

Señaló que entonces funcionaban 13 comisiones —14 si se considera a la de Morelos.

Informó que están en proceso de integración las correspondientes a Sonora, Tamaulipas, Baja California Sur, Sinaloa, Nayarit, Zacatecas, Campeche, Chiapas, Tlaxcala e Hidalgo, que podrán instaurarse en el curso del próximo año.

Un organismo similar a CONAMED en Perú: Isasi Cayo

Isasi Cayo, Superintendente de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud en Perú, recibió al titular de CONAMED, Dr. Héctor Fernández Varela, a fin de firmar un convenio donde se aprovechen las experiencias de ambos países en el ámbito de la conciliación y el arbitraje médicos.

Doctor Héctor Fernández Varela Mejía:

Su presencia ilustra las cordiales relaciones entre México y el Perú, dos países que están dispuestos a traducir su antigua amistad en una mutua colaboración científica y técnica para el desarrollo y el bienestar de sus pueblos.

Sin lugar a dudas, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una institución que, a pesar de su relativa juventud, constituye un importante referente en América Latina en el campo de la solución de los conflictos que ocurren en la prestación de los servicios de salud y en la relación médico-paciente.

Creada en 1996, la CONAMED ha logrado, en corto tiempo, efectuar contribuciones originales a la solución de los conflictos en el campo médico desde una óptica centrada en la protección de los derechos de los pacientes y en la calidad de los servicios de salud

que se presta a la población.

Pero no se ha limitado a ello: a través de los Simposios Internacionales que ha organizado anualmente, desde el mismo año de 1996 y de las publicaciones que los han acompañado, ha contribuido a la generación e intercambio de información sobre una gran diversidad de temas, aportando decisivamente a la difusión del conocimiento en la región y produciendo un innegable impacto, teórico y práctico, en el tratamiento de los conflictos en materia de salud, aplicando las técnicas y los procedimientos de la conciliación y el arbitraje especializado.

En nuestro medio, la ley y las políticas de modernización de la seguridad social en salud han reconocido la importancia de contar con métodos de solución de controversias justos, eficientes, de fácil acceso y útiles tanto para el paciente o asegurado, como para su contraparte, el proveedor de los servicios de salud.

Todo ello ha generado que tanto la conciliación como el arbitraje se hayan convertido en la alternativa más atractiva para la solución de las controversias del sistema de seguridad social en salud y, por qué no decirlo, del sistema de salud en su conjunto.

En la SEPS estamos seguros que la conciliación y el arbitraje, así como los demás medios alternativos de solución de controversias, contribuirán decididamente a una solución justa y oportuna de los problemas por los que puedan atravesar los usuarios de los servicios de salud. Coadyuvarán, asimismo, a generar la necesaria confianza en el público usuario del sistema, evidenciando que tanto los centros de atención médica como los proveedores de programas de salud que operan en el marco del mismo, se encuentran seriamente comprometidos en unir esfuerzos para propiciar soluciones equitativas y eficientes, a través de vías que privilegian las

maneras amigables y no confrontacionales, para la solución de conflictos.

Por ello hemos constituido el Centro de Conciliación y Arbitraje, organismo autónomo de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) que tiene competencia para administrar los procedimientos de conciliación y arbitraje y que viene promoviendo su aplicación a la resolución de conflictos presentados por los usuarios de los servicios de seguridad social en salud, luego de efectuados reclamos ante su respectiva Entidad Prestadora de Servicios de Salud (EPS).

Señor Comisionado: Estamos convencidos que en todas las tareas enunciadas, el intercambio de experiencias con la institución que usted conduce nos será de gran inspiración. Las acciones de cooperación que hoy iniciamos con la suscripción del Memorandum que acabamos de rubricar, constituyen la promesa de un trabajo arduo en pos de la mejoría de la calidad de los servicios de salud en nuestros países. Muchas gracias.

*Palabras expresadas en la ceremonia de suscripción del convenio.

Firman convenio México-Perú

Con el objetivo de establecer las bases y mecanismos de cooperación para mejorar la atención de quejas presentadas por los usuarios de los servicios médicos, la Secretaría de Salud de México, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y el Ministerio de Salud del Perú, a través de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) firmaron un convenio de cooperación bilateral y de asistencia recíproca.

