

2a época

ISSN 1405-6704

R E V I S T A

**CONAMED**

Vol. 8, No. 1. Edición trimestral, 2003

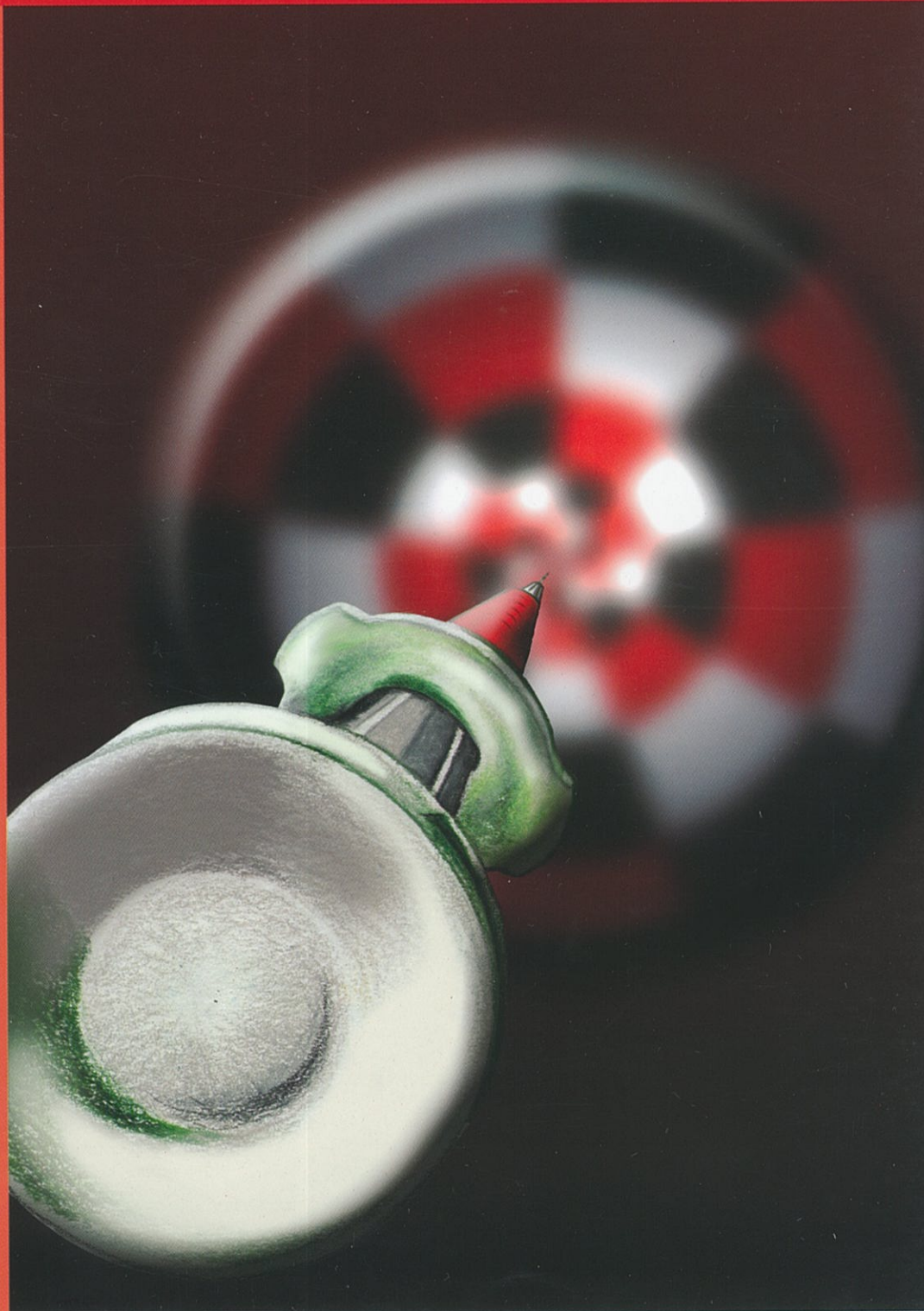
Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

**Recomendaciones  
para la buena  
práctica de la  
medicina en  
Anestesiología**

**Recomendaciones  
para prevenir  
la mala práctica  
Médica en Pediatría**

**Recomendaciones  
para mejorar  
la práctica  
Odontológica**

**El Caso Conamed**



**Recomendaciones para anestesiología**

# Contenido

# Contents

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Editorial</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>3</b>  |
| <b>Actividades CONAMED</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>4</b>  |
| <b>Recomendaciones para la buena práctica de la medicina en Anestesiología</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>5</b>  |
| JIMÉNEZ CORONA ME, VICTORIA OCHOA R, RIVERA CISNEROS AE, MANUELL LEE GR,<br>PLANCARTE SÁNCHEZ R, AYALA SANDOVAL S, GARZA HINOJOSA A, GUEVARA LÓPEZ U,<br>JARAMILLO MAGAÑA J, JÁUREGUI FLORES LA, MILLE LOERA JE, MOYAO GARCÍA D,<br>ALVAREZ J, VELÁZQUEZ SUÁREZ R, TENA TAMAYO C.                                                                                  |           |
| <b>Recomendaciones para prevenir la mala práctica Médica en Pediatría</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>15</b> |
| BARRERA ROMERO N, JIMÉNEZ CORONA ME, RODRÍGUEZ SOTO JG, VICTORIA OCHOA R,<br>RIVERA CISNEROS AE, MANUELL LEE G, CORTÉS GALLO G, LOREDO ABDALA A,<br>PEZZOTTI Y RENTERÍA MA, VELIZ PINTO R, ALVAREZ VÁZQUEZ E, VEGA LÓPEZ M,<br>JÁUREGUI PULIDO S, REYNES MANZUR JN, RODRÍGUEZ WEBER MA, GONZÁLEZ LARA CD,<br>RODRÍGUEZ SUÁREZ RS, SERRANO SIERRA A, TENA TAMAYO C. |           |
| <b>Recomendaciones para mejora la práctica Odontológica</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>29</b> |
| GONZÁLEZ BARRÓN S, JIMÉNEZ CORONA ME, TRIANA ESTRADA J, UREÑA CIRET JL,<br>GARCÍA HERNÁNDEZ JAVIER, CARRILLO ROCHA JUAN DE DIOS, RIVERA CISNEROS AE,<br>MANUELL LEE GR, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JM, TENA TAMAYO C.                                                                                                                                                        |           |
| <b>El Caso Conamed</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>39</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| <b>Summary</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>3</b>  |
| <b>CONAMED activities</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>4</b>  |
| <b>Recommendations for good practice of medicine in Anesthesiology</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>5</b>  |
| JIMÉNEZ CORONA ME, VICTORIA OCHOA R, RIVERA CISNEROS AE, MANUELL LEE GR,<br>PLANCARTE SÁNCHEZ R, AYALA SANDOVAL S, GARZA HINOJOSA A, GUEVARA LÓPEZ U,<br>JARAMILLO MAGAÑA J, JÁUREGUI FLORES LA, MILLE LOERA JE, MOYAO GARCÍA D,<br>ALVAREZ J, VELÁZQUEZ SUÁREZ R, TENA TAMAYO C.                                                                                  |           |
| <b>Recommendations to prevent Medical Malpractice in Pediatrics</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>15</b> |
| BARRERA ROMERO N, JIMÉNEZ CORONA ME, RODRÍGUEZ SOTO JG, VICTORIA OCHOA R,<br>RIVERA CISNEROS AE, MANUELL LEE G, CORTÉS GALLO G, LOREDO ABDALA A,<br>PEZZOTTI Y RENTERÍA MA, VELIZ PINTO R, ALVAREZ VÁZQUEZ E, VEGA LÓPEZ M,<br>JÁUREGUI PULIDO S, REYNES MANZUR JN, RODRÍGUEZ WEBER MA, GONZÁLEZ LARA CD,<br>RODRÍGUEZ SUÁREZ RS, SERRANO SIERRA A, TENA TAMAYO C. |           |
| <b>Recommendations to improve Odontologic practice</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>29</b> |
| GONZÁLEZ BARRÓN S, JIMÉNEZ CORONA ME, TRIANA ESTRADA J, UREÑA CIRET JL,<br>GARCÍA HERNÁNDEZ JAVIER, CARRILLO ROCHA JUAN DE DIOS, RIVERA CISNEROS AE,<br>MANUELL LEE GR, SÁNCHEZ GONZÁLEZ JM, TENA TAMAYO C.                                                                                                                                                        |           |
| <b>Conamed case</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>39</b> |

# INDICADOR

REVISTA  
**CONAMED**

## **Editor**

Dr. Carlos Tena Tamayo

## **Editores asociados**

Dr. Gabriel Manuell Lee

Lic. Agustín Ramírez Ramírez

Dr. Jorge Manuel Sánchez González

## **Consejo editorial**

Lic. Celina Alvear Sevilla

Lic. Octavio Casa Madrid Mata

Dr. Salvador Casares Queral

Dr. Héctor Martínez Flores

Lic. Jesús Enrique Pantoja Mercado

Dr. Renaldo Guzmán García

## **Comité editorial**

Alejandro Cravioto Quintana,

Sergio García Ramírez, Santiago Genovés

Tarazaga, Federico Ortiz Quesada, Jorge

Ruiz Dueñas, Miguel Stoppen Rometti.

## **Consejo Mexicano de Arbitraje Médico**

Dr. Carlos Tena Tamayo

*Presidente*

Dr. Alfonso Pérez Romo, Aguascalientes

Dra. Virginia Alejandrina Félix Peña, Baja California

Dr. Rogelio Cárdenas Alcaráz, Colima

Dr. Octavio Orantes Ruiz, Chiapas

Dr. Benjamín Gallo Chico, Guanajuato

Dr. Artemio Lagunas Flores, Guerrero

Dr. Alfredo Ramos Ramos, Jalisco

Dr. Tomás I. Azuara Salas, Estado de México

Dr. Jorge Mancebo del Castillo Trejo, Michoacán

Dr. Juan Galván Sánchez, Morelos

Dr. Nicolás Bañuelos Delgado, Nayarit

Dr. René Villarreal Guerra, Nuevo León

Dr. Manuel Tovía Arriola, Puebla

Dr. Pablo Rosales Ugalde, Querétaro

Dr. Héctor Marroquín Segura, San Luis Potosí

Dr. Héctor Zazueta Duarte, Sinaloa

Dr. Audomaro Gurría del Castillo, Tabasco

Dr. Jorge Salinas Treviño, Tamaulipas

Dra. Guadalupe Maldonado Islas, Tlaxcala

Dr. Manuel Campa González, Veracruz

Dr. Edgardo Martínez Menéndez, Yucatán

## **Producción editorial**

Dr. Luis Ernesto Hernández Gamboa

Dr. Alejandro Castellanos Urbaiday

*Equipo técnico:*

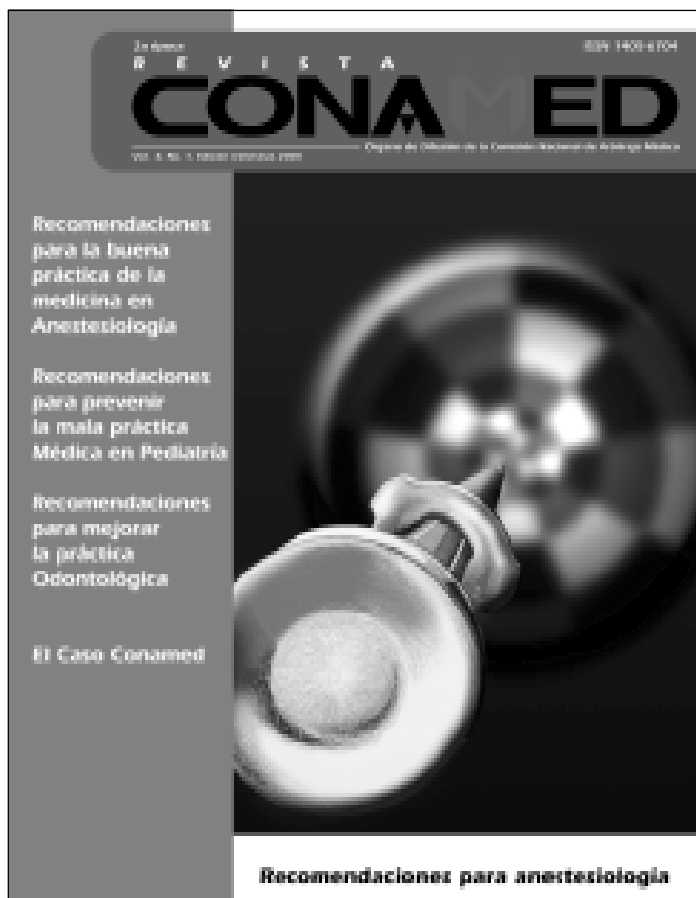
Lic. Margarita E. Luna Ballina

Dra. Esther Mahuina Campos C.

L. E. Rebeca Victoria Ochoa

*Diseño y producción:*

L. D. G. Mónica Sánchez Blanco



## **Atención y asesoría CONAMED**

**5420-7094 y 7134**

**Lada sin costo: 01 800 711 0658**

**Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx)**

Revista CONAMED es el órgano de difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en Mitla 250, Esq. Eugenia, Col. Narvarte, C. P. 03020, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal. Tels: 5420-7055 y 5420-7056. Fax: 5420-7003. Correo electrónico: [revista@conamed.gob.mx](mailto:revista@conamed.gob.mx) Página web: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx) Publicación trimestral, Vol. 8, núm. 1, enero-marzo de 2003. Distribución gratuita. Elaborada por la Dirección General de Promoción y Difusión. Editor responsable: Dr. Carlos Tena Tamayo.

Tiraje: 12,000 ejemplares. Distribución autorizada por SEPOMEX PP-DF-025 1098. Certificado de Licitud de Título número: 9969. Certificado de Licitud de Contenido número: 6970. Distribución a suscriptores: Dirección de Vinculación de la Dirección General de Promoción y Difusión. Reserva de derechos al uso exclusivo del título, número: 04-1998-080319142700-102. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CONAMED. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

*De acuerdo con la nueva estructura de la Revista, presentada a ustedes en la ocasión previa, en este número se incluyen temas que esperamos sean de interés para la comunidad médica.*

*En la sección de Artículos Originales, presentamos las conclusiones del trabajo desarrollado entre especialistas reconocidos nacionalmente en el campo de la anestesiología y los investigadores de la CONAMED, que basados en los principales problemas referidos en las inconformidades presentadas ante esta Comisión, elaboraron un documento que tiene como finalidad prevenir los conflictos más frecuentes en esta área; y que se denomina "Recomendaciones para la buena práctica de la medicina en Anestesiología".*

*En el mismo tenor encontrará los trabajos de investigación y revisión colegiada para la emisión de las recomendaciones para mejorar la práctica de la Pediatría y la Odontología.*

*En los tres trabajos destaca la confluencia de esfuerzos multidisciplinarios e interinstitucionales para propiciar un ejercicio profesional de mayor calidad a la sociedad mexicana, en todos los ámbitos; público, social y privado.*

*Nuestra conocida sección del Caso CONAMED, se refiere en esta ocasión a la confusión diagnóstica de un problema hematológico con el síndrome del niño maltratado, y la grave repercusión de este error. Los invitamos a reflexionar con nosotros.*

*El equipo editorial de la Conamed hace una atenta invitación para que envíen sus colaboraciones y Cartas al Editor. Esto último permite contar con un mecanismo de intercambio de opiniones e ideas, en relación a los temas que hemos desarrollado en esta su Revista, y una invitación a colaborar con algún artículo relacionado con el acto médico, derivado de su propia experiencia.*

# Actividades CONAMED



La Delegación Mexicana encabezada por el Dr. Carlos Tena Tamayo con el Presidente de la Asociación Chilena de Derecho Sanitario, Dr. Osvaldo Romo Pizarro; durante el II Seminario Internacional de Derecho Sanitario, realizado en Santiago de Chile.

## El Modelo Mexicano de Arbitraje en Chile

Durante el II Seminario Internacional de Derecho Sanitario, realizado en Santiago de Chile, se reconoció en sus conclusiones a la CONAMED como la institución líder en materia de Arbitraje Médico para toda Iberoamérica.

Al evento, realizado los días 13, 14 y 15 de junio del 2002, asistieron personalidades con gran trayectoria dentro del Derecho Sanitario a nivel mundial quienes afirmaron que la CONAMED tiene validez para ilustrar sobre el acto médico a las instancias de procuración e impartición de justicia.

La Delegación Mexicana encabezada por el Dr. Carlos Tena Tamayo, titular de la Conamed, presentó en el Seminario la experiencia del caso mexicano en materia de arbitraje y sus soluciones al conflicto médico.

Las personalidades Chilenas informaron a la Delegación Mexicana, que se encuentra en proceso de análisis la creación de una instancia especializada en Arbitraje Médico con carácter nacional, y mostraron interés por visitar las instalaciones de la Comisión en la capital mexicana para estudiar a fondo la estructura y sus atribuciones, a fin de completar el proyecto que tienen en estudio.

La representación de la Conamed entró en contacto con el Dr. José Pinto Da Costa, Director de la Asociación Mundial de Derecho Médico y Vicepresidente de la Academia Internacional de Medicina Legal; el Presidente de la Asociación Chilena de Derecho Sanitario, Dr. Osvaldo Romo Pizarro; el presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Juan Luis Castro; el Dr. Ricardo de Lorenzo y Montero, Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; el Vicepresidente de la Asociación Médica y Auditor de la Clínica Alemana, Dr. Gustavo Rencoret Silva, entre muchos otros.

En el seminario también se concluyó en la

necesidad de crear un frente común de todos los presentes para evitar la Medicina Defensiva y se reconoció la importancia de la resolución de los conflictos médico-paciente por la vía extrajudicial.

## La Conamed y sus Seminarios

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de su área de Enseñanza, promovió en el trimestre abril-junio de 2002 la realización de un seminario y un taller en el Hospital Infantil de México. Así mismo, concluyeron los trabajos del programa educativo que se realizó en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

En mayo se llevó a cabo el seminario sobre Prevención y Atención del Conflicto Derivado del Acto Médico en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, por otro lado, se concluyó el Diplomado Semipresencial y a Distancia que se impartió en la UAEM sobre el mismo tema.

## La Conamed se hizo acreedora al premio Intragob 2002

El Gobierno Federal a través de la Oficina de la Presidencia para la Innovación Gubernamental, ha establecido el Premio Intragob para estimular que las dependencias y entidades del sector público: garanticen la satisfacción de las expectativas y necesidades de los ciudadanos y clientes de los productos y/o servicios que proporcionan; mejoren la productividad y competitividad; apliquen innovaciones tecnológicas y dignifiquen la imagen de los servidores públicos, así como de las dependencias y entidades.

Durante el 2002 la Comisión reforzó su programa de calidad aplicando el Modelo de Innovación y Calidad del Gobierno Federal, y emprendiendo acciones de mejora sobre todo en los criterios de Desarrollo del Personal, Ad-

ministración de la Información y la Tecnología, y en la Gestión de Procesos, con el propósito de mejorar los indicadores de resultados de la Institución.

Como resultado del trabajo realizado, la Comisión fue reconocida el pasado 3 de Marzo, con el Premio Intragob 2002, instituido por el Gobierno Federal.

El Dr. Carlos Tena Tamayo recibió del Presidente de la República la presea otorgada a la Comisión "por su liderazgo participativo mediante una cultura de calidad definida a través de ocho valores que son practicados en el día a día, y por contar con un sistema de mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo directamente relacionado con el sistema de gestión de calidad."

"Este reconocimiento, nos compromete aún más, a esforzarnos cada día para propiciar una "Relación sana entre los profesionales de la salud y sus pacientes" con el consecuente beneficio para nuestra sociedad.

## La Recertificación

En el año 2001 la CONAMED obtuvo la certificación en la Norma ISO 9001:2000 para los servicios de arbitraje médico y dictámenes médicos periciales, abarcando con esto la certificación de todos los procesos clave y de apoyo que se realizan en la institución. Esta certificación se ha mantenido vigente hasta la fecha, a través de las evaluaciones semestrales que realiza la compañía certificadora. Uno de los principales beneficios de la certificación es que nos ha permitido mantener altos niveles de satisfacción de los usuarios de nuestros servicios. Durante el año 2002 se obtuvo un promedio de 96.4% en la satisfacción de los usuarios, tanto promoventes de quejas como prestadores de servicios médicos. Esto indica que el 96% de ellos consideran los servicios de la CONAMED buenos o excelentes.

