

Recomendaciones para prevenir la mala práctica Médica en Pediatría

Recommendations to prevent Medical Malpractice in Pediatrics

BARRERA ROMERO N¹, JIMÉNEZ CORONA ME¹, RODRÍGUEZ SOTO JG¹, VICTORIA OCHOA R.¹, RIVERA CISNEROS AE¹, MANUELL LEE G¹, CORTÉS GALLO G², LOREDO ABDALA A³, PEZZOTTI Y RENTERÍA MA³, VELIZ PINTO R⁴, ALVAREZ VÁZQUEZ E⁴, VEGA LÓPEZ M⁵, JAUREGUI PULIDO S⁵, REYNES MANZUR JN⁶, RODRÍGUEZ WEBER MA⁷, GONZÁLEZ LARA CD⁸, RODRÍGUEZ SUÁREZ RS⁹, SERRANO SIERRA A⁹, TENA TAMAYO C¹.

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 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.

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

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).^{2,3}

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.^{4,5,6}

Actualmente, la Pediatría es una de las ramas de la medicina más evolucionadas, con un gran avance tecnológico, sociológico y biológico⁵ 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 infeccioso⁷ 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 perinatal⁸ 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.^{9,10,11,12}

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

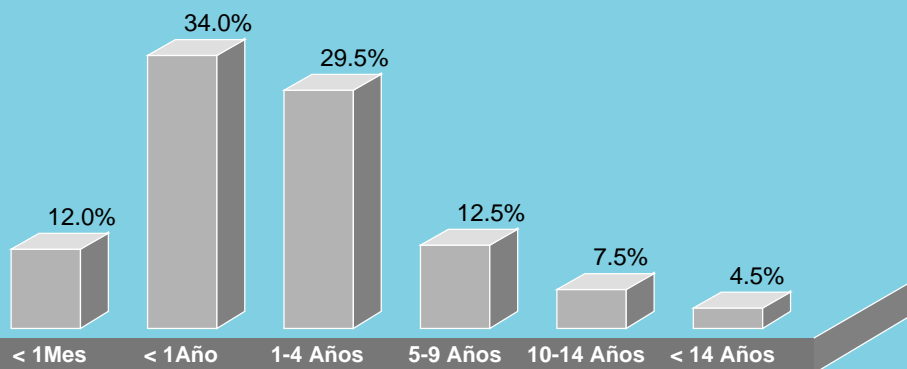
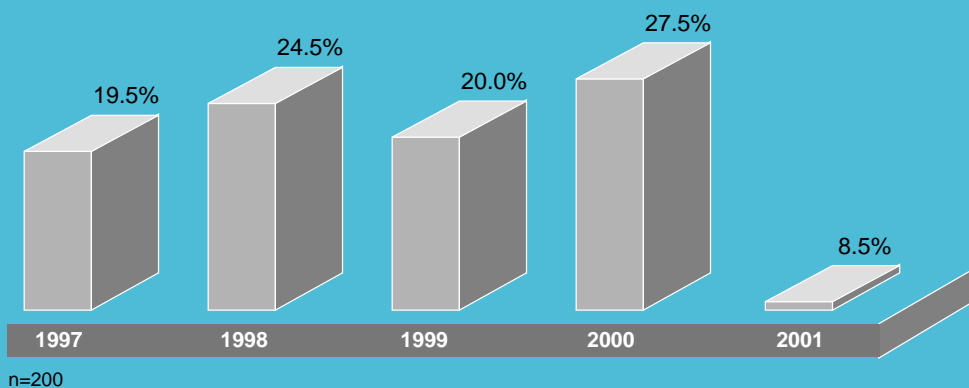
En el presente estudio se incluyeron todas las quejas de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED del periodo de enero de 1997 a diciembre de 2001. La información fue obtenida a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), que registra las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud.¹³ 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).¹⁴ 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

