UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO DE INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL

"RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

PRESENTADO POR: DRA. BERENICE REYES HERNÁNDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

DIRECTORA DE TÉSIS: DRA. LETICIA DE ANDA AGUILAR

MÉXICO, D.F. **- 2016 -**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Responsabilidad Profesional en Ginecología y Obstetricia

Autor: Dra. Berenice Reyes Hernández

Vo.Bo.

Dr. Víctor Hugo Soto Flores
Profesor Titular del Curso de Especialización
En Medicina Legal

Vo. Bo.

Dr. Ignacio Carranza Ortiz
Director de Educación e Investigación

DIRECCION DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Responsabilidad Profesional en Ginecología y Obstetricia

Autor: Dra. Berenice Reyes Hernández

Vo.Bo.

Dra. Leticia De Anda Aguilar

Directora de Tesis

Directora de Coordinación Pericial en la
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Agradecimientos

A todos aquellos que no permitieron

que me diera por vencida

Gracias.

ÍNDICE

Introducción	**1**
Materia y métodos	**13**
Resultados	**18**
Discusión	**40**
Conclusiones	**49**
Referencias bibliográficas	**52**

RESUMEN

Objetivo: Identificar las causas nosológicas y terapéuticas de las denuncias de responsabilidad profesional en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, de los 39 dictámenes relacionados a esta especialidad emitidos por la CONAMED durante el 2014, identificando los eventos diagnóstico-terapéuticos más comunes, el resultado de los dictámenes, las características de los profesionales y las instituciones de salud en conflicto.

Resultados: La mayoría de los casos fueron de obstetricia. En 30.8% se realizó cesárea y en 23% histerectomía. Las condiciones nosológicas más frecuentes fueron muerte del producto, asfixia perinatal, sufrimiento fetal agudo, parto y producto pretérmino. En 48.7% se identificó que la causa del evento adverso fue un error del personal de salud. En 74.4% existieron deficiencias del expediente clínico.

Conclusión: Existe un riesgo elevado para las denuncias en Ginecología y Obstetricia. Las complicaciones de la histerectomía y recién nacidos pretérmino frecuentemente no tienen mala práctica. Eventos como sufrimiento fetal agudo, ruptura uterina y muerte perinatal sí se relacionan a errores del personal de salud.

Palabras claves: responsabilidad, ginecología, obstetricia, denuncia, mala práctica, negligencia.

Introducción

“Aprender de los errores” es una frase comúnmente utilizada que pocas veces se pone en práctica de manera proactiva, sin embargo, las denuncias ante las autoridades por errores médicos ya sea reales o percibidos por los usuarios de los servicios de salud van en aumento, por lo que reconocer las fuentes de error se vuelve imperativo para tratar de mejorar la calidad de la atención médica.

Estudios han demostrado que las denuncias por mala práctica sirven de fuente de información invaluable sobre los problemas en cuanto a calidad de los servicios de salud, al poder ser utilizadas para identificar áreas que se beneficiarían al realizar mejoras.[1]

En 1999 un reporte del Instituto de Medicina llamado “To err is human” (errar es humano) estimó que en Estados Unidos ocurren entre 44,000 y 98,000 muertes como el resultado de alguna lesión iatropatogénica. Los errores individuales resultan de las deficiencias en habilidades y falta de cuidado, pero a gran escala, el médico sólo es una parte en el complicado sistema de atención a la salud. Muchas de las situaciones que dan paso a una denuncia ocurren en instituciones con “errores latentes”, problemas de base o infraestructurales que son, en efecto, “errores en potencia”.

Ahora bien, en tiempos remotos, el origen de las enfermedades era misterioso; los médicos tenían pocas herramientas para combatirlas y el resultado, usualmente pobre, era visto como una señal divina. El concepto de “error

médico” surgió cuando el progreso de la Medicina demostró que las patologías podían ser tratadas y, por lo tanto, también maltratadas.[2]

En términos generales se entiende por Responsabilidad Profesional Médica: “La obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión”. [3]

Para disminuir el riesgo de denuncias se requiere un entendimiento de las razones principales por las cuales los médicos son denunciados. En la mayoría de los casos la razón más común de denuncia es, de manera predecible, que un error médico lesionó a un paciente.[4]

Al atender a un paciente el personal de salud tiene ciertas obligaciones que Casa Madrid agrupa en tres categorías: obligaciones de medios, de seguridad y de resultados.[5]

Las primeras se definen como la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéuticos. El facultativo está obligado al uso de medios ordinarios, por lo tanto corresponderá a este, determinar cuáles son los apropiados a aplicarse en cada caso, la falta de adopción de los mismos invariablemente será tenida como hecho ilícito. También puede ser atribuido al personal directivo y administrativo de los establecimientos, como por ejemplo, al encargado de suministros, al no proveer con el material necesario para la atención médica.

El segundo grupo, las obligaciones de seguridad, están caracterizadas como el deber del equipo de salud de evitar eventos adversos; se refieren esencialmente al uso correcto y al mantenimiento de aparatos y equipos, a fin de evitar accidentes, y al igual que en el caso anterior, son atribuibles no solo al personal médico, sino extensivas al personal administrativo y de mantenimiento, así como al establecimiento mismo.

El tercer grupo, la exigibilidad de resultados, se sustenta esencialmente en la protección de los derechos de contratación de las partes. Se trata de evitar el engaño del que podría hacerse víctima quien obtiene bienes y servicios. En el ámbito médico esto se refiere a los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, de los insumos de salud, así como en cirugías de resultados, las cuales son únicamente las de naturaleza estética, y son exigibles cuando el facultativo hubiere asumido expresamente el resultado, siendo ello posible.[5]

Todo el actuar médico se rige con la *lex artis* que es el conjunto de procedimientos, técnicas y reglas generales de la profesión. De ahí que, para determinar la conducta del profesional de la salud conforme a la *lex artis*, se deben tener presentes los estándares de calidad de servicio en la época del tratamiento.[6]

La conducta del personal de salud no acorde a la *lex artis*, da lugar a lo que comúnmente se denomina, en términos de la doctrina estadounidense, bajo el

término de **mala práctica**. Los tipos de mala práctica reconocidas en el derecho mexicano son la **impericia, la negligencia y el dolo**.

Impericia: es la falta de conocimiento imputable al personal de salud.

Temeridad (impericia temeraria): es el sometimiento al paciente a riesgos o lesiones innecesarios a causa de la falta de conocimiento del personal de salud.

Negligencia médica: es la omisión de un deber de cuidado en la atención médica, atribuible al personal de salud.

Dolo en la atención medica: cualquier maquinación o artificio para engañar a un paciente o bien para perjudicar su salud.[5]

Los elementos para establecer mala práctica son:

- Sometimiento del paciente a un riesgo innecesario.
- Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.
- Presencia de lesiones injustificadas.
- Obtención de remuneraciones fraudulentamente obtenidas.
- Realización de prácticas o suministro de insumos notoriamente inapropiados.
- Sustitución o simulación medicamentosa.
- Presencia de actos de violencia física o moral.
- Incumplimiento de obligaciones de medios, de seguridad y, en su caso, de resultados.

- Realización de actos médicos sin la previa sanción de Comisiones y Comités.
- Transgresión de normas prohibitivas.[5]

La prueba idónea para las responsabilidades penales, como para las civiles, es el dictamen de peritos. La Ley de Profesiones, en su artículo 34, dispone que "cuando hubiere inconformidad por parte del cliente con respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante un juicio de peritos, ya sea en territorio judicial como en el privado". Este artículo establece que, para la emisión de un dictamen, los peritos deberán tomar en cuenta: 1) si el profesional procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aplicables al caso generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate; 2) si el mismo dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se preste el servicio; 3) si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener un buen resultado, y 4) cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.[6]

Los dictámenes médicos son documentos escritos en relación a las intervenciones médicas, mediante el cual se pretende aclarar científicamente algún problema médico con el fin de auxiliar a la justicia. Son producto del análisis y discusión razonada del hecho médico sometido a examen y, en su caso, a las intervenciones quirúrgicas, valoraciones y experimentos

recomendados por la ciencia médica. Son emitidos a petición de las partes o del órgano o autoridad encargado de la impartición o administración de justicia.[5]

Existen diversas formas de emitir un dictamen médico, una de ellas es la siguiente: 1. Destinatario, 2.Introducción, 3. Objetivo(s) de la peritación, 4. Antecedentes, 5. Comentarios, 6. Conclusiones, 7. La fecha y lugar de su emisión, 8. Nombre y firma de los peritos que lo elaboraron, 9. Bibliografía consultada.[7]

En México, la Comisión Nacional de Arbitraje Medico (CONAMED) es una Institución Pública desconcentrada de la Secretaria de Salud que es competente para conocer, de forma independiente a la vía judicial, de conflictos entre pacientes y prestadores de servicios de salud, tanto de instituciones públicas, privadas o sociales, incluyendo a los profesionales, técnicos y auxiliares que ejercen libremente la medicina, además, cuenta con la atribución de elaborar dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.[6]

Su metodología de trabajo se finca en la amigable composición entre las partes en conflicto. De esta manera, se constituye en una instancia conciliadora, facultada también para ejercer como instancia arbitral cuando aquellas voluntariamente lo solicitan. Sus Laudos cuentan con plena fuerza legal puesto que obligan a las partes y, como toda sentencia arbitral, en caso de

incumplimiento, es ejecutable mediante el procedimiento de homologación de sentencias en la vía judicial.

Debido al carácter autocompositivo de la CONAMED, las partes en conflicto están en posibilidad de dejar a salvo sus derechos para buscar la satisfacción de sus pretensiones ante los tribunales del orden civil o penal.[6]

En 1996 la CONAMED recibió 1,156 quejas que fueron referidas a arbitraje, diez años más tarde, la cifra ascendió a 1,657[8], para 2013 el número fue de 1,775[9]. Tomando en cuenta las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Medico desde su concepción en 1996[8], se puede concluir que la tendencia de la denuncia ante la inconformidad por los servicios de salud recibidos van en crecimiento, lo cual, en sí mismo, no debería ser mal visto; tener una cultura de denuncia ante las injusticias, malos tratos o malos servicios, es parte fundamental para la mejora de la sociedad, pero solo si se toman en cuenta estas denuncias y se utilizan para la creación de estrategias y protocolos que las disminuyan al promover el perfeccionamiento de los servicios.

