Ramos, N. ¿En qué consiste una biopsia? [Internet] 2019 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://mejorconsalud.com/consiste-una-biopsia/>

Entre los tipos de biopsia se señalan:

1. Biopsia excisional

También se llama exéresis. Una biopsia es la extirpación completa de un órgano o un tumor, generalmente sin márgenes, que se realiza normalmente en el quirófano bajo anestesia general o local y con cirugía mayor o menor respectivamente.

2. Biopsia incisional

Es la biopsia en la que se corta o se extirpa quirúrgicamente sólo un trozo de tejido, masa o tumor. Este tipo de biopsia se utiliza más a menudo en los tumores de tejidos blandos como el músculo, cerebro, hígado, pulmón, para distinguir patología benigna de la maligna, porque estos órganos no se pueden extirpar, o porque la lesión es muy grande o difusa.



3. Biopsia estereotáctica

Son un conjunto de biopsias obtenidas y guiadas por pruebas de imagen que indican las coordenadas del espacio donde se encuentra la lesión, como por ejemplo lesiones de mama no palpables que se marcan con arpón en una mamografía.

4. Biopsia endoscópica

Es la biopsia obtenida por medio de un endoscopio que se inserta por un orificio natural o por una pequeña incisión quirúrgica. El endoscopio contiene un sistema de luz y de visualización para observar las lesiones de órganos huecos o cavidades corporales junto con pinzas que discurren a lo largo del tubo del endoscopio y que pueden extirpar pequeños fragmentos de la superficie interna del órgano o cavidad.

5. Biopsia colposcópica

Es la biopsia en la que se obtiene tejido de la vagina o del cuello del útero y que realizan los ginecólogos ante una prueba de Papanicolaou positiva, para descartar un cáncer de cérvix o de vagina, mediante un colposcopio.

6. Biopsia de médula ósea

Es la biopsia que practican los hematólogos (también patólogos e internistas) procedente de la cresta ilíaca posterosuperior de la pelvis, del sacro o del esternón para obtener médula ósea y diagnosticar el origen de determinados trastornos sanguíneos principalmente. Se debe insensibilizar la piel y el periostio con anestésico local.

7. Biopsia por punción con aguja gruesa

También se llama core biopsia o tru-cut que se realiza mediante



la obtención de biopsia con pistolas automáticas, que reduce las molestias en el paciente. Una vez que se coloca la aguja en posición de predisparo, guiada por palpación o prueba de imagen, se presiona el disparador y la parte interior de la aguja, que es la que succiona el tejido, se proyecta atravesando la lesión y saliendo de ella con la muestra muy rápidamente.

Entre otras señala la Clínica Universidad de Navarra (2) la Biopsia con punción por aspiración con aguja fina. PAAF, la cual consiste en:

La PAAF es una prueba diagnóstica que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un patólogo.

Se realiza utilizando técnicas de imagen (ecografía, tomografía computarizada o escáner, resonancia magnética o fluoroscopia).

El procedimiento es sencillo: se selecciona por ecografía o TC (escáner) el lugar más adecuado para la punción; seguidamente, se limpia la piel con una solución yodada y se anestesia la zona que se va a puncionar.

A continuación, se procede a la biopsia. La posición de la aguja es seguida por imagen para evitar vasos sanguíneos y minimizar el riesgo de sangrado.

En algún momento el radiólogo le indicará que contenga unos segundos la respiración.

8. La biopsia hepática

Esta biopsia consiste en obtener de una muestra de tejido hepático para su posterior estudio al microscopio.



Se realiza una punción en el hígado con una aguja que obtiene, por aspiración o por corte, un pequeño fragmento de hígado.

Entre las recomendaciones más importantes para su realización, se encuentran:

1. De manera general es realizada bajo régimen de ingreso de 24 horas.
2. Previo a la biopsia percutánea, con o sin control radiológico, se limpia la piel con una solución yodada antiséptica y se administra un anestésico local.
3. Antes de llevar a cabo el procedimiento, se realizará un control analítico que debe incluir un hemograma y un estudio de coagulación para disminuir el riesgo de hemorragia.
4. El día de la prueba el paciente debe permanecer en ayunas.
5. Si el paciente está en tratamiento con anticoagulantes, antiagregantes o antiinflamatorios, debe suspenderlos unos días antes de la realización de la biopsia.
6. Cuando se ha conseguido el efecto anestésico, y mientras el paciente aguanta la respiración para evitar lesiones en el hígado, se realiza la punción con una aguja que obtiene, por aspiración o por corte, un pequeño fragmento de hígado.
7. Se deberá realizarse una ecografía, sobre todo si se plantea llevar a cabo una punción a ciegas. El objetivo es descartar lesiones que contraindiquen esta técnica y marcar el punto más adecuado para la realización de la punción.

Se puede diferenciar distintos tipos de biopsia, en función del objetivo final de la práctica:

- Determinar si el tejido del paciente es benigno (no desarrolla cáncer) o maligno (se ha convertido en cáncer).
- Analizar el origen o causa de una infección o de una alteración de carácter inmunológico.



- Evaluar la compatibilidad entre los tejidos del donante y del receptor antes del trasplante. Asimismo, se puede llevar a cabo para detectar posibles rechazos tras la intervención quirúrgica.

Asimismo, se puede diferenciarla en función de la localización donde se lleve a cabo la prueba:

- Dentro del abdomen. Se utiliza para determinar si un tumor (puede encontrarse dentro del tejido adiposo) es benigno o maligno.
- Huesos. Por norma general, se lleva a cabo para detectar posibles infecciones o cáncer de los huesos. También se puede realizar una biopsia de la médula espinal a fin de detectar algún subtipo de cáncer que afecte a la sangre. Por ejemplo, la leucemia.
- Pechos. Asimismo, se lleva a cabo para analizar pequeños nódulos o abultamientos.
- Endometrio o revestimiento interno del útero. Se realiza para encontrar la causa de problemas en el periodo menstrual o para identificar un posible cáncer de la zona.
- Riñones. Se utiliza tanto para comprobar si existe un rechazo de trasplante de riñón como para encontrar la causa de la inflamación de estos órganos. Asimismo, se puede realizar para detectar posibles tumores en la región analizando nódulos en ellos.
- Nódulos linfáticos. Es realizada para determinar el desencadenante de un agrandamiento anormal de los mismos.
- Hígado. Es usada para estudiar un posible rechazo del trasplante y para identificar enfermedades hepáticas. Por ejemplo, la cirrosis o los distintos subtipos de hepatitis.
- Glándula tiroides. Se examinan los pequeños nódulos que se puedan haber formado en ella.
- En un músculo. Se utiliza para detectar posibles infecciones u otras patologías dentro de este tejido.
- De un nervio. Se busca la causa de la inflamación de un nervio o el grado de su deterioro en el transcurso de una patología.



- De la piel. Se analiza un área que ha aumentado su tamaño en un periodo reducido de tiempo para determinar si existe un cáncer de esa región.
- Dentro de los testículos. Es utilizada tanto para analizar pequeños nódulos en ellos como para estudiar la causa de la infertilidad del paciente.
- Pulmones. También es llevada a cabo para analizar pequeñas abultamientos o nódulos próximos a estos órganos.

1.6.2. Rayos X

Una radiografía, consiste en la obtención de una imagen de la zona anatómica que se radiografía, y de los órganos internos de la misma, por la impresión en una placa fotográfica de una mínima cantidad de radiación, que se hace pasar por esa zona del cuerpo. Cada tipo de tejido del organismo dejan pasar cantidades distintas de esta radiación, por lo que la placa se impresiona con más o menos intensidad en cada zona, según el tejido que tiene delante, permitiéndonos así obtener una imagen de los órganos (corazón, pulmones, riñones, tubo digestivo, etc.) y tejidos (huesos, quistes, masas de tejido, etc.) de esa zona. Al observar la radiografía, y conociendo la imagen que debe de tener en una radiografía normal, se pueden identificar imágenes que ayuden al diagnóstico como quistes, tumores, aumentos o disminución de tamaño de los órganos, roturas de los huesos.



Figura 2. Rayos X



Fuente: National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. Rayos X [Internet] 2015 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/rayos-x>

A partir del informe del radiólogo, y teniendo en cuenta los síntomas y signos que presenta el paciente, el médico puede realizar el diagnóstico de la enfermedad o problema de salud.

1.6.3. Radiografía simple

La radiografía simple es la técnica inicial de imagen por excelencia, llegando a ser el primer examen diagnóstico que se realiza después de la historia clínica de la mayoría de los pacientes. Sus indicaciones son múltiples: la RX de tórax ante cualquier síntoma cardiorrespiratorio, la RX simple de cualquier parte del cuerpo accidentada, la placa simple de abdomen ante molestias del aparato digestivo, la radiografía simple de cráneo en traumatismos craneoencefálicos, hipertensión intracra-



neal, y ciertos tipos de tumores, etc.

1.6.4. Resonancia magnética nuclear

Es un estudio que utiliza imanes y ondas de radio potentes para construir imágenes del cuerpo. A diferencia de las radiografías convencionales y los estudios con tomografía computarizada que hacen uso de la radiación potencialmente dañina (rayos X) que pasa a través del paciente para generar imágenes, los estudios de resonancia magnética se basan en las propiedades magnéticas de los átomos.

Para este procedimiento, un imán potente genera un campo magnético con una potencia aproximada 10.000 veces superior a la de la tierra. Sólo un pequeño porcentaje de átomos de hidrógeno en el cuerpo se alinean con este campo. Se emiten pulsos de ondas de radio hacia los átomos de hidrógeno alineados en los tejidos objeto de estudio y éstos envían de regreso una señal propia. Las características sutiles de diferenciación de dicha señal proveniente de tejidos diferentes permiten a una IRM distinguir entre varios órganos y, potencialmente, brindar un contraste entre tejidos benignos y malignos.

Cualquier plano de imagen o “corte” se puede proyectar y luego almacenar en una computadora o imprimirse en una película.



Figura 3. Resonancia magnética nuclear



Fuente: Rivas, P. Preparación para la RMN [Internet] 2017 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/preparacion-para-la-resonancia-magnetica-nuclear-8491>

1.6.5. Tomografía axial computada

Es un método de diagnóstico médico que permite obtener imágenes del interior del cuerpo humano mediante el uso de los Rayos X, a manera de rebanadas milimétricas transversales, con el fin de estudiarlo a detalle desde la cabeza hasta los pies.



Figura 4. Tomografía Axial Computada



Fuente: Clínica Antofagasta. Tomografía Axial Computada (Scanner Multicorte) [Internet] 2015 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.clinicaantofagasta.cl/clinica_antofagasta/site/artic/20150625/pags/20150625125954.html

En un estudio convencional de rayos X el haz de radiación se emite de una manera difusa, pero en la tomografía axial computada (TAC) el haz está dirigido y tiene un grosor determinado que puede variar desde los 0.5 mm hasta 20 mm, dependiendo del tamaño de la estructura a estudiar. La TAC es más útil en enfermedades del tórax y abdomen.

1.6.6. Tipos de exploraciones complementarias de métodos de diagnósticos

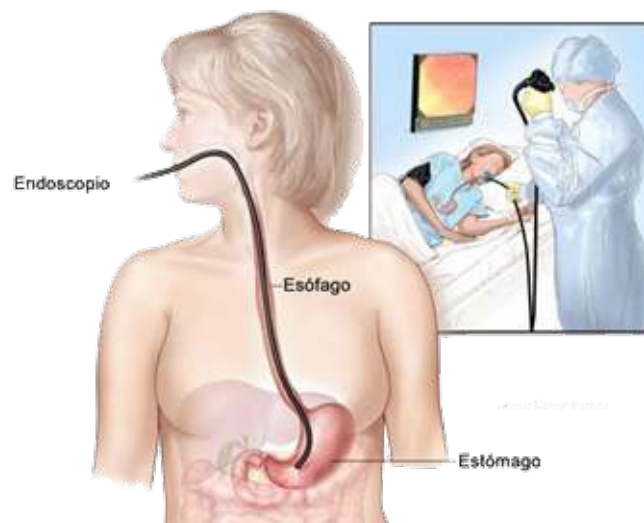
Las exploraciones complementarias confirman o descartan una enfermedad en concreto, antes de iniciar un tratamiento. A veces no ofrecen ningún tipo de información útil, sobre todo cuando se solicitan sin ningún tipo de criterio o no existe un diagnóstico diferencial.



1.6.7. Esofagogastroduodenoscopia

Es un examen médico que visualiza el esófago, el estómago y el duodeno. Se utiliza un endoscopio. Los endoscopios modernos son unos tubos flexibles cuya cabeza es móvil y controlada por el operador. En su punta tienen una cámara de video y una luz que ilumina el órgano examinado. La imagen es transmitida a un monitor en donde se pueden identificar lesiones como úlceras, erosiones y cánceres de los órganos examinados.

Figura 5. Esofagogastroduodenoscopia



Fuente: CEVIED. Esofagogastroduodenoscopia [Internet] 2019 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.cevied.com.co/servicios/esofagogastroduodenoscopia/>

Es un procedimiento médico que se realiza por un especialista en endoscopia digestiva. A nivel mundial, el que realiza estos procedimientos es el gastroenterólogo, sin embargo, otras especialidades afines, como los cirujanos del aparato digestivo, pueden ser entrenados en la técnica. La formación del especialista es indispensable, esto porque la técnica es relativamente fácil, pero la identificación de lesiones pequeñas (como un cáncer gástrico temprano), requiere de entrenamiento



extra para identificar las lesiones.

Para la realización del procedimiento, y según los casos, puede que se aplique sedación al paciente. La sedación consiste en administrar un fármaco para que el paciente se relaje, se duerma y olvide el procedimiento. Se recomienda por que el procedimiento, aunque no es doloroso, puede ser molesto para el paciente por el reflejo nauseoso que produce. Para reducir la náusea se puede aplicar anestesia local en la garganta.

El endoscopista introduce el endoscopio por la boca en el esófago y luego procede a entrar al intestino delgado en su primera parte llamada duodeno. Desde allí se devuelve examinando cada parte con detenimiento para encontrar lesiones. Si se encuentra una lesión se puede tomar una biopsia por el canal de trabajo del endoscopio.

El procedimiento permite el realizar tratamientos para condiciones especiales. Permite el detener un sangrado digestivo alto por medio de varios instrumentos y técnicas. Se pueden inyectar sustancias que disminuyan el sangrado, o realizar electrocoagulación de un vaso sanguíneo, o colocar ligas sobre varices esofágicas que estén sangrando.

1.6.8. Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento ginecológico que se realiza normalmente para evaluar a la paciente con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou.

El colposcopio es una especie de telescopio de enfoque próximo que permite al médico ver con detalle regiones anormales del cuello uterino, a través de la vagina, por lo que es posible extraer una biopsia del área anormal y enviarlo al patólogo.

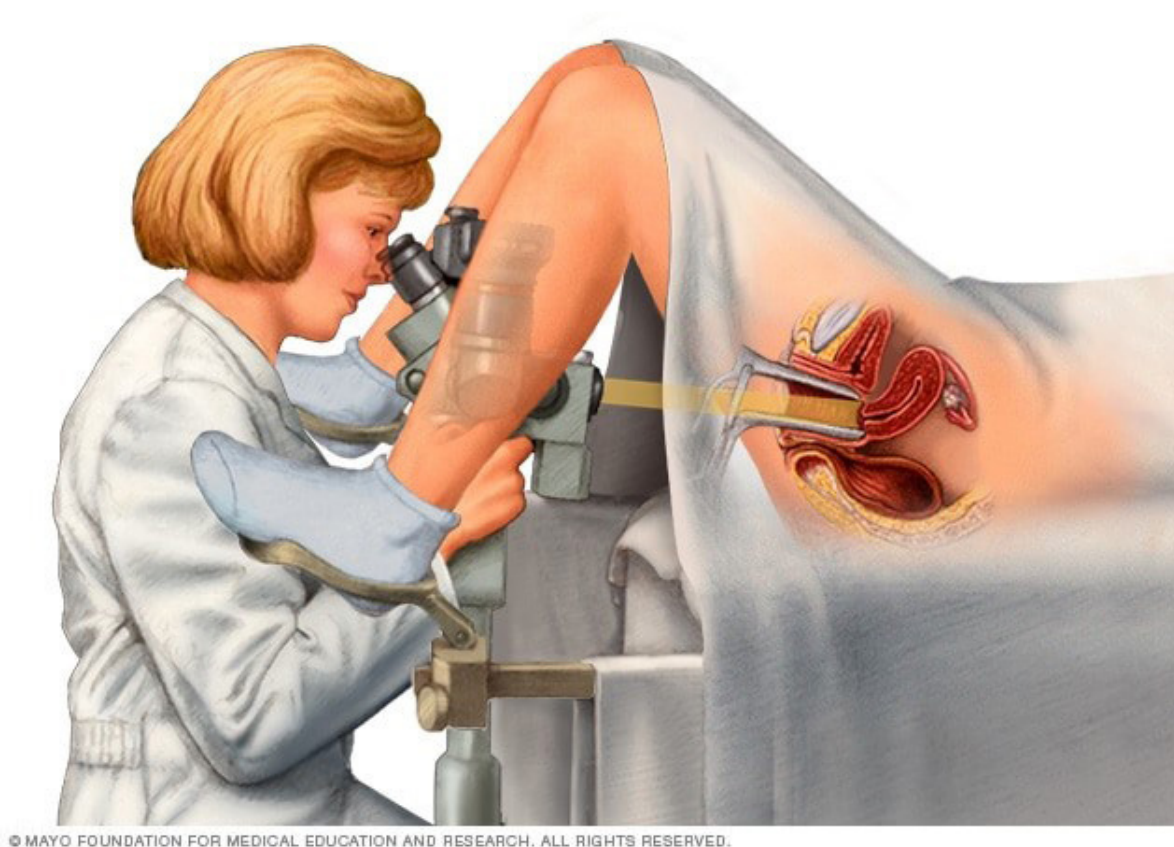
Para visualizar las paredes de la vagina y del cuello uterino, se introdu-



ce un espéculo que abre las paredes de la vagina, se limpia la mucosa con una dilución de ácido acético, se pueden utilizar diferentes colorantes como lugol y distintos tipos de luz para diferenciar la mucosa normal de la patológica.

Hoy en día, la colposcopia no solo se circunscribe al examen del cuello uterino, sino que también se utiliza para visualizar las paredes vaginales, así como el introito vaginal, genitales externos, perineo y ano. Recientemente se ha extendido su utilidad para efectuar la androscopia, que consiste en observar los genitales externos del varón, con igual fin diagnóstico y terapéutico.

Figura 6. Colposcopia



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Fuente: Mayo Clinic. Colposcopia [Internet] 2019 [citado el 12 de



febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/colposcopy/about/pac-20385036>

1.6.9. Broncoscopio flexible diagnóstico

La broncoscopia flexible consiste en utilizar un aparato flexible de manera tubular, en cuyo extremo existe una cámara microscópica de aproximadamente 2 mm y haces de fibra óptica para llevar la luz de una fuente en el extremo distal a través de un sistema de lentes. Conectado del lado del operador, se encuentra un procesador de imagen o un visor en el cual se proyecta la imagen que está distalmente en la cámara. De esta manera se puede introducir este aparato y lo que está justo al frente de la punta del dispositivo es lo que se observa a través de la pantalla al ojo humano y lo que se capta, de acuerdo a la resolución y a la calidad de los equipos, así se puede llevar a una conclusión diagnóstica: a mayor calidad del equipo, mayor calidad de imagen.

Figura 7. Broncoscopio flexible diagnóstico



Fuente: Medline Plus. Broncoscopia [Internet] 2019 [citado el 12 de



febrero de 2020]. Disponible en: medlineplus.gov/spanish/ency/article/003857.htm

1.6.10. Técnicas de imágenes médicas

Las técnicas de imágenes médicas comprenden un conjunto de técnicas y procesos utilizados a fin de crear u obtener imágenes del cuerpo humano, o partes de él, con propósitos clínicos (procedimientos médicos que buscan revelar, diagnosticar o examinar enfermedades) o para la ciencia médica (incluyendo el estudio de la anatomía normal y función).