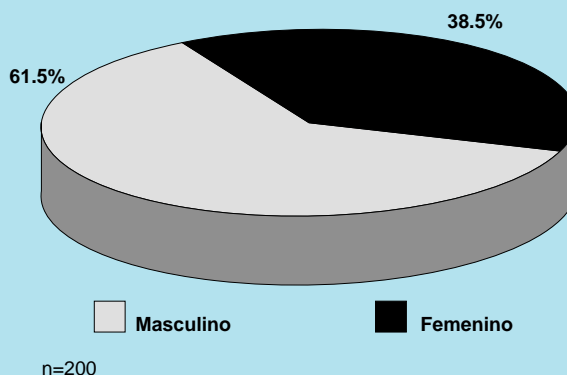


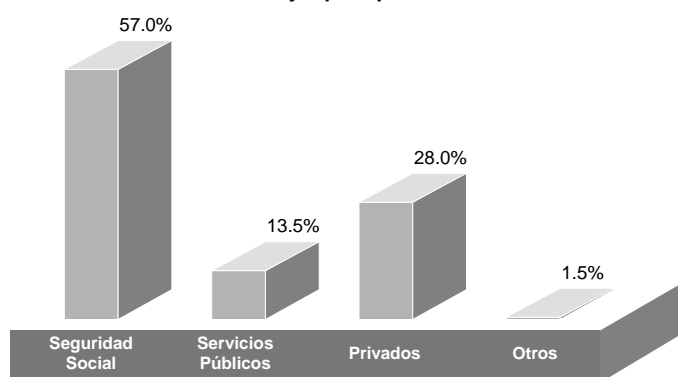
Tabla 1. Principales causas de morbilidad identificadas en las quejas de Pediatría, CONAMED 1997-2001

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.

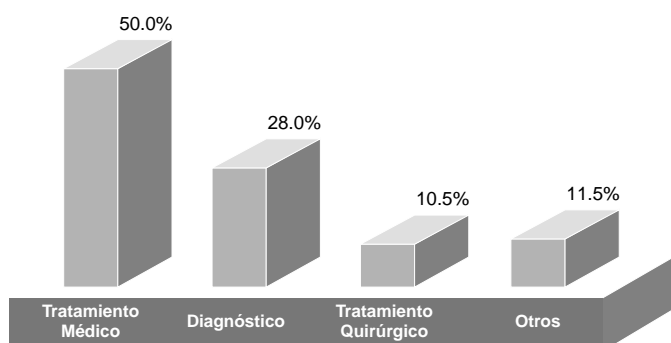
reagruparon las causas que en orden de frecuencia correspondieron al grupo de infecciones en general, gastroenteritis, tumores malignos de diferentes regiones, malformaciones congénitas, afecciones respiratorias, traumatismos de causa externa y envenenamientos principalmente. Las instituciones involucradas 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.

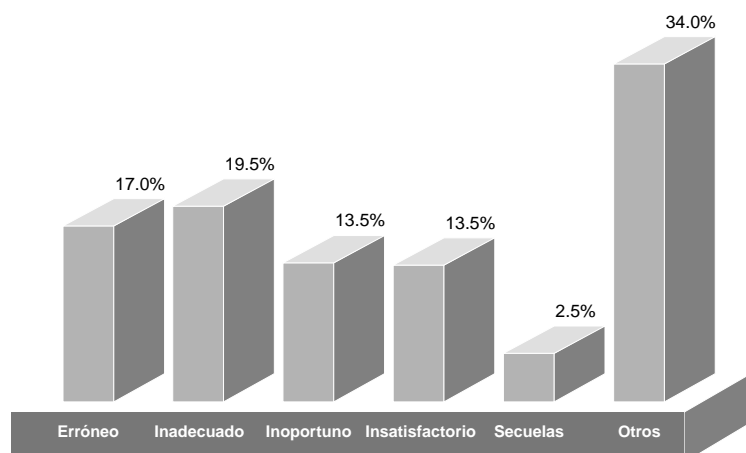


Tabla 2. Concentrado de motivos y submotivos de las quejas pediátricas

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
Total	100	100.0
Quejas por Tratamiento Diagnóstico		
Submotivo	Frecuencia	%
Erróneo	34	60.7
Inoportuno	18	32.1
No especificado	4	7.1
Total	56	100.0
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
Total	21	100.0
Otros Motivos		
Submotivo	Frecuencia	%
Misceláneos	23	
Total	23	100.0

*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 x 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.

