

y el experto. Los análisis sobre la pericia deben hacerse de manera integral, tomando en cuenta tanto el aspecto técnico como el efecto de los ambientes de práctica profesional en el desempeño médico. Considerar el desempeño médico en forma integral y no sólo enfocarse al aspecto técnico. Podría proponer nuevas e innovadoras hipótesis sobre la posibilidad de mejorar el patrón de su relación con el paciente.

Los análisis sobre cómo realizan la entrevista al paciente los médicos expertos y los novatos y sus respectivos riesgos de insatisfacción de los pacientes, nos orienta a comprender algunos mecanismos a través de los cuales la historia de la relación médico paciente ha cambiado y entender así algunos de los orígenes de las quejas ante la CONAMED.

El denominado sesgo orgánico de los médicos, ha provocado que orienten la consulta hacia la identificación del " motivo principal de demanda de atención ". Buscan los signos y síntomas y formulan una serie de preguntas para que el paciente conteste sí o no, con lo que pretenden confirmar las hipótesis que establecieron previamente. Se organizan los síntomas y se etiqueta la enfermedad, sin embargo, los motivos " reales " de la consulta frecuentemente quedan ocultos, además de perderse el efecto placebo y de apoyo social de la relación médico - paciente.

El entrenamiento y práctica médico se ha venido concentrando en una historia clínica que construye la enfermedad, pero no identifica los motivos de los pacientes para buscar la atención médica. Sin duda, la aplicación cotidiana de este esquema ha dado como resultado muchos de los factores que subyacen a las quejas médicas que han sido presentadas ante CONAMED.

Por lo anterior, la Comisión privilegia la medicina centrada en el enfermo y no la práctica de la medicina centrada en la enfermedad. Parte del quehacer cotidiano radica en identificar y estudiar los factores que se perciben detrás de los motivos de las quejas, así como la difusión de sus resultados para que puedan ser considerados en los procesos de planeación institucional o en el ejercicio cotidiano de la medicina. Esto permite contribuir al cumplimiento de uno de los principales objetivos de la creación de la CONAMED: coadyuvar al mejoramiento de la calidad de la atención médica en el país.

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico

** Facultad de Medicina, UNAM

*** Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Voces Conamed

Ma. Del Carmen Dubón Peniche

En la prestación de servicios médicos, los resultados de la atención de un paciente, con frecuencia se encuentran influidos por diversos factores biológicos, idiosincráticos, tecnológicos, así como errores personales e institucionales cuya ocurrencia es posible evitar si existe retroalimentación y se aprovecha la experiencia.

Caso

Motivo de la queja: Paciente que presentó trabajo de parto, se difirió su atención durante siete horas estando hospitalizada y finalmente se consideró urgencia obstétrica, con sufrimiento fetal y se derivó a otra unidad médica. El producto falleció *in útero*.

Especialidad: Obstetricia.

Pretensión:

- Informe detallado de la atención proporcionada y explicación de los motivos que ocasionaron la defunción del producto.
- Determinar si existió negligencia médica en la atención de la paciente.
- De ser procedente; se le otorgue una indemnización.

Resumen clínico

Paciente femenino de 23 años edad, Gesta II; Para 0; Cesárea I; fecha de última menstruación: el 10 de abril 1997; fecha de última cesárea: 10 marzo 1995, con 13 consultas de control prenatal en el primer nivel de atención.

Acudió al hospital el 19 de enero de 1998 a las 16:30 horas, donde se le indicó regresar en 2-3 horas, o antes si se presentaban datos de alarma. Ingresó a la unidad de quirúrgica a las 17:30 horas del mismo día; la nota médica señala que inició contracciones uterinas a las 11:00 horas, las cuales fueron aumentando en intensidad, con salida del tapón mucoso. A la exploración física se encontró: " útero gestante con producto único vivo, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, con frecuencia cardíaca fetal de 144 por minuto, cérvix posterior, blando, con cinco centímetros de dilatación y borramiento 90%, membranas íntegras, contracciones 2-3 en 10 minutos ". Se integró el diagnóstico de " embarazo de 40.2 semanas de gestación con trabajo de parto, teniendo como plan de vigilancia obstétrica y probable traslado a otro hospital ", permaneciendo la paciente en observación.

En el expediente clínico no existe otra nota médica de revisión, hasta las 22:00 hrs.; se registró partograma, en el que solamente se anotó la frecuencia cardíaca fetal.

A las 22:10 horas se elaboró nota de traslado a unidad de apoyo refiriendo: " paciente con dolor obstétrico importante; sin embargo, a pesar de la conducción el cérvix no dilata más de 4/5 cm., por lo tanto es necesaria una intervención quirúrgica de emergencia. Por el momento, el personal médico es insuficiente para realizar dicho evento quirúrgico, por lo cual se envía a hospital de apoyo con diagnóstico de embarazo de 40 semanas de gestación, más cesárea previa, más desproporción céfalo pélvica, más trabajo de parto e insuficiencia de personal ".

