

R

**Recomendaciones
generales para mejorar
la práctica médica
en pediatría**



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



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 "Federico Gómez"

SEPTIEMBRE 2002

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA MALA PRÁCTICA MÉDICA EN PEDIATRIA

Hechos Relevantes

La población infantil constituye una gran proporción de la población mundial: una de cada tres personas es menor de 15 años. Esta proporción es mayor en países menos desarrollados.	Durante el quinquenio 1997-2001 se recibieron en la CONAMED un total de 200 casos provenientes de la especialidad de pediatría, predominantemente del sexo masculino.
En los países con mayor población infantil y grandes problemas sanitarios, higiénicos, nutricionales y educativos, los niños se enferman con mayor frecuencia, predomina la <i>patología de la pobreza</i> , y paralelamente se incrementan las <i>patologías de la industrialización</i> .	Los diagnósticos más frecuentes relacionados con inconformidad médica fueron las GEPIS, las afecciones originadas en el periodo perinatal y los trastornos respiratorias.
Datos de morbilidad para 1998 señalan que los dos principales diagnósticos de enfermedad en la población infantil, preescolar y escolar son las enfermedades infecciosas y las parasitosis.	En el 49.5% de las quejas se determinó que no hubo mala práctica médica, y en el 50.5% sí existió mala práctica médica.
La mayor tasa de mortalidad infantil esta dada por las afecciones originadas en el periodo perinatal, seguida de las malformaciones congénitas.	Un alto porcentaje de inconformidades se relaciona con cuestiones técnico-médicas: tratamiento médico o diagnóstico erróneos, inadecuados, inoportunos e insatisfactorios.
El mayor porcentaje de las quejas pediátricas se presenta en los menores de un año.	De acuerdo a la modalidad de conclusión, en el 51% de los casos se determinó convenio de conciliación.

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 continúa.

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Antecedentes Históricos:

Desde la antigüedad la cultura hindú, ya dedicaba una parte de la medicina, a las enfermedades de la infancia. En los libros hipocráticos (siglo IV a.C.) existe una monografía sobre la naturaleza del niño. Durante el periodo que predominó la medicina mágica y sacerdotal, las malformaciones congénitas fueron objeto de diversas interpretaciones, con el desarrollo simultáneo de una terapéutica botánica. La medicina Judeo-arabe contenía numerosos escritos relacionados con la medicina de los niños. En la Europa del renacimiento, existía una clara distinción entre la patología infantil y la del adulto, y la importancia de prescribir al niño primordialmente y no dañarlo. Se sabía que en el niño se presentaba más fácilmente el debilitamiento y la deshidratación. A finales del siglo XIX la pediatría se había posesionado mundialmente, incluyendo a México, y multiplicándose los servicios de ésta tanto en hospitales generales como en los de maternidad e infancia los cuales justificaron dicha especialidad.¹

En la época prehispánica no existió la pediatría como tal. Sin embargo, en el medio azteca, el niño era tratado con un gran interés y dedicación, debido a que el niño representaba un futuro guerrero y una niña, una futura madre. Dentro de los cuidados especiales se mencionan, cuidados prenatales para la embarazada, atención del parto y oraciones propiciatorias para el recién nacido. En general, se dice que el universo indígena se empeño en educar a los niños tratando de conservar en las mejores condiciones a futuros generadores de sabiduría y táctica guerrera. Durante la época de la colonia, el virreinato generó y desarrollo las ideas de caridad como dádiva y se dieron esfuerzos para lograr una mejor infancia a niños abandonados o menesterosos, así como impedir la propaganda de la viruela. En el siglo XIX, surgió la Cuna, posteriormente se creo la Casa de Maternidad y en 1867 se funda el primer hospital para niños. En épocas más recientes, la obstetricia dio lugar a la puericultura. En 1922 aparece el primer centro de higiene infantil y durante el periodo de 1906-1911 inicia sus trabajo la sección de pediatría en la Academia Nacional de Medicina. Durante el año 1928

se funda la Sociedad Mexicana de Puericultura y un año después surge la Asociación Nacional de Protección de la Infancia. La sociedad mencionada se transformó en la Sociedad Mexicana de Pediatría (en 1930). Durante la Segunda Guerra Mundial, se propicia el adiestramiento de pediatras mexicanos en instituciones médicas de renombre, en Estados Unidos, mismos que a su regreso al país fueron los propulsores de los hospitales infantiles, adecuados a las circunstancias nacionales. En 1944 inicia la circulación del *Boletín Médico del Hospital infantil*. Así mismo, la docencia e investigación tienen un desarrollo en áreas de la desnutrición, diarrea y raquitismo principalmente. Paralelamente surgen las subespecialidades pediátricas y la formación de especialistas dentro de la especialidad. Más recientemente, en la década de los sesentas, se crea una cadena de hospitales infantiles periféricos, con la finalidad de descentralizar la atención médica de los niños; consolidándose el cuidado de la infancia. En el año de 1951 se establece la Academia Mexicana de Pediatría y en 1961 surge el Instituto Nacional de Protección de la Infancia, A.C., en 1968 la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. Finalmente durante los años setenta se instituye la Confederación Nacional de Pediatría (1975) y la Asociación Mexicana de Pediatría, a la vez que nace el Instituto Nacional de Perinatología; el sistema para el desarrollo Integral de la Familia (1977). En la actualidad, la pediatría que se ejerce en México es por profesionales especializados en su mayoría y consecuentemente más científica, sin embargo cada vez más son insuficientes los recursos tanto humanos como económicos para brindar una atención suficiente y de calidad.²

La Pediatría a pesar de ser una de las ramas de la medicina más evolucionadas, con un impresionante avance tecnológico, sociológico y biológico^{3,4} sigue presentando como uno de sus retos el alto índice de mortalidad infantil, el cual es tomado como uno de los índices de desarrollo humano, para evaluar a un país.

Definición de Pediatría:

La Pediatría (de *paidos*, niño, e *ieatros*, medicina), se define como 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. Conceptúa al niño como un ser en evolución constante, y se interesa tanto en el que se encuentra en condiciones de normalidad como en el que está enfermo. 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. A medida que los conocimientos y los recursos de diagnóstico y tratamiento avanzan, se han generado diversas "subespecialidades" que se justifican e imponen en los modernos centros hospitalarios y en las grandes ciudades donde numerosos grupos de pacientes deben ser manejados por expertos.⁵

Situación Sociodemográfica:

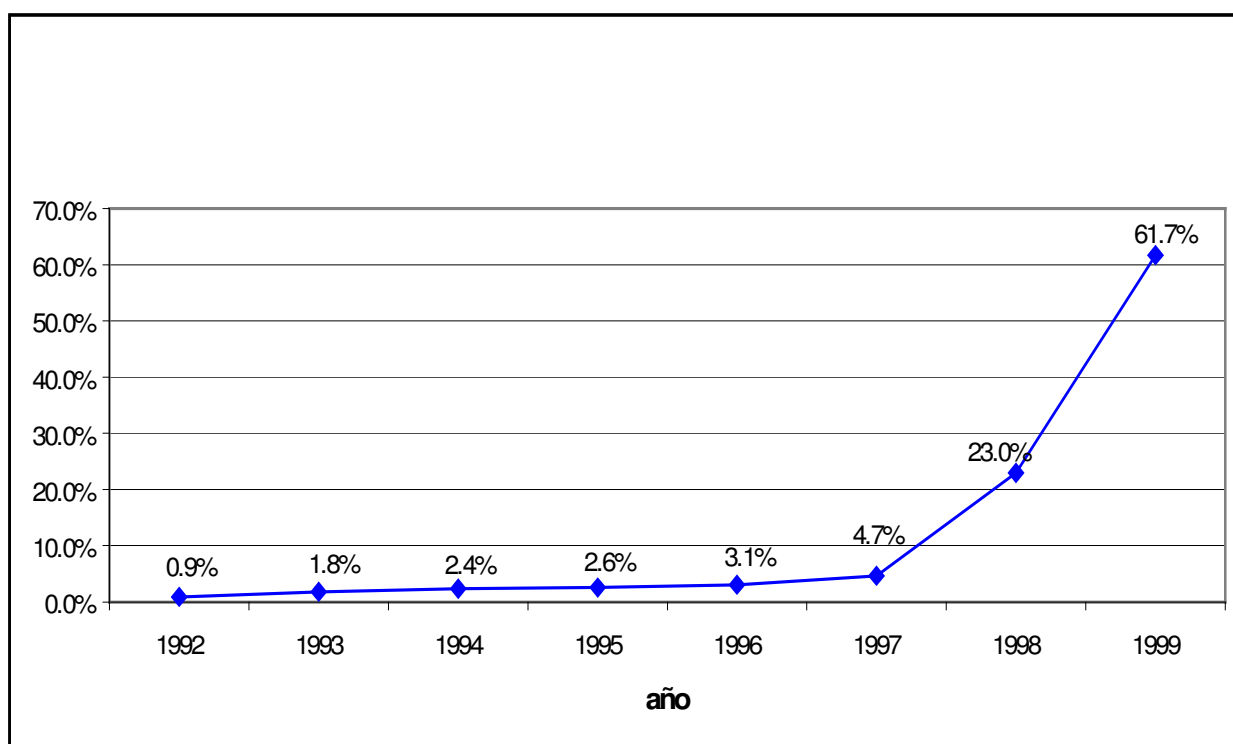
La población infantil constituye una gran proporción de la población mundial: una de cada tres personas es menor de 15 años. Esta proporción es mayor en países menos desarrollados. En la distribución por edades, el mayor porcentaje corresponde a menores de cuatro años, seguido de preescolares y por último los de 10 a 14 años de edad.⁶

En la República Mexicana, aún cuando la salud del niño continúa mejorando, ésta no es homogénea en todo el país. Por ejemplo, en 1995 la zona central presentó la tasa de mortalidad infantil más elevada (22.3 muertes por 1,000 nacidos vivos contra 12.2 en la zona norte). Los logros alcanzados a nivel nacional en la reducción de la mortalidad infantil, se atribuyen a la combinación de factores demográficos y socioeconómicos e intervenciones específicas del sector salud.^{6,7}

La población total mexicana de 67 millones aproximadamente en 1980 se incrementó en 46% en el año 2000 (97.5 millones aproximadamente). Se estimó que para 1995 el porcentaje de personas que vivían en situación de pobreza fue de 60.4%. Así mismo, el 52.7% de las localidades del país se clasificaron de muy alta marginación, 20.9% de alta marginación, y solo el 11.7% de baja a muy baja marginación. Aunque dicha marginación es predominantemente rural.⁶

Natalidad: México es uno de los países con más alta natalidad, el crecimiento natural de la población en los últimos 10 años se ha incrementado anualmente. El comportamiento de los nacimientos registrados se muestran en el gráfica 1.