Como disciplina en su sentido más amplio, es parte de la imagen biológica e incorpora la radiografía, las ciencias radiológicas, la endoscopia, la fotografía médica, la termografía médica, y la microscopia por ejemplo para investigaciones patológicas humanas.

Pueden también considerarse imágenes médicas las técnicas de medida y grabación, que no están diseñadas en principio para producir imágenes, tales como: la electroencefalografía (EEG) y la megnetoencefalografía (MEG) y otras que sin embargo producen datos susceptibles de ser representados como mapas (pues contienen información relacionada con la posición),

En el contexto clínico, la imagen médica está generalmente equiparada a la radiología o a la imagen clínica y al profesional de la medicina responsable de interpretar (y a veces de adquirir) las imágenes, que es el radiólogo. La radiografía de diagnóstico designa a los aspectos técnicos de la imagen médica y en particular la adquisición de imágenes médicas.

El radiógrafo o el técnico de radiología es responsable normalmente de adquirir las imágenes médicas con calidad de diagnóstico, aunque algunas intervenciones radiológicas son desarrolladas por radiólogos.



Como campo de investigación científica, la imagen médica constituye una subdisciplina de la ingeniería biomédica, la física médica o medicina, dependiendo del contexto: investigación y desarrollo en el área de instrumentación, adquisición de imágenes (e.g. radiografía), el modelado y la cuantificación son normalmente reservadas para la ingeniería biomédica, física médica y ciencias de la computación; la investigación en la aplicación e interpretación de las imágenes médicas se reserva normalmente a la radiología y a las subdisciplinas médicas relevantes en la enfermedad médica o área de ciencia médica (neurociencia, cardiología, psiquiatría, psicología, etc) bajo investigación. Muchas de las técnicas desarrolladas para la imagen médica son también aplicaciones científicas e industriales.

La imagen médica a veces es usada para designar al conjunto de técnicas que producen imágenes de aspectos internos del cuerpo. En este sentido restringido, las imágenes médicas pueden ser vistas como la solución del problema inverso matemático. Esto significa que la causa (las propiedades del tejido vivo) se deducen del efecto (la señal observada). En el caso de la ultrasonografía la sonda es el conjunto de ondas de presión ultrasónicas que se reflejan en el tejido, y que muestran su estructura interna. En el caso de la radiografía de proyección, la sonda es radiación de rayos X, que son absorbidos en diferente proporción por distintos tipos de tejidos, tales como los huesos, músculos o grasa.

1.6.11. Fluoroscopia

La fluoroscopia produce imágenes en tiempo real de estructuras internas del cuerpo; esto se produce de una manera similar a la radiografía, pero emplea una entrada constante de rayos x. Los medios de contraste, tales como el bario o el yodo, y el aire son usados para visualizar cómo trabajan órganos internos.

La fluoroscopia es utilizada también en procedimientos guiados por



imagen cuando durante el proceso se requiere una realimentación constante.

1.6.12. Ultrasonido

La ultrasonografía médica utiliza ondas acústicas de alta frecuencia de entre dos y diez megahercios que son reflejadas por el tejido en diversos grados para producir imágenes 2D, normalmente en un monitor de TV. Esta técnica es utilizada para visualizar el feto de una mujer embarazada.

Otros usos importantes son imágenes de los órganos abdominales, corazón, genitales masculinos y venas de las piernas. Mientras que puede proporcionar menos información anatómica que técnicas como CT (tomografía computarizada) o MRI (Imagen por Resonancia Magnética) varias ventajas que la hacen ideal test de primera línea en numerosas situaciones, en particular las que estudian la función de estructuras en movimiento en tiempo real.

También es muy segura, ya que el paciente no es expuesto a radiación y los ultrasonidos no parecen causar ningún efecto adverso, aunque la información sobre esto no está bien documentada, es relativamente barato y rápido de realizar. La imagen en tiempo real obtenida puede ser usada para guiar procedimientos de drenaje y biopsia.



Figura 8. Ultrasonido



Fuente: Visión Salud. Ultrasonido [Internet] 2016 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://visionsalud.net/estudios-especiales/ultrasonido/>

1.6.13. Ecografía

La ecografía, ultrasonografía o ecosonografía es un procedimiento de imagenología que emplea los ecos de una emisión de ultrasonidos dirigida sobre un cuerpo u objeto como fuente de datos para formar una imagen de los órganos o masas internas con fines de diagnóstico. Un pequeño instrumento “similar a un micrófono” llamado transductor emite ondas de ultrasonidos. Estas ondas sonoras de alta frecuencia se transmiten hacia el área del cuerpo bajo estudio, y se recibe su eco. El transductor recoge el eco de las ondas sonoras y una computadora convierte este eco en una imagen que aparece en la pantalla de la computadora.



La ecografía es un procedimiento muy fácil, en el que no se emplea radiación, a pesar de que se suele realizar en el servicio de radiodiagnóstico, y por eso se usa con frecuencia para visualizar fetos que se están formando.

Al someterse a un examen de ecografía, el paciente sencillamente se acuesta sobre una mesa y el médico mueve el transductor sobre la piel que se encuentra sobre la parte del cuerpo a examinar. Antes es preciso colocar un gel sobre la piel para la correcta transmisión de los ultrasonidos.

Figura 9. Ecografía



Fuente: Bombí, I. ¿Qué es la ecografía en 5D y cómo se realiza? [Internet] 2016 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/ginecologicas-pruebas/que-es-la-ecografia-en-5d-y-como-se-realiza/>

Actualmente se pueden utilizar contrastes en ecografía. Consisten en microburbujas de gas estabilizadas que presentan un fenómeno de resonancia al ser insonadas, e incrementan la señal que recibe el transductor. Así, por ejemplo, es posible ver cuál es el patrón de vascularización de un tumor, el cual da pistas sobre su naturaleza.



1.6.14. La colonoscopia

La labor de la colonoscopia se dirige al diagnóstico de diferentes patologías asociadas al aparato digestivo. Consiste en una exploración que permite visualizar todo el intestino grueso y la parte final del intestino delgado (íleon terminal), utilizando un tubo flexible que se introduce a través del ano.

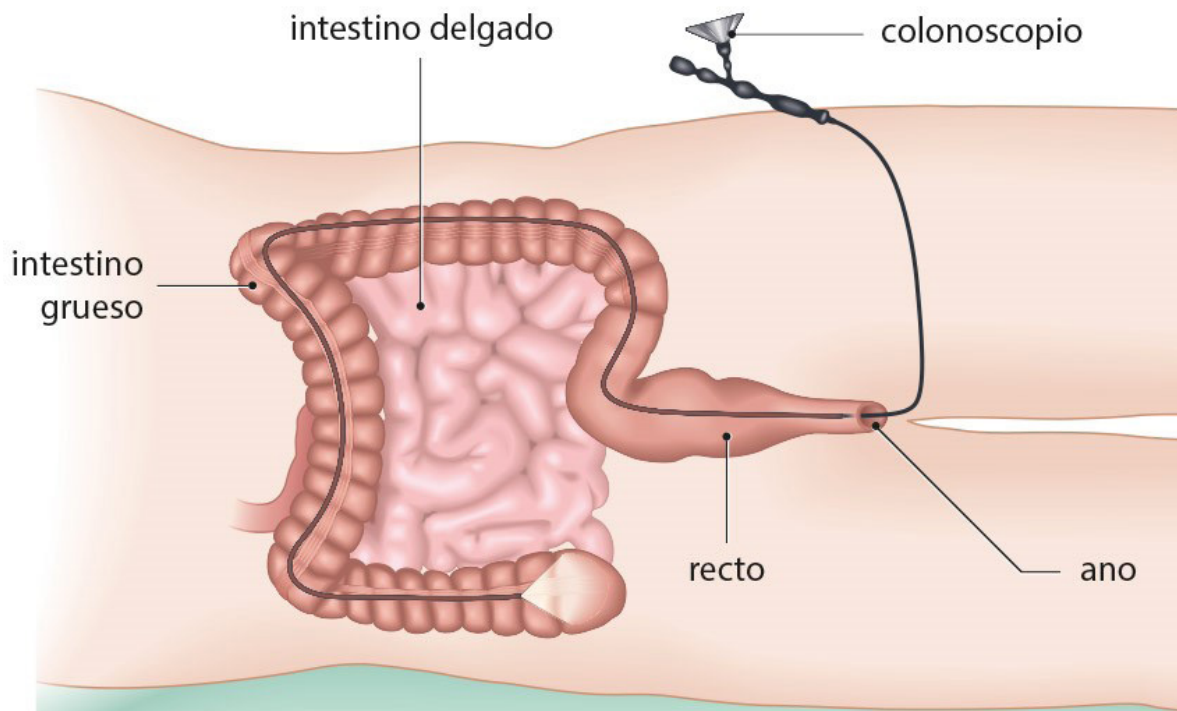
Entre algunos aspectos de la realización de la prueba fundamentalmente están:

1. Para la realización de la exploración se administran generalmente analgésicos y sedantes para que no resulte dolorosa.
2. El tiempo aproximado de la exploración oscila entre 30 y 60 minutos.
3. Al finalizar, puede experimentar molestias abdominales y sensación de presión abdominal, con necesidad de evacuar su intestino. Estas molestias son banales y se resuelven en un periodo corto de tiempo.
4. Si al realizar la exploración se encuentran lesiones sospechosas, es muy frecuente el tomar una muestra de estas lesiones (biopsia) para realizar un diagnóstico anatomopatológico.
5. Se aconseja realizar colonoscopias de manera periódica en aquellos pacientes que presentan alguna lesión sospechosa o que tienen familiares que han padecido un cáncer de colon.
6. Para poder realizar la exploración, es necesaria la limpieza completa del intestino grueso. Para ello, 3 ó 4 días antes seguirá una dieta exenta de fibra y deberá ingerir un preparado laxante el día previo a la prueba.
7. Para realizar la prueba se evitará la ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la noche anterior. En caso de que deba tomar alguna medicación, lo hará cuanto antes, ayudándose si es necesario de pequeños sorbos de agua.
8. Es preferible que informe a su médico de la medicación que



toma, ya que en ocasiones puede demorar la dosis hasta después de la prueba. Si toma ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios debe informar a su médico antes de la realización de la colonoscopia.

Figura 10. Colonoscopia



Fuente: Morcillo, C. ¿Qué es una colonoscopia? [Internet] 2017 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://tusdudasdesalud.com/pruebas-diagnosticas/que-es-una-colonosopia/>

1.7. Problemas del diagnóstico

A pesar de los avances médicos y en la tecnología que hoy en día aportan mucho en beneficio en la exactitud de los diagnósticos médicos, existen algunos problemas con ellos. Entre estos problemas se destacan dentro de la teoría, los siguientes:



- a. El sobrediagnóstico es considerado como la actividad de diagnosticar una “enfermedad” que nunca causará síntomas o la muerte del paciente. Implica un problema, ya que convierte a las personas en enfermos sin necesidad, y conduce a tratamientos que solo pueden causar daño, al no aportar ningún beneficio a su salud.

El sobrediagnóstico sucede cuando una enfermedad se diagnostica correctamente, pero el diagnóstico es irrelevante. Un diagnóstico correcto puede ser irrelevante ya que el tratamiento de la enfermedad no está disponible, no es necesario, o no es deseado. No es un proceso inocuo, porque origina numerosos problemas tanto para el paciente que lo sufre, como los costos añadidos que implican para el sistema sanitario.

Existen tres (3) categorías de daños coligados al sobrediagnóstico:

- a. Efectos físicos del diagnóstico y tratamientos innecesarios: Todas las intervenciones médicas tienen efectos secundarios. Esto es particularmente cierto en los tratamientos de cáncer. La cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, plantean diferentes grados de morbilidad e incrementa el riesgo de mortalidad.
- b. Efectos psicológicos: hay una carga emocional simplemente por ser etiquetado como “enfermo” y se asocia a un aumento de la vulnerabilidad del individuo.
- c. Carga económica: no solo los costos asociados al tratamiento (de los cuales el paciente no puede beneficiarse, ya que la enfermedad no representa una amenaza), sino también un posible aumento en el costo del seguro sanitario o incluso la incapacidad para obtenerlo.

Mientras se identifican los resultados falsos positivos como el principal inconveniente para la detección del cáncer, existen datos que sugieran que cuando los pacientes son informados acerca del sobrediagnósti-



co, están mucho más preocupados por el exceso de diagnóstico que por los resultados falsos positivos.

La cascada diagnóstica, hace referencia a un proceso escalonado de acciones durante la atención médica que, con el fin de hacer un bien, puede conducir a una serie de fallas nocivas para la salud, violando el pilar fundamental de: primero no dañar. Por ejemplo, la cascada diagnóstica es una sucesión escalonada de pruebas o técnicas de laboratorio, radiológicas, fisiológicas, biopsias, para buscar una etiqueta diagnóstica.

Las cascadas de intervenciones clínicas iniciadas por signos y síntomas irrelevantes o por decisiones erróneas generadas por guías médicas o protocolos, agreden al paciente, menosprecian la posibilidad del daño provocado por el médico, implícita en todo acto médico.

Se desencadenan normalmente por factores como la ansiedad la ansiedad del paciente y sus familiares y la ansiedad del médico.

El miedo e inseguridad del médico puede generar una cadena de eventos imparable, de consecuencias previsibles e inevitables, habitualmente daños físicos o psicológicos al paciente o a sus familiares. Pero también, pueden ser desencadenantes: no entender la posibilidad de resultados falsos positivos. Errores en la interpretación de los datos. Subestimar los beneficios o subestimar los riesgos. Tratar de cumplir estrictamente protocolos, algoritmos o guías diagnósticas y terapéuticas, fijándose en la enfermedad y no en el enfermo.

c. Entre otros problemas de diagnóstico se indican:

- Diagnóstico tardío
- Diagnóstico ausente
- Diagnóstico genérico
- Diagnóstico inexacto



- Diagnóstico de moda

En este aparte de los problemas de los diagnósticos es importante dar una breve reseña sobre el error de diagnóstico, para la cual se toma como referencia el trabajo presentado por Alvarado-Guevara, A. (1), el cual resalta aspectos como los siguientes y que citan textualmente:

Error médico es cualquier falla ocurrida durante la atención de salud que haya causado algún tipo de daño al paciente, que puede involucrar a otros profesionales implicados en la atención de los pacientes, en el que no existe mala fe, ni necesariamente se pone de manifiesto una impericia, imprudencia o negligencia que implique responsabilidad moral y legal.

El error médico como tal constituye un problema de creciente preocupación en los sistemas de salud, debido al incremento de las demandas por parte de los pacientes, atribuibles a este tipo de eventos...

De ahí que las prioridades actuales para el mejoramiento de la prestación de servicios médicos en el campo de la seguridad, calidad y eficiencia, se enfocan a la disminución de los errores médicos, los cuales pueden tener diferentes grados de impacto en la evolución clínica del paciente...

La génesis de los errores médicos puede relacionarse con la organización e implementación del servicio:

- a. Por exceso de servicio (overuse): tratamiento innecesario o que tiene pocas probabilidades de beneficios (por ejemplo: uso de antibióticos en infecciones de probable origen viral).
- b. Por insuficiencia de servicios (underuse): no utilizar o demorar un servicio o tratamiento potencialmente adecuado, lo que trae como consecuencia complicaciones, muerte prematura y altos costos (por ejemplo, no dar profilaxis antiinfluenza a los diabé-



ticos).

- c. Por diagnóstico inapropiado (misuse): errores en el diagnóstico, por diferentes diagnósticos que demoran o atrasan una oportuna conducta o tratamiento y causan eventos adversos. Los errores diagnósticos se asocian proporcionalmente a una mayor morbilidad que otros tipos de errores médicos.

Se señala una mala comunicación entre el médico y el paciente como factor importante que afecta el buen uso del proceso de atención médica. En este sentido es importante que se reconozcan también otros factores latentes, conocidos como contribuyentes, que pueden causar o permitir la oportunidad de que ocurra el error. Los factores latentes son elementos que interactúan e influyen el funcionamiento de una persona o sistema (fatiga, enfermedad, inexperiencia, equipo inadecuado), y pueden provocar un error o determinar un punto de vulnerabilidad (local de trabajo con pobre disponibilidad de equipo o personal).

Al ser los errores diagnósticos típicamente el resultado de múltiples fallas en el proceso diagnóstico y varios factores contribuyentes, de acuerdo con su origen se pueden clasificar en:

1. Errores cognitivos (Cognitive errors): se reflejan en las fallas diagnósticas debido a una mala recolección de datos o interpretación de estos, fallas en el razonamiento o conocimiento incompleto. Su origen se centra en las limitaciones del proceso humano de la información y los sesgos producidos al utilizar la heurística, lo que garantiza que este tipo de errores persistirán.
2. Errores del sistema (System errors): estos se presentan cuando un diagnóstico es retrasado o no se realiza debido a las fallas latentes en los sistemas de salud.
3. Errores sin culpa ("No fault" errors): ocurren cuando la presentación del cuadro clínico es silenciosa, atípica, o miméticas de algún cuadro más común.



La mayoría de los errores diagnósticos se deben a errores de juicio o por omisión, asociados a errores cognitivos y de sistema en conjunto. Errores diagnósticos relacionados con el sistema corresponden con la carencia de equipos en buen estado, ausencia de personal calificado, ineficiencia de procesos, falta de trabajo en equipo y comunicación, manejo de recursos, pérdida de información médica crucial, falta de orientación y entrenamiento del personal y problemas de actitud del médico al abordaje del paciente. Uno de los errores de sistema estudiados ampliamente durante los últimos años es la carencia de personal adecuado para atender extranjeros en los hospitales de países con alta incidencia de inmigración, lo cual puede derivar de una interpretación diagnóstica inadecuada, debido a un desconocimiento de base cultural, al recolectar los datos de atención del paciente.

En conclusión, los errores diagnósticos causan graves perjuicios a los pacientes. Estos errores surgen de un conjunto de factores complejo tanto a nivel sistema como médico.

Por tal motivo, y dependiendo del caso, existen personas que prefieren acudir a una segunda opinión médica porque se trata de su salud, puesto que un erróneo diagnóstico trae consigo un tratamiento incorrecto de la enfermedad; o el mismo diagnóstico en sí puede afectar fuertemente el estado psicoemocional del paciente, requiriendo muchas veces ayuda de un especialista.

1.8. Características de una prueba diagnóstica

El objetivo de los estudios para evaluar una prueba diagnóstica es determinar la capacidad de la prueba para discriminar entre personas que padecen la enfermedad y aquellas que no la padecen.

La utilidad de las pruebas diagnósticas se determina mediante la realización de estudios de investigación cuyo tipo de diseño es el transversal. En estos estudios se les aplican a todos los participantes tanto



la prueba diagnóstica a probar como la prueba diagnóstica estándar o patrón de oro (Gold standard), siendo ésta última la prueba confirmatoria de la presencia o ausencia de la condición a diagnosticar.

Una buena prueba diagnóstica es la que ofrece un alto porcentaje de resultados positivos en enfermos y de negativos en sanos. Los criterios que se utilizan para evaluar la calidad y utilidad de una prueba diagnóstica son:

1. Validez
2. Confiabilidad
3. Seguridad

En la validez y seguridad de una prueba se incluyen las siguientes características operativas:

1. Sensibilidad
2. Especificidad
3. Valor predictivo
4. Valor predictivo negativo

1. La Validez (V): La validez es el grado en que los resultados de una prueba corresponden realmente a aquello que se está midiendo, o la capacidad de una prueba diagnóstica de clasificar correctamente a enfermos y no enfermos. Es determinada por la sensibilidad y la especificidad.

