



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



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

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN:
MEDICINA LEGAL**

**“MALA PRÁCTICA EN CASOS DE MUERTE PERINATAL EN DICTÁMENES
EMITIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN: SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR: MANUEL ARMAS PÉREZ

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN: MEDICINA LEGAL

DIRECTORA DE TESIS: LETICIA DE ANDA AGUILAR

CIUDAD DE MÉXICO

- 2019 -



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**MALA PRÁCTICA EN CASOS DE MUERTE PERINATAL EN DICTÁMENES
EMITIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.**

Autor: Manuel Armas Pérez

Vo. Bo.



Dr. Víctor Hugo Soto Flores

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal

Vo. Bo.

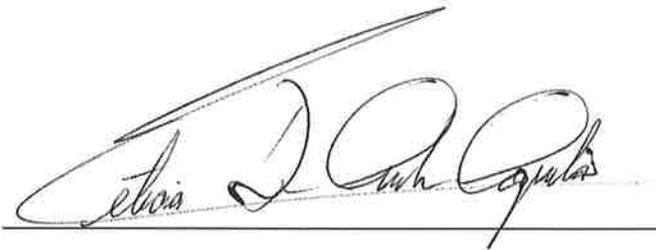
Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano

Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación

**MALA PRÁCTICA EN CASOS DE MUERTE PERINATAL EN DICTÁMENES
EMITIDOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.**

Autor: Manuel Armas Pérez

Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leticia De Anda Aguilar', is written over a horizontal line. The signature is fluid and cursive.

Dra. Leticia De Anda Aguilar

Directora de Tesis

Directora de Sala Arbitral en la Dirección General de Arbitraje de
la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

AGRADECIMIENTOS

A mi madre...

María Teresa por el amor, cariño y apoyo incondicional, por dotarme de educación y de ganas de siempre salir adelante.

A mi padre y hermana...

J. Guadalupe y Analy Armas por apoyarme y estar en los tiempos difíciles.

A mi directora de tesis...

La Dra. Leticia De Anda Aguilar por la enseñanza durante mi rotación por CONAMED, por el tiempo y la dedicación para la realización de este proyecto.
Con profundo respeto y admiración, ¡gracias!

A mis compañeros de la generación 30 de Medicina Legal.

ÍNDICE

Resumen

I.-Introducción	1
II.- Material y Métodos	15
III.- Resultados	22
IV.- Discusión	45
V.- Conclusiones	58
VI.- Recomendaciones	62
VII.- Referencias Bibliográficas	65

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es conocer la relación de causalidad existente entre la mala práctica médica y la muerte perinatal en los Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) durante el periodo 2011-2018. Para este trabajo se realizó una búsqueda a través del sistema informático de la CONAMED para identificar los dictámenes de las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Pediatría con mala práctica y muerte, en el periodo señalado. Posteriormente dichos dictámenes se revisaron de manera puntual identificando aquellos en los que existía Muerte Perinatal, utilizando un formato realizado *exprofeso*. Para la recopilación de la información, se procedió a vaciar la misma en el programa Excel y efectuar análisis estadístico. En los Dictámenes Médicos Institucionales revisados en el presente trabajo se identificaron 49 casos de Muerte Perinatal de las cuales se identificó mala práctica; con respecto a las madres, el 61.2% presentaron alguna patología, la muerte materna coexistió en 4 casos; la mayoría de las muertes ocurrieron en productos clasificados como de término; en el 31.5% de los casos no se emitió un diagnóstico clínico de muerte. Con relación a la modalidad en que se concluyeron los dictámenes, en el 65.30%, la mala práctica ocasionó la muerte del producto y en el 34.69%, la mala práctica contribuyó a la misma. Sin existir casos que concluyeran con buena práctica.

Palabras clave: CONAMED, Dictamen Médico Institucional, Muerte perinatal, Mala práctica.

I. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el párrafo cuarto del artículo 4° señala lo siguiente **“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”**, pues la salud es un bien jurídico primordial y un Derecho Humano; gran parte de dicha garantía constitucional recae en el médico y la atención que éste proporciona, de tal forma que el acto médico debe apegarse a reglas éticas, bioéticas y deontológicas, así como a conocimientos científicos y normas jurídicas que regulan el acto médico^{1,2}.

Las personas que consideren que su derecho a la protección de la salud ha sido vulnerado, derivado de la relación con los profesionales de la salud, cuentan para su defensa con distintos mecanismos judiciales y no judiciales. Las instituciones competentes para conocer asuntos relacionados con la práctica médica son: la Procuraduría General de la República, Procuradurías Generales de los Estados, la Secretaría de la Función Pública a través de los Órganos Internos de Control de las instituciones gubernamentales de salud, Juzgados Penales, Juzgados Civiles, así como la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico².

Atendiendo al Derecho a la Protección de la Salud, el Estado Mexicano otorga atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, a través de las distintas instituciones incluidas en el Sistema Nacional de Salud^{3,4}.

Los resultados que se presentan en el paciente derivado de las intervenciones del médico durante el ejercicio de su profesión se conocen como iatrogenias; por lo que se incluyen tanto los resultados positivos o benéficos como los negativos o nocivos. En ese sentido las iatrogenias se clasifican en iatrogenias positivas y negativas; éstas últimas se subdividen en Clínicas y Médico Legales. Las iatrogenias negativas clínicas se subdividen en iatrogenias negativas necesarias que son aquellas acciones médicas (por comisión u omisión) que provocan un resultado negativo en el enfermo, pero que se realizan con pleno conocimiento de sus riesgos y posibles efectos, porque dentro del tratamiento no hay nada mejor que ofrecer; y en iatrogenias negativas innecesarias las cuales se refieren al daño innecesario que las acciones médicas le causan al enfermo por la ignorancia éticamente inadmisibles del profesional de la salud, son atribuibles a la impericia del médico por carecer de los conocimientos básicos indispensables que se deben tener obligatoriamente en la profesión^{5,6,7}.

La mala práctica médica se considera como una violación a los principios médicos fundamentales o la inobservancia de la *lex artis*; es decir es una falta de apego a la literatura médica universalmente aceptada, en donde se fundamentan las medidas ordinarias para la atención médica y los criterios para su empleo. La mala práctica médica incluye a aquellas actividades realizadas por el profesional de la salud que casi siempre implican responsabilidad; la cual existirá cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de una

persona, ya sea parcial o total, limitado en el tiempo o permanente como consecuencia del actuar profesional^{6,8}.

A nivel jurídico se derivan los siguientes conceptos derivados de la Mala Práctica: *Impericia*: es lo opuesto a la pericia, es decir, la sabiduría, es la carencia de conocimientos técnicos, experiencia y habilidad en el ejercicio de la Medicina. *Negligencia*: es la omisión al cumplimiento al deber, con conocimiento de causa, teniendo los medios para ello es descuido y omisión. *Imprudencia*: Es la falta de prudencia, realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones. Es la conducta contraria a lo que el buen sentido aconseja^{7,8}.

Es posible establecer si existe Mala Práctica al identificar alguno de los siguientes elementos:

- 1.- Sometimiento del paciente a riesgo innecesario.
- 2.- Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.
- 3.- Presencia de lesiones injustificadas.
- 4.- Obtención de remuneraciones fraudulentamente.
- 5.- Realización de prácticas o suministro de insumos notoriamente inapropiados.
- 6.- Sustitución o simulación medicamentosa.
- 7.- Presencia de actos de violencia física o moral.

- 8.- Incumplimiento de obligaciones de medios, seguridad y, en su caso, de resultados.
- 9.- Realización de actos médicos sin la previa sanción de comisiones y comités (de investigación, de ética o de bioseguridad o del comité interno de trasplantes).
- 10.- Transgresión de normas prohibitivas (p. ej., práctica de abortos delictivos o eutanasia)⁹.

En México, el 3 de junio de 1996, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto por el cual se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para contribuir a tutelar el Derecho a la Protección de la Salud, así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos¹⁰.

La misión de la CONAMED, es ser la institución pública gubernamental que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; colaborando con autoridades de procuración e impartición de justicia y participando en la investigación, en el fomento a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente¹⁰.

La CONAMED emite dictámenes médicos institucionales, únicamente cuando son solicitados por los Órganos Internos de Control y por instituciones de procuración e impartición de justicia ^{10, 11}.

El Dictamen Médico Institucional, es el Informe Pericial que emite la CONAMED, precisando sus conclusiones respecto de alguna cuestión médica sometida a su análisis, dentro del ámbito de sus atribuciones. Tiene carácter institucional, no es emitido por simple perito o persona física y no entraña la resolución de controversia alguna; se trata de mera apreciación técnica del acto médico, al leer y entender de la CONAMED, atendiendo a las evidencias presentadas por la autoridad peticionaria¹¹.

La calidad de la atención médica, ha sido puesta en tela de juicio, no sólo por el aumento en el número de las demandas derivadas de la atención médica, sino por el impacto negativo de los efectos adversos de su ejecución y la extendida preocupación de los países desarrollados en torno a adoptar medidas que garanticen la seguridad de los pacientes. En diversos estudios sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, los usuarios no sólo manifiestan no haber recibido atención de buena calidad, sino que, además, reportan mal trato. De los factores que subyacen a la inconformidad o las demandas y quejas, por mala atención o mala práctica, la mayor parte están relacionadas más con la actitud y los valores en el desempeño del profesional que con la competencia técnico- científica del personal de salud¹⁰.

La Obstetricia y la Pediatría son las especialidades donde se reclaman indemnizaciones más elevadas, sobre todo en casos de lesiones fetales ocasionadas en el parto, casos de muerte fetal y neonatal¹².

En la actualidad se cuenta con evidencia de que las muertes maternas y perinatales son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud; que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la Medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio ^{12, 13}.

Uno de los factores determinantes en la muerte perinatal lo es la mala práctica médica, esto debido a que el periodo perinatal es en especial un periodo de vulnerabilidad en los que, las complicaciones médicas requieren de una atención médica adecuada, oportuna y de calidad. En la literatura médica es posible encontrar diferencias en cuanto a la delimitación del periodo perinatal. Sin embargo, la Norma Oficial Mexicana y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) definen al periodo perinatal como aquel que comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del parto^{13,14}.

La muerte perinatal se define como: “la muerte que ocurre en el producto de la gestación de más de 22 semanas de gestación (SDG) o con un peso mayor a 500 gramos (independientemente de la edad gestacional), y las muertes neonatales precoces, estas a su vez son aquellas muertes que ocurren dentro de los primeros 7 días posteriores al parto”. Por lo tanto, la muerte perinatal

incluye a la muerte fetal intermedia, muerte fetal tardía y muerte neonatal precoz¹⁵.

Muerte Perinatal¹⁵.			
Muerte Fetal		Muerte Neonatal	
Muerte Fetal Intermedia	Muerte Fetal Tarida	Muerte Neonatal Precoz	Muerte Neonatal Tardía
22-28 SDG	>28SDG-Parto	Parto-7 día de vida extrauterina.	7 día de vida al día 28 de vida extrauterina.

La definición general de "causa de la muerte" hace referencia a una lesión o enfermedad responsable de un fallecimiento, tal evento o condición deben tener suficiente gravedad, magnitud y duración para desencadenar tal desenlace. Debido a que hay una gran variedad de clasificaciones de las causas de muerte perinatal, es complicado mantener un estándar internacional; el CIE-10 clasifica las causas de muerte perinatal de acuerdo con el momento en que ocurrieron con respecto al parto. Sin embargo, y debido a que la muerte fetal es el mayor contribuyente de la mortalidad perinatal en el mundo, es conveniente revisar las causas de muerte fetal y neonatal precoz desde el punto de vista fisiopatológico¹⁶, Clasificación de las muertes perinatales: CIE-PM, de acuerdo con la clasificación del CIE-10¹⁷.

