

Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en Neonatología

Specific recommendations to avoid medical malpractice in Neonatology

Cortés Gallo G¹, Rodríguez Soto JG², Victoria Ochoa R, Manuell Lee G², Sánchez González JM², Hernández Gamboa LE², Campos Castolo EM², Loredo Abdala A³, Pezzotti y Rentería MA³, Veliz Pinto R¹, Alvarez Vázquez E¹, Vega López M⁴, Jáuregui Pulido S⁴, Reynes Manzur JN⁵, Rodríguez Weber MA⁶, González Lara CD⁷, Rodríguez Suárez RS⁸, Serrano Sierra A⁸, Tena Tamayo C².

¹ Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría

² Comisión Nacional de Arbitraje Médico

³ Academia Mexicana de Pediatría

⁴ Confederación Nacional de Pediatría

⁵ Asociación Mexicana de Pediatría

⁶ Instituto Nacional de Pediatría

⁷ Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS

⁸ Hospital Infantil "Federico Gómez".

Resumen

La neonatología es la rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sano o enfermo. Las afecciones posnatales (del recién nacido hasta el primer mes de vida extrauterina) representaron la 7ª causa de mortalidad general y la primera de mortalidad infantil en 2001.

La morbilidad y mortalidad perinatal e infantil son indicadores indirectos de las condiciones de salud de una población, de la calidad de atención médica y del estado de desarrollo de una nación.

En el presente estudio se incluyeron las inconformidades recibidas en la CONAMED entre enero de 1997 y diciembre de 2001, que correspondieron al 17.5% del total de inconformidades por atención pediátrica. Del análisis de los resultados por especialistas de CONAMED, se emitieron una serie de recomendaciones, validadas internamente en la Comisión, y en una segunda fase, sometidas a una validación externa por un Grupo de Validación Externa, integrado por expertos líderes de opinión en Pediatría y Neonatología.

Se consensaron cinco recomendaciones específicas: 1) Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos; 2) Conocer y aplicar los principales protocolos de estudio y manejo en neonatología; 3) Identificar y tratar al recién nacido de alto riesgo; 4) Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y 5) Asegurar un traslado óptimo.

PALABRAS CLAVE: CONAMED, recomendaciones, neonatología, responsabilidad médica, mala práctica, demandas, inconformidades, quejas.

Abstract

Neonatology is the speciality of pediatrics dedicated to attend both healthy and ill newborns. Postnatal affections (since newborn until first month of extrauterine life) represents 7th cause of general mortality and first of infantile mortality in 2001.

Perinatal and infantile morbidity and mortality are indirect indicators of health conditions of a population, medical attention quality and development state of a nation.

This study analyzes the complaints were received in CONAMED between January 1997 and December 2001; they correspondes 17.5% of all pediatrics attention complaints. CONAMED specialists analyze this results and generate a serie of recommendations, validated in a second phase, by a external validation group, integrated by opinion leaders of Pediatrics and Neonatology.

Five specific recommendations were agreed: 1) Attend the newborn in integral and opportune way in delivery room; 2) Know and apply the main diagnosis and treatment protocols in neonatology; 3) Identify high risk-newborns and treat them appropriately; 4) Apply clinical criteria for enter patients to neonatal intensive care unit, and 5) Assure an optimal transfer.

KEY WORDS: CONAMED, recommendations, neonatology, medical responsibility, malpractice, demands, claims, complaints.

Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en Neonatología

I. Introducción y antecedentes

a) Definición e historia

Pediatría, compuesta etimológicamente por los vocablos griegos *paidos* (*paidos*) e *iatros* (*ieatros*), significa literalmente *medicina del niño*.

En la definición actual, es la rama de la medicina que estudia al ser humano durante sus etapas de crecimiento somático y de desarrollo funcional, psicológico y social, siempre correlacionados con el ambiente en el que se desenvuelve.¹

Conceptúa al niño como un ser en evolución constante, y se interesa tanto en el que se encuentra en condiciones de normalidad (considera todos los aspectos relativos al niño sano, debido a que éste también amerita estudio, atención educación y asistencia de medicina preventiva, para preservar su salud física, mental y social) como en el que está enfermo.

