

II. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS DE LA CONAMED

Se revisaron inicialmente 1431 inconformidades relacionadas con atención ginecoobstétrica, que fueron radicadas en CONAMED entre junio de 1996 hasta junio de 2001. De este grupo, el 57.7% correspondieron a pacientes obstétricas, el 34.3% a pacientes ginecológicas y 8% a otra especialidad o no especificados.

DISTRIBUCION DE INCONFORMIDADES POR ESTADO DE ORIGEN

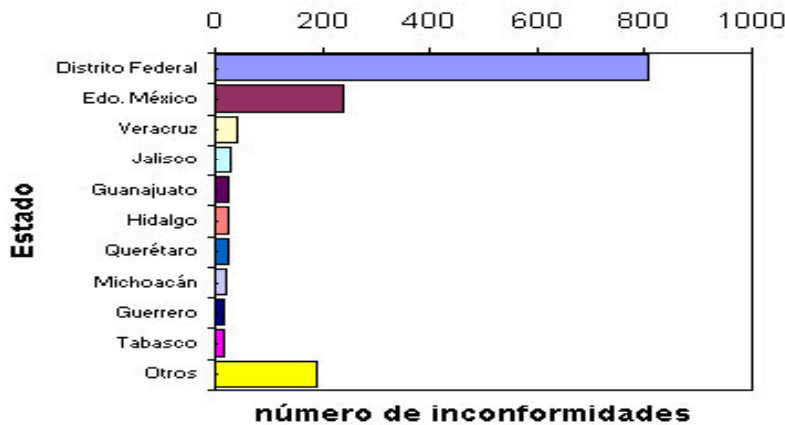


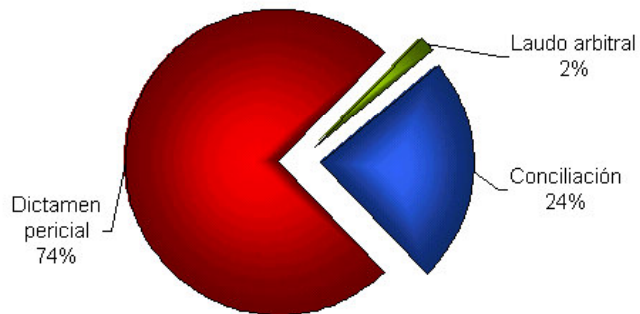
Gráfico 2. Distribución de inconformidades por Estado N=1431

El 56.3% de los casos procedía del Distrito Federal o del Estado de México en 16.7% (Gráfico 2). Las instituciones de seguridad social estuvieron involucradas en 65.9%, del sector privado en 22.1% y del sector público en 9.4%; en el 2.7% no estaba especificado.

De este grupo, se seleccionó una muestra dirigida de 121 casos concluidos por medio de dictamen pericial, relacionados específicamente a obstetricia, solicitados a la Comisión durante 2001, aunque incluyó 29 (23.8%) que correspondieron a valoraciones médicas integrales realizadas en la Dirección General de Conciliación, 90 (73.8%) a dictámenes periciales y 2 (1.6%) a laudos arbitrales, realizados en la Dirección General de Arbitraje (Gráfico 3).

ORIGEN DE LOS EXPEDIENTES ANALIZADOS

Gráfico 3. Origen de los expedientes analizados



La edad de las pacientes fluctuó entre 15 y 40 años, con un promedio de 25.3 años y una desviación estándar de 6.0 años. Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia durante el tercer

trimestre de gestación (82.8%), seguidas del primer trimestre en 12.3%, en el segundo trimestre el 3.3%, y el 0.8% restante ocurrió durante el puerperio (Gráfico 4)

Periodo de la Gestación donde ocurrió la atención médica

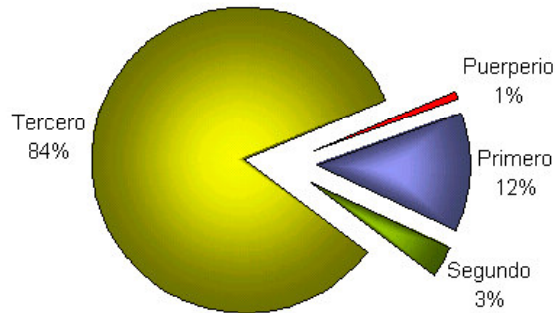


Gráfico 4. Periodo de la gestación cuando ocurrió la atención médica

Las inconformidades se originaron, según el sector de servicios de atención médica, de la siguiente manera: seguridad social 88 casos (72.1%), sector privado 20 casos (16.4%), y servicios públicos de salud 13 casos (10.7%) (Gráfico 5).