Muertes Ante partum¹⁷.	
Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.	Q00-Q99
Infección	P35, P37, P39, A50
Hipoxia ante partum	P20
Otros trastornos ante partum específicos (incluye códigos específicos del periodo ante partum sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido)	P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P75, P77, P83, P96.4, Misc.
Trastornos relacionados con el crecimiento fetal	P05, P08
Muerte Ante partum de causa no especificada	P95

Muertes Intra partum¹⁷.		
I1	Malformaciones congénitas y anomalías cromosómica	Q00-Q99
I2	Trauma al nacimiento	P10-P15
I3	Evento intra partum agudo	P20
I4	Infección	P35, P37, P39, A50
I5	Otros trastornos especificados intra partum (incluye códigos específicos del periodo intra partum sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido)	P50, P52, P55, P56, P60, P61, P70, P96, Misc.
I6	Trastornos relacionados con el crecimiento fetal	P05, P07, P08
I7	Muerte intra partum de causa no especificada	P95

Muertes Neonatales Precoces¹⁷.		
N1	Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
N2	Trastornos relacionados con el crecimiento fetal	P05, P08
N3	Trauma al nacimiento	P10-P15
N4	Complicaciones de eventos intra partum	P20, P21
N5	Convulsiones y trastornos del estado cerebral	P90, P91
N6	Infección	P23, P35- P39
N7	Trastornos respiratorios y cardiovasculares	P22, P24- P29
N8	Otras condiciones neonatales (incluye códigos específicos del periodo neonatal sobre trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y recién nacido, trastornos transitorios endócrinos y metabólicos específicos del feto y recién nacido, desórdenes del sistema digestivo del feto y recién nacido, condiciones que implican la regulación y la temperatura de la piel del feto y recién nacido, otros trastornos originados en el periodo perinatal)	P50-P61, P70-P78, P80-P83, P92-P94
N9	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	P07
	Misceláneos	P96.4
N10	Muerte neonatal de causa no especificada	P96

Clasificación de las causas de muerte fetal de acuerdo a las condiciones Fisiopatológicas.

1.-Condiciones Maternas: distintas enfermedades maternas pueden dar lugar a alteraciones que derivan en la muerte fetal. Ejemplos de ellas puede ser la diabetes mellitus, alteraciones tiroideas, trastornos hipertensivos, infecciones, colestasis intrahepática, lupus eritematoso sistémico, etc.^{18, 19,20}.

2.-Condiciones fetales: al igual que en el aspecto materno, a nivel fetal existen un sinnúmero de entidades patológicas que dan lugar a que se presente la muerte perinatal, dentro de las que se destacan:

A.- Restricción del crecimiento. De forma global se considera la segunda causa de muerte fetal intrauterina. Presuntamente se debe a una disfunción placentaria, que podría ser el origen del crecimiento restringido, de la muerte fetal y de parto pre término. La disfunción placentaria puede estar relacionada con numerosas enfermedades maternas^{18, 19,20}.

B.-Infecciones. Suponen aproximadamente la mitad de todas las muertes fetales en los países en vías de desarrollo, y del 10% al 25% de los nacidos muertos en los países desarrollados. La infección puede conducir a la muerte fetal como resultado de una enfermedad sistémica severa materna (por ejemplo, neumonía), disfunción placentaria debido a la infección de la placenta (por ejemplo, la malaria), o enfermedad sistémica fetal (por ejemplo,

Escherichia coli). La infección fetal puede ser adquirida por vía transplacentaria o transcervical. Con el fin de atribuir la infección como una causa de la muerte, debe haber evidencia histológica placentaria y fetal de la infección. Las causas infecciosas más comunes en los países desarrollados son las infecciones vía ascendente por *Escherichia coli*, *Klebsiella*, Grupo B *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Mycoplasma* / *Ureaplasma*, *Haemophilus influenzae* y *Chlamydia*. Parvovirus B19, CMV, toxoplasmosis, listeria y el virus del herpes simple son otras causas infecciosas bien establecidas de muerte fetal ^{18, 19,20}.

C.-Anomalías cromosómicas. La muerte de un embrión o feto con anomalías en el cariotipo se produce en todas las etapas del embarazo, pero es más común en el primer trimestre. Las anomalías estaban compuestas en su mayoría por las trisomías 18, 13, y 21; aneuploidías de los cromosomas sexuales; y translocaciones desequilibradas. La combinación de malformación y muerte fetal aumenta la probabilidad de una anomalía cromosómica. Defectos de un solo gen, mosaicismos placentarios, y micro deleciones son ejemplos de causas genéticas de muerte fetal que puede estar presente a pesar de un cariotipo normal determinado por un análisis citogenético convencional ^{18, 19,20}.

D.-Malformaciones congénitas. Del 15% al 20% de los nacidos muertos tienen alguna malformación. Malformaciones asociadas con la muerte fetal, pero sin relación con anomalías cromosómicas estructurales, son los defectos de la pared abdominal, defectos del tubo neural, el síndrome de Potter,

acondrogénesis, y el síndrome de banda amniótica. La muerte fetal se puede atribuir a una malformación si los datos epidemiológicos apoyan esta relación, la anomalía es rara en los nacidos vivos, los recién nacidos con la anomalía a menudo mueren ^{18, 19,20}.

E.-Hemorragia feto-materna. Una hemorragia feto-materna lo suficientemente grandes como para causar la muerte del feto se ha descrito hasta en un 5% de los nacidos muertos. Por lo general no hay etiología identificable; sin embargo, algunos casos se han asociado con desprendimiento prematuro de placenta, vasa previa, corioangioma, coriocarcinoma, trauma materno, la versión cefálica, y la amniocentesis ^{18, 19,20}.

F.-*Hydrops* fetal. Puede deberse a causas inmunológicas o no inmunes y es a menudo fatal. Es importante un diagnóstico y tratamiento de esta entidad ^{18, 19,20}.

G.-Aloinmunización plaquetaria. Una trombocitopenia aloinmune fetal severa puede dar lugar a una hemorragia intracraneal con la posterior muerte fetal.

H.-Arritmia. Una arritmia diagnosticada, como el síndrome de QT largo, puede ser una causa de muerte fetal inexplicable ^{18, 19,20}.

3.-Condiciones placentarias: este apartado como causa de muerte fetal incluye desprendimiento prematuro de placenta, vasa previa, infección placentaria, mosaicismo placentario, malformaciones estructurales o vasculares, vasculopatía, y el infarto. Por lo que el examen macroscópico y

microscópico detallado de la placenta se debe incluir en el estudio de la muerte fetal ^{18, 19,20}.

4.-Condiciones del cordón umbilical: al respecto, aunque las circulares al cuello son relativamente comunes, una constricción vascular suficientemente grave como para matar al feto ocurre raramente. La presencia de una o varias circulares de cordón al cuello, puede proporcionar al clínico y al paciente una posible explicación inmediata de la muerte fetal; sin embargo, atribuir la causa de la muerte a una complicación funicular se hará sólo después de una búsqueda minuciosa de otras causas y cuando hay otros hallazgos que apoyan este diagnóstico ^{18, 19,20}.

5.-Alteraciones uterinas: este punto se encuentra frecuentemente asociado con la muerte intrauterina fetal en la ruptura uterina ^{18, 19,20}.

En el artículo “Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional”. La primera causa de mortalidad neonatal precoz en el periodo analizado fue trastornos relacionados con duración corta de gestación y bajo peso al nacer, (CIE-10-P07); la segunda, dificultad respiratoria del recién nacido (CIE-10 P07); la tercera, malformaciones congénitas (CIE-10-Q89); la cuarta, otras malformaciones congénitas del corazón (CIE-10-Q24); la quinta, sepsis bacteriana del recién nacido (CIE-10-P36); la sexta, asfixia al nacimiento (CIE-10-P21); la séptima, otras afecciones originadas en el periodo perinatal (P96), la octava fue: hipoxia

intrauterina (CIE-10 P20), y finalmente la novena, síndrome de aspiración neonatal (CIE-10-P24) ²¹.

De acuerdo con cifras del INEGI en el 2017, se registraron 25,948 muertes fetales correspondientes al periodo perinatal es decir muertes ocurridas a partir de la semana 22 de gestación. Con respecto a la muerte neonatal precoz se registraron 10,974 en el mismo año. De las muertes fetales intermedias y tardías estas ocurren con una mayor frecuencia en los embarazos clasificados como de término es decir entre las 37 y 41 semanas de gestación ²².

En el mismo periodo, correspondiente a muerte fetal intermedia (semana 22-28) ocurrieron 5,520 muertes fetales y 19,588 muertes fetales tardías (semana 29-43) ²².

Durante 2017, la CONAMED, recibió 15,878 quejas, cifra que es significativamente mayor con respecto a la de las solicitudes de Dictamen Médico Institucional, ya que, de éstas, solo se recibieron 227, mismas que representarían el 1.4% del total de quejas presentadas ante la CONAMED ^{23, 24}.

En relación a la muerte perinatal, no sólo la Pediatría y Neonatología, son las únicas especialidades médicas que se encuentran relacionadas con este funesto evento, también la Ginecología y Obstetricia, se relaciona de forma estrecha con el mismo; al respecto, esta última especialidad médica, estuvo involucrada en el 14.5% de los dictámenes emitidos, mientras que, en relación

a Pediatría, fue un 5.3% de todos los dictámenes emitidos en la CONAMED en el 2017 ^{23,24}.

En atención a lo anterior, la mortalidad perinatal es un indicador que resume el riesgo de morir del feto y recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo. Contribuyen además los factores ambientales y el grado de desarrollo social, económico y sanitario de un país, las denuncias y quejas presentadas hacia médicos o instituciones encargadas de prestar atención médica son un indicador de la calidad de los servicios sanitarios

Por lo anterior el objetivo del presente trabajo es conocer si existe relación causal entre la mala práctica y los casos de muerte perinatal en los Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED en el periodo comprendido de 2011 a 2018.

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

Por las características que reúne esta investigación, es de tipo: descriptivo, transversal y retrospectivo.

Mediante censo se revisaron los dictámenes médicos institucionales emitidos por la CONAMED. Siendo criterio de inclusión: los Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED de 2011 a 2018, relativos a muerte perinatal en los que se haya encontrado mala práctica médica, se realizó una búsqueda a través del sistema informático de la institución, se identificaron los dictámenes de las especialidades de Ginecología y Obstetricia, y Pediatría con muerte y mala práctica.

De dicha búsqueda se obtuvo el número de los dictámenes que cumplieron con el criterio mayor previamente descrito, posteriormente se procedió a solicitar al archivo de la CONAMED dichos casos; al contar con estos se revisaron de manera puntual, se identificaron aquellos en los que existía muerte perinatal, obteniendo de estos los datos a analizar, mediante formato expofeso (tabla I) para esta recopilación; tras haber obtenido estos, se procedió a vaciar los resultados en una base de datos de Excel, posteriormente, mediante este mismo programa se realizó el análisis estadístico pertinente. Los resultados se expusieron en gráficas y tablas.

Desde el punto de vista Bioético se consideró un estudio: sin riesgo.

Las escalas que se utilizaron son las de tendencia central (media), medidas de dispersión (rango y desviación estándar) y las medidas de resumen (frecuencia y porcentaje).

TABLA I. CAPTURA DE DATOS

Autoridad Solicitante	<ul style="list-style-type: none"> ○ Procuraduría General de la República. ○ Procuraduría General de los estados. ○ Órgano Interno de Control. ○ Otros.
Sector de salud Involucrado	<ul style="list-style-type: none"> ○ Público. ○ Social. ○ Privado.
Institución de Salud Involucrada	<ul style="list-style-type: none"> ○ Secretaría de Salud. ○ Secretaría de Salud de los Estados. ○ IMSS. ○ ISSSTE. ○ ISSFAM. ○ Hospital o Institución Privada. ○ Otros.
Nivel de atención Involucrado	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primer Nivel. ○ Segundo Nivel. ○ Tercer Nivel.
Estado	Nombre del estado.
Persona que presenta queja	<ul style="list-style-type: none"> ○ Padre. ○ Madre. ○ Abuelos. ○ Otros.
Sexo de la persona que presenta la queja	<ul style="list-style-type: none"> ○ Masculino. ○ Femenino.
Edad de la persona que presenta la queja:	En años.
Especialidad Involucrada	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ginecología y Obstetricia. ○ Pediatría. ○ Medicina Familiar. ○ Medicina General. ○ Otra.
Personal de Salud Involucrado	<ul style="list-style-type: none"> ○ Médico. ○ Enfermería. ○ Administrativo. ○ De Traslado. ○ Otros.