2. Sensibilidad (S): es la probabilidad de que la prueba sea positiva si la enfermedad está presente. Es capacidad de una prueba para detectar enfermos. Las pruebas muy sensibles son útiles para pesquisar enfermedades mortales en etapas tempranas, y por ello es una característica deseable en las pruebas de tamizaje (screening), como la mamografía, la prueba de ELISA o la prueba de Papanicolaou. Una prueba sensible sobre todo es útil cuando su resultado es negativo,



dado que a mayor sensibilidad de la prueba menor es la tasa de resultados falsos negativos, calculada mediante la siguiente ecuación:

Falsos negativos: $1 - \text{sensibilidad}$

3. Especificidad (E) de la prueba: Probabilidad de que la prueba sea negativa en los individuos sanos. Es la capacidad de una prueba para detectar sanos. Las pruebas con alta especificidad son útiles como pruebas confirmatorias. Una prueba específica sobre todo es útil cuando su resultado es positivo, dado que a mayor especificidad de la prueba menor es la tasa de resultados falsos positivos, calculada mediante la siguiente ecuación:

Falsos positivos: $1 - \text{especificidad}$

4. Confiabilidad (precisión): es la capacidad de la prueba para ofrecer los mismos resultados cuando se repite su aplicación en circunstancias similares. La confiabilidad de un resultado depende, como ya hemos visto anteriormente, de la variabilidad biológica del hecho observado, la variabilidad del observador, y la variabilidad de la prueba.

5. Seguridad: La seguridad viene determinada por el valor predictivo de un resultado positivo o negativo. ¿Con qué seguridad un test predecirá la presencia o ausencia de enfermedad?

5.1. Valor predictivo positivo (VPP): es el porcentaje real de casos del total de resultados positivos, o la probabilidad que tiene un paciente de estar enfermo cuando la prueba resulta positiva. El VPP depende de la prevalencia o probabilidad a priori de la enfermedad. A mayor prevalencia, mayor valor predictivo de la prueba positiva.

5.2. Valor predictivo negativo (VPN): es el porcentaje real de sanos del total de resultados negativos, o la probabilidad que tiene un paciente de estar sano cuando la prueba resulta negativa. El objetivo de los



estudios para evaluar una prueba diagnóstica es determinar la capacidad de la prueba para discriminar entre personas que padecen la enfermedad y aquellas que no la padecen.

1.9. Validez de una prueba diagnóstica

Se puede utilizar una prueba dicotómica, la cual clasifica a cada paciente como sano o enfermo, en función de que el resultado de la prueba sea positivo o negativo.

De esta manera, podrían darse dos situaciones:

- a. Un resultado positivo se corresponde normalmente con la presencia de la enfermedad estudiada
- b. Un resultado negativo implica la ausencia de la enfermedad estudiada.

Generalmente se suele trabajar con una población heterogénea de pacientes, de manera que los datos obtenidos permiten clasificarlos en cuatro grupos, los cuales suelen representarse en una tabla 2X2.

En dicha tabla, se enfrenta el resultado de la prueba diagnóstica (en filas) con el estado real de los pacientes (en columnas) o, en su defecto, el resultado de la prueba de referencia o con un estándar de oro (o criterio de referencia o patrón de referencia) (Gold standard) que se vaya a utilizar.

El resultado de la prueba puede ser positivo o negativo, pero estos pueden ser correctos o incorrectos, dando lugar a cuatro (4) tipos de resultados:

- a. verdaderos positivos
- b. verdaderos negativos
- c. falsos positivos



d. falsos negativos

Cuadro 1. Validez de prueba diagnóstica

Resultado de la prueba	Enfermo	Sano
Positivo	Verdaderos positivos (VP)	Falsos positivos (FP)
Negativo	Falsos negativos (FN)	Verdaderos negativos (VN)

Fuente: Elaboración propia

Lo que determina la validez del test usado va a ser el cálculo de los valores de sensibilidad y especificidad.

1. Sensibilidad: indica la probabilidad de que un paciente esté realmente enfermo siendo el resultado del test positivo. Por tanto, es la capacidad de un test para detectar realmente la presencia de enfermedad. La sensibilidad puede estimarse como la proporción de pacientes enfermos que obtuvieron un resultado positivo en la prueba diagnóstica, es decir, la proporción de verdaderos positivos, o de enfermos diagnosticados, respecto del total de enfermos en la población de estudio. Luego:

$$\text{Sensibilidad} = (\text{VP})/(\text{VP}+\text{FN})$$

2. Especificidad: indica la probabilidad de que un paciente esté realmente sano tras obtener un resultado del test negativo. Es la capacidad de un test para detectar la ausencia de enfermedad. Así, la especificidad puede estimarse como la proporción de pacientes sanos que obtuvieron un resultado negativo en la prueba diagnóstica, es decir, la proporción de verdaderos negativos, o de sanos reconocidos como tal, respecto del total de sanos en la población. De este modo:

$$\text{Especificidad} = (\text{VN})/(\text{VN}+\text{FP})$$



Lo ideal es trabajar con pruebas diagnósticas de alta sensibilidad y especificidad, superando el 80% como mínimo en ambos casos. No obstante, esto no siempre es posible. En general, una prueba muy sensible será especialmente adecuada en aquellos casos en los que el no diagnosticar la enfermedad puede resultar fatal para los enfermos, o en enfermedades en las que un falso positivo no produzca serios trastornos psicológicos o económicos para el paciente.

En cambio, los tests con una alta especificidad son necesarios en enfermedades graves, pero sin tratamiento disponible que las haga curables, cuando exista gran interés por conocer la ausencia de enfermedad o cuando diagnosticar a un paciente de una enfermedad, siendo falso positivo, pueda acarrear graves consecuencias, ya sean físicas, psicológicas o económicas. (3)

1.10. Eficacia de una prueba diagnóstica

La sensibilidad y la especificidad proporcionan información acerca de la probabilidad de obtener un resultado concreto, bien sea positivo o negativo, en función de la verdadera condición del paciente con respecto a la enfermedad. Sin embargo, cuando a un paciente se le realiza alguna prueba, el médico carece de información a priori acerca de su verdadero diagnóstico, y más bien la pregunta se plantea en sentido contrario: ante un resultado positivo o negativo en el test, ¿cuál es la probabilidad de que el paciente esté realmente enfermo o sano? Los parámetros que proporcionan esta información (probabilidad post-test) al médico son los denominados valores predictivos.

Los valores predictivos dependerán de la prevalencia de la enfermedad en la población en estudio. Será por lo tanto un valor no extrapolable a poblaciones diferentes. Existen dos tipos de valor predictivo, que se especifican a continuación:

1. Valor predictivo positivo: que indica la probabilidad de que el pa-



ciente padezca la enfermedad tras obtener un resultado positivo en el test. Por tanto, el valor predictivo positivo (VPP) puede estimarse como la proporción de verdaderos positivos respecto del total de resultados positivos obtenidos en el test, es decir, el número real de enfermos respecto de todos los resultados que indican presencia de enfermedad (3). Como a continuación se indica:

$$VPP = (VP)/(VP+FP)$$

2. Valor predictivo negativo: indica la probabilidad de que el paciente no padezca la enfermedad tras obtener un resultado negativo en el test. De este modo, el valor predictivo negativo (VPN) puede estimarse como la proporción de verdaderos negativos respecto del total de resultados negativos obtenidos en el test, es decir, el número real de pacientes sanos respecto de todos los resultados que indican ausencia de enfermedad. Luego:

$$VPN = (VN)/(VN+FN)$$

1.11. Elección de una prueba diagnóstica

Para elegir correctamente entre dos o más pruebas diagnósticas se puede recurrir a parámetros estadísticos. Destaca el conocido como “Característica Operativa del Receptor” o curva ROC.

La curva ROC es una representación que compara la sensibilidad de la prueba con el parámetro (1-Especificidad) suponiendo así una medida global e independiente de cualquier punto de corte establecido.

El parámetro indicador más utilizado es el “área bajo la curva” (AUC).

Se trata de un índice cuyo valor está comprendido entre 0,5 y 1; siendo 1 el valor que determina un diagnóstico perfecto, y 0,5 una prueba sin capacidad discriminatoria diagnóstica.



1.12. El Diagnostico y la Historia Clínica

La Historia Clínica. Generalidades

- Es un documento, en el que se registran los antecedentes biológicos del individuo.
- Es imprescindible para el control de la salud y el seguimiento de las enfermedades.
- Es fundamental en estudios epidemiológicos
- Es útil para la planificación educativa de las comunidades
- De gran importancia medicolegal
- Es el punto de partida del razonamiento médico
- Es el instrumento utilizado por todos los profesionales de la salud y sirve de nexo entre las diferentes disciplinas
- Dependiendo de la disciplina involucrada o del área del equipo de salud que se trate, la historia clínica podrá tener algunas características o matices especiales. Por ejemplo: la historia de una paciente tratada por un obstetra o la historia clínica de un pediatra, etc. Pero, tanto los fundamentos como la estructura de la Historia Clínica será siempre la misma.

La Historia Clínica está compuesta por:

1. Anamnesis
2. Examen físico
3. Emitir diagnóstico sindrómico
4. Plan de estudio
5. Plan terapéutico
6. Diagnóstico definitivo
7. Evolución
8. Epicrisis

1. Interrogatorio o Anamnesis.

- En un acto coloquial: Durante el cual se indaga al paciente so-



bre padecimientos actuales y pasados y sobre otros datos que pueden ser de interés para llegar a un diagnóstico (edad, sexo, profesión, etc.) y sobre antecedentes de enfermedades de sus familiares o allegados.

- Anamnesis Directa, o a sus allegados (pacientes inconscientes Psicópatas, niños, etc)
- Anamnesis Indirecta ó a Terceros,
- Es la parte más difícil de la historia clínica
- El lenguaje deberá adaptarse al del paciente, a su inteligencia y conocimientos.
- Técnica:
 - Ambiente agradable
 - El paciente debe expresar libremente sus molestias
 - Los términos usados deberán tener el mismo significado para el médico y el paciente
 - Las preguntas no deben inducir respuestas y serán sencillas y concretas
 - El médico deberá saber escuchar
 - El médico debe aprender en qué momento debe intervenir efectuado preguntas
 - Los datos obtenidos deben ser agrupados siguiendo un orden lógico; de forma tal que quien los lea sepa de quien se trata, cual es la causa o motivo de su consulta, cuáles son los componentes de su enfermedad, cuáles son sus antecedentes cuáles son sus costumbres y/o hábitos, etc.
 - Esto unido al examen físico, permitirá que sea formulado un diagnóstico sindrómico
 - No necesariamente debe desarrollarse la entrevista siguiendo el orden predeterminado.
 - Pero los datos deben ser registrados ordenadamente

2. Examen físico

Una vez finalizado el interrogatorio, en la historia clínica deben ser registrados los datos que se obtienen mediante las maniobras semiológi-



cas básicas (los SIGNOS) a saber:

- Inspección
- Percusión
- Palpación
- Auscultación

Los primeros datos a anotar serán los referidos a los Signos vitales (pulso, respiración Tensión arterial, etc.) y al Estado de conciencia (Lucidez, orientación en el tiempo y en el espacio, etc.)

Luego se registrarán los signos obtenidos, siguiendo un orden Topográfico, por órganos o por aparato.

Así se comenzará a anotar los datos surgidos del examen de Cabeza y cuello, se seguirá por el tórax (aparato: respiratorio, circulatorio, abdomen, etc.).

3. Diagnósticos

- Una vez finalizado el examen físico se tendrá que estar en condiciones, en primer lugar, de emitir un **diagnóstico sindrómico**.
- Deberán consignarse los estudios o exámenes solicitados y el resultado de los mismos con el fin de llegar a un **Diagnóstico Etiológico y Anatómico** para concluir en el **diagnóstico definitivo** después de haber evaluado todos los posibles diagnósticos (**diagnósticos diferenciales**).

4. Evolución: En la historia deberán estar registrados todos los datos referidos a los posibles cambios de los síntomas y de los signos en el transcurrir del día. La terapéutica instituida, los cambios en los signos vitales, los resultados de los exámenes efectuados, aparición de nuevos síntomas y/o signos. En fin, todos los posibles cambios y los que hubiera en el día a día del paciente.



Entre otros datos importantes sobre la Historia Clínica, están;

- La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos.
- La información obtenida se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica.
- La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos.
- Entre otras funciones de la Historia Clínica se tienen: para la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.
- Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible

A modo de conclusión, se puede exponer, que la historia clínica tiene como finalidad fundamental recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la historia clínica y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente. Puede considerarse que la historia clínica es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia. No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la historia clínica:



- a. Docencia e investigación: a partir de las historias clínicas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
- b. Evaluación de la calidad asistencial: la historia clínica es considerada por las normas deontológicas y por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente, así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- c. Administrativa: la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- d. Medicolegal: Se trata de un documento público/semipúblico: estando el derecho al acceso limitado.
 - Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.
 - Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes, como, por ejemplo: Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.
 - Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: tiene un extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional médica, constituyendo un documento medicolegal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituye causa de responsabilidad profesional.



El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:

- Malpraxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo medicolegal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por malpraxis médica.

Por otro lado, y a modo de conclusión, el Diagnóstico es parte fundamental dentro del documento de Historia Clínica. La discusión diagnóstica es el espacio dentro de la historia clínica donde se reflejan las consideraciones acerca de las posibles enfermedades de un paciente.

Conocer dolencias previas que expliquen los síntomas del paciente. De allí que la Historia Clínica y su data obtenida registrada es la que permite:

- Orientar el diagnóstico
- Orientar el tratamiento

En la discusión diagnóstica, se pueden presentar errores como son:

- Ausencia de resumen de datos positivos.
- No justificar los síndromes detectados.
- Omitir síndromes fundamentales.
- Selección errónea del síndrome a discutir.
- Diagnóstico diferencial insuficiente.
- Ausencia de rediscusiones.

En fin, la Historia Clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que, dispues-



tos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y -cuando no se cuenta con la presencia del paciente o cuando éste ha tenido ingresos previos-, sirven como fuente para el análisis por otros médicos. Además de incluir los datos de la anamnesis (o interrogatorio) y del examen físico, se consignan en ella la discusión diagnóstica, la evolución y el tratamiento de los enfermos.

1.13. El impacto del diagnóstico médico

En líneas generales se podría hablar de dos (2) impactos importantes del diagnóstico médico, desde la siguiente perspectiva:

1. Para el médico

Una parte importante del accionar médico se relaciona con el proceso diagnóstico. Uno de los grandes desafíos a los que se enfrenta el médico en sus labores profesionales cuando atiende a un paciente, es poder llegar a una conclusión que englobe lo que le aqueja. Esto, de manera general y en un principio, se hace través de la exploración de los síntomas y dentro de una adecuada relación médico paciente, para así lograr obtener o formular una denominación de la enfermedad, que sea comprensible y que le permita elaborar un plan de estudio y tratamiento. Este proceso radica principalmente en los elementos que puede aportar directamente el paciente o a través del relato de terceros, entre ellos: familiares o cuidadores, y en algunos casos con la información recopilada anteriormente por otros facultativos, mediante los resultados de exámenes clínicos o informes, y en importante medida en el conocimiento que tiene el médico de una determinada enfermedad. A este ejercicio clínico se enfrenta el médico con cada paciente que debe atender y a su vez es escrutado en cada atención por el paciente y/o sus familiares y también por sus colegas cuando corresponde.

Como aproximación al diagnóstico no debemos olvidar que existe un diagnóstico de signos y síntomas clínicos, otro de cuadros sindrómicos y por último el de entidades nosológicas. Para el médico, el pro-



ceso diagnóstico la mayoría de las veces, implica la búsqueda de una solución a la sintomatología del paciente, y con eso la posibilidad de contar con un plan de estudio, tratamiento y pronóstico, lo que sin duda debería -al menos- tranquilizar al paciente y/o la familia.

En otras ocasiones, este proceso puede estar orientado a satisfacer una determinada clase diagnóstica que le permita acceder al paciente a algún beneficio del sistema de atención de salud (sea público o privado) o a algún seguro de salud específico.

La formulación de un diagnóstico implica y tiene importancia, además, por la responsabilidad con que debe ser asumida por el médico. La responsabilidad abarca tanto la responsabilidad ética como la responsabilidad legal con implicancias judiciales, la cual cada día está más presente en los procesos relacionados con la judicialización de la medicina, por ejemplo, por los errores médicos.

Por otro lado, el factor comunicación médico – paciente es relevante en cuanto al impacto del diagnóstico. Cuando ya el médico ha podido analizar la mayor cantidad de elementos que le permiten tener un diagnóstico presuntivo o bien definitivo, tiene el desafío de comunicárselo al paciente. Si se trata de un diagnóstico que no se acompaña de mayor gravedad, ni necesidad de exámenes de alto riesgo y que implica un tratamiento de fácil acceso y un buen pronóstico, en general, no hay mayores dificultades. Pero cuando la situación es la inversa, el médico se enfrenta al desafío de tener que comunicar una mala noticia.

Esto implica que se enfrenta a la realidad de ser capaz de hacerle comprender al paciente lo que le está ocurriendo. Y más allá de que el paciente logre una comprensión racional, se trata de poder ayudarlo tanto en el proceso de aceptación, como también en lo difícil que resulta muchas veces poder llegar a asumir todo lo que el diagnóstico implica. En esta parte, de la relación médico paciente, es clave que el médico sea empático, realista, claro y entregue un panorama lo más



objetivo posible de lo que le puede ocurrir al paciente.

2. Para el paciente

El impacto desde la perspectiva del paciente es que el diagnóstico es fundamental para poder contar con una explicación y razones convincentes acerca de la experiencia que viven a raíz de sus síntomas. Asimismo, se hace necesario poder contar con nombres conocidos de su cuadro clínico, con el conocimiento de las posibles causas y de las potenciales intervenciones. Los pacientes esperan que la consulta termine con un diagnóstico que permita un plan de estudio con exámenes y/o procedimientos, un tratamiento y un pronóstico. Es difícil que una consulta médica termine bien si no tiene al menos, un diagnóstico presuntivo.

El diagnóstico en sí mismo puede significar una experiencia terapéutica, un alivio para el paciente y su entorno, la posibilidad de un nuevo camino por recorrer, el poder contar con un mejor pronóstico, o bien transformarse en una experiencia traumática. Frente a esta disyuntiva el médico tiene que ser particularmente cuidadoso de cómo abordar el acto de comunicar el diagnóstico. Pero, antes debe haber explorado lo más profundamente posible quién es ese paciente y, si es necesario -con el apoyo de familiares- anticipar las eventuales consecuencias de cómo recibirá el diagnóstico. El diagnóstico puede determinar que las consecuentes acciones que se tomen con el paciente se encaminen en una dirección terapéutica o rehabilitadora, o contrariamente que se acompañen de efectos iatrogénicos y claramente perjudiciales para él y/o su familia.

Ningún diagnóstico carecerá de repercusiones emocionales; la sintomatología puede ser de escasa o nula gravedad y tratarse de algunas molestias transitorias, o por el contrario acarrear un futuro funesto. De ahí que se debe ponderar muy bien el diagnóstico como constructo (y sus variadas consecuencias) y las implicancias que puede determinar en el paciente y su entorno.

UNIDAD II

ATENCIÓN AL PACIENTE





2.1. Atención medica

En este aparte serán abordados los aspectos fundamentales de la atención medica como son: la definición o conceptualización desde diversas perspectivas, como son: la buena atención médica, la integridad de la atención médica, la calidad de la atención médica, y desde la atención individual del paciente; las características y los objetivos: las funciones. Como centro de atención del tema: el paciente, los tipos de pacientes, los derechos y deberes de los pacientes consagrados en la legislación ecuatoriana, entre otros.

2.1.1 Definición y objetivo de la atención medica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4): Es el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, de rehabilitación, de la protección médica y de la promoción de la salud.

La OMS centra la preocupación de la atención médica en el individuo, pero también amplía su radio de actividades en prevención, educación para la salud y fomento, teniendo en cuenta las condiciones materiales, sociales y ecológicas de cada caso y familia; de esta forma la atención médica se transforma en integral.