SECTOR DE ATENCION MEDICA

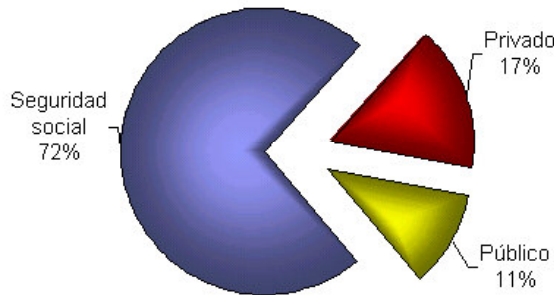


Gráfico 5. Sector de atención médica donde se atendió a la paciente

Según el nivel de atención, 62.3% (76 casos) fueron atendidos en hospitales de 2º nivel, en tercer nivel 18.9% (23 casos), primer nivel 4.1% (5 casos) y en hospitales rurales 0.8% (1 caso) (Gráfico 6).

Nivel de resolución donde ocurrió la atención médica

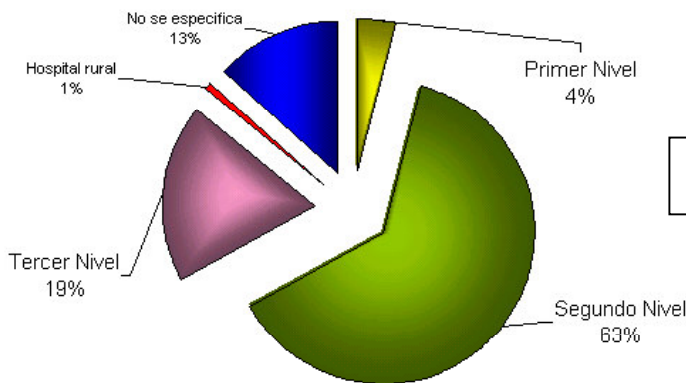


Gráfico 6. Nivel de resolución donde ocurrió la atención médica

El 56.2% de los médicos involucrados en los casos eran ginecoobstetras, el 19.0% eran médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado) y 24.8% eran médicos generales u otros especialistas. (Gráfico 7). De los ginecoobstetras, sólo el 36.8% estaban certificados por el Consejo de especialidad (Tabla II).

Formación de los médicos involucrados en los casos que se analizaron

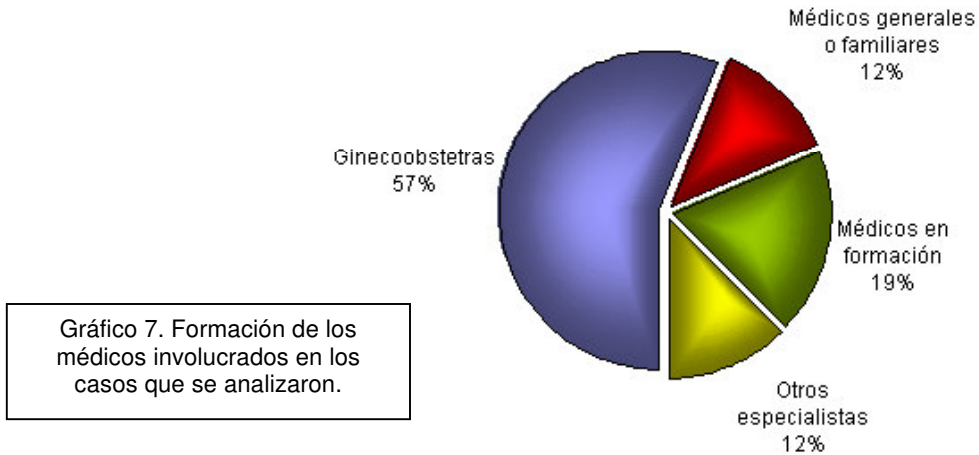


Gráfico 7. Formación de los médicos involucrados en los casos que se analizaron.