Realizando análisis de las características generales de las quejas recibidas a lo largo de los años, se ha podido establecer que de manera reiterada las especialidades quirúrgicas son las más propensas a generar conflicto, dependiendo del periodo temporal estudiado las tendencias en cuanto a la especialidad con mayor número de quejas cambia, sin embargo, considerando

las cifras del 2014, las especialidades que han generado el mayor número de dictámenes en la Sala Pericial son Ginecoobstetricia y Cirugía General, que conforman, cada una, 17.5% de los dictámenes que se emitieron en el 2014. Al ahondar más, en las cifras relativas a la primera especialidad se puede establecer que la mayoría de estos dictámenes tuvieron un fondo obstétrico, lo cual concuerda con cifras internacionales [9,10].

Un análisis de estos casos nos podría llevar a la conclusión de que son denuncias sin fundamento, causadas por un daño percibido de los usuarios y no un daño real, sin embargo no es así, ya que en un 76.6% de los dictámenes emitidos en el ámbito de la obstetricia, se encontró evidencia de mala práctica por parte de los profesionales de la salud, solamente las especialidades como Otorrinolaringología, Cirugía pediátrica, Oncología Quirúrgica y Terapia Intensiva tuvieron un porcentaje de mala práctica más elevados, con un 100% en una mínima cantidad de cantidad de casos (dos casos en la primera, tres en la segunda y uno en el resto) y Ortopedia con un 82% de 22 casos.[9]

Tomando en cuenta esta información que considera a la Ginecología y Obstetricia, no solo como la más demandada, sino también como la especialidad con más mala práctica, se considera de importancia ahondar en los motivos que llevan a esta realidad, se sabe por ejemplo que durante el periodo 2003-2007 esta rama de la Medicina alcanzó el primer lugar en denuncias, demostrándose además como la especialidad más relacionada a daño permanente o muerte, cuando se asocia con mala práctica.

Una forma de entender la alta frecuencia de inconformidades y eventos adversos en esta especialidad, se puede explicar por el hecho de que la atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas que se realizan en nuestro país.

En el año 2008, los egresos de la especialidad de Ginecología y Obstetricia representaron 39.4% del total, mientras que en 2011, correspondieron a causas obstétricas 45.2% de los egresos hospitalarios.[11]

La Dra. Carrillo Fabela, en un estudio de los dictámenes realizados en la Procuraduría General de la República en el periodo comprendido entre 1972 a 1992, hace mención a una estadística similar al señalar que la especialidad más demandada fue la Ginecoobstetricia con un 35.95% del total de los casos.[3]

En 2003 la CONAMED publicó recomendaciones para la Calidad de la Atención Obstétrica, basadas en el análisis de casos de Obstetricia concluidos por dictamen pericial en el periodo comprendido entre junio de 1996, hasta junio de 2001; en sus resultados encontraron que las inconformidades se originaron en el tercer trimestre de gestación en un 82.8%, siendo más comunes en hospitales de segundo nivel de atención (62.3%) y dentro de las instituciones de seguridad social (72.1%), además se encontró que el antecedente más frecuente en las historias clínicas de las pacientes fue la cesárea previa, y que las complicaciones fueron previsibles en casi la mitad de los casos; siendo la principal desviación una vigilancia deficiente del trabajo de parto (22.3%). Sólo

en 57% de los casos los médicos involucrados fueron Ginecoobstetras, mientras que el resto fueron médicos generales o familiares, médicos en formación u otros especialistas. Se identificó mala práctica en 54.5% así como deficiencias institucionales en un 40.5%.[12]

En 2012, la CONAMED realizó una actualización a sus recomendaciones. A partir del análisis de los casos recibidos durante 1998 y 2011, la cual identificó que en 86.7% de los casos la inconformidad se refirió a la atención obstétrica mientras que en 13.3%, se relacionó con los resultados perinatales. De los médicos involucrados 38.9% fueron ginecoobstetras mientras que en un 25.5 % fueron médicos generales y 25.2% médicos en formación.[11]

Los tres diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: trabajo de parto en embarazo a término en 14.5%, desproporción cefalopélvica en 10.4% y pérdidas gestacionales del primer trimestre en 9.2%. Se registraron 12 ingresos con diagnóstico de cesárea electiva (1.4%). Las complicaciones más frecuentes de los embarazos fueron puerperio patológico (7.6%), sufrimiento fetal y/o asfixia perinatal (5.1%) y óbito fetal (4.0%). Se encontró evidencia de Responsabilidad Institucional en 9.0%.[11]

Nuevos paradigmas en la atención médica obstétrica dentro de las Instituciones Públicas exponen a los médicos a mayores riesgos. Las pacientes pueden ser atendidas por médicos que nunca han visto y el hecho de que no exista una

relación médico-paciente previa puede generar dudas en las pacientes sobre la competencia del médico asignado.[4]

Entre las causas señaladas por lo que han sido demandados los ginecoobstetras la literatura internacional menciona: los errores u omisiones en diagnósticos prenatales y la monitorización cardiaca fetal, diagnósticos por ultrasonido, la realización de partos vaginales después de partos por cesárea, los diagnósticos de: asfixia neonatal, parálisis cerebral infantil y muerte neonatal, entre otros. [4,13, 14, 15]

Desviarse de lo establecido en la normatividad de la especialidad también presenta un riesgo elevado para recibir una queja por esa acción. En la mayoría de los casos en los que la atención no fue conforme a lo establecido en las Normas, el motivo principal de la queja estaba directamente relacionado a este hecho.

Es importante tener en cuenta que en una investigación con fines legales, la adherencia a la *lex artis* cobra importancia para determinar culpa. Si un médico decide desviarse de lo establecido en los protocolos reconocidos, este debiera describir sus razones para hacerlo en el expediente clínico. Si estas desviaciones están bien fundamentadas y son apropiadas clínicamente, tendrán poco valor para demostrar culpa.[1]

En el 2006, 89% de los miembros del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) que respondieron a la encuesta sobre Responsabilidad

Profesional, admitieron haber sido demandados en alguna ocasión, 37% refirieron que tuvieron una denuncia desde la Residencia, en general el promedio fue de 2.6 denuncias por médico. El 62% de las denuncias se relacionaron a la Obstetricia en comparación con la Ginecología. De estos, 31% correspondían al nacimiento de un producto con déficit neurológico, mientras que el 16% fue por muerte perinatal del producto.[16]

Aunque las causas que llevan a las quejas se han estudiado en el ámbito internacional, específicamente en países desarrollados con un Sistema de Salud muy diferente al que impera en México, poco se sabe de las causas nosológicas y terapéuticas que llevan a que los usuarios de estos servicios, se quejen de los prestadores del servicio en este país.

Es por eso que esta investigación tiene el objetivo de analizar los peritajes en materia de Ginecología y Obstetricia, realizados en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para conocer las causas nosológicas y terapéuticas de estas denuncias, identificar patrones de atención que puedan motivar las mismas, examinar las características de los Profesionales de la Salud en conflicto y de la persona afectada.

Material y Métodos

El diseño del estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, a través del censo de dictámenes institucionales formulados por la CONAMED, correspondientes a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, para lo cual se elaboró un formato *exprofeso* que incluyó 21 variables con opción de respuesta politómica. Para la captura de resultados se procesó una base de datos en el programa Excel. Las variables de contexto evaluadas fueron las siguientes: características de la población (sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación), tipo de tratamiento, semanas de gestación, numero de gesta, hallazgos al nacimiento, institución y nivel de atención involucrados; sexo, especialidad y nivel de formación del personal de salud; motivo de la queja, causa del evento denunciado, resultado del peritaje y deficiencias en el expediente clínico. Las variables de tipo complejas son las siguientes: condición nosológica y manejo de pacientes ginecológicas, obstétricas y de los productos de estas últimas.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo: *de resumen*: porcentaje; *tendencia central*: media; *de dispersión*: desviación estándar, rango. Presentando los resultados en cuadros simples y de doble entrada, figuras.

Desde el punto de vista bioético, se trató de un estudio sin riesgo.

DEFINICIONES OPERATIVAS DE LAS VARIABLES EMPLEADAS

DE LA PACIENTE

1. Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio, en años cumplidos. Medida en años
2. Estado civil: condición de relación de pareja de la paciente al momento del evento adverso. Clasificación: soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre, se desconoce.
3. Escolaridad: último grado escolar terminado. Clasificación: analfabeta, leer y escribir, primaria, secundaria, bachillerato, nivel técnico, licenciatura, posgrado, se desconoce.
4. Ocupación: acción o función que desempeña el paciente, para ganar su sustento. Clasificación: desempleado, jubilado/pensionado, hogar, obrero, empleado, profesionista, se desconoce.
5. Condición nosológica: diagnóstico establecido por el médico tratante, de la alteración o desviación del estado fisiológico manifestada por síntomas y signos característicos presentes en el paciente. Clasificación: abierta.
6. Manejo: Recursos principales empleados por el médico para mejorar la salud. Clasificación: abierta.
7. Tipo de tratamiento: categoría en la cual se agrupa la principal medida empleada por el médico para mejorar la salud. Clasificación: quirúrgica, médica, medidas higiénico dietéticas.