El desarrollo científico y tecnológico ha permitido el surgimiento de subespecialidades, como la neonatología, palabra latina compuesta por «natos» –nacer- y «logos» - tratado o estudio-, constituye la rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sano o enfermo.

Su origen se remonta a 1892, cuando el médico francés Pierre Budin, reunió en un libro todas sus observaciones y consejos para el manejo de neonatos enfermos, nacidos de partos prematuros. Fue el primero que los clasificó en pequeños y grandes para la edad gestacional; también identificó la influencia de la temperatura ambiente en la mortalidad de los prematuros, por lo que usó botellas de vidrio con

agua caliente para lograr termorregulación durante el traslado neonatal.

En la década de 1940, las sociedades de pediatras unificaron sus criterios para el manejo de los recién nacidos prematuros y se crearon las primeras incubadoras para estabilización térmica.

Para el año 1953, Virginia Apgar dio otro gran paso al construir su escala para evaluación del grado de asfixia perinatal y de adaptación a la vida extrauterina, que es usada hasta nuestros días.

En 1967, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) reconoció la necesidad de la estrecha relación entre el obstetra y el neonatólogo para disminuir la morbilidad perinatal.

Los siguientes descubrimientos representaron grandes progresos en el conocimiento científico: la descripción de la fisiopatología de la encefalopatía hipóxico isquémica (Sarnat, 1976), la fisiopatología y clasificación de la hemorragia intracraneana (Papile, 1978) y de las convulsiones neonatales (Volpe, 1987).^{2,3} Sus avances son el uso de surfactante exógeno y la cirugía neonatal y fetal.

b) Epidemiología

México es un país joven, pues la tercera parte de la población es menor de 15 años. La tasa de natalidad es de 20.48 por 1000 tenemos aproximadamente 2.096.212 nuevos mexicanos por año.⁴



La morbilidad y mortalidad perinatal e infantil tienen una gran importancia epidemiológica, pues son eventos centinelas e indicadores indirectos de las condiciones de salud de una población, de la calidad de atención médica y del estado de desarrollo de una nación, porque permite deducir la idoneidad de los cuidados sanitarios y de las estrategias diagnósticas, así como las posibles deficiencias y limitaciones.^{5, 6}

La población infantil constituye una gran proporción de toda la población mundial, pues una de cada 10 personas

es menor de 5 años (617 204, 10.2% del total).⁷ Esta proporción es mayor en países menos desarrollados. En la distribución por edades, el grupo mayoritario está constituido por los menores de cuatro años, seguido de preescolares y finalmente el grupo de 10 a 14 años de edad.⁸ Las afecciones posnatales (del recién nacido hasta el primer mes de vida extrauterina) representaron la 7ª causa de mortalidad general y la primera de mortalidad infantil en 2001.⁹ (Tabla 1)

Tabla 1. Principales causas de mortalidad infantil en 2001

Número de orden	Causa	Clave CIE 10a Rev.	Defunciones	Tasa ¹	%
	Total	A00-Y98	35.889		100
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96	18.192	855,02	50,7
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	2.819	132,49	7,9
3	Malformaciones congénitas del corazón	Q20-Q24	2.564	120,51	7,1
4	Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09	1.577	74,12	4,4
5	Desnutrición calórico protéica	E40-E46	708	33,28	2,0
6	Anencefalia y malformaciones similares	Q00	299	14,05	0,8
7	Infecciones respiratorias agudas altas	J00-J06	243	11,42	0,7
8	Síndrome de Down	Q90	223	10,48	0,6
9	Defectos de la pared abdominal	Q79.2-Q79.5	205	9,63	0,6
10	Espina bífida	Q05, Q07.0	197	9,26	0,6
	Las demás		8.862	417	24,6

¹ Tasa por 100,000 nacimientos estimados de CONAPO

Fuente: INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

En la actualidad, la valoración del recién nacido toma en cuenta características físicas, además del peso al nacimiento, como el desarrollo neurológico (evaluación de Ballard), que permiten estimar con mayor precisión la edad gestacional de los productos. Este abordaje diagnóstico ayuda a una mejor clasificación de los recién nacidos de riesgo, lo cual permite predecir el tipo de morbilidad y mortalidad.¹⁰