TABLA II. CERTIFICACIÓN DE LOS GINECOOBSTETRAS INVOLUCRADOS EN LAS INCONFORMIDADES

Certificación por el CMGO (hasta 2000)	frecuencia	%
Certificados	25	36.8
No certificados	43	63.2
TOTAL	68	100.0

Las especialidades relacionadas con mayor frecuencia en los casos analizados fueron: Pediatría con 5 casos (33%), Anestesiología, 4 casos (26.7%) y Terapia Intensiva con 3 casos (20%). Neurocirugía, Neurología Cirugía General aportaron un caso cada una (6.7% cada una) (Gráfico 8).

Especialidades relacionadas

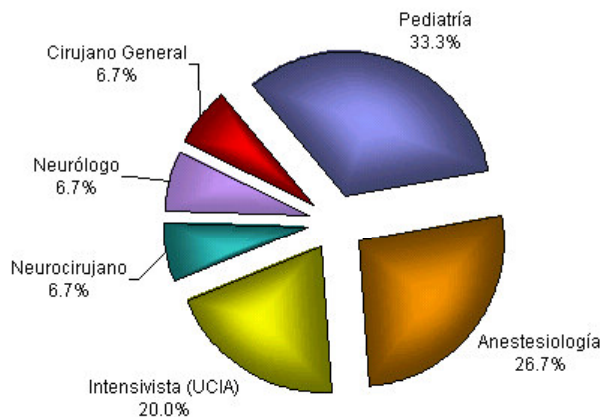
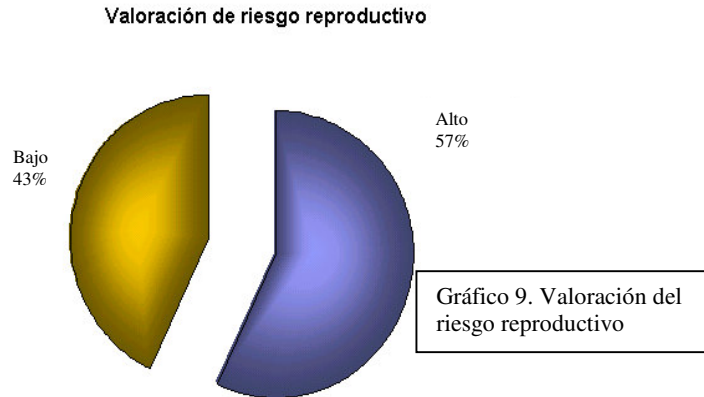
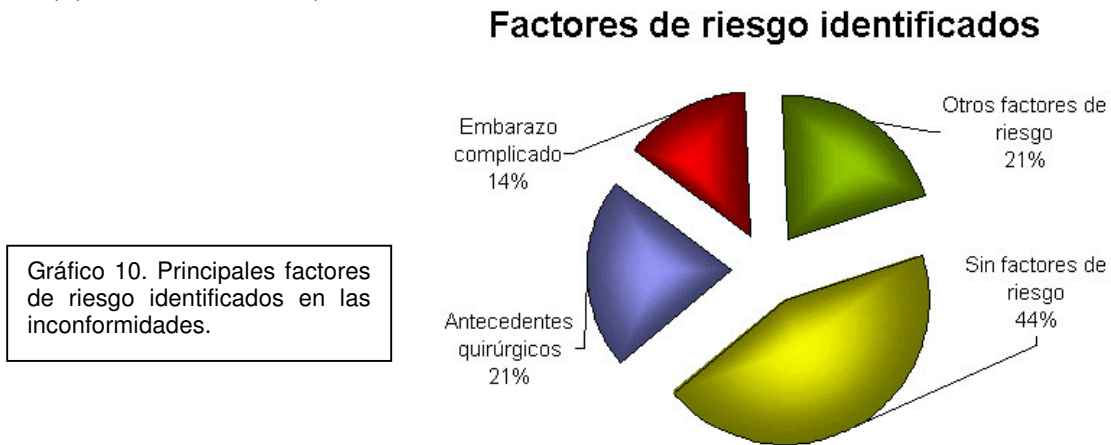


Gráfico 8. Especialidades relacionadas a las inconformidades relacionadas a obstetricia

La calificación de riesgo* fue elevado en un 57%, equivalente a 69 casos, y el restante 43% a pacientes con bajo riesgo (52 casos) (Gráfico 9).