DEL FETO/ RECIÉN NACIDO

8. Condición nosológica: diagnóstico establecido por el médico tratante, de la alteración o desviación del estado fisiológico manifestada por síntomas y signos característicos presentes en el paciente. Clasificación: recién nacido sano (RNS) o abierta.
9. Manejo: recursos principales empleados por el médico para mejorar la salud. Clasificación: abierta o no aplica (RNS, óbito, aborto).
10. Tipo de tratamiento: categoría en la cual se agrupa la principal medida empleada por el médico para mejorar la salud. Clasificación: quirúrgica, médica, no aplica.
11. Semanas de Gestación: duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Expresada en número de semanas completas.
12. Número de gesta: número de embarazos que ha tenido la madre del recién nacido. Expresada en números.
13. Hallazgos al nacimiento: condiciones presentadas por el feto/recién nacido o la madre, descubiertas o corroboradas al momento del nacimiento y expresados en la sección de “hallazgos” de la nota post-parto o post-cesárea. Clasificación: abierta o no aplica.

DEL PERSONAL DE SALUD

14. Nivel de formación y tipo de profesional de salud: grado académico del profesional de salud en conflicto al momento de los hechos y especialidad del médico en conflicto o ausencia de la misma. Clasificación: Abierta
15. Sexo: Característica genotípica relativa al papel reproductivo biológico del individuo. Clasificación: Femenino, Masculino.

DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD

16. Nivel de atención: grado de especialización de la unidad médica en donde se brindaron los servicios, donde:
    - Primero: se refiere a unidades medicas de atención ambulatoria atendida por médicos generales o familiares
    - Segundo: se refiere a Hospitales Generales que cuentan con las cuatro especialidades básicas – Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría.
    - Tercero: se refiere a hospitales de alta especialidad e Institutos
17. Instituto prestador de servicios médicos: categorización de las instituciones de acuerdo a la inserción laboral y la capacidad de pago de la población atendida. Clasificación: Secretaria de Salud (Federal o Estatal), seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX u Otra), privado.

DEL PERITAJE

18. Motivo de queja: efecto adverso, real o percibido por el denunciante como consecuencia de las acciones u omisiones realizadas por el médico, con motivo de la atención al paciente. Los rubros establecidos fueron: negligencia, mala práctica o responsabilidad profesional; falla diagnóstica; retraso diagnóstico; retraso tratamiento; complicación; muerte; otro. En todos los casos se especificó si fue ginecológica (G), materna (M), fetal/recién nacido (F) o ambos (A).
19. Causa de evento denunciado: motivo fundamental que llevó al evento que inspiro la queja o denuncia. Clasificación: riesgo inherente del tratamiento o evolución natural del padecimiento de base, error del profesional de la salud, falta de recursos materiales, falta de recursos humanos, evento adverso percibido/no hubo evento adverso.
20. Resultado: conclusión del peritaje respecto a la existencia o no de elementos de mala práctica respecto al motivo de queja. Clasificación: con elementos de mala práctica, sin elementos de mala práctica, desconocido.
21. Deficiencias del expediente clínico: deficiencias en la integración del expediente clínico que contravienen las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana correspondiente. Para propósitos de este estudio dichas deficiencias serán excluidas como “elementos de mala práctica”. Clasificación: sí, no, se desconoce.

Resultados

En el 2014 se realizaron 245 dictámenes en la CONAMED, de los cuales 43 pertenecieron a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, correspondiendo a un 17.5 % del total. Esta cifra los coloca a la Ginecoobstetricia en la primera posición al igual que a la Cirugía General, con el mismo número de dictámenes elaborados. Siguiendo Medicina Interna con 12.2% y Ortopedia General con 8.9%.[9]

De los 43 casos, cuatro de ellos fueron ampliaciones de dictámenes realizados en años previos por lo que se excluyeron del análisis.

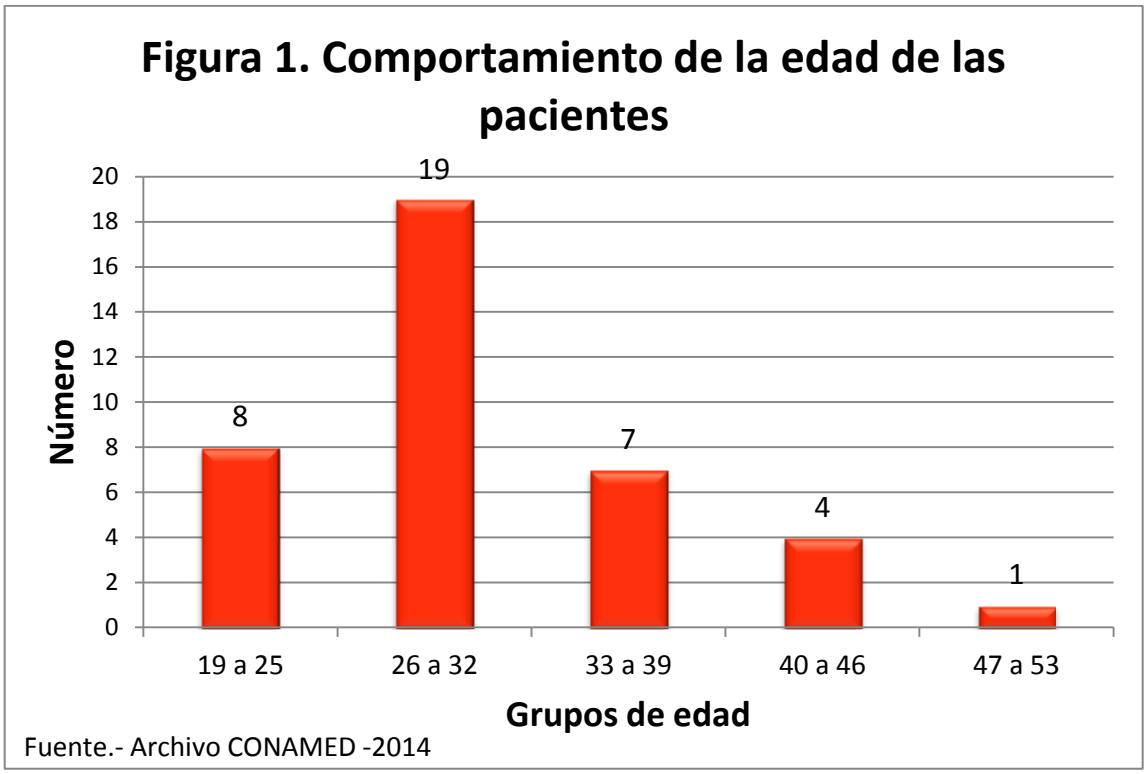
En cuanto a las variables analizadas estos fueron los datos obtenidos.

Edad

Se encontró que la edad mínima fue 19 años y la máxima de 47, con una media de 30.6 y una desviación estándar de 6.9 años.

Utilizando la formula de Shapiro-Wilk se determinó que la población estudiada tuvo una distribución normal.

La distribución conforme a grupos de edad se aprecia en la figura 1 donde podemos observar que 48.7% (19) de las pacientes cuyos casos se estudiaron tuvieron una edad entre 26 y 32 años, siguiendo con el grupo de 19 a 25 años (20.5%) y en tercer lugar el grupo de 33 a 39 años (17.9%).



Escolaridad

De la población estudiada, sólo se encontró la escolaridad de las mujeres afectadas en cinco casos, de los cuales, dos (5.1%) contaban con nivel de bachillerato y una (2.6%) con licenciatura, secundaria y nivel técnico, respectivamente.

Ocupación

Se observó que sólo en 17.9% de los casos se registró la profesión, 7.7% (3) correspondió a empleadas, 5.1% (2) dedicadas al hogar, 2.6% (1) a una profesionista y 2.6% (1) a una obrera.

Estado Civil

De los 39 casos en un 76.9% (30) de los casos el estado civil no fue registrado en el dictamen, este sólo se identificó en 23% (9); 12.8% (5) fueron casadas, 5.1% (2) mujeres solteras, 5.1% (2) en unión libre, (tabla I).

Tabla I. Estado civil de las Pacientes en los Casos Denunciados

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No Registrado	30	76.9
Casada	5	12.8
Soltera	2	5.1
Unión libre	2	5.1
Total	39	100

Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Condición Nosológica

En la tabla II se observan las condiciones nosológicas que afectaron a las pacientes de realizaron una denuncia. En ella se aprecia que de los diagnósticos maternos o prenatales el parto pretérmino se presentó en 12.8% (5) de los casos, en cuatro casos (10.2%) se registró sufrimiento fetal agudo. Los diagnósticos de distocias y abortos ocurrieron en 7.7% (3) de los casos, cada uno.

De los diagnósticos ginecológicos, que en la tabla II se observan sombreadas en gris, el más relevante fue la miomatosis uterina con 7.7% (3) de los casos.

El resto de las condiciones nosológicas identificadas tuvieron una frecuencia igual o menor a dos.

Tabla II. Condición Nosológica de las Pacientes en los Casos Denunciados

Condiciones Nosológicas	Número	%
Aborto Diferido, Perforación Uterina	1	2.5
Aborto Inevitable	2	5.1
Amenaza Parto Pretermino, Presentación Pélvica	1	2.6
Cáncer De Cúpula Vaginal	1	2.6
Distocia De Hombros	1	2. 6
Distocia De Hombros, Atonia Uterina	1	2. 6
Distocia De Variedad De Posición	1	2. 6
Endometritis Postparto	1	2. 6
Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo	1	2. 6
Falta De Progresión Del Trabajo De Parto	1	2. 6
Hemorragia Uterina Anormal	2	5. 1
Hipomotilidad Fetal, Enfermedad Hipertensiva	1	2. 6
Incompetencia Istmocervical, Ruptura Prematura De Membranas	1	2. 6
Macrosomia Fetal	1	2. 6
Miomatosis	3	7.7
Óbito	2	5.1
Parto Pretermino	5	12.8
Placenta Previa, Placenta Acreta	2	5.1
Restos Placentarios, Perforación Uterina	1	2. 6
Ruptura Prematura De Membranas	1	2. 6
Ruptura Uterina	2	5.1
Sufrimiento Fetal Agudo	2	5.1
Sufrimiento Fetal Agudo, Atonía Uterina	1	2.6
Sufrimiento Fetal Agudo, Enfermedad Hipertensiva	1	2.6
Textiloma Post Cesárea	2	5.6
Trabajo De Parto	1	2.6
Total	**39**	100

Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Manejo terapéutico

En la tabla III podemos destacar que en 30.7% (12) de los casos se realizó la operación cesárea, en 25.6% (10) parto, en 23.07% (9) histerectomía, en 15.4% (6) se realizó legrado uterino instrumentado (LUI), en 10.25% (4) laparotomía exploradora (LAPE) y en 5.1% (2) parto con uso de fórceps. El resto de los manejos terapéuticos identificados, como la histeroscopia y la radioterapia, tuvieron una frecuencia menor a dos.