Edad Materna	En años.
Número de Embarazo	
Muerte Materna	<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
Enfermedad Materna	<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
Sexo del producto	<input type="radio"/> Masculino. <input type="radio"/> Femenino. <input type="radio"/> Indeterminado.
Peso del producto	En gramos.
Tiempo de gestación	Semanas de gestación.
Resolución del embarazo	<input type="radio"/> Parto. <input type="radio"/> Cesárea.
Momento de la muerte perinatal	<input type="radio"/> Ante parto. <input type="radio"/> Intra parto. <input type="radio"/> Post parto.
Momento de la muerte neonatal precoz	Días.
Causa de la muerte (diagnóstico clínico)	Diagnóstico Clínico.
Certificado de defunción o muerte fetal	<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
Causa de muerte plasmada en el certificado	Causa de muerte del certificado.
Se realizó necropsia	<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No.
Vínculo entre muerte materna y perinatal	<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/> N/A.
Vínculo entre enfermedad materna y muerte perinatal	<input type="radio"/> Sí. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/> N/A.
La mala práctica	<input type="radio"/> Con relación causal. <input type="radio"/> Sin relación causal.

TABLA II: VARIABLES

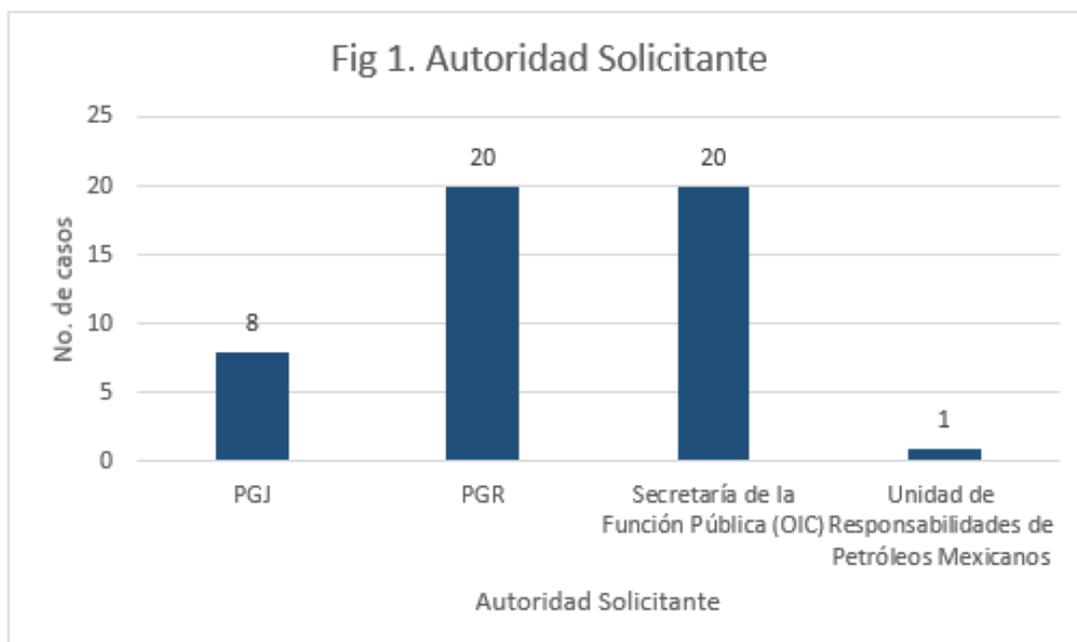
VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Autoridad Solicitante	Contexto	Instituciones de Impartición de justicia de solicitan la realización de dictamen a la CONAMED	Cualitativa Nominal	Procuraduría General de la República. Procuraduría General de Justicia de los estados. Órgano Interno de Control. Otros.
Sector de salud	Contexto	Lugar que ocupa la institución involucrada dentro de Sistema Nacional de Salud	Cualitativa Nominal	Público. Social. Privado.
Institución	Contexto	Organismo encargado de prestar atención médica	Cualitativa Nominal	Secretaría de Salud. Secretaría de Salud de los Estados. IMSS. ISSSTE. ISSFAM. PEMEX. Hospital o Institución Privada. Otros.
Nivel de atención	Contexto	Nivel de complejidad de la institución de salud según su capacidad resolutive	Cualitativa Ordinal	Primer Nivel. Segundo Nivel. Tercer Nivel.
Estado	Contexto	Lugar de la República Mexicana donde se inició el proceso de queja	Cualitativa nominal	Nombre del estado.
Persona que presenta queja/denuncia	Contexto	Familiar con relación al producto de la gestación que presenta la queja	Cualitativa Nominal	Padre. Madre. Abuelos. Otros.
Sexo de la persona que presenta la queja	Contexto	Aquella condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino. Femenino.
Especialidad	Compleja	Estudios cursados en su período de posgrado por el personal involucrado.	Cualitativa Nominal	Ginecología y Obstetricia Pediatria Medicina Familiar Medicina General Otra

Personal de Salud	Compleja	Persona que tiene la autorización académica y legal para brindar servicios de salud.	Cualitativa Nominal	Médico general. Médico especialista. Enfermería. Administrativo. De Traslado. Otros.
Edad Materna	Compleja	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa discontinua	En años:
Número de Embarazo	Compleja	Número de embarazo relacionado con la queja	Cuantitativa discontinua	Número enteros
Muerte Materna	Compleja	Muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación de la gestación	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
Enfermedad Materna	Compleja	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
Sexo	Compleja	Aquella condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer, del producto de la gestación.	Cualitativa Nominal	Masculino. Femenino. Indeterminado.
Peso	Compleja	Fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo, por acción de la gravedad	Cuantitativa discontinua	En gramos.
Tiempo de gestación	Compleja	Tiempo en que la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Cuantitativa continua	Semanas de gestación
Resolución del embarazo	Compleja	Forma en la que concluye el embarazo	Cualitativa Nominal	Parto. Cesárea.
Momento de la muerte	Compleja	Momento en el que ocurrió la muerte perinatal con relación al parto	Cualitativa Nominal	Ante parto. Intra parto. Post parto.
Momento de la muerte neonatal precoz	Compleja	Momento en el que ocurrió la muerte neonatal precoz con relación al parto	Cuantitativa Continua	Días
Causa de la muerte	Compleja	Lesión o enfermedad responsable de una muerte, tal evento o condición deben tener suficiente gravedad, magnitud y duración para desencadenar tal desenlace	Cualitativa Nominal	Diagnóstico Clínico:

Certificado de defunción o muerte fetal	Contexto	Son los documentos oficiales para certificar las muertes en nuestro país	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
Causa de muerte en el certificado	Contexto	Lesión o enfermedad responsable de una muerte, tal evento o condición deben tener suficiente gravedad, magnitud y duración para desencadenar tal desenlace	Cualitativa Nominal	Causa de muerte del certificado:
Necropsia	Contexto	Estudio y examen de los órganos, tejidos o huesos de un cadáver para averiguar o investigar la causa de su muerte	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
Vínculo entre muerte materna y perinatal	Compleja	La existencia de una relación fisiopatológica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
Vínculo entre enfermedad materna y muerte perinatal	Compleja	La existencia de una relación fisiopatológica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No
Conclusión	Compleja	Resolución del dictamen	Cualitativa Nominal	Mala práctica con relación causal. Mala práctica sin relación causal:

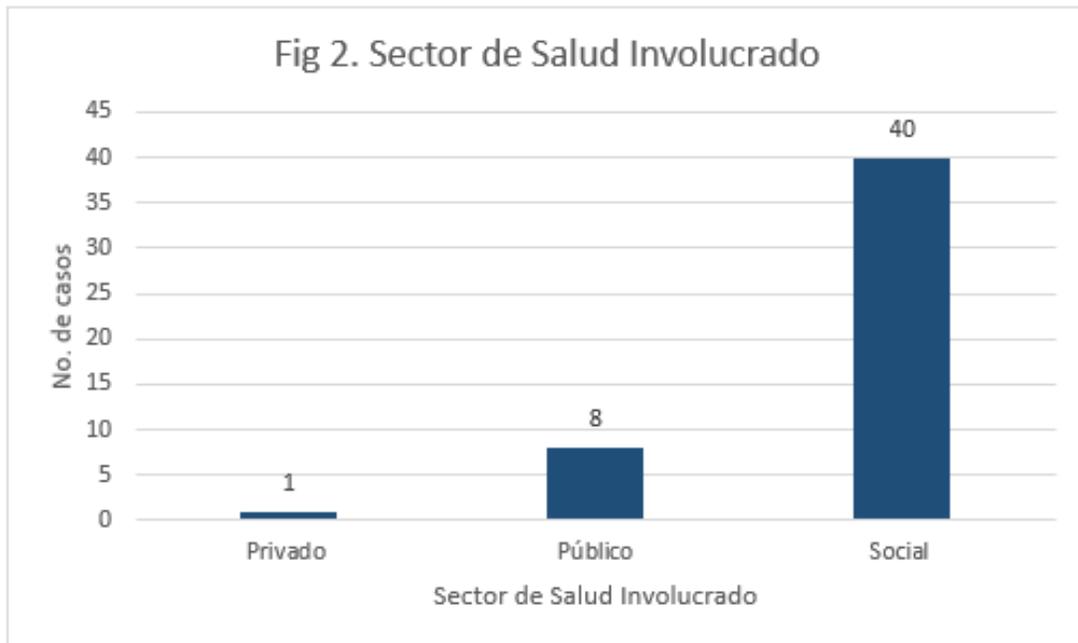
II. RESULTADOS.

A la revisión de los Dictámenes Médicos Institucionales contenidos en los expedientes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se encontró que 49 de ellos cumplían con las características de haberse presentado Muerte Perinatal y Mala Práctica, al análisis de los mismos se encontró que, la Procuraduría General de la República (PGR) solicitó un total de 20 dictámenes (40.81%), como en igual número lo solicitó la Secretaría de la Función Pública a través de sus Órganos Internos de Control (OIC) con 20 solicitudes (40.81% de los casos). Fig. 1.



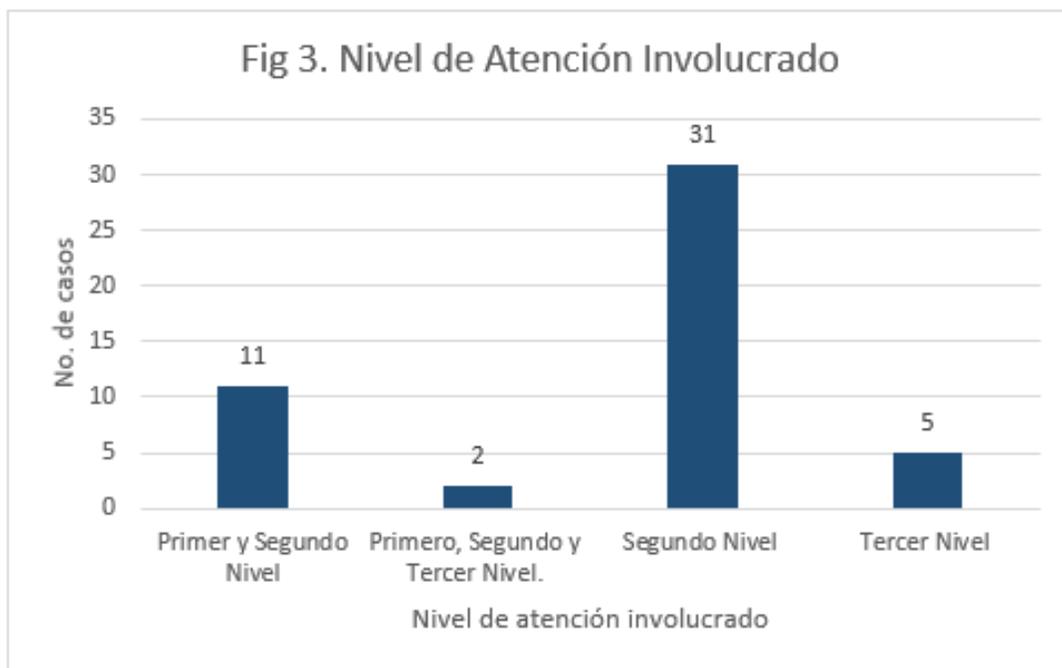
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

En cuanto al Sector de Salud involucrado el primer lugar lo ocupa el Sector Social con 40 casos (81.63%), en segundo lugar, el Sector Público con 8 casos (16.32%) y en tercer lugar con un caso (2.04%) el Sector Privado. Fig. 2.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

En el presente trabajo las Unidades de Atención Médica, según el nivel de atención que incurrieron en mala práctica y estuvieron relacionadas con muerte perinatal se distribuyeron de la siguiente manera: en 11 casos (22.44%) estuvo involucrado el primer y segundo nivel, en 31 casos (63.26%) estuvo involucrado únicamente el segundo nivel, el tercer nivel con 5 casos (10.20%), así también hubo 2 casos (4.08%) en los que los tres niveles de atención estuvieron involucrados. Fig. 3.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

Los estados de la República en los que se inició el procedimiento para la investigación por supuesta mala práctica médica y en los que también se encontraron los establecimientos que prestan atención médica en los que ocurrió muerte perinatal, en el presente trabajo se encontró que, en primer lugar, se tiene a la Ciudad de México con un total de 7 casos (14.29%), el resto de los casos distribuidos por estado se presentan en la Tabla 1.