Para la Clínica Universidad de Navarra (2) la atención medica de manera general es el “Conjunto de atenciones y ayudas que se proporcionan a los pacientes en caso de enfermedad”.

Bajo esta concepción se podría entender, entonces, la atención al paciente como referida a la prevención, tratamiento, y manejo de enfermedades y la preservación del bienestar físico y mental a través de los servicios ofrecidos por profesionales de la salud.



Se habla de atención médica estándar cuando se hace referencia a un tratamiento que los expertos en medicina aceptan como apropiado para determinado tipo de enfermedad y que los profesionales de la salud usan de manera amplia. También se llama estándar de atención, tratamiento de referencia y tratamiento estándar.

Salud Pública de México (5) indica algunas consideraciones o requerimientos desde el punto de vista de la “buena atención médica” para la generalidad de miembros de la sociedad y expresa varios ítems que permiten considerarla como lo tal:

1. La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas, lo cual implica según el artículo que cualquier sistema cualquier sistema de prevención, diagnóstico o tratamiento debe ser fundamentado “en la observación racional y la deducción, adquiere un carácter azaroso que es incompatible con una buena atención médica, y confiere una base muy poco sólida para la adquisición de salud”.
2. Una buena atención médica enfatiza la prevención o medicina preventiva, señalando que la promoción y prevención de la salud debe alcanzar todas las ramas de la medicina.
3. La buena atención médica exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina científica. En este aspecto refiere que una atención médica no depende los profesionales excelentes o de las adecuadas infraestructuras para prestar el servicio, exclusivamente, sino que incluye la cooperación de los pacientes como vital, por ejemplo, al seguir las indicaciones médicas.
4. La buena atención médica trata al individuo como un todo. “Las enfermedades no son individuales, si no estados diversos de los individuos”. Aquí expresan textualmente (5):

Cada persona enferma presenta un problema único, que cada médico



ataca a su manera. Para que la atención sea adecuada es indispensable que el paciente sea visto como persona, miembro de una familia específica que vive en un medio ambiente determinado. Todos los factores relativos a su salud mentales y emocionales tanto como fisiológicos- se deben tomar en cuenta para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

5. Una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente. Este ítem está referido a la relación médico – paciente. Y expresa que: “Ningún grado de especialidad técnica, ni combinación alguna de aparatos de laboratorio es tan útil en el diagnóstico de muchos padecimientos, como el conocimiento personal de la historia clínica del paciente, su situación familiar y sus idiosincrasias física y mental”.

Entre otros aspectos señalados por el Sistema de Salud, se detallan: que una buena atención médica debe funcionar en coordinación con el trabajo social dirigido a la atención de los sectores más pobres o vulnerables de una sociedad. Que para una adecuada atención médica se requiere que los diferentes tipos de servicios médicos prestados por el sistema de salud estén coordinados, así como las agencias e instituciones encargadas de proveer los servicios médicos.

Concluye, que una buena atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas. Desde el punto de vista de la sociedad como un todo, es decir, que pueda estar al alcance de todos los individuos.

Desde la perspectiva de una atención de calidad en salud, tema por demás muy dinámico, la OMS (6) define la calidad como el alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de este y produciendo un impacto final positivo en salud.



Es decir, que el concepto de calidad de atención en salud está vinculado estrechamente con la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad.

En este contexto de la atención de calidad del paciente, se han descrito una serie de atributos o parámetros que miden la misma, entre ellos:

- a. Trato cordial y amable: comprende el trato adecuado de los usuarios y /o pacientes es un aspecto clave de la atención en los establecimientos de salud, sien parte importante para su satisfacción, contribuyendo a una atención personalizada. Ello incluye las normas de cortesía, amabilidad, el respeto a sus creencias ideológicas, religiosas, etc. sin discriminación de raza, sexo, procedencia, clase social, discapacidades físicas o mentales.
- b. Personal debidamente uniformado: el uniforme constituye una prenda de vestir peculiar y distintiva que usan los individuos pertenecientes a un mismo cuerpo, colegio y que tiene una misma forma. Es decir, que el utilizar la vestimenta adecuada responde a normas y exigencias de la profesión, así como el respeto que le tiene la sociedad, Elementos que favorecen una adecuada imagen social.
- c. Interés de la persona y su problema de salud: el equipo de salud debe demostrar un interés manifiesto en la persona, sus percepciones, necesidades y demandas.
- d. Respeto a la privacidad: el usuario y /o paciente tiene derecho a su privacidad personal, por ejemplo, a ser examinado en instalaciones adecuadas y diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable.
- e. Información completa, oportuna y entendida por el paciente o usuario de salud: el usuario debe recibir, comprender y aceptar la información que se le está brindando acerca de su diagnóstico, procedimientos y tratamiento referidos a su caso.
- f. Orientación y ejecución del examen clínico del área afectada:



esto requiere de una interacción adecuada entre examinador y examinado, lo cual requiere del examinador algunas habilidades, tales como: establecer un entendimiento mutuo, entrevistar lógicamente y escuchar, observar datos no verbales, establecer información adecuada con orientación al usuario, etc.

- g. Solución del problema de salud del paciente: este atributo está vinculado con la efectividad, es decir, al logro de cambio positivo en el estado de salud del paciente.

Desde el punto de vista de la integralidad o carácter integral la atención medica abarca:

- La aplicación de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras.
- La atención de problemas de salud físicos, psíquicos y sociales,
- El cuidado de todo el grupo familiar
- El trabajo en equipo
- La atención medica jerarquizada, progresiva y continuada
- El saneamiento ambiental y la proyección hacia la comunidad, promoviendo la participación activa de la misma.

2.1.2. Características de la atención medica

Las características fundamentales de la atención médica pueden ser deducidas de los diferentes conceptos emitidos anteriormente:

1. La atención médica debe realizarse bajo el manto de las normativas legales que amparan al paciente en cuanto a sus derechos, entre ellos:

- Recibir atención médica con prontitud y competencia, de acuerdo con los recursos de la ciencia médica actual y de acuerdo a la ética profesional, es decir, recibir una atención adecuada.
- Respeto a la intimidad y privacidad personal, o ser tratados con confidencialidad.



- Recibir un trato digno, respetuoso, humano y personalizado, sin importar su edad, sexo, color, religión, valores, creencias.
 - Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
 - Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
 - Contar con posibilidades de obtener otras opiniones médicas.
 - Recibir atención médica a todos los niveles como en el caso de urgencias.
 - Contar con un expediente clínico
 - Ser recibido y atendido cuando aun estando inconforme con la atención médica recibida.
- b. En cuanto al profesional médico, éste debe otorgar atención médica al usuario y/o paciente con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes; y atención segura que permita satisfacer las necesidades de salud y sus expectativas, con satisfacción de los prestadores de servicios y de la institución.
- c. Relativo a la relación médico - paciente, ésta es considerada la piedra angular de la práctica médica. Desde el punto de vista legal es un contrato generalmente no escrito. Es una interacción entre personas: el médico y el paciente o su familia. Intervienen factores del medio ambiente y tecnológico. La capacidad que tiene el paciente o en su caso del familiar del paciente, de exponer detalladamente la causa que motivó la consulta. El arte del médico de poder obtener la información necesaria para poder llegar junto con la exploración física, a un diagnóstico de certeza para posteriormente iniciar un tratamiento adecuado.
- d. La atención médica, para ser de calidad, debe ser segura, eficaz, eficiente, equitativa, oportuna y centrada en el paciente.
- e. La atención médica debe regirse por los siguientes principios:
- Igualdad: lo que implica que todo ser humano tiene derecho sin ningún tipo de discriminación (racial, política, religiosa, etc).
 - Calidad: debe ser de máxima calidad, alcanzada por la suma



de la recursos y conocimientos. Profesionales.

- Integridad: debe abarcar todos los niveles de las acciones de salud e incluir las áreas de prevención, curación, salud mental, salud materno infantil, medicina laboral, etc.
- Oportunidad: está referido a la disponibilidad de los recursos en el momento requerido y el funcionamiento las 24 horas del día.
- Accesibilidad: los recursos deben estar disponibles para la cobertura en zonas rurales, urbanas y poblaciones aisladas.

Por otro lado, González, L. y Gallardo, E. (7), señalan en su libro “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”, que el sistema de salud debe proporcionar atención al paciente con las siguientes características:

- Segura. Evitar que los pacientes sean dañados debido a las intervenciones médicas que se supone intentan ayudarlos.
- Oportuna (a tiempo). Que se reduzcan las esperas y las demoras dañinas para el paciente y el personal médico.
- Efectiva. Proveer servicios basados en el conocimiento científico, a todos aquellos que puedan ser beneficiados y no a aquellos que no puedan beneficiarse.
- Eficiente. Que disminuya el desperdicio de equipo, insumos, ideas y energía.
- Equitativa. Asegurar que el cuidado brindado no varíe en calidad, debido a características personales del paciente, tales como género, etnia, localización geográfica o estatus socioeconómico.
- Centrada en el paciente.
- Proveer servicio médico que sea respetuoso y que responda a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, asegurándose de tomarlos en cuenta en todas las decisiones clínicas.

El artículo referido indica, además, que la calidad de la atención médi-



ca tiene tres (3) dimensiones:

- La técnica, seguir la mejor estrategia que la ciencia actual hace posible
- Los aspectos interpersonales, que se establecen en la relación médico-paciente, con el objeto de lograr la mayor satisfacción del usuario con pleno respeto de su autonomía y preferencias
- El ambiente de los servicios, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares.

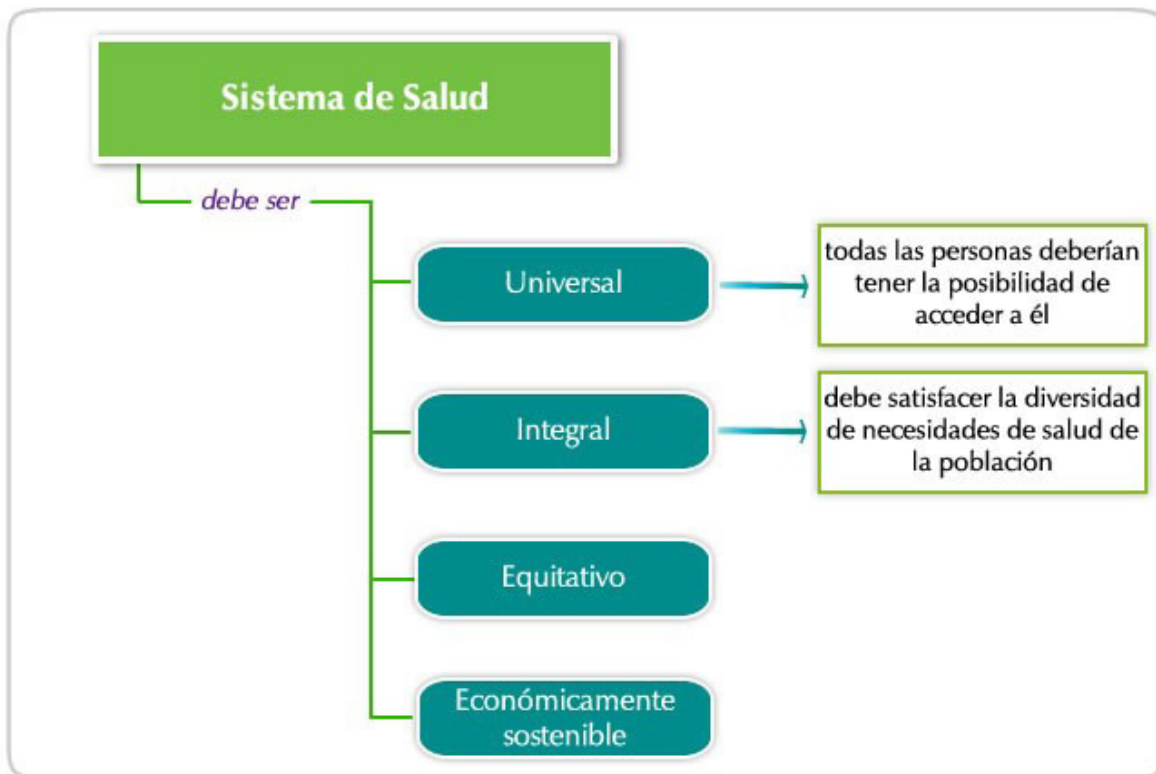
2.1.3. Tipo y funciones de la atención medica

Un sistema de salud es una organización creada para proveer servicios destinados a promover y prevenir la salud, así como a recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable.

Este sistema está compuesto por establecimientos que se organizan en distintos niveles de complejidad, de acuerdo con un modelo de atención definido. Estos establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina “red de atención o de servicios de salud”.



Figura 11. Sistema de Salud



Fuente: Universidad de La Punta. La Atención Médica - Niveles de organización - Organización Hospitalaria [Internet] 2015 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/educacion_salud/la_atencion_medica_niveles_de_organizacion_organizacion_hospitalaria.html

De manera general se consideran varios tipos de Niveles de atención médica y ellos dependen de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan. Estos han sido considerados así:

1. Primer nivel de atención o atención primaria: son los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades,



atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad. Ejemplos de primer nivel: Centros de Salud, Centros Comunitarios, Salas de Primeros Auxilios.

2. Segundo nivel de atención: hospitales generales -con áreas programáticas- (son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general) que atienden pacientes derivados de los “Centros del Primer Nivel de atención” y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel.
3. Tercer nivel de atención: hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas.

Siguiendo a Burgos (8) en el trabajo titulado Servicios de Salud, Organización y niveles de atención, se tienen los siguientes aspectos:

“Se entiende por nivel de atención es el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de Organización de los Servicios de Salud, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.” (8)



Figura 12. Niveles de atención



Fuente: Hurtado, P. Niveles e atención en salud I [Internet] 2012 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/PiaHurtadoBurgos/niveles-de-atencin-en-salud-i>

En la siguiente lámina se presenta los niveles de atención y niveles de complejidad y categorías de establecimientos de salud del sector:



Figura 13. Niveles de atención y niveles de complejidad y categorías de establecimientos de salud del sector

NIVELES DE ATENCION Y NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR SALUD		
NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS
PRIMER NIVEL DE ATENCION	1 Nivel de Complejidad	I - 1
	2 Nivel de Complejidad	I - 2
	3 Nivel de Complejidad	I - 3
	4 Nivel de Complejidad	I - 4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	5 Nivel de Complejidad	II - 1
	6 Nivel de Complejidad	II - 2
TERCER NIVEL DE ATENCION	7 Nivel de Complejidad	III - 1
	8 Nivel de	III - 2

Fuente: Hurtado, P. Niveles e atención en salud I [Internet] 2012 [citado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/PiaHurtadoBurgos/niveles-de-atencion-en-salud-i>

PRIMER NIVEL:

- Se atiende el 70 – 80% de la demanda de la población.
- Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de sus recursos,
- En este nivel se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamien-



to oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

CATEGORIA I -1

Definición:

Primer nivel de atención satisface las necesidades de salud de la población en su ámbito jurisdiccional a través de atención integral ambulatoria, con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.

Características:

- Pertenece al primer nivel de atención – MINSA puesto de salud tiene un ámbito de acción con una población y territorio asignado.
- Es parte de la microred de salud articulándose con los centros de salud para resolver los problemas sanitarios de su ámbito.

Funciones generales:

1. Promoción de la salud:

- Creación y protección de entornos saludables: escuelas saludables familias y viviendas saludables.
- Fomento de estilos de vida saludables: A la persona, familia y comunidad.
- Promoción y desarrollo de una ciudadanía activa y responsable de su salud.
- Coordinación con las autoridades locales para el desarrollo de las políticas sociales de la localidad.

2. Prevención de riesgos y daños:

- Vigilancia epidemiológica notificación inmediata de transmisibles, participación control de brotes.
- Operativización de medidas de prevención y control de riesgos y daños de la familia comunidad y medio ambiente control de enfermedades inmuno prevenibles y vigilancia nutricional.
- Vigilancia de complicaciones obstétricas y vigilancia de riesgo



especifico.

3. Recuperación de la salud:

- Manejo básico protocolizado de los problemas más frecuentes de salud de la población y referencia de los mismos al nivel de complejidad correspondiente.

4. En lo Gerencial:

- Análisis de la situación de salud local identificación, priorización de necesidades, censo local, registro de la población, mapeo de riesgos y daños.
- Elaboración ejecución y evaluación del PSL, con participación de la comunidad la microrred
- Organizar la red de vigilancia comunal.

CATEGORÍA I – 2

Definición

Categoría del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención médica integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana

Características

- Pertenece al primer nivel de atención.
- Para el Caso del Ministerio de Salud, corresponde a un puesto de salud con médico.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado.
- Es parte de la Microrred de Salud, articulándose con los otros establecimientos de salud, para resolver los problemas sanitarios de su ámbito.
- El Puesto de Salud con Médico además de contar con el personal que corresponde a la Categoría anterior, tendrá Médico



general.

Funciones generales

1. Promoción de la Salud:

- Diseño de planes y proyectos para satisfacer las necesidades de salud y expectativas de la población.

2. Prevención de Riesgos y Daños:

- Ejecuta e informa las acciones de control epidemiológico a los niveles correspondiente Implementación y de medidas de prevención y control de las enfermedades inmuno -
- prevenibles prevalentes.
- Vigilancia y monitoreo de complicaciones obstétricas, mortalidad materna y perinatal Prevención de disfunciones familiares y violencia social

3. Recuperación de la salud:

- Diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes de la población de su ámbito jurisdiccional y referencial de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente.
- Atención de emergencias, manejo y referencia de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente

4. Rehabilitación de la Salud:

- Identificación de la población con discapacidad o con riesgo de discapacidad y su referencia al nivel respectivo.
- Continuación de los procedimientos de rehabilitación sugeridos según indicación en los establecimientos donde se brindó la atención.
- Desarrollar acciones de la estrategia: Rehabilitación Basada en la Comunidad



5. En lo Gerencial:

- A cargo del responsable del Establecimiento de Salud.
- Consolidar, controlar y supervisar la ejecución de la programación de actividades de los establecimientos que se encuentra dentro de su ámbito de acción (según corresponda en la organización de microrredes y Direcciones de Redes).
- Determinar las necesidades de capacitación y educación continua del personal, así como de organizar y ejecutar las actividades requeridas para satisfacer dichas necesidades.
- Notificación de Mortalidad general, materna, perinatal e infantil Registro, procesamiento y análisis de la información de salud.

TIPO I-3

Definición

Categoría que pertenece al primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos de salud de complejidad inmediata superior al puesto de salud.

Características

- Pertenece al primer nivel de atención
- Para el caso del Ministerio de Salud corresponde a Centro de Salud Sin Internamiento.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado y referencial.
- Es parte de la Microrred de Salud y es el centro de referencia del Puesto de Salud con Médico.
- El Centro de Salud debe contar con un equipo de salud constituido: médico cirujano o médico familiar, enfermera, obstetra, técnico o auxiliar de enfermería, técnicos de laboratorio y farmacia, etc.



Funciones generales

- Viene hacer las mismas que las que corresponden a la Categoría anterior.

Unidades productoras de servicios

- Salud Comunitaria y Ambiental Es la misma que corresponde a la Categoría anterior.
- Consulta Externa Además de lo considerado en la Categoría anterior, se agrega la Consulta Externa odontológica, dentro de la misma unidad productora de servicio, para lo cual se hace necesario la infraestructura y el equipamiento mínimo necesario.
- Farmacia / Botiquín: Es el área funcional donde se realiza la dispensación de medicamentos e insumos. Almacena adecuadamente los medicamentos esenciales.
- Patología Clínica: (Laboratorio Clínico): Área funcional donde se realiza la toma, recepción, procesamiento o envío de las muestras de sangre o fluidos corporales y emisión de resultados de los exámenes o ensayos del paquete básico correspondiente al Laboratorio Local.
- Atención de Parto: Sólo para casos de partos inminentes y la respectiva atención inmediata del recién nacido.
- Esterilización: Si bien no existe el servicio organizado como tal, se realiza la esterilización del material y equipo médico quirúrgico del Centro de Salud mediante métodos físicos y/o químicos.
- Emergencia. No existe como servicio, pero cuenta con área y equipamiento básico para la atención médica, manejo y estabilización de emergencias, con la correspondiente referencia al establecimiento de mayor complejidad.