Tabla III. Manejo Terapéutico Empleado en las Pacientes en los Casos Denunciados

Manejo Terapéutico	Total	%
Cesárea	9	23.1
Cesárea, Histerectomía	3	7.7
Conservador	1	2.6
Histerectomía	3	7.7
Histeroscopia, Laparoscopia	1	2.6
LAPE	2	5.1
LAPE, Histerectomía	1	2.6
LUI	4	10.2
LUI, Histerectomía	1	2.6
LUI, LAPE	1	2.6
Parto	6	15.4
Fórceps	2	5.1
Parto, Cerclaje	1	2.6
Parto, Histerectomía	1	2.6
Parto, LUI	2	5.1
Radioterapia	1	2.6
Total	39	100

LAPE: Laparotomía Exploradora, LUI: Legrado Uterino Instrumentado
Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Tipo de tratamiento

Se encontró que **94.9% (37) tuvieron una resolución quirúrgica**, mientras que 5.1% (2) fueron tratados de manera médica no quirúrgica (figura 5).

Rama de la especialidad involucrada

De los 39 casos analizados, se encontró que el **15.4% (6) correspondían a casos de Ginecología, mientras que el 84.6% (33) se refirieron a casos de Obstetricia**. De estos últimos se recabaron variables específicas relacionadas a la gesta y el producto, las cuales se describen a continuación.

Condición nosológica del recién nacido

Dentro de este rubro se destaca que en 15.4% (6) de los casos, la variable no fue aplicable ya que se refería a los casos ginecológicos. En la tabla IV podemos observar que 23.1% (9) de los casos el producto fue un recién nacido sano, en 17.9% (7) fue un óbito, en 12.8% (5) se identificó la presencia de asfixia. Los diagnósticos de aborto y recién nacido pretérmino (menos de 37 semanas de gestación) ocurrieron en 10.2% (4) cada uno. El resto de las condiciones nosológicas identificadas se presentaron en menos de tres casos.

.

Tabla IV. Condición Nosológica del Recién Nacido en los Casos Obstétricos

Condición Nosológica Del Producto	Número	%
Aborto	4	10.2
Asfixia, Macrosomía	1	2.6
Herida Cuello Cabelludo	1	2.6
N.A. Caso Ginecológico	6	15.4
No Expediente	1	2.6
Óbito	7	17.9
Pretérmino	2	5.1
Pretérmino, Asfixia	2	5.1
Recién Nacido Potencialmente Infectado	1	2.6
Recién Nacido Sano	9	23.1
Síndrome Aspiración Meconio	2	5.1
Trauma Obstétrico	1	2.6
Trauma Obstétrico, Asfixia	2	5.1
Total	39	100

N.A.: No Aplica
Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Manejo terapéutico empleado en el recién nacido

Con respecto al manejo empleado se encontró que en 43.6% (17) esta variable no era aplicable, correspondiendo a los casos ginecológicos y a aquellos donde el producto fue un óbito o aborto. En 23.1% (9) de los casos el recién nacido no requirió ningún manejo especial y en 23.1% (9) requirió reanimación neonatal. El resto de los manejos terapéuticos identificados tuvo una frecuencia menor o igual a dos (tabla V).

Tabla V. Manejo Terapéutico del Recién Nacido en los Casos Obstétricos

Manejos Terapéuticos Del Producto	Número	%
Antibioticoterapia	1	2.6
N.A.	11	28.2
N.A. Ginecológico	6	15.4
Ninguno	9	23.1
No Expediente	1	2.6
Reanimación Neonatal	6	15.4
Reanimación Neonatal, Rehabilitación	1	2.6
Reanimación Neonatal, UCIN	2	5.1
Sutura	1	2.6
Vigilancia Intrahospitalaria	1	2.6
Total	**33**	100

N.A.: No Aplica
Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Tipo de tratamiento del recién nacido

En 66.7% (26) no fue aplicable esta variable, ya que correspondió a los casos ginecológicos, óbitos, abortos y recién nacidos sanos; en 28.2% (11) el recién nacido tuvo un manejo médico, en 2.6% (1) el manejo fue quirúrgico, en 2.6% (1) no se contó con el expediente del recién nacido por lo que no fue posible determinar si se le brindo algún tratamiento.

Semanas de gestación

Las semanas de gestación de los 33 casos obstétricos tuvieron una media de 33.24 semanas, una mínima de 8 y una máxima de 42, con una desviación estándar de 9.28 semanas.

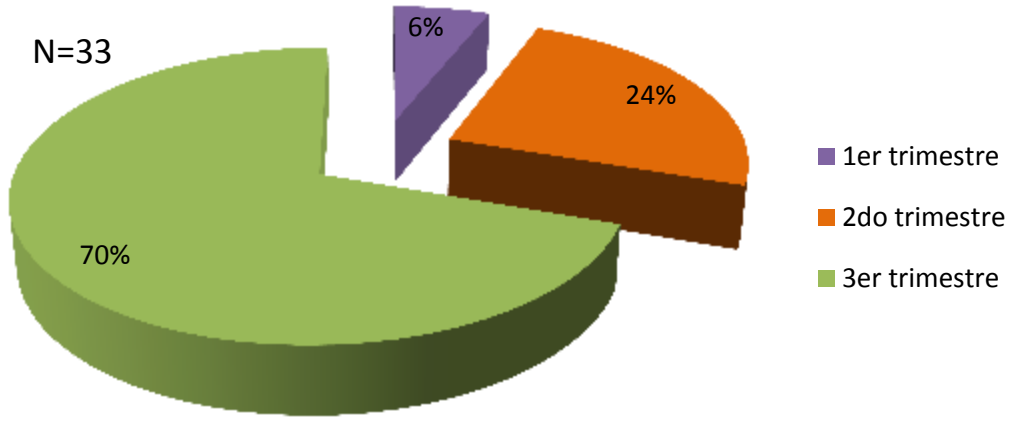
De acuerdo al trimestre de gestación, 69.7% (23) de los casos correspondían al tercer trimestre, el 24.2% (8) al segundo trimestre y el 6.1% (2) de los casos al primer trimestre de gestación (tabla 8, figura 2).

Tabla VI. Distribución de acuerdo a trimestre de gestación

Semanas gestación	Frecuencia	Porcentaje
1er trimestre	2	6.1
2do trimestre	8	24.2
3er trimestre	23	69.7
Total	33	100

Fuente.- Archivo CONAMED 2014

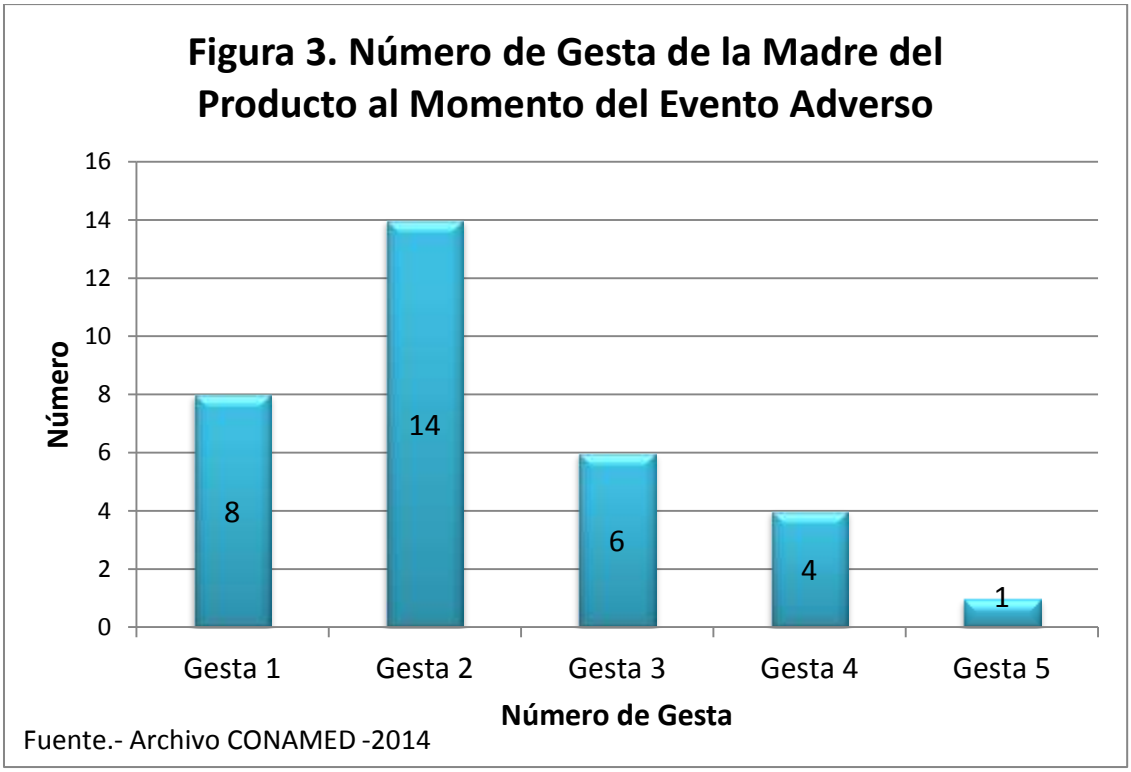
Figura 2. Trimestre de la Gestación en la que se Presentó el Evento Adverso



Fuente.- Archivo CONAMED -2014

Número de Gesta

Se identificó un mínimo de una gesta y un máximo de cinco gestas. En 24.2%(8) de los 33 casos obstétricos, se trató de una primigesta, en 42.4% (14) de una gesta dos y en 18.2% de una gesta tres, en 15.1% (5) restante se trato de una gesta cuatro o cinco (figura 3).