Los antecedentes quirúrgicos previos representaron el factor de riesgo más frecuente en un 21.5% (26 casos), seguidos del embarazo complicado en 14% (17 casos) y otros factores de riesgo en 20.7% (25 casos) (Gráfico 10, Tabla III).



Los tres diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: trabajo de parto a término en 28.1% (34 casos), desproporción cefalopélvica en 10.7% (13 casos) y pérdidas del primer trimestre de la gestación en 9.9% (incluye 12 casos de amenaza de aborto, embarazo anembrionario, aborto incompleto o en evolución) (Gráfica 11).

* Nota: El riesgo reproductivo elevado se tomó únicamente en aquellas pacientes que rebasaban los cuatro puntos de calificación. Algunas pacientes con algún factor de riesgo cuya suma fue menor de cuatro puntos se calificaron como de bajo riesgo.

TABLA III. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN LAS INCONFORMIDADES

FACTORES DE RIESGO	frecuencia	%
Antecedentes quirúrgicos	26	21.5
Aborto(s) previo(s)	13	10.7
Cesárea previa	7	5.8
Dos cesáreas previas	6	5.0
Embarazo complicado	17	14.0
Enfermedades hipertensivas del embarazo	6	5.0
Embarazo gemelar	6	5.0
Embarazo postérmino	5	4.1
Otros factores de riesgo	25	20.7
Enfermedad preexistente	5	4.1
Gran múltipara	5	4.1
Madre adolescente	4	3.3
Madre añosa	4	3.3
Otros	7	5.8
Sin factores de riesgo	53	43.8
TOTAL	121	100.0

Las complicaciones más frecuentes de los embarazos fueron el óbito fetal en un 24.8%, trauma obstétrico (materno o fetal) en 12.4%, y asfisia perinatal en 11.6%. Resto en la Tabla IV.

Diagnóstico clínico al ingreso de las pacientes a las unidades de atención médica