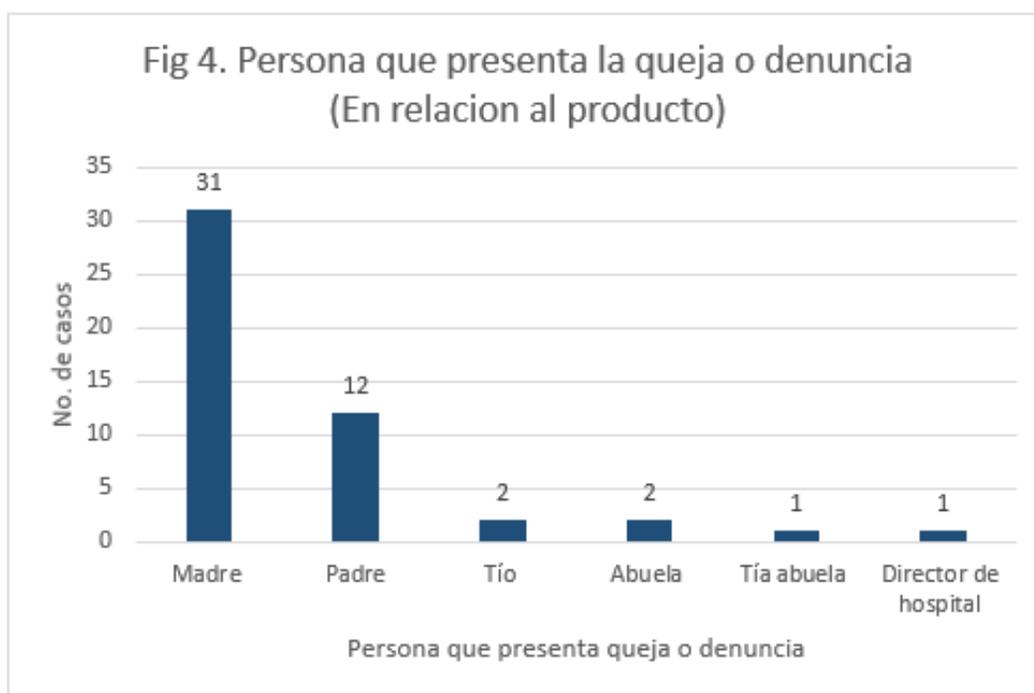
Tabla 1. Estados de la República Mexicana donde se interpuso la queja o denuncia.

Estado	No. de Casos	Porcentaje
Cd de México	7	14.28%
Chihuahua	6	12.24%
Tamaulipas	6	12.24%
Zacatecas	6	12.24%
Guanajuato	4	8.16%
Baja California	3	6.12%
Durango	3	6.12%
Michoacán	2	4.08%
Estado de México	2	4.08%
Sonora	2	4.08%
Baja California Sur	1	2.04%
Chiapas	1	2.04%
Michoacán - Estado de México*	1	2.04%
Oaxaca	1	2.04%
Puebla	1	2.04%
Quintana Roo	1	2.04%
Sinaloa	1	2.04%
Veracruz	1	2.04%

*caso en el que dos entidades se encontraron involucradas

Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

Con respecto al parentesco de la persona que presenta la queja o denuncia en relación con el producto, a la revisión efectuada en el presente trabajo, se encontró que el mayor número de quejas o denuncias las presentaron las madres de los productos con un total de 31 casos (63.27%). En segundo lugar, se tiene al padre con un total de 12 casos de quejas o denuncias (24.49%). En tercer lugar, se encuentra la abuela con 2 casos (4.08%). Finalmente, se encontraron 4 casos, en los que 2 tíos, 1 tía abuela y 1 director de uno de los hospitales, lo que representa cada uno el 2.04% de los datos. Fig. 4.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

Con respecto al sexo de quien presentó la queja o denuncia, se encontró que, en 35 casos, la queja o denuncia se inició por personas de sexo femenino lo que representa el 71.43% y 14 personas del sexo masculino como complemento, lo que representa el 28.57% de quejas o denuncias presentadas por sexo.

Con respecto a la especialidad señalada como responsable en los Dictámenes Médicos Institucionales, se encontró que el primer lugar lo tuvo Ginecología y Obstetricia, especialidad que se encuentra involucrada en 23 casos (46.94%).

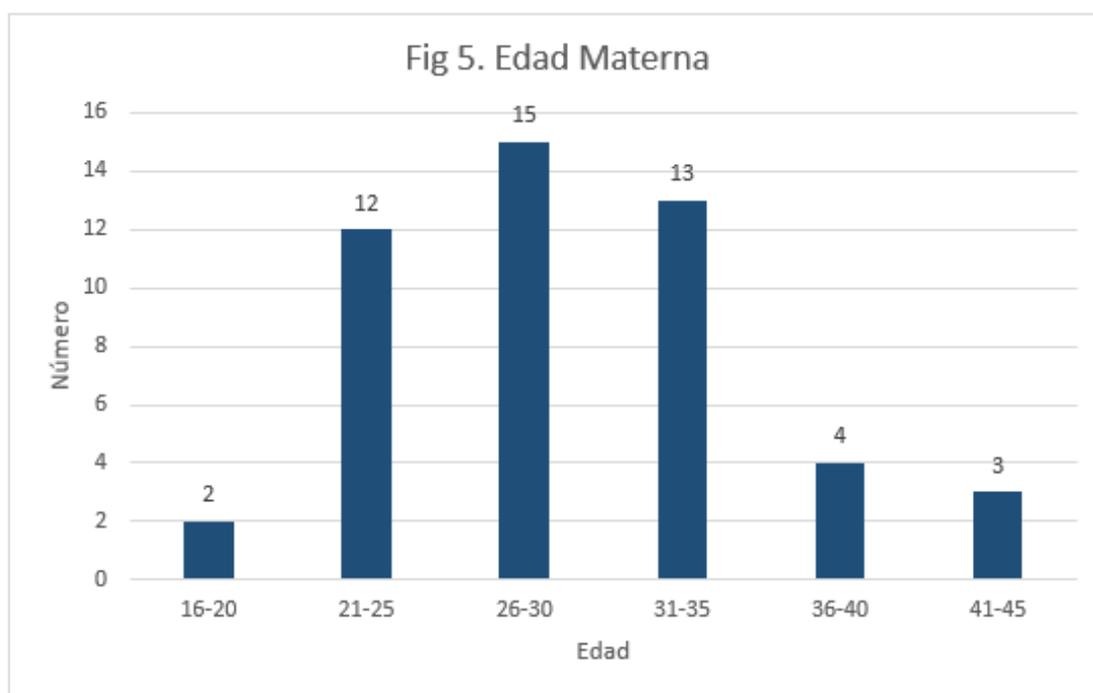
Tabla 2.

Tabla 2. Especialidades señaladas como responsables en Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED. (2011-2018)		
Especialidad	Casos	Porcentaje
Ginecología y Obstetricia	24	48.97%
Ginecología y Obstetricia, y Medicina Familiar	5	10.20%
Ginecología y Obstetricia, y Pediatría	4	8.16%
Pediatría	3	6.12%
Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar y Urgencias	2	4.08%
Ginecología y Obstetricia, y Medicina General	2	4.08%
Ginecología y Obstetricia, y Urgencias	2	4.08%
Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar y Pediatría	1	2.04%
Ginecología y Obstetricia, y Urología	1	2.04%
Ginecología y Obstetricia, y Cirugía General	1	2.04%
Ginecología y Obstetricia, y Medicina Interna	1	2.05%
Ginecología y Obstetricia, Radiología y Pediatría	1	2.04%
Medicina General	1	2.04%
Pediatría y Urgencias	1	2.04%
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.		

En relación al personal sanitario señalado como responsable, al análisis de los datos obtenidos, se encontró en primer lugar se encontraron los médicos especialistas con un total de 38 casos (77.55%). En segundo lugar, se encontraron como señalados médicos especialistas en conjunto con Enfermería con 4 casos (8.16%). La distribución de casos con respecto al personal sanitario señalado como responsable se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Personal sanitario señalado como responsable en Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED (2011-2018)		
Personal Sanitario	Casos	Porcentaje
Médicos Especialistas	38	77.55%
Médicos Especialistas y Enfermería	4	8.16%
Médicos Especialista y General	2	4.08%
Institucional	1	2.04%
Médico Especialista y Personal Administrativo	1	2.04%
Médico General y Médico Interno de Pregrado	1	2.04%
Médico Pasante del Servicio Social	1	2.04%
Médicos Especialistas y Residentes	1	2.04%
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.		

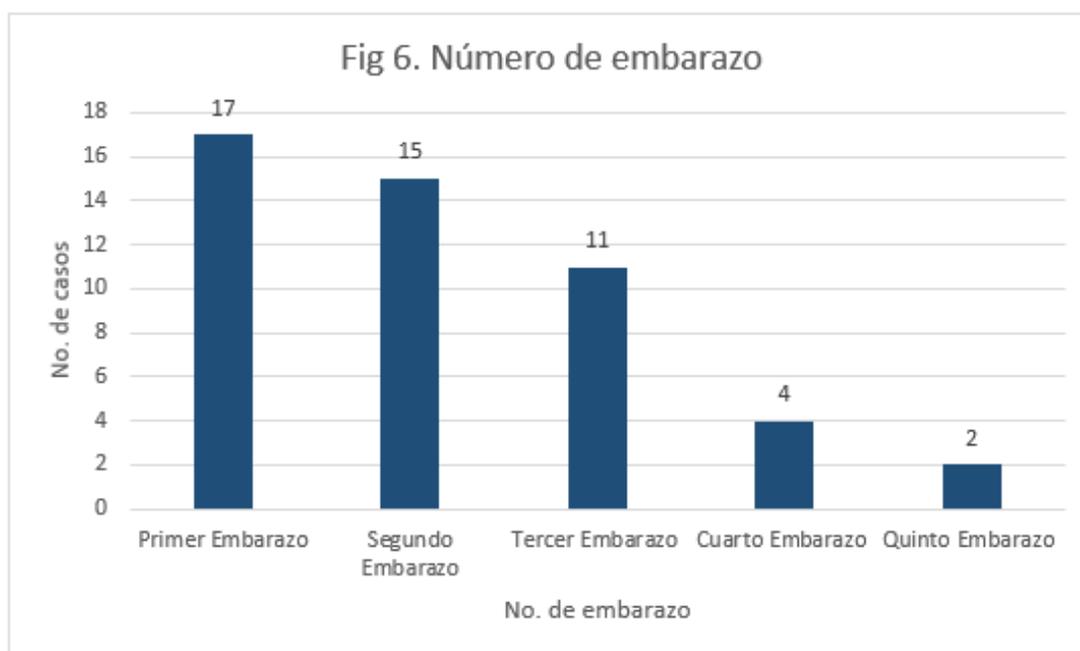
El rango de edad materna en el cual se presentaron las muertes perinatales en el presente trabajo fue de 19 a 42 años, la media de edad fue de 29.67 años con una desviación estándar de 5.63 años. El intervalo de edad en el cual se presentó la mayoría de muertes perinatales fue en mujeres de 26 a 30 años lo que representa el 30% de los casos. En conjunto los rangos de edad comprendidos de los 21 a los 35 años con 40 casos representan el 80% del total. Fig. 5.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

Con respecto al número de embarazo en el cual ocurrió la muerte perinatal en primer lugar se encontraron mujeres que perdieron al producto de la gestación en el primer embarazo con 17 casos (34.69%), en segundo lugar mujeres que cursaban con su segundo embarazo con 15 casos (30.61%), en tercer lugar aquellas mujeres que cursaban su tercer embarazo con 11 casos (22.44%) en cuarto lugar cuatro mujeres que cursaban con su cuarto embarazo (8.16) y en quinto y último lugar dos mujeres que cursaban su quinto embarazo (2.08%).

Fig. 6.