TIPO I – 4

Definición

Es el establecimiento de salud del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria



y con Internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno- Perinatal, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior al centro de salud sin internamiento.

Características

- Pertenece al primer nivel de atención
- Para el caso del Ministerio de Salud corresponde a un Centro de Salud con Internamiento.
- Es parte de las Microrredes de Salud y es el centro de referencia inmediato del Puesto y Centro de Salud sin Internamiento
- El Centro de Salud con Internamiento debe contar con un equipo de salud constituido como mínimo por: médico cirujano o médico familiar, médicos gineco-obstetra y pediatría, personal de enfermería y de obstetricia, odontólogo, técnicos de: enfermería, laboratorio, farmacia, estadística, etc.

Funciones generales

- Además de las ya descritas para el Centro de Salud Sin internamiento

1. Promoción de la Salud:

- Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento

2. Prevención de Riesgos y Daños:

- Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento

3. Recuperación de la salud:

- Diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de mayor complejidad de la población de su ámbito jurisdiccional y refe-



rencial de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente.

- Atención de emergencias, manejo y referencia de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente.

4. Rehabilitación de la Salud:

- Identificación de la población con discapacidad o con riesgo de discapacidad y su referencia al nivel respectivo.
- Continuación de los procedimientos de rehabilitación sugeridos según indicación en los establecimientos donde se brindó la atención.

5. En lo Gerencial:

- Cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento.

Unidades productoras de servicios

1. Salud Comunitaria y Ambiental: cuenta con las mismas funciones que el Centro de Salud Sin internamiento.
2. Consulta Externa: consulta externa médica especializada y consulta externa de otros profesionales de la salud.
3. Farmacia: Es el área funcional donde se realiza el expendio, dispensación de medicamentos e insumos y el almacenamiento de los medicamentos esenciales.
4. Patología Clínica: (Laboratorio Clínico). Área funcional donde se realiza la toma, recepción, procesamiento o envío de las muestras de sangre o fluidos corporales y emisión de resultados de los exámenes o ensayos del paquete básico correspondiente al Laboratorio Local.
5. Sala de Atención de Parto: Sólo para la atención del parto eutócico y la atención inmediata del recién nacido.
6. Internamiento: Si bien no existe el servicio organizado de hospitalización, deberá existir un número de camas para internamiento proporcional a la demanda de usuarias derivadas de la aten-



ción del parto eutócico principalmente ó de los casos agudos que requieran periodos de observación de 24 horas.

7. Sala de Intervención Quirúrgica: En donde se realizarán intervenciones quirúrgicas simples, relacionados principalmente a la Atención Materno Perinatal, y otras cuyas atenciones son inminentes.

CATEGORIA II – 1

Definición

Establecimiento de Salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Características

- Pertenece al segundo nivel de atención de salud
- Para el Ministerio de Salud esta categoría corresponde al Hospital I.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado.
- Es el establecimiento de referencia de las microrredes de salud.
- La cantidad de recursos humanos será establecida con precisión en función a la demanda.
- Deberá contar como mínimo con los siguientes recursos humanos: médico internista, pediatra, odontólogo, gineco – obstetra, psicólogo, enfermero, asistente social, nutricionista, técnicos de: laboratorio, enfermería, sanitario, estadístico, etc.

Funciones generales

1. Promoción de la Salud:

- Igual a lo consignado en la categoría anterior



2. Prevención de la enfermedad:

- Además de lo consignado en la categoría anterior incluye:
 - Vigilancia y Control de Infecciones Intra hospitalarias.
 - Prevención y detección precoz de enfermedades no transmisibles crónico degenerativas prevalentes en la zona.

3. Recuperación de la salud

- Diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de la población de su ámbito jurisdiccional y referencial, según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente.
- Atención de emergencias, manejo y referencia de los mismos según sea el caso al nivel de complejidad correspondiente.

4. Rehabilitación de la salud:

- Además de lo consignado en la categoría anterior:
 - Participación activa en la rehabilitación de las personas y su integración en el desarrollo normal de sus actividades.

5. En lo Gerencial:

- Formulación, ejecutar y evaluar el Plan Estratégico y Plan Operativo Institucional.
- Planificar y ejecutar actividades de capacitación e investigación de acuerdo a las necesidades intra y extrainstitucional.
- Establecer un sistema de información gerencial: Disponer de la información para estimar la demanda de servicios de la comunidad y necesidades de recursos.
- Mantener comunicación y coordinación continua con los establecimientos de salud de la red de servicios, según normas establecidas y con los organismos de desarrollo integral de su comunidad.
- Notificación de Mortalidad general, materna, fetal, neonatal y perinatal e infantil
- Implementar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Organizar la red de vigilancia comunal



2.2. Definición de atención al paciente

2.2.1. Definición de paciente según la Organización Mundial de la Salud y otros

Etimológicamente la palabra paciente nos remite al latín *patiens*, participio del verbo *patior* cuyo significado es sufrir. Por lo tanto, como sustantivo es aquel ser que sufre la acción de un agente, que puede ser una enfermedad o un accidente, o sea una dolencia física o psíquica.

En lenguaje común se entiende por paciente como una persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.

Para las ciencias de la salud en general, el paciente es una persona que sufre dolor o malestar.

La Organización Mundial de la Salud (9), expone:

“Se ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo.” (9)

Este concepto responde a que, para la Organización Mundial de la Salud, la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.



2.2.2. Clasificación de los pacientes

La Enciclopedia cubana EcuRed (10) clasifica de manera genérica y desde su actitud a los pacientes de la siguiente manera:

1. Pacientes agradables:

Los pacientes agradables son generalmente muy fáciles de cuidar. Por suerte, la mayoría de los pacientes entran en esta categoría. Sin embargo, el principal problema de estos pacientes es que, dada su simpatía, un médico puede estar tentado de ser más tranquilizador y optimista de lo que debe ser cuando el realismo dicta lo contrario.

2. Pacientes valientes:

Los pacientes valientes tienen la fuerza emocional suficiente para afrontar con entereza cualquier diagnóstico por duro que resulte.

3. Pacientes que no cumplen:

Estos pacientes pueden ser muy frustrantes para un médico porque nunca parecen querer continuar con el tratamiento que se les prescribe a pesar de seguir acudiendo a la consulta para quejarse de los síntomas que le trajeron allí por primera vez. Es el caso, por ejemplo, de los fumadores que no dejan el tabaco.

4. Pacientes enfadados:

No todos los pacientes reaccionan bien ante un mal diagnóstico, algunos lo hacen con enfado, rabia e incluso ira. Recuerda que la ira puede ser el mecanismo de defensa del paciente ante alguna otra emoción subyacente, como el miedo, la ansiedad, o la depresión.

5. Pacientes manipuladores:

Estos pacientes han aprendido cómo conseguir lo que quieren si es bueno para ellos o no. Tenemos que ser capaces de reconocer cuándo estamos siendo manipulados y tener cuidado para evitar “ceder” cuando sabemos que no es en el mejor interés del paciente.



6. Pacientes exigentes:

Este tipo de pacientes requieren mucha atención. Pueden resultar agobiantes en ciertas ocasiones, por lo que a veces tienes que fijar con suavidad límites a lo que puede y no puede hacer por ellos.

7. Pacientes directos:

Son los pacientes a los que gusta estar al mando, controlándolo todo. Te dicen lo que quieren y no dudan en mostrarse en desacuerdo con el médico si no les gusta lo que está diciendo o haciendo (o no haciendo).

8. Pacientes ansiosos:

Este tipo de pacientes pueden llevar mucho tiempo y a menudo requieren mucha tranquilidad.

9. El caso más extremo es el paciente hipocondriaco que llama a urgencias ante el más mínimo dolor.

En otro sentido, se consideran que pueden ser clasificados en razón del estado en que se encuentren, se habla entonces de: paciente estable, paciente crónico, paciente en la UCI, etc.

2.2.3. Derechos y deberes de los pacientes. Marco legal

La República de Ecuador cuenta con una arquitectura jurídica sólida que sustenta la garantía los derechos de los ecuatorianos en materia de salud, Sistema Nacional de Salud, y de protección de grupos poblacionales. De este bagaje de normas, se citan textualmente, los siguientes artículos:

En el Título II. De los Derechos. Capítulo II “Derechos del Buen Vivir” (11), Sección séptima Salud, el Artículo. 32, reza:

Art. 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua,



la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En las normas regulatorias al Régimen del Buen Vivir en el Título VII. (11) Capítulo primero “Inclusión y equidad”, en la Sección segunda, se encuentra “Salud”, al respecto la normativa constitucional indica:

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades



del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

Art. 365 C.P.R.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

Por otro lado, las normas constitucionales son desarrolladas en la Ley Orgánica de la Salud, en ellas se encuentran, por ejemplo, en el Capítulo II, sobre la regulación de la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades. Expresa el Artículo 4, lo siguiente: La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría de la salud;



así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley. (12)

Y el artículo 6 enumera las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entre ellas:

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación;

14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes.

Entre otras normas importantes se encuentran dentro de esta ley:

Artículo 7, letra j, L.O.S.- Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos.

Art. 186.- Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.

Una vez que el paciente haya superado la emergencia, el establecimiento de salud privado podrá exigir el pago de los servicios que recibió.



Por otro lado, la Ley de derechos y amparo del paciente (13) estipula en su articulado, los Derechos del Paciente en el Capítulo II:

Art. 2.- Derecho a una atención digna. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuándose las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quién es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.



Y el Capítulo III de la misma Ley enuncia las normas sobre Amparo al Paciente en situaciones de Emergencia:

Art. 7.- Situación de emergencia.- Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas cortopunzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.

Art. 8.- Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier servicio de salud, público o privado, sin necesidad de pago previo.

Art. 9.- Se prohíbe a los servicios de salud públicos y privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud. Tan pronto como el paciente haya superado la emergencia y se encuentre estabilizado en sus condiciones físicas, el servicio de salud tendrá derecho para exigir al paciente o a terceras personas relacionadas con él, el pago de los servicios de salud que recibió.

Art. 10.- El estado de emergencia del paciente será calificado por el servicio de salud al momento de su arribo.

Art. 11.- Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, podrán deducirse



del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Y en el Capítulo IV se contemplan las sanciones por falta de atención en situaciones de emergencia

Art. 12.- Bajo ningún motivo un servicio de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. El servicio de salud que se negare a atender a un paciente en estado de emergencia será responsable por la salud de dicho paciente y asumirá solidariamente con el profesional o persona remisa en el cumplimiento de su deber, la obligación jurídica de indemnizarle los daños y perjuicios que su negativa le cause.

Art. 13.- Los responsables de un servicio de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años.

Y en el Capítulo V está consagrada la Aplicación de la Ley:

Art. 14.- La presente Ley obliga a todos los servicios de salud del país, sean estos públicos, privados o a cargo de instituciones militares, policiales, religiosas o de beneficencia.

Art. 15.- Es obligación de todos los servicios de salud mantener a disposición de los usuarios ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.

Art. 16.- Todos los servicios de salud están obligados a mantener expuestas en lugares visibles para el público, las tarifas que se cobran por sus servicios.

En conclusión, los deberes y de derechos de los pacientes, han sido



resumidos por el Ministerio de Salud Pública (14), así:

Nuestros pacientes tienen derecho a:

- Una atención oportuna con respeto, cortesía y sin ninguna discriminación.
- Confidencialidad sobre su tratamiento.
- Recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias se le deberá informar al paciente sobre las consecuencias de su decisión.

Los deberes de nuestros pacientes son:

- Proporcionar información sobre su enfermedad.
- Autorizar a un familiar a solicitar información sobre su tratamiento en caso de que el paciente mismo no lo pueda hacer.
- Preguntar si no entiende las instrucciones y procedimientos en su tratamiento.
- Solicitar que le alivien el dolor.
- Tomar únicamente medicamentos o bebidas indicadas por el médico.
- Ayudar a controlar ruidos y número de visitas en su habitación.
- Respetar al personal y a los bienes de la Institución.

Además, se consideran deberes de los pacientes, otras como:

- Asumir la responsabilidad del cuidado de su salud.
- Ofrecer al médico toda la información necesaria y veraz.
- Previa información y toma de decisiones, seguir las indicaciones que se le ofrecen para el cuidado de su salud.
- Tener confianza en su médico.
- Recordar que el trabajo del médico es ayudar al paciente, deberá ayudarlo para su beneficio.

Al respecto de las obligaciones del paciente, añade Carvajal (15) encargada del Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) del



Hospital General de Macas:

...los usuarios deben colaborar con el equipo de salud diciendo sus antecedentes patológicos con claridad y confianza para que el médico pueda hacer un diagnóstico veraz.

También expresó que deben dar un trato respetuoso y cordial a todo el personal sanitario, deben cumplir con las normas de las instituciones de salud, cuidar las instalaciones médicas y sobre todo cumplir al 100 por ciento con el tratamiento del médico y las recomendaciones de promoción y prevención de salud.

Para Carvajal, estos deberes y obligaciones también deberían ser válidos para los pacientes que acuden a los servicios de salud privados con el fin de garantizar una atención de calidad para todos los usuarios.

2.3. Seguridad del paciente

La Organización Mundial de la Salud (9) en el documento denominado Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente define la Seguridad del Paciente, como:

“La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.” (9)

Por otro lado, Vincent citado por Rocco y Garrido (16) la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria.



Lo cual implica que el objetivo de la seguridad del paciente es primariamente la reducción del daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana.

Cabe indicar que a través del tiempo debido a la necesidad se han hecho esfuerzos desde varias organizaciones con planteamientos puntuales referidos a propósitos acciones y retos fundamentales planteados en diferentes programas, entre ellos:

1. El documento mencionado anteriormente publicada en el año 2009 por la OMS (9), Este documento tiene la finalidad de: “permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente)”.

Es decir, que su objeto es ofrecer un método de organización de los datos y la información sobre seguridad del paciente dada su necesidad y que constituye un trabajo no acabado lo cual permite agregar y analizar nuevas conceptualizaciones de seguridad del paciente, lo cual implica un proceso continuo.

Esta clasificación o CISP se elaboró para ser “una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente”

El marco conceptual de la CISP está integrado por 10 clases superiores:

1. Tipo de incidente



2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

La misma OMS en el 2004 plateo un programa bajo el lema “ante todo, no hacer daño”, y sus propósitos acciones y retos fundamentales se reflejan en programas de riesgo significativo y los retos del programa de seguridad del paciente. Entre las acciones se mencionan:

1. Una atención limpia es una atención más segura. Política de higiene de manos
2. La cirugía segura salva vidas. Listado de verificación quirúrgica
3. Lucha contra la resistencia a antimicrobianos.

El Consejo de Europa en el 2006, a través de la Declaración de Varsovia sobre Seguridad del Paciente, destaca:

1. La necesidad de establecer un Sistema de Notificación de Incidentes entre sus líneas estratégicas.
2. Promover una cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistemático
3. Implicar a pacientes y ciudadanos en la mejora de la seguridad.

Por otro lado, la Joint Commission International, creada en 1951 como JCAHO, es una organización independiente y sin ánimo de lucro que se ha dedicado desde entonces a la acreditación hospitalaria, a través de la cual concreta su misión de mejorar la seguridad y calidad de la atención.



En 2005 se creó el Joint Commission International Center for Patient Safety, siendo declarado el primer centro del mundo colaborador con la OMS íntegramente dedicado a la seguridad del paciente. Y dentro de sus objetivos destacan:

1. Mejorar la identificación de los pacientes.
2. La comunicación efectiva entre los que brindan atención sanitaria y la seguridad en el uso de medicamentos.
3. Reducir los daños asociados con los sistemas de alertas clínicas y el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria
4. Que el hospital identifique los riesgos inherentes a la población atendida.

En este contexto, Ecuador en el año 2016, aprueba y publica bajo acuerdo ministerial 00000115 y registro oficial 760 el “Manual de Seguridad del paciente/Usuario para el Sistema nacional de Salud” (17), el cual fue desarrollado por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

El objetivo general del manual es “establecer y estandarizar lineamientos y herramientas técnicas que permitan garantizar la seguridad del paciente en los procesos de atención en todos los establecimientos de salud del Ecuador”, es decir, que emite directrices de carácter obligatorio para que los establecimientos implementen prácticas seguras a favor del paciente y del equipo de profesionales de salud, fomentando un programa de seguridad del paciente.

El manual en referencia fue presentado en Alemania en el año 2017 en el marco de la segunda Cumbre Mundial de Seguridad del Paciente, por Roberto Ponce, Director Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y Edy Quizhpe, Director Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS).

La finalidad del manual es la de “dotar a las instituciones que confor-



man el Sistema Nacional de Salud de una herramienta que contribuya a minimizar el riesgo del paciente - usuario en el proceso de atención de salud”. Es un instrumento que facilita la implementación de prácticas seguras en todos los establecimientos de salud e incorpora lineamientos, conocimientos, habilidades y destrezas de todos los trabajadores, servidores, profesionales de la salud.

En el mismo orden de ideas, a objeto de abundar en el tema de la seguridad del paciente, se hace referencia al artículo de Rocco y Garrido (16) cuyo objetivo es explorar las definiciones, procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, se destacan algunos aspectos significativos como son:

Manifiestan los autores que “solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria”.

Se centran en la Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar al paciente lesiones causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

Indican, que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud, y por tanto la seguridad asistencial se fundamenta en dos líneas de pensamiento que son:

1. La teoría del error de Reason: la cual asume que el ser humano es falible, por lo que, pese a los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán aconteciendo, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la pro-



ducción de fallos menos proclives a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de detección e interceptación precoz de los errores.

2. La cultura de seguridad (CS): La cultura de seguridad, es definida como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir. Cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar.

Señalan que los eventos adversos en la seguridad del paciente pueden estar en relación con:

- a. los problemas de la práctica clínica
- b. de los productos
- c. de los procedimientos o del sistema.

Para mejorar la seguridad del paciente se requiere de todo el sistema un esfuerzo complicado que abarque una gran cantidad de acciones tendentes a la mejora del desempeño, tales como:

- a. la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones,
- b. el uso seguro de los medicamentos,
- c. la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

Y concluyen su trabajo con una reflexión que involucra el concepto de Cultura de Seguridad y la participación activa de los involucrados al sistema de salud:



A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, debemos seguir avanzando en la seguridad del paciente. Esto implica, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, con una cultura no punitiva, centrando el análisis en lo que pasó y no en quien lo hizo. Implementando medidas de mejora, que involucren a pacientes y al personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad. Entrenar a los equipos de salud, utilizando metodologías innovadoras como la simulación clínica, la utilización de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos. Estos son ejemplos de acciones bien encaminadas que deben replicarse de manera constante, para generar investigación de calidad, pero el éxito de las acciones para disminuir el daño y el error requiere la participación activa de todos los involucrados en el cuidado de la salud, agencias gubernamentales, organizaciones de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, personal de salud, pacientes y sus familias. Solo así lograremos un cambio de cultura real y movernos hacia la seguridad total, nuestros pacientes no se merecen menos.

En el marco de la seguridad del paciente se podría abordar el tema de la atención a pacientes bajo normas de bioética y bioseguridad:

Si hablamos de bioseguridad, ésta involucra las actividades relacionadas con el contacto de material infecto contagioso, sustancias químicas, factores físicos como radiaciones y el contacto con el paciente y sus fluidos corporales. “«Seguridad biológica» (o «bioseguridad») es el término utilizado para referirse a los principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental”. (18)

La bioseguridad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2005, como



“el conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológico, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y la seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y medio ambiente”. (18)

Es decir, que es importante considerar dentro de la bioseguridad lo concerniente a la seguridad del paciente, que se convierte en el otro actor de la realidad de la práctica clínica.