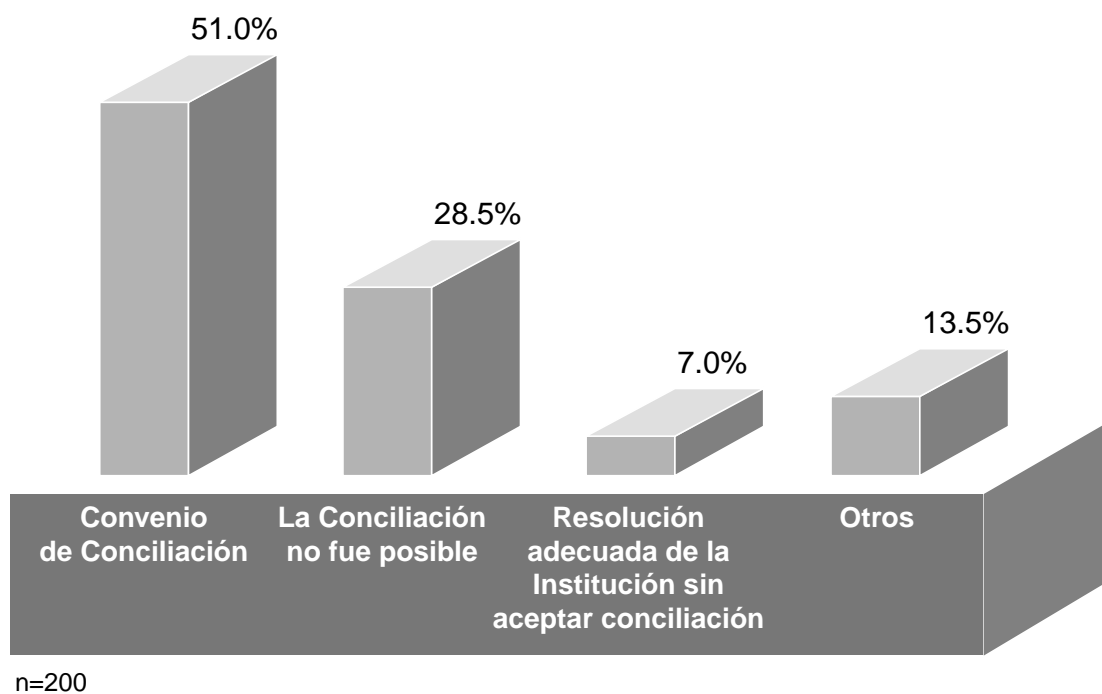
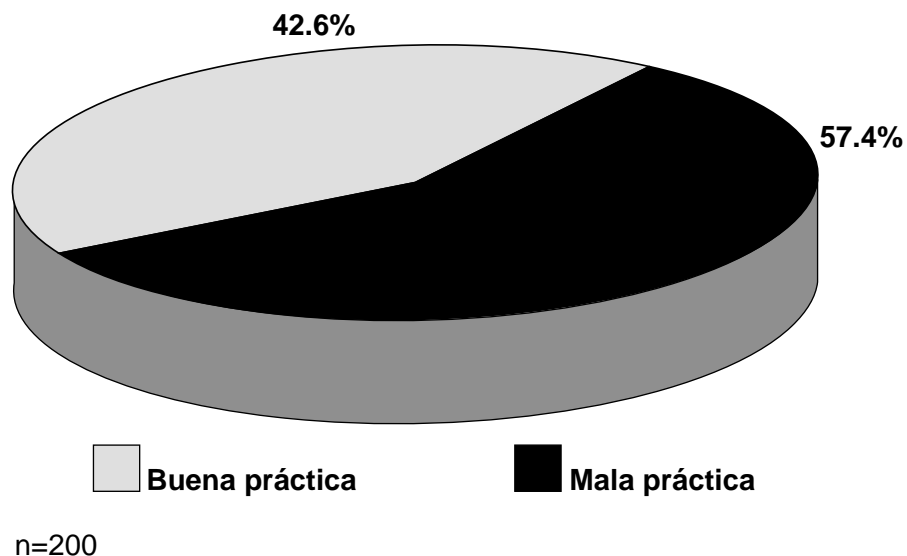