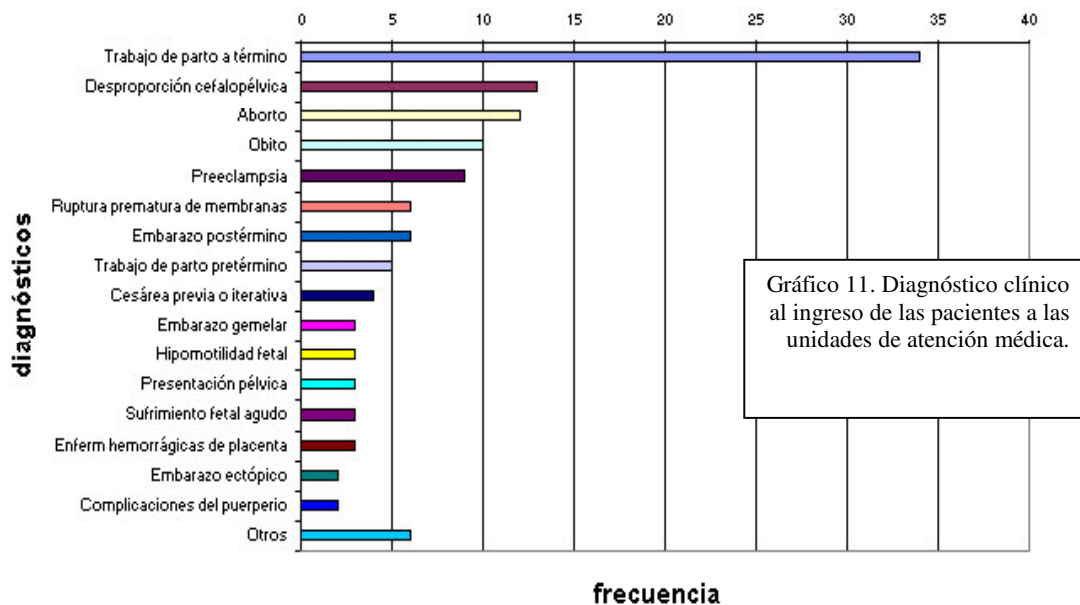


TABLA IV. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS AL INGRESO HOSPITALARIO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO HOSPITALARIO	frecuencia	%
Trabajo de parto a término	34	28.1
Desproporción cefalopélvica	13	10.7
Pérdidas del primer trimestre de la gestación (amenaza, anembriónico, incompleto o en evolución)	12	9.9
Obito	10	8.3
Preeclampsia	9	7.4
Ruptura prematura de membranas	6	5.0
Embarazo postérmino	6	5.0
Trabajo de parto pretérmino	5	4.1
Cesárea previa o iterativa	4	3.3
Embarazo gemelar	3	2.5
Hipomotilidad fetal	3	2.5
Presentación pélvica	3	2.5
Sufrimiento fetal agudo	3	2.5
Enfermedades hemorrágicas de placenta	3	2.5
Embarazo ectópico	2	1.7
Complicaciones del puerperio	2	1.7
Otros	6	5.0
TOTAL	121	100.0

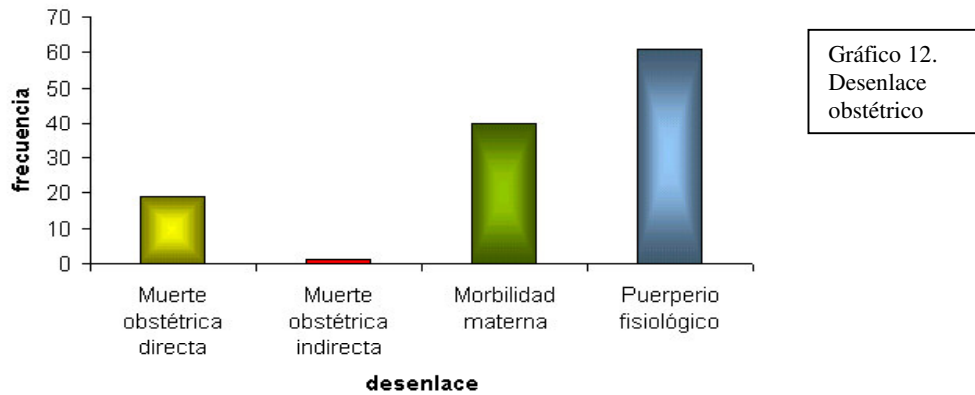
Los embarazos se resolvieron en cerca de la mitad de los casos (46.3%) mediante operación cesárea, en 37.2% (45 casos) por atención de parto, de éstos, el 8.8% culminó con aplicación de fórceps (Tabla V).

TABLA V. COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA

COMPLICACIONES	frecuencia	%
Óbito fetal	30	24.8
Trauma obstétrico (materno o fetal)	15	12.4
Asfixia perinatal	14	11.6
Hipotonía y atonía uterina	13	10.7
Embarazo ectópico	7	5.8
Acretismo o desprendimiento de placenta	6	5.0
Ruptura uterina	6	5.0
Sepsis obstétrica	5	4.1
Textiloma intraabdominal	4	3.3
Accidentes de cordón umbilical (nudos y circulares apretadas)	3	2.5
Otras	7	5.8
Ninguna	11	9.1
TOTAL	121	100.0

Las gestaciones analizadas culminaron como puerperio fisiológico en 50.4%, pero destacan los resultados negativos en casi la mitad de los casos (49.6%), pues el desenlace obstétrico representó morbilidad materna en 33.1% (40 casos), muerte obstétrica directa en 15.7% (19 casos), y muerte obstétrica indirecta en un caso (0.8%) (Gráfico 12).