La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, indica el empleo de las valoraciones de Capurro y Ballard para estimar la edad de gestación y los gráficos de Jurado y Lubchenco para la clasificación del peso de los recién nacidos en adecuado, pequeño o grande para la edad gestacional. También incorpora la mencionada valoración de Apgar para el estado general.¹¹

II. Análisis de las inconformidades presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

a) Metodología utilizada en el análisis de las Inconformidades

En el presente estudio se incluyeron 35 casos, 27 varones y 9 niñas, recibidos en la CONAMED, del periodo de enero de 1997 a diciembre de 2001. Correspondieron al 17.5% del total de inconformidades presentadas por atención médica en la edad pediátrica. Los registros fueron obtenidos a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Se conformó una base de datos con las siguientes variables: edad en días, sexo del paciente, entidad federativa de procedencia de la queja, institución de salud involucrada, motivo y submotivo de la queja. Así mismo, se obtuvo la información acerca de los diagnósticos

involucrados y los procedimientos quirúrgicos realizados, los cuales fueron codificados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10).¹² Se recabó información relacionada con el estatus del paciente (vivo o fallecido). Se realizó un análisis univariado (frecuencias simples y porcentajes); posteriormente se efectuó un análisis bivariado, utilizando como variable de estratificación el tipo de práctica médica (buena o mala práctica), mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.1. Del análisis de los resultados (ver siguiente capítulo) por los médicos especialistas de CONAMED, se emitieron una serie de recomendaciones, validadas internamente en la Comisión, y en una segunda fase, éstas fueron sometidas a una revisión externa por un Grupo de Validación Externa, que estuvo integrado por expertos líderes de opinión en Pediatría y Neonatología, con quienes se llevaron a cabo reuniones de trabajo, para consensar las recomendaciones emitidas.

b) *Resultados del análisis de las Inconformidades de la subespecialidad de Neonatología recibidas en la CONAMED*

La muestra se dividió en dos grupos: 1) neonatos tempranos (primera semana de vida extrauterina) y 2) neonatos tardíos (mayores de una semana hasta 30 días); en el **Cuadro 1** se presentan las características generales de los casos, predominaron los varones (60%), en la etapa neonatal tardía (51.4%), del Distrito Federal (65.7%), de instituciones de Seguridad Social (48.6%) y hospitalizados (80%).

En cuanto al motivo de la queja, sobresalieron las inconformidades relacionadas con el tratamiento médico con 68.6%, donde el proceso de integración del diagnóstico tuvo 14.3%, **Cuadro 2**.

Las causas de morbilidad más frecuentes correspondieron, en la CIE-10, a ciertas afecciones originadas en el pe-

Cuadro 1. Características generales de los casos

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	21	60,0
Femenino	14	40,0
Total	35	100
Grupo de edad		
Neonatos tempranos	17	48,6
Neonatos tardíos	18	51,4
Total	35	100
Entidad federativa		
D.F.	23	65,7
Estado de México	4	11,4
Otros estados	8	22,9
Total	35	100
Tipo de institución		
Seguridad Social	17	48,6
Servicios Públicos	2	5,7
Servicios Privados	16	45,7
Total	35	100
Tipo de atención		
Hospitalización	28	80,0
Consulta externa	4	11,4
Urgencias	3	8,6
Total	35	100

riodo perinatal con 22 casos, destacando la hipoxia intrauterina no especificada y otras afecciones del recién nacido pretérmino con 4 casos cada uno, seguidas de dificultad respiratoria del recién nacido e ictericia neonatal con

tres casos cada uno (**Cuadro 3**). En cuatro (11.4%) de los 35 casos analizados se requirió tratamiento quirúrgico; las cirugías fueron una gastrostomía, una piloromiotomía, una colostomía temporal y una apendicectomía.