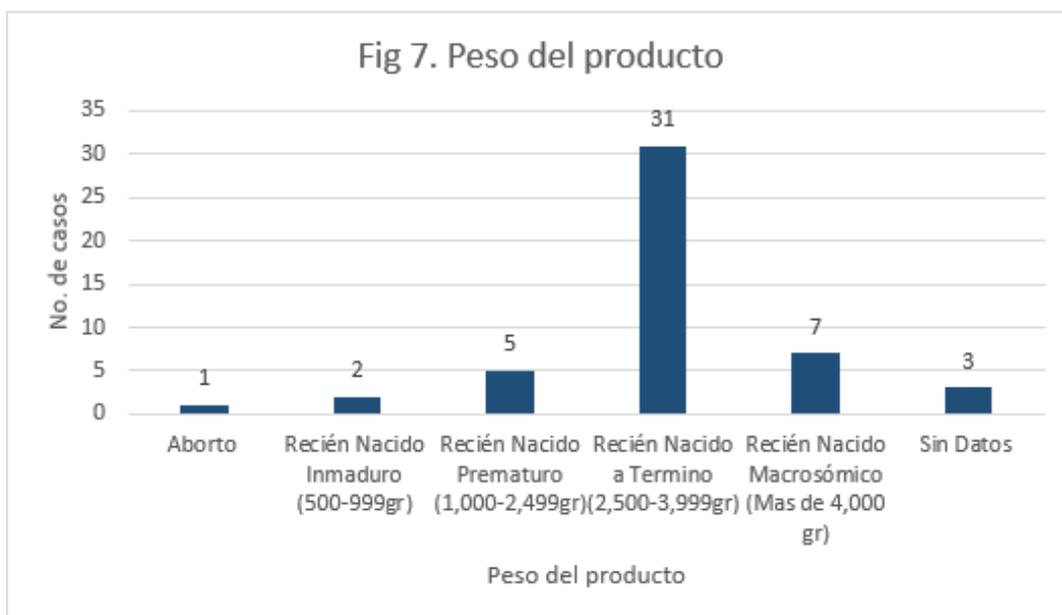
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

De la muestra de expedientes recabados, se encontró que coexistió muerte materna en 7 casos, los cuales representan el 14.29% a su vez, no existió muerte materna en 42 casos que representan el 82.71%.

Con relación a la presencia de enfermedades maternas presentes durante el embarazo, se encontró que, en primer lugar, se encontraron las madres que presentaron alguna patología (61.22%) y en complemento con 18 casos (36.73%), la madre no presentaba patología alguna durante el embarazo.

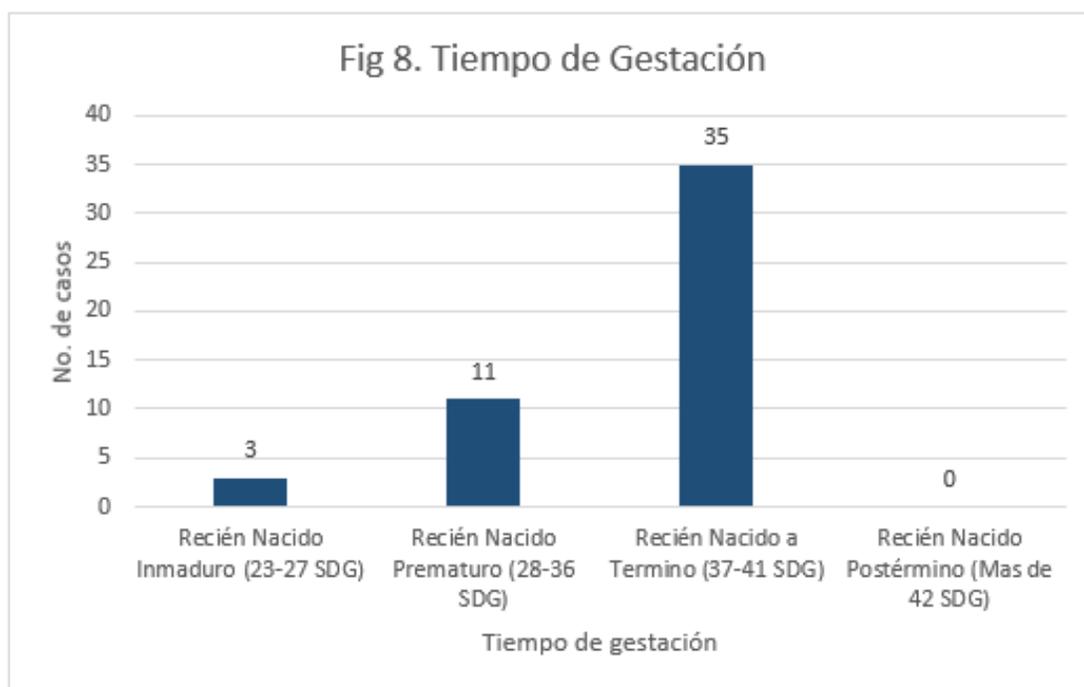
En cuanto al sexo del producto de la gestación, en primer lugar, se trató de productos del sexo masculino con 30 casos (61.22%) en complemento la muerte perinatal se presentó en productos de sexo femenino en 18 casos (36.73%) y en un expediente no se registró el sexo del producto (2.04%).

Al análisis realizado en el presente trabajo con respecto al peso del producto se obtuvo que el rango fue de 480 gramos a 5,040 gramos, con una media en el peso de 3,082.10 gramos y una desviación estándar de 950.17 gramos. Se clasificaron y graficaron los datos del peso del producto, de acuerdo a si se trataba de productos clasificados como: aborto, recién nacidos inmaduros, recién nacido prematuros, recién nacidos a término o recién nacidos macrosómicos. Obteniéndose que en primer lugar la muerte perinatal ocurrió en productos que presentaban un peso al nacer clasificado como de término (2,500-3,999 gramos) con 31 casos (63.26%), el resto de los casos se muestran en la Fig. 7.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

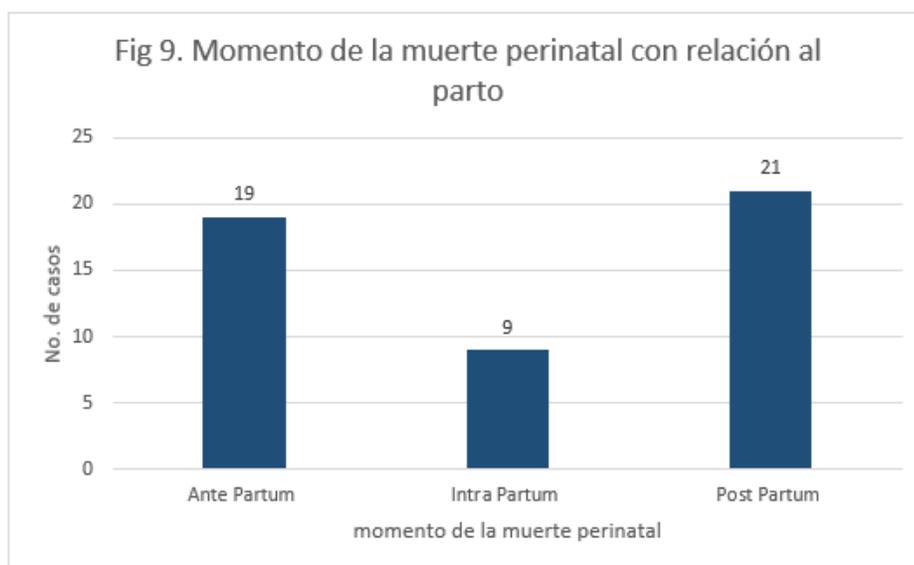
Con respecto al tiempo de gestación el rango fue de 23 a 41.2 semanas, con una media de 37.3 semanas de gestación y una desviación estándar de 4.3. Se graficaron los datos de acuerdo a si la resolución del embarazo ocurrió cuando al producto se le podía clasificar por el tiempo de gestación en recién nacido inmaduro, recién nacido prematuro, recién nacido de término o recién nacido postérmino. En primer lugar, se encuentra los productos clasificados como recién nacidos de término (37 a 41 semanas de gestación) con 35 casos (71.42%), el resto de los casos se distribuyeron como se muestra en la Fig.8.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

A la revisión de los expedientes se encontró que la vía de resolución del embarazo se realizó en primer lugar por cesárea en 35 casos, lo que representa el 71.42% de los casos, en segundo lugar, el embarazo se resolvió por parto con 13 casos (26.53%) y en tercer lugar con caso 1 (2.04%) se resolvió por indicación de laparotomía exploratoria (LAPE), lo anterior secundario a una apendicitis perforada e indicación de histerectomía obstétrica.

Con respecto al momento de la muerte en relación al parto, al análisis de la información recaba, se obtuvieron los siguientes resultados. En primer lugar, se tiene a la muerte post partum con un total de 21 casos (42.85%). En segundo lugar, muy cercano al primero, se tiene al fallecimiento ante partum con un total de 19 casos (38.78%); y finalmente en tercer lugar, se tiene a la muerte intra partum con 9 casos (18.37%). Fig. 9.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

De los 21 casos en los que la muerte perinatal ocurrió posterior al parto, a la revisión de los expedientes se obtuvo que la mayoría de los recién nacidos fallecieron durante el primer día de vida extrauterina con 12 casos lo que representa el 57%. Es preciso señalar que hubo tres casos en los que la muerte ocurrió posterior a lo que se clasificó como periodo perinatal, es decir, más allá del séptimo día de vida extrauterina, sin embargo, se decidió incluirlos en el estudio debido a que se identificó que la mala práctica ocurrió durante el periodo perinatal, estas tres muertes ocurrieron en el día 11, 19 y 61 de vida extrauterina. Tabla 4.

Tabla 4. Día en que ocurrió la muerte perinatal post parto		
Día	No. de Caos	Porcentaje
Primer día	12	57.14%
Segundo día	3	14.28%
Tercer día	1	4.7%
Cuarto día	1	4.7%
Quinto día	1	4.7%
Día 11	1	4.7%
Día 19	1	4.7%
Día 61	1	4.7%
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.		

En relación al diagnóstico clínico se encontraron una gran variedad de patologías y combinaciones de las mismas, para un mejor análisis se presentan en tres cuadros de acuerdo al momento en que ocurrió la muerte perinatal con respecto al parto; En la primer tabla se encontraron correspondiente a los diagnósticos emitidos en las muertes ante partum, se identificaron 10 diagnósticos y combinaciones de los mismos; en 5 casos en notas médicas no se emitió un diagnóstico clínico de muerte perinatal, en 5 casos más se emitió el diagnóstico de óbito fetal, en los 9 casos restantes se emitieron una combinación de patologías. Tabla 5.

Tabla 5: Diagnósticos clínicos de muerte perinatal (Ante partum).		
Número	Diagnóstico Clínico de Muerte Perinatal Ante partum.	Núm. De casos
1	Óbito fetal.	5
2	Sin diagnóstico.	5
3	Falla orgánica múltiple secundaria a hipoxia neonatal severa.	1
4	Insuficiencia placentaria.	1
5	Muerte intrauterina secundaria a asfixia perinatal.	1
6	Óbito fetal y sufrimiento fetal agudo.	1
7	Óbito fetal, sufrimiento fetal y retraso en el crecimiento.	1
8	Prematurez, enfermedad de membrana hialina, enteritis necrotizante y falla organiza múltiple.	1
9	Síndrome de aspiración de meconio (SAM) y asfixia neonatal severa.	1
10	Síndrome de distress respiratorio.	1
11	Sufrimiento fetal agudo, asfixia perinatal severa, neumotórax izquierdo y desequilibrio acido-base severo.	1
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.		

En la tabla 6 se encontraron enlistadas los diagnósticos emitidos en los casos en que la muerte perinatal que ocurrió intra partum, se identificaron 5 combinaciones diagnósticas y en 4 casos no se emitió ningún diagnóstico en el expediente clínico.

Tabla 6: Diagnósticos clínicos de muerte perinatal (Intra partum).		
Número	Diagnóstico Clínico de Muerte Perinatal Intra partum.	Número
1	Sin diagnóstico.	4
2	Óbito fetal, SAM, Ausencia de líquido amniótico, implantación baja de pabellones auriculares y micrognatia.	1
3	SAM, asfixia neonatal grave, síndrome de dificultad respiratoria, sangrado de tubo digestivo, sepsis temprana e hipertensión pulmonar.	1
4	SAM, sufrimiento fetal y bradicardia fetal.	1
5	Sepsis neonatal, hipocalcemia e hipoglucemia.	1
6	Sufrimiento fetal agudo, asfixia perinatal severa, síndrome distress respiratorio y encefalopatía hipóxico-isquémica.	1
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.		