Hallazgos al nacimiento

En 5 de los 33 casos obstétricos (15.5%) se corroboraron al nacimiento **hallazgos identificados en el periodo prenatal**, siendo estos: producto en abdomen, es decir, extrauterino; caput; doble circular al cuello de cordón

umbilical; líquido amniótico meconial y macrosomía, correspondiendo cada uno a 20%.

En 15.4% (6) de los 39 casos totales no se aplicó el rubro de **hallazgos al nacimiento** por corresponder a los casos ginecologicos. En 51.2% (20) de los casos no se registró ningún hallazgo, se incluyeron aquí: los óbitos, abortos y recién nacidos sanos. En el 10.2% (4) hubo circular de cordón, en 7.7% (3) liquido amniótico meconial y en 5.1% (2) macrosomía. El resto de los hallazgos identificados tuvieron se presentaron en un solo caso cada uno (tabla V).

Tabla V. Hallazgos al Nacimiento

Hallazgos	Número	%
Acretismo Placentario	1	2.6
Cavidad Hipertérmica	1	2.6
Circular De Cordón	2	5.1
Circular De Cordón, Líquido Amniótico Meconial	2	5.1
Deformidades Genitales	1	2.6
Implantación Cornual	1	2.6
Líquido Amniótico Hemático	1	2.6
Macrosomía	1	2.6
Macrosomía, Líquido Amniótico Meconial	1	2.6
Ninguno	20	51.3
No Aplica	6	15.4
No Expediente	1	2.6
Pélvico	1	2.6
Total	39	100

Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Nivel de formación y tipo de profesional de salud

En 84.6% (33) de los casos el profesional de salud en conflicto fue Ginecoobstetra, en 7.7% (3) se trató de un médico General o Familiar y en 2.6% (1) de los casos se trató de un médico con especialidad de Anestesiología, un Médico Interno de Pregrado y un auxiliar en Enfermería, respectivamente (tabla 11).

En el caso del médico en formación, no se encontró en el expediente el nombre del médico responsable, por lo que en las conclusiones del dictamen no fue posible atribuir la responsabilidad de la atención al mismo.

Tabla VI. Formación del Profesional de Salud en Conflicto

	Frecuencia	Porcentaje
Ginecología y Obstetricia	33	84.6
Medicina General/Familiar	3	7.7
Anestesiología	1	2.6
Medico Interno de Pregrado	1	2.6
Auxiliar de Enfermería	1	2.6
Total	39	100

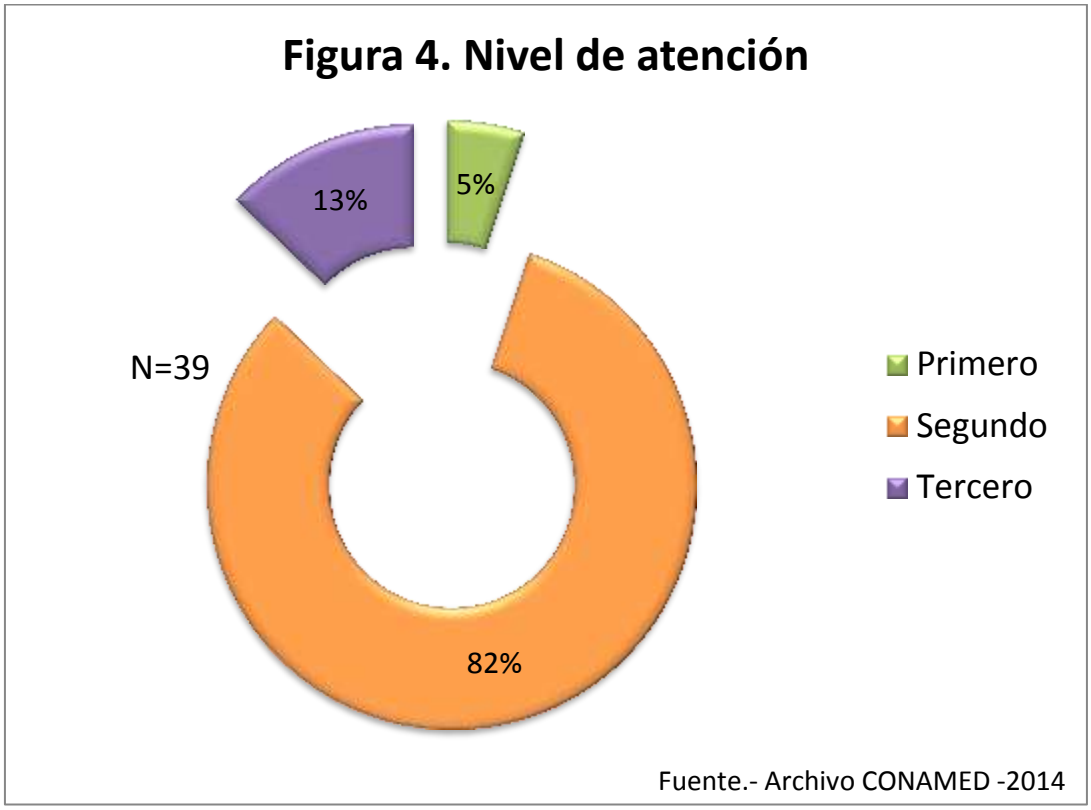
Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Sexo del profesional de salud

En cuanto al sexo del profesional de salud en conflicto en 41% de los casos se trato de personal femenino y en 59% de los casos de personal masculino.

Nivel de atención

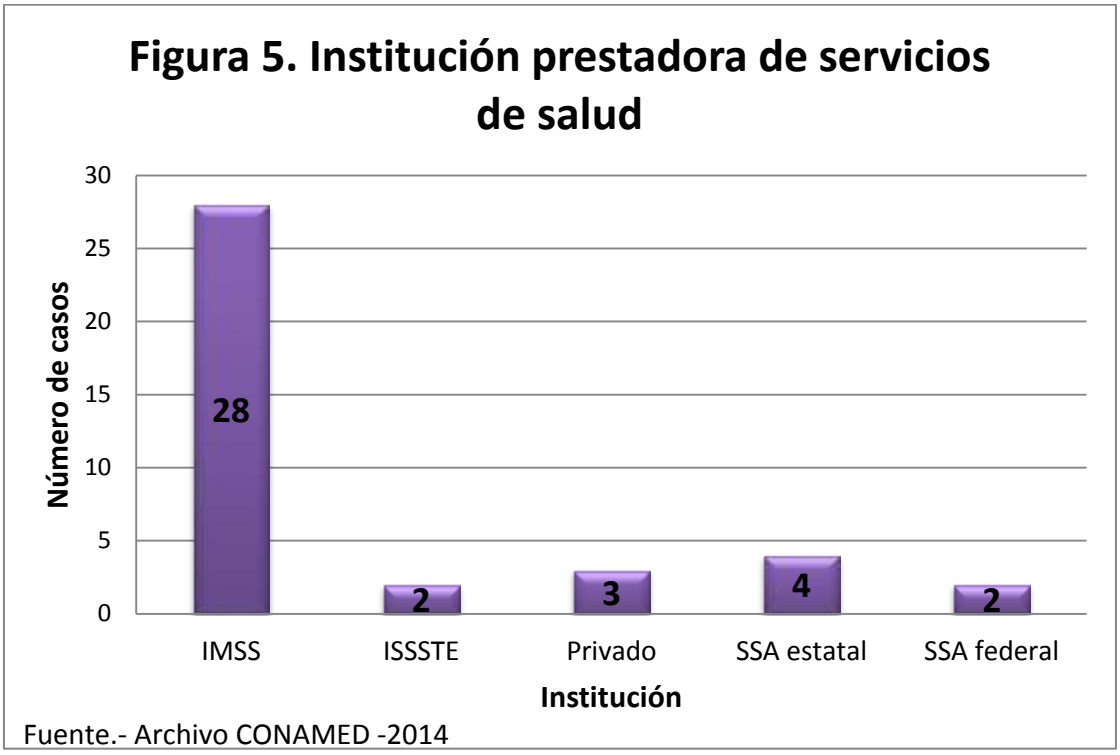
En la figura 4 podemos apreciar cómo un 82.1% (32) de los casos sucedieron en un hospital correspondiente a un segundo nivel de atención, 12.8% (5) de los casos en tercer nivel y 5.1% (2) en un primer nivel de atención.



Prestador de servicios

En 71.8% (28) de los casos el hecho ocurrió en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 10.3% (4) de los casos se trató de una Secretaria de Salud Estatal (incluyendo aquí a la Secretaria de Salud del Distrito Federal), en 7.7% (3) de los casos fue una institución privada, en 5.1% (2) de los casos el hecho ocurrió en el Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado y en

la Secretaria de Salud a nivel federal (Institutos y Hospitales Federales de Referencia), respectivamente (figura 5).



Motivo de denuncia

La tabla VII nos muestra los motivos que presentaron los usuarios en sus denuncias, se encontró que en 38.46%(15) de los casos se manifestó negligencia o responsabilidad profesional; en 38.46% (15) ocurrió muerte fetal o del recién nacido; de estos, 9 (23.1%) se debieron a óbitos o abortos y 6 (15.4%) a muertes posteriores al nacimiento; en 28.2% (11) una complicación materna; las complicaciones del producto y complicaciones en casos ginecológicos se presentaron en un 7.7% (3) cada uno. El resto de los motivos

de denuncia identificados se encontraron con una frecuencia igual o menor a dos.