Cuadro 2. Principales motivos de queja

Motivos y submotivos	Frec.	%
Tratamiento médico	24	68,6
Tratamiento inadecuado	7	
Tratamiento insatisfactorio	5	
Complicaciones y enfermedades secundarias	3	
Tratamiento inoportuno	2	
Otros	7	
Diagnóstico	5	14,3
Diagnóstico erróneo	4	
Diagnóstico inoportuno	1	
Tratamiento quirúrgico	1	2,9
Complicaciones postquirúrgicas	1	
Relación médico paciente	1	2,9
Desinformación	1	
Otros motivos	4	11,4
Negación del servicio	2	
Otros	2	
Total	35	100

Cuadro 3. Principales diagnósticos

Capítulo*	Diagnósticos	Frec	%
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	1	2,9
	Enteritis debida a salmonella (salmonelosis)	1	
VI	Enfermedades del sistema nervioso.	1	2,9
	Lesión cerebral anóxica, NCOP	1	
X	Enfermedades del sistema respiratorio.	1	2,9
	Insuficiencia respiratoria, no especificada	1	
XI	Enfermedades del sistema digestivo.	1	2,9
	Otras obstrucciones intestinales y las no especificadas	1	
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.	1	2,9
	Osteomielitis, no especificada	1	
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.	22	62,9
	Otros recién nacidos pretérmino	4	
	Hipoxia intrauterina, no especificada	4	
	Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada	3	
	Ictericia neonatal, no especificada	3	
	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2	
	Aspiración neonatal de leche y alimento regurgitado	1	
	Otras enfermedades respiratorias crónicas originadas en el periodo perinatal	1	
	Otras apneas del recién nacido	1	
	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	
	Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve	1	
	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	1	
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	3	8,6
	Atresia del esófago sin mención de fístula	1	
	Ausencia, atresia y estenosis	1	
	Otras malformaciones congénitas del sistema osteomuscular	1	
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP.	2	5,7
	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	
	Somnolencia	1	
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas.	3	8,6
	Fractura de la bóveda del cráneo	1	
	Fractura de la clavícula	1	
	Quemadura del tronco, de segundo grado	1	
	Total	35	100

* Capítulos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión.

Se identificaron 13 (37.1%) defunciones en la muestra, cuyas causas de mortalidad más frecuentes fueron septicemia no especificada, hipertensión pulmonar primaria y sepsis bacteriana del RN no especificada, **Cuadro 4**.

Las quejas fueron concluidas por convenio de conciliación en más de la mitad de los casos. **Cuadro 5**.

Cuadro 4. Mortalidad por causa básica.

Código	Causa	Frec.	%
A41.9	Septicemia no especificada	3	23,1
I27.0	Hipertensión pulmonar primaria	3	23,1
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	3	23,1
I46.9	Paro cardíaco, no especificado	1	7,7
J18.0	Bronconeumonía, no especificada	1	7,7
P25.1	Neumotórax originado en el periodo perinatal	1	7,7
P91.2	Leucomalacia cerebral neonatal	1	7,7
	Total	13	100

Cuadro 5. Modalidad de conclusión de las inconformidades

Modalidad de conclusión	Frec.	%
Convenio de conciliación	19	53,2
La conciliación no fue posible	11	31,4
Resolución adecuada de la institución sin aceptar conciliación	1	2,9
Falta de interés de alguna de las partes	1	2,9
Laudo	1	2,9
Desistimiento	1	2,9
No especificada	1	2,9
Total	35	100

La proporción de casos con mala práctica fue 57% (n=20) y el resto con buena práctica.

La distribución de mala práctica de acuerdo con las características generales de los casos se muestra en el **Cuadro 6**; fueron más afectados los varones, después de la primera semana de vida, atendidos en servicios médicos privados y hospitalizados.

Cuadro 6. Características generales de los casos.

Variable	Buena práctica	Mala práctica	% Mala práctica
Sexo			
Masculino	5	16	76,2
Femenino	10	4	28,6
Total	15	20	57,1
Grupo de edad			
Neonatos tempranos	10	17	63,0
Neonatos tardíos	5	13	72,2
Total	15	20	57,1
Tipo de institución			
Seguridad Social	9	8	47,1
Servicios Públicos	1	1	50,0
Servicios Privados	5	11	68,8
Total	15	20	57,1
Tipo de atención			
Hospitalización	11	17	60,7
Consulta externa	2	2	50,0
Urgencias	2	1	33,3
Total	15	20	57,1



Se observó que de los 20 casos con mala práctica, 14 correspondieron a inconformidades por el tratamiento médico, más específicamente por tratamientos insatisfactorios y por complicaciones y enfermedades secundarias al mismo, **Cuadro 7**.