# Recomendaciones para la buena práctica de la medicina en Anestesiología

## Recommendations for good practice of medicine in Anesthesiology

JIMÉNEZ CORONA ME<sup>1</sup>, VICTORIA OCHOA  
R<sup>1</sup>, RIVERA CISNEROS AE<sup>1</sup>, MANUELL LEE  
GR<sup>1</sup>, PLANCARTE SÁNCHEZ R<sup>2</sup>, AYALA  
SANDOVAL S<sup>3</sup>, GARZA HINOJOSA A<sup>4</sup>,  
GUEVARA LÓPEZ U<sup>5</sup>, JARAMILLO MAGAÑA J<sup>6</sup>,  
JÁUREGUI FLORES LA<sup>7</sup>, MILLE LOERA JE<sup>8</sup>,  
MOYAO GARCÍA D<sup>9</sup>, ALVAREZ J<sup>10</sup>,  
VELÁZQUEZ SUÁREZ R<sup>11</sup>, TENA TAMAYO C<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

<sup>2</sup> Academia Nacional de Medicina y Academia Mexicana de Cirugía.

<sup>3</sup> Colegio Mexicano de Anestesiología.

<sup>4</sup> Jefe del Departamento de Anestesiología del Hospital para la Mujer y el Niño "Conchita", Monterrey, N. L., Presidente de la Federación Mexicana de Anestesiología, A. C.

<sup>5</sup> Presidente del Colegio Mexicano de Anestesiología, A. C.

<sup>6</sup> Jefe del Departamento de Anestesiología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

<sup>7</sup> Médico Adscrito del Departamento de Anestesiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, "Salvador Zubirán".

<sup>8</sup> Jefe del Departamento de Anestesiología e Inhaloterapia, Instituto Nacional de Cancerología.

<sup>9</sup> Jefa del Departamento de Anestesia, Terapia Respiratoria y Medicina del Dolor, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Profesor Titular del Curso Universitario de Anestesiología Pediátrica y Miembro del Comité Académico de Anestesiología UNAM. Vicepresidenta del Colegio Mexicano de Anestesiología A. C.

<sup>10</sup> Jefe del Pabellón de Anestesia Oncológica, Hospital General de México.

<sup>11</sup> Jefe del Departamento de Anestesia y Clínica del Dolor, Hospital Español.

### RESUMEN

En la actualidad, la Anestesiología se reconoce como una disciplina médica y las actividades del anestesiólogo son amplias, ya que se involucra en todos los procesos que ocurren durante el acto anestésico-quirúrgico. La causa más común de daños o complicaciones serias están asociadas con fallas en la ventilación adecuada del paciente. El objetivo del presente trabajo es emitir recomendaciones generales y específicas, dirigidas a los especialistas de Anestesiología, a partir del análisis de las quejas recibidas en la CONAMED. Se analizaron todas las quejas recibidas en la CONAMED para la especialidad de anestesiología de junio de 1996 a mayo de 2001. Se incluyeron variables sociodemográficas, de la institución de salud y motivo de queja entre otras. Se incluyó información de la Valoración Médica Integral, para obtener el tipo de anestesia utilizada. Para el análisis se empleó estadística descriptiva, para este propósito se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.1.

Resultados: se analizaron un total de 97 quejas, 74.2% de las quejas correspondieron al sexo femenino, promedio de edad pacientes 34.3 años, la mayor proporción de las quejas correspondió a instituciones de Seguridad Social (67.0%). La proporción de mala práctica por tipo de institución fue de 75% en las privadas, 57.4% en seguridad social y 52.6% en servicios públicos. Los problemas identificados con mayor frecuencia en las quejas con mala práctica fueron: perforación de duramadre, seguida por la encefalopatía anoxo-isquémica, el tercer lugar para daño cerebral irreversible y lesión de raíces nerviosas. Se identificaron 5 defunciones relacionadas con la anestesia. Los resultados obtenidos en el presente trabajo en cuanto a los problemas en la práctica de la anestesiología son muy semejantes a los reportados en la literatura y una proporción de casos pueden ser prevenibles a través de una mejor capacitación y supervisión de los procedimientos anestésicos que se realizan.

### Summary

At present, the Anesthesiology is recognized as a medical discipline and the activities of the anesthesiologist are wide, since it interferes in all the processes that happen during the anesthetic - surgical act. The most common reason of damages or serious complications they are associated with faults in the suitable ventilation of the patient. The aim of the present work is to generate specific and general recommendations directed to specialists of Anesthesiology, from the analysis of the complaints received in the CONAMED. There were analyzed all the complaints received for the specialty of anesthesiology from June, 1996 to May, 2001. Sociodemographic variables were included, information about institution of health and motive of complaint among others. There was included information of the Medical Integral Valuation, to obtain the type of used anesthesia. For the analysis descriptive statistics was used, for this intention it was used SPSS 10.1.

Results: there was analyzed a whole of 97 complaints, 74.2 % of the complaints corresponded to the female sex, average of age 34.3 years, the major proportion of the complaints were to institutions of Social Security (67.0%). The proportion of malpractice for type of institution was of 75 % in the private roads, 57.4 % in Social Security and 52.6% in the Public Services. Problems identified with major frequency in the complaints with malpractice were in order: dural puncture, encephalopathy ischemic and cerebral irreversible damage and injury of nervous roots. Five deaths related with anesthesia were identified. The results obtained in the present work as for the problems in the practice of anesthesiology are very similar to the reported ones in the literature and a proportion of cases they can be preventibles across a better training and supervision of the procedures that are realized.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Anestesiología se reconoce como una disciplina médica y las actividades del anestesiólogo son amplias, ya que se involucra en todos los procesos que ocurren durante el acto anestésico-quirúrgico. La anestesiología es una rama de la medicina, especializada en: a) La evaluación y manejo médico de pacientes a los que se ha inducido un estado controlado de inconsciencia, analgesia y protección al estrés físico y emocional, durante un procedimiento médico-quirúrgico, obstétrico entre otros, con fines diagnósticos, pronósticos o terapéuticos, a través de la administración por diferentes vías de medicamentos (sustancias farmacológicas)<sup>1,2</sup>; b) La protección de la función de órganos vitales como el cerebro, corazón, pulmones, riñón e hígado en pacientes bajo condiciones de estrés quirúrgico y en otros procedimientos; c) El manejo y alivio del dolor; d) La coadyuvancia en el manejo de la resucitación cardiopulmonar, problemas pulmonares, así como el manejo del paciente críticamente enfermo.

El ámbito del anestesiólogo comprende: a) La evaluación del estado físico en el preanestésico; b) Manejo médico de los pacientes durante los procedimientos anestésicos; c) Evaluación y tratamiento del postanestésico. Fuera del quirófano, las tareas y responsabilidades del anestesiólogo se extienden hacia tres áreas de la atención médica, entre éstas se incluyen el diagnóstico y la terapéutica del bloqueo nervioso; el manejo de líquidos, hemato-transfusión y la supervisión de la terapéutica por inhalación y por reanimación. Es evidente que la práctica de la medicina es una tarea interdisciplinaria y esto es una verdad ostensible en la práctica de la anestesiología.<sup>3</sup>

### Complicaciones en anestesia

Es importante destacar que en los últimos 50 años la mortalidad por anestesia ha disminuido considerablemente, muchos factores han contribuido a la mejoría de los resultados, pero sobre todo la presencia de anestesiólogos bien entrenados. Además, el anestesiólogo progresivamente ha logrado que aumente la seguridad de los pacientes, ya que el uso de capnógrafos y pulsoxímetros han disminuido considerablemente los índices de muerte transoperatoria.<sup>4</sup>

La incidencia de complicaciones serias asociadas con anestesia también ha mostrado un descenso en años recientes. Existen muchas razones para esto, mejores anestésicos, mayor disponibilidad de modernos equipos de monitoreo, mejoras en los estándares de atención pre, intra y postoperatoria, un aumento en el interés en técnicas para identificar y controlar factores de riesgo comunes y un incremento en el número de anestesiólogos calificados.

La causa más común de daños o complicaciones serias están asociadas con fallas en la ventilación adecuada del paciente. Los problemas en la práctica moderna son consecuencia de fallas en el equipo,<sup>3</sup> la frecuencia de fallas del

equipo sin mortalidad varía entre 3 y 5%, reacciones adversas a las drogas, errores humanos, también se relacionan con las condiciones médicas del paciente y a las necesidades urgentes de realizar algún procedimiento. Errores, falta de vigilancia, inexperiencia y problemas de comunicación se han identificado como problemas recurrentes.<sup>5</sup>

En el quirófano, la anestesia y la cirugía son inseparables, la anestesia modifica de modo acentuado la acción negativa del sistema nervioso, pero es un fenómeno reversible. Al modificar la respuesta del sistema nervioso al trauma y la agresión del procedimiento quirúrgico, la anestesia en realidad protege al organismo.

Entre los acontecimientos en que es probable que la muerte se asocie a la anestesia cabe señalar los siguientes: Muerte durante la inducción, aspiración pulmonar, falta de seguridad en la vía respiratoria, hipoxia, sobredosis de un fármaco, errores técnicos o administración inadecuada de líquidos, confusión de medicamentos (por ejemplo: adrenalina por atropina). Es esencial reconocer que los fármacos per se rara vez son la causa de la muerte, su efecto mortal puede depender de la vía de administración o las dosis, o bien una reacción adversa o reacciones anafilácticas.

### Mortalidad por tipo de anestesia

Cuando se compara la morbilidad y mortalidad de acuerdo al tipo de anestesia, epidural, general o ambas, se ha observado que las cirugías realizadas bajo anestesia epidural o combinada (epidural con general), presentan menor morbilidad y mortalidad comparada con la utilización exclusiva de anestesia general.<sup>6</sup> Sin embargo, a pesar de la evidencia de que el uso de anestesia epidural está asociada con algunas mejoras en el resultado postoperatorio, esta conlleva el riesgo de serias complicaciones neurológicas.<sup>7</sup>

### Complicaciones específicas

#### Complicaciones de la anestesia en lactantes y niños

En un estudio prospectivo de morbilidad y mortalidad relacionada con anestesia en niños, en una muestra representativa de anestias realizadas en 440 instituciones elegidas aleatoriamente en Francia; en menores de 15 años, se encontró que el riesgo de complicaciones era más elevado en lactantes (4.3 por 1,000) que en pacientes de 2 a 15 años (0.5 por 1,000).<sup>8</sup>

#### Complicaciones neurológicas por anestesia espinal

Cuando se examinan los reportes de daño neurológico, donde la causa es totalmente relacionada con el bloqueo, emergen dos patrones distintivos en la mayoría de los casos: Primero, aquellos que surgen derivados de la inducción del bloqueo, por ignorancia, falta de destreza manual, falta de atención o debido a un pobre juicio por parte del anestesiólogo, así mismo cabe señalar que en ocasiones la neurotoxicidad puede estar basada además por el efecto

de los medicamentos aplicados en el espacio peridural o subaracnoideo, sin presencia de errores humanos o técnicos. El segundo factor etiológico es la falta de vigilancia post-operatoria por el personal médico y de enfermería, para detectar oportunamente signos y síntomas que señalen una disfunción del cordón espinal.<sup>9</sup>

Auroy y cols<sup>10</sup> evaluaron la incidencia de complicaciones serias relacionadas a anestesia regional. Un total de 103,730 anestesiología regionales, incluyendo 40,640 espinales y 30,413 epidurales fueron revisadas. La incidencia de paro cardíaco y complicaciones neurológicas, fue significativamente más alta en anestesia espinal, comparada con otras técnicas regionales, trauma con la punción y neurotoxicidad de anestésicos locales fueron las causas de la mayoría de lesiones neurológicas. Los errores en el sitio anatómico de aplicación son las causas más frecuente de daños o lesiones con la aguja al cono medular o al cordón, con disestesia unilateral baja de un miembro(s), paresia o paraplejía como secuela más común.<sup>11,12</sup>

### Complicaciones respiratorias

La falta de aseguramiento de las vías respiratorias es una de las causas más comunes de complicación durante y después de la anestesia general. La obstrucción superior ocurre en la mayoría de los pacientes tan pronto como se pierde el estado de conciencia y a menos que sea tratado, esto puede progresar rápidamente y complicarse.<sup>13</sup>

Asegurar la vía aérea en un paciente es una parte fundamental de la práctica clínica del anestesiólogo. Una falla en hacer esto trae como resultado daño cerebral y muerte. En un estudio que evalúa los resultados negativos en anestesia se observó que el error humano contribuyó en la mayoría de los casos.<sup>14</sup>

El riesgo de aspiración pulmonar se incrementa en pacientes con presión intra-abdominal alta, insuficiencia del esfínter esofágico inferior, en pacientes con incompetencia laríngea, pacientes embarazadas (de un alto riesgo) y cirugía de urgencias.<sup>15</sup> La incidencia y severidad de aspiración pulmonar es 4.1 veces mayor en procedimientos de emergencia que en electivos, este riesgo es mayor en pacientes obstétricas.<sup>16</sup>

### Otras complicaciones

El uso frecuente de anestésicos intravenosos, la administración de múltiples fármacos en rápida sucesión y el uso de dosis en bolo, aumenta el riesgo de aparición de una reacción adversa.<sup>17</sup>

### Demandas por mala práctica en anestesiología

En un estudio realizado en Estados Unidos sobre demandas en Anestesiología<sup>18</sup> señalan que de todas las quejas, 34% correspondieron a defunciones, 16% fueron por daño o lesión a nervios, 12% por daño cerebral y otras causas en 38% de los casos.

### OBJETIVO

Emitir recomendaciones generales y específicas, dirigidas a los especialistas de Anestesiología, a partir del análisis de las quejas recibidas en la CONAMED y validarlas a través de reuniones con expertos en Anestesiología para consensarlas.

### METODOLOGÍA

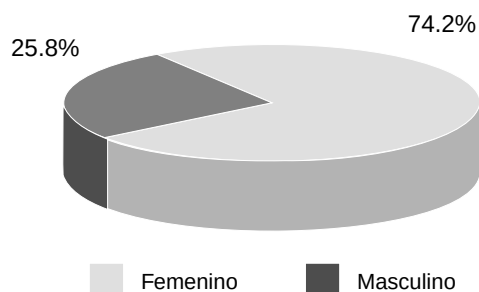
A partir de las quejas recibidas en la CONAMED y registradas en la base de datos del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se obtuvo la información sobre las quejas que involucraron a la especialidad de anestesiología, durante el periodo de junio de 1996 a mayo de 2001. Para el análisis se tomaron en cuenta todas las quejas recibidas durante el periodo señalado. Adicionalmente se analizó la información de la Valoración Médica Integral (VMI), para obtener la información sobre los tratamientos quirúrgicos y el tipo de anestesia utilizada, así mismo se conformó una base de datos a partir del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) con información sobre la edad del paciente, sexo, institución donde recibió la atención médica, entidad federativa, y el motivo de la queja entre otras variables. La información recabada de la VMI fue codificada y capturada en una base de datos elaborada en Excel, para el análisis se empleó estadística descriptiva, para este propósito se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.1. Una vez analizada esta información y con apoyo de información bibliográfica analizada y sintetizada en un documento de trabajo, se elaboraron una serie de recomendaciones generales que fueron validadas internamente en la CONAMED. Posteriormente se nombró un enlace externo (experto en el área de Anestesiología), y en conjunto con la CONAMED se seleccionó un grupo de validación externa (GVE) con especialistas reconocidos en anestesiología de diferentes instituciones de salud, tanto públicas como privadas así como miembros de Colegio Mexicano de Anestesiología.

En la última etapa para la emisión de las Recomendaciones, personal médico de la CONAMED y el GVE llevaron a cabo reuniones de trabajo con el fin de obtener en conjunto las siguientes recomendaciones para la especialidad: 1) Recomendaciones generales, 2) Recomendaciones para el paciente pediátrico y 3) Recomendaciones para el paciente de la tercera edad.

### RESULTADOS

Se analizaron un total de 97 quejas correspondientes a la especialidad de anestesiología, de junio de 1996 a mayo de 2001; 74.2% de las quejas correspondieron al sexo femenino (Gráfica 1), el promedio de edad fue de 34.3 años (D.E. 15.8), por grupos de edad, el grupo que tuvo mayor frecuencia de quejas fue el de 25-44 años con 53.6% de quejas, (Gráfica 2). Por entidad federativa el 44.3% de las quejas correspondieron al Distrito Federal, en segundo lugar al Estado de México con 10.3% y en tercer lugar Jalisco con 5.2%.

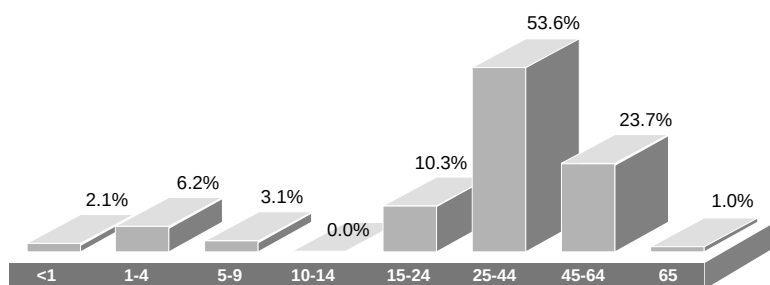
(Gráfica 1)



Distribución de las quejas por sexo

(Gráfica 2)

## Quejas por grupo de edad



Grupo de edad

En relación al tipo de institución que prestó la atención médica, la mayor proporción de las quejas correspondió a instituciones de Seguridad Social con 65 quejas (67.0%), el segundo lugar fue para instituciones públicas con 19 quejas (19.6%) y en tercer lugar a instituciones privadas con 13 quejas (13.4%), Cuadro 1.

Cuadro 1. Quejas por tipo de institución

| Tipo de institución | Frecuencia | %            |
|---------------------|------------|--------------|
| Seguridad social    | 65         | 67.0         |
| Servicios públicos  | 19         | 19.6         |
| Privados            | 13         | 13.4         |
| <b>Total</b>        | <b>97</b>  | <b>100.0</b> |

Las cirugías identificadas en las quejas se clasificaron por aparatos y sistemas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10ª revisión), el primer lugar correspondió a las cirugías de órganos genitales femeninos que se realizaron en 22.7% de los casos, el segundo lugar fue para cirugías del aparato digestivo con 20.6%, en tercer lugar las del sistema musculoesquelético, Cuadro 2.

Cuadro 2. Clasificación de cirugías por aparatos y sistemas

| Cirugías                    | Frecuencia | %            |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Organos genitales femeninos | 22         | 22.7         |
| Aparato digestivo           | 20         | 20.6         |
| Sistema Músculo esquelético | 15         | 15.5         |
| Procedimientos obstétricos  | 12         | 12.4         |
| Nariz, boca y faringe       | 7          | 7.2          |
| Otros                       | 9          | 9.2          |
| No especificado             | 12         | 12.4         |
| <b>Total</b>                | <b>97</b>  | <b>100.0</b> |

El tipo de anestesia utilizada en el procedimiento quirúrgico tuvo la siguiente distribución: bloqueo en 56 casos (57.7%), anestesia general en 22 casos (22.7%) y en tercer lugar el Bloqueo/Anestesia general con 9 casos (9.3%); en 10 pacientes (10.4%) no se obtuvo esta información.

Posteriormente se analizó cada una de las quejas para identificar aquellas en las que existió mala práctica o buena práctica, observando en 54 casos mala práctica, Cuadro 3.

| Cuadro 3. Quejas de acuerdo a buena práctica o mala práctica y por tipo de institución. |               |                |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Institución                                                                             | Mala práctica | Buena práctica | % de Mala práctica |
| Seguridad social                                                                        | 35            | 26             | 57.4               |
| Servicios públicos                                                                      | 10            | 9              | 52.6               |
| Privados                                                                                | 9             | 3              | 75.0               |
| <b>Total</b>                                                                            | <b>54</b>     | <b>38</b>      | <b>57.8</b>        |

\* En cinco casos no se tuvieron elementos suficientes para concluir.