La nota de las 0:45 horas del hospital al que fue referida señala: " frecuencia cardíaca fetal apenas audible 20 a 40 por minuto, cérvix borrado, 6-7 cm., de dilatación, membranas rotas, embarazo de término en trabajo de parto avanzado, sufrimiento fetal agudo, cesárea previa. Plan: pasar a quirófano ". Se realizó cesárea tipo Kerr, obteniendo a la 1:10 hrs. Producto muerto, masculino, peso 2,850 gr. Talla 51 cm. Posteriormente se atendió alumbramiento, obteniéndose placenta totalmente impregnada de meconio espeso. Faltó una compresa por lo que se solicitó radiografía de abdomen que no mostró datos de cuerpo extraño ". El certificado de muerte fetal señala como causa de la muerte " interrupción de la circulación materno fetal ".

Puntos de Controversia

- I. A solicitud del quejoso determinar si existió negligencia en la atención de la paciente.
- II. La institución hospitalaria manifestó que: " la atención que se brindó a la paciente en el primero y segundo niveles de atención fue oportuna y adecuada, considerando conveniente aclarar que la interrupción de la circulación materno fetal significa que el flujo sanguíneo, que va de la placenta al feto, se obstaculiza o se suspende ocasionando sufrimiento fetal, que según su gravedad puede provocar la muerte del producto, siendo diversas sus causas, tales como: circular de cordón, principalmente en tórax o cuello; nudo verdadero del cordón umbilical, comentando que estas causas son inherentes al desarrollo propio del embarazo y no a impericia o negligencia médica, por lo que considera que la queja no es procedente ".

Análisis del caso

Paciente en la tercera década de la vida, con antecedentes de cesárea previa por ausencia de dilatación. Inició trabajo de parto espontáneo y acudió para recibir atención. A su ingreso, se decidió vigilar el trabajo de parto; en el expediente clínico se menciona conducción, sin embargo se consideró que la cirugía obstétrica previa sobre útero y la desproporción céfalo pélvica fueron contraindicaciones para el uso de ocitocina.

Cursó con dilatación estacionaria en 5-7 centímetros. No se comenta en las notas médicas la condición de la pelvis obstétrica, la cual no fue valorada con oportunidad.

Dado que la paciente se encontró con dolor obstétrico importante y que, a pesar de la conducción, el cérvix no dilató más de 4-5 cm, se decidió que requería una intervención quirúrgica de emergencia; sin embargo, por insuficiencia de personal médico, se envió a otro

hospital.

El sufrimiento fetal agudo fue la probable causa de muerte del producto, toda vez que no existe evidencia de que ocurriera desprendimiento de placenta. No se refiere en el expediente la presencia de circular de cordón o nudo verdadero, ni patología del producto y el meconio ratificó el sufrimiento fetal con cierto tiempo de evolución (placenta y membranas impregnadas). Al llegar la paciente al hospital al que fue referida, se detectó bradicardia severa (20-40 por minuto), efectuándose cesárea, obteniéndose producto muerto.

Cabe señalar que el primer hospital, con siete horas de estancia, tuvo una dilatación estacionada, por lo que se debió indicar cesárea. Así mismo, no se contaba con el personal para efectuar la intervención y resolver el embarazo dentro de los primeros noventa minutos o trasladarla inmediatamente. (La nota de traslado menciona las 22:10 hrs., por lo que existen dos horas entre la última valoración y su ingreso al hospital de referencia).

La operación cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción por vía abdominal, a través de histerotomía, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas. Existen indicaciones para su realización, como son la falla en el progreso del trabajo de parto, presentaciones anormales, sufrimiento fetal, entre otras.¹

Las unidades médicas con atención obstétrica deben contar con personal suficiente e idóneo así como con los procedimientos para la atención del parto. A las pacientes que ingresen se les debe elaborar la historia clínica completa, así como el partograma. Debe evaluarse la realización de procedimiento como la indicación y la conducción del trabajo del parto normal ya que requieren de la vigilancia estrecha con médicos calificados (lo que nos sucedió en este caso). Asimismo, contar con criterios para la realización de la operación cesárea y para la referencia de los casos que requieren ser atendidos en otra unidad de mayor capacidad resolutive.

En este caso, las obligaciones de medios para el personal del primer nivel consistían en establecer el diagnóstico, utilizando los recursos clínicos y de laboratorio disponibles de acuerdo al nivel e iniciar la atención prenatal, cual debe estar dirigida a la detección y control de factores de riesgo obstétrico y la prevención y tratamiento de patologías intercurrentes con el embarazo. Si el caso lo amerita, remitir a la paciente al nivel de atención correspondiente.

En el segundo nivel de atención se debe valorar las condiciones generales de la paciente, el riesgo obstétrico, confirmar el diagnóstico, iniciar el manejo correspondiente y resolver el embarazo. Los casos que así lo requieran por su complejidad, deberán referirse al tercer nivel; en este nivel deben atenderse los padecimientos de menor frecuencia y mayor complejidad, utilizando para ello todos los recursos médicos y tecnológicos que estén a su alcance.

Durante la atención prenatal (primer nivel) se realizaron 13 consultas en el que se valoró el peso y crecimiento uterino, siendo la última a las 39.3 semanas de edad de gestacional; sin embargo, no se determinó la utilidad de la pelvis.