Cuadro 7. Principales motivos y submotivos de inconformidad.				
Motivos y submotivos	Buena práctica		Mala práctica	
	frec.	%	frec.	%
Tratamiento médico	10	66,7	14	70,0
Tratamiento inadecuado	5		2	
Tratamiento insatisfactorio	2		3	
Complicaciones y enfermedades secundarias	0		3	
Tratamiento inoportuno	0		2	
Otros	3		4	
Diagnóstico	2	13,3	3	15,0
Diagnóstico erróneo	2		2	
Diagnóstico inoportuno	0		1	
Tratamiento quirúrgico	0	0,0	1	5,0
Complicaciones postquirúrgicas	0		1	
Relación médico paciente	1	6,7	0	0,0
Desinformación	1		0	
Otros motivos	2	13,3	2	10,0
Negación del servicio	1		1	
Otros	1		1	
Total	15	100	20	100

Las causas de morbilidad en los casos con mala práctica, de acuerdo con la CIE 10ª Revisión, se encuentran en el **Cuadro 8**. Dentro de las afecciones originadas en el periodo perinatal, los casos más comunes correspondieron a recién nacidos pretérmino; hipoxia intrauterina no especificada; e insuficiencia respiratoria del recién nacido; el segundo sitio correspondió a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Se identificaron ocho defunciones en los casos con mala práctica (8/20), las causas más frecuentes fueron sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, hipertensión pulmonar primaria y paro cardíaco, no especificado.

Las modalidades de conclusión de las quejas fue 46.6% a través de conciliación en los casos con buena práctica y 60% en los de mala práctica. (**Cuadro 9**)

III. Discusión

El periodo neonatal, que comprende el primer mes de vida, se ha dividido en dos periodos, el neonatal temprano o hebdomadal, que incluye solamente la primera semana de

vida, y el neonatal tardío, las tres semanas restantes. Esta división, aparentemente arbitraria, tiene implicaciones en la morbimortalidad de este grupo etario, pues durante la primera semana es cuando acontecen los problemas que se derivan de la incorrecta atención del último trimestre del embarazo y del parto, por lo que es en esta edad cuando, por motivos reales, o por el proceso de duelo que sufren los padres, pueden originarse numerosas quejas acerca de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

En contra de lo esperado, en ambos citados periodos, en la muestra estudiada se manifestaron prácticamente igual número de disconformidades. Debido a la ubicación de las oficinas de la CONAMED, la mayor parte de los casos provenían del Distrito Federal y del Estado de México, comprendiendo estas dos entidades el 77% del total. Del tipo de institución de origen de los casos, podría pensarse que la calidad de atención ofrecida en las unidades médicas del sector público que atienden a la población sin la protección de Seguridad Social y sin acceso a la atención privada es mejor, no obstante, estos datos pueden interpretarse también en virtud del nivel sociocultural que es francamente

Cuadro 8. Principales diagnósticos de Morbilidad.

Cap.*	Diagnósticos	Mala práctica	
		Frec.	%
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	12	60,0
	Otros recién nacidos pretérmino	3	
	Hipoxia intrauterina, no especificada	2	
	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2	
	Ictericia neonatal, no especificada	1	
	Aspiración neonatal de leche y alimento regurgitado	1	
	Otras apneas del recién nacido	1	
	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	
	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	1	
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	15,0
	Atresia del esófago sin mención de fístula	1	
	Ausencia, atresia y estenosis	1	
	Otras malformaciones congénitas del sistema osteomuscular ¹	1	
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2	10,0
	Fractura de la clavícula	1	
	Quemadura del tronco, de segundo grado	1	
X	Enfermedades del sistema respiratorio	1	5,0
	Insuficiencia respiratoria, no especificada	1	
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	5,0
	Osteomielitis, no especificada	1	
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP	1	5,0
	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	
Total		20	100

* Capítulos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión.