La seguridad del paciente como ya se ha visto, engloba la identificación de efectos adversos, el análisis de los factores relacionados y la implantación de medidas de mejora que ayuden a evitar el error humano, o el fallo del sistema, o al menos a reducir sus consecuencias en el paciente.

Como un primer acercamiento a la precisión terminológica, se puede concluir, que la bioseguridad como término general englobaría seguridad al paciente y la salud ocupacional.

Para varios autores y organizaciones en cuanto a la seguridad bajo normas de bioética y bioseguridad, incluye aquellas consideradas de carácter general aplicables a trabajadores y pacientes, como son:

- Uso de barreras de protección.
- Cambio de guantes entre paciente.
- Uso de caretas y/o anteojos protectores.
- Uso de bata desechable o reusable cuando sea probable que se salpique con líquidos corporales.
- Las superficies deben cubrirse con materiales impermeables, desechándose entre pacientes.
- Minimizar los rocíos de aerosoles.
- Lavado y cuidado de manos.



- Uso y cuidado de instrumentos con filo, desechándolos en contenedores.
- Evitar heridas con punción de agujas, éstas no deben volver a tapar, doblar o romper antes de ser desechadas.
- Esterilización de instrumentos de alto nivel.
- Descontaminación de superficies del medio.

Entre otros aspectos relativos a la bioseguridad en el campo de la salud, se tienen:

- Manejo de objetos cortantes o punzantes: Tener extremo cuidado con los mismos, no reencapsular las agujas y si es imprescindible taparlas, colocar la tapa de la aguja en una superficie sólida y con una sola mano; eliminar el uso de dispositivos con agujas cuando existan alternativas seguras y efectivas; implementar el uso de dispositivos dotados de mecanismos de seguridad); no dejarlos abandonados en cualquier sitio, comprobar que no van entre las ropas que se envían a lavandería y eliminarlos en contenedores rígidos de seguridad. El descartador debe estar hecho con material resistentes a pinchazos, provisto de asas para su transporte ubicadas lejos de la abertura del descartador y ésta debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado la mano del operador no sufra riesgo de accidente; debe ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante. Los contenedores se deben disponer en un lugar cercano al lugar de trabajo de modo que los implementos se puedan desechar de inmediato tras su utilización.
- Precauciones basadas en el mecanismo de la transmisión: se utilizan en pacientes que tienen diagnósticos o sospecha de infección por microorganismos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes, para los cuales se necesitan medidas adicionales a las precauciones estándar. Se debe tener en cuenta los tres mecanismos de transmisión que son vía aérea, gotas y contacto. Ejemplo de estas enfermedades son tubercu-



losis, varicela y sarampión.

Con relación al tema el Ministerio de Sanidad del Ecuador, este destaca:

- Todo trabajador sanitario que tenga contacto con sangre y fluidos corporales debe estar vacunado contra la hepatitis B.
- Cumplir con las normas de higiene personal.
- Cuando presenten heridas o cortes se los cubrirán con apósitos impermeables y con guantes y se retirará anillos y otras joyas.
- Cumplir con lo establecido respecto a los procesos de esterilización y desinfección
- Tener presente que los métodos de desinfección y esterilización basados en el calor son muy efectivos para inactivar al VIH y el virus hepatitis B
- Todos los materiales utilizados con los pacientes deberán ser descontaminados de acuerdo al material y al grado de contaminación.
- Usar preferiblemente material de un solo uso; si esto no es posible los objetos se deben esterilizar entre paciente y paciente, previa limpieza.
- En la recolección y transporte de muestras se debe usar sistemas cerrados, como tubos y dispositivos vacíos, pues todo espécimen debe ser considerado como potencialmente peligroso.
- Las etiquetas deben tener un sistema de identificación legible.
- Cada uno de los residuos considerados en la clasificación adoptada por el centro sanitario debe contar con un recipiente apropiado, tal como bolsas plásticas de color, así como recipientes especiales para los materiales cortopunzantes
- El tamaño y número de los recipientes debe ser adecuado a la cantidad prevista de desechos que se generan en la sala.
- Es importante identificar claramente los recipientes y bolsas para cada tipo de residuos.
- Las bolsas y recipientes de desechos deberán ser selladas y



llevadas a un lugar especial de almacenamiento donde se colocarán en pilas separadas de acuerdo al color de las bolsas o contenedores dos veces al día, o con más frecuencia en quirófanos y unidades de cuidados intensivos.

- El lugar de almacenamiento deberá ser seguro y contar con instalaciones que permitan su limpieza.
- Se deberá colocar el símbolo universal de residuo biológico en la puerta del área de almacenamiento, en los contenedores y en los congeladores o refrigeradores usados para tal fin.
- El encargado de la manipulación de los desechos sanitarios deberá usar ropa e implementos de protección personal.
- Los recipientes utilizados para el almacenamiento temporal de los residuos infecciosos son de plástico y deben llevar siempre en su interior una bolsa plástica.
- Los contenedores deben ser herméticos, resistentes a la rotura o perforación, de superficie lisa para el lavado, livianos, con tapa de cierre automático y hermético. Las bolsas deben ser de plástico grueso o de alta resistencia y en color opaco.
- Los residuos líquidos se deben tratar con desinfectantes, como solución de hipoclorito de sodio, antes de su eliminación; o bien se les puede recolectar en recipientes que se instalen lugares con riesgo limitado de contaminación y se eliminen en forma segura.
- El material descartable cortopunzante debe ser descontaminado antes de desecharse.
- Las agujas se descartarán junto con la jeringuilla en el recipiente sin desmontarlas; no se deben colocar protectores ni doblarlas.
- La incineración se realiza en plantas más o menos convencionales, dando prioridad a la destrucción térmica sobre la recuperación del calor.
- La temperatura utilizada en la incineración debe ser superior a los 800°C, enterrando los restos de la combustión de las jeringuillas y de los contenedores en un foso de no menos de un metro de profundidad.



Pautas generales en el manejo de las personas expuestas a sangre o fluidos potencialmente contaminados, Rodríguez (19), las pautas a seguir son las siguientes:

1. Tratamiento inmediato del accidentado

- Lavar con agua y jabón (No usar desinfectantes ni exprimir el área de la lesión).
- Lavar las membranas mucosas afectadas con agua
- No existen evidencias de que usando antisépticos tópicos o comprimiendo o exprimiendo los bordes de la herida se pueda reducir el riesgo de transmisión patógena; sin embargo, el uso de antisépticos no está contraindicado.

2. Determinar el riesgo de la exposición

- Tipo de fluido (sangre, virus concentrado de laboratorio).
- Tipo de exposición: percutánea, en mucosa o sobre piel intacta o con abrasiones o heridas previas, mordida (con sangre).
- Profundidad de la herida, si hubo descarga hacia el trabajador de fluidos corporales o sangre proveniente de una jeringuilla, duración del contacto.

3. Evaluar la fuente

- ¿Es un paciente infectado por VIH? Si no se tiene la información se debe hacer una prueba rápida de reconocida calidad, dado el corto tiempo disponible para comenzar profilaxis post exposición (PPE) o con ELISA si no se cuenta con pruebas rápidas.
- Lo mismo si no se conoce a quien pertenece la sangre (exposición por pinchazo con jeringuilla o instrumento desechado).
- Lo mismo en paciente fallecido donde no se pueda averiguar su estado respecto a la infección por VIH. Considerar riesgo de exposición a VIH.
- No tiene sentido hacerle pruebas de ningún tipo a las jeringuillas o agujas desechables.



4. Evaluar a la persona expuesta

- Verificar si ha participado en algún protocolo de vacuna anti-VIH, de modo que pudiera tener anticuerpos contra VIH sin estar infectado. Informe al afectado acerca de la posibilidad de adquirir la infección y de que la única forma de evitarla es la PPE.

5. Aplicar la profilaxis a personas con riesgo de infectarse

- Iniciar la profilaxis tan pronto sea posible, preferiblemente antes de cuatro horas después de la exposición. El intervalo de tiempo después del accidente en que la PPE ya no es útil no está definido. Entre 34 y 36 horas de ocurrido el accidente, no se pierde nada con aplicarla, previo análisis del riesgo y beneficio
- Descartar embarazo (mujer fértil).
- Si se sospecha resistencia a las drogas antivirales por parte de la fuente infectante, remitir a consulta en atención terciaria o con experto en el tema. Utilizar la PPE por cuatro semanas.

6. Seguimiento y consejería del afectado

- Acudir al médico por cualquier síntoma de enfermedad aguda.
- Realizar VIH en el momento del accidente y repetir a las seis semanas, a los tres y seis meses y al año después de la exposición, dando de alta luego del año.
- Si se producen síntomas y signos indicar test de VIH.
- Advertir a la persona expuesta que mientras dure el seguimiento deben proteger a otros usando medidas de protección.
- Realizar evaluación médica en aquellas personas bajo PPE 72 horas después del inicio de ésta y evaluar toxicidad de las drogas utilizadas por lo menos durante dos semanas después de haberlas comenzado a utilizar.
- Exámenes complementarios de evaluación: Hemograma completo, exámenes de función renal y hepática cada dos semanas.
- Descartar embarazo en mujeres bajo PPE y realizar serología para hepatitis B y C.

Entre otras pautas a tener en cuenta ante exposiciones accidentales a



sangre:

- Retirar el objeto con el que se ha producido el accidente.
- Cuando ocurran salpicaduras o vertidos de sangre o fluidos sobre superficie u objetos se deben colocar guantes resistentes, verter lejía diluida al 10% sobre la superficie contaminada, limpiar la superficie con toallas desechables y luego quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Todos los accidentes deberán ser comunicados al servicio o unidad designada para registrarlos; se aplicará en cada caso el protocolo de procedimiento de cada centro; al personal expuesto accidentalmente al VHB se le debe ofrecer PPE y al personal expuesto al VHC, profilaxis con gammaglobulina inespecífica.
- Se debe registrar: momento en que se produjo el accidente (fecha y hora); datos y causas del accidente; detalles del procedimiento: mal manejo o descuido en la manipulación del instrumento, movimiento brusco del paciente por convulsiones o trastornos psiquiátricos, condiciones inseguras del local, falta de medios de protección; y tipo de instrumento involucrado.

2.4. Protocolo de atención al paciente

En este aparte se tratan aspectos fundamentales y la importancia que tiene los desarrollos o elaboración de protocolos de atención en el campo de la salud y el beneficio que implica contar con esta herramienta en los establecimientos sanitarios para una atención de calidad y oportuna a los pacientes:

Etimológicamente la palabra protocolo deriva de la lengua griega “PROTOKOLLON”, y es la suma de dos elementos diferenciados, “PROTOS”, que puede traducirse como “PRIMERO”, y “KOLLEA”, que es sinónimo de “PEGAMENTO” O “COLA” para fines prácticos un protocolo significa una serie de reglamentos o normativas que se establecen para poder actuar en ciertos procedimientos.



Un Protocolo de atención médica, es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Es decir, se entiende como Protocolo de atención medica al conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos o tratamiento médico a seguir en la atención clínica patológica. Constituyen un medio en el cual se plasman directrices o recomendaciones con carácter actual, elaboradas y actualizadas que un grupo de expertos cualificados establecen para orientar la labor diaria de los profesionales.

Es importante destacar algunos generales sobre los Protocolos en el campo de la salud, entre ellos:

- Existe una diferencia conceptual entre Protocolo, Guía Práctica Clínica y Algoritmo. Guía de Práctica Clínica se entiende como un documento que contiene declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar al personal de salud y al paciente en las decisiones sobre el cuidado de salud apropiado de un cuadro clínico específico y Algoritmo es una representación gráfica, en forma de un diagrama de flujo, de un conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, sucesivos y bien definidos, que se deben seguir para resolver un problema diagnóstico o terapéutico específico. También se denomina algoritmo a la secuencia de pasos ordenados que conducen a resolver un problema.
- Los protocolos médicos “carecen de obligatoriedad jurídica”, pero es cierto que en la práctica sirven de guía tribunales para valorar la actuación de los profesionales de la salud, el no cumplimiento íntegro de su contenido por parte de un facultativo, a priori, no implica una actitud negligente, por lo cual habrá que estudiarse en las circunstancias de cada caso concreto.
- La protocolización, concebida como una metodología o técnica, precisa de aprendizaje y entrenamiento práctico como cualquier otro aspecto de la medicina, sobre todo si se pretende que tenga una base científica. La importancia de estos aspectos radica



que al ser un protocolo una herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas en la consulta, y que por lo tanto se aplicará a los pacientes, si es una herramienta mal diseñada puede producir el efecto contrario al buscado, sistematizando decisiones inadecuadas y/o errores, o no utilizarse.

- Al existir, variados tipos de protocolos, es importante definir específicamente que tipo de protocolo se va a diseñar, en el cual se debe aclarar, por ejemplo: los niveles de atención implicados: si para Atención hospitalaria, Atención Primaria, u otros niveles de atención; o a todos ellos. Asimismo, cual actividad se va a protocolizar, es decir, si se refiere a Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación, etc. o si se refiere a varios de ellos o a todos estos grupos de actividades. Igualmente, a que profesionales va dirigido: si es un protocolo médico, de enfermería, de trabajo social o multidisciplinario.
- Un protocolo médico de atención al paciente, entonces, puede tener ciertas variantes, sin embargo, los mismos se han convertido en una herramienta de gran utilidad para los profesionales de la salud, facilitándoles el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Lo cual implica mayor eficacia en la asistencia y beneficio del paciente. También representan una ventaja para los establecimientos de salud pues a diagnósticos tempranos y tratamientos adecuados permiten el uso adecuado y la economía de los recursos disponibles.
- Los protocolos pueden variar o no ser coincidentes en contenido, desde diferentes ámbitos como territorial, local, etc. o entre diferentes establecimientos, ya que muchos de ellos tienen sus propios instrumentos.
- Los protocolos, de manera independiente del contenido, deben cumplir con unos requisitos mínimos, como son:
 - Ser realizados en el propio país, y si son realizados en el extranjero, deben ser debidamente aprobados por las instituciones de salud.



- La autoría debe estar reflejada.
- Deben contener la fecha de su realización o última revisión, y deben ser actualizados o revisados cada pocos años.
- Deben ir dirigidos a facilitar el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad concreta.
- Debe reflejar el ámbito de aplicación y a quién se dirige.
- Debe reflejar cómo se ha elaborado, los pasos que se han seguido, y en qué se han basado, dejando constancia de la bibliografía y estudios utilizados.
- El proceso de elaboración de los Protocolos Clínicos debe estar orientados por principios. Se han considerado y descrito al menos 14 principios generales que han sido agrupados en tres apartados: 1) principios sobre filosofía y ética; 2) principios de metodología, y 3) principios de puesta en marcha y evaluación; y se especifican unos atributos o características que deben tener los protocolos para poder ser considerados como tales. Entre estas características figura en primer lugar el que debe ajustarse a una definición aceptada de Protocolo, con sus componentes y atributos.

Saura, J. y Saturno Hernández, P. (1996) (20) proponen un modelo estándar o esquema de elaboración de los protocolos que contempla 5 fases para la construcción, señalan:

Fases de la construcción

De una manera esquemática, el proceso de protocolización una vez definido el tema a protocolizar consta de las siguientes fases o pasos: 1º. Fase de preparación. Esta fase, o fase inicial, termina cuando se tiene una estructura definida y un cuerpo de conocimientos suficientes sobre el problema de salud que se va a protocolizar.

2º. Fase de elaboración del documento. Consiste en dar forma de protocolo, es decir, en redactar un documento con todos los datos y



conocimientos recogidos en la fase anterior. Termina cuando existe una redacción provisional del documento del protocolo.

3º. Fase, o de análisis crítico. La discusión y el pilotaje del Protocolo: consiste en someter la estructura diseñada y la redacción obtenida en las fases anteriores a la discusión y crítica de los profesionales y usuarios a los que afectará su puesta en marcha. Tras recoger las sugerencias y modificaciones correspondientes termina con la elaboración del texto definitivo del documento del protocolo. En esta fase sería deseable pilotar el funcionamiento del protocolo antes de ponerlo en marcha de una forma generalizada.

4º. Fase de difusión e implantación. La puesta en marcha: consiste en difundir el protocolo, ya terminado, a todo el personal implicado en el mismo. En este momento se debe fijar una fecha para la puesta en marcha del protocolo, fecha en la que termina esta fase.

5º. Fase de evaluación. La evaluación del Protocolo (monitorización del cumplimiento): fija la periodicidad con la cual se comentará y analizará el cumplimiento del protocolo, para garantizar su utilidad. Esta fase no termina nunca.

Los autores consideran como importantes ciertas características para la elaboración de los protocolos:

- Tener la consideración de una ayuda, como una orientación, nunca como una imposición rígida e inamovible.
- Realizar una recolección integrada y coherente de la información, es decir, recoger sólo los datos más relevantes del problema, detallar y agrupar los datos, especificándolos para cada apartado.
- Establecer un orden, con una secuencia lógica en el tiempo, tanto para su elaboración como para su ejecución, donde se detallen de una manera escalonada y progresiva los pasos que



hay que dar.

- Tener gran precisión, sistematizando de una manera detallada la conducta que debe seguirse en cada momento, y esto dará lugar a un documento escrito de consulta y para evitar falsas interpretaciones.
- En la primera fase contemplan los siguientes pasos:
 - Implicar los profesionales que harán poner en marcha el trabajo junto a expertos y técnicos en la materia
 - Elegir el problema que hay que protocolizar
 - Definir el tipo de protocolo
 - Nombrar uno o unos responsables de su elaboración (grupo de trabajo),
 - Fijar un cronograma donde se detalle la fecha en la que se dispondrá del documento provisional del protocolo.
- La segunda fase incluye 4 partes fundamentales:
 - Hacer una aproximación fundamentada al tema
 - Tener en cuenta unas recomendaciones generales para el diseño del documento del protocolo
 - La construcción de algoritmos o árboles de decisión
 - Utilizar un modelo para la presentación del protocolo.

Recomiendan generalidades para el diseño:

1. Brevedad de los documentos, que incluyan sólo la información imprescindible
2. Conocer a fondo el tema recurriendo a la bibliografía recomendada.
3. Pensados y adaptados para el medio al que van dirigidos (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Trabajo Social, etc.).
4. Deben estar divididos en 2 partes para su fácil manejo:
 - a. Documento teórico, conceptual, que justifica su desarrollo; y que debe ser lo más breve posible. Elemento de referencia o de consulta.
 - b. Documentos operativos, que son aquellos que el profesio-



nal debe tener “encima de su mesa” al aplicar el protocolo, aquellos que se deben utilizar habitualmente al aplicar el protocolo (Hoja de anamnesis y/o exploración y seguimiento, algoritmo diagnóstico, algoritmo terapéutico, etc.).

La construcción de algoritmos y de árboles de decisión. Eventualmente es aconsejable resumir los procesos protocolizados con algoritmos o esquemas visuales. Para ello es imprescindible manejar las técnicas de análisis de decisiones y la construcción de algoritmos y/o árboles de decisión que se basan en ellas.

4. El documento final: es la propuesta de un modelo (esquema) para la presentación de los protocolos clínicos. Para redactar el documento final, lo más sencillo es seguir paso a paso un modelo, esquema estándar o formato estructurado, lo que facilita la tarea e impide la ausencia de alguna parte fundamental del mismo.

Las partes que son imprescindibles que contenga el documento del protocolo son las siguientes:

- Denominación. Problema que hay que tratar.
- Índice. Paginado.
- Definición del problema. Incluida la definición clínica.

2.5. La medicina centrada en el paciente

1. Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona tiene su raíz u origen de la atención centrada en la persona se atribuye a la psicología humanística, específicamente a las aportaciones realizadas por Carls Rogers en su Terapia Centrada en el Cliente. Entre los principales aportes se encuentran:

- El interés por centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia



- La dignidad de la persona como valor central
- La atención a las características específicamente humanas como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización
- El interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona
- La idea de la persona tanto en relación a cómo se descubre a sí misma, como en su interdependencia con los otros (individuos y grupos).