En la tabla 7 se muestran los diagnósticos emitidos en las muertes perinatales que ocurrieron post partum, en ella se identificaron 13 combinaciones diagnósticas. En 5 casos no se emitió ningún diagnóstico con respecto al producto en el expediente clínico.

Tabla 7: Diagnósticos clínicos de muerte perinatal (post partum).		
Número	Diagnóstico Clínico de Muerte Perinatal post partum.	Núm.
1	Sin diagnóstico	5
2	Asfixia grave, cordón friable y roto.	1
3	Asfixia perinatal severa y hemorragia pulmonar.	1
4	Asfixia perinatal, choque séptico, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda y encefalopatía hipóxico-isquémica.	1
5	Hipoglucemia, choque séptico y falla orgánica múltiple.	1
6	Óbito fetal.	1
7	Óbito fetal, y placenta con desprendimiento del 70%.	1
8	SAM.	1
9	SAM, hipertensión pulmonar del recién nacido. doble circular de cordón a cuello y feto macerado	1
10	SAM, hipoxia intrauterina, hipertensión pulmonar, encefalopatía y cardiopatía isquémica.	1
11	SAM, síndrome de fuga pulmonar, neumotórax a tensión, enfisema subcutáneo de cuello y tórax, hipertensión pulmonar persistente secundaria y hemorragia pulmonar.	1
12	SAM y síndrome Wolf Parkinson White.	1
13	SAM, sufrimiento fetal agudo, micropene y falta de descenso de testículos.	1
14	Sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, hidrops no inmune y circular simple de cuello.	1
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.		

A la revisión de los expedientes del presente trabajo se identificó que en 38 casos (77.55%) se contó con certificado de defunción o muerte fetal, en complemento en 11 casos (22.44%) el expediente no contaba con certificado de defunción o muerte perinatal.

Con relación a los diagnósticos emitidos en los certificados de defunción y muerte fetal se encontraron 13 combinaciones diagnosticas en los casos de muerte perinatal ante partum. Tabla 8.

Tabla 8: Diagnóstico emitidos en certificados de defunción y muerte fetal.	
Número	Diagnóstico plasmado en el certificado de defunción o muerte perinatal (casos ante partum)
1	Interrupción de la circulación materno-fetal y sepsis abdominal causa materna.
2	Interrupción de la circulación feto placentaria y DPPNI.
3	Interrupción de la circulación materno fetal causa materna.
4	Torsión de cordón umbilical, interrupción de la circulación materno fetal y accidente de cordón.
5	Oligohidramnios severo y malformación congénita cardiaca.
6	Condición materna o fetal que causo directamente la muerte, hipoxia severa, interrupción de la circulación materno-fetal, insuficiencia placentaria, otros estados patológicos significativos del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo, prematurez.
7	Interrupción de la circulación materno-fetal y causas maternas.
8	Interrupción de la circulación materno fetal.
9	Asfixia causa materna e insuficiencia placentaria por preeclampsia severa causa materna.
10	Interrupción de la circulación materno-fetal, insuficiencia placentaria y preeclampsia severa con síndrome de HELLP.
11	Interrupción de la circulación materno placentaria fetal, insuficiencia placentaria y causa materna.
12	Feto afectado por trastornos del metabolismo de la madre.
13	Insuficiencia útero-placentaria, cetoacidosis diabética, acidosis metabólica y neumonía bilateral.
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.	

Se identificaron 6 combinaciones diagnosticas emitidas en certificados de defunción y muerte fetal en casos de muerte perinatal intra partum. Tabla 9.

Tabla 9: Diagnósticos emitidos en certificados de defunción y muerte fetal (intra partum)	
Número	Diagnóstico plasmado en el certificado de defunción o muerte perinatal (casos intra partum)
1	Insuficiencia útero placentaria, dehiscencia total uterina y cesárea previa.
2	Sufrimiento fetal agudo secundario a circular de cordón a cuello y aspiración masiva de líquido amniótico de origen fetal.
3	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y ruptura uterina.
4	Sufrimiento fetal agudo, síndrome de aspiración de meconio y probable cardiopatía congénita.
5	Interrupción de la circulación materno-fetal y ruptura uterina.
6	Asfixia, parto obstruido por distocia de hombros, macroscópico, diabetes gestacional y causa materna.
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.	

Se identificaron 19 combinaciones diagnósticas emitidas en certificados de defunción y muerte fetal en casos de muerte perinatal post partum. Tabla 10.

Tabla 10: Diagnósticos emitidos en certificados de defunción y muerte fetal (post partum)	
Número	Diagnósticos plasmados en el certificado de defunción o muerte perinatal (casos intra partum)
1	Falla orgánica múltiple e hipoxia neonatal severa.
2	Síndrome de aspiración meconial y sufrimiento fetal.
3	Asfixia perinatal severa y hemorragia pulmonar.
4	Choque cardiogénico, síndrome de aspiración de meconio, síndrome de fuga pulmonar, asfixia perinatal severa y encefalopatía hipóxico-isquémica.
5	Hidrops fetal no inmune.
6	Falla orgánica múltiple, Insuficiencia renal aguda y encefalopatía hipóxico-isquémica.
7	Sepsis neonatal, hipocalcemia e hipoglucemia.
8	Desequilibrio acido-base, asfixia perinatal y sufrimiento fetal agudo.
9	Asfixia severa no recuperable y SAM.
10	Asfixia perinatal.
11	Síndrome de distress respiratorio tipo I y asfixia primaria recuperada.

12	Síndrome de falla orgánica múltiple, encefalopatía hipóxico-isquémica, asfixia perinatal severa y SAM.
13	Miocardopatía hipóxico-isquémica, aspiración y asfixia perinatal severa.
14	Falla orgánica múltiple, enterocolitis necrotizante, enfermedad de membrana hialina y prematurez.
15	Acidosis Mixta, síndrome de aspiración de meconio, cardiopatía congénita y malformaciones congénitas múltiples.
16	Choque séptico, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, encefalopatía hipóxico-isquémica y asfixia perinatal.
17	Síndrome de aspiración de meconio.
18	Falla orgánica múltiple, choque séptico, sepsis neonatal, recién nacido macrosómico hijo de madre diabética y cardiopatía congénita.
19	Arritmia cardíaca, síndrome Wolf Parkinson White y SAM.
Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por CONAMED 2011-2018.	

De los expedientes recolectados por muerte perinatal, se realizó estudio de necropsia en 7 casos que representan el 14.29% de los casos, de lo anterior resulta que en 42 casos (85.71%) no se realizó necropsia.

Con respecto a la variable “*Conclusión del dictamen*” se encontró que en todos los casos de muerte perinatal en los que se identificó mala práctica existió una relación causalidad. Sin embargo, la modalidad en que se concluyó el dictamen se identificó dos formas en que la mala práctica influyó en la muerte perinatal. Se identificó en que en 32 casos (65.30%) la mala práctica ocasionó la muerte perinatal y en 17 contribuyó a la muerte perinatal. Fig. 10.



Fuente: Dictámenes Médicos Institucionales emitidos por la CONAMED 2011-2018.

Es preciso señalar que en relación a la variable “*edad de quien presentó la queja*”, no fue referida en ninguno de los expedientes analizados, por lo cual no fue posible obtener dicho dato de los dictámenes.

En relación a la variable *“Institución de Salud Involucrada”*, se ponderó la confidencialidad de los casos, por lo que únicamente se analizó y señaló el nivel de atención y sector al que correspondían, donde predominaron los casos en el segundo nivel con 31 casos (36%) y correspondieron en su mayoría, al sector social, con 40 casos (81.63%).

En lo referente a las variables *“Causa de muerte (diagnóstico clínico)”* y *“Causa de muerte plasmada en el certificado”*, en virtud de que fueron numerosos y variados los datos identificados, no fue posible su agrupamiento para un análisis específico, por lo que se presentan los resultados en tablas.

III. DISCUSIÓN

De acuerdo al anuario estadístico de 2017 de la CONAMED, las tres principales autoridades solicitantes de Dictamen Médico Institucional y acorde al presente trabajo fueron, Procuraduría General de la República (48% de las solicitudes), la Secretaría de la Función Pública a través de sus Órganos Internos de Control (34.8% de las solicitudes) y la Procuraduría General de Justicia de los Estados (12.3%), sin embargo, a diferencia de lo que se reporta en dicho anuario, en el presente estudio, en el periodo de 2011 a 2018, la Procuraduría General de la República y la Secretaría de la Función Pública se ubicaron como las principales instituciones solicitantes de Dictamen Médico Institucional con relación a muerte perinatal a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con el 40.81% de las solicitudes cada una, a seguir por la Procuraduría General de Justicia de los Estados con el 16.32% de los casos y finalizando con una solicitud a cargo de la Unidad de Responsabilidades en Petróleos Mexicanos que representa el 2.04% de los casos²⁴.

De acuerdo con el reporte anual de la CONAMED de 2017 la mayoría de dictámenes se encontraron relacionados con el sector público con el 90% de los casos, el 10% restante con el sector privado; cabe señalar que el anuario sólo consideró la categoría de sector público, sin hacer distinción del sector social, por lo que a fin de especificar la intervención de cada uno de estos, en el presente trabajo se separó el sector público del sector social. En ese tenor en el presente trabajo la mayoría de los dictámenes se encontraron relacionados con

la atención brindada por el sector social, seguido por el sector público y la menor cantidad fue relacionada al sector privado²⁴.

Es de señalar que si bien se ha estudiado la muerte perinatal, a diferencia de otro tipo de fallecimientos, considerados como indicadores del desarrollo del país, no se tienen estudios que permitan identificar en qué nivel de atención ocurre con mayor frecuencia las muertes perinatales relacionadas con quejas o denuncias por mala práctica médica; la importancia de este dato radica en identificar si aquellos casos complicados en los que la atención médica requirió de una institución con mayor poder de resolución, fueron atendidos en el lugar idóneo, lo anterior a fin de establecer si esto conllevaba un menor riesgo de muerte perinatal; en el presente estudio se encontró que el nivel de atención con el mayor número de casos ocurrió en el segundo nivel con 31 casos (63.26%), seguido de aquellas situaciones en los que la mala práctica ocurrió en casos cuya atención se dio tanto en el primer como en el segundo nivel con 11 casos (22.44%); seguidos de 5 casos (10.20%) se relacionados únicamente con el tercer nivel; y finalmente 2 casos (4.08%) en los que se brindó atención en los tres niveles de atención.

Si bien no hay fuentes disponibles en las cuales se señalen los estados en los que se inician las quejas o denuncias por mala práctica en los casos de muerte perinatal, el INEGI aporta datos relacionados con la muerte fetal y neonatal temprana; en ese tenor, para el 2017, se reportó que el estado en el que se

presentó el mayor número de muertes fetales fue la Ciudad de México con 2,265 casos, seguido de Guanajuato con 1,618 y Jalisco con 1,431 casos.

En el presente estudio, al igual que lo reportado en el INEGI, el estado de la República en el que se inició el mayor número de quejas o por supuesta mala práctica médica relacionados con muerte perinatal, fue la Ciudad de México con un total de 7 casos (14.29%), seguido de 3 estados (Chihuahua, Tamaulipas y Zacatecas) con 6 casos cada uno (12.24% cada uno). A continuación, el estado de Guanajuato tuvo 4 casos (8.16%). Posteriormente se encontraron dos estados (Durango y Baja California) con un total de 3 casos cada uno (6.12% por estado). En 1 estado (Sonora) se atendieron 2 casos (4.08%); siendo de mencionar que bajo esta misma situación, se presentó en 2 estados que compartieron la atención (Estado de México/Michoacán) 2 casos (4.08%). Y, por último, se encontró que 7 estados: Baja California Sur, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa y Veracruz. Estuvieron involucrados en 1 caso cada uno (2.04% cada uno) ²⁶.