Nota: El total está constituido por la suma de los subtotaes de cada capítulo

Cuadro 9. Modalidad de conclusión

Modalidad de conclusión	Buena práctica		Mala práctica	
	Frec.	%	Frec.	%
Convenio de conciliación	7	46,6	12	60,0
La conciliación no fue posible	6	40,0	5	25,0
Resolución adecuada de la institución sin aceptar conciliación	1	6,7	0	0,0
Falta de interés de alguna de las partes	0	0,0	1	5,0
Laudo	0	0,0	1	5,0
Desistimiento	1	6,7	0	0,0
No especificada	0	0,0	1	5,0
Total	15	100	20	100

diferente en los tres grupos de población, lo cual provee a las personas de un distinto enfoque al interpretar las características de los cuidados médicos proveídos, en otras palabras, quien más conoce, más se queja. Asimismo, por el contenido de los servicios y los riesgos inherentes a la atención en los hospitales, es en estos donde se genera un mayor número de inconformidades.

Como se pudo apreciar en el cuadro 2, siete de cada 10 problemas surgieron con motivo del tratamiento, situación que se explica porque los pacientes, en este caso los padres, siempre esperan un resultado satisfactorio de la atención médica; a este respecto, debe comentarse que el personal médico, salvo contadas excepciones, no está obligado a lograr un desenlace favorable; la mala práctica (o mal praxis, como suele llamarse), no se asocia necesariamente con una resolución desfavorable, como tampoco la buena práctica garantiza un buen resultado. La mala práctica está definida por la diferencia entre lo que se hace y lo que debe hacerse, según el estándar de desempeño médico (*lex artis*) aceptado en tiempo, lugar y tipo de ejercicio profesional (*circunstancias de tiempo, lugar y modo*).

Asimismo, atendiendo a la correcta interpretación de la *lex artis* médica, hemos de tomar en cuenta que si bien, la práctica médica es una ciencia rigurosa, no es exacta; por ello, pueden plantearse objetivos médicos para cada etapa del proceso de atención e incluso a título de finalidad del tratamiento, pero no puede hablarse de la exigibilidad de resultados.

Aunque no existe una clasificación universalmente aceptada de los errores en la práctica de la medicina, estos pueden dividirse en tres grandes categorías, que coinciden con los dominios ampliamente aceptados del aprendizaje: (1) los afectivos, pertenecientes a las actitudes, involucran las habilidades de comunicación del profesionista y las quejas de los pacientes acerca de la conducta del médico; (2) los psicomotores, relacionados con habilidades técnicas y ejecución de procedimientos; y (3) los cognoscitivos, que se producen durante la obtención de los datos, o en el proceso de la toma de decisiones. Estos últimos pueden generarse por falta de conocimientos, omisión de empleo de protocolos, o incorrecta utilización del razonamiento hipotético - deductivo, esto es, errores en el juicio clínico.¹³

Como se aprecia en el cuadro 2, los principales diagnósticos elaborados en las afecciones originadas en el periodo neonatal pueden agruparse básicamente en cinco grandes rubros: el nacimiento anticipado, la asfixia intrauterina, los trastornos respiratorios, la ictericia, y aunque la enterocolitis necrotizante es de naturaleza aún incierta, puede, junto con la sepsis y la onfalitis, asociarse como procesos inflamatorios de origen infeccioso o indeterminado.^{14, 15, 16, 17}

Las causas principales de defunción, se relacionaron con infección sistémica o respiratoria, y las complicaciones de los trastornos de la mecánica respiratoria como son hipertensión pulmonar primaria y barotrauma.^{18, 19}

El perfil general de los casos en los cuales se encontraron elementos de mala práctica fueron en varones, durante el periodo neonatal tardío, atendidos en hospitalización de los servicios de atención privada.

La mal praxis, se observó principalmente con motivo de tratamientos médicos, y como era de esperarse, su origen se encontró en los problemas relacionados con la prematurez y alteraciones en la respiración.

La modalidad principal de conclusión de las quejas, fue la conciliación, el laudo en mucha menor proporción, ya que mientras con la primera forma extrajudicial de resolución de los conflictos entre médicos y pacientes, se concluyeron el 54.3% de los eventos, solo uno tuvo solución mediante el procedimiento de arbitraje, con la emisión del laudo correspondiente.