Desenlace materno



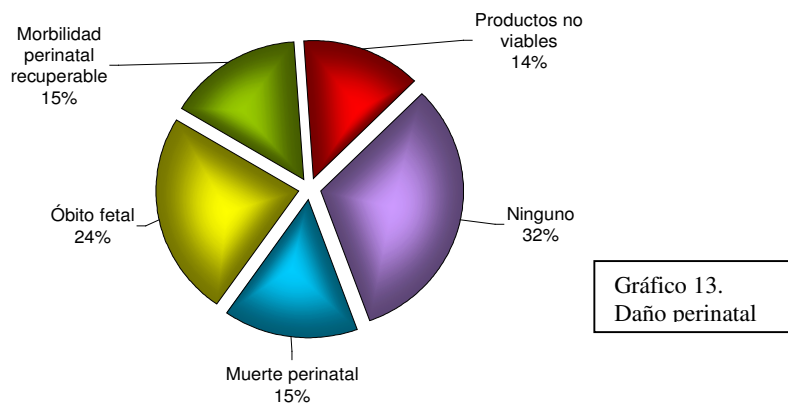
Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: la pérdida del útero en el 10.7% (13 casos), infecciones en 9.1% (11 casos) y hemorragia obstétrica en 7.4% (9 casos). En más de la mitad de los casos no ocurrió ninguna complicación (Tabla VI).

TABLA VI. COMPLICACIONES MATERNAS

COMPLICACIONES MATERNAS	Frecuencia	%
Pérdida de órgano y función reproductiva (HTA)	13	10.7
Infecciosas	11	9.1
Hemorragia obstétrica	9	7.4
Lesiones uroginecológicas y enterales	7	5.8
Complicaciones de preeclampsia	4	3.3
Lesiones o secuelas neurológicas	4	3.3
Hematológicas	3	2.5
Otras	9	7.4
Ninguno	61	50.4
TOTAL	121	100.0

De los 108 nacimientos ocurridos en nuestra muestra, que incluyen 4 embarazos gemelares, el desenlace perinatal fue exitoso sólo en 32%, pues ocurrió morbilidad perinatal recuperable en 15.2%, y mortalidad fetal o neonatal en 39.2% (49 casos). En 17 casos (13.6%), el embarazo terminó antes de que los productos fueran viables, ya sea como abortos o embarazos ectópicos (Gráfico 13).

DAÑO PERINATAL



Veinticuatro por ciento de los nacimientos fueron óbitos fetales. Las complicaciones que provocaron el ingreso de los productos al cunero patológico con frecuencia mayor fueron: asfixia perinatal en 15.2% (19 neonatos), trauma obstétrico en 6.4% (8 casos), daño neurológico en 3.2% (4 casos) y sepsis neonatal en 2.4% (3 casos). La lista completa de complicaciones perinatales aparece en la TABLA VII.

TABLA VII. COMPLICACIONES PERINATALES

COMPLICACIONES PERINATALES	frecuencia	%
Óbito fetal	30	24.0
Asfixia perinatal y muerte neonatal	11	8.8
Asfixia perinatal recuperada	8	6.4
Trauma obstétrico	6	4.8
Daño neurológico (irreversible)	4	3.2
Sepsis neonatal	3	2.4
Anemia aguda	2	1.6
Neonato pretérmino con buena evolución	2	1.6
Broncoaspiración y muerte	1	0.8
Muerte por prematuridad extrema	1	0.8
Producto no viable	17	13.6
Ninguno	40	32.0
TOTAL	125	100.0

El motivo de inconformidad más importante se relacionó a la percepción de mala práctica médica en el 44.6% de la muestra (54 casos), sin especificar algún momento particular del acto médico. En segundo lugar, con 19% (23 casos) se identificó la percepción de una atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto. La muerte del producto de la gestación significó una inconformidad en el 8.3% (10) de los casos (Gráfico 14, Tabla VIII).