El nacimiento de un hijo, representa un momento estelar en la vida de una familia. Desde el embarazo hasta el parto, los padres desarrollan sentimientos de esperanza, ilusión y júbilo, proyectados hacia el futuro y ninguno de los dos imagina que habrá un trágico final. La muerte perinatal es un fenómeno devastador para los padres y particularmente para la madre, por la pérdida de un hijo; si bien no existen estudios previos relacionados con el inicio de una queja o denuncia por mala práctica en la muerte perinatal; por las cuestiones

emocionales previamente señaladas, es de esperarse que las quejas o denuncias por muerte perinatal las inicien lo familiares en primer grado; en el presente estudio se encontró que en la mayoría de los casos la queja o denuncia fue presentada por la madre del producto con 31 casos (63.27%), seguido por familiares diversos en virtud de la ausencia de la madre por del padre en 12 casos (24.49%), la abuela con 2 casos (4.08%), dos casos más por tíos (4.08%) y un caso por la tía abuela²⁵.

Es de llamar la atención que en un caso la queja fue presentada por el director de la Unidad Médica en cuestión, ello derivado de problemas personales que trascendieron al ámbito profesional.

Acorde a la bibliografía consultada la especialidad involucrada en la muerte perinatal se encuentra la especialidad de Obstetricia esto se debe a que la especialidad es la encargada de la vigilancia de la mujer durante el embarazo y el producto de la gestación; en el presente trabajo dicha especialidad fue señalada en primer lugar como responsable en los Dictámenes Médicos Institucionales fue la especialidad de Ginecología y Obstetricia que estuvo involucrada de manera aislada en 23 casos (46.94%), sin embargo, en conjunto con otras especialidades se encuentra involucrada en 48 de los 49 casos (97.95%). La especialidad de Pediatría fue señalada de manera aislada en 3 casos (6.12%) y en combinación con otras especialidades en 10 casos (20.40%) de los casos, a estas dos especialidades que fueron el filtro en la búsqueda de expedientes con mala práctica y muerte perinatal se agregan otras

especialidades como Medicina Familiar, Urgencias, Cirugía General, Medicina General, Urología y Radiología.¹⁸

Con respecto al personal señalado como responsable es de señalar que no hay estudios previos para identificar al personal responsable de mala práctica médica, sin embargo, en la propia definición se encuentra implícito que se trata de la mala práctica de los médicos, la realidad es que en la atención médica intervienen otros profesionales, entre ellos Enfermería, personal administrativo, médicos en formación (médicos residentes, médicos pasantes e incluso médicos internos) etc.

Al análisis del presente trabajo se encontró que dentro del personal sanitario señalado como responsable, en primer lugar, se identificaron los médicos especialistas con un total de 38 casos (77.55%). En segundo lugar, se encontraron los especialistas en conjunto con Enfermería con 4 casos (8.16%). En tercer lugar aparecen como personal responsable, con un total de 4 casos, médicos especialistas con médicos generales (8.16%). Finalmente, se tienen 5 grupos, los cuales tienen 1 caso (2.04%), señalando como responsable en cada uno de estos al: 1) médico especialista y personal administrativo; 2) médicos especialistas y residentes; 3) médico general y médico interno de pregrado; y 4) médico pasante de Servicio Social; y 5) responsabilidad institucional.

A diferencia de lo que se señala en la literatura, es decir, que la muerte perinatal ocurre con mayor frecuencia en madres menores de 20 o mayores de 40 años, incluso se señala que existe un riesgo mínimo en de muerte perinatal

en embarazos de madre de entre 20 y 29 años; En el presente estudio se encontró que el intervalo de edad en el cual se presentó la mayoría de muertes perinatales fue en mujeres de 26 a 30 años lo que representa el 30% de los casos, en segundo lugar el intervalo de 31 a 35 años con 13 casos (26.53%), en tercer lugar el intervalo de 21 a 25 años con 12 casos (24.48%), en cuarto lugar el intervalo de 36 a 40 años con 4 casos (8.16%), en quinto lugar el intervalo de 41 a 45 años con 3 casos (6.12%) y finalmente en sexto lugar el intervalo de 16 a 20 años con 2 casos (4.08%). El rango de edad materna en el cual se presentaron las muertes perinatales en el presente trabajo fue de 19 a 42 años, la media de edad fue de 29.67 con una desviación estándar de 5.63^{15, 17}.

Con respecto al número de embarazo en el presente trabajo se encontró concordancia con la bibliografía consultada en la que se señala que la muerte perinatal ocurre con mayor frecuencia en mujeres que cursan con su primer embarazo en comparación con mujeres multíparas. Se identificó que la muerte perinatal en primer lugar se presentó en mujeres que cursaban su primer embarazo con 17 casos (34.69%), en segundo lugar mujeres que cursaban con su segundo embarazo con 15 casos (30.61%), en tercer lugar aquellas mujeres que cursaban su tercer embarazo con 11 casos (22.44%) en cuarto lugar cuatro mujeres que cursaban con su cuarto embarazo (8.16) y en quinto y último lugar dos mujeres que cursaban su quinto embarazo (2.08%)¹⁵.

De la muestra de expedientes recabados por muerte perinatal se encontró que coexistió muerte materna en 7 casos, los cuales representan el 14.29% en

complemento no existió muerte materna en 42 casos que representan el 82.71%. De acuerdo a la bibliografía consultada la presencia de enfermedades maternas son un factor de riesgo para que se presente la muerte perinatal en ese sentido en el presente trabajo se identificó la presencia de enfermedades maternas en 30 casos (61.22%) y en complemento con 18 casos (36.73%), la madre no presentaba patología alguna durante el embarazo ^{15, 18,19}.

De acuerdo a estadísticas del INEGI para el año 2017 la mayoría de las muertes fetales ocurrieron en productos de sexo masculino y en concordancia con la literatura consultada, la cual señala como factor de riesgo para muerte fetal y del recién nacido, que el producto sea de sexo masculino; en el presente estudio la mayoría de los fallecimientos, ocurrieron en productos de sexo masculino con 30 casos (61.22%); en complemento la muerte perinatal se presentó en productos de sexo femenino en 18 casos (36.73%) y en un expediente no se registró el sexo del producto (2.04%) ^{15,26}.

En relación al peso del producto y a la edad gestacional la mayoría de las muertes perinatales ocurrieron en productos que tenían un peso clasificado como recién nacido de término, de igual forma clasificados por edad gestacional se encontraban en el rango clasificado como de término, contrario a lo que señala la literatura; en el presente estudio la prematurez no se encontró como principal factor de riesgo ^{16, 17,18}.

Al análisis realizado en el presente trabajo con respecto al peso del producto se obtuvo que en primer lugar la muerte perinatal ocurrió en productos que

presentaban un peso al nacer de clasificado como de término (2,500-3,999 gramos) con 31 casos (63.26%), en segundo lugar con 7 casos (14.28%) se encontraron productos que al nacimiento presentaron un peso clasificado como macrosómico (>4,000 gramos), en tercer lugar con 5 casos se encontraron los productos de la gestación con pesos clasificados como recién nacidos prematuros (1,000-2,499 gramos), en cuarto lugar se encontraron aquellos expedientes en los que no se registró el peso del producto con 3 casos (6.12%), en quinto lugar con 2 casos (4.08%) se encontraron los productos que presentaron un peso al nacer clasificado como inmaduro (500-999 gramos) y finalmente con 1 caso (2.04%) se encuentra un producto que por su peso puede ser clasificado como aborto, sin embargo al análisis del caso se trata de un producto que calculando su edad gestacional de acuerdo a la fecha de última menstruación, se encuentra dentro del periodo perinatal. El rango fue de 480 gramos a 5,040 gramos, con una media en el peso de 3,082.10 gramos y una desviación estándar de 950.17^{15, 17}.

Con respecto al tiempo de gestación el rango fue de 23 a 41.2 semanas, con una media de 37.3 semanas de gestación y una desviación estándar de 4.3. Contrario a lo que señala la literatura, es decir que la muerte perinatal alcanza el mínimo al llegar a término, en el presente trabajo en primer lugar se encuentra los productos clasificados como recién nacidos de término (37 a 41 semanas de gestación) con 35 casos (71.42%), en segundo lugar se encontraron los productos clasificados como recién nacidos prematuros (28-36

semanas de gestación) finalmente en tercer lugar con 3 casos se encontraron los productos que se clasifican como recién nacidos inmaduros (23-27 semanas de gestación) cabe señalar que en los expedientes analizados no se presentaron muerte en productos clasificados como postérmino^{18,19}.

Con respecto a la resolución del embarazo, la literatura señala que en la mayoría de los casos de muerte fetal y neonatal temprana, la vía por la cual se interrumpió el embarazo es por vía abdominal; acorde a lo previamente señalado, en el presente trabajo, la resolución del embarazo, en primer lugar se realizó por cesárea en 35 casos (71.42%); en segundo lugar, el embarazo se resolvió por parto con 13 casos (26.53%) y en tercer lugar con 1 caso (2.04%) se realizó laparotomía exploratoria (LAPE) por peritonitis por apendicitis perforada con realización de histerectomía obstétrica¹⁵.

Con respecto al momento de la muerte en relación al parto, y a diferencia de lo que señala la literatura consultada, es decir, en la muerte perinatal, la muerte ante partum representa dos tercios de las muertes, en el presente trabajo el primer lugar lo ocuparon las muertes post partum con un total de 21 casos (42.85%). En segundo lugar, muy cercano al primero, se tiene a la muerte ante partum con un total de 19 casos (38.78%) finalmente en tercer lugar, se tiene a la muerte intra partum con 9 casos (18.37%). Por otro lado, al conjunto de muerte intra partum y post partum que el presente estudio representó la mayoría de las muertes perinatales, acorde a lo que señala la literatura, están asociadas a la calidad en la atención obstétrica.¹⁸

De los 21 casos en los que la muerte perinatal ocurrió posterior al parto, a la revisión de los expedientes se obtuvo que la mayoría de los recién nacido fallecieron durante el primer día de vida extrauterina con 12 casos lo que representa el 57%, en segundo lugar con 3 casos (14.28%) se encontraron aquellos productos que fallecieron en durante el segundo día de vida extrauterina y en tercer lugar se encontraron 6 casos; un recién nacido falleció en el tercer, otro en el cuarto y otro en el quinto día de vida extra uterina cada uno representa el 4.7% de los casos, es preciso señalar que hubo tres casos en los que la muerte ocurrió posterior a lo que clasificamos como periodo perinatal, es decir, más allá del séptimo día de vida extrauterina, sin embargo se decidió incluirlos en el estudio debido a que se identificó que la mala práctica ocurrió durante el periodo perinatal, estas tres muertes ocurrieron en el día 11, 19 y 61 de vida extrauterina cada uno representa el 4.7% de las muertes perinatales posteriores al parto.

Con relación a los diagnósticos clínicos de muerte perinatal plasmados en notas médicas de los expedientes revisados se encontraron una variedad de diagnósticos y combinaciones de estos. Sin embargo, es importante señalar que en 14 casos no se plasmó ni se realizó un diagnóstico clínico de muerte perinatal, si bien es cierto que la literatura señala que existe en un alto porcentaje de casos en los que no es posible identificar la causa de muerte perinatal, en los expedientes revisados se aprecia una falta de interés por parte del personal médico por identificar la causa de muerte, por otro lado en 6 casos

se emitió el diagnóstico de óbito fetal, el cual, si bien es utilizado frecuentemente en medios clínicos, no es un diagnóstico señalado en la literatura, lo cual también denota una falta de interés por estudiar y encontrar la causa de muerte.

Del resto de causas de muerte se encuentra una combinación de causas por lo que no es posible clasificarlas, sin embargo, todas las causas identificadas se encontraron señaladas en la literatura, cabe señalar que acorde a lo que señala la literatura, la mayoría de causas de muerte se relacionan con hipoxia intrauterina al respecto se emitieron diagnósticos como síndrome de aspiración de meconio, asfixia perinatal, sufrimiento fetal agudo. A pesar de la correspondencia con la literatura señalada previamente las malformaciones no ocuparon el segundo lugar como causa de muerte, únicamente se señalaron en dos casos; el retaso en el crecimiento intrauterino no se señaló como causa de muerte, el síndrome de dificultad respiratoria se señaló en 3 casos y las infecciones estuvieron presentes en dos casos^{15,17}.

Con respecto a la presencia de certificado de defunción o muerte perinatal en el expediente, se encontró que en 38 casos (77.55%) había certificado de defunción o muerte fetal, en complemento en 11 casos (22.44%) el expediente no contaba con certificado de defunción o muerte perinatal. En México, el subregistro y el inadecuado llenado de los certificados de defunción son importantes factores que limitan la utilidad de estos documentos. En ocasiones se recurre al diagnóstico clínico o clínico-patológico, donde la gran variabilidad

de criterios médicos son elementos que hacen difícil reproducir la metodología y, por lo tanto, son poco confiables para fines de comparación; lo cual se identificó en el presente trabajo al encontrar, por un lado que no se realizaban diagnósticos clínicos de muerte perinatal, y por otro que, habían diferencias entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico plasmado en los certificados de defunción y muerte fetal.