Tabla VII. Motivos de Denuncia

Motivos De Denuncia	Número	%
Complicación F	2	5.1
Complicación F, Negligencia	1	2.6
Complicación G	1	2.6
Complicación G, Negligencia	2	5.1
Complicación M	5	12.8
Complicación M, Muerte F, Negligencia	1	2.6
Complicación M, Negligencia	2	5.1
Lesiones M	1	2.6
Muerte F	5	12.8
Muerte F, Complicación M	1	2.6
Muerte F, Falla Diagnóstica M	2	5.1
Muerte F, Maltrato	1	2.6
Muerte F, Negligencia	3	7.7
Muerte F, Retraso Diagnóstico M, Tx Incorrecto	1	2.6
Muerte G	1	2.6
Muerte M	2	5.1
Negligencia	5	12.8
Negligencia, Complicación M	1	2.6
Retraso G	1	2.6
Retraso M, Muerte F	1	2.6
Total	39	100

M: materno, G: ginecológico, F: Fetal/producto, Tx.: tratamiento.
Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Causa del evento adverso

En cuanto a la causa especifica al evento adverso denunciado, en 48.7% (19) hubo un error del personal de salud, en 25.6% (10) fue por un riesgo inherente al tratamiento o parte de la evolución natural de la enfermedad de base, en

23.1% (9) no hubo evento adverso y este fue solo percibido por el denunciante, y en 5.1% (2) de los casos no fue posible determinar la causa del evento adverso, (tabla VIII).

Tabla VIII. Causa del Evento Adverso de Acuerdo a los Dictámenes de CONAMED

Causa De Evento Adverso	Número	%
Desconocido	**2**	5.1
Error	**17**	43.6
Error, Riesgo Inherente	**2**	5.1
Falta de Recursos Humanos Y Materiales	**1**	2.6
Percibido	**9**	23.1
Riesgo Inherente	**8**	20.5
Total	**39**	100

Fuente.- Archivo CONAMED 2014

Resultado del peritaje

En 61.5% (24) de los casos sí se pudo establecer que existían elementos de mala práctica, en 35.9% (14) no existían elementos de mala práctica. En un 2.6% (1) no hubo elementos suficientes para pronunciarse al respecto.

Deficiencias del expediente clínico

Se encontró que **en 74.4% (29) existían deficiencias en el expediente clínico** en inobservancia a la Norma Oficial Mexicana aplicable al momento de los hechos. En el resto, es decir 25.6% (10) se omitió el registro de si existían o no estas deficiencias.

Tabla IX. Relación entre condiciones nosológicas y causa del evento adverso

Condiciones Nosológicas	Causas Del Evento Adverso						
	Desconocido	Error	Error, Riesgo Inherente	Falta de Recursos Humanos Y Materiales	Percibido	Riesgo Inherente	Total
Aborto Diferido, Perforación Uterina		1					**1**
Aborto Inevitable					1	1	**2**
Amenaza Parto Pretermino, Presentación Pélvica						1	**1**
Cáncer Cúpula Vaginal					1		**1**
Distocia De Hombros					1		**1**
Distocia De Hombros, Atonía Uterina		1					**1**
Distocia De Variedad De Posición		1					**1**
Endometritis Postparto		1					**1**
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo		1					**1**
Falta De Progresión TDP					1		**1**
Hemorragia Uterina Anormal					1	1	**2**
Hipomotilidad Fetal, Enfermedad Hipertensiva		1					**1**
Incompetencia Istmocervical, Ruptura Prematura De Membranas					1		**1**
Macrosomia Fetal						1	**1**
Miomatosis	1	1				1	**3**
Óbito	1	1					**2**
Parto Pretermino		1		1		3	**5**
Placenta Previa, Placenta Acreta		2					**2**
Restos Placentarios, Perforación Uterina					1		**1**
Ruptura Prematura De Membranas					1		**1**
Ruptura Uterina		2					**2**
Sufrimiento Fetal Agudo		2					**2**
Sufrimiento Fetal Agudo, Atonía Uterina			1				**1**
Sufrimiento Fetal Agudo, Enfermedad Hipertensiva		1					**1**
Textiloma Post Cesárea		1			1		**2**
Trabajo De Parto			1				**1**
Total	**2**	**17**	**2**	**1**	**9**	**8**	**39**

TDP: Trabajo de parto.
Fuente: Archivo CONAMED 2014

En la tabla IX se observa que en 19 de los 39 casos (48%) se detectó un error por parte del personal de salud, en dos de esos casos también existió un riesgo inherente al padecimiento o tratamiento. De los cuatro casos donde se diagnóstico sufrimiento fetal agudo, en tres se identificó un error del personal de salud (75%). En 100% de los casos con ruptura uterina (2) y con la combinación de placenta previa más placenta acreta (2) también se concluyó que hubo un error. De cinco partos pretérmino solo en uno se determinó un error.

Tabla X. Relación entre manejos terapéuticos y causas del evento adverso

Manejos Terapéuticos	**Causas Del Evento Adverso**						
	Desconocido	**Error**	**Error, Riesgo Inherente**	**Falta de Recursos Humanos Y Materiales**	**Percibido**	**Riesgo Inherente**	**Total**
Cerclaje, Parto					1		**1**
Cesárea		5			2	2	**9**
Cesárea, Histerectomía		2	1				**3**
Conservador		1					**1**
Fórceps		1				1	**2**
Histerectomía	1					2	**3**
Histeroscopía, Laparoscopia		1					**1**
LAPE		1			1		**2**
LAPE, Histerectomía		1					**1**
LUI		1			2	1	**4**
LUI, Histerectomía		1					**1**
LUI, LAPE					1		**1**
Parto	1	1	1	1	1	1	**6**
Parto, Histerectomía		1					**1**
Parto, LUI		1				1	**2**
Radioterapia					1		**1**
Grand Total	**2**	**17**	**2**	**1**	**9**	**8**	**39**

LUI: Legrado Uterino Instrumentado, LAPE: Laparotomía Exploradora
Fuente: Archivo CONAMED 2014

En la tabla X se muestra la relación entre el manejo terapéutico empleado y las causas del evento adverso denunciado. Se observa que en siete de los doce casos (58.3%) donde se realizó cesárea, en cinco de los nueve casos (55.5%) donde se hizo histerectomía y en dos de los cuatro casos (50%) en los que se efectuó una laparotomía exploradora, hubo un error del personal de salud. Solo tres de los ocho casos (37.5%) donde se realizó un legrado uterino instrumentado y 2 de los 10 casos donde hubo un parto (20%) se pudo determinar que existió un error.

Tabla XI. Relación entre las condiciones nosológicas del producto y las causas del evento adverso

Condiciones Nosológicas Del Producto	Causas Del Evento Adverso						
	Desconocido	Error	Error, Riesgo Inherente	Falta De Recursos Humanos Y Materiales	Percibido	Riesgo Inherente	Total
Aborto		2			1	1	**4**
Asfixia, Macrosomía		1					**1**
Herida Cuello Cabelludo		1					**1**
N.A. (Caso Ginecológico)	1	1			2	2	**6**
No Expediente		1					**1**
Óbito	1	4			1	1	**7**
Pretérmino				1		1	**2**
Pretérmino, Asfixia					1	1	**2**
R.N. Potencialmente Infectado					1		**1**
Recién Nacido Sano		4	1		2	2	**9**
Síndrome Aspiración Meconio		2					**2**
Trauma Obstétrico		1					**1**
Trauma Obstétrico, Asfixia			1		1		**2**
Total	**2**	**17**	**2**	**1**	**9**	**8**	**39**

N.A.: No Aplica, R.N.: Recién Nacido
Fuente: Archivo CONAMED 2014

La tabla XI señala la relación entre la condición nosológica de los recién nacidos y la causa del evento adverso, en la misma, se observa que existieron errores del personal de salud: en dos de los cuatro (50%) casos de aborto y cuatro de los siete (57.1%) casos de óbito, en ninguno de los cuatro casos con un recién nacido pretérmino, en solo uno (16.6%) de los seis casos ginecológicos y en ambos casos (100%) de síndrome de aspiración de meconio.

Tabla XII. Relación entre los motivos de queja y las causas del evento adverso

Motivos de queja	Causas de evento adverso						
	Desconocido	Error	Error, Riesgo Inherente	Falta De Recursos Humanos Y Materiales	Percibido	Riesgo Inherente	Total
Complicación F		1	1				2
Complicación F, Negligencia					1		1
Complicación G						1	1
Complicación G, Negligencia	1					1	2
Complicación M		3			2	1	6
Complicación M, Muerte F, Negligencia					1		1
Complicación M, Negligencia			1			1	2
Muerte F		3			1	1	5
Muerte F, Complicación M		1					1
Muerte F, Falla Diagnostica M					1	1	2
Muerte F, Maltrato	1						1
Muerte F, Negligencia		1				2	3
Muerte F, Retraso Dx. M, Tx. Incorrecto		1					1
Muerte G		1					1
Muerte M		2					2
Negligencia		2		1	2		5
Negligencia, Complicación M		1					1
Retraso G					1		1
Retraso M, Muerte F		1					1
Total	**2**	**17**	**2**	**1**	**9**	**8**	**39**

M: materno, G: ginecológico, F: Fetal/producto, Tx.: tratamiento, Dx.: diagnóstico
Fuente: Archivo CONAMED 2014

La tabla XII relaciona los motivos de queja con las causas del evento denunciado, en ella se observa que en el 100% de los casos de muerte materna (2) y muerte en casos ginecológicos (1) se determinó error por parte del personal de salud, en el caso de muerte fetal o del recién nacido esto se observó en sólo 46.6% (7 de 15). De los casos que denunciaron complicaciones del producto, 100% (3) se refirieron a trauma obstétrico, de los cuales sólo en uno se estableció error por parte del personal de salud. De los tres casos de complicaciones en Ginecología, ninguno presentó errores según el dictamen institucional, siendo las complicaciones referidas en la denuncia: histerectomía en un caso (33.3%) y lesiones al uréter en dos casos (66.6%). De los casos con complicaciones maternas en 45.5% (5 de 11) se determinó error por parte del personal de salud, siendo las complicaciones más comúnmente denunciadas histerectomía en 27.7% (3), textiloma en 18.8% (2) y fistula ureterovaginal en 18.8% (2).

