

R

**Recomendaciones
específicas para mejorar
la práctica
en Neonatología**

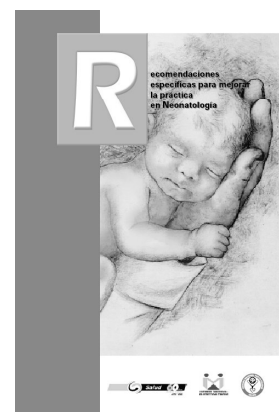


Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAMED

Mitla No. 250 esquina Eugenia,
Col. Narvarte, C.P. 03600,
México D.F.

Lada sin costo: 01 800 711 06 58
En el Distrito Federal: 5420-7000.

recomendaciones@conamed.gob.mx
ISBN 970-721-218-7



COMITÉ TÉCNICO PARA LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES

Dr. Carlos Tena Tamayo

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Gabriel R. Manuell Lee

Subcomisionado Nacional "A"

Lic. Agustín Ramírez Ramírez

Subcomisionado Nacional "B"

Dr. Antonio Eugenio Rivera Cisneros

Director General de Enseñanza e Investigación

GRUPO DE TRABAJO CONAMED

Dra. Norberta Barrera Romero

(Coordinadora)

Subdirectora de Investigación

Dr. Guillermo Rodríguez Soto

Director Árbitro Médico,

Dirección General de Arbitraje

Dra. María Eugenia Jiménez Corona

Directora de Investigación

L.E.O. Rebeca Victoria Ochoa

Jefa de Departamento de Investigación

GRUPO DE VALIDACIÓN EXTERNA

ACAD. DR. GABRIEL CORTÉS GALLO
Coordinador del Grupo de Validación Externa,
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría.

Acad. Dr. Arturo Loredó Abdala
Acad. Dr. Miguel Ángel Pezzotti y Rentería
Academia Nacional de Pediatría

Dr. Remigio Veliz Pintos
Dr. Eduardo Álvarez Vázquez
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría

Dr. Manuel Vega López
Dr. Salvador Jáuregui Pulido
Confederación Nacional de Pediatría

Dr. José Nicolás Reynes Manzur
Asociación Mexicana de Pediatría, AC.

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber
Instituto Nacional de Pediatría

Dr. Carlos David González Lara
Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Dr. Romeo S. Rodríguez
Dr. Alejandro Serrano Sierra
Hospital Infantil de México “Federico Gómez”

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EVITAR LA MALA PRÁCTICA EN NEONATOLOGÍA

HECHOS RELEVANTES

1. 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, por lo que tenemos aproximadamente 2.096.212 nuevos mexicanos por año.	2. La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país, que permite observar su idoneidad, así como identificar las posibles deficiencias y limitaciones.
3. La atención al neonato que se brinda en nuestro país está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.	4. Las afecciones posnatales (del recién nacido hasta el primer mes de vida extrauterina) representan la 7ª causa de mortalidad general y la primera de mortalidad infantil en México.
5. Las inconformidades relacionadas a neonatología correspondieron al 17.5% del total de inconformidades presentadas por atención médica en la edad pediátrica.	6. La proporción de mala práctica fue de 57.1%.
7. Los motivos de inconformidad más frecuentes estuvieron relacionadas con el tratamiento médico en 68.6%, y con el diagnóstico en 14.3%.	8. Las causas de morbilidad más frecuentes correspondieron a hipoxia intrauterina, dificultad respiratoria del RN e ictericia neonatal.
9. Las causas de mortalidad más frecuentes fueron sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada, hipertensión pulmonar primaria y paro cardíaco, no especificado.	10. Es importante reconocer las limitaciones humanas y estructurales para ofrecer al paciente las mejores condiciones para su manejo integral.

Nota: Las recomendaciones incluidas en la presente guía, son el resultado de la revisión de la Medicina Basada en Evidencia y apoyos existentes en la actualidad, las cuales deben ser revisadas y estar en actualización continua.

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* (παιδος) e *iatros* (ιατρος), 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 morbimortalidad 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 postnatales (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 (Cuadro 1)

Cuadro 2. Principales causas de mortalidad infantil en 2001.

Número de orden	Causa	Clave CIE		Defunciones	Tasa ^{1/}	%
			10a Rev.			
	Total	A00-Y98		35.889	1.686,78	100,0
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, 21 varones y 14 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 validación 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%).

Cuadro 1. Características generales de los casos

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

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 periodo 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	100,0

El total de cada columna corresponde a la suma de los subtotales de cada motivo de queja

Cuadro 3. Principales diagnósticos de morbilidad.

Capítulo*	Diagnósticos	Frec	%
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	
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	
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP	2	5,7
	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	
	Somnolencia	1	
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	1	2,9
	Osteomielitis, no especificada	1	
	Total	35	100,0

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

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

NCOP: No clasificado en otra parte

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.**

Cuadro 4. Mortalidad por causa básica.