Entre las consideraciones que animan dicho convenio figuran: el deseo de fortalecer los vínculos de entendimiento y amistad entre ambos países; las afinidades que los unen en razón de su historia, cultura e idioma comunes; la experiencia de México en materia de resolución alternativa de conflictos médicos, como la conciliación y el arbitraje, y la importancia de mejorar los mecanismos que contribuyen a lograr una atención oportuna de las quejas presentadas por los usuarios de los servicios médicos.

Lo anterior, en el marco de las disposiciones del Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre los gobiernos de México y la República del Perú, firmado en la Ciudad de México, el 26 de marzo de 1996.

El convenio, signado como Memorandum de Cooperación, enmarca lo siguiente:

- a) Intercambio de experiencias sobre el tratamiento de las controversias en materia de salud y su solución a través de la conciliación, el arbitraje y otros medios alternativos de resolución de conflictos;
- b) Intercambio de expertos y funcionarios para la realización de actividades de capacitación y difusión de procedimientos de conciliación y arbitraje en materia de salud;
- c) Realización de pasantías de funcionarios y expertos en la sede que acuerden las partes;
- d) Intercambio de información estadística y de resultados relacionados con la utilización de los medios alternativos de resolución de conflictos en el ámbito de acción de cada parte;
- e) Cooperación para la realización de estudios e investigaciones en relación con la aplicación de la conciliación, el arbitraje y otros medios alternativos de resolución de conflictos en las controversias suscitadas en la materia de salud;

- f) Intercambio de información y publicaciones en general;
- g) Organización de seminarios, talleres y conferencias, entre otras actividades que acuerden ambas partes.

El documento fue suscrito en Lima, Perú, el pasado 12 de septiembre, por el doctor Juan Felipe Isasi Cayo, Superintendente de Entidades Prestadoras de Salud del Ministerio de Salud del Perú, y el doctor Héctor Fernández Varela Mejía, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Voces CONAMED

En pocas ocasiones se ha estudiado en estas páginas el papel de la anestesia en una serie de casos. Por su importancia, destacamos a través de un dictamen médico pericial una de estas situaciones extremas, donde las complicaciones desembocan en la pérdida de una vida humana.

Estudio del caso

Motivo del estudio pericial

Queja presentada por la madre de la paciente por mala atención médica proporcionada a su hija. Únicamente sabe que acudió al médico para que le realizaran una «operación para no tener familia y posteriormente le avisaron que su hija había fallecido y que la misma no padecía enfermedad alguna».

Resumen clínico

La paciente, de 35 años de edad, acudió el 22 de mayo de 1997 al servicio de planificación familiar, para ser intervenida quirúrgicamente de salpingoclasia bilateral, como método definitivo de control de la fertilidad.

La historia clínica señala los siguientes datos de importancia: Antecedentes heredo-familiares: padre fallecido por complicaciones de diabetes mellitus tipo II. Antecedentes personales: toxicomanías negativas; proviene de medio socioeconómico bajo; estado civil: casada.

Paciente femenino de 35 años de edad con antecedentes de importancia: colecistectomía, G: 5; P: 5, C: 0; A: 0; DOC: ignora; FUR: 14-IV-97, FUP 20-II-97.

A la exploración física: tranquila, consciente, orientada, con obesidad exógena, con buena hidratación y coloración de piel y tegumentos; cardiorrespiratorio: sin datos patológicos; abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo, con cicatriz previa media supraumbilical. Tacto vaginal: cervix posterior, formado, cerrado, útero de aproximadamente 8x6x4, anexos no palpables; resto sin datos de patología. TA: 90/60 mm Hg; Peso: 79 kg.; talla: 1.44m;

Impresión diagnóstica: fertilidad satisfecha y obesidad exógena. Plan: OTB.

La nota preanestésica informó lo siguientes datos de importancia:

Paciente femenino, niega antecedentes alérgicos y transfusionales. Exploración física: obesa, cuello corto, mallampati 3, tegumentos y mucosas con buena coloración, con buena hidratación, cardiopulmonar aparentemente sin compromiso. El resto sin complicaciones.

Diagnósticos: paridad satisfecha; obesidad exógena, cuello corto. Riesgo anestésico quirúrgico (RAQ: II). Plan: Bloqueo peridural.