Del total de las complicaciones referidas en las denuncias de casos de Ginecología y Obstetricia (14 casos), cuatro se trataron de histerectomías (28.6%) y cuatro de lesiones en el tracto genitourinario (28.6%); de las primeras, dos fueron por riesgos inherentes al padecimiento y en dos sí se determinó error por parte del personal de salud; de las segundas, tres se determinaron como riesgos inherentes al tratamiento y en una no se pudo determinar la causa.

Tabla XIII. Relación entre la causa del evento adverso y el resultado del peritaje.

Causa De Evento Adverso	Resultado Del Peritaje			
	Con Elementos	Desconocido	Sin Elementos	Total
Desconocido	1	1		**2**
Error	17			**17**
Error, Riesgo Inherente	2			**2**
Falta De Recursos Humanos Y Materiales			1	**1**
Percibido	1		8	**9**
Riesgo Inherente	3		5	**8**
Total	**24**	**1**	**14**	**39**

Fuente: Archivo CONAMED 2014

En la tabla XIII se observa que en 24 de los 39 (61.5%) casos se concluyó que existían elementos de mala práctica en la atención médica brindada, de estos, se estableció que en 19 (48.7%) sí existían errores referentes a los eventos denunciados, mientras que en los otros 5 (12.8%) casos los elementos de mala práctica eran ajenos a los eventos denunciados.

Discusión

Los reportes de la *American Medical Association* consideran que 9 a 9.5% de los ginecoobstetras son denunciados por mala práctica en un año, esto los coloca en el tercer lugar en cuanto a cantidad de denuncias, solo superados por Cirugía General con un 14.3% e Imagenología con un 10.5%.[17,18] Las estadísticas mexicanas que se tienen, y que concuerdan con los resultados del presente estudio, señalan que en nuestro país las especialidades más demandadas son de manera reiterada Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, y Ortopedia, mismas que se disputan los primeros tres lugares con diferentes resultados dependiendo del periodo estudiado, sin embargo, por lo general lo hacen con porcentajes más elevados, como lo fue en este estudio en el cual, durante el 2014 Cirugía General y Ginecoobstetricia aportaron cada uno el 17.5% del total de los dictámenes institucionales emitidos en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.[9]

De los 39 dictámenes que fueron analizados en este estudio se determinó que 15.4% pertenecían a casos ginecológicos, es decir, padecimientos propios de la mujer y que 84.6% se referían a casos de obstetricia, es decir, relacionados a la mujer embarazada, parto, puerperio y recién nacido, ajustándose esto a lo encontrado en cifras internacionales.[10]

Cabe destacar que en seis de los 39 casos (15.4%) el médico en conflicto no fue un ginecoobstetra, sino un médico general o familiar, anestesiólogo, un médico en formación e incluso un auxiliar de enfermería.

Como lo señalan estudios publicados, el mayor número de denuncias ocurre en un segundo nivel de atención y en servicios proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.[11, 12]

Al analizar las características socio-demográficas de las pacientes afectadas se tiene de primera instancia que, estas fueron en su mayoría mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida, es decir, en edad fértil, concordando con el hecho de ser en su mayoría casos obstétricos.

La información concerniente a la escolaridad, ocupación y estado civil, sólo pudo ser obtenida de un número mínimo de dictámenes, teniendo en el primer rubro que el grado mínimo de estudios fue secundaria y el máximo de licenciatura en un total de cinco casos. En cuanto a la ocupación se encontró que de siete casos, tres fueron empleadas, dos dedicadas al hogar, una profesionista y una obrera. Sólo en nueve casos se pudo establecer el estado civil de las pacientes, siendo casadas en cinco casos, dos fueron solteras y dos más vivían en unión libre.

La escasez de esta clase de datos podría explicarse al considerar que los dictámenes son documentos que, en su estructura, sintetizan los aspectos más importantes del caso a analizar, y en la mayoría, esta clase de información se puede omitir ya que no influye en la atención que se brinda ni en la evolución de los padecimientos que se tratan.

Los estudios en donde se hace alusión a las causas nosológicas y terapéuticas que llevan a denuncias en Ginecología y Obstetricia tienden a agruparlas en un solo rubro o limitarse a un enfoque puramente obstétrico, por los motivos ya expuestos previamente, tenemos entonces que en estos estudios los padecimientos más relevantes que llevan a denuncias son: patologías oncológicas en el caso de la Ginecología; y asfixia neonatal, parálisis cerebral infantil, muerte neonatal, así como la realización o complicaciones derivadas de la histerectomía en el caso de la Obstetricia.[4, 10, 15, 16, 17.]

Para el objetivo del presente estudio se requirió de mayor abundamiento en estos aspectos, por lo que se separaron las causas nosológicas y terapéuticas, tanto de las mujeres que requirieron de atención, como de sus recién nacidos en los casos obstétricos, resultando que en la muestra analizada, el parto pretérmino, el sufrimiento fetal agudo, los partos distócicos y los abortos fueron los diagnósticos que afectaron más a las pacientes obstétricas y a sus fetos, y la miomatosis uterina en casos ginecológicos, siendo la terapeútica empleada más común: la operación cesárea, el parto, la histerectomía y el legrado uterino instrumentado.

Aun cuando estos fueron los motivos que llevaron a la realización de una denuncia, esto no es sinónimo de la existencia de mala práctica, encontrando con mayor frecuencia un error médico en los casos de: sufrimiento fetal agudo, partos complicados (distocias), ruptura uterina y placenta previa; los primeros tres diagnósticos se asocian a la evolución de fetos macrosomicos que no

fueron identificados oportunamente, situación que propició la aparición de complicaciones.

También se identificaron mayores errores en los casos donde se realizó cesárea e histerectomía, al igual que en otras series de casos hubo inconformidad con la histerectomía tanto por su realización, como por las complicaciones que surgieron de ella. En cuanto al alto grado de error en los casos de cesárea versus los casos resueltos con parto, puede relacionarse al hecho de que, los casos que requirieron cesárea fueron más complicados y, en ciertos casos, al retraso de la realización de la misma, que permitió la evolución de algún estado patológico en la madre o el feto. En la muestra analizada los casos de cesárea fueron 30.8% (12) del total, muy por arriba de cifras comparativas, siete de ellas con errores médicos, de estas últimas en cuatro ocurrió la muerte del producto y en una la muerte materna. [10]

Inversamente en la mayoría de los casos de parto pretérmino y parto en general, no se pudo determinar error por parte del personal de salud.

En cuanto a las condiciones propias del feto o recién nacido, la muerte, ya sea como óbito o aborto, en conjunto sumaron el 28.1% de los casos, ocupando el primer lugar, seguido de recién nacidos sanos, asfixia perinatal y recién nacidos pretérmino, el manejo terapéutico de mayor relevancia fue la realización de maniobras de reanimación neonatal en un 23.1%.

Nuevamente, un mayor número de denuncias por un motivo especifico, no significa automáticamente un mal manejo de este padecimiento, en los casos de óbito se determinó error por parte del personal médico en 57% de los casos, en los de aborto sólo la mitad demostró error por parte del personal de salud. En los casos de error las causas que llevaron a óbitos y abortos fueron diversas y entre ellas se incluyeron: un diagnóstico incorrecto de ruptura de membranas que llevó a la inducción de un parto pretérmino, la ruptura uterina por un embarazo de 21 semanas de implantación cornual que además se acompañó de muerte materna, oligohidramnios y doble circular de cordón identificados días antes del parto que evolucionaron sin una vigilancia estrecha, etc.

Inversamente en la mayoría de los casos de recién nacido pretérmino y en los de asfixia perinatal, no se identificó error por parte del personal de salud. En el caso de los recién nacidos pretérmino, estos tenían entre 24 y 36 semanas, tres de los cuatro murieron, considerándose este desenlace como un riesgo inherente a la condición de prematurez, en la cual se considera la mortalidad de estos productos de: 10% en los menores de 28 semanas de edad gestacional, 5%-10% de 28 a 31 y 1%-2% de 32 a 34.[19]

Los casos obstétricos se presentaron en su mayoría en el último trimestre de gestación, lo cual concuerda con las recomendaciones establecidas por la CONAMED en 2012 donde sugieren estrechar la vigilancia durante este periodo, además fueron más frecuentes en secundigestas.[11] Los hallazgos encontrados al nacimiento y que por lo tanto no se habían diagnosticado con

anterioridad, fueron circular de cordón, líquido amniótico meconial y macrosomía.

Los motivos de denuncia, extraídos de los dictámenes que contienen la queja manifestada por los usuarios del servicio de salud, demuestran que, comúnmente lo que se describe es negligencia, mala práctica o responsabilidad profesional de manera general, aunado a esto, se describen también situaciones específicas como lo son la muerte fetal o del producto así como las complicaciones maternas.

Considerando los motivos de denuncia y las condiciones nosológicas de los recién nacidos, los datos recabados difieren considerablemente con aquellos establecidos por la literatura internacional; en esta última, la muerte del recién nacido durante el trabajo de parto o nacimiento ocupa el primer lugar en cuanto a denuncias por daños al producto con entre 7% y 9% del total de las demandas, así mismo, la muerte del feto durante el embarazo corresponde a 3%-5% de las denuncias. En el presente trabajo, estos motivos ocupan el 15.4% y 23% respectivamente. Por otro lado los productos con secuelas neurológicas, específicamente, parálisis cerebral infantil conforman la segunda causa más importante después de la muerte,[10,14,15] sin embargo, en los dictámenes revisados no se encontró ningún caso en el que se manifestara ese diagnóstico, existe la posibilidad de que los casos de secuelas neurológicas se clasifiquen a su ingreso a la CONAMED como casos pediátricos, sin embargo estos no se especifican en sus publicaciones al respecto.[20,21]

Es importante señalar que, aunque fueron pocos, en todos los casos de denuncia por muerte materna y ginecológica se determinó que existieron errores por parte del personal de salud así como en casi la mitad de los casos de muerte del feto o recién nacido (46.6%).