La distribución por grupos de edad para 2002 representó el 44% en menores de 20 años (de 0-4 el 11%, en el de 5-9 el 12%, y de 10-14, con el 11% y el grupo de 15-19 con el 12%).^{5,6,7}



Gráfica 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS REGISTRADOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

Indices de esperanza de vida: en México se ha incrementado la esperanza de vida al nacer de 60.8 años en 1970 a 75 años para 1999.⁸

Morbilidad: Es difícil obtener datos precisos y exactos sobre las condiciones de morbilidad en la infancia, debido a que las enfermedades no transmisibles no son de notificación obligatoria a las autoridades sanitarias, por lo que la mayor parte de los enfermos atendidos por médicos particulares o instituciones de asistencia no lo

hacen. Sin embargo, los padecimientos que con mayor frecuencia afectan a los niños son la desnutrición, y las enfermedades de origen infeccioso.⁹ Así, en la práctica regular en demanda de atención médica en la especialidad, continúan predominando las enfermedades infecciosas y problemas nutricionales, y representan un alto porcentaje de la morbilidad infantil.

En orden de frecuencia pueden considerarse las siguientes afecciones a la salud en pediatría (Tabla 1):

Diagnóstico	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años
Infecciones Respiratorias Agudas (IRA ^s)	154,469.7	73,986.7	26,528.2
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA ^s)	28,178.0	11,163.7	3,304.5
Amibiasis intestinal	5,165.9	3,876.8	1,760
Neumonías y bronconeumonías	1,946.4	576.1	99.9
Otras helmintiasis	1,365.1	2,066.8	1,206.9
Total de todos los padecimientos	197,121.5	98,841.2	37,232.4

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 1998. Tasa por 100,000 habitantes.

Tabla 1. PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE MORBILIDAD PEDIATRICA EN MÉXICO 1998.

Mortalidad:

La tasa de mortalidad general continúa descendiendo, al pasar de 4.8 defunciones por 1,000 habitantes en 1992 a 4.7 en 1995. El decremento más pronunciado se observó en la mortalidad infantil (18.7 en 1992 y 17.5 en 1995). El número de defunciones en éste último año fue mayor en hombres que en mujeres para los diferentes grupos pediátricos, por lo que el índice de sobremortalidad nacional masculina fue de 129.2 y en todos los estados este indicador superó los 100.^{8,9}

La tasa de mortalidad infantil en 1995, ya referida en el párrafo anterior (17.5 por 1,000 nacidos vivos), representó una disminución de 26.8% con respecto a la registrada en 1990. Sin embargo, entre 1994 y 1995 se elevó la tasa registrada de mortalidad infantil (17.0 y 17.5 respectivamente). Oficialmente se estima que

dichos resultados fueron debidos a las correcciones efectuadas al número de recién nacidos.⁹

No. de Orden	CIE-10	Causa	Defunciones	Tasa (1)	%
1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19, 268	695.8	47.8
2	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7, 346	265.3	18.2
3	J10-J18	Influenza y neumonía	3, 117	112.6	7.7
4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1,996	72.1	5.0
5	V01-Y98	Accidentes	1, 634	59.0	4.1
6	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas	1,110	40.1	2.8
7	E40-E64	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	1,052	38.0	2.6
8	A41	Septicemia	585	21.1	1.5
9	I20-I25, I30-I52	Enfermedades del Corazón	247	8.9	0.6
10	G00-G03	Meningitis	132	4.8	0.3
11	J40-J47	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	132	4.8	0.3
12	K20-K31	Enfermedad del esófago	114	4.1	0.3
13	N17-N19	Insuficiencia renal	113	4.1	0.3
14	D50-D89	Anemias	107	3.9	0.3
15	C00-C97	Tumores malignos	103	3.7	0.3
16	V01-Y98	Agresiones (homicidio)	98	3.5	0.2
17	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	88	3.2	0.2
18	K56	Ileo paralítico y obstrucción intestinal s/hernia	88	3.2	0.2
19	E86	Depleción del volumen, deshidratación e hipovolémia	84	3.0	0.2
20	K70-K77	Enfermedades del hígado	66	2.4	0.2

Fuente: Estadísticas Vitales, 1999. Modificada | (1) Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados.

Tabla 2. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO, 1999.

En la tabla 2 se exponen las 20 principales causas de mortalidad infantil en general, sin embargo cuando éstas causas son analizadas por grupos de edad dentro de la población infantil, la frecuencia de las mismas varía. El orden de las principales causas de muerte tanto en la población infantil como en el grupo de menores de un año, siguen siendo las afecciones del periodo perinatal, con una tasa de 695.8 defunciones por 100,000 nacidos vivos y 745.4 respectivamente.⁶ Así como un incremento de la mortalidad debida a las malformaciones congénitas.

Con la situación demográfica referida anteriormente, es explicable que la importancia de la Pediatría se incremente en los países que tienen mayor población infantil y grandes problemas sanitarios, higiénicos, nutricionales y educativos. Por lo que los niños se enferman con mayor frecuencia y predomina la *patología de la pobreza* (prematurez, desnutrición, infecciones, y parasitosis, entre otras), y paralelamente se incrementan las *patologías de la industrialización* (enfermedades debidas a la contaminación, accidentes, drogadicción, suicidios, etc.).³

Con relación a la atención de urgencias pediátricas, aún se está lejos de lograr un sistema con una organización avanzada en la atención médica infantil. Con los conocimientos actuales de administración y legislación y para propósitos de planeación y organización, es necesario unificar criterios principalmente en cuanto a las características del área física de cada uno de los servicios de urgencias pediátricas, definir las características psicológicas y académicas del médico urgenciólogo y fincar la responsabilidad del servicio de urgencias y de cada uno de sus integrantes. La adecuación del área física y la disponibilidad de determinado tipo de recursos humanos y materiales debe tomar en cuenta el grupo de población para quien está destinada y el tipo de enfermedades en las que se centre la mayor atención.^{1,10}

Los errores potenciales en la Pediatría, ampliamente aceptados, van desde la práctica regular por enfermedades infecciosas y problemas nutricionales, en la administración de tratamientos de emergencia en pediatría, a la era de la alta tecnología, con daños iatrogénicos frecuentes y serias secuelas ampliamente prevenibles. Debido a los altos costos de los mismos, existe una amplia gama de artículos en los cuales se recomienda a las instituciones de salud, al servicio de farmacia pediátrica, así como a las Unidades de Neonatología un control y un monitoreo de sus actividades de rutina en los hospitales,¹¹ pasando por guías anticipatorias (recomendaciones preventivas) en la práctica de la pediatría, enfocados principalmente a los problemas con los que se enfrenta más comúnmente la especialidad^{12,13} hasta la recomendación del uso de recetas

computarizadas¹⁴ e implementación de otras herramientas que apoyen la decisión terapéutica médica, registros por computadora de los medicamentos administrados, robots, sistemas farmacológicos automatizados, códigos de barras, productos intravenosos "inteligentes", prescripciones e instrucciones computarizadas, todas ellas con el fin de mejorar la calidad de la atención, mayormente en Unidades de Cuidados intensivos Pediátricas.^{15,16}

Por otra parte, la calidad de la atención médica entendida como la capacidad de obtener resultados óptimos en salud, presenta diversas dimensiones:

- 1) aspectos técnicos de la atención (decisiones clínicas y médicas por expertos);
- 2) aspectos interpersonales de la misma (comunicación médico-paciente), y la organización-acceso a la atención y servicios viables, éste último difícil de lograr en población de bajos recursos¹⁷ y con presupuestos para el sector salud cada vez menos suficientes.

Finalmente, en la misma práctica pediátrica se habla de la importancia de conocer la "Nueva Morbilidad" como consecuencia de las dificultades sociales, problemas en el comportamiento y otros factores que afectan el entorno infantil, y que en el futuro desplazarán a la morbilidad actual, entre las cuales se mencionan : alteraciones tardías de divorcios, abuso sexual en el niño, desordenes en la atención/hiperactividad, suicidios, homicidios, violencia escolar, abuso de alcohol y drogas, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), efectos de los medios en la violencia, obesidad y actividad sexual, y embarazos no deseados en menores de edad, en que el especialista deberá poseer el conocimiento para poder identificar éstos problemas, así como implementar medidas de intervención. Paralelamente se enfrenta con la presencia de desafíos que afectan su práctica médica, en aspectos relacionados con la calidad de vida, y la justicia social. La falta de equidad en el acceso a los servicios de salud, la salud pública, y valores personales e institucionales relacionados con pobreza, niños de la calle, madres solteras, efectos en niños de padres divorciados, padres que trabajan y las políticas de calidad y atención al niño.¹⁸

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

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

II. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS DE LA CONAMED

1. METODOLOGIA UTILIZADA EN EL ANÁLISIS DE LAS QUEJAS DE LA CONAMED RELACIONADAS CON PEDIATRÍA

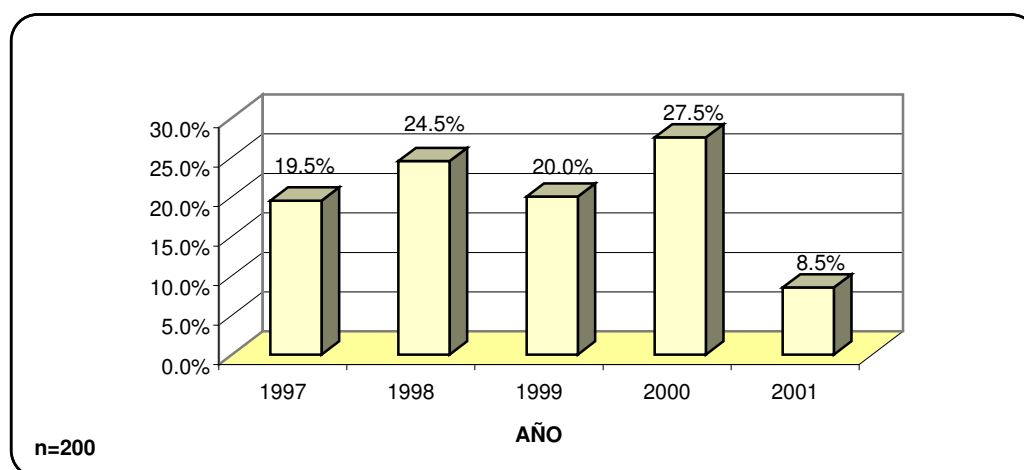
En el presente estudio se incluyeron todas las quejas de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED del periodo de enero de 1997 a diciembre de 2001. Los registros, fueron obtenidos a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), que registra las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud.¹⁹ Se conformó una base de datos con las siguientes variables: la edad y el sexo del paciente, la entidad federativa de procedencia de la queja, la institución de salud involucrada, el motivo y subjetivo de la queja. Se solicito la información de la Valoración Médica Integral (VMI), al área de Innovación y Calidad, con la finalidad de identificar los diagnósticos involucrados y los procedimientos quirúrgicos realizados, mismos que fueron codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a Revisión (CIE-10).²⁰ Por medio del análisis de la VMI se obtuvo la información relacionada con el estatus del paciente. Finalmente se recodificaron las variables correspondientes, y se realizó un análisis univariado, posteriormente se estratifico por grupos de edad. Para el referido análisis se utilizo el paquete estadístico SPSS versión 10.0. Una vez elaborado el documento se emitieron una serie de recomendaciones, en base al análisis de las quejas validadas internamente en la CONAMED. En una segunda fase, se seleccionó a los integrantes del Grupo de Validación Externa (GVE), con expertos en pediatría y representantes de la Academia Nacional de Pediatría; del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría; de la Confederación Nacional de Pediatría; de la Asociación Mexicana de Pediatría A.C; del Instituto Nacional de Pediatría; del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Hospital de Pediatría

y del Hospital Infantil "Federico Gómez. Se realizaron diversas reuniones de trabajo conjuntas (CONAMED-GVE) con la finalidad de analizar y convenir las recomendaciones validadas internamente. Como resultado de estas reuniones se emitieron nueve Recomendaciones Generales en Pediatría.