Se analizó de manera conjunta la presencia de buena práctica o mala práctica en relación con el tipo de anestesia utilizada, se observó que el porcentaje de mala práctica en los casos en donde se utilizó bloqueo fue de 59%, en los casos de anestesia general de 50% y en los casos de bloqueo/anestesia general se identificó mala práctica en 44.4% de los casos, Cuadro 4.

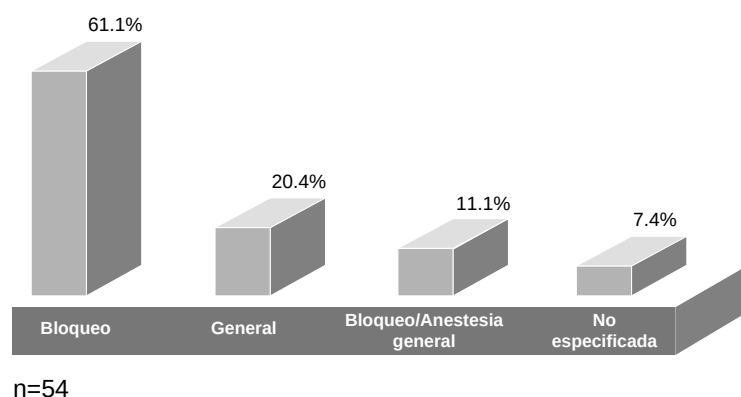
| Cuadro 4. Quejas de acuerdo al tipo de anestesia utilizada y evaluación de la práctica médica. |               |             |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|--------------------|
| Tipo de anestesia                                                                              | Mala práctica | Total       | % de Mala práctica |
| Bloqueo                                                                                        | 33            | 56          | 58.9               |
| Anestesia general                                                                              | 11            | 22          | 50.0               |
| Bloqueo/Anestesia gral.                                                                        | 4             | 9           | 44.4               |
| <b>Total</b>                                                                                   | <b>48*</b>    | <b>87**</b> | <b>55.1</b>        |

\* En 6 casos no se pudo evaluar si existió buena práctica o mala práctica en relación con el tipo de anestesia.

\*\* En 10 casos no se cuenta con el tipo de anestesia utilizada.

En la gráfica 3 se observa la distribución únicamente de los casos que tuvieron mala práctica (n=54) en relación con el tipo de anestesia utilizada: 33 (61.1%) correspondieron a bloqueo, 11 (20.4%) a anestesia general, 4 (7.4%) a bloqueo/anestesia general, y en 6 (11.1%) casos no se especificó el tipo de anestesia.

Tipo de anestesia utilizada en las quejas con mala práctica



Los problemas, identificados con mayor frecuencia en las quejas con mala práctica fueron: perforación de duramadre en 7 casos (13.0%), en segundo lugar la encefalopatía anoxoischémica en 5 casos (9.2%) y también en 5 casos ocurrió defunción del paciente (9.2%), el tercer lugar fue ocupado por daño cerebral irreversible y lesión de raíces nerviosas con 4 casos cada uno (7.4%), Cuadro 5.

Cuadro 5. Problemas identificados en las quejas con mala práctica.

| Problema                     | Frecuencia | %            |
|------------------------------|------------|--------------|
| Perforación de duramadre     | 7          | 13.0         |
| Encefalopatía anoxoischémica | 5          | 9.2          |
| Defunción                    | 5          | 9.2          |
| Daño neurológico             | 4          | 7.4          |
| Lesión de raíces nerviosas   | 4          | 7.4          |
| Otras                        | 29         | 53.8         |
| <b>Total</b>                 | <b>54</b>  | <b>100.0</b> |

Se llevó a cabo una revisión de expedientes relacionados con las quejas de anestesiología y se observó que únicamente en 54.5% de los casos se contaba con la hoja de consentimiento informado, 72.7% con evaluación pre-anestésica, 54.5% con hoja de anestesia y 90.9% contaban con nota postanestésica, cabe destacar que únicamente se verificó que se contara con la información, pero no se evaluó que se tuvieran todos los elementos requeridos en cada uno de estos documentos, Cuadro 6.

Cuadro 6. Evaluación de algunos elementos que integran el expediente clínico

| Elementos                 | Sí   | No   | Total |
|---------------------------|------|------|-------|
| Historia clínica          | 81.8 | 18.2 | 100.0 |
| Consentimiento informado  | 54.5 | 45.5 | 100.0 |
| Evaluación pre-anestésica | 72.7 | 27.3 | 100.0 |
| Hoja de anestesia         | 54.5 | 45.5 | 100.0 |
| Nota post-anestésica      | 90.9 | 9.1  | 100.0 |

La modalidad de conclusión en las 97 quejas fue la siguiente: 54 quejas fueron conciliadas, 27 no conciliadas, 8 desistieron, 1 concluyó a través de un laudo, 5 con otra modalidad y en dos casos el resultado no estaba definido al momento de realizar este análisis, Cuadro 7.

Cuadro 7. Modalidad de conclusión de las quejas

| Modalidad de conclusión | Tipo de Institución |           |           | Total     |
|-------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|
|                         | Seguridad Social    | Públicas  | Privadas  |           |
| Conciliada              | 35                  | 15        | 4         | 54        |
| No conciliada           | 20                  | 2         | 5         | 27        |
| Desistimiento           | 4                   | 2         | 2         | 8         |
| Laudo                   | 0                   | 0         | 1         | 1         |
| Otra modalidad          | 4                   | 0         | 1         | 5         |
| No especificada         | 2                   | 0         | 0         | 2         |
| <b>Total</b>            | <b>65</b>           | <b>19</b> | <b>13</b> | <b>97</b> |

## DISCUSIÓN

De acuerdo a la información derivada de las quejas de la CONAMED relacionadas con la especialidad de anestesiología, destaca el hecho de que 3 de cada 4 quejas ocurrieron en mujeres, la edad promedio de los pacientes fue de 35 años, etapa de la vida que corresponde a la edad productiva por lo que el impacto que puede tener un problema o complicación por anestesia es aún de mayor trascendencia, tanto para el paciente como para su familia; por grupos de edad el más afectado fue el de 25-44 años con 53.6% de las quejas. En cuanto a la entidad federativa de donde provienen la mayor parte de las quejas el D.F. y el Estado de México, que en conjunto tuvieron el 54.6% de las quejas, siendo esto comprensible debido a que la mayor proporción de servicios de salud se concentran en esa región del país.

La distribución de las quejas de acuerdo al tipo de institución que prestó la atención médica fue la siguiente: en primer lugar las instituciones de Seguridad Social (67.0%), el 2º para las instituciones públicas (19.6%) y en 3er lugar las instituciones privadas (13.4%). Es importante destacar que en forma global se identificó mala práctica en 57.8% de las quejas; por tipo de institución se identificó mala práctica en 57.4% de las quejas en instituciones de seguridad social, 52.6% en los servicios públicos y 75% en los privados.

En cuanto al tipo de anestesia utilizada, el primer lugar fue para el bloqueo con 56 casos, el 2º lugar para anestesia general con 22 casos y el tercero para el bloqueo/anestesia general con 9 casos; en 10 pacientes no se obtuvo esta información. La anestesia espinal y epidural continúan siendo el principal sustento de la anestesia regional. Datos de Auroy<sup>10</sup> y cols. señalan que estas dos técnicas engloban a cerca del 70% de todos los bloqueos regionales realizados. Afortunadamente, daños serios y permanentes directamente asociados con el bloqueo neural central son raros. El riesgo de toxicidad sistémica no existe con la anestesia espinal y 0.01% con anestesia epidural. Al analizar la presencia de mala práctica en función del tipo de anestesia utilizada, se identificó mala práctica en 58.9% de los bloqueos, en 50.0 % de los casos en donde se utilizó anestesia general y en 44.4% de los casos con bloqueo/anestesia general.

En la CONAMED, los problemas identificados con mayor frecuencia en las quejas con mala práctica fueron: perforación de duramadre en 13.0%, en segundo lugar encefalopatía anoxoischémica en 9.2%, en 9.2% ocurrió la defunción del paciente, el 3er lugar fue para daño cerebral irreversible y lesión de raíces nerviosas con 7.4% cada uno. Una de las complicaciones más frecuentes por anestesia espinal y epidural, es dolor de cabeza secundario a la perforación de la duramadre. Algunos avances en el diseño y calibre de las agujas han reducido dramáticamente la incidencia de cefalea posterior a punción de la duramadre a menos del 3%<sup>19</sup>, aún en pacientes obstétricas, sin embargo la incidencia de dolor de cabeza posterior a la perforación de duramadre también ha sido reportado tan alto como 37%, incrementándose hasta 70% si la aguja de Tuohy perfora accidentalmente la duramadre.<sup>20</sup>

Otro de los problemas asociados a la aplicación de anestesia espinal o epidural son las complicaciones neurológicas permanentes, que afortunadamente son poco frecuentes. Sin embargo, cuando ocurren generan más publicidad y comentarios adversos que un caso mortal. Adicionalmente es más probable que en un juicio se encuentre culpa en aquellos casos en donde ocurre daño neural grave, aún cuando los estándares de atención se cumplan. Cheney<sup>21</sup> y cols. analizaron 4,183 quejas por anestesia y encontraron que 16% de éstas estaban relacionadas con daño a nervios, los sitios más frecuentes de lesión fueron el nervio ulnar (cubital) con 28%, plexo braquial (20%), raíces lumbosacras (16%) y cordón espinal (13%). Ochenta y cinco por ciento de las lesiones al nervio ulnar, es más probable que ocurrieran en asociación con anestesia general, mientras las lesiones del cordón espinal (58%) y de raíz del nervio lumbosacro (92%) es más probable que ocurran con técnicas regionales. Las lesiones al cordón espinal fueron la principal causa de demanda por lesión a nervios que ocurrieron en los 90's. Bromage y Benumof<sup>12</sup> reportaron un caso de paraplejía permanente durante un intento anestesia epidural.

La modalidad de conclusión en las 97 quejas fue la siguiente: 54 fueron conciliadas, 27 no conciliadas, 8 desistieron, 1 concluyó a través de un laudo, 5 con otra modalidad y en dos casos el resultado no estaba definido al momento de realizar este análisis.

Ahora usted puede consultar *in extenso* los artículos de la

R E V I S T A  
**CONAMED**

en: [www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx)



### RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA BUENA PRÁCTICA DE LA MEDICINA EN ANESTESIOLOGÍA

1. Contar con el consentimiento válidamente informado, que especifique las características, los riesgos y beneficios del procedimiento anestésico.
2. Efectuar una valoración integral del paciente en el preanestésico (Valoración preanestésica) que incluya:
  - Revisión cuidadosa del expediente clínico.
  - Exploración clínica del paciente.
  - Valoración del riesgo anestésico, quirúrgico o ambos, así como enfermedad de base.
  - Indicar el periodo de ayuno de acuerdo a la edad del paciente, estado físico, tipo de cirugía (electiva o de urgencia).
  - Otras co-morbididades tales como diabetes, obesidad, hipertensión, entre otras.
3. Se elegirá cuidadosamente el método anestésico adecuado para cada paciente de acuerdo al estado clínico, co-morbididades y tipo de procedimiento quirúrgico, de acuerdo al punto 2 de esta recomendación.
4. Antes de iniciar el procedimiento anestésico, establecer un plan de acceso para la administración de líquidos.
5. Preparación, identificación y optimización del equipo que van a ser empleados para el procedimiento anestésico, de acuerdo a un método validado o reconocido de anestesiología.
6. Contar con un procedimiento que permita la correcta identificación de los fármacos a utilizar.
7. Evitar los retrasos en la preparación del paciente para la ejecución del procedimiento, con la finalidad de reducir el tiempo anestésico.
8. Cuando se ha determinado un riesgo anestésico-quirúrgico elevado se recomienda una vigilancia y manejo acorde con los riesgos preestablecidos.
9. En pacientes con alteraciones anatómicas o fisiológicas que dificulten el manejo convencional (vía aérea difícil, anomalías del raquis, etc.) se deberá contar con el equipo necesario y el personal capacitado.
10. El personal médico que vigila al paciente durante el periodo postoperatorio, debe estar capacitado para prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones que puedan presentarse. En el caso de los procedimientos espinales se requiere la detección de signos y síntomas que señalen compromiso del cordón espinal, con el fin de iniciar tratamiento correctivo dentro de un periodo menor de 6 a 12 horas para salvar de manera efectiva el cordón espinal.
11. Es necesario contar con el equipo necesario para el control efectivo de la vía aérea, durante todo el procedimiento anestésico.
12. Al llegar al área de recuperación revalorar al paciente y presentarlo por parte del anestesiólogo que lo acompañó en el traslado, al personal que cuidara de él, repor-

tando las condiciones y el curso anestésico, así como las indicaciones pertinentes.

13. En la unidad de cuidados posanestésicos, evaluar las condiciones del paciente y en su caso dar tratamiento, con particular atención a la ventilación, oxigenación, circulación, estado mental, temperatura, estado de hidratación, así como dolor, náusea y vómito.
14. Documentar debidamente los eventos anestésicos en el expediente clínico: nota de valoración preanestésica, hoja de registro anestésico, y nota postanestésica con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en el manejo anestésico del paciente.
15. El médico anestesiólogo pasará visita postanestésica las veces que sea necesario.
16. En procedimientos realizados fuera del quirófano, se recomienda contar con el equipo necesario para la vigilancia y administración de fármacos y anestésicos por el anestesiólogo.
17. Se sugiere la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional.

### RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS EN NIÑOS

1. Realizar una valoración preoperatoria completa, buscando intencionalmente antecedentes perinatales, problemas respiratorios y alteraciones congénitas.
2. Dar indicaciones claras y precisas sobre el tiempo de ayuno preoperatorio; asimismo preguntar antes de la cirugía la hora de la última ingesta de sólidos y líquidos.
3. Proporcionar al paciente pediátrico durante el transanestésico una monitorización constante de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la temperatura y la saturación de oxígeno.
4. Valorar la administración de oxígeno durante el traslado; asegurar la instalación del paciente en el área de recuperación durante el posoperatorio inmediato con vigilancia de la ventilación, oxigenación y circulación.
5. En niños menores de 1 año de edad garantizar la vigilancia perioperatoria (pre, trans y postoperatoria) por personal experimentado, utilizando una monitorización estrecha, tomando en consideración la mayor morbimortalidad reportada en este grupo de edad.
6. En pacientes con antecedentes de prematurez, menores de 6 meses que requieran de un procedimiento anestésico-quirúrgico, se recomienda vigilancia estrecha las siguientes 24 hrs. con especial atención en vía aérea permeable y ventilación.
7. En pacientes con enfermedades leves de vías respiratorias superiores, programados para cirugía electiva, valorar la relación riesgo-beneficio de la realización del procedimiento anestésico quirúrgico.

8. Los pacientes pediátricos en etapa neonatal (0-28 días) deberán ser atendidos por personal capacitado; en caso de no contar con los elementos indispensables, se referirá a una unidad hospitalaria que los tenga.
9. Considerar que la sedación en niños requiere de atención similar a la que se otorga para un procedimiento anestésico.

*Nota: Estas recomendaciones son adicionales a la observancia de la Norma Mexicana para la Práctica de la Anestesiología.*

#### RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD

1. Para el manejo anestésico del paciente senil se deberán observar todas las medidas mencionadas para el paciente convencional, además de que la edad por sí sola no se considera como contraindicación para procedimientos anestésico-quirúrgicos.
2. El procedimiento anestésico (general o regional) se seleccionará dependiendo del estado físico y las características del paciente.
3. Dado que los pacientes seniles o de la tercera edad presentan cambios anatomofisiológicos, y patologías propias de este grupo de edad, son factores que pudieran tener influencia en la evolución del paciente, por lo que se recomienda contar con un monitoreo más estrecho.
4. La evaluación preanestésica debe ser integral y de manera intencionada investigar posible enfermedad cardiopulmonar y estado cognitivo, valorar capacidad funcional, estado nutricional así como los tratamientos previos y actuales que pueden interactuar con los fármacos anestésicos e investigar procedimientos quirúrgicos recientes y sus resultados.
5. Los exámenes de laboratorio y gabinete indicados, son de acuerdo a las condiciones comorbidas y cirugía contemplada.
6. Se recomienda disminuir los requerimientos de fármacos endovenosos, inhalados y anestésicos locales.
7. En anestesia regional, considerar siempre las siguientes situaciones:
  - a) La anestesia espinal produce un bloqueo simpático más profundo.
  - b) En la hipotensión resultante, la administración de líquidos puede no ser suficiente y se debe considerar el uso de vasopresores más tempranamente que en adulto joven.
  - c) En pacientes con función miocárdica comprometida, tener cuidado con la prehidratación para evitar una sobrecarga circulatoria aguda que puede precipitar insuficiencia cardíaca y edema pulmonar una vez que la vasodilatación por el efecto del bloqueo ha desaparecido.
  - d) La hidratación previa al bloqueo muchas veces no evita la aparición de hipotensión.
  - e) Las dosis de anestésicos locales, son menores que en el adulto joven.
8. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ventilación y oxigenación al finalizar el procedimiento anestésico por el tiempo que sea necesario.
9. El delirium es una de las alteraciones comunes en el anciano y puede agudizarse en el periodo perioperatorio. Deberá informarse al familiar responsable de éste por su duración; por lo que se buscará disminuir su incidencia evitando la administración de anestésicos y adyuvantes que lo precipiten, así como la hipotensión, hipoxemia, hipercarbia y alteraciones electrolíticas.
10. Debido a lo anterior, para la administración de Anestesia General en cualquiera de sus variedades para este tipo de pacientes se recomienda disminuir las dosis de los agentes anestésicos (inductores, relajantes neuromusculares, benzodiacepinas, opiáceos, halogenados).
11. En el caso de la Anestesia Regional (nervios periféricos y neuroaxial) debemos considerar los cambios anatómicos que pueden presentarse, además de tomar en cuenta que se disminuirán las dosis de los anestésicos locales.
12. Considerar en este grupo de pacientes situaciones especiales como: labilidad para el bloqueo simpático y la consecuente hipotensión; por lo que la administración de vasopresores están indicados; la sobrecarga de líquidos puede precipitar insuficiencia cardíaca y edema agudo de pulmón; la disminución de la presión parcial de oxígeno en pacientes con antecedentes de isquemia miocárdica desencadenaría un infarto; etc.