Motivos de inconformidad

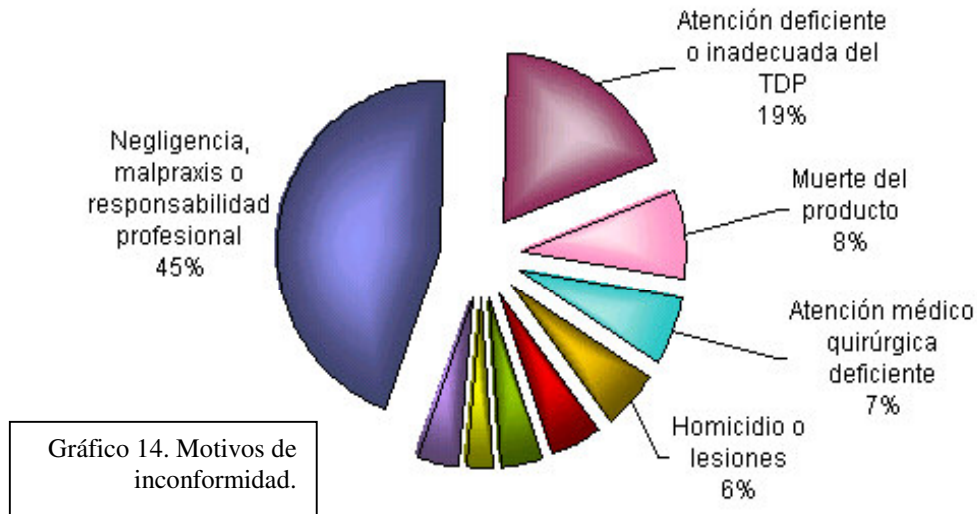


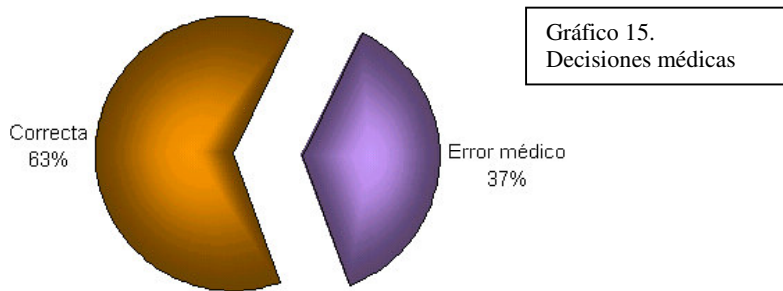
Gráfico 14. Motivos de inconformidad.

TABLA VIII. MOTIVOS DE INCONFORMIDAD DE LOS PROMOVENTES.

MOTIVOS DE INCONFORMIDAD	frecuencia	%
Negligencia, mala práctica o responsabilidad profesional	54	44.6
Atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto	23	19.0
Muerte del producto	10	8.3
Atención médico quirúrgica deficiente	8	6.6
Homicidio o lesiones	7	5.8
Diferimiento o negativa de atención médico quirúrgica	6	5.0
Pérdida de órgano y función reproductiva	5	4.1
Aborto criminal	3	2.5
Otros	5	4.1
TOTAL	121	100

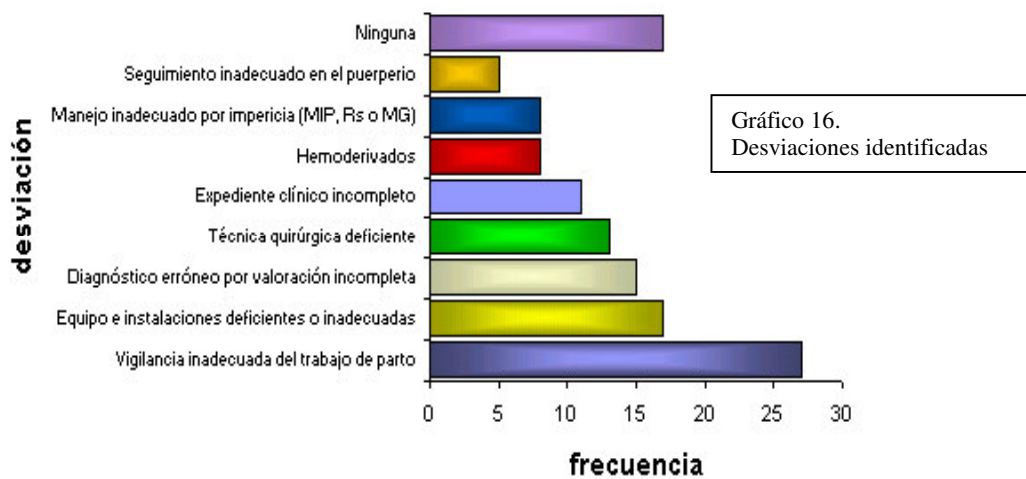
Las decisiones médicas sobre la indicación de manejo fueron correctas en el 62.8% de los casos, y representaron errores médicos en 37.2% (Gráfico 15).