2. RESULTADOS DE LAS QUEJAS DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA RECIBIDAS EN LA CONAMED

1. Total de casos Pediátricos

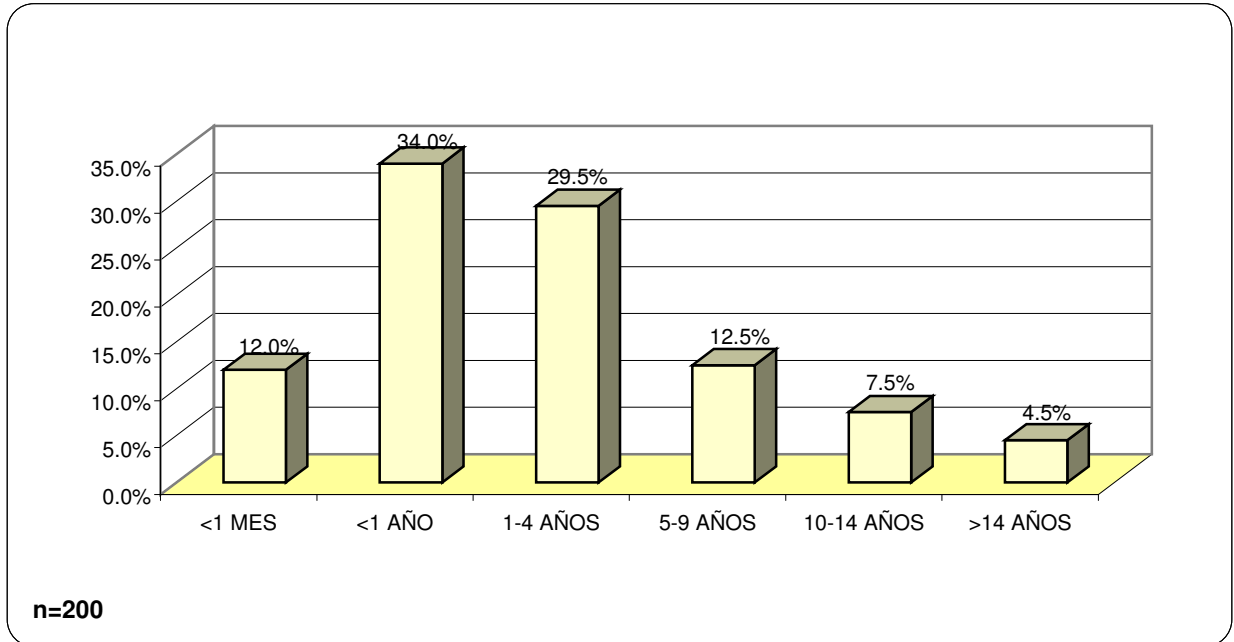
De las 200 quejas pediátricas presentadas ante la CONAMED durante 1997-2001 el mayor número se presentó en el año 2000 con el 27.5% y el menor en el último año analizado, con el 8.5% (Gráfica 2)



Gráfica 2. QUEJAS PEDIÁTRICAS PRESENTADAS EN LA CONAMED POR AÑO.

2. Quejas por grupos de edad

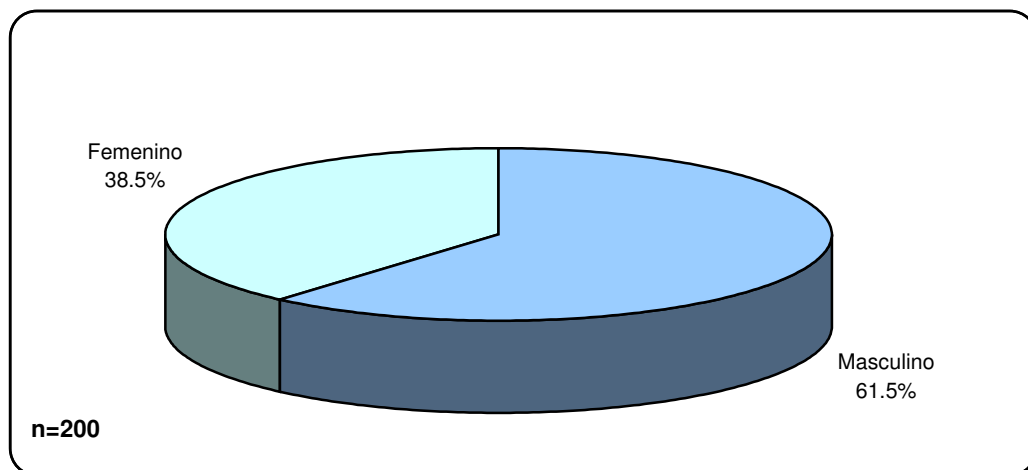
En relación con las quejas presentadas por grupos de edad, tenemos que del total de quejas recibidas, el mayor porcentaje se concentró en los menores de un año, exceptuando al grupo de menores de un mes, con el 34%; seguidas del grupo etáreo de 1-4 años con el 29.5%. El menor porcentaje se dio en el grupo de edad mayor de 14 años, con solo el 4.5% (Gráfica 3).



Gráfica 3. QUEJAS PEDIÁTRICAS PRESENTADAS EN LA CONAMED POR GRUPOS DE EDAD.

3. Quejas relacionadas con el sexo

El mayor porcentaje de quejas pediátricas presentadas ante la Comisión por la atención médica recibida y relacionada por sexo se dio en el masculino con el 61.5%, y en menor proporción para el sexo femenino, con el 38.5% (Gráfica 4).



Gráfica 4. QUEJAS PEDIÁTRICAS PRESENTADAS EN LA CONAMED POR SEXO.

4. Diagnósticos más frecuentes

Las patologías más frecuentemente reportadas, encontradas en los casos de la Comisión, agrupados por especialidad de Pediatría y codificadas en base a la CIE-10 relacionados con inconformidades fueron las siguientes: las diarreas y las gastroenteritis de presunto origen infeccioso se encontraron en el primer lugar (6.0% fue el porcentaje más alto), seguidas de otras afecciones originadas en el periodo perinatal (5.5%), así como las neumonías y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal, presentaron el mismo porcentaje (4.5%) (Tabla 3).

Es relevante el hacer notar que dentro del rubro otras, y debido al alto porcentaje concentrado en el mismo (38.5%), se realizó un análisis más detallado y se reagruparon las causas. En el se encontró que la mayor parte de las mismas, en orden de frecuencia, cayeron en el grupo de infecciones en general, gastroenteritis, tumores malignos de diferentes regiones, malformaciones congénitas, afecciones respiratorias (tanto altas como bajas), y traumatismos de causa externa y envenenamientos principalmente.

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

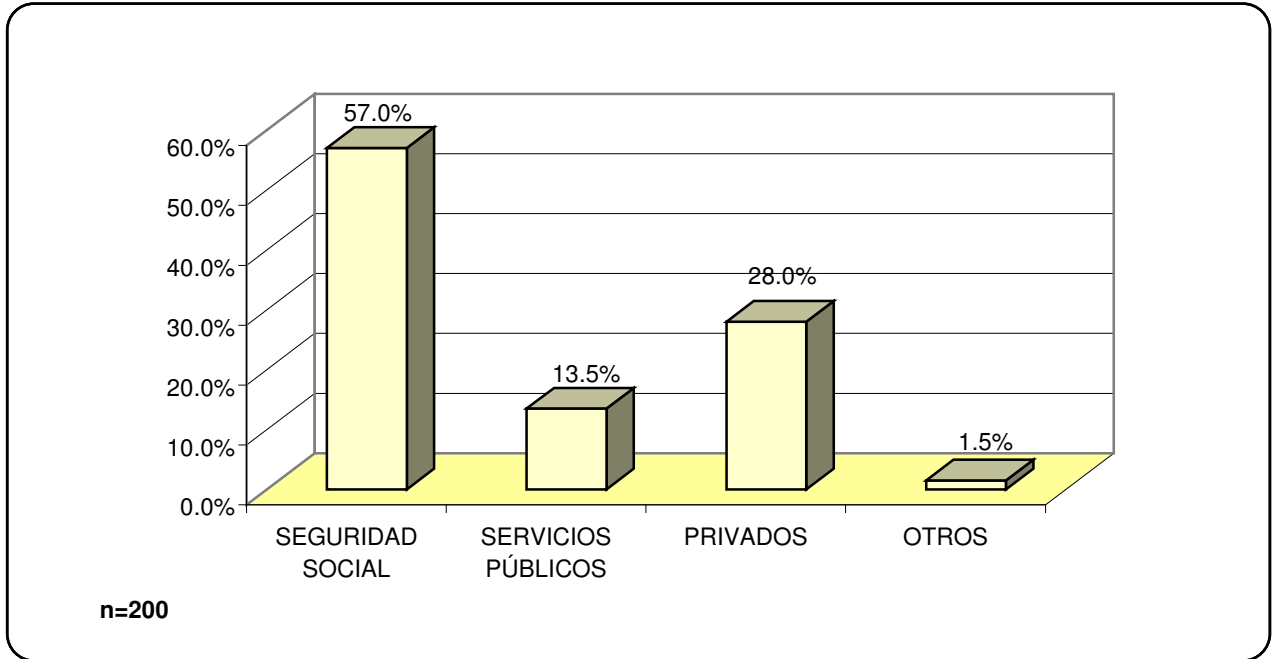
*Lista codificada en base a la CIE-10^a. Rev.

Tabla 3. CAUSAS DE MORBILIDAD EN PEDIATRIA POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL.

5. Quejas por tipo Institución y por Entidad Federativa

Con relación a la institución involucrada en la queja ante la CONAMED, el mayor porcentaje se presentó en las instituciones de la seguridad social, con un 57%, seguidas de los servicios privados con un 28% (Gráfica 5).