En relación a las causas de muerte plasmadas en los certificados, los diagnósticos variaron con respecto a los diagnósticos clínicos plasmados en notas médicas, sin embargo, no es posible hacer un análisis debido a que en algunos expedientes no se emitieron diagnósticos clínicos y en otros no se encontraban los certificados de defunción o muerte fetal. Es preciso señalar la importancia de contar con estándares para el adecuado llenado del certificado de defunción y muerte fetal con la finalidad de identificar las principales causas de muerte; en este caso, aquellas relacionadas con quejas por supuesta mala práctica médica, a fin de realizar acciones preventivas en mejora de la calidad de la atención y con ello, contribuir a disminuir las quejas relacionadas con la atención médica.

Como señala la literatura en los casos en que ocurre una muerte perinatal generalmente los familiares no autorizan la realización de una necropsia, en el presente trabajo, de los expedientes recolectados por muerte perinatal se realizó estudio de necropsia en 7 casos que representan el 14.29% de los

casos, de lo anterior resulta que en 42 casos (85.71%) no se realizó necropsia
15, 19.

Con respecto a la variable "Conclusión del dictamen" se encontró que en todos los casos de muerte perinatal en los que se identificó mala práctica existió una relación causalidad. Sin embargo, la modalidad en que se concluyó el dictamen se identificó dos formas en que la mala práctica influyó en la muerte perinatal. Se identificó en que en 32 casos (65.30%) la mala práctica ocasiono la muerte perinatal y en 17 contribuyo a la muerte perinatal.

IV. CONCLUSIONES

Previo al establecimiento de las conclusiones finales del presente trabajo es preciso señalar que la población estudiada es un grupo muy específico, ya que únicamente refleja los casos vinculados con la emisión de un Dictamen Médico Institucional por parte de la CONAMED, es decir que de ninguna manera es posible considerar los datos aquí reportados como representativos de todas las muertes perinatales ocurridas en nuestro país, por lo que no son extrapolables a todo el universo de casos, siendo importante recordar que el presente trabajo pretende contribuir a identificar el grado en que la mala práctica contribuye o condiciona la muerte perinatal.

Es importante recordar también, que al ser casos vinculados con la emisión de un Dictamen Médico Institucional, es decir, que los datos fueron recolectados de expedientes cuyo origen fue una queja o denuncia, en la que existió la presunción de que la atención médica otorgada no fue adecuada.

El embarazo y el nacimiento son, por lo general, motivo de alegría para los progenitores y las familias, pero también son etapas que no están exentas de preocupación e incertidumbre; la Medicina Perinatal tiene como objetivo mejorar la calidad de la vida desde sus comienzos mediante la atención y el cuidado del feto y del recién nacido. La muerte perinatal es un resultado funesto que en el presente trabajo se analizó en relación con la mala práctica médica.

En México existen distintas instancias que tienen injerencia en la solución de conflictos entre la población y las instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud; toda persona que considere que su Derecho a la Protección de su Salud fue vulnerado puede acudir a dichas instancias; en el presente trabajo las quejas o denuncias, fueron presentadas ante diversas autoridades, las cuales tienen la atribución de solicitar Dictámenes Médicos Institucionales a la CONAMED, tales instancias fueron la Procuraduría General de la República, las Procuradurías Generales de Justicia Estatales y la Secretaría de la Función Pública a través de los Órganos Internos de Control.

De acuerdo con lo que señala la literatura, la mayoría de los dictámenes se encontraron relacionados con la atención brindada por el sector social; y el segundo nivel de atención fue el principal nivel de atención involucrado.

En el presente trabajo, en concordancia con lo que establece la literatura médica, en la muerte perinatal, una de las especialidades médicas que mayor involucro o mayor participación tienen en la presentación de la misma, lo es la Ginecología y Obstetricia, en función del cuidado que tienen estos especialistas en la atención del binomio, madre-feto(s) y lo que conlleva en repercusión al bienestar fetal.

A diferencia de lo que señala la bibliografía consultada, la mayoría de las muertes perinatales identificadas en el presente trabajo ocurrieron en mujeres que se encontraban en edades señaladas como de mínimo riesgo; es decir, entre 20 y menos de 35 años con el 81.63% de los casos.

De igual forma, acorde a lo que señala la literatura, se identificó que la mayoría de las muertes perinatales ocurrieron en mujeres que cursaban con su primer embarazo.

La patología materna se señala en la literatura como un importante factor de riesgo en la muerte perinatal; en el presente trabajo se identificó que en el 61.22% de los casos, existía morbilidad materna, mientras que la muerte materna ocurrió en el 8.16% de los casos.

La mayoría de los casos, la muerte perinatal ocurrió en productos de sexo masculino (61.22%), lo que se encuentra acorde a lo que señala la literatura: por otro lado contrario a lo que la literatura señala, en los expedientes revisados la mayoría de las muertes perinatales ocurrieron en productos de la gestación con pesos clasificados como de término, de igual forma se identificó que en la mayoría de los casos los productos tuvieron un tiempo de gestación clasificado como de término (37 a 41 SDG)^{16,17,18}.

Se identificó que a diferencia de lo que marca la literatura, la mayoría de la muerte perinatal ocurrió posterior al parto, sin embargo, las muertes ante partum ocuparon la segunda posición. En relación a las muertes acontecidas post partum la mayoría ocurrieron durante el primer día de vida extrauterina ^{16, 17,18}.

En relación a los diagnósticos de causa de muerte, se encontraron una gran cantidad de casos en los que coexistieron diversos diagnósticos, por lo que no

es posible clasificarlos; sin embargo, al análisis de los datos se aprecia que las principales causas de muerte están relacionadas con la asfixia perinatal. Es importante señalar que en un gran porcentaje de casos no se emitió un diagnóstico, lo que denota un desinterés generalizado en realizar un estudio adecuado de las causas de muerte perinatal.

Se encontró que en la mayoría de los casos no se realizó un estudio de necropsia, lo anterior, puede tener como causa lo señalado por la literatura como falta de autorización por parte de los familiares.

Relativo a la modalidad en la que se concluyeron los Dictámenes Médico Institucionales referentes a muerte perinatal, no existió ningún caso en que se concluyera con buena práctica, en todos los casos se concluyó con mala práctica, siendo en la mayoría de los casos que la actuación médica ocasionó la muerte perinatal.

Por lo anterior se concluyó que la presunción de atención médica inadecuada con la cual se inició la queja o denuncia se corroboró en la conclusión del Dictamen Médico Institucional.

V. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Concientizar a los médicos, especialistas, generales y en formación, para que en su práctica médica se apeguen a los elementos que fundamentan el acto médico, es decir, que su actuación sea en apego a los aspectos éticos, bioéticos, deontológicos y científicos que rigen la práctica médica, así como a normas jurídicas que regulan el acto médico.
- Concientizar que es responsabilidad del profesional de la Medicina hacer que ésta sea más acorde a la actualidad, profesional, reflexiva, analítica, basada en la evidencia, ética, humanista y humanitaria.
- Gestionar dentro de las Políticas Nacionales de Salud, que se cuente con instituciones, recursos humanos, materiales y financieros suficientes e idóneos para la atención Obstétrica y Neonatal a nivel nacional.
- Priorizar en Escuelas y Facultades de Medicina, los temas relacionados con las obligaciones del personal de salud, responsabilidad profesional, así como temas de salud reproductiva y gestacional.

- Destacar en los cursos de especialización en Ginecología y Obstetricia, la importancia y adecuada estimación del riesgo de muerte materna, particularmente en los casos los relacionados con embarazo de alto riesgo y la vigilancia durante el trabajo de parto.
- Concientizar a la población de mujeres en edad reproductiva sobre la importancia de una evaluación preconcepcional, llevar un seguimiento médico estrecho, identificar plenamente datos de alarma y reconocer las instituciones médicas con capacidad resolutive adecuada y especializada para la atención oportuna de la resolución del embarazo.
- Concientizar a los médicos para emitir y asentar las reales causas de muerte perinatal de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades.
- Capacitar a todo el personal de salud en el correcto llenado de los certificados de defunción y muerte fetal.
- Insistir en la realización de estudio de necropsia el cual debe incluir, historia clínica materna, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, condiciones del ultimo embarazo y del trabajo de parto, así como el estudio de la placenta e incluso efectuar necropsia verbal; con el objetivo de emitir recomendaciones ante futuros embarazos.

- Efectuar estudios dirigidos en torno a los componentes que se pueden vincular con las muertes perinatales ocasionadas por la mala práctica médica.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Mc Graw Hill 2017. Artículo 2-128.
- 2.- Lugo.M. El derecho a la salud. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos 2015. [En línea] [Consultado en octubre 2018] Disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll_DerSalud.pdf
- 3.- Gobierno de México. Ley General de Salud - México, Cámara de Diputados. Julio 2018.
- 4.- Chávez. S.O: El derecho a la salud en México y su garantía judicial. Biblioteca jurídica virtual del instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM. [En línea] [consultado octubre 2018] Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2543/18.pdf>
- 5.- Gamboa. M.C Responsabilidad de los Profesionales de la Salud. Cámara de diputados. Dirección de servicios de investigación y análisis. [En línea] [consultado en octubre de 2018] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-79-15.pdf>
- 6.- López Fidel H. "Principios del Derecho Médico, para el personal de salud." CEAMO.
- 7.- Carrillo, L. La responsabilidad profesional del médico en México. Ed. Porrúa México, 2005. 359pp. Capítulos I, IV, VII, VIII, IX y X.

8.- Choy G. Sonia. Responsabilidad en el Ejercicio de la Medicina. OGS, Editores México 1997.

9.-Casas Madrid. “La atención médica y el derecho sanitario” Ed. Alfíl 2005.

10.-<https://www.gob.mx/conamed>. Información sobre la CONAMED para los profesionales de la salud. [En línea] [consultado en octubre de 2018] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf

11.- Reglamento De Procedimientos Para La Atención De Quejas Médicas Y Gestión Pericial De La Comisión Nacional De Arbitraje Médico. Capítulo Primero. De Objeto y principios. CONAMED.

12.-Rivas. B.J Responsabilidad Médica Especialista: Obstetricia y Pediatría. Revista CESCO de Derecho de Consumo 2013. [en línea] [consultado en octubre de 2018] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4524514.pdf>

13.- Norma Oficial Mexicana, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Diario oficial de la federación 2016. NOM-007-SSA2-2016.

14.- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Decima revisión. Volumen 2. (CIE-10) [en línea] [consultado en octubre de 2018] disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>.

15.- Bajo Arenas JM. Fundamentos de obstetricia (SEGO) Ed. Graficas Marte. España 2007. Capítulos: 53 y 106.

16.-Copado. S.S. Muerte fetal intrauterina. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada 2015. [en línea] [consultado en octubre de 2018] disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_muerte_fetal.pdf

17.-Villasis. K.M. Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-P Revista mexicana de pediatría 2016. [en línea] [consultado en octubre de 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2016/sp164a.pdf>

18.- Vieira, Matias C.; Pasupathy, Dharmintra. Understanding perinatal Mortality. December 1, 2016. Volume 26, Issue 12. Pages 347-353. 2016.

19.- Nijkamp, J.W.; Perinatal death investigations: What is current practice? June 1, 2017. Volume 22, Issue 3. Pages 167-175. © 2017.

20.- Liu, Li-Chun. Major risk factors for stillbirth in different trimesters of pregnancy

systematic review. June 1, 2014. Volume 53, Issue 2. Pages 141-145. 2014

21.-Gonzalez P.D. Tendencia y causas de mortalidad neonatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2014, a nivel nacional. Revista Mexicana de Pediatría. México 2016.

22.https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadFetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf

23. Boletín Del centro Colaborador De Calidad Y Seguridad En El Paciente CONAMED – OPS [En línea] [consultado en octubre de 2018] disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=technical-documentation&alias=1087-1013-conamed-bol-pdf&Itemid=493

24.-CONAMED: Anuario Estadístico 2017. Comisión Nacional de Arbitraje médico.

25.- <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/> . [en línea] [consultado en octubre de 2018].