*Si desea colaborar con la Revista CONAMED enviando un artículo,  
consulte las instrucciones para los autores al 5420-7032  
con el Dr. Luis Hernández Gamboa.*



## BIBLIOGRAFÍA

1. Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998. Para la práctica de Anestesiología. Diario Oficial. Lunes 10 de enero del 2000;35-47.
2. American Society of Anesthesiology (ASA). What is anesthesiology? [http://www.asaq.org/what\\_is\\_anesth.html](http://www.asaq.org/what_is_anesth.html).
3. Vincent J. Collins. Anestesiología. Anestesia General y Regional. Tercera Edición, Volúmen I y II, Editorial McGraw-Hill.
4. Abenstein J.P Warner M.A. Anesthesia Providers. Patient Outocome and Cost. 1996;82:1273-1283.
5. Sigurson GH, McAteer E. Morbidity and mortality associated with anaesthesia. Acta Anaesthesiol Scan. 1997;41(7):949.
6. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth. 1997;78:606-617.
7. Buggy DJ, Smith GS. Epidural anaesthesia and analgesia: better outcome after major surgery? BMJ. 1999;319:530-531.
8. Tíret L, Nivoche Y, Hatton F, Desmouts JM, Vourc'h G. Complications related to anaesthesia in infants and children. A prospective survey of 40,240 anaesthetics. Br J Anaesth. 1988;61(3):263-269.
9. Bromage PR. Neurological complications os subarachnoid and epidural anaesthesia. Acta Anaesthesiol Scand. 1997;41(4):439-444.
10. Auroy Y, Narchi P; Messiah A, et al. Serious complications related to regional anesthesia. Anesthesiology. 1997;87:479-486.
11. Hogan QH. Tuffier's line: the normal distribution of anatomic parameters. Anaesth Analg. 1994;78:94-195.
12. Bromage PR, Benumof JL. Paraplejia following intracord injection during attempted epidural anesthesia under general anesthesia. Reg Anesth Pain Med.1998;23(1):104-107.
13. Burwell DR, Jones JG. The airways and anaesthesia-I: Anatomy, physiology and fluid mechanics. Anaesthesia.1996;51(9):849-857.
14. Rosentock C, Moller J, Hauberg A. Complaints related to respiratory events in anaesthesia and intensive care medicine from 1994-1998 in Denmark. Acta Anaesthesiol Scans. 2001;45:53-58.
15. Engelhardt T, Webster NR. Pulmonary aspiration of gastric contents in anaesthesia. Br J Anaesth.1999;83:453-460.
16. Mellin-Olsen J, Fasting S, Gisvold SE. Routine preoperative gastric emptying is seldom indicated. A study of 85,594 anaesthetics with special focus on aspiration pneumonia. Acta Anaesthesiol Scand.1996;40(10):1184-1188.
17. Sánchez-Palacios A, Ortíz-Ponce M, Rodríguez-Pérez A, Alamo-Martín S, Pintor-Amat E. Reacciones alérgicas y pseudoalérgicas en anestesia. Act Anest Reanim. 2000.10(4):171-193.
18. Domino KB: Closed Malpractice claims for awareness during anesthesia. ASA Newsletter.19996;60(6):14-17.
19. Terese T Horlocker, MD: Complications of spinal and epidural anesthesia. Anesth Clin North Am 2000;18(2): 461-485
20. Faccenda KA,Finucane BT. Complications of regional Anaesthesia: Incidence and Prevention. Drug Safety.2001;24(6):413-442.
21. Cheney FW, Domino KB, Caplan RA, et al. Nerve Injury associated with anesthesia. A closed claims analysis. Anesthesiology.1999;90:1062-1069.

# Recomendaciones para prevenir la mala práctica Médica en Pediatría

## Recommendations to prevent Medical Malpractice in Pediatrics

**BARRERA ROMERO N<sup>1</sup>, JIMÉNEZ CORONA ME<sup>1</sup>, RODRÍGUEZ SOTO JG<sup>1</sup>, VICTORIA OCHOA R.<sup>1</sup>, RIVERA CISNEROS AE<sup>1</sup>, MANUELL LEE G<sup>1</sup>, CORTÉS GALLO G<sup>2</sup>, LOREDO ABDALA A<sup>3</sup>, PEZZOTTI Y RENTERÍA MA<sup>3</sup>, VELIZ PINTO R<sup>4</sup>, ALVAREZ VÁZQUEZ E<sup>4</sup>, VEGA LÓPEZ M<sup>5</sup>, JÁUREGUI PULIDO S<sup>5</sup>, REYNES MANZUR JN<sup>6</sup>, RODRÍGUEZ WEBER MA<sup>7</sup>, GONZÁLEZ LARA CD<sup>8</sup>, RODRÍGUEZ SUÁREZ RS<sup>9</sup>, SERRANO SIERRA A<sup>9</sup>, TENA TAMAYO C<sup>1</sup>.**

### RESUMEN

La Pediatría es preponderante en países que tienen una considerable población infantil, problemas sanitarios, higiénicos, nutricionales y educativos. Predominio de las patologías de la pobreza y elevada prevalencia de las denominadas patologías de la industrialización y de mortalidad infantil.

El objetivo del estudio fue emitir Recomendaciones con base al análisis de las quejas pediátricas interpuestas en la CONAMED de 1997-2001. La información se obtuvo del Sistema de Atención de Quejas Médicas y de la Valoración Médica Integral. Los datos fueron procesados a través de una base de datos electrónica y analizados con un paquete estadístico.

Se recibieron 200 quejas, presentaron una mayor frecuencia en menores de un año del sexo masculino. Predominaron las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. La seguridad social presentó el 57% de quejas. El Distrito Federal y Estado de México, sumaron el 71%. Los motivos fueron por inconformidades con el tratamiento médico, 50%. En 50.5% se dictaminó mala práctica médica. El 23.5% resultaron en fallecimientos. En 51% se llegó a un convenio de conciliación.

Los resultados observados, se relacionaron con la práctica regular de la pediatría y la morbilidad-mortalidad nacional. Para la Emisión de las Recomendaciones se consideró a los casos que presentaron mala práctica médica. De la discusión y acuerdo con el Grupo de Validación Externa se emitieron nueve Recomendaciones generales en Pediatría, enfocadas principalmente en prevenir los problemas con los que se enfrenta más comúnmente la especialidad.

**Palabras Clave:** Pediatría, Recomendaciones en Pediatría.

### SUMMARY

The pediatric outweigh within countries with high infant population, problems of sanitation, hygiene, nutrition and education are due to the predominance of poverty's pathology as well as a rate increases in the industrialize illnesses and high infant mortality rates.

The study's objective was the emission of Recommendations on the analysis base of the pediatric complains interposed in the Commission from 1997 to 2001. The Database was done from the SAQMED and VMI. The data was computationally processed and analyzed by a statistic package.

During the period a total of 200 complains. A high percentage was in children minor of one year of age, mainly male, 61.5%. The predominantly causes were due to infection diarrhea and gastroenteritis. The Social security with 57%. Mainly in the Metropolitan area, 71%. The 50% was due to disagreement with the medical treatment. In 50% was medical malpractice. 23% ended in death. Finally in 51% conciliation agreement was determined.

The results in general are related with the Pediatric regular practice and the national morbidity and mortality. Nevertheless, from the medical malpractice cases analysis, discussion and agreement with the External Validation Group were emitted nine Pediatric Recommendations mainly to the problems which more commonly the specialty faces.

**Key Words:** Pediatric, Pediatric Recommendations.

- <sup>1</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- <sup>2</sup> Presidente del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría.
- <sup>3</sup> Academia Mexicana de Pediatría.
- <sup>4</sup> Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría.
- <sup>5</sup> Confederación Nacional de Pediatría.
- <sup>6</sup> Asociación Mexicana de Pediatría A.C.
- <sup>7</sup> Instituto Nacional de Pediatría.
- <sup>8</sup> Hospital de Pediatría. CMN Siglo XXI. IMSS
- <sup>9</sup> Hospital Infantil "Federico Gómez".

## INTRODUCCIÓN

La población infantil constituye una gran proporción de la población mundial. Una de cada tres personas es menor de 15 años. Esta proporción es mayor en países menos desarrollados. En la distribución por edades, corresponde el mayor número en menores de cuatro años, seguido de preescolares y finalmente el grupo de 10 a 14 años de edad.<sup>1</sup>

**Situación Sociodemográfica:** La situación sociodemográfica en los países que tienen mayor población infantil y grandes problemas sanitarios, higiénicos, nutricionales y educativos explica la importancia que adquiere la Pediatría. Los factores referidos se relacionan con que los niños se enfermen con mayor frecuencia y predominen las *patologías de la pobreza* (prematurez, desnutrición, infecciones, y parasitosis, entre otras), y paralelamente se incrementen las *patologías de la industrialización* (enfermedades debidas a la contaminación, accidentes, drogadicción y suicidios, entre otras).<sup>2,3</sup>

En la República Mexicana, aún cuando la salud del niño continúa mejorando, ésta no es homogénea en todo el país. México es uno de los países con más alta natalidad, existe un crecimiento natural de la población en los últimos 10 años. La distribución por grupos de edad para 2002 representó el 44% en menores de 20 años (de 0-4 el 11%, en el de 5-9 el 12%, y de 10-14, con el 11% y el grupo de 15-19 con el 12%) e incremento de la esperanza de vida al nacer a 75 años para 1999.<sup>4,5,6</sup>

Actualmente, la Pediatría es una de las ramas de la medicina más evolucionadas, con un gran avance tecnológico, sociológico y biológico<sup>5</sup> sigue presentando como uno de sus retos la alta mortalidad infantil, la cual es considerada como uno de los índices de desarrollo humano, para evaluar a un país.

Los padecimientos que con mayor frecuencia afectan a los niños son la desnutrición, y las enfermedades de origen infeccioso<sup>7</sup> que representan un alto porcentaje de la morbilidad infantil, así como el retraso en la atención médica de las urgencias pediátricas.

El número de defunciones en 1995 fue mayor en hombres para los diferentes grupos pediátricos, por lo que el índice de sobremortalidad nacional masculina fue de 129.2 y en todos los estados este indicador superó los 100.

Las principales causas de muerte en la población infantil siguen siendo las afecciones del periodo perinatal<sup>8</sup> e incremento de la mortalidad debida a malformaciones congénitas.

Los errores potenciales en la especialidad de Pediatría, pueden presentarse en la práctica regular por enfermedades infecciosas y problemas nutricionales; en la administración de tratamientos de urgencias pediátricas, en el uso de la tecnología, con daños iatrogénicos frecuentes y serias secuelas ampliamente prevenibles. Debido a esto existe una amplia gama de estudios que recomiendan a las instituciones de salud, al servicio de farmacia pediátrica, así como a

las Unidades de Neonatología, un control y un monitoreo de sus actividades de rutina en los hospitales, e incluso guías anticipatorias (Recomendaciones preventivas) en la práctica de la pediatría, enfocados principalmente a los problemas con los que se enfrenta más comúnmente la especialidad, y el uso de recetas computarizadas con implementación de otras herramientas que apoyen la decisión terapéutica médica, todas ellas con el fin de mejorar la calidad de la atención, mayormente en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.<sup>9,10,11,12</sup>

El objetivo del estudio fue emitir Recomendaciones en la especialidad de Pediatría con base al análisis de las quejas interpuestas en la CONAMED de 1997-2001, para mejorar la práctica de la pediatría y prevenir posibles conflictos.

La situación sociodemográfica, la morbilidad-mortalidad infantil y el tipo de complicaciones que generan, justifican el interés en esta área de la medicina.

## METODOLOGÍA

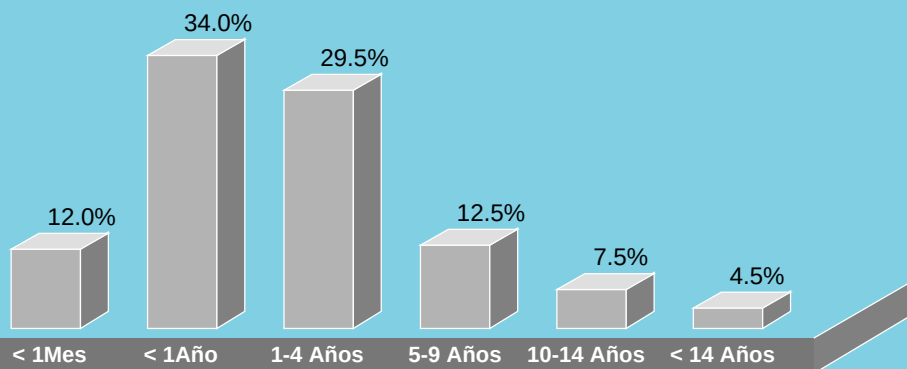
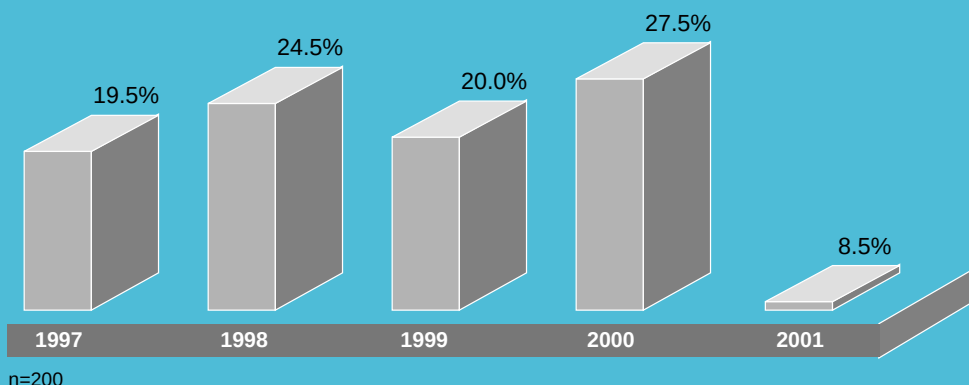
En el presente estudio se incluyeron todas las quejas de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED del periodo de enero de 1997 a diciembre de 2001. La información fue obtenida a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), que registra las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud.<sup>13</sup> Se conformó una base de datos con las siguientes variables: la edad y el sexo del paciente, la entidad federativa de procedencia de la queja, la institución de salud involucrada, el motivo y submotivo de la queja. Adicionalmente se solicitó la información de la Valoración Médica Integral (VMI) con la finalidad de identificar los diagnósticos involucrados y los procedimientos quirúrgicos realizados, mismos que fueron codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10).<sup>14</sup> Por medio del análisis de la VMI se obtuvo la información relacionada con el estatus del paciente. Finalmente se recodificaron las variables correspondientes, y se realizó un análisis univariado, posteriormente se estratificó por grupos de edad. Para el referido análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.1. Una vez elaborado el documento con las recomendaciones derivadas con base en el análisis de las quejas, éste fue validado internamente en la CONAMED. En una segunda fase, se seleccionó un Grupo de Validación Externa (GVE), integrado por expertos en pediatría: pertenecientes a la Academia Nacional de Pediatría; del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría; de la Confederación Nacional de Pediatría; de la Asociación Mexicana de Pediatría A.C; del Instituto Nacional de Pediatría; del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI y del Hospital Infantil de México «Federico Gómez». Se realizaron diversas reuniones de trabajo conjuntas (CONAMED-GVE) con la finalidad de analizar y consensar las recomendaciones. Como resultado de estas reuniones se emitieron nueve Recomendaciones Generales en Pediatría.

## RESULTADOS

De las 200 quejas pediátricas presentadas ante la CONAMED durante 1997-2001 el mayor número se presentó en el año 2000 con el 27.5% y el menor en el último año analizado, con el 8.5% (Gráfica 1). Las quejas ocurrieron principalmente en los menores de un año, exceptuando al grupo de menores de un mes, con el 34% seguidas del grupo de 1-4 años con 29.5%.(Gráfica 2). Predominó el sexo masculino con el 61.5%, en comparación con el femenino, con el 38.5% (Gráfica 3). Las patologías más frecuentemente reportadas en las inconformidades (codificadas en base a la CIE-10) fueron las diarreas y las gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6.0%), seguidas de otras afecciones originadas en el periodo perinatal (5.5%), así como neumonías y otros trastornos respiratorios que representaron el 4.5% cada una (Tabla 1). En el rubro otras, y debido al alto número concentrado en el mismo (38.5%), se realizó un análisis más detallado y se

Gráfica 1.

Quejas pediátricas presentadas en la CONAMED por año



Gráfica 2.

Quejas pediátricas por grupos de edad

Gráfica 3.  
Quejas pediátricas por sexo

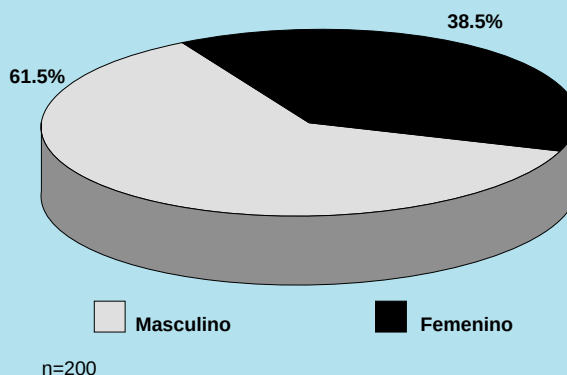


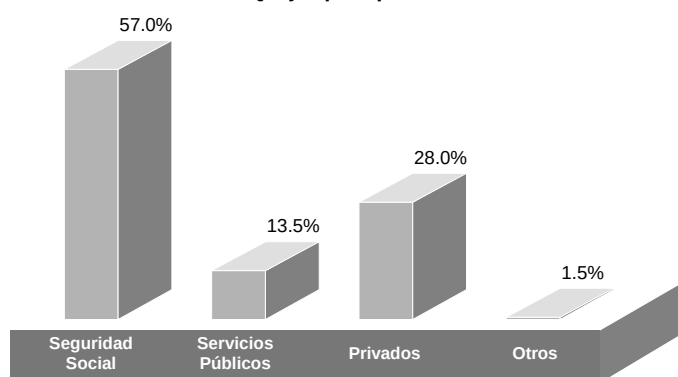
**Tabla 1. Principales causas de morbilidad identificadas en las quejas de Pediatría, CONAMED 1997-2001**

| Número | CIE-10* | Diagnóstico                                                                                     | Frecuencia | %     |
|--------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
| 1      | 005     | Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso                                                  | 12         | 6.0   |
| 2      | 253     | Otras afecciones del período perinatal                                                          | 11         | 5.5   |
| 3      | 270     | Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 10         | 5.0   |
| 4      | 169     | Neumonía                                                                                        | 9          | 4.5   |
| 5      | 249     | Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal                               | 9          | 4.5   |
| 6      | 248     | Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento                                                   | 8          | 4.0   |
| 7      | 170     | Bronquitis y bronquiolitis agudas                                                               | 6          | 3.0   |
| 8      | 246     | Desnutrición fetal y trastornos relacionados con la gestación y bajo peso al nacer              | 6          | 3.0   |
| 9      | 111     | Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos                                        | 5          | 2.5   |
| 10     | 129     | Otras enfermedades del sistema nervioso                                                         | 5          | 2.5   |
| 11     | 186     | Enfermedades del apéndice                                                                       | 5          | 2.5   |
| 12     | 217     | Otras enfermedades del sistema urinario                                                         | 5          | 2.5   |
| 13     | 250     | Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas                                              | 5          | 2.5   |
| 14     | 259     | Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo                                           | 5          | 2.5   |
| 15     | 034     | Varicela y herpes zoster                                                                        | 4          | 2.0   |
| 16     | 179     | Otras enfermedades del sistema respiratorio                                                     | 4          | 2.0   |
| 17     | 190     | Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia                                             | 4          | 2.0   |
| 18     | 256     | Malformaciones congénitas del sistema circulatorio                                              | 4          | 2.0   |
| 19     | 185     | Otras enfermedades del esófago, estómago y duodeno                                              | 3          | 1.5   |
| 20     | 255     | Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso                                            | 3          | 1.5   |
|        |         | Otros                                                                                           | 77         | 38.5  |
|        |         | Total                                                                                           | 200        | 100.0 |

\*Lista codificada en base a la CIE-10ª Rev.

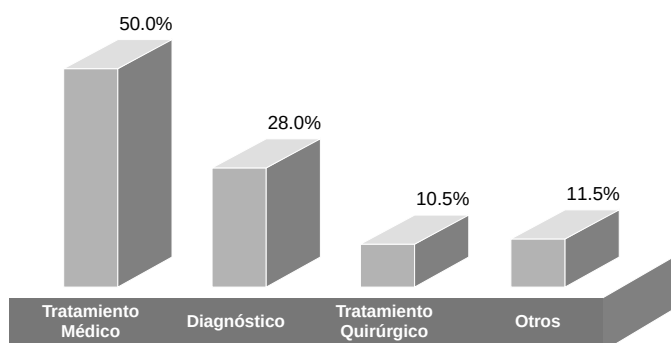
reagruparon las causas que en orden de frecuencia correspondieron al grupo de infecciones en general, gastroenteritis, tumores malignos de diferentes regiones, malformaciones congénitas, afecciones respiratorias, traumatismos de causa externa y envenenamientos principalmente. Las instituciones involucradas en las quejas con mayor frecuencia fueron las de seguridad social con 57%, seguida de los servicios privados con 28% (Gráfica 4). El Distrito Federal (53.5%) y el Estado de México (17.5%) contribuyeron en conjunto con el 71%, el 29% restante se distribuyó en 19 Estados de la República. En la gráfica 5, se muestra que en los motivos de las quejas pediátricas 50% se relacionó con inconformidades con el tratamiento médico, seguido del diagnóstico con el 28%. En el rubro otros (11.5%) involucra diversas causas que generaron la inconformidad como abuso, negación del servicio, problemas en la relación médico-paciente, desinformación y accidentes. En la tabla 2 se presenta un concentrado de los motivos y submotivos de las quejas pediátricas recibidas. Llama la atención el alto número de casos relacionados con un tratamiento médico inadecuado (41%) e insatisfactorio (27%). Más de la mitad de las quejas (60.7%) se relacionaron a un diagnóstico erróneo, e inoportuno en 31.1%. Dentro del motivo de queja por tratamiento quirúrgico, el primer lugar lo ocupó el diferimiento injustificado con 33.3%, las complicaciones postquirúrgicas y secuelas con 19%. Finalmente, en otros motivos se encuentran las cuestiones administrativas con la negación del servicio o abuso, conflictos en la relación médico-paciente por desinformación o maltrato. En el 50.5% de los casos se determinó que existió mala práctica, mismas que se retoman para su análisis y para la emisión de las Recomendaciones. En la gráfica 6 se observa la distribución de las quejas por mala praxis relacionadas con el motivo

Gráfica 4. Quejas por tipo de institución



n=200

Gráfica 5. Motivo de la queja presentada ante la CONAMED



n=200

Gráfica 6. Distribución de mala praxis de acuerdo el motivo de la queja.