Así mismo, es de hacer notar que el mayor número de quejas se dio en el Distrito Federal (53.5%) y el Estado de México (17.5%), ambas sumaron con el 71% de las quejas. El porcentaje restante (28%) engloba a 19 Estados de la República y el porcentaje que aporta cada uno de ellos por separado no es significativo.

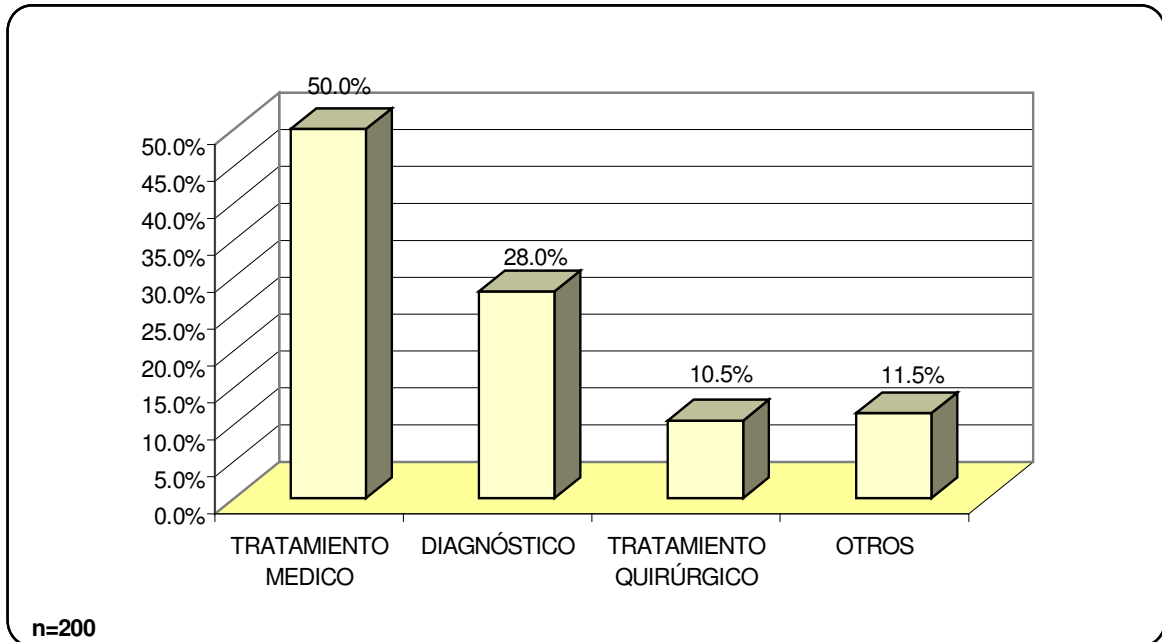


Gráfica 5. QUEJAS POR TIPO DE INSTITUCION.

6. Motivos y Submotivos de las Quejas Pediátricas

En la siguiente gráfica (6), se muestra el motivo de la queja pediátrica presentada en la Comisión. La mitad de éstas, el 50%, se concentró en inconformidades con el tratamiento médico, seguido del diagnóstico con el 28%. En el rubro otros (11.5%) involucra diversas causas que generaron la inconformidad, entre ellas se encontró: abuso, negación del servicio, relación médico-paciente y desinformación y accidentes.

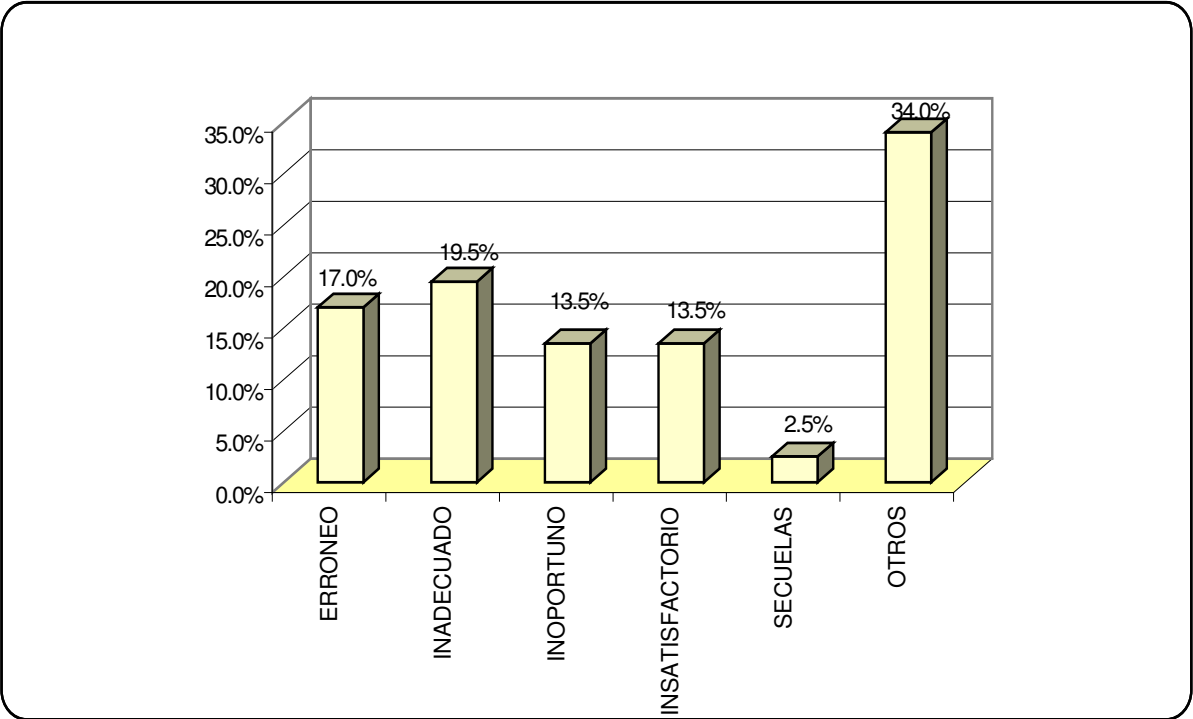
Las causas específicas, derivados del motivo de la queja, esto es, los submotivos, (tratamiento médico o quirúrgico y diagnóstico), se distribuyen más o menos uniformemente en erróneo, inadecuado, inoportuno e insatisfactorio, con excepción de las secuelas, rubro que presenta el menor porcentaje, 2.5% (Gráfica 7).



Gráfica 6. MOTIVO DE LA QUEJA PRESENTADA ANTE LA CONAMED.

En la tabla 4 se presenta un concentrado de los motivos y submotivos de las quejas Pediátricas recibidas en la CONAMED durante el periodo analizado. Llama la atención el alto porcentaje de éstas debido a un tratamiento médico inadecuado, 41% e insatisfactorio, 27%. Con relación al diagnóstico, más de la mitad de las quejas (60.7%) de dicho rubro se relacionaron a un diagnóstico erróneo, e inoportuno en 31.1%. Dentro del motivo por tratamiento quirúrgico, el primer lugar como submotivo lo ocupó el diferimiento injustificado, 33.3% y las complicaciones postquirúrgicas y secuelas, 19%. Tanto las cirugías innecesarias como los resultados no satisfactorios aportaron el mismo porcentaje (9.5%). En lo relacionado con el diagnóstico, se da principalmente por erróneo e inoportuno y por último la afección al producto por diferimiento quirúrgico. En un pequeño porcentaje no se proporcionaron los datos suficientes para su agrupación.

Finalmente, en otros motivos se encuentran las cuestiones administrativas con: la negación del servicio o abuso, afección de la relación médico-paciente por desinformación o maltrato.



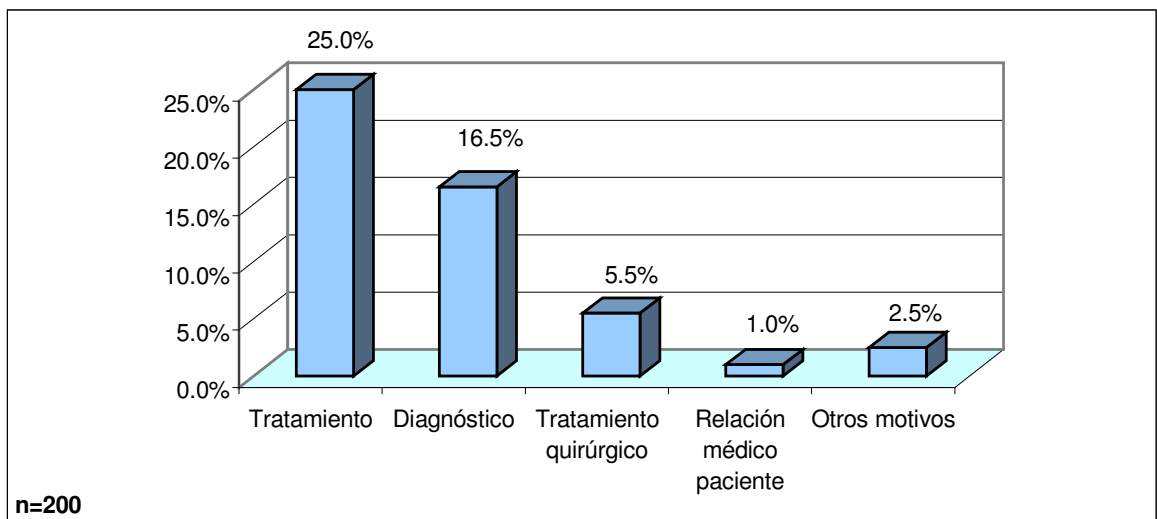
Gráfica 7. SUBMOTIVOS DE LAS QUEJAS PRESENTADAS ANTE LA CONAMED.

QUEJAS POR TRATAMIENTO MEDICO		
Submotivo	Frecuencia	%
Inadecuado	41	41.0
Insatisfactorio	27	27.0
Inoportuno	9	9.0
Complicaciones y enfermedades secundarias	6	6.0
Secuelas	3	3.0
Fallas administrativas	7	7.0
Sin datos	7	7.0
Total	100	100.0
QUEJAS POR DIAGNOSTICO		
Submotivo	Frecuencia	%
Erróneo	34	60.7
Inoportuno	18	32.1
No especificado	4	7.1
Total	56	100.0
QUEJAS POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO		
Submotivo	Frecuencia	%
Diferimiento injustificado	7	33.3
Complicación post quirúrgica y secuelas	4	19.0
Cirugía innecesaria	2	9.5
Resultados no satisfactorios	2	9.5
Accidentes e incidentes	1	4.8
Extirpaciones erróneas	1	4.8
Técnica inadecuada	1	4.8
Sin datos	3	14.3
Total	21	100.0
OTROS MOTIVOS		
Submotivo	Frecuencia	%
Misceláneos	23	
Total	23	100.0

Tabla 4. CONCENTRADO DE MOTIVOS Y SUBMOTIVOS DE LAS QUEJAS PEDIÁTRICAS.