Estas aportaciones se han ido trasladando a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otras personas, es el caso, por ejemplo, en el ámbito educativo donde se habla de atención centrada en el alumno y en medicina o salud donde se indica como medicina centrada en el paciente.

Cabe indicar que la atención centrada en las personas descansa sobre una serie de principios y consideraciones generales:

1. Todas las personas tienen dignidad: Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia socio-personal.
2. Cada persona es única: Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.
3. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida: Las personas se consideran como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.
4. La biografía es la razón esencial de la singularidad: La biografía



es lo que convierte en única a cada persona. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía: La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades: La atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de las mismas.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo: Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación al bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal: Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influyen de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes a sus intereses. Actividades que además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.
9. El ser humano es un ser social y se relaciona desde relaciones de interdependencia: El hombre vive y se desarrolla en relación



social y todos necesitan de los demás para convivir y realizarse plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia.

Por tanto, los otros: los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo.

10. Las personas son seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios: En las personas interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexibles

2. Origen de la medicina centrada en el paciente

El término medicina centrada en el paciente fue introducido por Michael Balint y sus colegas (Hunt Joyce Marinker y Woodcock) en 1970, en contraposición a la medicina centrada en la enfermedad.

Entre otros datos de su evolución se encuentran:

- Stevens (1974) y Tait (1979), elaboran el método clínico.
- Byrne y Long (1976), desarrollan un método para categorizar las consultas como centradas en el paciente o centradas en el médico.
- Wrigth y McAdam (1979) igualmente describieron los métodos centrados en el paciente y en el médico. Un método clínico centrado en el paciente tiene mucho en común con el concepto psicoterapéutico de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers 1951.



- Balint 1957: Modelo de autoconciencia del clínico.

Newman y Young, describieron el Enfoque en la persona tota.

3. Definición de medicina centrada en el paciente

Suarez (20) refiere estos tres conceptos:

Balint, Michael (1957) indica que es un método de entrevista médica que le permite al médico hacer un Diagnóstico General; a una la enfermedad, las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes.

Para Ian McWhinney (1995), el médico después de la entrevista con el paciente debería poder responder a las siguientes preguntas: ¿Por qué vino el paciente?, ¿Por qué ahora?, ¿Qué significado tienen sus quejas?, ¿Cómo percibe el mismo el paciente?, ¿Cuál es el motivo principal?

Y, Joseph Levenstein, señala que las consultas son más efectivas cuando se logra conocer las expectativas y preocupaciones del paciente, pues cuando nos olvidamos de estas la consulta es menos efectiva.

4. Elementos de la medicina centrada en el paciente

La medicina centrada en paciente hace énfasis en los siguientes elementos:

- La exploración en conjunto de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad o dolencia
- La comprensión de la persona en forma integral y en su contexto
- La búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente
- Compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación médico-paciente.

5. Características fundamentales de la medicina centrada en el pacien-



te:

- Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes, incluye sus propias inquietudes.
- Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas.
- Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/ expectativas sobre la enfermedad.
- Incorpora la visión del paciente sobre el problema
- Obtiene información que le permite aclarar el cuadro clínico
- Facilita la expresión emocional de los pacientes.
- Proporciona información a los pacientes.
- Hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.
- Consensua con el paciente los pasos a seguir
- Da una respuesta más integral al problema del paciente.
- Favorece la relación médico-paciente, en la que cada cual sabe qué esperar del otro, la responsabilidad se comparte.
- Intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.

6. Componentes de la medicina centrada en el paciente:

Se indica que son seis (6) los componentes de la medicina centrada en el paciente:

- Exploración de la enfermedad y de la experiencia de estar enfermo
- Comprensión integral de la persona como un todo
- El encuentro de un terreno común con relación al manejo
- Prevención y promoción de salud
- El mejoramiento de la relación médico paciente
- Uso realista del tiempo y recursos (Trabajo realista)



Cuadro 3. Componentes de la medicina centrada en el paciente

COMPONENTES DE LA MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE	
1. Exploración de la enfermedad y de la experiencia de estar enfermo	El método clínico centrado en el paciente se basa en la distinción entre enfermedad y dolencia: • Enfermedad: expresa la alteración real, morfológica que existe en el organismo • Dolencia: experiencia personal de estar o sentirse enfermo. El diagnóstico explica lo que cada individuo tiene en común con otros, pero la dolencia de cada persona es única.
	Además de evaluar el proceso de la enfermedad por medio de la historia y los exámenes físicos, el médico busca activamente entrar en el mundo del paciente para comprender su experiencia única de la enfermedad. El médico explora las ideas del paciente acerca de la enfermedad, como se siente acerca de estar enfermo, que espera el paciente del médico y como la enfermedad afecta su funcionamiento. Los aspectos que interesan son: a) Sus ideas sobre lo que está mal en ellos (síntomas) b) Sus expectativas sobre lo que debe hacerse c) Sus sentimientos, especialmente miedos sobre estar enfermo (emociones) d) El impacto del problema en su funcionamiento.



2. Comprensión integral de la persona como un todo	Es la integración de los conceptos de enfermedad y dolencia con una comprensión de la persona como un todo. Esto incluye la toma de conciencia de parte del paciente de su posición en el ciclo vital y del contexto en el cual vive. El comprender a la persona como un todo, mejora la interacción entre el médico y el paciente; el médico que entiende al paciente como una persona completa, reconoce el impacto en la familia, ya sea mejorando, empeorando e incluso originando una dolencia en sus miembros. El abordaje del paciente debe incorporar aspectos: • Familiares • sociales • laborales • culturales • económicos. Los tratamientos deben ser adaptados a todos los aspectos del entorno que puedan ser relevantes. Por ejemplo: Reposo absoluto en una mujer sin medios económicos, 5 hijos y nadie que le ayude, tal vez no sea lo más adecuado, una opción podría ser: “Juana es importante el reposo en su caso. ¿Qué reposo podría hacer usted?” Señales de alerta para explorar más el contexto: • Visitas frecuentes por dolencias menores. • Consultas por un síntoma que ha estado presente durante largo tiempo. • Consultas por una enfermedad crónica que no parece haber sufrido modificaciones. • Desproporción entre el malestar del paciente y la naturaleza relativamente benigna de los síntomas. • Falta de recuperación de la enfermedad, lesión u operación en el tiempo esperado. • Falta de restablecimiento de la tranquilidad del paciente dentro de un lapso razonable. • Visitas frecuentes con los mismos síntomas o por múltiples motivos.
---	--



3. El encuentro de un terreno común con relación al manejo	Es la tarea mutua de encontrar el terreno común entre el médico y el paciente y se enfoca en tres áreas claves: a) La definición del problema y las prioridades b) El establecimiento de las metas de tratamiento c) La identificación de los roles que asumen el médico y el paciente En este modelo comunicacional el profesional debe buscar activamente los siguientes aspectos: • Acuerdo en el diagnóstico o pauta diagnóstica. • Acuerdo en el tratamiento. • Acuerdo de los papeles que representará cada uno en la relación. • Describir de forma clara y con lenguaje adecuado la definición del problema, metas del tratamiento y roles de cada uno. • Posteriormente dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente, discusión mutua de estas y explicitación de los acuerdos. • Participación del paciente en la decisión sobre cuál es la mejor forma de actuar con el asesoramiento cualificado del profesional, es la mejor manera de asegurar una actuación correcta. Por ejemplo: “es importante que haga reposo relativo. ¿Cómo piensa que lo podría hacer?”, “¿le parece bien el tratamiento que le he propuesto?”). • La expresión de acuerdo ha demostrado aumentar adhesión al tratamiento.
---	--



4. Prevención y promoción de salud	Resalta la importancia de utilizar cada consulta, como una oportunidad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en función al ciclo vital individual y familiar en que se encuentra el paciente. Persigue: • Identificar y abordar factores de riesgo • Detección precoz de enfermedades • Disminuir el efecto de las enfermedades: • Prevención primaria • Prevención secundaria • Prevención terciaria
5. El mejoramiento de la relación médico paciente	Enfatiza que cada contacto con el paciente debe utilizarse para construir la relación médico-paciente, al incluir empatía, confianza, solidaridad y la posibilidad de sanación. Cuando los médicos atienden a los mismos pacientes varias veces por diferentes problemas, obtienen un considerable conocimiento personal de los pacientes, lo cual sería una ventaja para el tratamiento de problemas subsecuentes. Los médicos reconocen que diferentes pacientes, requieren enfoques diferentes y los usan en una variedad de formas para conocer las necesidades del paciente. El propósito de la relación médico-paciente es: • Ayudar al paciente. • Intentar mejorar la relación con el paciente en cada encuentro clínico. • Confianza mutua (aunque esto no siempre es así). • Mantener actitud abierta y alerta a las necesidades cambiantes del paciente. • Involucrarse con el paciente. • No limitar nuestra atención a pacientes que nos garanticen adherencia, “buena conducta” o salud mental. • Creación del ámbito de intimidad adecuado. • Autoconocimiento (promueve cualidades de empatía, honestidad y cuidado). • Uso del efecto placebo que la relación tiene en sí misma.



6. Uso realista del tiempo y recursos (Trabajo realista)	Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance. El médico debe ser realista acerca de la cantidad de energía emocional y física requerida. Los médicos con frecuencia presentan una considerable exigencia con respecto a su tiempo y su energía, deben de aprender a manejar su tiempo de manera eficiente para el máximo beneficio de sus pacientes. Los médicos deben de desarrollar destrezas para definir prioridades, asignar recursos y trabajar en equipo. Se debe ver el modelo como una aproximación a largo plazo. Los elementos que hacen más adaptable este modelo a la realidad son: • Planificar y organizar los recursos. • Establecimiento de prioridades. • Objetivos razonables y alcanzables. • Controlar el tiempo y la energía emocional.
---	--

Fuente: Elaboración propia

7. Beneficios de aplicar el modelo clínico centrado en el paciente:

- Aumenta la satisfacción tanto del médico como del paciente.
- Disminuye los litigios por mala práctica.
- Reduce la utilización de los servicios de salud (exámenes complementarios e interconsultas).
- Mejora la recuperación de problemas recurrentes en adultos y la salud emocional de los pacientes.
- Mismo tiempo que una consulta habitual.
- Mejora la adherencia a los tratamientos.

Es oportuno indicar que con respecto a la aplicación del modelo se han realizado algunas observaciones, tales como:



- Puede no ser viable en algunas oportunidades la aplicación de manera sistemática del modelo
- Valorar aquellos aspectos del modelo que tengan mayor importancia y utilidad para el propio paciente o proceso de consulta
- La observación atenta de la comunicación no verbal o verbal puede ser la clave en muchos casos del problema.
- A veces puede ser necesaria alguna pregunta activa, la cual puede ser la clave de entrada a toda la vivencia del paciente.
- No siempre se tienen que resolver los problemas en una sola entrevista en atención primaria.

2.6. Aspectos no médicos que mejoran la atención al paciente

Como ya se ha estudiado, la calidad de la atención médica tiene tres dimensiones:

- La técnica, seguir la mejor estrategia que la ciencia actual hace posible
- Los aspectos interpersonales, que se establecen en la relación médico-paciente, con el objeto de lograr la mayor satisfacción del usuario con pleno respeto de su autonomía y preferencias
- El ambiente de los servicios, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares.

Es decir, dentro de estas dimensiones, se acepta y evidencia que existen algunos factores o aspectos no médicos que pueden contribuir a mejorar la atención al paciente, como es el caso del ambiente de los servicios, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares.

Entre estas se puede señalar una infraestructura adecuada en la que se desarrolle la atención del paciente juega un papel fundamental para



brindar el confort y medidas de prevención:

- El diseño y la construcción de unidades, centros u hospitales deben cumplir con los requerimientos básicos de fácil acceso a las diferentes aéreas, comprender los espacios requeridos según el nivel de atención al paciente, salas de espera con tamaño adecuado y ambiente agradable,
- El diseño y construcción de la infraestructura debe responder a principios de seguridad del paciente donde se mitiguen el riesgo de eventos adversos. El servicio debe cumplir con normas establecidas que apoyen la recuperación de la salud del paciente y mejoren su independencia; como consecuencias de un déficit en estas barreras los pacientes se encuentran propensos a sufrir limitaciones para acceder espacios físicos como ascensores y escaleras que desencadenan accidentes durante su estadía como caídas, lo que compromete la recuperación de la patología base por la que recibe tratamiento.
- Mantenimiento de las instalaciones a nivel de limpieza, pintura, desinfección de áreas requeridas como, por ejemplo: baños, quirófanos, comedores, etc.

En otro orden de ideas, desde la perspectiva de la disminución de los niveles de angustia, miedo, temor o stress que sufre el paciente que acude a establecimientos de salud en búsqueda de la solución efectiva de su enfermedad, se podrían indicar algunos factores como, por ejemplo:

- El trato cordial y amable para él y sus familiares por parte del personal administrativo, obrero y paramédico, etc.
- Cronogramas de horarios y consultas de atención médica que permitan un acceso oportuno a las citas, a los exámenes médicos, etc.
- Seguridad en las instalaciones de los establecimientos en razón de eventos delincuenciales que se presentan en los mismos.



- Accesibilidad a los medicamentos y aquellos requerimientos fundamentales como: yeso, gasas, desinfectantes, etc.
- Incremento de la reputación, en atención al paciente con calidad, del establecimiento de salud.
- Organización y administración eficiente en cuanto a los recursos necesarios para la debida atención.
- Cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas en normas internacionales, nacionales y de los propios establecimientos de salud.
- No recibir ni permitir tratos discriminatorios por razones políticas, de sexo, edad, color, etc.
- Recibir explicaciones con lenguaje claro y sencillo de los cuidados que se proporcionan.
- Atención de inmediato a la solicitud de ayuda o apoyo y explicación en su caso de las situaciones que pudieran retrasar la misma.

En el ámbito familiar el paciente requiere también para mejorar su salud y como parte de la atención: el apoyo, la comprensión, compromiso, solidaridad, ambiente de tranquilidad y amor familiar, etc.

2.7. Niveles de atención al paciente

García, S. (21), define los niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

De manera clásica se distinguen tres niveles de atención:

1. El primer nivel, considerado como la puerta de entrada al sistema de salud y es el más cercano a la población, es decir, el nivel donde se produce el primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la



organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En este se resuelven generalmente un alto porcentaje de los problemas prevalentes. En este nivel debe abordarse una adecuada accesibilidad a la población, para poder realizar una atención oportuna y eficaz.

2. El segundo nivel de atención es donde se ubican generalmente los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco -obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

3. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Por ejemplo, los centros de quemados y los de diálisis.

Para los mismos autores arriba indicados debe existir un Sistema de referencia y contrarreferencia, al respecto textualmente exponen:

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continuidad o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto



se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

4. Los Niveles de Complejidad hacen referencia a la complejidad al número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella, es decir, cada nivel de atención determina el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y en base a ese grado de complejidad se establece los recursos humanos, físicos y tecnológicos, además de sus servicios y organización, que les permita cumplir con los objetivos de la unidad.

Al hablar de un Primer Nivel de Complejidad, se está refiriendo a centros de salud, consultorios, policlínicas, etc. donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales. En el segundo nivel de Complejidad se ubican generalmente los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc. y el Tercer



Nivel de Complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

En cuanto a los Niveles de Prevención, cabe indicar que se pueden clasificar las actividades preventivas en tres niveles:

1. La Prevención Primaria: Son aquellas medidas o acciones cuyo objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad, por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, es decir, son las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias de ésta pueden estar dirigidas a:

- a. Prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud.
- b. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

2. Prevención Secundaria: Comprende acciones de diagnóstico precoz o temprano, captación oportuna de casos y tratamiento adecuado y oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de enfermedades o casos (Pruebas de Screening), es decir, se destina al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Por ejemplo: el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

La captación temprana de los casos y el control periódico de la po-



blación afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

3. La Prevención Terciaria: se refiere a las acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. Por tanto, los elementos fundamentales son el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Por ejemplo: en lo relativo a rehabilitación: la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura. Es decir, que su fin es minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

2.8. Atención al paciente crónico

1. Enfermedades crónicas:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), considera a las enfermedades crónicas como aquellas de duración larga y progresión lenta, que no se transmiten de persona a persona y por tanto son consideradas como no transmisibles, a pesar de que existe evidencia de la transmisibilidad social de la obesidad y de otros factores de riesgo por lo que algunos autores actualmente prefieren denominarlas Enfermedades Crónicas No Contagiosas.

Las enfermedades crónicas no contagiosas, generalmente, están representadas por cuatro grandes grupos:



- Enfermedades Cardiovasculares, principalmente Hipertensión arterial (HTA) e Insuficiencia Cardíaca (IC)
- Diabetes tipo 2 (DM2)
- Cáncer
- Enfermedades Pulmonares Crónicas

Este grupo de enfermedades se encuentran íntimamente relacionadas a cuatro factores de riesgo comunes: tabaquismo, sedentarismo, malos hábitos dietéticos y uso nocivo del alcohol (4).

Otros autores consideran que las enfermedades crónicas son todas aquellas enfermedades de larga duración, por lo general de progresión lenta, y que no puede preverse su curación. La cronicidad no tiene que ver con la gravedad, ni significa que sean necesariamente mortales. Existen enfermedades crónicas leves y enfermedades crónicas no mortales.

Ampliando el rango de las enfermedades crónicas se consigue que se han realizado otras consideraciones, tales como:

- Hay entidades sanitarias que estiman la cronicidad a partir de los tres meses e incluyen un número mayor de enfermedades.
- Ciertas enfermedades (independientemente del momento en que comiencen), son de por vida. Aunque varían entre ellas y presentan múltiples formas, incluido su comienzo, sus síntomas característicos y su curso en el tiempo. Por ejemplo, ya algunos países como España reconocen e identifican una gran variedad de enfermedades crónicas, entre las que se encuentran:
 - el alzheimer,
 - colitis ulcerosa,
 - enfermedad de Crohn,
 - enfermedades neuromusculares,
 - hepatitis,
 - osteoporosis,



- psoriasis, etc.

Es decir, que entre las características fundamentales de la enfermedad crónica están:

- Permanece y progresa durante un espacio de tiempo largo.
- Es excepcional la posibilidad de regresión completa.
- Disminuye la calidad de vida.
- Las enfermedades crónicas al ser procesos a largo plazo amenazan el bienestar de la persona y su capacidad para realizar actividades de manera episódica, continua o progresiva durante muchos años de su vida.
- La cronicidad no tiene que ver con la gravedad, ni significa que sean necesariamente mortales.
- Los procesos de cronicidad tienen múltiples consecuencias que se traducen principalmente en problemas de salud para las personas afectadas e incluso a veces también de quienes les rodean. Problemas que van desde los físicos (deterioro funcional) hasta de salud mental (estrés emocional, depresión, ansiedad) pasando por los de carácter social (deterioro funcional social).
- Frecuentemente presenta un nivel significativo de comorbilidad, entendida ésta como cualquier patología distinta que ha existido o puede existir durante el curso clínico de un paciente que presenta una enfermedad índice bajo estudio.
- Puede ser motivo, normalmente de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en las familias y en la sociedad.

2. Definición de Paciente Crónico

Cabe indicar que el concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas, ejemplo de ello, está en la revisión de algunas definiciones:

De manera tradicional el paciente crónico es aquel que padece un



trastorno orgánico o funcional, que le obliga a una modificación del modo de vida y que persiste durante largo tiempo (más de seis meses), dando lugar a una importante limitación en la calidad de vida y estado funcional.

Martínez Sesmero J.M. en el año 2016 (22) en cuanto al concepto de enfermo crónico:

“El concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas. Hasta hace no mucho tiempo se entendía como aquel sujeto afecto de una única enfermedad; actualmente una representación más real es la del paciente con varias patologías, eminentemente crónicas, incapacidad, merma en su autonomía, fragilidad clínica, etc. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación de las funciones básicas en la vida diaria del paciente.”