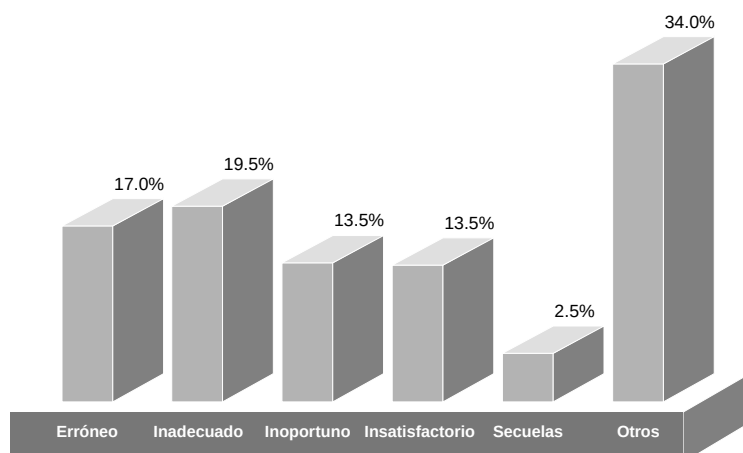


Tabla 2. Concentrado de motivos y submotivos de las quejas pediátricas

| Quejas por Tratamiento Médico             |            |              |
|-------------------------------------------|------------|--------------|
| Submotivo                                 | Frecuencia | %            |
| Inadecuado                                | 41         | 41.0         |
| Insatisfactorio                           | 27         | 27.0         |
| Inoportuno                                | 9          | 9.0          |
| Complicaciones y enfermedades secundarias | 6          | 6.0          |
| Secuelas                                  | 3          | 3.0          |
| Fallas administrativas                    | 7          | 7.0          |
| Sin datos                                 | 7          | 7.0          |
| <b>Total</b>                              | <b>100</b> | <b>100.0</b> |
| Quejas por Tratamiento Diagnóstico        |            |              |
| Submotivo                                 | Frecuencia | %            |
| Erróneo                                   | 34         | 60.7         |
| Inoportuno                                | 18         | 32.1         |
| No especificado                           | 4          | 7.1          |
| <b>Total</b>                              | <b>56</b>  | <b>100.0</b> |
| Quejas por Tratamiento Quirúrgico         |            |              |
| Submotivo                                 | Frecuencia | %            |
| Diferimiento injustificado                | 7          | 33.3         |
| Complicación post quirúrgica y secuelas   | 4          | 19.0         |
| Cirugía innecesaria                       | 2          | 9.5          |
| Resultados no satisfactorios              | 2          | 9.5          |
| Accidentes e incidentes                   | 1          | 4.8          |
| Extirpaciones erróneas                    | 1          | 4.8          |
| Técnica inadecuada                        | 1          | 4.8          |
| Sin datos                                 | 3          | 14.3         |
| <b>Total</b>                              | <b>21</b>  | <b>100.0</b> |
| Otros Motivos                             |            |              |
| Submotivo                                 | Frecuencia | %            |
| Misceláneos                               | 23         |              |
| <b>Total</b>                              | <b>23</b>  | <b>100.0</b> |

\*Lista codificada en base a la CIE-10ª Rev.

de la queja (25%), debido al tratamiento médico, seguido del diagnóstico (16.5%). En la Tabla 3 muestra 45 casos que resultaron en fallecimientos de los menores (45/200), con una tasa de mortalidad en toda la muestra de  $22.5 \times 100$ . En 27 de las 45 defunciones se determinó que existió mala práctica médica (Gráfica 7). La modalidad de conclusión más frecuente fue a través de un convenio de conciliación en 51% de los casos (Gráfica 8). En el rubro otros (13.5%) se encontraron falta de interés del quejoso, desistimiento, laudo, casos enviados a las Comisiones Estatales, improcedentes e incompetencia o sobreseimiento. Por otra parte de los compromisos asumidos el 40.2% correspondió a una explicación técnico-médica, 25.5% a reembolso o reintegro de gastos; 16.7% a atención médica especializada y 7.8% a revaloración médica, los resultados anteriores tomando como denominador ( $n=102$ ) los casos en los que se asumió un compromiso.

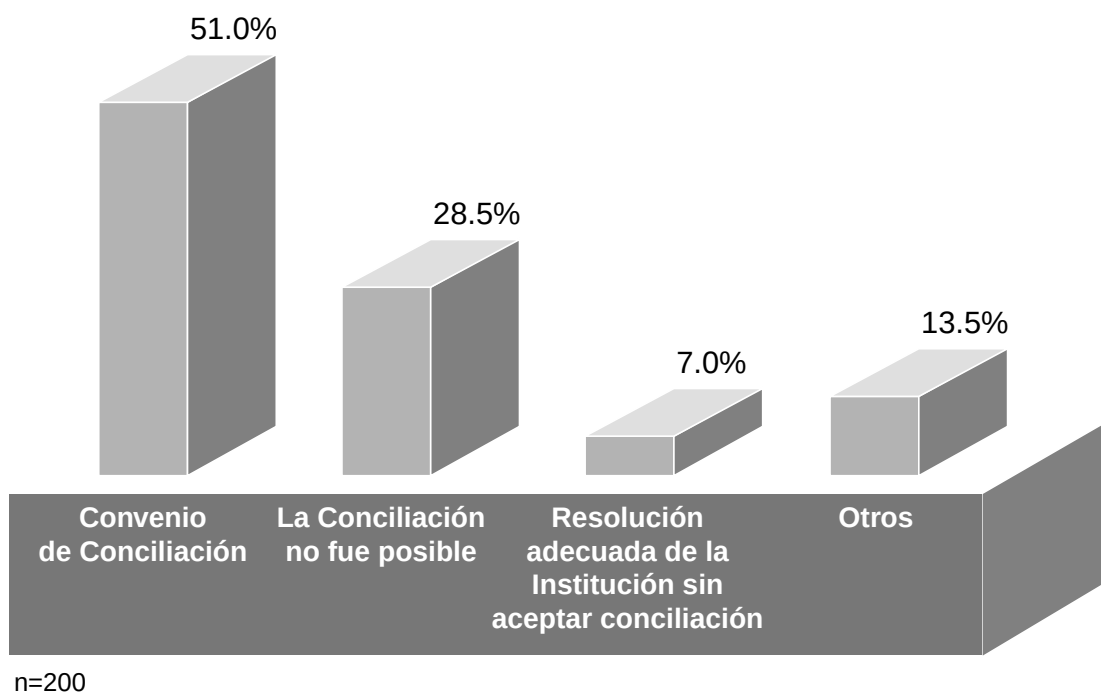
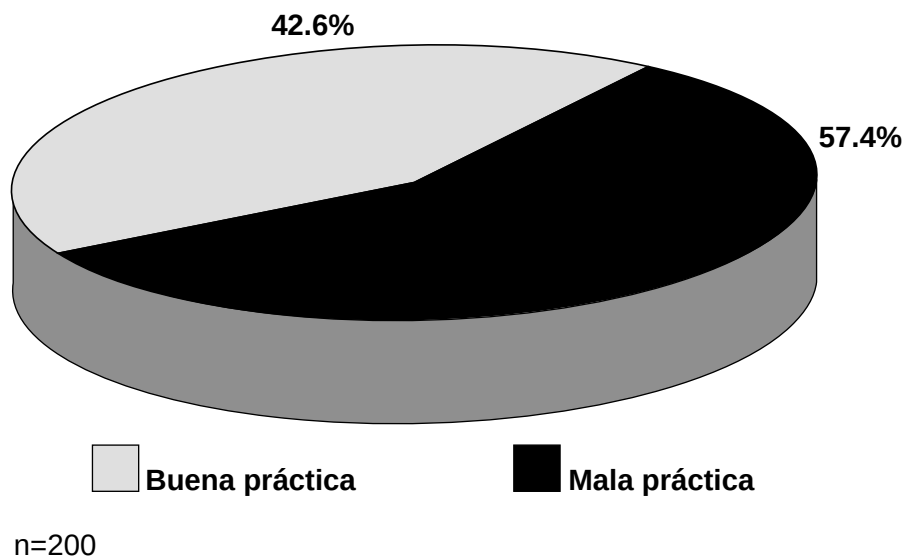


Tabla 3. Mortalidad por calusa básica en las quejas pediátricas

| Número | CIE-10* | Diagnóstico                                                                                           | Frecuencia | %          |
|--------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 1      | 043     | Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte | 6          | 13.3       |
| 2      | 022     | Neumonía                                                                                              | 6          | 13.3       |
| 3      | 032     | Sepsis bacteriana del recién nacido                                                                   | 5          | 11.1       |
| 4      | 026     | Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal                        | 4          | 8.9        |
| 5      | 044     | Todas las demás enfermedades                                                                          | 4          | 8.9        |
| 6      | 023     | Otras infecciones respiratorias agudas                                                                | 3          | 6.7        |
| 7      | 035     | Resto de afecciones perinatales                                                                       | 3          | 6.7        |
| 8      | 001     | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso                                               | 2          | 4.4        |
| 9      | 016     | Resto de tumores malignos                                                                             | 2          | 4.4        |
| 10     | 031     | Otras infecciones respiratorias del recién nacido                                                     | 2          | 4.4        |
| 11     | 041     | Otras malformaciones congénitas                                                                       | 2          | 4.4        |
| 12     | 008     | Septicemia                                                                                            | 1          | 2.2        |
| 13     | 024     | Enfermedades del sistema digestivo                                                                    | 1          | 2.2        |
| 14     | 034     | Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido                                  | 1          | 2.2        |
| 15     | 038     | Malformaciones congénitas del corazón                                                                 | 1          | 2.2        |
| 16     | 039     | Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio                                              | 1          | 2.2        |
| 17     | 012     | Otras enfermedades virales                                                                            | 1          | 2.2        |
|        |         | <b>Total</b>                                                                                          | <b>45</b>  | <b>100</b> |

\*Codificación por Causa Básica, CIE 10ª Revisión.

## DISCUSIÓN

Aún cuando el total de casos pediátricos presentados ante la CONAMED en el período analizado, no representa una cantidad impactante de quejas (2% del total recibido en la Comisión en el mismo periodo), es una situación que amerita su análisis, debido a que los casos pediátricos corresponden a un área prioritaria en la atención médica a grupos más vulnerables<sup>15</sup> y como se mencionó al inicio, sigue siendo uno de los retos el alto índice de morbilidad y mortalidad infantil, que resulta desfavorable al país. Por otra parte, un número considerable de quejas están registradas en el área de obstetricia, no obstante que una alta proporción de las mismas están relacionadas con problemas en la reanimación neonatal (en una muestra analizada de 125 casos de obstetricia, aproximadamente el 48% presentó daño perinatal). Aunado a lo anterior, la insatisfacción o falla en el servicio catalogado como erróneo, inadecuado o denegado, no es la percepción directa y sentida del paciente afectado, sino de los familiares o representantes del menor, por lo que el número de quejas *per se*, no nos da un buen indicador dentro de ésta especialidad. Existen estudios que refieren la relación de la satisfacción materna con la cita médica pediátrica y muestran una clara relación con la calidad y cantidad de la información transmitida por el médico tratante. Ciertamente, los estudios en el campo de la comunicación, se enfocan a los adultos y es la interacción del médico e impacto en los padres lo que se analiza, aún cuando el niño sea el paciente. Así mismo, se acepta que cuando el paciente es un niño, la situación se vuelve más compleja, debido a que los derechos del menor a participar están limitados por su nivel cognitivo, sus etapas de maduración ética, el control de los padres y las mismas normas del médico tratante, aún cuando el hecho de hablar con el niño e involucrarlo directamente en su tratamiento, proporciona más información al médico, retiene determinada información mejor, lo que ejerce una mejor satisfacción en los padres y un mayor compromiso en aplicar los tratamientos indicados. Sin embargo, se acepta que solo un mínimo porcentaje de pediatras tiene una buena comunicación con el niño.<sup>16,17</sup>

En cuanto a las quejas agrupadas por edad, el mayor número se concentró en los grupos de <1 año (pero mayores de un mes) y en el de 1-4 años; al conjuntar los dos grupos referidos, éste subgrupo acumula un total de 63.5%. Los resultados corresponden con el grupo de mayor demanda de los servicios de salud a nivel nacional, y con una mayor morbilidad. Por otra parte, se cree que su labilidad



sea debida a los complejos fenómenos del crecimiento más activo, desarrollo funcional y psicológico, así como las peculiaridades de la dieta y a cambios en su alimentación en esta etapa<sup>18</sup>, por lo que el pediatra deberá poner especial atención a estos factores.

Las quejas pediátricas relacionadas con el género se presentaron mayormente en el masculino, lo que puede estar relacionado con la mayor fragilidad de los niños a las enfermedades y que refleja una mayor tasa de mortalidad en ellos.<sup>9</sup> Los diagnósticos más frecuentemente encontrados en las quejas pediátricas, fueron las diarreas de presunto origen infeccioso. El grupo más vulnerable en la población infantil es el de menores de un año, en quienes se observan con mayor frecuencia los trastornos digestivos, además de los respiratorios, infecciosos y de la nutrición. La literatura refiere ampliamente a la diarrea como manifestación patológica que se registra con mayor frecuencia en los menores de 3 años. Esta ocupa los primeros lugares como causa de morbilidad y mortalidad infantil (a nivel mundial ocasiona anualmente 14 millones de defunciones en menores de un año), principalmente en comunidades con mal saneamiento básico, bajo nivel socioeconómico y cultural. Nuestro país no es la excepción, las infecciones son la causa más frecuente de diarrea, junto con las infecciones respiratorias agudas; responsables frecuentes de la alta morbilidad y de las complicaciones graves que se generan. No obstante el panorama epidemiológico desfavorable, en años recientes, se ha considerado que es posible disminuir las tasas de mortalidad por infecciones gastrointestinales y respiratorias, si se proporciona atención médica oportuna y adecuada.<sup>19</sup>

En el análisis por institución, el mayor número de quejas se dio en la seguridad social, probablemente debido a su amplia cobertura por un lado, y por el otro a que cuando el niño enferma requiere de estudios más especializados o de un tiempo más prolongado de atención médica, se recurre a la seguridad social. No obstante, un número considerable de quejas se dio en los servicios privados. Deberá tenerse presente el que los pediatras que laboran en estas instituciones tienen limitaciones de tiempo, al tener varias actividades y un exceso de consulta, que les impide atender adecuadamente a cada paciente. Así mismo, los niños hospitalizados están sujetos tanto a las ventajas como a los riesgos del tratamiento médico, inherentes a las propiedades farmacológicas o a los procesos quirúrgicos.<sup>10</sup>

Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica relacionan a los factores de comunicación interpersonal, prin-

principalmente en familias de bajos recursos, con una mayor predisposición a estar en desacuerdo o insatisfechas con la atención médica recibida por sus niños. Dicha insatisfacción se da en diferentes aspectos de la comunicación con los médicos, y frecuentemente reportan los familiares: 1) falta de una adecuada indicación por parte del médico de cómo tomar los medicamentos; 2) el médico no explicaba adecuadamente la gravedad de la enfermedad del niño o no proporcionaba suficiente información que demandaban los familiares durante la consulta pediátrica; 3) no se les permitía discutir todo sobre sus dudas o los hallazgos encontrados en la exploración física, y 4) un alto porcentaje de familiares reportaron que el médico no explicó adecuadamente la causa de la enfermedad del niño.<sup>20</sup> Es fundamental tener en cuenta que un elevado porcentaje de usuarios de los servicios de salud en la seguridad social son de bajos recursos, lo que crea barreras culturales y de lenguaje que pueden acentuar aún más la interrelación irregular de los pacientes o familiares con el médico y generar una comunicación deficiente, con diferencias tanto en las prioridades como en las percepciones de cada uno de ellos (de los pediatras y de los familiares del niño).

En cuanto a la entidad federativa que presentó más quejas por el servicio brindado, fue el área metropolitana, lo cual es explicable, primero por el lugar en que se ubica la Comisión Nacional, la accesibilidad y difusión de sus servicios en el D.F., a la concentración de los recursos y servicios de salud en el D.F. (concentra un mayor número de camas censables, de médicos en contacto con el paciente y de personal de salud, muy por arriba del promedio nacional), así como al hecho de que en otros Estados de la República ya cuentan con su propia Comisión Estatal, lo que puede generar una disposición descentralizada de la atención de las quejas médicas.

En relación a los motivos y submotivos de las quejas, el 50% de las mismas fue por el tratamiento médico recibido. El error en la medicación en pediatría es un problema que trata ampliamente la literatura, los errores potenciales durante la administración de medicamentos, principalmente en niños hospitalizados, y área de urgencias pediátricas. Estos pueden presentarse en cualquier etapa del proceso de la atención médica, desde la selección del medicamento, su indicación, hasta su aplicación. Por lo que se recomienda a los pediatras tener presentes las interacciones y posibles reacciones, las dosis y tiempos de admi-

nistración del medicamento, así como la accesibilidad de las referencias farmacológicas y demás información necesaria dentro de los servicios y complementar con la elaboración de material educativo para el paciente. Por otra parte, la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) refiere que existen factores que necesariamente impactan en la decisión farmacológica del pediatra, como son las condiciones del paciente, la calidad de la atención médica, las características propias de la práctica médica en determinadas instituciones de salud, en donde la libre elección por parte del paciente está limitada, así como la conveniencia y costo de determinados fármacos.<sup>10,21,22</sup>

Existen pocas investigaciones que estudien el error médico en pacientes pediátricos, sin embargo se discute la posibilidad de que los niños y especialmente los neonatos presenten una limitada reserva para amortiguar los errores en el tratamiento farmacológico, debido a su rápido cambio de peso, lo que hace particularmente difícil dosificar el medicamento adecuadamente o cuando están en estado crítico, pueden generar consecuencias más graves, en comparación con neonatos relativamente sanos o niños de más edad. La tasa de error es considerablemente mayor en neonatos, en éste destacan los pacientes atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los prematuros, con bajo peso al nacer y con alteraciones respiratorias y nutricionales principalmente. Un considerable número de errores medicamentosos se presenta en la dosificación, seguido de la ruta de administración (la intravenosa seguida de la oral e inhalación), de la lectura y documentación, fecha y frecuencia de administración. Los medicamentos más comúnmente involucrados en errores médicos son los agentes anti-infecciosos, analgésicos y sedantes, electrolitos, líquidos y broncodilatadores. Otros estudios mencionan que

el error humano es magnificado substancialmente por un complejo y pobre diseño del sistema de salud, un inadecuado equipo de trabajo, con estresores psicológicos y ambientales en el personal médico como la fatiga, ansiedad, mala iluminación y el ruido.<sup>22</sup> En resumen, los errores en el tratamiento farmacológico generan una gran diversidad de problemas de salud, con incremento de la morbilidad-mortalidad y de los costos de atención médica, así como causas frecuentes de litigios que involucran al paciente, familiares, instituciones y pediatras.<sup>10,23</sup>

Diversos estudios reportan que hasta un 40% de los pediatras expresaron que diez o más veces al mes los padres de sus pacien-



tes les demandaron un antibiótico, cuando el mismo médico no lo consideraba indicado y en 48% de los mismos, los padres siempre o frecuentemente los presionaban para recibir antibióticos, sin estar indicados. Así, los médicos refieren la presión de los padres como el factor más impactante en el uso inapropiado de antibióticos.<sup>24,25,26,27,28</sup>

Además, agregaríamos la gran cantidad de medicamentos que llegan al pediatra, y que frecuentemente lo conducen a basarse en los datos consignados por la industria farmacéutica, situación que se da principalmente en la consulta privada.