7. Práctica médica

De las 200 quejas de la especialidad en Pediatría presentadas ante la CONAMED, en el 49.5% de los casos se determinó que no hubo mala práctica médica, y el otro 50.5% de los mismos se dictaminó que sí existió mala práctica médica. Debido a que para la Emisión de las Recomendaciones se toma como referencia a las quejas de mala práctica médica presentadas en la Comisión, se retoman principalmente estas últimas. En la gráfica 8 se observa la distribución de la *mala praxis* relacionada con el motivo de la queja, en donde el mayor porcentaje, el 25%, es debido al tratamiento médico, seguido del diagnóstico, con el 16.5%.



Gráfica 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE *MALA PRAXIS* Y MOTIVO DE LA QUEJA.

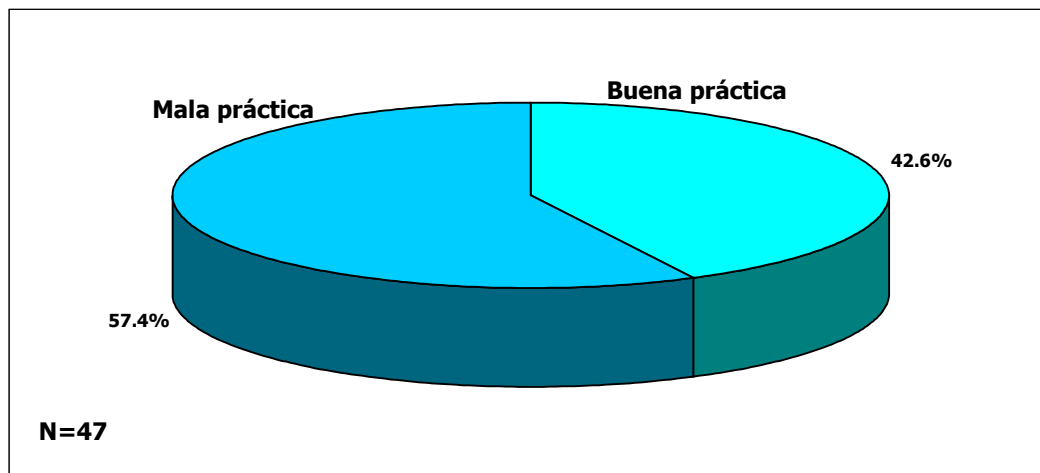
8. Defunciones

De las 200 quejas presentadas en la Comisión (Tabla 5), 47 casos resultaron en fallecimientos de los menores (23.5%). El mayor número de los casos se debieron a neumonías, infecciones y otras afecciones respiratorias (11 casos), y sepsis del recién nacido y septicemia (6 casos) principalmente. De estos 47 casos (23.5%), en el 57.4% (27 casos) se determinó que sí existió mala práctica médica, en tanto que en el 42.6% (20 casos) no se presentó mala práctica (Gráfica 9).

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

* Codificación por Causa Básica

Tabla 5. PRINCIPALES CAUSAS BASICAS DE MORTALIDAD PEDIATRICA EN LAS QUEJAS.

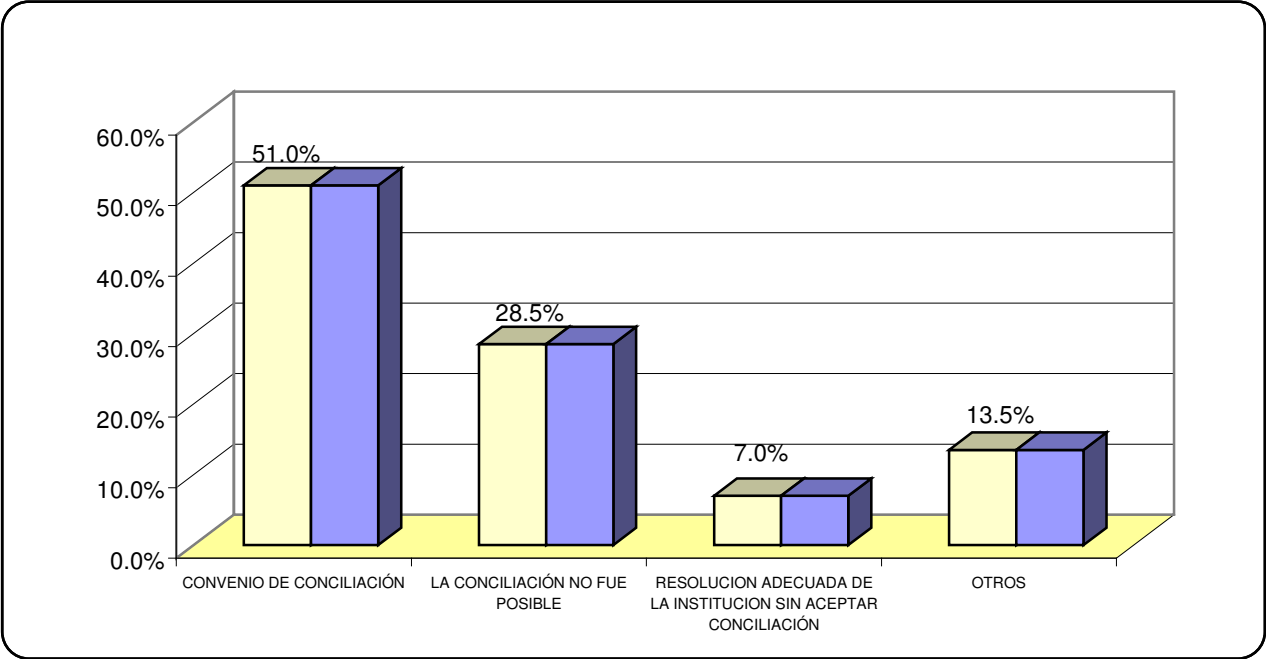


Gráfica 9. MORTALIDAD RELACIONADA CON BUENA Y MALA PRACTICA.

9. Tipo de Conclusión de las Quejas

Con relación al tipo de conclusión, de las 200 quejas en la especialidad de Pediatría presentadas en la CONAMED, en el 51% se determinó convenio de conciliación, y en el 28.5% de las mismas no fue posible la conciliación (Gráfica 10). En el rubro otros (13.5%) se encontraron en orden de frecuencia, falta de interés del quejoso, desistimiento, laudo, casos enviados a las Comisiones Estatales, improcedentes e incompetencia o sobreseimiento.

Finalmente, los compromisos asumidos fueron, en orden de frecuencia, los siguientes: en el 49% del total de casos no se dio compromiso alguno. En el 51% que fue positivo se integraron de la siguiente forma: explicación técnico-médica, 40.2% (tomando como 100% solo a los casos en que se asumió un compromiso), reembolso o reintegro de gastos (25.5%), atención médica especializada (16.7%) y revaloración médica en el 7.8% principalmente.



Gráfica 10. TIPO DE CONCLUSION DE LA QUEJA PEDIATRICA PRESENTADA.

III. DISCUSIÓN

Aún cuando el total de casos pediátricos presentados ante la CONAMED en el período analizado, no representa una cantidad impactante de quejas (2% del total recibido en la Comisión en el mismo periodo), sí es una situación que amerita su análisis, debido a que los casos pediátricos corresponden a un área prioritaria en la atención médica a grupos más vulnerables¹⁵ y como se mencionó al inicio, sigue siendo uno de los retos el alto índice de morbilidad y mortalidad infantil, que resulta desfavorable al país. Por otra parte, un número considerable de quejas están registradas en el área de obstetricia, no obstante que una alta proporción de las mismas están relacionadas con problemas en la reanimación neonatal (en una muestra analizada de 125 casos de obstetricia, aproximadamente el 48% presentó daño perinatal). Aunado a lo anterior, la insatisfacción o falla en el servicio catalogado como erróneo, inadecuado o denegado, no es la percepción directa y sentida del paciente afectado, sino de los familiares o representantes del menor, por lo que el número de quejas *per se*, no nos da un buen indicador dentro de ésta especialidad. Existen estudios que refieren la relación de la satisfacción materna con la cita médica pediátrica y muestran una clara relación con la calidad y cantidad de la información transmitida por el médico tratante. Ciertamente, los estudios en el campo de la comunicación, se enfocan a los adultos y es la interacción del médico e impacto en los padres lo que se analiza, aún cuando el niño sea el paciente. Así mismo, se acepta que en el niño como paciente, la situación se vuelve más compleja, debido a que los derechos del menor a participar están limitados por su nivel cognitivo, sus etapas de maduración ética, el control de los padres y las mismas normas del médico tratante, aún cuando el hecho de hablar con el niño e involucrarlo directamente en su tratamiento, proporciona más información al médico, retiene determinada información mejor, lo que ejerce una mejor satisfacción en los padres y un mayor compromiso en aplicar los tratamientos indicados. Sin embargo, se acepta que solo un mínimo porcentaje de pediatras tiene una buena comunicación con el niño.^{21,22}

En cuanto a las demandas presentadas por grupos de edad, el mayor porcentaje se concentró en menores de un año (pero mayores de un mes), hasta los cuatro años. Al sumar los dos grupos referidos, éste subgrupo acumula un total de un total del 63.5%. A mayor edad, existe un menor porcentaje de demandas en la población infantil. Los resultados corresponden con el grupo de mayor demanda de los servicios de salud a nivel nacional, con una mayor morbilidad, debido a los complejos fenómenos del crecimiento más activo, desarrollo funcional y psicológico, así como las peculiaridades de la dieta y cambios en la alimentación en esta etapa²³ por lo que el pediatra deberá poner especial atención a estos factores. Así mismo, en el grupo mencionado, cuando correlacionamos estos datos con las defunciones generales por grupos de edad, la mayor frecuencia se registra en éste mismo subgrupo.