En la hoja de conducción anestésica quedó asentado lo siguiente: la paciente ingresó a quirófano aproximadamente a las 12:20 horas, no se le aplicó medicación preanestésica, sus signos vitales iniciales fueron tensión arterial de 120/80 mm Hg, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, frecuencia cardiaca de 90 por minuto y temperatura de 36.5°, a las 12:40 horas se aplicó bloqueo peridural a nivel de L2-L3, utilizando la técnica de pérdida de resistencia, aplicando 250 mg. lidocaína al 2% con epinefrina y 200 mg. de lidocaína simple al 2% por catéter peridural, 10 minutos después el último registro de signos vitales señala 100/60 y FC 100 min.

Se inicia el acto quirúrgico a las 13:00 hrs, mediante incisión media suprapúbica de aproximadamente 5 cm. de longitud, incidiéndose por planos hasta aponeurosis, momento en el cual la paciente refiere leve dolor, se continúa incidiendo peritoneo parietal, en donde la paciente refiere dolor más intenso, motivo por el cual se decide cambiar de técnica y administrar anestesia general endovenosa, administrando propofol 200 mg. I.V.

Se localiza la salpinge derecha y se procede a realizar la oclusión tubaria tipo Pomeroy modificada; acto seguido se intenta la localización de la salpinge izquierda, administrando una segunda dosis de propofol 200 mg. IV, lográndose la oclusión tubaria Pomeroy modificada de lado izquierdo, en la nota transanestésica no se reportan cifras tensionales ni frecuencia cardiaca, se inicia la asistencia ventilatoria con presión positiva, mediante mascarilla y oxígeno al 100% 3/l min. y aplicación de vecuronio a dosis de 2 mg. Al no encontrar adecuada relajación muscular y dificultad para la intubación se administran 2 mg. más, intentándose nuevamente la intubación, con cánula NO. 7 (endotraqueal), al no lograrse tras varios intentos se aplica guía metálica a la cánula para nuevos intentos (3 intentos), no siendo posible, se sigue asistiendo con presión positiva y oxígeno al 100%, la nota registra la aplicación de atropina 2 mg y adrenalina 1 mg. al diagnosticar paro cardiaco. Se inicia masaje cardiaco, mismo que se suspende ante la nula respuesta al manejo a las 13:30 hrs. al encontrar midriasis sostenida y apnea, por lo que se diagnostica muerte cerebral; hora de la muerte 13.40 hrs.

Informe de necropsia

Existen en el expediente en cuestión el siguiente informe.

Cráneo: con presencia de congestión de la masa encefálica.

Tórax: se observa la tráquea encontrándose ésta reducida en la luz traqueal y bronquial; se apreció congestión pulmonar y equimosis en ambos pulmones; corazón: sólo se apreció vasodilatación de coronarias.

Abdomen: se aprecian bridas en región hepática y estómago, así como la ausencia de vesícula biliar; estómago: se encontró lleno de aire, así como asas intestinales. Útero normal, se aprecia ligadura y corte de ambas trompas tubarias; vejiga vacía.

En conclusión: Por lo anteriormente descrito, se concluye que la paciente falleció de hipoxia cerebral, consecuencia de un broncoespasmo y espasmo traqueal.

Análisis del caso

El presente análisis está basado en los datos obtenidos del expediente.

En términos de lo anterior el problema se centra en determinar:

- La causa del fallecimiento.
- Si se aplicaron los principios científicos y técnicos que rigen la práctica médica.

- Si se tomaron las medidas de seguridad para evitar el evento adverso.
- Si el fallecimiento pudo ser evitado.
- Señalar si existió responsabilidad profesional.

En relación con el bloqueo peridural, es la técnica anestésica de primera elección para el tipo de cirugía programada, sin embargo no hay referencia de haber expandido el volumen plasmático previo a la aplicación del mismo; tampoco se hace referencia a la administración de oxígeno suplementario posterior a la aplicación del bloqueo; no se hace referencia a la altura (dermatomas alcanzados) y calidad del bloqueo obtenido; sin embargo, se puede identificar que había efecto anestésico del bloqueo debido a que se pudo iniciar la cirugía, asociado al bloqueo simpático evidenciado por la disminución de la presión arterial. De la hoja de anestesia y postanestésica difícilmente se puede determinar el tiempo que transcurrió antes de tener que cambiar de técnica; tampoco se puede determinar la magnitud y el tiempo que la paciente presentó hipotensión.