Tabla 3. Mortalidad por calusa básica en las quejas pediátricas

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
		Total	45	100

*Codificación por Causa Básica, CIE 10ª Revisión.

DISCUSIÓN

Aún cuando el total de casos pediátricos presentados ante la CONAMED en el periodo 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 vulnerables¹⁵ 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.^{16,17}

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 etapa¹⁸, 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.⁹ 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.¹⁹

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.¹⁰

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.²⁰ 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.^{10,21,22}

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.²² 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.^{10,23}

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 reflejan la presión de los padres como el factor más impactante en el uso inapropiado de antibióticos.^{24,25,26,27,28}

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.²⁹ 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.¹³

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.³⁰ 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 colaboradores¹⁹ 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.³¹ 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^{1, 2, 3}**

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 diagnósticos 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 desempeñe 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.

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

² Enlace Externo del Grupo de Validación Externa de Pediatría: Dr. Gabriel Cortés Gallo.

³ 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

- 1 Nelson EW. Tratado de pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, 1998;I:1-6.
- 2 Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Morbilidad 1998, México SSA. 1998.
- 3 Ortíz M. Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2000.
- 4 Secretaría de Salud. Dirección General de Información y evaluación del Desempeño. Estimaciones a partir de los totales de la población.
- 5 Nelson, MN. A decimillennium in neonatology. *J Pediatric*, 2000;137:731-735.
- 6 Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Mortalidad 1999, México SSA. 2000.
- 7 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.
- 8 American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. *PEDIATRICS*, 2000;105(3):647-649.
- 9 Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud en las Américas. México, 1998; II:403-418.
- 10 American Academy of Pediatrics. Committee on Drug and Committee on Hospital Care. *PEDIATRICS*, 1998;102:428-430.
- 11 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.
- 12 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.
- 13 CONAMED. Sistema de Atención de Quejas Médicas. Secretaría de Salud. México. 2000.
- 14 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.
- 15 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.
- 16 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001:89-92.
- 17 Gimar Figueroa, González, Hermosa y Lemus. El consentimiento en el acto médico una aproximación en Pediatría. <http://www.encolombia.com/pediatría34299-consenti25.html>
- 18 Pantell RH, Stewart JT, Dias KJ, Wells P and Ross WA. Physician Communication with children and parents. *PEDIATRICS*, 1982;70(3):396-402.
- 19 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.
- 20 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.
- 21 American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. *PEDIATRICS*, 2001;108(5):1227-1230.
- 22 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.
- 23 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.
- 24 Bauchner H, Pelton IS and Klein OJ. Parents, Physicians, and Antibiotic Use. *PEDIATRICS*, 1999; 103(2): 395-401.
- 25 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.
- 26 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.
- 27 Homm 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.
- 28 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.
- 29 Reisinger SK and Bires AJ. Anticipatory Guidance in Pediatric Practice. *PEDIATRICS*, 1980;66(6):889-892.
- 30 Fraser JJ and the Committee on Medical Liability. American Academy of Pediatrics. *PEDIATRICS*, 2001;107(3):602-607.
- 31 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.