Otro concepto asociado, pero no es lo mismo al de paciente crónico, es el paciente pluripatológico que está caracterizado por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que duran un año o más y que precisan asistencia médica continuada y/o limitan las actividades diarias.

En otro orden de ideas, se conceptualiza como paciente crónico ya no a la persona con una sola enfermedad, sino el paciente con varias patologías crónicas, incapacidad, merma en su autonomía y fragilidad clínica. Ahora hay una relación directa entre cronicidad y dependencia y, además, la cronicidad se asocia al consumo de recursos sanitarios, lo que pone en peligro la propia sostenibilidad del sistema de protección social

En referencia a la atención de paciente crónico, Martínez Sesmero (22), citado anteriormente, expone:



“Sin renunciar a la gestión de los procesos y de las enfermedades agudas, la adecuación de los servicios sanitarios a la nueva realidad del paciente crónico debe suponer un importante proceso de cambio que pasa por una adecuada dirección estratégica por parte de los órganos gestores, así como por una implicación y coordinación de todos los agentes implicados en su atención.”

Por otro lado, el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón (23) expone:

Hasta ahora, los sistemas sanitarios han abordado la atención a los pacientes crónicos dependientes situándolos de forma jerárquica en un nivel de cuidados mínimos, de escasa complejidad y delegando parte de los cuidados a su entorno social y familiar. La situación se ha visto más como una amenaza al sistema por saturación de los servicios, especialmente de estancias en centros hospitalarios, que como un problema al que había que ofrecer soluciones a través de una oferta específica de servicios.

Atendiendo a ello, proponen con referencia a la atención lo siguiente:

La amplia variedad de enfermedades crónicas que cursan o pueden cursar con dependencia hace muy difícil establecer una tipología de pacientes, así como un sistema de estandarización de cuidados. No obstante, para la inclusión de pacientes en el Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes se utilizarán los siguientes criterios:

- El diagnóstico del paciente.
- La presencia de dependencia, entendida como la pérdida de capacidad funcional establecida a través del Índice de Barthel que, de forma general, deberá ser igual o inferior a 90, o su previsible aparición.

Si se quiere disponer de información válida para conocer los resulta-



dos de las distintas actuaciones, adecuar los servicios a las necesidades o mejorar la calidad de la oferta, se hace necesario disponer de un sistema que nos permita definir, agrupar y clasificar, tanto los procesos que estos pacientes tienen, como las necesidades que presentan y los cuidados que se les deben prestar. Para ello se propone un sistema de clasificación basado en:

1. El diagnóstico de los pacientes.
2. La fase de la enfermedad en la que se encuentran.
3. El grado de la dependencia, establecido a través de la valoración funcional y cognitiva de los pacientes.
4. El tipo de cuidados que precisan, relacionados, asimismo, con el diagnóstico, la fase de la enfermedad y la existencia o no de dependencia

En líneas generales a parte de las estrategias, políticas, acciones y actividades propuestas o establecidas en instrumentos como manuales y protocolos y ejecutadas desde los centros de atención a la salud, dirigidas especialmente a la atención de pacientes crónicos, existen unas consideraciones de carácter extendido que se pueden resumir, entre ellas:

1. La información es fundamental básica para el paciente crónico activo. El enfermo crónico, requiere una comunicación fluida con los profesionales sanitarios y sociosanitarios para desarrollar su autocuidado a lo largo del tiempo.
2. En el paciente crónico activo, el autocuidado constituye las prácticas que realiza para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Para que sea eficaz, es importante el apoyo del sistema de salud a todos los niveles. La educación en autocuidados enseña habilidades para resolver los problemas que pueden presentarse y conseguir la autogestión de la propia enfermedad. La finalidad es que logren una autogestión que sea a la vez autoeficaz, lo cual conlleva a un aumento de la confianza



del paciente en sí mismo y sus posibilidades en afrontar su enfermedad.

3. El entorno familiar debe ser un soporte fundamental en los cuidados al paciente crónico, y su papel es decisivo para alcanzar los objetivos curativos o paliativos. Esa participación activa es aún más notoria en el cuidado del paciente crónico domiciliario, ya que el abordaje integral del enfermo incluye la atención de la familia como una unidad.
4. Al estar relacionadas las enfermedades crónicas con determinantes de la salud comunes como: el consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada, inactividad física, sobre éstos se puede actuar con medidas de promoción de la salud y actividades preventivas.
5. Promover estilos de vida saludables es esencial para mejorar la salud de la población y para prevenir las enfermedades crónicas. La estrategia debe alcanzar a todos los grupos de edad, incluidas las personas mayores, que pueden beneficiarse de actuaciones específicas para promover el envejecimiento activo y saludable
6. Garantizar la reducción de tiempos de espera, la información sobre tratamientos, la igualdad de acceso a la asistencia y el acceso a tratamientos y especialistas.
7. El paciente crónico debe ser coproductor de salud, y como tal, corresponsable de ella.
8. El proceso de adaptación de las organizaciones sanitarias a las necesidades de los pacientes crónicos implica necesariamente la modificación y adaptación de las competencias de muchos profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios. La búsqueda de un modelo de atención integrada obliga a redefinir los roles de los protagonistas tradicionales de la atención sanitaria y a definir nuevos perfiles profesionales, modificando o ampliando sus competencias.
9. Para abordar la cronicidad exige otro enfoque más amplio, con nuevas variables de actuación que tengan en cuenta la preven-



ción, la atención integral, la continuidad asistencial y el protagonismo del propio paciente. Un nuevo enfoque, en definitiva, debe centrarse en la persona y no en la enfermedad y que de más importancia al “cuidar que al curar”. Es decir, no es en sí mismo curar los procesos crónicos, sino cuidar y prevenir sus complicaciones, puesto que se trata de procesos lentos en su progresión, pero mantenidos en el tiempo y sin posibilidad de resolución espontánea. Lo que a menudo limita la función, la productividad y la calidad de vida de las personas que viven con ellas.

CONCLUSIONES

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





1. El término diagnóstico se deriva del griego *diagnostikós* y significa “distinto, que permite distinguir”, derivado de *diagnós-kein* “distinguir, discernir” y este de *gignóskein* “conocer”. Desde el punto de vista técnico, el diagnóstico, es uno de los momentos más importantes de la actividad médica; constituye el acto inicial de la relación del profesional con el paciente, cuya finalidad es identificar y determinar la naturaleza y las causas de la patología. De él depende la elección del tratamiento adecuado y el momento cuando se indica al paciente cuál es la enfermedad o mal que lo afecta, para después brindar la información necesaria.
2. El proceso diagnóstico es un elemento central del quehacer clínico, sobre el cual se basan todas las conductas posteriores. Se define como un proceso inferencial (inferencia es el proceso por el cual se derivan conclusiones a partir de premisas), realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. Los elementos del proceso diagnóstico son: 1. Generación de hipótesis diagnósticas, 2. Refinamiento de las hipótesis diagnósticas y 3. Verificación del diagnóstico.
3. Las herramientas diagnósticas son: 1. Anamnesis, Síntomas, Signos; la exploración física o semiotécnica (inspección, palpación, percusión, oler, auscultación). Y la Exploración complementaria es una prueba diagnóstica que solicita el médico y que se realiza al paciente tras una anamnesis y exploración física, para confirmar o descartar un diagnóstico clínico.
4. Existen una variedad de tipos de diagnóstico, entre ellos: el individual, certeza, etiológico, genérico, heroico, lesional, nosológico, patogenico, presuntivo, sindromito y sintomático.
5. El diagnóstico diferencial constituye un procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece. Es cuando existen un conjunto de enfermedades que pueden ocasionar un síndrome, descartándose, una a una, según la hipótesis planteada y las



exploraciones complementarias, hasta encontrar la enfermedad que ocasiona los síntomas del paciente.

6. El método clínico o “proceso del diagnóstico”, son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consisten en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contratación que, en la mayoría de las circunstancias, se realiza a través de análisis de laboratorio, de cualquier tipo que sean. Así pues, los 5 pasos o etapas del método son: formulación, información, hipótesis, contratación y comprobación.
7. Los métodos clínicos pueden ser: biopsia, rayos X, radiografía simple, resonancia magnética nuclear, colposcopia, técnicas de imágenes médicas, tomografía axial computarizada, ecografía, ultrasonido, etc.
8. Problemas del diagnóstico: A pesar de los avances médicos y en la tecnología que hoy en día aportan mucho en beneficio en la exactitud de los diagnósticos médicos, existen algunos problemas con ellos. Entre estos problemas se destacan dentro de la teoría, los siguientes: El sobrediagnóstico, la cascada diagnóstica, diagnóstico tardío, diagnóstico ausente, diagnóstico genérico, diagnóstico inexacto y diagnóstico de moda. Dentro de este aparte se hacen algunas consideraciones sobre el error de diagnóstico.
9. Características de una prueba diagnóstica. El objetivo de los estudios para evaluar una prueba diagnóstica es determinar la capacidad de la prueba para discriminar entre personas que padecen la enfermedad y aquellas que no la padecen. La utilidad de las pruebas diagnósticas se determina mediante la realización de estudios de investigación cuyo tipo de diseño es el transversal. En estos estudios se les aplican a todos los participantes tanto la prueba diagnóstica a probar como la prueba



diagnóstica estándar o patrón de oro (Gold standard), siendo ésta última la prueba confirmatoria de la presencia o ausencia de la condición a diagnosticar. Una buena prueba diagnóstica es la que ofrece un alto porcentaje de resultados positivos en enfermos y de negativos en sanos. Los criterios que se utilizan para evaluar la calidad y utilidad de una prueba diagnóstica son: 1. Validez, 2. Confiabilidad y 3. Seguridad. En la validez y seguridad de una prueba se incluyen las siguientes características operativas: 1. Sensibilidad, 2. Especificidad, 3. Valor predictivo, 4. Valor predictivo negativo.

10. El Diagnóstico es parte fundamental dentro del documento de Historia Clínica. La discusión diagnóstica es el espacio dentro de la historia clínica donde se reflejan las consideraciones acerca de las posibles enfermedades de un paciente. Conocer dolencias previas que expliquen los síntomas del paciente. De allí que la Historia Clínica y su data obtenida registrada es la que permite: Orientar el diagnóstico y Orientar el tratamiento. En fin, la Historia Clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que, dispuestos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y -cuando no se cuenta con la presencia del paciente o cuando éste ha tenido ingresos previos-, sirven como fuente para el análisis por otros médicos. Además de incluir los datos de la anamnesis (o interrogatorio) y del examen físico, se consignan en ella la discusión diagnóstica, la evolución y el tratamiento de los enfermos.
11. La atención médica según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), es el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, de rehabilitación, de la protección médica y de la promoción de la salud. Los organismos centran la preocupación de la atención médica en el individuo, pero también amplía su radio de



actividades en prevención, educación para la salud y fomento, teniendo en cuenta las condiciones materiales, sociales y ecológicas de cada caso y familia; de esta forma la atención médica se transforma en integral.

12. En cuanto a la definición de paciente: En lenguaje común, se entiende por paciente como una persona enferma que es atendida por un profesional de la salud. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención. Para las ciencias de la salud en general, el paciente es una persona que sufre dolor o malestar
13. De manera general los pacientes pueden ser clasificados así: 1. Pacientes agradables, 2. Pacientes valientes, 3. Pacientes que no cumplen, 4. Pacientes enfadados, 5. Pacientes manipuladores, 6. Pacientes exigentes, 7. Pacientes directos, 8. Pacientes ansiosos, 9. El caso más extremo es el paciente hipocondríaco que llama a urgencias ante el más mínimo dolor.
14. En relación a los deberes y derechos de los pacientes han sido resumidos por el Ministerio de Salud Pública (14): 1. Nuestros pacientes tienen derecho a: a. Una atención oportuna con respeto, cortesía y sin ninguna discriminación. b. confidencialidad sobre su tratamiento; c. Recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento y d. Elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias se le deberá informar al paciente sobre las consecuencias de su decisión. Los deberes son: a. Proporcionar información sobre su enfermedad. b. Autorizar a un familiar a solicitar información sobre su tratamiento en caso de que el paciente mismo no lo pueda hacer; c. Preguntar si no entiende las instrucciones y procedimientos en su tratamiento y d. Solicitar que le alivien el dolor. e. Tomar únicamente medicamentos o bebidas indicadas por el médico, e. Ayudar a controlar ruidos y número de visitas en su habitación y f. Respetar al personal y a los bienes de la Institución.



15. La Organización Mundial de la Salud (9) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas. Cabe indicar que a través del tiempo debido a la necesidad se han hecho esfuerzos desde varias organizaciones con planteamientos puntuales referidos a propósitos acciones y retos fundamentales planteados en diferentes programas, entre ellos, Ecuador con la construcción y publicación en el 2016 del “Manual de Seguridad del paciente/Usuario para el Sistema nacional de Salud”. (Acuerdo ministerial 00000115 y registro oficial 760)
16. Un Protocolo de atención médica, es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Es decir, se entiende como Protocolo de atención medica al conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos o tratamiento médico a seguir en la atención clínica patológica. Constituyen un medio en el cual se plasman directrices o recomendaciones con carácter actual, elaboradas y actualizadas que un grupo de expertos cualificados establecen para orientar la labor diaria de los profesionales. Este instrumento es fundamental porque permite o implica una atención de calidad y oportuna al paciente, por tanto, es un documento con el que deben contar todas las instalaciones o establecimientos sanitarios.
17. La medicina centrada en el paciente según Balint, Michael indica que es un método de entrevista médica que le permite al médico hacer un Diagnóstico General; a una la enfermedad, las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes. Entre los elementos de ésta se encuentran: La exploración en conjunto de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad o dolencia, la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto, la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional



sanitario y el paciente, compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención y la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación médico-paciente. Y entre sus características se indican: permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes, incluye sus propias inquietudes, persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas, favorece que los pacientes expliquen sus creencias/ expectativas sobre la enfermedad, incorpora la visión del paciente sobre el problema, etc. Se expone que hay seis (6) los componentes de la medicina centrada en el paciente: Exploración de la enfermedad y de la experiencia de estar enfermo, comprensión integral de la persona como un todo, el encuentro de un terreno común con relación al manejo, prevención y promoción de salud, el mejoramiento de la relación médico paciente y el uso realista del tiempo y recursos (Trabajo realista).

18. Existen una serie de aspectos no médicos que mejoran la atención al paciente, entre ellos los referidos al ambiente de los servicios, relativa a aquellos aspectos de las áreas de atención que las hacen agradables y confortables para el paciente y sus familiares; trato cordial y amable para él y sus familiares por parte del personal administrativo, obrero y paramédico, etc.; seguridad en las instalaciones de los establecimientos en razón de eventos delincuenciales que se presentan en los mismos; recibir explicaciones con lenguaje claro y sencillo de los cuidados que se proporcionan.
19. Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. De manera clásica se distinguen tres niveles de atención: 1. El primer nivel, considerado como la puerta de entrada al sistema de salud y es el más cercano a la población, es decir, el nivel donde se produce el primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos



que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.² El segundo nivel de atención es donde se ubican generalmente los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco -obstetricia, cirugía general y psiquiatría y el 3. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

20. La República Ecuador cuenta con una arquitectura jurídica sólida que contempla la protección, los derechos y deberes de los pacientes desde la consagración constitucional incluyendo la Ley Orgánica de Salud y la Ley de derechos y amparo del paciente (13) que consagra que los pacientes tienen derecho a conocer en los servicios de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad, el no ser discriminados, la confidencialidad, establecidos estos en el Capítulo II.
21. El concepto de paciente crónico se ha modificado en las últimas décadas. Hasta hace no mucho tiempo se entendía como aquel sujeto afecto de una única enfermedad; actualmente una representación más real es la del paciente con varias patologías, eminentemente crónicas, incapacidad, merma en su autonomía, fragilidad clínica, etc. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación de las funciones básicas en la vida diaria del paciente. Para la atención de este tipo de paciente muchos países han trabajado y diseñado estrategias bajo nuevas perspectivas centradas en el paciente más que en la enfermedad, tomando en consideración factores como: el auto cuidado, el entorno familiar como eje importante de su cuidado, la comunicación efectiva entre ellos y personal de salud, la promoción



y prevención sobre las enfermedades crónicas, promoción de estilos de vida saludables como aspecto esencial para mejorar la salud de la población y para prevenir las enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE





1. Alvarado-Guevara A. Errores médicos. Acta méd. costarric. 2009; 51(1).
2. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario. Atención medica. [Online].; 2010. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/atencion-medica>.
3. Fernandez P. Pruebas diagnósticas. Cad Aten Primaria. 2003; 10: p. 120-124.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). 71.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2018. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_28-sp.pdf.
5. Salud Pública México. El concepto de buena atención médica. [Online].; 2019. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5279/5423>. R7.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Que calidad de vida? [Online].; 1996. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>.
7. González L, Gallardo E. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. Revista Digital Universitaria. 2012; 13(15).
8. Burgos P. Servicios de Salud, Organización y niveles de atención. [Online].; 2012. Available from: https://es.slideshare.net/PiaHurtadoBurgos?utm_campaign=profiletracking&utm_medium=sssite&utm_source=ssslideview.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. [Online].; 2009. Available from: who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
10. EcuRed: Enciclopedia cubana. Clasificaciones de pacientes. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ecured.cu/Paciente>.
11. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial N° 449 del Tribunal Constitucional de la República de Ecuador. [Online].; 2008. Available from: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf.
12. Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423.



- [Online].; 2006. Available from: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=safehospitalslegislation&alias=1770-ley-organica-de-salud-2006&Itemid=1179&lang=es.
13. Ley de derechos y amparo del paciente. Ley 77 Registro Oficial Suplemento 626. [Online].; 2006. Available from: <http://www.conasa.gob.ec/wp-content/uploads/BASES-LEGALES-PDF/LEY%20DE%20DERECHOS%20Y%20AMPARO%20AL%20PACIENTE.pdf>.
 14. Ministerio de Salud Pública. Deberes y derechos de los pacientes. [Online].; 2018. Available from: <http://www.haiam.gob.ec/index.php/docencia-e-investigacion-2/2018-11-07-19-19-24>.
 15. Carvajal V. ¿Conoce los derechos de sus pacientes? [Online].; 2016. Available from: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/-conoce-los-derechos-de-sus-pacientes--88432>.
 16. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2017; 28(5): p. 785-795.
 17. Briones A. Manual de Seguridad del paciente/Usuario para el Sistema nacional de Salud: Ministerio de Salud Pública; 2016.
 18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. 3rd ed.: Ginebra; 2005.
 19. Rodríguez M. MEDWAVE. [Online].; 2009. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/4040>.
 20. Suarez M. Medicina centrada en el paciente. Rev. Méd. La Paz. 2012; 18(1).
 21. García Salabarría J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Publica Cubana. Rev. Cubana Salud Pública. 2006; 32(1).
 22. Martínez Sesmero J. Atención integral al paciente crónico en el siglo XXI. Revista OFIL. 2016; 26(2).
 23. Gobierno de Aragón. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. [Online].; 2009. Available from: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20>



de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795.

24. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador Quito: Asamblea Nacional; 2008.
25. Saura J, Saturno Hernández P. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Atención Primaria. 1996; 18(2).



DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE

1^{ER} E D I C I Ó N



Publicado en Ecuador
Marzo 2020

Edición realizada desde el mes de agosto del año 2019 hasta noviembre del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 150, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en
tipo fuente.



DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ATENCIÓN AL PACIENTE

Dra. Victoria Magdalena Paladines Rios
Dr. Fredy Ramón Monge Plaza
Dr. Freddy Leonidas Monge Paladines
Dr. Jhonnatan Mauricio Jumbo Molina

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.



ISBN: 978-9942-826-21-3