Siempre que se utiliza como método anestésico el bloqueo peridural, existe la posibilidad de tener que cambiar la técnica para administrar anestesia general ante la presencia de alguna eventualidad que dificulte o contraindique la anestesia regional o bien por necesidad de asegurar la vía aérea

Siempre que se utiliza como método anestésico el bloqueo peridural, existe la posibilidad de tener que cambiar la técnica para administrar anestesia general ante la presencia de alguna eventualidad que dificulte o contraindique la anestesia regional o bien por necesidad de asegurar la vía aérea, por lo que siempre se debe estar preparado y contar con el equipo e insumos necesarios que se requieran en caso de ser necesario.

El anesthesiólogo conoce bien la importancia de mantener una adecuada ventilación y permeabilidad de la vía aérea, por lo cual es esencial se realicen medidas precautorias que permitan mantener esta función vital en aquellos pacientes sometidos a los efectos

farmacológicos capaces de alterarla.

La dificultad para intubar la tráquea, generalmente no prevista por la falta de una buena exploración preanestésica o minimización del riesgo, ha sido identificada como el factor contribuyente más común de muerte relacionada con los actos anestésicos, en el presente caso no hay referencia de haber seguido el protocolo de vía aérea difícil. La asistencia ventilatoria inició hasta el momento en que se presentó el paro cardiorrespiratorio; tomando en cuenta que se trataba de una paciente obesa con alteraciones en la ventilación, que presentaba además datos anatómicos de una posible dificultad para ser intubada (cuello corto), se debió considerar dicha dificultad antes de inducir la anestesia mediante el agente endovenoso.

De acuerdo a la hoja de conducción anestésica y la nota postanestésica, se monitorizó únicamente la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, por lo que no se puede identificar el tipo de alteración que presentó; sin embargo, dadas las características del caso, se considera la disociación electromecánica como la de mayor posibilidad (causada por hipoxia), en la hoja de conducción anestésica y en la nota postanestésica se hace referencia sólo al masaje cardíaco y medicamentos utilizados, sin señalar la secuencia y tiempo en la administración de los mismos. Lo que sí es evidente, es que no se aseguró la vía aérea y no se mejoró la oxigenación (causa precipitante del paro). En este caso, ya que se contaba con la presencia de catéter peridural por el cual se administró la primera dosis, se podía complementar el

bloqueo administrando una segunda dosis y valorar el efecto obtenido, previo a la decisión de inducir la anestesia general, más aún al tratarse de un procedimiento electivo factible de suspender.

De las notas del expediente, se advierte que no hay reportes de haber intentado bloquear la respuesta vagal, intensa en las intervenciones que implican tracción del peritoneo, misma que al presentarse aumenta la producción de secreciones del tracto respiratorio y de las glándulas salivales, lo que pudiera condicionar broncoaspiración; a pesar de que no se tenía asegurada la vía aérea, se le administraron 400 mg. De propofol fraccionados en dos dosis de 200 mg., lo cual no es acorde con los parámetros actuales según el peso de la paciente.

El relajante muscular utilizado no es el medicamento de elección para la intubación de secuencia rápida. La dosis no fue la adecuada por lo que se tuvo que complementar la misma, situación que propició retardo en la acción del medicamento, lo que hubiera permitido disminuir o abolir el espasmo con oportunidad y mejorar la ventilación de la paciente.

La hipotensión, bradicardia e hipoxia severa, secundarias a los efectos farmacológicos, sumados al bloqueo peridural y a la anestesia general endovenosa, así como el broncoespasmo que se presentó durante las maniobras de intubación traqueal produjeron paro cardíaco.

Las maniobras de resucitación incluyeron la aplicación de atropina y adrenalina, sin asegurar la vía aérea. No se reporta la intención de realizar traqueostomía o ventilación tipo jet. Se suspenden las maniobras debido a que la paciente presentaba midriasis y ausencia de impulso ventilatorio, datos que fueron interpretados como muerte cerebral, sin tomar en cuenta que estos datos (midriasis y ausencia del automatismo respiratorio) pudieran ser secundarios al efecto de los medicamentos previamente administrados.