Como resultado de este análisis, y con el propósito de mejorar la práctica médica en neonatología, evitando mal praxis, se elaboraron algunas recomendaciones.

IV. Recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en Neonatología

Los primeros momentos en la vida de un niño pueden ser críticos. Este es el tiempo en el cual el neonato está realizando una transición abrupta desde el útero materno al medio extrauterino. Diversas patologías pueden afectarle en este momento, por lo que los recién nacidos están más expuestos a las complicaciones y tienen muchas más posibilidades de requerir de maniobras de reanimación que cualquier otro grupo de edad. El modo en el cual un niño se trate en los primeros minutos de vida, puede tener consecuencias sobre el resto de su existencia y afectar directamente su calidad de vida y la de su familia.

Después del análisis de todas las inconformidades de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED, durante el periodo 1997-2001, se observó que uno de los grupos de edad con mayor número de inconformidades era del nacimiento al primer mes de vida. Por ello, se decidió elaborar recomendaciones específicas para evitar la mala práctica en neonatología. Una vez generada su primera versión fue validada internamente en la CONAMED, y en una segunda fase, se sometió a una evaluación externa por expertos en pediatría, a través de reuniones de trabajo, con el fin de conocer e incluir sus observaciones.

1. ATENDER OPORTUNA E INTEGRALMENTE AL RECIÉN NACIDO DESDE LA SALA DE PARTOS:

- Contar con entrenamiento en reanimación neonatal.
- Conocer y valorar los factores de riesgo del binomio materno-fetal y detectar oportunamente el sufrimiento fetal.

- Verificar antes del nacimiento, la existencia de equipo e insumos para enfrentar cualquier situación imprevista.
- Valorar el estado de salud integral del recién nacido: mediante exploración física completa, valoración de Apgar y Silverman.
- Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las anomalías congénitas y adoptar las medidas correspondientes.
- Realizar las maniobras de evaluación y corrección para asegurar una buena vía aérea, ventilación y circulación.
- Informar oportunamente al familiar o tutor las condiciones de salud del recién nacido y obtener el consentimiento informado para procedimientos subsecuentes.
- Documentar la atención médica prestada de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y la NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño.

2. CONOCER Y APLICAR LOS PRINCIPALES PROTOCOLOS DE ESTUDIO Y MANEJO EN NEONATOLOGÍA:

- Líquidos y electrolitos.
- Tamiz metabólico neonatal.
- Isoinmunización materno-fetal a grupo sanguíneo y Rh.
- Profilaxis ocular y administración de vitamina K.
- Inmunizaciones del periodo neonatal.
- Reanimación Neonatal y Cardio-Pulmonar básica y avanzada en Pediatría.
- Procedimientos para el manejo del recién nacido: catéteres vasculares, intubación endotraqueal y ventilación asistida, punción pleural y lumbar y exsanguíneo transfusión.

3. IDENTIFICAR Y TRATAR AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO EN:

- Madre con preeclampsia y eclampsia.
- Madre con diabetes mellitus.
- Ruptura prematura de membranas.
- Madre con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Isoinmunización materno-fetal.
- Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal.
- Madres con adicciones.
- Madre con productos de bajo peso.
- Anomalías congénitas.
- Infección materna (TORCH, vulvovaginitis, corioamnionitis, infección de vías urinarias y VIH).

- Madre sin control prenatal.
- Madre con desnutrición o enfermedades intercurrentes.

4. APLICAR LOS CRITERIOS CLINICOS PARA EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN:

- Asistencia ventilatoria.
- Insuficiencia orgánica y choque.
- Uso de aminas presoras y otros medicamentos que requieren vigilancia y monitoreo continuo.
- Neonato diminuto (peso menor a 1000 gramos).
- Malformación congénita grave.
- Postoperado de cirugía mayor.