Las quejas pediátricas relacionadas con el género se presentaron mayormente en el masculino, lo que puede estar relacionado con la mayor fragilidad de los niños a las enfermedades y que refleja una mayor tasa de mortalidad en estos. Los datos corresponden con los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que refiere una mayor tasa de mortalidad en los niños que en las niñas, por lo que se da en nuestro país un índice de sobremortalidad masculina.⁹

Los diagnósticos más frecuentemente encontrados en las quejas pediátricas, fueron las diarreas de presunto origen infeccioso. El grupo más vulnerable en la población infantil es el de menores de un año, en quienes se observan con mayor frecuencia los trastornos digestivos, además de los respiratorios, infecciosos y de la nutrición. La literatura refiere ampliamente a la diarrea como manifestación patológica que se registra con mayor frecuencia en los menores de 3 años. Esta ocupa los primeros lugares como causa de morbilidad y de mortalidad infantil (a nivel mundial ocasiona anualmente 14 millones de defunciones en menores de un año), principalmente en comunidades con mal saneamiento básico, bajo nivel socioeconómico y cultural. Nuestro país no es la excepción, las infecciones son la causa más frecuente de diarrea, junto con las infecciones respiratorias agudas; responsables frecuentes de la alta morbilidad y de las complicaciones graves que se generan.²⁴ No obstante el panorama epidemiológico desfavorable, en años

recientes, se ha considerado que sí es posible disminuir las tasas de mortalidad por infecciones gastrointestinales y respiratorias, si se proporciona atención médica oportuna y adecuada.²⁵

En el análisis por institución, el mayor número de quejas se dio en la seguridad social, probablemente debido a su amplia cobertura por un lado, y por el otro a que cuando el niño enferma requiere de estudios más especializados o de un tiempo más prolongado de atención médica, se recurre a la seguridad social. No obstante, un tamaño considerable de quejas se dio en los servicios privados. Deberá tenerse presente el que los pediatras que laboran en estas instituciones tienen limitaciones de tiempo, al tener varias actividades y un exceso de consulta institucional y particular, que les impide atender adecuadamente a cada paciente. Así mismo, los niños hospitalizados están sujetos tanto a las ventajas como a los riesgos del tratamiento médico, inherentes a las propiedades farmacológicas o a los procesos quirúrgicos.¹¹

Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) relacionan a los factores de comunicación interpersonal, principalmente en familias de bajos recursos, con una mayor predisposición a estar en desacuerdo o insatisfechas con la atención médica recibida por sus niños. Dicha insatisfacción se da en diferentes aspectos en la comunicación con los médicos, y frecuentemente reportan:

- 1) falta de una adecuada indicación por parte del médico de cómo tomar los medicamentos;
- 2) que el médico no explicaba adecuadamente la gravedad de la enfermedad del niño o que no proporcionaba toda la información que los familiares demandaban durante la consulta pediátrica,
- 3) no se les permitía discutir todo sobre sus dudas o los hallazgos encontrados en la exploración física, y finalmente
- 4) un alto porcentaje de todos los familiares reportaron que el médico no explicó adecuadamente la causa de la enfermedad del niño.²⁶

Es fundamental tener en cuenta que un elevado porcentaje de usuarios de los servicios de salud en la seguridad social son de bajos recursos, por lo mismo su

nivel cultural es bajo, creando barreras culturales y de lenguaje, lo que puede acentuar aún más la interrelación entre este tipo de pacientes o familiares y el médico, generando una comunicación deficiente o una mala interpretación, así como diferencias tanto en las prioridades como en las percepciones de cada uno de ellos (de los pediatras y de los familiares del niño).

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

En relación a los motivos y submotivos de las quejas, el 50% de las mismas fue por el tratamiento médico recibido. El error en la medicación en pediatría es un problema que trata ampliamente la literatura, los errores potenciales durante la administración de medicamentos, principalmente en niños hospitalizados, y área de urgencias pediátricas. Estos pueden presentarse en cualquier etapa del proceso de la atención médica, desde la selección del medicamento, su indicación, hasta su aplicación. Por lo que se recomienda a los pediatras tener presentes las interacciones y posibles reacciones, las dosis y tiempos de administración del medicamento, así como la accesibilidad de las referencias farmacológicas y demás información necesaria dentro de los servicios y complementar con la elaboración de material educativo para el paciente. Además, la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) refiere que existen factores que necesariamente impactan en la decisión farmacológica del pediatra, como son las condiciones del paciente, la calidad de la atención médica, las características propias de la práctica médica en determinadas instituciones de salud, en donde la libre elección por parte del paciente está limitada, así como la conveniencia y costo de determinados fármacos.^{11,16,27}

Se recomienda tener presentes las interacciones y posibles reacciones, las dosis y tiempos de administración del medicamento, así como la accesibilidad de las referencias medicamentosas y demás información necesaria dentro de los servicios.

Así mismo, la AAP concretamente considera que la medicación *per se*, incrementa el riesgo potencial de exposición a un peligro, por lo que se recomienda a los pediatras asegurarse de una cobertura legal para administrar determinados medicamentos, asegurarse que el paciente recibe la dosis apropiada, que comprende las instrucciones e interacciones farmacológicas y efectos colaterales, complementándolo con la elaboración de material educativo para el paciente.

Existen pocas investigaciones que estudien el error médico en pacientes pediátricos, sin embargo se discute la posibilidad de que los niños y especialmente los neonatos presenten una limitada reserva para amortiguar los errores en el tratamiento farmacológico, debido a su rápido cambio de peso, lo que hace particularmente difícil dosificar el medicamento adecuadamente o cuando están en estado crítico, pueden generar consecuencias más graves, en comparación con neonatos relativamente sanos o niños de más edad. La tasa de error es considerablemente mayor en neonatos, y en éste grupo los de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), prematuros, con bajo peso al nacer y con alteraciones respiratorias y nutricionales mayormente. Un considerable número de errores medicamentosos se presenta en la dosificación, seguido de la ruta de administración (la intravenosa seguida de la oral e inhalación), de la lectura y documentación, fecha y frecuencia de administración. Los medicamentos mas comúnmente involucrados en error médico son los agentes anti-infecciosos, analgésicos y sedantes, electrolitos, líquidos y broncodilatadores. Otros estudios mencionan que el error humano es magnificado substancialmente por un complejo y pobre diseño del sistema de salud, un inadecuado equipo de trabajo, con estresores psicológicos y ambientales en el personal médico como la fatiga, ansiedad, mala iluminación y el ruido.¹⁶ En resumen, los errores en el tratamiento farmacológico generan una gran diversidad de problemas de salud, con incremento de la morbilidad-mortalidad y de los costos de atención médica, así

como causas frecuentes de litigios que involucran al paciente, familiares, instituciones y pediatras.^{11,28}

Diversos estudios reportan que hasta un 40% de los pediatras expresaron que diez o más veces al mes los padres de sus pacientes les demandaron un antibiótico, cuando el mismo médico no lo consideraba indicado y en el 48% de los mismos, los padres siempre o frecuentemente los presionaban para recibir antibióticos, sin estar indicados. Así, los médicos refieren la presión de los padres como el factor más impactante en el uso inapropiado de antibióticos.^{29,30,31,32} Además, agregaríamos la gran cantidad de medicamentos que llegan al pediatra, y que frecuentemente lo conducen a basarse en los datos consignados por la industria química y farmacéutica, situación que se da principalmente en la consulta privada.

En las quejas relacionadas con el diagnóstico ocuparon el segundo lugar. Debe considerarse la necesidad que tiene el especialista de realizar un diagnóstico rápido en los pacientes pediátricos, con el fin de implementar al mismo tiempo el tratamiento oportuno requerido. No obstante, existen limitaciones en la accesibilidad de estudios de laboratorio y gabinete dentro de las instituciones de salud, y frecuentemente se diagnostica solo con base en los hallazgos clínicos. Además de la sobrecarga en las unidades, por lo que los niños hospitalizados sufren un acortamiento de su estancia por el mismo factor mencionado, y consecuentemente el tiempo que dedica el pediatra en los problemas prioritarios de salud en el niño y sus padres, es insuficiente.¹⁴ Otro posible factor a considerar son las malformaciones congénitas o tumores infantiles que demandan frecuentemente de la intervención de sub-especialistas y de tecnología más sofisticada, así como de un diagnóstico prenatal temprano.

Los resultados de la atención médica, prácticamente en la mitad de las quejas recibidas (50.5%), se determinó que hubo mala práctica médica. Esta situación no es privativa de nuestro país, ya que en los últimos años en Estados Unidos los costos por mala práctica se han incrementado cuatro veces más rápido que la tasa de crecimiento económico. Sin embargo, los médicos encuentran cada vez más

difícil obtener un seguro por mala práctica. Así mismo, la literatura refiere que pocos actos de negligencia médica resultan en mala práctica, así como pocas demandas de mala práctica involucran realmente un acto de negligencia médica. Resultado de dicha situación es que los médicos han aprendido a practicar la medicina defensiva, con un incremento significativo en el costo de la misma, pero aún más costoso es el daño que puede sufrir el médico en la relación médico-paciente y ver al próximo paciente como un potencial demandador, aduciendo una mala práctica, sumando una desconfianza en el conflicto médico. Las Reformas que se han aplicado para disminuir o revertir esta situación en el Sistema de Salud, han sido enfocadas a las resoluciones alternativas de conflictos, principalmente a la negociación, mediación, arbitraje y paneles de expertos.³³

Estas mismas funciones se aplican en la Comisión, sin embargo, consideramos que independientemente de conocerlas y concientizarse en la problemática, es prioritario prevenir los conflictos, teniendo en cuenta que los litigios traen consecuencias adversas, estrés, traumas psíquicos y un deterioro frecuente de la relación médico-paciente. Por tal motivo consideramos que en base a los reportes de otras instituciones de salud en diversos países, las Recomendaciones en Pediatría que aquí se emiten, ayudarán a disminuir el riesgo potencial de ser demandados por mala práctica médica, ante diferentes instancias jurídicas, preservando además la privacidad, la autonomía y una mayor efectividad en las actividades profesionales realizadas.

Con respecto a las defunciones más de la mitad fueron consecuencia de neumonías y otras infecciones respiratorias. Estos datos corresponden con los reportados en la literatura, en cuanto las causas de mortalidad por complicaciones derivadas de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas (ED), principalmente en menores de cinco años. Según Villa y colaboradores²⁴ el número de defunciones que reportan las instituciones de salud con población asegurada, es apenas la mitad de la mortalidad ocurrida fuera de las unidades médicas. Más aún, un porcentaje mayor del 60% de los menores de 5 años, con diagnóstico de ED o IRA fallecen en sus casas, aún cuando han recibido atención médica previa a su muerte.

Finalmente, en la misma práctica pediátrica se habla de la importancia de conocer la "Nueva Morbilidad" (alteraciones tardías de divorcios, abuso sexual en el niño, desordenes en la atención/hiperactividad, suicidios, homicidios, violencia escolar, abuso de alcohol y drogas, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), efectos de los medios en la violencia, obesidad, actividad sexual temprana, y embarazos no deseados en menores de edad), como consecuencia de las dificultades sociales, problemas en el comportamiento y otros factores que afectan el entorno infantil, y que en el futuro desplazarán a la morbilidad actual; por lo que el especialista deberá tener el conocimiento para poder identificar éstos problemas, así como implementar medidas de intervención. Específicamente en nuestro entorno especialista se enfrenta a desafíos que afectan su práctica médica, en aspectos relacionados con la calidad de vida, y la justicia social en el acceso a los servicios de salud entre otros.³⁴

Consideramos que en vista de los resultados obtenidos en el análisis deberán desarrollarse además Recomendaciones Específicas para Urgencias Pediátricas, para el Recién Nacido y para el grupo los Adolescentes, por ser grupos vulnerables y áreas problemáticas que se apartan un poco de la pediatría en general.