Las quejas relacionadas con el diagnóstico ocuparon el segundo lugar, con respecto a este punto debe considerarse la necesidad que tiene el especialista de realizar un diagnóstico rápido en los pacientes pediátricos, con el fin de implementar al mismo tiempo el tratamiento oportuno requerido. No obstante, existen limitaciones en la accesibilidad de estudios de laboratorio y gabinete dentro de las instituciones de salud, y frecuentemente se diagnostica solo con base en los hallazgos clínicos. Además de la sobrecarga en las unidades, por lo que los niños hospitalizados sufren un acortamiento de su estancia por el mismo factor mencionado, y consecuentemente el tiempo que dedica el pediatra en los problemas prioritarios de salud en el niño y sus padres, es insuficiente.<sup>29</sup> Otro posible factor a considerar son las malformaciones congénitas o tumores infantiles que demandan frecuentemente de la intervención de sub-especialistas y de tecnología más sofisticada, así como de un diagnóstico prenatal temprano.<sup>13</sup>

En los resultados de la atención médica, prácticamente en la mitad de las quejas recibidas (50.5%), se determinó que hubo mala práctica médica. Esta situación no es privativa de nuestro país, ya que en los últimos años en Estados Unidos los costos por mala práctica se han incrementado cuatro veces más rápido que la tasa de crecimiento económico. Sin embargo, los médicos encuentran cada vez más difícil obtener un seguro por mala práctica. Así mismo, la literatura refiere que pocos actos de negligencia médica resultan en mala práctica, así como pocas demandas de mala práctica involucran realmente un acto de negligencia médica. Resultado de dicha situación es que los médicos han aprendido a practicar la medicina defensiva, con un incremento significativo en el costo de la misma, pero aún más costoso es el daño que puede sufrir el médico en la relación médico-paciente y ver al próximo paciente como un potencial demandador, aduciendo una mala práctica, sumando una desconfianza en el conflicto médico. Las Reformas que se han aplicado para disminuir o revertir esta situación en el Sistema de Salud, han sido enfocadas a las resoluciones al-

ternativas de conflictos, principalmente a la negociación, mediación, arbitraje y paneles de expertos.<sup>30</sup> Estas mismas funciones se aplican en la Comisión, sin embargo, consideramos que independientemente de conocerlas y concientizarse en la problemática, es prioritario prevenir los conflictos, teniendo en cuenta que los litigios traen consecuencias adversas, estrés, traumas psíquicos y un deterioro frecuente de la relación médico-paciente. Por tal motivo consideramos que en base a los reportes de otras instituciones de salud en diversos países, las Recomendaciones en Pediatría que aquí se emiten, ayudarán a mejorar la calidad de la atención médica y a prevenir conflictos por las mismas razones que se aquí se analizan.

Con respecto a las defunciones más de la mitad fueron consecuencia de neumonías y otras infecciones respiratorias. Estos datos corresponden con los reportados en la literatura, en cuanto las causas de mortalidad por complicaciones derivadas de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas (ED), principalmente en menores de cinco años. Según Villa y colaboradores<sup>19</sup> el número de defunciones que reportan las instituciones de salud con población asegurada, es apenas la mitad de la mortalidad ocurrida fuera de las unidades médicas. Más aún, una proporción mayor del 60% de los menores de 5 años, con diagnóstico de ED o IRA fallecen en sus casas, aún cuando han recibido atención médica previa a su muerte.

Finalmente, en la misma práctica pediátrica se habla de la importancia de conocer la «Nueva Morbilidad» (alteraciones tardías de divorcios, abuso sexual en el niño, desordenes en la atención/hiperactividad, suicidios, homicidios, violencia escolar, abuso de alcohol y drogas, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), efectos de los medios en la violencia, obesidad, actividad sexual temprana, y embarazos no deseados en menores de edad), como consecuencia de las dificultades sociales, problemas en el comportamiento y otros factores que afectan el entorno infantil, y que en el futuro desplazarán a la morbilidad actual; por lo que el especialista deberá tener el conocimiento para poder identificar éstos problemas, así como implementar medidas de intervención. Específicamente en nuestro entorno el especialista se enfrenta a desafíos que afectan su práctica médica, en aspectos relacionados con la calidad de vida, y la justicia social en el acceso a los servicios de salud entre otros.<sup>31</sup> Consideramos que en vista de los resultados obtenidos en éste análisis deberá desarrollarse además Recomendaciones Específicas para Urgencias Pediátricas, para el Recién Nacido y para el grupo los Adolescentes, por ser grupos vulnerables y áreas problemáticas que se apartan un poco de la pediatría en general.

## RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENIR LA MALA PRÁCTICA MÉDICA EN PEDIATRÍA<sup>1, 2, 3</sup>

Posterior al análisis de todas las quejas de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED durante el periodo de 1997 a 2001 y una vez elaborado el documento final se emitieron una serie de Recomendaciones, validadas internamente en la CONAMED, y en una segunda fase, éstas fueron sometidas a una validación externa, realizada por expertos en pediatría, a través de reuniones de trabajo, con el fin de conocer e incluir sus observaciones.

### 1. Contar con las certificaciones y actualizaciones indispensables:

- Contar con la cédula profesional debidamente otorgada por el Registro Federal de Profesiones de la SEP.
- Contar con la cédula de la especialidad debidamente requisitada por el Registro Federal de Profesiones de la SEP.
- Contar con la Certificación del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría así como la recertificación quinquenal obligatoria.
- Estar afiliado, en calidad de Socio Activo a una Sociedad, Colegio o Asociación de la especialidad, de prestigio reconocido.
- Estar en disposición de mostrar la documentación anterior a los padres del menor o a la autoridad competente que así lo requieran.

### 2. Mantener estrecha comunicación médica con la familia o representantes del paciente:

- Brindar un trato respetuoso y afable al niño y sus familiares, asegurando la corresponsabilidad.
- Incluir tanto en el paciente como a los padres en la decisión sobre su tratamiento.
- Brindar información utilizando un lenguaje apropiado y entendible.
- Promover la participación de los familiares del niño en su diagnóstico, plan de estudio y tratamiento, así como de los cambios clínicos.
- Obtener el Consentimiento Validamente Informado en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que así lo ameriten.

### 3. Dar especial atención a la vigilancia y control del niño sano:

- Fomentar en la madre del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, haciendo énfasis en sus ventajas y beneficios que aporta al niño.
- Fomentar en los padres o responsables las medidas higiénicas personales indispensables, en la preparación de los alimentos, lavado de manos y aislamiento preventivo del contagio de padecimientos infecciosos.
- Proporcionar a los padres información suficiente y sencilla sobre el manejo de alimentos como medida que

favorezca un crecimiento adecuado y prevenga trastornos relacionados con la nutrición.

- Realizar una exploración física detallada y completa.
- Incluir y documentar en el expediente clínico todos los de parámetros que permitan dar un seguimiento apropiado del crecimiento y desarrollo.
- Aplicar un esquema de Inmunización, en el que se incluyan las vacunas del Programa Nacional de Vacunación. Proporcionar a los padres y/o responsables del menor, información acerca de otras vacunas aprobadas y disponibles, con explicación del riesgo - beneficio.

### 4. Asegurar una valoración integral neonatal.

- Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las malformaciones congénitas diagnosticables con procedimientos sencillos y rutinarios.
- Recurrir a estudios especializados ante la sospecha de la presencia de otras malformaciones.
- Realizar la prueba de tamiz neonatal básico y cuando el caso lo requiera el tamiz metabólico ampliado.
- Comunicar el diagnóstico a los padres hasta que se disponga de la información suficiente.
- Solicitar interconsulta con otros especialistas que puedan contribuir al cuidado subsecuente del paciente.

### 5. Efectuar diagnósticos y tratamientos oportunos.

- Conocer los problemas de salud en la población pediátrica que representan las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad del ámbito geográfico y social en el que desempeña su práctica profesional.
- Realizar los procedimientos diagnóstico y terapéuticos para problemas de salud basados en la mejor evidencia disponible y aplicándolos conforme a las circunstancias del medio en el que ejerce.
- Evitar el abuso de auxiliares de diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
- Solicitar el apoyo de otros especialistas cuando el caso así lo amerite.
- Conocer y cumplir con lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y la NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño.

### 6. Detectar oportunamente las urgencias médico-quirúrgicas

- Atender oportuna y eficientemente al paciente que llega a urgencias.
- Evaluar en forma integral y multidisciplinaria para determinar el diagnóstico y su referencia adecuada del paciente.
- Proporcionar tratamiento médico inmediato a las alteraciones que pongan en peligro la vida o la función de uno o varios órganos.
- Evitar el empleo de medicamentos que puedan enmascarar el cuadro clínico.
- Enviar junto con el paciente toda la información disponible en caso de su traslado.

- Contar en las áreas de atención médica con medicamentos, equipo e instrumental básico para el tratamiento de una urgencia.

- Informar a los padres o responsables de las limitaciones que en su caso se tengan de la atención del padecimiento, y las alternativas para su traslado.

#### **7. Detecta y tratar al paciente con urgencias respiratorias y/o enfermedades diarreicas:**

- Evaluar clínica, objetiva y rápidamente el estado cardiopulmonar y hemodinámico.

- Establecer la etapa clínica del padecimiento (choque temprano, choque tardío, dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria, paro respiratorio o paro cardiorespiratorio) para proporcionar un manejo óptimo e individualizado.

- Garantizar una vigilancia estrecha para la detección temprana de complicaciones.

#### **8. Conocer el fundamentos médico de la prescripción:**

- Tener conocimiento suficiente y actualizado de los tratamientos farmacológicos de cada padecimiento, de sus efectos indeseables o colaterales, así como de los riesgos potenciales de su empleo.

- Prescribir tratamientos de acuerdo a los principios científicos y éticos de la práctica de la medicina.

- Tener acceso a la información sobre los aspectos farmacológicos de los medicamentos utilizados (absorción, distribución, metabolismo, excreción e interacción posible con otros fármacos).

- Explicar detenida y ampliamente a los padres y/o responsables del menor las presentaciones de los fármacos prescritos, las dosis, los horarios y la duración del tratamiento, haciendo hincapié en el cumplimiento de los mismos.

#### **9. Proporcionar atención adecuada al niño hospitalizado:**

- Proporcionar a los padres o responsables del menor información diaria y cada vez que existan cambios significativos sobre el diagnóstico, pronóstico, plan de estudio y tratamiento.

- Hacer partícipes de la responsabilidad compartida a los pacientes, padres y/o responsables del apego al tratamiento y su repercusión en el pronóstico.

- Unificar criterios de información entre el personal de salud involucrado en la atención del paciente, promoviendo la comunicación permanente.

- Obtener sin excepción el consentimiento informado en procedimientos con riesgo.

- Facilitar las visitas hospitalarias a familiares con pacientes en estado crítico.

<sup>1</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Manuell Lee G, Rivera Cisneros AE, Rodríguez Soto GJ, Jiménez-Corona ME, Barrera-Romero N, y Victoria-Ochoa R.

<sup>2</sup> Enlace Externo del Grupo de Validación Externa de Pediatría: Dr. Gabriel Cortés Gallo.

<sup>3</sup> Grupo de Validación Externa de Pediatría: Academia Nacional de Pediatría: Dr. Arturo Loredó Abdala y Dr. Miguel Ángel Pezzotti y Rentería; Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría: Dr. Remigio Veliz Pintos y Dr. Eduardo Álvarez Vázquez; Confederación Nacional de Pediatría: Dr. Manuel Vega López y Dr. Salvador Jauregui Pulido; Asociación Mexicana de Pediatría A.C.: Dr. José Nicolás Reynes Manzur; Instituto Nacional de Pediatría: Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber; CMN Siglo XXI. Hospital de Pediatría: Dr. Carlos David González Lara; Hospital Infantil «Federico Gómez»: Dr. Romeo S Rodríguez Suárez y Dr. Alejandro Serrano Sierra.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Nelson EW. Tratado de pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, 1998;I:1-6.
- <sup>2</sup> Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Morbilidad 1998, México SSA. 1998.
- <sup>3</sup> Ortíz M. Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2000.
- <sup>4</sup> Secretaría de Salud. Dirección General de Información y evaluación del Desempeño. Estimaciones a partir de los totales de la población.
- <sup>5</sup> Nelson, MN. A decimillennium in neonatology. *J Pediatric*, 2000;137:731-735.
- <sup>6</sup> Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Mortalidad 1999, México SSA. 2000.
- <sup>7</sup> Vaca-Marin MA; Sierra-Vargas MP y Bernal-Alcantara DM. Panorama epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de los Estados Unidos Mexicanos. Comparación con 5 países del continente americano. *Rev Inst Nal de Enf Resp. México*, 1999;12(2):120-128.
- <sup>8</sup> American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. *PEDIATRICS*, 2000;105(3):647-649.
- <sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud en las Américas. México, 1998; II:403-418.
- <sup>10</sup> American Academy of Pediatrics. Committee on Drug and Committee on Hospital Care. *PEDIATRICS*, 1998;102:428-430.
- <sup>11</sup> Swift PN and Hamilton PJS. An Assessment of the Comparative Advantages of Pediatric Activities Using Routine Hospital Records. *Bull World Health Organ*, 1976;54:513-521.
- <sup>12</sup> Mullet CJ, Evans RS, Christenson JC and Dean JM. Development and impact of a computerized pediatric antiinfective decision support program. *PEDIATRICS*, 2001;108(4):E75.
- <sup>13</sup> CONAMED. Sistema de Atención de Quejas Médicas. Secretaría de Salud. México. 2000.
- <sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), EUA, 1995.
- <sup>15</sup> Schuter AM, Duan N, Regaldo M and Klein JD. Anticipatory Guidance. What Information Do Parents Receive? What Information Do They Want? *Arch Padiatr Adolesc Med*, 2000;154:1191-1198.
- <sup>16</sup> Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001:89-92.
- <sup>17</sup> Gimar Figueroa, González, Hermosa y Lemus. El consentimiento en el acto médico una aproximación en Pediatría. <http://www.encolombia.com/pediatría34299-consenti25.html>
- <sup>18</sup> Pantell RH, Stewart JT, Dias KJ, Wells P and Ross WA. Physician Communication with children and parents. *PEDIATRICS*, 1982;70(3):396-402.
- <sup>19</sup> Villa S, Guiscafré H, Martínez H, Urbán JC, Reyes S, Lezana M A, Gutiérrez G. Muertes en el hogar en niños con diarrea o infección respiratoria aguda después de haber recibido atención médica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1994; 51:233-242.
- <sup>20</sup> Wood LD, Corey C, Freeman EW and Shapiro FM. Are poor families with the medical care their children receive? *PEDIATRICS*, 1992;90(1):66-70.
- <sup>21</sup> American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. *PEDIATRICS*, 2001;108(5):1227-1230.
- <sup>22</sup> Kaushal R, Bates WD, Landrigan LC, McKenna JK, Clapp DM, Federico F and Goldman AD. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. *JAMA*, 2001;285(16):2114-2120.
- <sup>23</sup> Kaushal R, Barken NK and Bates WD. How Can Information Technology Improve Patient Safety and Reduce Medication Errors in Children's Health Care? *Arch Pediatrics & Adolescent Med*, 2001;155(9):1002-1007.
- <sup>24</sup> Bauchner H, Pelton IS and Klein OJ. Parents, Physicians, and Antibiotic Use. *PEDIATRICS*, 1999; 103(2): 395-401.
- <sup>25</sup> Paluc E, Katzenstein D, Frankish JC, Herbert PC, Milner R, Speert D and Chambers K. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Can Fam Physician*, 2001;47:521-527.
- <sup>26</sup> Mangione-Smith R, McGlynn AE, Elliott NM, McDonalds L, Franz EC and Krautz LR. Parent Expectations for Antibiotics, Physician- Parent Communication, and Satisfaction. *Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior. Arch Padiatr Adolesc Med*, 2001;155:800-806.
- <sup>27</sup> Himm MR, Hicks JR and Bemben AD. Antibiotics and Respiratory Infections: Are Patients More Satisfied when Expectations Are Met? *J Fam Pract*, 1996;43:56-62.
- <sup>28</sup> Mangione-Smith R, McGlynn AE, Elliott NM, Krogstad P and Brook BH. The Relationship Between Perceived parental Expectations and Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior. *PEDIATRICS*, 1999;103(4):711-718.
- <sup>29</sup> Reisinger SK and Bires AJ. Anticipatory Guidance in Pediatric Practice. *PEDIATRICS*, 1980;66(6):889-892.
- <sup>30</sup> Fraser JJ and the Committee on Medical Liability. American Academy of Pediatrics. *PEDIATRICS*, 2001;107(3):602-607.
- <sup>31</sup> American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. *PEDIATRICS*, 2001;108(5):1227-1230.

# Recomendaciones para mejorar la práctica Odontológica

## Recommendations to improve Odontologic practice

**GONZÁLEZ BARRÓN S<sup>1</sup>,**  
**JIMÉNEZ CORONA ME<sup>1</sup>,**  
**TRIANA ESTRADA J<sup>1</sup>, UREÑA CIRET JL<sup>2</sup>,**  
**GARCÍA HERNÁNDEZ JAVIER<sup>3</sup>,**  
**CARRILLO ROCHA JUAN DE DIOS<sup>4</sup>,**  
**RIVERA CISNEROS AE<sup>1</sup>, MANUELL LEE GR,**  
**SÁNCHEZ GONZÁLEZ JM<sup>1</sup>,**  
**TENA TAMAYO C<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED.

<sup>2</sup> Universidad Intercontinental (UIC)

<sup>3</sup> Facultad de Odontología, Universidad Tecnológica de México, UNITEC

<sup>4</sup> Universidad Justo Sierra

### RESUMEN

**Introducción.**- Las alteraciones estomatológicas tienen una alta incidencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en México se estima que 90% de la población padece caries.

**Objetivo.**- Identificar las principales conflictos por atención odontológica, manifestados en las quejas recibidas en la CONAMED, identificar sus principales características y emitir recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad de la práctica odontológica.

**Metodología.**- Se obtuvo la información sobre las quejas recibidas en la CONAMED del área de Odontología (enero de 2001 a octubre de 2002), una vez que se concluyó el análisis de las quejas, se elaboraron una serie de recomendaciones que fueron sometidas a un proceso de validación interna y posteriormente a una validación externa que fue realizada por expertos en el área.

**Resultados.**- Se analizaron 177 quejas; 63.3% correspondieron a mujeres y 36.7% a hombres. El grupo de edad más afectado fue el de 25-44 años con 35% de los casos; 91% de quejas fueron de servicios privados. Los motivos de queja más frecuentes estaban relacionados con el tratamiento en 75.7% de los casos. Los principales procedimientos realizados fueron: 25.6% de ortodoncia, 24.4% prótesis y 13.3%. La principal modalidad de conclusión de las quejas fue la conciliación (53.1%). En un sub-análisis de (n=100) se identificó mala práctica en 43% de casos. Así mismo se identificaron problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal – paciente.

**Conclusiones.**- Los factores identificados en las quejas, tales como la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente, falsas expectativas de los pacientes y con el incumplimiento de obligaciones, fueron considerados en las Recomendaciones elaboradas.

### SUMMARY

**Introduction.**- The stomatologic alterations have a high incidence according with World Health Organization. In Mexico about 90% of the population have caries.

**Objective.**- To identify principal conflicts for odontologic attention observed in the complaints received in the CONAMED, and to generate recommendations directed to improve the quality of the odontology practice

**Methodology.**- There was obtained information about the odontology complaints received in the CONAMED (January 2001 to October 2002). Once elaborated the recommendations were submitted to a Group of External Validation integrated by expert in the area.