Código	Causa	Frec.	%
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	6	46,2
I27.0	Hipertensión pulmonar primaria	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

Las quejas fueron concluidas por convenio de conciliación en 53.2%; la conciliación no fue posible en 31.4%, **Cuadro 5**.

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	100,0

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	7	41,2
Neonatos tardío	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	100,0

Las causas de morbilidad en los casos con mala práctica, de acuerdo con la CIE 10^a 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.

Cuadro 8. Principales diagnósticos de Morbilidad.

Cap.*	Diagnósticos	Mala práctica	
		Frec.	%
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	12	60,0
3	Otros recién nacidos pretérmino	3	
2	Hipoxia intrauterina, no especificada	2	
2	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	2	
1	Ictericia neonatal, no especificada	1	
1	Aspiración neonatal de leche y alimento regurgitado	1	
1	Otras apneas del recién nacido	1	
1	Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	1	
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	
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	100,0

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

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

NCOP: No clasificado en otra parte.

Las modalidades de conclusión de las quejas fue a través de conciliación en 46.6% de los casos con buena práctica y 60% en los de mala práctica y no fue posible la conciliación en 40% y 25%, respectivamente (**Cuadro 9**).

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	100,0	20	100,0

III. **DISCUSIÓN**

El período neonatal, que comprende el primer mes de vida, se ha dividido en dos períodos, 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 períodos, 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 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 período 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.^{2 5 18}

El perfil general de los casos en los cuales se encontraron elementos de mala práctica fueron en varones, durante el período 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, tanto en los casos en los que existió mala práctica, como en los que había, 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 PRACTICA EN NEONATOLOGIA

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 medica 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 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.
- Isoimmunización materno-fetal.

- Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal.
 - Madres con adicciones.
 - Madre con productos de bajo peso.
 - Anomalías congénitas.
 - Infección materna (TORCHS, vulvovaginitis, corioamnioitis, 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 medico 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.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA MALA PRÁCTICA EN NEONATOLOGÍA

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
La proporción de mala práctica fue de 57.1%.	6. ATENDER OPORTUNA E INTEGRALMENTE AL RECIÉN NACIDO DESDE LA SALA DE PARTOS.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 medica 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnósticos erróneos e inoportunos. ◆ Impericia y negligencia del personal de salud. ◆ Complicaciones.
Los motivos de inconformidad más frecuentes estuvieron relacionadas con el tratamiento médico en 68.6%, y con el diagnóstico en 14.3%.	7. CONOCER Y APLICAR LOS PRINCIPALES PROTOCOLOS DE ESTUDIO Y MANEJO EN NEONATOLOGÍA.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Líquidos y electrolitos. ◆ Tamiz metabólico neonatal. ◆ Isoinmunización materno-fetal 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnósticos erróneos e inoportunos. ◆ Impericia y negligencia del personal de salud. ◆ Tratamiento médico erróneo o confuso. ◆ Complicaciones y secuelas.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR LA MALA PRÁCTICA EN NEONATOLOGÍA

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
Las causas de morbilidad más frecuentes correspondieron a hipoxia intrauterina no especificada, dificultad respiratoria del RN e ictericia neonatal.	8. IDENTIFICAR Y TRATAR AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO EN:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Madre con preeclampsia y eclampsia. ◆ Madre con diabetes mellitus. ◆ Ruptura prematura de membranas. ◆ Madre con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. ◆ Isoimmunización materno-fetal. ◆ Madre con antecedentes de aborto y muerte fetal. ◆ Madres con adicciones. ◆ Madre con productos de bajo peso. ◆ Anomalías congénitas. ◆ Infección materna (TORCHS, vulvovaginitis, corioamnioitis, infección de vías urinarias y VIH). ◆ Madre sin control prenatal. ◆ Madre con desnutrición o enfermedades intercurrentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico y tratamiento inoportunos. ◆ Pronósticos equívocos. ◆ Error médico. ◆ Complicaciones y secuelas. ◆ Altos costos para la institución y el paciente.
Las causas de mortalidad más frecuentes fueron septicemia no especificada, hipertensión pulmonar primaria y sepsis bacteriana.	9. APLICAR LOS CRITERIOS CLINICOS PARA EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN:	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico y tratamiento inoportunos. ◆ Disminuye la morbimortalidad. ◆ Error médico. ◆ Complicaciones y secuelas.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<p>Es importante reconocer las limitaciones humanas y estructurales para ofrecer al paciente las mejores condiciones para su manejo integral.</p>	<p>10. ASEGURAR UN TRASLADO OPTIMO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 medico 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 medica prestada de acuerdo a la NOM-020-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico y tratamiento inoportunos. ◆ Pronósticos equívocos. ◆ Error médico. ◆ Complicaciones y secuelas.

V. BIBLIOGRAFIA

¹ Nelson EW. Tratado de pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México,1998;l: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_neurologicas.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.