IV. RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENIR LA MALA PRÁCTICA MÉDICA EN PEDIATRÍA.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Dr. Gabriel Manuell Lee, Dr. Antonio Eugenio Rivera Cisneros, Dr. José Guillermo Rodríguez Soto, Dra. Ma. Eugenia Jiménez Corona, Dra Norberta Barrera Romero; **Enlace Externo:** Dr. Gabriel Cortés Gallo; **Academia Nacional de Pediatría:** Dr. Arturo Loredo Abdala y Dr. Miguel Angel Pezzotti y Rentería; **Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría:** Dr. Remigio Veliz, Pintos, Dr. Eduardo Alvarez Vázquez, **Confederación Nacional de Pediatría:** Dr. Manuel Vega López y Dr. Salvador Jáuregui Pulido; **Asociación Mexicana de Pediatría A.C.:** Dr. José Nicolás Reynes Manzur; **Instituto Nacional de Pediatría:** Dr. Miguel Angel Rodríguez Weber; **CMN Siglo XXI. Hospital de Pediatría:** Dr. Carlos David González Lara y **Hospital Infantil "Federico Gómez":** Dr. Romeo S Rodríguez Suárez y Dr. Alejandro Serrano Sierra.

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

1. CONTAR CON LAS CERTIFICACIONES Y ACTUALIZACIONES INDISPENSABLES:

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

2. MANTENER ESTRECHA COMUNICACIÓN MÉDICA CON LA FAMILIA O REPRESENTANTES DEL PACIENTE:

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

3. DAR ESPECIAL ATENCIÓN A LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL NIÑO SANO:

- ◆ Fomentar en la madre del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, haciendo énfasis en sus ventajas y beneficios que aporta al niño.
- ◆ Fomentar en los padres o responsables las medidas higiénicas personales indispensables, en la preparación de los alimentos, lavado de manos y aislamiento preventivo del contagio de padecimientos infecciosos.
- ◆ Proporcionar a los padres información suficiente y sencilla sobre el manejo de alimentos como medida que favorezca un crecimiento adecuado y prevenga trastornos relacionados con la nutrición.
- ◆ Realizar una exploración física detallada y completa.
- ◆ Incluir y documentar en el expediente clínico todos los de parámetros que permitan dar un seguimiento apropiado del crecimiento y desarrollo.
- ◆ Aplicar un esquema de Inmunización, en el que se incluyan las vacunas del Programa Nacional de Vacunación. Proporcionar a los padres y/o responsables del menor, información acerca de otras vacunas aprobadas y disponibles, con explicación del riesgo - beneficio.

4. ASEGURAR UNA VALORACIÓN INTEGRAL NEONATAL:

- ◆ Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las malformaciones congénitas diagnosticables con procedimientos sencillos y rutinarios.
- ◆ Recurrir a estudios especializados ante la sospecha de la presencia de otras malformaciones.

- ◆ Realizar la prueba de tamiz neonatal básico y cuando el caso lo requiera el tamiz metabólico ampliado.
- ◆ Comunicar el diagnósticos a los padres hasta que se disponga de la información suficiente.
- ◆ Solicitar interconsulta con otros especialistas que puedan contribuir al cuidado subsecuente del paciente.

5. EFECTUAR DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS OPORTUNOS:

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

6. DETECTAR OPORTUNAMENTE LAS URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS:

- ◆ Atender oportuna y eficientemente al paciente que llega a urgencias.
- ◆ Evaluar en forma integral y multidisciplinaria para determinar el diagnóstico y su referencia adecuada del paciente.
- ◆ Proporcionar tratamiento médico inmediato a las alteraciones que pongan en peligro la vida o la función de uno o varios órganos.
- ◆ Evitar el empleo de medicamentos que puedan que puedan enmascarar el cuadro clínico.
- ◆ Enviar junto con el paciente toda la información disponible en caso de su traslado.
- ◆ Contar en las áreas de atención medica con medicamentos, equipo e instrumental básico para el tratamiento de una urgencia.
- ◆ Informar a los padres o responsables de las limitaciones que en su caso se tengan de la atención del padecimiento, y las alternativas para su traslado.

7. DETECTAR Y TRATAR AL PACIENTE CON URGENCIAS RESPIRATORIAS Y/O ENFERMEDADES DIARREICAS:

- ◆ Evaluar clínica, objetiva y rápidamente el estado cardiopulmonar y hemodinámico.
- ◆ Establecer la etapa clínica del padecimiento (choque temprano, choque tardío, dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria, paro respiratorio o paro cardiorespiratorio) para proporcionar un manejo óptimo e individualizado.
- ◆ Garantizar una vigilancia estrecha para la detección temprana de complicaciones.

8. CONOCER EL FUNDAMENTO MEDICO DE LA PRESCRIPCION:

- ◆ Tener conocimiento suficiente y actualizado de los tratamientos farmacológicos de cada padecimiento, de sus efectos indeseables o colaterales, así como de los riesgos potenciales de su empleo.
- ◆ Prescribir tratamientos de acuerdo a los principios científicos y éticos de la práctica de la medicina.
- ◆ Tener acceso a la información sobre los aspectos farmacológicos de los medicamentos utilizados (absorción, distribución, metabolismo, excreción e interacción posible con otros fármacos).
- ◆ Explicar detenida y ampliamente a los padres y/o responsables del menor las presentaciones de los fármacos prescritos, las dosis, los horarios y la duración del tratamiento, haciendo hincapié en el cumplimiento de los mismos.

9. PROPORCIONAR ATENCION ADECUADA AL NIÑO HOSPITALIZADO:

- ◆ Proporcionar a los padres o responsables del menor información diaria y cada vez que existan cambios significativos sobre el diagnóstico, pronóstico, plan de estudio y tratamiento.
- ◆ Hacer partícipes de la responsabilidad compartida a los pacientes, padres y/o responsables del apego al tratamiento y su repercusión en el pronóstico.
- ◆ Unificar criterios de información entre el personal de salud involucrado en la atención del paciente, promoviendo la comunicación permanente.
- ◆ Obtener sin excepción el consentimiento informado en procedimientos con riesgo.
- ◆ Facilitar las visitas hospitalarias a familiares con pacientes en estado crítico.

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 resucitación que cualquier otro grupo de edad. El modo en el cual un niño en ésta etapa se le trate en los primeros minutos de vida puede tener consecuencias posteriores sobre el resto de su vida y afectar directamente la calidad de vida del paciente y de su familia. Posterior al análisis de todas las quejas de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED durante el periodo 1997-2001, y al ser revisados los grupos de edad, en donde el mayor número se concentró en menores de uno a cuatro años, además de conocer la causa de la inconformidad médica y de mala practica, se resolvió elaborar Recomendaciones específicas en NEONATOLOGIA. Una vez elaboradas estas fueron validadas internamente en la CONAMED, y en una segunda fase, éstas fueron sometidas a una validación externa, realizada por expertos en pediatría, a través de reuniones de trabajo, con el fin de conocer e incluir sus observaciones.

1. 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 normoinsera.
- ◆ 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, 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 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 pronostico.
- ◆ Comunicar a los padres, y exponerles las razones del traslado, con explicaciones claras acerca del diagnostico, pronostico probabilistico, 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.**

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA MALA PRACTICA MEDICA EN PEDIATRIA