**Results.**- It were analyzed 177 complaints; 63.3 % corresponded to women and 36.7 % to men. The most affected age group patients was 25-44 years old with 35% of cases; 91 % of complaints was of private services. The most frequent causes of complaint were related to the treatment in 75.7 % of cases. The principal procedures were: 25.6 % of orthodontics y 24.4% prothesis. Principal modality of conclusion of the complaints was the conciliation (53.1 %). In a special sub-analysis of cases, malpractice was present in 43% of cases. Likewise the principal origin of identified problems were related with lack of communication or problems of communication between health personnel an their patients.

**Conclusions.**- Factors identified in the complaints are related to the lack of communication among the professional of the mouth health and patient, false expectations of the patients and to the breach of obligations,

The factors identified in the complaints, are related to lack of communication among health personnel and their patients, false expectations of the patients and with the breach of obligations, they were considered in recommendations.



## INTRODUCCION

Las enfermedades de mayor incidencia en estomatología, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal, de frecuencia media son anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral, alteraciones de los tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales y fluorosis dental.<sup>2</sup> Por lo tanto, el modelo de atención para enfermedades bucales deberá sustentarse en el conocimiento de un complejo y dinámico conjunto de factores conocido como salud-enfermedad, así como sus aspectos preventivos para la correcta conservación de la estructura anatómico-funcional del aparato estomatológico, que permita disminuir la incidencia y prevención de enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Las alteraciones estomatológicas por su alta incidencia, condicionan al incremento en el ausentismo escolar y laboral (ejemplo: La caries dental afecta al 90% de la población mexicana), rebasando, por su alto costo económico, la capacidad del sistema de salud y de la población. Los focos infecciosos en boca son factores de riesgo y predisponentes para la aparición de diversas enfermedades y alteraciones crónico-degenerativas que afectan la salud del individuo.

Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano. Por este motivo es necesario unificar y establecer criterios de aten-

ción a la salud bucal, con especial énfasis en la prevención, en los sectores privado y público. Así como mejorar la calidad de la atención estomatológica que se brinda a la población.

## Antecedentes

Menos del 5% de individuos se ven libres del ataque de la caries dentaria, lo cual indica que posiblemente se trata de la enfermedad predominante de la humanidad. No es extraño, que el primer ataque carioso se produzca poco después de la erupción de los primeros órganos dentarios primarios.<sup>3,4</sup> Estadísticamente, la predominancia de caries dental, suele expresarse mediante un índice llamado CPO, es decir la suma del número de dientes permanentes con lesiones cariosas, el número de dientes extraídos y el número de dientes con restauración u obturados. En México, los individuos de 20 años de edad, presentan un promedio de casi 15 dientes atacados por caries dentaria. De tales dientes, solo se han restaurado 6, mientras que un promedio de 5 órganos dentarios han sido extraídos. En los adultos mayores, aumenta el número de dientes perdidos por enfermedad periodontal, por consiguiente se señala que por encima de los 50 años, faltan en promedio 20 dientes o más. Casi el 100% de la población mexicana manifiesta cierto grado de enfermedad periodontal destructiva crónica hacia los 45 años de edad.<sup>5</sup> Estas cifras contrastan con las que se observan en la siguiente tabla, observadas en individuos de 20-30 de edad<sup>6,7,8</sup>

Índice CPO en individuos de 20-30 años de edad en diferentes países

| Núm. de orden | País              | (% CPO) |
|---------------|-------------------|---------|
| 1             | Etiopía           | 1.0     |
| 2             | India (Punjab)    | 1.5     |
| 3             | Myanmar           | 2.0     |
| 4             | Tailandia         | 3.0     |
| 5             | Líbano            | 4.0     |
| 6             | Esquimales Alaska | 7.0     |
| 7             | Ecuador           | 8.0     |
| 8             | Chile             | 12.0    |
| 9             | México            | 15.0    |
| 10            | Colombia          | 17.0    |

A continuación se cita información relevante referente a otras patologías estomatológicas:

1. El 80% de la población norteamericana, padece enfermedad periodontal (gingivitis- periodontitis).<sup>9</sup>
2. El 13% de la población del Reino Unido, antes de cumplir los 21 años, ya ha perdido la totalidad de sus órganos dentarios.<sup>10</sup>
3. El 96% de la población mundial padece caries.<sup>11,12</sup>
4. El 90% de la población Mexicana padece caries.
5. La OMS considera a la caries y a la enfermedad periodontal, como 2 de las afecciones de más alta incidencia, a nivel mundial.
6. El 50% de toda la población mundial, presenta algún signo de disfunción de la articulación temporo – mandibular (proporción de mujeres- hombres 3:1).<sup>13</sup>
7. El 50% de niños sin maloclusión, tienen malos hábitos que las inducen subsecuentemente.<sup>14</sup>
8. La prevalencia de la maloclusión en los Estados Unidos oscila entre el 60 y 65% (sólo el 35% posee oclusión normal).<sup>15,16</sup>
  - Maloclusión de causa desconocida 60%
  - Maloclusión de causa conocida<sup>17,18,19</sup> 5%
9. En los Estados Unidos, el 100% de la población requiere asistir con el profesional de la salud bucal, el 40% lo hacen durante el año y solo el 15% acude con regularidad.<sup>20,21</sup>
10. En los Estados Unidos, la proporción de curación de un cáncer oral, no sobrepasa el 30%.<sup>22,23,24</sup>

En México las estadísticas relacionada con los servicios de odontología reportadas hasta 1999 señala que los profesionales de la salud bucal se distribuyen de la siguiente manera: 70.1% atienden a población abierta y 29.9% a población derechohabientes. Los profesionales de la salud bucal que atienden a población derechohabientes se distribuyen en las siguientes instituciones, principalmente: IMSS (47%), ISSSTE (28%), SEDENA (14%) y el 11% restante corresponde a otras instituciones. Los profesionales de la sa-

lud bucal que atienden a la población abierta corresponden a la Secretaría de Salud (55%) y el restante 45% a otras instituciones en donde se incluyen los servicios privados de odontología.<sup>25</sup>

### Metodología

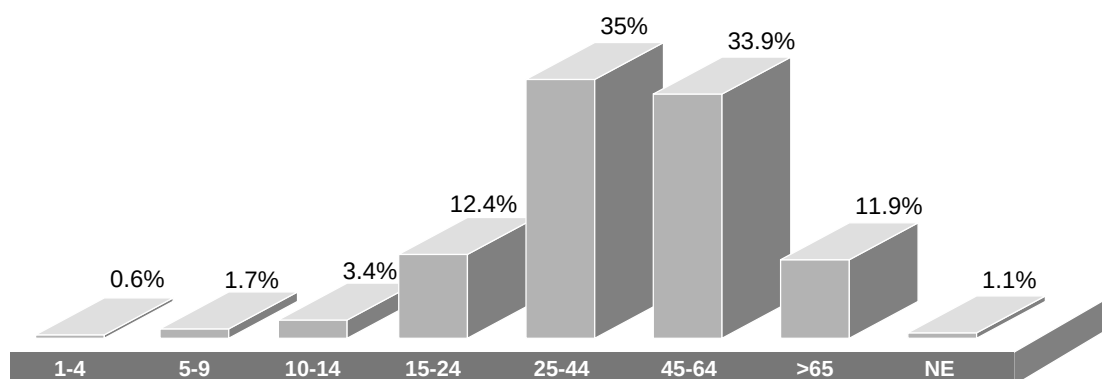
A partir de las quejas recibidas en la CONAMED y registradas en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se obtuvo la información sobre las quejas relacionadas con Odontología, durante el periodo de enero de 2001 a octubre de 2002. Se analizó la información derivada del SAQMED de las siguientes variables: edad y género de los pacientes, tipo de institución en donde fue atendido, entidad federativa, tipo de procedimiento realizado, algunas características del profesional de la salud bucal que lo atendió, el motivo de la queja y la modalidad de conclusión de cada caso. Posteriormente se analizó la Valoración Médica Integral (VMI), para obtener información más específica sobre los casos, cuando esto fue posible. Para el análisis se empleó estadística descriptiva, para este propósito se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.1. Una vez concluido el estudio este fue sometido a una validación externa, realizada por expertos del área de odontología con la finalidad de analizar y consensar las recomendaciones elaboradas por la CONAMED.

### Resultados

Se analizaron 177 quejas correspondientes al área de Odontología de enero de 2001 a octubre de 2002, 114 (64.4%) correspondieron al primer año y 63 (35.6%) al segundo. De acuerdo al género el 63.3% de las quejas correspondieron al femenino y el 36.7% al masculino.

La distribución de la edad de los pacientes por grupos fue la siguiente: el primer lugar fue para el grupo de 25-44 años con 62 casos (35.0%) el segundo lugar fue para el grupo de 45-64 años con 60 casos (33.9%), el tercer sitio fue para el grupo de 15-24 años con 22 casos (12.4%), los porcentajes para los grupos de edad restantes se observan en la Gráfica 1.

**Gráfica 1. Quejas de Odontología de acuerdo a grupos de edad, CONAMED 2001-2002**



n=177

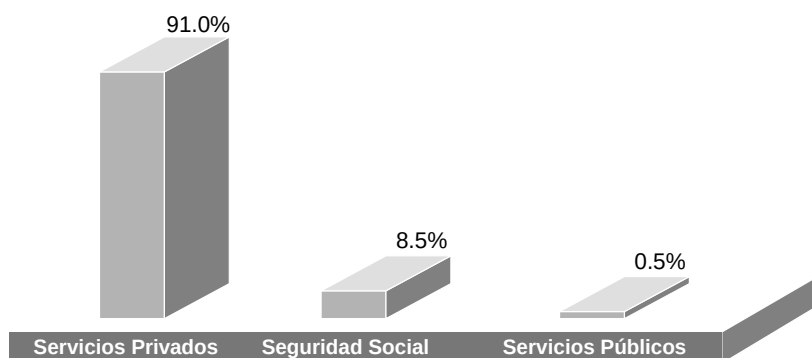
De acuerdo al tipo de institución en donde recibieron la atención odontológica los casos se distribuyeron de la siguiente forma: en primer lugar los servicios privados con 161 casos (91%), en segundo lugar los de Seguridad Social con 15 casos (8.5%) y en último lugar los servicios públicos con un solo caso (0.5%), Gráfica 2.

Por entidad federativa la mayor parte de las quejas correspondieron al D.F. con 134 casos (75.7%), el segundo lugar fue para el Estado de México con 18 casos (10.2%), el tercero para Sonora con 4 casos (2.3%) y los 21 casos restantes (11.9%) correspondieron a otras entidades, Gráfica 3.

Los motivos de queja que refieren los pacientes están relacionados con el tratamiento de rehabilitación en el 75.7% de los casos, seguidos por quejas relacionadas con tratamiento quirúrgico con 15.8%, en tercer lugar los problemas originados en la relación dentista-paciente con 3.4%, el 1.1% correspondió a problemas en el diagnóstico, los problemas relacionados con los Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento fueron el 0.6% y finalmente el grupo de otros correspondió al 3.4% de las quejas, Gráfica 4.

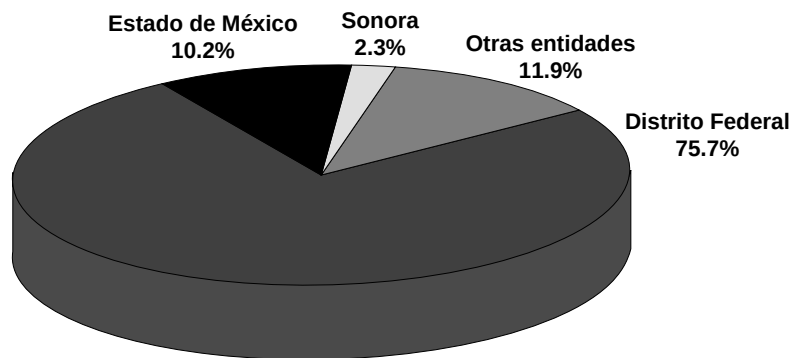
En cuanto al tipo de procedimiento realizado, se obtuvo información en 90 casos, los procedimientos realizados en

**Gráfica 2. Quejas de Odontología de acuerdo al tipo de institución, CONAMED 2001-2002**



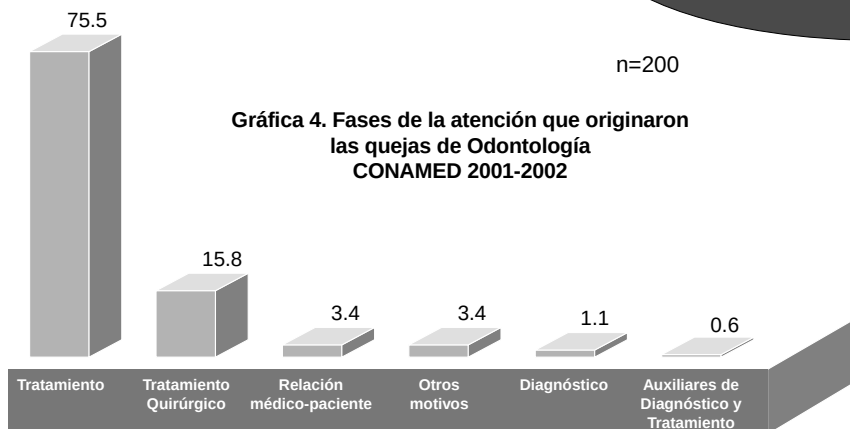
n=177

**Gráfica 3. Quejas de Odontología por entidad federativa, CONAMED 2001-2002**



n=200

**Gráfica 4. Fases de la atención que originaron las quejas de Odontología CONAMED 2001-2002**



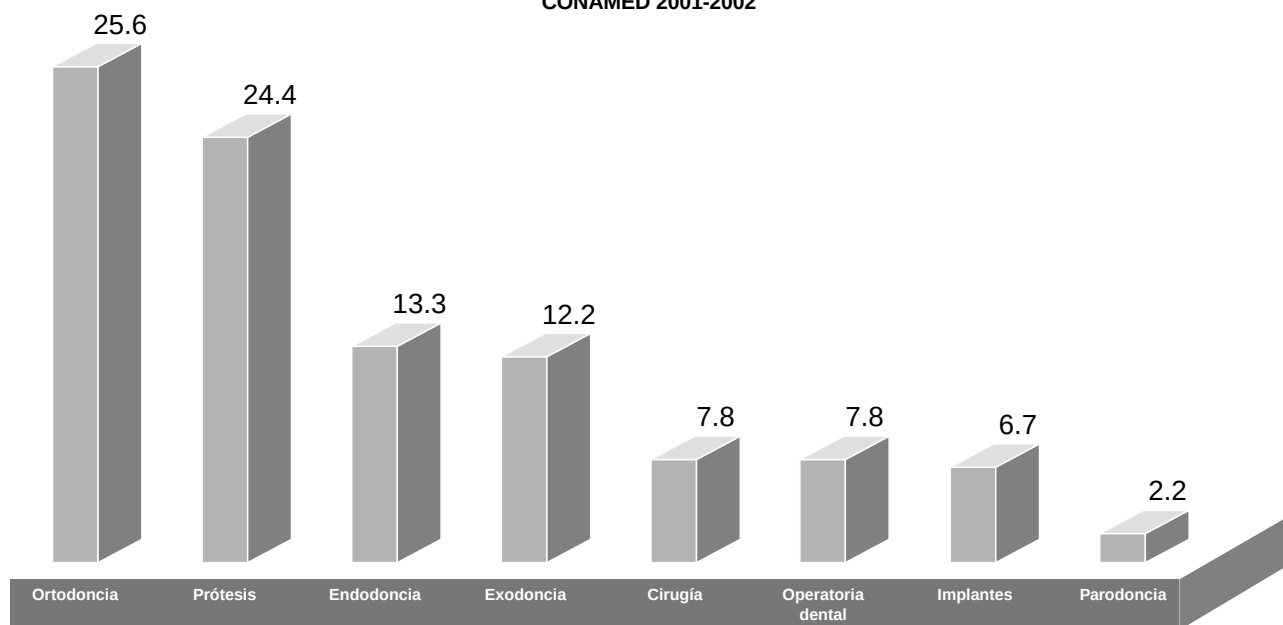
n=177

orden decreciente fueron de ortodoncia (25.6%), prótesis (24.4%), endodoncia (13.3%), exodoncia (12.2%), cirugía bucal y maxilofacial, así como operatoria dental con 7.8% cada uno, implantes con 6.7% y parodoncia con 2.2%; Gráfica 5.

Algunas características de los profesional de la salud bucal que atendieron a los pacientes fueron: 28.0% del género femenino y 72.0% del masculino; Gráfica 6. El rango de

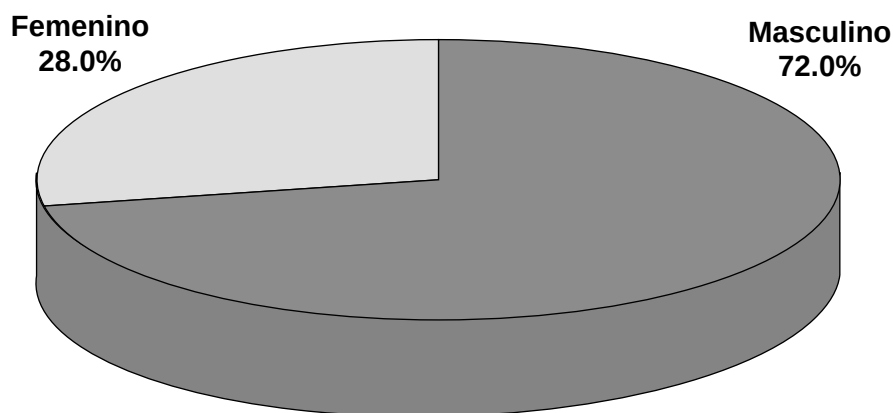
edad de los profesional de la salud bucal estuvo entre 27 y 62 años, con un promedio de 41.7 (D.E. 8.7). Por quinquenios de edad la mayor parte de los profesional de la salud bucal correspondieron al grupo de edad de 40-44 años, seguidos del grupo de 30-34 años con 18.4% y en tercer lugar los grupos de 35-39 años y el de 50-54 años con 14.9% cada uno, Cuadro 1.

**Gráfica 5. Quejas de Odontología por tipo de procedimiento, CONAMED 2001-2002**



n=90

**Gráfica 6. Quejas de Odontología de acuerdo al género del C.D. que atendió el caso, CONAMED 2001-2002**



n=157

**Cuadro 1. Edad de los profesionales de la salud bucal en las quejas de Odontología, CONAMED 2001-2002**

| <b>Especialidad</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>     |
|---------------------|-------------------|--------------|
| 25-29               | 5                 | 5.7          |
| 30-34               | 16                | 18.4         |
| 35-39               | 13                | 14.9         |
| 40-44               | 24                | 27.6         |
| 45-49               | 9                 | 10.3         |
| 50-54               | 13                | 14.9         |
| 55-59               | 3                 | 3.4          |
| 60-64               | 4                 | 4.6          |
| <b>TOTAL</b>        | <b>87</b>         | <b>100.0</b> |

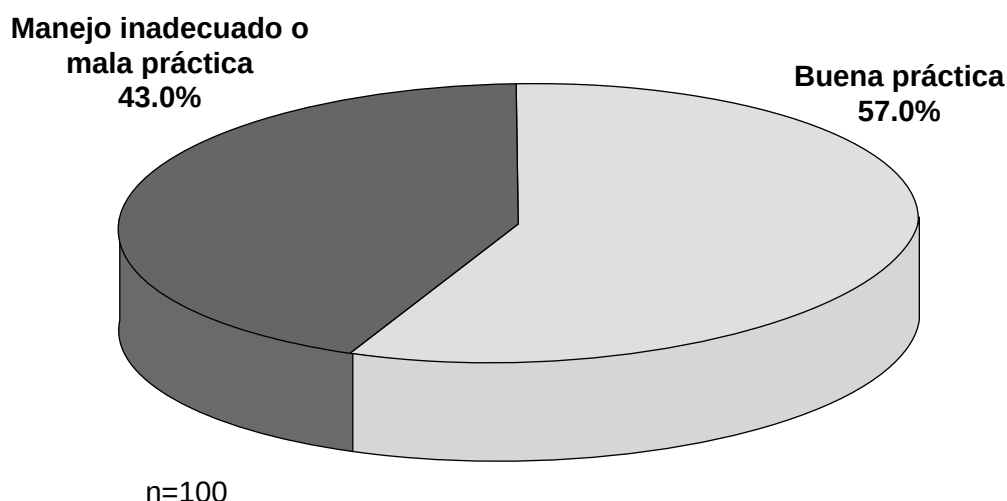
La principales modalidades de conclusión de las quejas de odontología correspondieron a los siguientes tipos: el primer lugar fue para la conciliación (53.1%), el segundo lugar quejas enviadas a arbitraje (11.9%) y en tercer lugar, derechos a salvo, otras modalidades se observan en el Cuadro 2.