Aunque las complicaciones maternas y en Ginecología conformaron una porción importante de los motivos de denuncia, en las más comunes de estas, que fueron realización de histerectomía y lesiones del tracto urogenital, sólo se pudo determinar error por parte del personal de salud en la mitad de las primeras y en ninguna de las segundas. Se ha establecido que las lesiones del tracto genitourinario se deben a la intima relación que guardan ambos aparatos, considerándose riesgos inherentes a los procedimientos realizados, y aunque son complicaciones raras, cuando ocurren tiene una alta probabilidad de llevar a una denuncia.[10, 22]

Dentro de los rubros analizados se incluyeron las deficiencias en el expediente clínico. Aunque estas deficiencias no pueden ser consideradas, *per se*, como "mala práctica" y corresponden más bien, a faltas administrativas al inobservar las Normas Oficiales Mexicanas al respecto, sí limitan al perito investigador en los casos que se analizan, por un lado al no contar con los datos suficientes que justifiquen las acciones del clínico o por lo contrario al tener información contradictoria, en los casos en los que las notas se vuelven una prosa predeterminada, común a todos los pacientes sin importar la realidad de sus condiciones. En el presente estudio se encontró que en 74.4% (29) sí

presentaban deficiencias, mientras que en el resto, es decir 25.6% (10) se omitió ese registro, siendo esta cifra verdaderamente alarmante. De manera empírica se conoce que el médico mexicano que labora en una institución pública, está sobrecargado de trabajo y que para él es más relevante la atención al paciente que la elaboración de documentación que absorbe su tiempo, sin embargo, se debe de entender que el expediente clínico es más que un requisito administrativo, sin pensar en su importancia por motivos legales, este registro es necesario para él correcto manejo de los pacientes, conformando así la vía de comunicación entre los distintos médicos y personal que atiende a una persona en particular, y que quizá no tenga comunicación directa por otra vía debido a que se encuentran en distintos departamentos u horario; sin una correcta descripción del estado del paciente y de las decisiones terapéuticas que se han llevado a cabo, el documento se vuelve inútil y podría llevar a errores al no relatar la evolución real del paciente; desde el punto de vista legal no se ha reconocido la importancia de un expediente completo como un instrumento para la protección del médico. Si esta actitud cambia, podría significar menos casos condenatorios para el médico. Sería de relevancia conocer en un futuro las diferencias en las conclusiones de los dictámenes cuando existe o no un expediente completo.

Por último, dentro de las conclusiones de los dictámenes se especifica si existen o no elementos de mala práctica. Los dictámenes institucionales de la CONAMED ven de manera global la atención recibida por el paciente y no se

limitan al acontecimiento denunciado, es por eso que existe una discrepancia entre la cantidad de casos en donde existió un error por parte del personal médico en cuanto al posible evento adverso (48.7%) y la cantidad de dictámenes que finalmente presentaron elementos de mala práctica (61.5%). Esa diferencia de 12.8% está conformada por casos en donde se establecen deficiencias en la atención que no tuvieron relación causal al evento denunciado, y que pueden o no ser atribuibles al médico en conflicto y aunque lo eximen de responsabilidad ante el evento denunciado, deben ser tomados en cuenta para la constante mejora de la atención brindada.

Conclusiones

La especialidad de Ginecología y Obstetricia tiene un elevado número de demandas, y de estas, un elevado número de ellas cuentan con elementos de mala práctica, en comparación a otras especialidades, esto es comprensible ya que, como se expresó, casi la mitad de las intervenciones médicas que se registran en el país corresponden a eventos obstétricos, además en cada uno de estos se involucran por lo menos a dos pacientes –madre e hijo- por lo que los riesgos se duplican.

En el presente estudio se logró identificar que los motivos de denuncia se relacionan con resultados inesperados, adversos o complicaciones raras pero posibles, pero esto no es sinónimo a mala práctica, y aunque estos resultados no siempre son prevenibles, las denuncias sí están sujetas a prevención si se cuenta con una buena vía de comunicación médico paciente. El médico debe tomarse el tiempo para explicar las posibles complicaciones previas a una intervención quirúrgica, como en el caso de las lesiones urogenitales, las cuales son riesgos inherentes al tratamiento, pero el paciente al no conocerlas, inicia procedimientos que sólo llevaran al desgaste de las partes afectadas. Así mismo, siempre que exista una pérdida del feto o recién nacido se debe tratar de explicar, en la medida de lo posible, los motivos de la misma a los padres, como en el caso de los productos prematuros, cuyo deceso es causa de la condición de base y no del manejo médico.

Ahora bien, no sólo es indispensable que el médico hable con su paciente y que este escuche, también es de suma importancia que el médico escuche a su paciente, recordemos que no pueden confiar en que todos los datos relevantes para el padecimiento se encuentren en el expediente, porque hasta tres cuartas partes de los mismos no están completos; recabar datos y realizar maniobras diagnósticas, por ejemplo, referentes a factores de riesgos para macrosomía y las complicaciones de la misma (distocias, sufrimiento fetal agudo, síndrome de aspiración de meconio, trauma obstétrico) y plasmarlas en el expediente podría, por un lado, evitar dichas complicaciones que en esta muestra llevaron a múltiples dictámenes con elementos de mala práctica. Por otro lado, plasmar que se buscaron intencionadamente y que no se encontraron, también podría ayudar a los médicos, ya que como se ha manifestado, el médico no es responsable del resultado siempre y cuando haya empleado los medios ordinarios disponibles para intentar identificar, prevenir y tratar los padecimientos que se sospechen.

Consideremos también que casi la mitad de los casos en donde se practicó cesárea tuvieron un resultado de mala práctica, esto no debe satanizar a ese procedimiento, pero sí debe orientar a que quizá deban revisarse sus protocolos de aplicación. Por ejemplo, está establecido que en los casos de cesárea de urgencia o en una paciente con cesárea previa, a la cual se le está dando prueba de trabajo de parto, debe existir la posibilidad de efectuar dicha

operación 30 minutos posterior a su indicación, si esto no es posible, podría haber resultados catastróficos como los observados en la muestra.[13]

Indudablemente se requieren mayores estudios que analicen cada uno de estos puntos de manera exhaustiva, ya que, si bien es cierto que por su naturaleza es probable que la Gineocoobstetricia siempre sea una de las especialidades más demandadas, se debe aspirar a disminuir el número de denuncias y el número de casos en donde se expresa mala práctica, por el bien de los pacientes y los médicos involucrados.

Referencias bibliográficas

1. Ransom S., Studdert D., Dombrowski M., et al. Reduced Medicolegal Risk by Compliance with Obstetric Clinical Pathways: A case-control study. *The American College of Obstetrics and Gynecologist*. Vol.101 No 4, Abril 2003
2. Rowe M. Doctors´ responses to medical errors. *Critical reviews in oncology hematology.* 52 (2004) 147-163.
3. Carrillo Fabela LMR. *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*. Editorial Porrua, sexta edición. México, 2009.
4. Shwayder J. Liability in High-Risk Obstetrics. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 34 (2007) 617-625
5. Casa Madrid Mata, Octavio. *La atención médica y el derecho sanitario.* Editorial Alfil, segunda edición. México, 2005.
6. Vázquez R. *Bioética y Derecho.* Fondo de Cultura Económica, Segunda edición. México, 1999.
7. García-Garduza I. *Procedimiento pericial médico-forense.* Editorial Porrúa, cuarta edición. México, 2012.
8. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo E, et al. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. *Revista CONAMED*, Vol 13. México, 2008.
9. Dirección de informática de CONAMED disponible en Web: ‹*http://www.conamed.gob.mx/estadistica/index.php?seccion=83*›
10. Gomez-Duran E, Mula-Rosias J, et al. Analisis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010), *Journal of Forensic and Legal Medicine* 20 (2013) 442-446.
11. Campos Castolo EM, Villanueva Egan LA, González García I, et al. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *www.conamed.gob.mx/recomendaciones.html*
12. Campos Castolo EM, Casares Queralt S, Manuell Lee G, et al. Recomendaciones Generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Revista CONAMED*, Vol. 8, Núm 3. México, 2003.
13. Bonanno C, Clausing M, Berkowitz R, VBAC: A Medicolegal Perspective. *Clin Perinatol* 38 (2011) 217–225.

14. Andreasen S, Backe B, Oian P. Claims for compensation after alleged birth asphyxia: a nationwide study covering 15 years. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 93 (2014) 152–158.
15. Johnson SL, Stanley FJ, Blair E, Obstetric malpractice litigation an cerebral palsy in term infants. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 18 (2011) 97-10.
16. Chervenak JL. Overview of Professional Liability. *Clinics in perinatology*. 34 (2007) 227-232.
17. Kane, L. *Medscape Malpractice Report: Did They Deserve to Get Sued?* Accesado el 25/06/2015 en http://www.medscape.com/features/slideshow/malpractice-report/public?src=soc_stm_mal#7
18. Kane CK. *Medical Liability Claim Frequency: A 2007-2008 Snapshot of Physicians.* American Medical Association. Chicago Il, agosto 2010.
19. Torchin H, Ancel PY, Jarreau PH, et al. Epidemiology of preterm birth: Prevalence, recent trends, short- and long-term outcomes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Accesado el 02/07/2015 en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26143095
20. Barrera Romero N, Jiménez Corona ME, Rodríguez Soto JG, et al. Recomendaciones para prevenir la mala práctica Médica en Pediatría. *Revista CONAMED*, Vol. 8, Núm. 1, 2003
21. Cortes Gallo G, Rodriguez Soto JG, Victoria Ochoa R, Manuell Lee G, et al. Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en Neonatología. *Revista CONAMED*, Vol. 8, Núm. 3, 2003
22. Gilmour DT., Baskett TF. Disability and litigation from urinary tract Injuries at benign gynecologic surgery in Canada. Obstet Gynecol 2005;105:109 –14