5. ASEGURAR UN TRASLADO OPTIMO:

- Realizar las maniobras necesarias para estabilizar al recién nacido antes de su traslado.
- Establecer comunicación con la unidad receptora que cuente con los recursos necesarios para recibir al paciente.
- Garantizar la participación de un médico o personal de salud calificado durante el mismo.
- Contar con el transporte, insumos y equipo necesarios.
- Asegurar la vía aérea, oxigenación, acceso vascular y control de la temperatura durante su traslado en incubadora.
- Elaborar y enviar la documentación de traslado, y detallar la evolución clínica, medicamentos y soluciones administradas, así como aquellos incidentes ocurridos.
- Entregar a la unidad receptora toda la documentación: historia clínica, notas de evolución, exámenes de laboratorio y gabinete realizados previamente y la nota de envío la cual deberá especificar el motivo de traslado, el diagnóstico y las medidas terapéuticas tomadas y el estado clínico en el momento del envío y el pronóstico.
- Comunicar a los padres, y exponerles las razones del traslado, con explicaciones claras acerca del diagnóstico, pronóstico probabilístico, riesgo de traslado, y medidas terapéuticas que se van a aplicar con sus posibles consecuencias y obtener el consentimiento informado.
- Favorecer que el familiar se presente en la Unidad de destino.
- Documentar la atención médica prestada de acuerdo a la NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Nelson EW. Tratado de pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México, 1998;I:1-6.
- ² Flores HG. Historia de la neonatología. Disponible en: URL: [acceso 05-09-03] <http://www.sociedadmedicallanquihue.cl/historia.html>.
- ³ Sánchez MC, Mandujano M, Romero G, Valencia G, Collado MA, Rodríguez M. Secuelas neurológicas en prematuros con hemorragia peri-intraventricular. En: UAM-X. Temas Selectos de Investigación Clínica. Areas Clínicas. UAM-Xochimilco:México;1998. Disponible en: URL: [acceso 7-09-03] http://cueyatl.uam.mx/temas_selectos/Secuelas_neurológicas.htm.
- ⁴ INEGI/SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.
- ⁵ Tsui AO, Wasserheit JN, Haaga JG (editores). Healthy Pregnancy and Childbearing. En: Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions. Washington (US): National Academy Press; 1997.
- ⁶ De Miguel JR, Fabre E. Etiología de la mortalidad perinatal. En: Gynécologie 5200-A-05. Encycl Med Chir. París (Francia): Elsevier; 1998. p: 1-4.
- ⁷ United Nations Population Division. Panel 2: Detailed data. World Population Prospects: The 2002 Revision Population Database. Disponible en: URL: <http://esa.un.org/unpp/> [acceso 5-08-03].
- ⁸ Padrón Puyou F. La evolución de la pediatría. Variaciones sobre el tema. Bol Med Hosp Inf Mex 2000;57:537-540.
- ⁹ SSA.DGIED. Boletín de Información Estadística No. 21, 2001. México, 2002.
- ¹⁰ Gómez-Gómez M. Manejo del recién nacido prematuro. En: Temas de actualidad sobre el recién nacido. DEM: México; 1997. Pp: 9-18.
- ¹¹ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación (México), 14 de septiembre de 1999.
- ¹² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Ginebra:OMS; 1992.
- ¹³ Marx: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 5th ed. Philadelphia: Mosby. 2002:110-14.
- ¹⁴ Moro SM. Neonatología. En: Delgado RA. Pediatría. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Pp:289-295.
- ¹⁵ Aldana VC. Ictericia neonatal. En: Arnaiz TCJ, Gamboa MJD, Escobar PE, Aparicio FE eds. Neonatología. México: Interamericana, 1996:61-74.
- ¹⁶ Noerr B. Current controversies in the understanding of necrotizing enterocolitis. Advances in Neonatal Care, Vol 3, No 3 (June), 2003: pp 107-120.
- ¹⁷ Vargas OA. Septicemia neonatal: perspectivas en su tratamiento. En: Arnaiz TCJ, Gamboa MJD, Escobar PE, Aparicio FE eds. Neonatología. México: Interamericana, 1996:85-98.
- ¹⁸ Kadhim H. Inflammatory cytokines in the pathogenesis of periventricular leukomalacia. Neurology 2001;56(10):1278-84.
- ¹⁹ Secretaría de Salud (México). Estadísticas de Salud 2000. Salud Pub Mex Sep-Oct 2001;43(5):494-510.

Ahora usted puede consultar *in extenso* y por autor los artículos de la

R E V I S T A
CONAMED

en: www.conamed.gob.mx