En el expediente clínico del primer hospital, no se encuentran completos los registros de la contractividad uterina y el progreso de la dilatación cervical. Asimismo, no se encuentra registro cardiotocográfico, de cefalopelvimetría, ni ultrasonido; sin embargo en una nota médica se menciona desproporción céfalo pélvica.

Aunque se indicó, no se efectuó con oportunidad la operación cesárea, toda vez que se dejó evolucionar el trabajo de parto y se consideró la posibilidad de intervenir quirúrgicamente cuando ya se trataba de una emergencia.

Según se asienta en el expediente, se envió a la paciente a otro hospital por falta de personal efectuándose la referencia de manera tardía; ya que cuando se realizó, el trabajo de parto era de más de 11 horas de evolución. Existieron dos horas entre la última valoración y el ingreso de la paciente al hospital al que fue referida.

En virtud de lo antes expuesto, se puede concluir que se trató de paciente secundigesta, con antecedentes de cesárea previa, con el embarazo de término en trabajo de parto espontáneo, por lo que acudió al hospital, en donde no fue sometida a una evaluación obstétrica estrecha para definir la conducta de caso; por consiguiente, la atención no fue correcta, ya que no se cumplieron las obligaciones de medios, no se valoró de manera adecuada y oportuna el riesgo obstétrico, se aplicó medicamento (ocitocina) a pesar de que la paciente reunía dos

contraindicaciones para su utilización y no fue vigilada adecuadamente. No se practicó la operación cesárea y existió retraso en el traslado de la paciente a otra unidad.

Asimismo, en el mencionado hospital existió falta de personal médico y el que se encontraba en turno no resolvió la urgencia, lo que produjo la referencia de la paciente a otro nivel de atención, existiendo además diferimiento en el traslado.

Finalmente, los médicos que atendieron a la paciente en el hospital al que fue referida actuaron correctamente y resolvieron la urgencia quirúrgica, aunque las condiciones fetales en ese momento eran *premortem*.

Cabe señalar que la atención prenatal que se le brindó a la paciente en el primer nivel de atención fue insuficiente.

Con base en el análisis efectuado, se elaboró una opinión técnica, que fue enviada a las autoridades de la institución y en la cual se hicieron las siguientes recomendaciones:

Primera.- Que la institución tome las medidas necesarias para que se cumpla con los artículos 32, 33 y 51 de la Ley General de Salud y los artículos 8º, 9º, 21, 26, 48, 72, 73 y 99 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, y el artículo 33 de la Ley de Profesiones, relativos a las actividades de atención médica y para que los usuarios obtengan prestaciones de salud profesionales, éticas y de calidad. Asimismo, que se cuente en las unidades con personal suficiente e idóneo.

Segunda.- Dar vista al órgano interno de control para que realice las acciones necesarias a efecto de determinar la existencia de responsabilidad del personal que intervino en la atención de la paciente; así como investigar las causas por las que la institución no contaba con los recursos suficientes e idóneos para atender a los usuarios, solicitándole informar a la CONAMED sobre las acciones que se realicen.

Como resultado de la Opinión Técnica, la institución revisó el caso y concluyó que el manejo no fue lo acucioso que requería; que con antecedente de cesárea previa no se identificó la desproporción cefalopélvica, ni el sufrimiento fetal oportunamente. Se admite relación entre la atención institucional y la defunción del producto. La queja médica procedió y se otorgó un monto similar al que corresponde por concepto de indemnización. Asimismo, dio vista a las autoridades médicas delegacionales y laborales, así como al Organismo de Control Interno para que tomaran las medias correspondientes.

Décima Tercera Sesión Ordinaria del Consejo

Síntesis del Informe de Actividades enero marzo de 1999

En el período correspondiente de enero a marzo de 1999, se atendieron mediante asesoría 409 asuntos, lo que significa un incremento del 3% respecto de los 397 del mismo período del año anterior. Del total, 179 (43.8%) fueron por comparecencia directa, 99 (24.2%) por vía telefónica y 131 (32.0%) por correspondencia.

En 84 de estos asuntos (20.5%) la materia no fue competencia de la Comisión, toda vez que se referían fundamentalmente a pensiones, solicitudes de dictamen médico para contar con una prueba preconstituida, inconformidad por servicios funerarios de instituciones de seguridad social, solicitudes para visitas médicas a reclusos, cobros excesivos en servicios médicos privados, peticiones para que se retire la cédula profesional, y algunos otros de carácter administrativo.

En estos casos se orientó y asesoró cabalmente a los peticionarios para que acudieran a las dependencias u organismos competentes para conocer, atender y resolver su inconformidad, exponiendo las razones por las cuales la Comisión no era competente.

En 21 asuntos más, que representaron el 5%, se brindó a los quejosos una amplia explicación técnica médica, acerca de la naturaleza, características y evolución de su padecimiento, disipando con ello las dudas que motivaron la inconformidad; ya que en esencia no había controversia alguna, sino una deficiente comunicación médico paciente.