**Cuadro 2. Modalidad de Conclusión de las quejas de Odontología, CONAMED 2001-2002**

| <b>Resultado</b>                         | <b>Frecuencia</b> | <b>%</b>     |
|------------------------------------------|-------------------|--------------|
| Conciliadas                              | 94                | 53.1         |
| Enviadas a arbitraje                     | 21                | 11.9         |
| No conciliadas                           | 20                | 11.3         |
| Falta de interés de alguna de las partes | 19                | 10.7         |
| No concluidas                            | 23                | 13.0         |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>177</b>        | <b>100.0</b> |

Se llevó a cabo un sub-análisis de 100 casos con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en el 57% existió buena práctica, desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por CONAMED y el 43% tuvieron alguna deficiencia en atención, manejo inadecuado o mala práctica (Gráfica 7).

Gráfica 7. Tipo de Práctica Odontológica en las quejas de la CONAMED



En las quejas de odontología se identifican problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal – paciente, como los problemas que se señalan a continuación:

- Maltrato al paciente.
- No se proporciona al paciente y sus familiares explicaciones sobre su tratamiento en términos accesibles.
- No se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento.
- No se informa el costo y riesgo/beneficio de la atención (probabilidades de fracaso del tratamiento).
- Inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio.
- Delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal.
- Modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

## DISCUSIÓN

En el análisis de la quejas odontológicas recibidas ante la CONAMED, es importante enfatizar y destacar, que en nuestro país se cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, que deben difundirse entre el gremio estomatológico institucional y privado.

Asimismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y por supuesto la inherente optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.

Al realizar el análisis de los casos ( $n = 100$ ) con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en 57% de los casos existió buena práctica y 43% tuvieron alguna deficiencia en la atención brindada desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por la CONAMED (manejo inadecuado o mala práctica). En estos casos las irregularidades con mayor frecuencia se citan a continuación: En primer lugar, la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente que puede englobarse de la siguiente manera: maltrato al paciente, el profesional de la estomatología no se explica con términos accesibles para el usuario, no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no se informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de rango de fracaso del procedimiento otorgado), caer en inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio, así como la delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal y finalmente, la modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

En segundo lugar, la emisión de falsas expectativas del profesional de la salud bucal hacia sus pacientes, reseñadas de la siguiente forma: Uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas.

En tercer lugar, el incumplimiento de obligaciones:

- De medios: ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado<sup>26,27,28</sup> que se remiten en anulación del sustento le-

gal de las declaraciones clínicas del paciente, carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, estudios de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico) así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.

- De seguridad: Exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del usuario.
- De resultados: Insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos a priori por el facultativo, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

En cuarto lugar, el desconocimiento del profesional de la salud bucal de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, que regulan la normatividad del ejercicio de la profesión odontológica, así como la relación con sus pacientes.

En quinto lugar, el anteponer las técnicas rehabilitatorias mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.<sup>29,30</sup>

En sexto lugar, matización de una ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de intereses personales del profesional de la salud bucal a los del paciente, una ausencia de actualización profesional, al ejercicio indebido del menester odontológico (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva.<sup>31,32,33,34,35,36</sup>

Finalmente, cabe enfatizar que el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, y que son las razones que sustentan el existir de la profesión odontológica.

## RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

### 1. Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.<sup>20,21</sup>

- Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal.
- Intensificar en el ejercicio profesional una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva.
- Promover la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos rehabilitatorios bucales preexistentes.
- Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal especialmente en grupos de riesgo.

### 2. Practicar todo acto estomatológico diagnóstico, resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que

**asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.**

Atender a los contenidos de las siguientes disposiciones:

#### **Ley General de Salud.**

##### **Área Consultorio**

(Art. 59, NOM 178 SSA1-1998, NOM 197 SSA1-2000)

Deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.

##### **Botiquín Urgencias**

(Art. 245 Reglamento Ley General de Salud)

El consultorio deberá contar con botiquín de urgencias que establecen las normas son insumos que establecen las NOM 013-SSA2-1994, NOM 178-SSA1-1998, NOM 197-SSA1-2000.

##### **Curso Básico de RCP**

(Art. 245 Reglamento Ley General de Salud)

Los cirujanos dentistas y personal auxiliar del consultorio dental sin excepción deben contar con curso básico de RCP. NOM 013 SSA-2-1994.

##### **Receta Médica**

(Art. 37 y 64 del Reglamento Ley General de Salud)

Debe contener: Nombre del médico, Nombre de Institución que la expide, Título y Cédula Profesional, Domicilio y Nombre del Establecimiento y Fecha de expedición.

##### **Instrumental y equipo**

(Art. 245 del Reglamento Ley General de Salud)

El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, médicamente vigentes e instrumentos mínimos de acuerdo a la NOM 197-SSA-2000 Y NOM 178-SSA1-1998.

##### **Normas Oficiales Mexicanas. Marco Legal**

NOM 013 SSA2 – 1994 (Para la prevención y control de enfermedades bucales).

NOM 010 SSA – 1993 (Para la prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana).

NOM 087 – ECOL – 1997 (Establece los requerimientos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológico-infeccioso que se generan en establecimientos que prestan atención médico-odontológica).

NOM 168 SSA1 – 1998 (Del expediente clínico)

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal

- Obligación de Medios: Todos los recursos empleados para poder obtener un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico; sobresaliendo los medios auxiliares de diagnóstico y la elaboración del expediente clínico.
- Obligación de seguridad: Son todos los medios utilizados para prevenir cualquier accidente.
- Obligación de resultados: La odontología en algunos procedimientos podrá comprometer resultados, pudiendo ser estos funcionales o estéticos.

**3. Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente, sus familiares o representantes legales.**

- Establecer una comunicación clara, accesible y explícita, con el paciente y sus familiares.
- Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada.
- Enterar de la posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico, así como de sus riesgos y beneficios, sin crear falsas expectativas.
- Considerar al paciente como un ente integral y no únicamente como una boca.
- Proponer, las alternativas idóneas para el tratamiento del paciente, considerando para ello las circunstancias de modo, tiempo y lugar, siempre en apego a los lineamientos científicos.
- Respetar los derechos del paciente,<sup>37</sup> así como de otros profesionales de la salud.
- Ganar la atención y confianza del paciente, familiares o representantes legales demostrando empatía e interés por su padecimiento.

**4. Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.<sup>38,39</sup>**

- El expediente es el instrumento documental que garantiza recíprocamente la relación del profesional de la

salud bucal y el paciente, desde el punto de vista jurídico y clínico.

- Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder.
- Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.<sup>40</sup>
- Aceptación recíproca (profesional de la salud bucal-paciente) de la información acerca de los riesgos y beneficios previstos, así como probables complicaciones ante el proceder diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio.
- Elaborar el expediente de acuerdo a la normatividad existente y lo sugerido por los grupos de consenso.

**5. Determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento acordes con las bases éticas y científicas.**

- Considerar al paciente como un ente integral.
- Evitar simular o demorar tratamientos.
- Solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional.
- Recurrir a una actualización continua.
- Salvaguardar siempre la integridad física del paciente.
- Fomentar una atención especializada y multidisciplinaria cuando el caso lo requiera.
- El profesional de la salud bucal tiene el deber de brindarse al servicio de su actuar con compasión, respeto y honestidad a la dignidad de sus colegas, de sus pacientes y sus familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arnin SS: *Microcosms of the Human Mouth*; J. Tenn. Dent Assoc, 1995.
2. "Selected dental Findings in adults by Age, Race and Sex". Wash. D.C. Press, 1985.
3. Ismail, Amid. *Clinical Diagnosis of Precavitated Carious Lesions*. Community Dent Oral Epidemiol. 1998;4:854-855.
4. Russell A. L., "Dental Disease in Latin America". Am. Com. Dent. J. 1993.
5. Day CDM and Sewich HJ. Dental caries in Northern India. Br. Dent J. 1994. Vol XIX:1518-1519.
6. Malherbe M and Ockerse t. Dental Caries in North Africa. Afr. J. Med. Sci. 1994.Vol XIII:789-793.
7. Price W.A: Eskimo and Indian Field Studies in Alaska and Canada J. Am. Dent Assoc. 1998.2:297-298.
8. Curd M.L. Bollen, Mongardini Claudio Et. Al. The Effect oh Full Mouth Desinfection of different intra-oral Niches. Clinical and microbial observations J. Clin Periodontol 1998.
9. Abbot F. Caries of Human Teeth. Dent Cosmos, 1997.
10. Imfeld, TN, Marthaler, TM. Predictions of Future caries increments for children. J. Dent Educat. 1995
11. Bowen WH, Immunologic Aspects of Dental Caries. Special Supplement to immunology Abs Tracks. Wash, D.C. 1996.
12. Collins MR: "Temporomandibular Joint: diagnosis." Current concepts in Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 1991
13. A.L. Morris and H. M. Bohannon "Dental Specialties in General Practice", W.B. Saunders, Co. Philadelphia, 1993.
14. Graber TM, Rakosi T. Petrovic AG: "Dentofacial Orthopedics with Functional Appliances". St. Louis: CV: Mosby Co, 1985.
15. Mc Namara JA, Ribbens KA, Editors: "Malocclusion and The Periodontium." Ann Arbor, 1987. Univ. Of Michigan Press
16. Gorlin RJ, Pindborg, JJ, Cohen MM: "Sindromes of the Head and Neck". Ed. 2, New York, 1990, Mc Graw Hill.
17. "Atlas of Orthodontics: Principles an clinical applications". 1993, W.B: Saunders Co. Harcourt Brace and Co. Philadelphia.
18. "Contemporary Orthodontics: 1993, Mosby-Year Book, Inc. Ackerman, Sinclair, Thomas, Tulloch.
19. "Essentials of Clinical Dental Assisting", Joseph E. Chasteen. The CV Mosby, Co., 1995.
20. Russell, A.L. "Measures Available for the Prevention an control of oral Diseases". WB Saunders Co., 1994.
21. Cahn LR and Slaughter. "Oral Cancer, a Monograph for the Dentist". New York, AM. Cancer Coc., 1992.
22. Dollr: "Uncovering the Effects of Smoking". Stat Methods Med Res.1998.7:87-95.
23. La Vecchia C. Boyle p, Franceschi Et AL.: "Smoking and Cancer". Eur. J. Cancer, 1991.
24. Secretaría de Salud. Boletín de información Estadística. Recursos y Servicios, año 1999. Volumen 1, pp 62-63.
25. Warner R. Segal H. "Ethical Issues of Informed Consent In Dentistry". Chicago, Ill. Quintessence Publ Co; 1980: 115.
26. Faden R. Beauchamp TI, King NNP. A History and Theory of Informed Consent. New York, NY, Oxford University Press, 1986.
27. NOM 168 para la elaboración, Integración y uso del expediente clínico. Ley General de Salud. Editorial Porrúa. P. 94.
28. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios Ley General de Salud. Editorial Porrúa.
29. NOM 168 para la elaboración, Integración y uso del expediente clínico. Ley General de Salud. Editorial Porrúa. P. 94.
30. Jong A. Heine, C.S. "The Teaching of Ethics in the dental Hygiene Curriculum". J. Dental Educ 1988, 52:306-308.
31. Sandowsky D. "Moral Dilemmas of Multiple Prescription in the dentistry. J. Am. Coll Dent, 1979, 46:235-248
32. Veatch RM. "The Case For Contract in Medical Ethics: "The Moral Fabric of the Patient – Dentist Relationship". Dordrecht, Howand: D. Reidek Publico, 1983:105-112.
33. James T. Rule, DDS, MS, Robert M. Veatch, Ph D. "Ethical Questions in Dentistry". Quintessence Publishing Co, Inc, 1993.
34. Odom JG. Recognizing and Resolving Ethical Dilemmas in Dentistry. Med Law, 1985;4:543-549.
35. Holloway JA, McNeal Dr, Lotzkar S. Ethical Problems in Dental Practice. J AM Coll Dental, 1985;52:12-16.
36. Carta Derechos de los pacientes
37. Carta de los Derechos Generales de los pacientes, Diciembre, 2001 CONAMED.
38. NOM 013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
39. NOM 168 Para la Elaboración, Integración y uso del Expediente Clínico. Ley General de Salud Editorial Porrúa. P. 94.

# Caso Conamed

## Síntesis del Caso

Paciente femenina de 3 años de edad, con el antecedente de que al bañarla el 11/10/02, su mamá, detectó 'moretones' en el cuerpo de la niña al parecer por caída de su altura (era frecuente por padecer de pie cavo, según consta en receta médica de Ortopedia), dos días (13) después al ir al baño se tropezó y golpeó en la cabeza sin consecuencia aparente. El 14 al parecer las equimosis habían aumentado de tamaño y en la cabeza, en el sitio del traumatismo aparecieron equimosis.

El 15/10/02 presentó 'salpullido' en cara y cuello, por lo que fue llevada a consulta a Hospital de Traumatología y Ortopedia. En donde a la exploración médica en presencia de la madre, la encontraron activa, cooperadora, orientada de acuerdo a su edad, con las siguientes lesiones: Hematoma equimosis en región temporal izquierda, equimosis de coloración verdosa amarillenta y vino localizadas en cara lateral hemitórax derecho a la altura del pectoral, cara lateral de hemitórax izquierdo a nivel de 5o. espacio intercostal, codo derecho, región inguinal derecha lineal, sacro de forma

lineal, glúteo izquierdo, cara interna ambos muslos, cara externa tercio medio de muslo izquierdo, rodillas, cara anterior ambas piernas, dorso del pie derecho. Himen íntegro y sin lesiones, ano con pliegues íntegros y sin lesiones.

Diagnóstico: Menor que presenta signos del Síndrome del niño maltratado (SNM). Se notificó al Ministerio Público, deslindaron a la paciente de los padres y fueron detenidos. En la nota médica de urgencias no se describe tratamiento o manejo alguno otorgado a la menor en ese momento.

La paciente ingresó al servicio de Hematología en unidad de tercer nivel se ignora la fecha, procedente de Albergue temporal para niños, con buen estado general, equimosis y petequias en diferentes partes del cuerpo, principalmente en miembros inferiores. La exploración física no evidenció más hallazgos. La Biometría hemática con reporte normal a excepción de las plaquetas (5000 x ml.), le practicaron aspirado de médula ósea en la que se observó hiperplasia de la serie megacariocítica. Resto de los componentes de la hematopoyesis normal.

El diagnóstico presuntivo fue Púrpura trombocitopénica aguda de probable etiología autoinmune y secundaria a proceso infeccioso, recibió tratamien-

to con esteroides. La egresaron por mejoría con cita a la consulta externa a la que acudió en dos ocasiones. Presentó respuesta al tratamiento alcanzando la cifra de 126,000 plaquetas por ml. Dada la respuesta se suspendió el tratamiento y se citó en 30 días para seguir su evolución.

El 18/11/02 nuevamente fue hospitalizada por recidiva de la Púrpura con plaquetopenia inferior a 10 000, de nuevo la manejaron con esteroides. La paciente evolucionó en forma aceptable las primeras 72 horas, sin embargo presentó dolor abdominal agudo progresivo con distensión abdominal y vómito. El laboratorio mostró hipocalcemia severa, hiperkalemia, elevación de azoados y ácido úrico de 14 mg/dl. Concluyeron probable insuficiencia renal, la programaron para diálisis. Pero presentó paro cardiorespiratorio y cardíaco irreversible a las maniobras de resucitación dándose por fallecida a las 4 am. del 23/11/02 y como causa del mismo Acidosis metabólica, Insuficiencia renal aguda y Púrpura trombocitopenica según consta en el certificado de defunción.

### Consideraciones:

La controversia es por: Error diagnóstico. En este caso por sus peculiaridades existen algunas reflexiones.

- a) La quejosa llevó a su hija a un Hospital de Traumatología y Ortopedia por el traumatismo en cabeza con la idea de que recibiera tratamiento. En la única nota enviada por la unidad médica no existe evidencia de haberle otorgado atención médica (protocolo mínimo del servicio de urgencias) a la usuaria.
- b) En el informe médico describen que no encontraron datos de traumatismo agudo y sí, áreas de equimosis recientes y no recientes por lo que pensaron en Síndrome del Niño Maltratado (SNM). No obstante, en vez de efectuar una anamnesis más completa y solicitar exámenes (radiografía de hueso, radiografía de cráneo y/o RM y TAC de cráneo) para corroborar SNM, solicitaron la valoración del médico legista el que supuestamente confirmó el SNM. El diagnóstico erróneo constituye una forma generalmente grave de victimización iatrogénica que compromete al niño, su familia y su entorno. Esta se da a través de interrogatorios, exámenes complementarios innecesarios, intervención policial o judicial, estigmatización injustificada, acusación de maltrato físico a un menor. Representa un serio daño adicional para las familias más carenciadas.
- c) En el informe médico se refiere que 'los padres no informaron al médico que la niña ya había presentado datos de equimosis con anterioridad para justificar las equimosis no recientes'. La responsabilidad de solicitar los antecedentes y/o la información es del médico y no de los padres, pues ellos no tienen el conocimiento, ni la experiencia que se supone debe tener el médico para llegar al diagnóstico.
- d) Un punto importante a considerar es que el hospital referido, no se especializa precisamente en niños y difícilmente hubieran hecho el diagnóstico o pensado que se trataba de un problema hematológico. El diagnóstico precoz de SNM exige la participación de diferentes áreas asistenciales (pediatría, salud mental, medicina legal, servicio social y eventualmente subespecialidades pediátricas). Es recomendable que en casos cuya expresión clínica sea de tipo hemorrágico, se incorpore a la rutina el estudio de discrasia sanguínea.
- e) Con base en la única nota enviada en la que se señala que la paciente se encuentra activa, cooperadora a la exploración médica, orientada de acuerdo a su edad..... Existe la duda de si realmente fue explorada la paciente o sólo se llevó a cabo la Inspección (que es sólo la parte inicial de la exploración). En la literatura consultada se describe que el patrón de comportamiento en el niño sujeto a formas extremas de maltrato, aun en ausencia de lesiones que comprometen el desarrollo general, el niño aparece triste, apático y en ocasiones estuporoso, rehuye al acercamiento del adulto; llora poco y no se muestra ansioso; cuando se trata de un lactante mayor o un preescolar por la ausencia de la madre o un familiar; en ocasiones por el contrario muestra rechazo franco hacia la madre, especialmente si ésta ha sido la agresora.
- f) En el informe también se comenta que una vez valorada por el médico legista, éste se hizo responsable del manejo a partir de ese momento. No contamos con información que conste lo anterior.
- g) Otro punto a considerar es que se desconoce a partir de cuándo (fecha), la paciente fue atendida médicamente. Pues ni la familiar (madre) sabe con exactitud y aunque en el expediente CONAMED se glosa un informe del médico (hematólogo) que la trató, no se especifica la fecha de la primera atención. -h) La interrogante es: si se hubiera detectado a tiempo el padecimiento y proporcionado el tratamiento con oportunidad, ¿La evolución y desenlace del padecimiento habría sido el mismo?

## BIBLIOGRAFÍA

- Loredó Abdala A. *Maltrato al menor*. México: Interamericana McGraw Hill 1994:162.
- Rodríguez H., Pais T. *Diagnóstico erróneo de síndrome de niño maltratado*. Rev. Med. Del Uruguay, p.1-6.
- Kirschner RH, Stein RJ. *Mistaken diagnosis of child abuse*. Am. J. Dis. Child, 1985; 139:873.
- McClain JL, Clark MA, Sandusky GE. *Undiagnosed, untreated acute lymphoblastic leukemia presenting as suspected child abuse*. J. Forensic Sci. 1990; 35:735.