En razón de lo expuesto y al leal saber y entender de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, encontramos razonable evidencia pericial para arribar a las siguientes:

Conclusiones

1a. Se trató de paciente del sexo femenino de 35 años de edad, quien solicitó y se le practicó salpingoclasia bilateral; asistida mediante aplicación de bloqueo peridural y cambio de técnica a general endovenosa. Durante el acto quirúrgico presentó hipotensión y apnea, esto condicionó hipoxia severa y paro cardiorrespiratorio, fue irreversible a las maniobras de resucitación.

2a. La causa del fallecimiento fue la hipoxia severa, debido a un mal aseguramiento en la vía aérea y broncoespasmo, según lo demuestran las notas médicas del expediente y los hallazgos de la necropsia.

3a. La atención médica proporcionada fue inadecuada al no realizar monitorización transanestésica suficiente, evaluación inadecuada de los posibles efectos de los medicamentos, falta de la medicación preventiva de la respuesta neurovegetativa (vagal), dosificación inadecuada de los medicamentos endovenosos administrados, manejo de paro cardiorrespiratorio inadecuado, pues en ningún momento se pudo corregir la causa desencadenante (hipoxia).

4a. La muerte de la paciente era previsible.

5a. Hay evidencia que señala mala práctica médica.

Bibliografía

- Barash, P. G.; Cullen B. F.; Stoelting, R. K.: Handbook of Clinical Anesthesia, 3rd Edition, Version 2.0, Lippincott-Raven Interactive

Anesthesia Library on CD-ROM, 1997. pp: s/n.

- Bardoczky, G.; Yernault, J.: Large Tidal Volume Ventilation does not Improve Oxygenation in Morbidly Obese Patients during Anesthesia.

Anaesthesia & Analgesia, August 1995, V: 81, N: 2, pp: 385-388.

- Benumof, J.: The ASA difficult airway algorithm: New thoughts & considerations. 49th Annual Refresher Course Lectures and Clinical

Update Program, U.S.A., American Society of Anesthesiologists, 1998. Pp: 236 (7 pags).

- Buckley, P.: Anesthetizing the morbidly obese patient. 44th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update Program, U.S.A.,

American Society of Anesthesiologists, 1998. Pp: 151 (7 pags).

- Crosby, G.: Perioperative CNS dysfunction - diagnosis and management. 49th Annual Refresher Course Lectures and Clinical Update

Program, U.S.A. , American Society of Anesthesiologists, 1998. Pp: 244 (7 pags.).

Palabras del Comisionado Nacional de Arbitraje Médico durante el IV Informe de actividades de la CONAMED

(22 de agosto de 2000)

Introducción

Han transcurrido poco más de cuatro años desde aquel 6 de junio en que usted, señor presidente, promulgó el Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Hoy, se puede constatar que los resultados de nuestra labor han sido benéficos para la sociedad mexicana al perfilar un modelo de resolución de conflictos justo e imparcial, que beneficia por igual a los pacientes y a los profesionales de la salud que confían en la CONAMED.

Cuatro años son un lapso corto en la vida de una institución; sin embargo, son ya una realidad, ampliada ahora con la creación de 13 comisiones estatales que, de igual manera, brindan a la población de esas entidades la posibilidad de resolver sus problemas en un marco de confianza y de absoluta imparcialidad.

Lo anterior nos permite asegurar que el propósito que tuvo usted, señor presidente, al crear la CONAMED, se inscribe en su política de fomentar en la sociedad la armonía en la convivencia y el respeto y la tolerancia por la diversidad, vigilando que el pensar diferente no sea obstáculo para encontrar respuestas positivas y beneficios mutuos.

Los resultados de estos cuatro años de trabajo son muestra de que la creación de la CONAMED no fue un acto fortuito del poder público, sino la voluntad de un presidente convencido de que la sociedad necesita instituciones en las que, además del análisis objetivo de los conflictos, éstos se resuelvan con la activa participación de los involucrados. De ahí la importancia de que el paciente tenga la certeza de que su apreciación de los hechos será siempre útil para mejorar los servicios