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un alto porcentaje de la inconformidades se relaciona con cuestiones técnico-médicas: tratamiento médico o diagnóstico erróneos, inadecuados, inoportunos e insatisfactorios. 	<p>1. CONTAR CON LAS CERTIFICACIONES Y ACTUALIZACIONES INDISPENSABLES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cédula profesional debidamente otorgada por el Registro Federal de Profesiones de la SEP. ▪ Cédula de la especialidad debidamente requisitada por el Registro Federal de Profesiones de la SEP. ▪ Certificación del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría así como la Recertificación quinquenal obligatoria. ▪ Estar afiliado, en calidad de Socio Activo a una Sociedad, Colegio o Asociación de la especialidad, de prestigio reconocido. ▪ Estar en disposición de mostrar la documentación anterior a los padres del menor o a la autoridad competente que así lo requieran. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impericia y negligencia. ▪ Desconocimiento de los padecimientos. ▪ Indicaciones no idóneas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el tipo de conclusión de la queja en más del 40%, se hizo el compromiso de dar una explicación técnica-médica al paciente y/o sus familiares. 	<p>2. MANTENER ESTRECHA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA O REPRESENTANTES DEL PACIENTE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar un trato respetuoso y afable al niño y sus familiares, asegurando la corresponsabilidad. ▪ Incluir tanto en el paciente como a los padres en la decisión sobre su tratamiento. ▪ Brindar información utilizando un lenguaje apropiado y entendible. ▪ Promover la participación de los familiares del niño en su diagnóstico, plan de estudio y tratamiento, así como de los cambios clínicos. ▪ Obtener el consentimiento validamente informado en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que así lo ameriten. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afección de la relación médico-paciente o médico-familia. ▪ Desinformación. ▪ Insatisfacción de la atención médica. ▪ Trásgresión de la autonomía del paciente. ▪ Rechazo del consentimiento informado.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de estrategias de prevención de la morbilidad y mortalidad infantil. 	<p>3. DAR ESPECIAL ATENCIÓN A LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL NIÑO SANO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar en la madre del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, haciendo énfasis en sus ventajas y beneficios que aporta al niño. ▪ Fomentar en los padres o responsables las medidas higiénicas personales indispensables, en la preparación de los alimentos, lavado de manos y aislamiento preventivo del contagio de padecimientos infecciosos. ▪ Proporcionar a los padres información suficiente y sencilla sobre el manejo de alimentos como medida que favorezca un crecimiento adecuado y prevenga trastornos relacionados con la nutrición. ▪ Realizar una exploración física detallada y completa. ▪ Incluir y documentar en el expediente clínico todos los parámetros que permitan dar un seguimiento apropiado del crecimiento y desarrollo. ▪ Aplicar un esquema de Inmunización, en el que se incluyan las vacunas del Programa Nacional de Vacunación. Proporcionar a los padres y/o responsables del menor, información acerca de otras vacunas aprobadas y disponibles, con explicación del riesgo-beneficio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades infectocontagiosas comunes. ▪ Detección inoportuna de alteraciones en el crecimiento y desarrollo. ▪ Desconocimiento de los padres de la vigilancia del niño. ▪ Gastos innecesarios en la atención médica.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las malformaciones congénitas se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad por diagnóstico principal en las inconformidades presentadas. 	<p>4. ASEGURAR UNA VALORACIÓN INTEGRAL NEONATAL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las malformaciones congénitas diagnosticables con procedimientos sencillos y rutinarios. ▪ Recurrir a estudios especializados ante la sospecha de la presencia de otras malformaciones. ▪ Realizar la prueba de tamiz neonatal básico y cuando el caso lo requiera el tamiz metabólico ampliado. ▪ Comunicar el diagnóstico a los padres hasta que se disponga de la información suficiente. ▪ Solicitar interconsulta con otros especialistas que puedan contribuir al cuidado subsecuente del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico erróneo e inoportuno. ▪ Complicaciones graves. ▪ Detección inoportuna de alteraciones . ▪ Tratamiento inoportuno. ▪ Mala atención familiar. ▪ Diferimiento inadecuado. ▪ Afectación de la relación del médico con los padres.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las inconformidades relacionadas con el diagnóstico ocuparon el segundo lugar (28%) como motivo de queja. ▪ El 50% de las quejas se debió a inconformidad con el tratamiento médico. 	<p>5. EFECTUAR DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO OPORTUNOS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer los problemas de salud en la población pediátrica que representan las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad del ámbito geográfico y social en el que desempeñe su práctica profesional. ▪ Realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para problemas de salud basados en la mejor evidencia disponible y aplicándolos conforme a las circunstancias del medio en el que ejerce. ▪ Evitar el abuso de auxiliares de diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete. ▪ Solicitar el apoyo de otros especialistas cuando el caso así lo amerite. ▪ Conocer y cumplir con lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y la NOM-031-SSA2-1999, para la atención del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar un diagnóstico erróneo e inoportuno. ▪ Inconformidad con el tratamiento médico. ▪ Complicaciones. ▪ Denuncias y demandas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La inconformidades por tratamiento quirúrgico ocupó el tercer lugar. 	<p>6. DETECTAR OPORTUNAMENTE LAS URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atender oportunamente y eficientemente al paciente que llega a urgencias. ▪ Evaluar en forma integral y multidisciplinaria para determinar el diagnóstico y su referencia adecuada del paciente. ▪ Proporcionar tratamiento médico inmediato a las alteraciones que pongan en peligro la vida o la función de uno o varios órganos. ▪ Evitar el empleo de medicamentos que puedan enmascarar el cuadro clínico. ▪ Enviar junto con el paciente toda la información disponible en caso de su traslado. ▪ Contar en las áreas de atención médica con medicamentos, equipo e instrumental básico para el tratamiento de una urgencia. ▪ Informar a los padres o responsables de las limitaciones que en su caso se tengan de la atención del padecimiento, y las alternativas para su traslado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enmascaramiento de patología. ▪ Diagnóstico erróneo. ▪ Cirugías innecesarias. ▪ Complicaciones y secuelas. ▪ Hospitalizaciones prolongadas. ▪ Resultados insatisfactorios.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las neumonías y otros trastornos respiratorios presentaron el segundo lugar de frecuencia y el primero como causa de defunción. ▪ Las diarreas agudas y DEPIs (6%) ocuparon el primer lugar. 	<p>7. DETECTAR Y TRATAR AL PACIENTE CON URGENCIAS RESPIRATORIAS Y/O ENFERMEDADES DIARREICAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar clínica, objetiva y rápidamente el estado cardiopulmonar y hemodinámico. ▪ Establecer la etapa clínica del padecimiento (choque temprano, choque tardío, dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria, para respiratorio o paro cardiorrespiratorio) para proporcionar un manejo óptimo e individualizado. ▪ Garantizar una vigilancia estrecha para la detección temprana de complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento de mortalidad. ▪ Atención médica inoportuna. ▪ Tratamiento médico no idóneo. ▪ Mala praxis.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El 41% de las inconformidades estuvieron relacionadas con tratamiento médico inadecuado. 	<p>8. CONOCER EL FUNDAMENTO MÉDICO DE LA PRESCRIPCIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener conocimiento suficiente y actualizado de los tratamientos farmacológicos de cada padecimiento, de sus efectos indeseables o colaterales, así como de los riesgos potenciales de su empleo. ▪ Prescribir tratamientos de acuerdo a los principios científicos y éticos de la práctica de la medicina. ▪ Tener acceso a la información sobre los aspectos farmacológicos de los medicamentos utilizados (absorción, distribución, metabolismo, excreción e interacción posible con otros fármacos). ▪ Explicar detenida y ampliamente a los padres y/o responsables del menor las presentaciones de los fármacos prescritos, las dosis, los horarios y la duración del tratamiento, haciendo hincapié en el cumplimiento de los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento médico no idóneo. ▪ Insatisfacción con el tratamiento. ▪ Complicaciones y/o enfermedades secundarias. ▪ Error médico en el medicamento, dosis, ruta y frecuencia de la administración.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mayor parte de las causas de morbilidad que fueron motivo de inconformidad requieren de hospitalización. 	<p>9. PROPORCIONAR ATENCIÓN ADECUADA AL NIÑO HOSPITALIZADO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar a los padres o responsables del menor información diaria y cada vez que existan cambios significativos sobre el diagnóstico, pronóstico, plan de estudio y tratamiento. ▪ Hacer partícipes de la responsabilidad a los pacientes, padres y/o responsables del apego al tratamiento y su repercusión en el pronóstico. ▪ Unificar criterios de información entre el personal de salud involucrado en la atención del paciente, promoviendo la comunicación permanente. ▪ Obtener sin excepción el consentimiento informado en procedimientos con riesgo. ▪ Facilitar las visitas hospitalarias a familiares con pacientes en estado crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falsas expectativas de recuperación. ▪ Pronósticos equívocos. ▪ Desconocimiento de la enfermedad. ▪ Inconformidades. ▪ Altos costos para la institución y familiares del paciente.

V. BIBLIOGRAFÍA

- ¹Padrón Puyou F. La evolución de la pediatría. Variaciones sobre el tema. Bol Med Hosp Inf Mex. 2000;57:537-540.
- ²Soberón G; Kumate J y Laguna J. La salud en México: Testimonios, 1988. Especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Vol. I: 419-440. Biblioteca de la Salud
- ³Ortíz M. Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2000.
- ⁴UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2000. Naciones Unidas , Nueva York, NY, USA, 2000.
- ⁵Nelson EW. Tratado de pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México,1998;I:1-6.
- ⁶Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Morbilidad 1998, México SSA. 1998.
- ⁷Secretaría de Salud. Dirección General de Información y evaluación del Desempeño. Estimaciones a partir de los totales de la población.
- ⁸Sistema Nacional de Salud. Dirección General de Epidemiología. Mortalidad 1999, México SSA. 2000.
- ⁹Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud en las Américas. México, edición de 1998, Vol. II: 403-418.
- ¹⁰Nelson, MN. A decimillennium in neonatology. J Pediatric 2000;137:731-5.
- ¹¹American Academy of Pediatrics. Committee on Drug and Committee on Hospital Care. PEDIATRICS, 1998;102:428-430.
- ¹²Swift PN and Hamilton PJS. An Assessment of the Comparative Advantages of Pediatric Activities Using Routine Hospital Records. Bull World Health Organ, 1976;54:513-521.
- ¹³Mullet CJ, Evans RS, Christenson JC and Dean JM. Development and impact of a computerized pediatric antiinfective decision support program. PEDIATRICS, 2001;108(4):E75.

- ¹⁴Reisinger SK and Bires AJ. Anticipatory Guidance in Pediatric Practice. *Pediatrics*, 1980;66(6):889-892.
- ¹⁵Schuter AM, Duan N, Regaldo M and Klein JD. Anticipatory Guidance. What Information Do Parents Receive? What Information Do They Want? *Arch Padiatr Adolesc Med*, 2000;154:1191-1198.
- ¹⁶Kaushal R, Bates WD, Landrigan LC, McKennaJK, Clapp DM, Federico F and Goldman AD. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. *JAMA*,2001;285(16):2114-2120.
- ¹⁷Mullet CJ, Evans RS, Christenson JC and Dean JM. Development and impact of a computerized pediatric antiinfective decision support program. *Pediatrics*, 2001;108(4):E75.
- ¹⁸Kaushal R, Barken NK and Bates WD. How Can Information Technology Improve Patient Safety and Reduce Medication Errors in Children´s Health Care? *Arch Pediatrics & Adolescent Med*, 2001;155(9):1002-1007.
- ¹⁹CONAMED. Sistema de Atención de Quejas Médicas. Secretaría de Salud. México. 2000.
- ²⁰Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), EUA,1995.
- ²¹Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001:89-92.
- ²²Gimar, Figueroa, González, Hermasa y Lemus. El consentimiento en el acto médico una aproximación en Pediatría.<http://www.encolombia.com/pediatria34299-consenti25.html>
- ²³Pantell RH, Stewart JT, Dias KJ, Wells P and Ross WA. Physician Communication with children and parents. *PEDIATRICS*, 1982;70(3):396-402.
- ²⁴Villa S, Guiscafré H, Martínez H, Urbán JC, Reyes S, Lezana M A, Gutiérrez G. Muertes en el hogar en niños con diarrea o infección respiratoria aguda después de haber recibido atención médica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1994; 51 :233-242.
- ²⁵Vaca-Marin MA; Sierra-Vargas MP y Bernal-Alcantara DM. Panorama epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de los Estados Unidos Mexicanos. Comparación con 5 países del continente americano. *Rev Inst Nal de Enf Resp*. México, 1999;12(2):120-128.

- ²⁶Wood LD, Corey C, Freeman EW and Shapiro FM. Are poor families with the medical care their children receive? *Pediatrics*, 1992;90(1):66-70.
- ²⁷American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. *Pediatrics*, 2001;108(5):1227-1230.
- ²⁸Bauchner H, Pelton IS and Klein OJ. Parents, Physicians, and Antibiotic Use. *PEDIATRICS*, 1999; 103(2): 395-401.
- ²⁹Paluc E, Katzenstein D, Frankish JC, Herbert PC, Milner R, Speert D and Chambers K. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Can Fam Physician*, 2001;47:521-527.
- ³⁰Mangione-Smith R, McGlynn AE, Elliott NM, McDonalds L, Franz EC and Krautz LR. Parent Expectations for Antibiotics, Physician- Parent Communication, and Satisfaction. *Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior. Arch Padiatr Adolesc Med*, 2001;155:800-806.
- ³¹Homm MR, Hicks JR and Bemben AD. Antibiotics and Respiratory Infections: Are Patients More Satisfied when Expectations Are Met? *J Fam Pract*, 1996;43:56-62.
- ³²Mangione-Smith R, McGlynn AE, Elliott NM, Krogstad P and Brook BH. The Relationship Between Perceived parental Expectations and Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior. *PEDIATRICS*, 1999;103(4):711-718.
- ³³Fraser JJ and the Committee on Medical Liability. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*;107(3):602-607.
- ³⁴American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. *PEDIATRICS*, 2001;108(5):1227-123.