Decisiones médicas



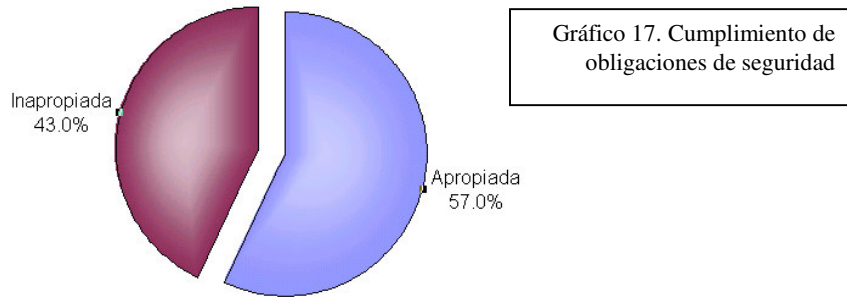
Las desviaciones identificadas en los expedientes analizados fueron, por orden de frecuencia: vigilancia deficiente del trabajo de parto 22.3% (27 casos), equipo o instalaciones inadecuados en 14% (17 casos), diagnóstico erróneo por técnica quirúrgica deficiente en 12.4% (15 casos), expediente clínico incompleto 9% (13 casos), y técnica quirúrgica deficiente en 10.7% (11 casos) (Gráfico 16).

Desviaciones identificadas en los actos médicos



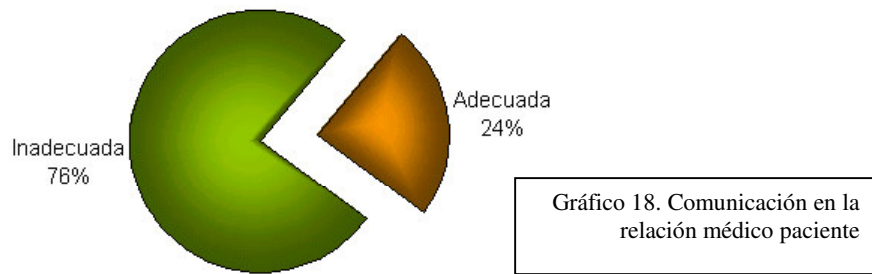
Se cumplieron las obligaciones de seguridad en 69 casos (57%), y en 52 casos (43%) la seguridad fue inadecuada, esto significa que la unidad médica donde se brindó la atención, no contaba con las instalaciones necesarias para resolver las complicaciones que presentaron las pacientes (Gráfico 17).

Cumplimiento de obligaciones de seguridad



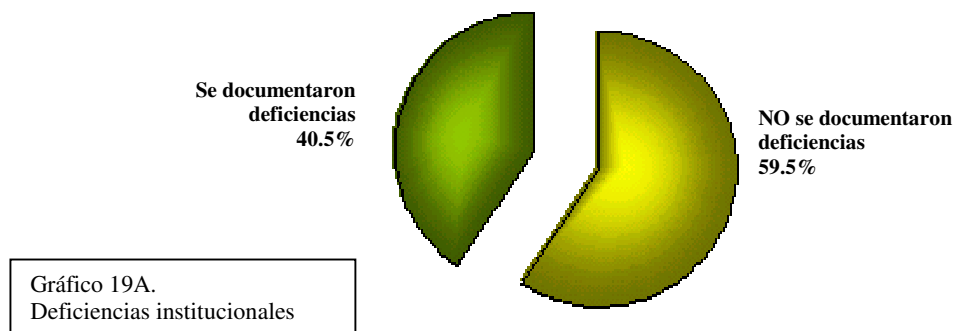
La comunicación en la relación médico paciente fue adecuada en menos de la cuarta parte de los casos analizados (29 casos, 24%), y se identificaron deficiencias de comunicación en 92 casos (76%). (Gráfico 18).

Comunicación en la relación médico paciente



Se describieron deficiencias institucionales en 40.5% (49 casos) de los expedientes analizados, de las cuales la más frecuente fue la falta de equipo especializado en 10 casos (8.3%), seguida de falta de disposición oportuna de hemoderivados, insuficiencia en ginecoobstetras y otro personal especializado y falta de supervisión a médicos en formación, con 6.6% (8 casos) cada rubro. En más de la mitad de los expedientes (72 casos, 59.5%), no se documentaron deficiencias institucionales (Gráficos 19A y 19B).

Documentación de deficiencias institucionales en los expedientes clínicos



Deficiencias Institucionales descritas en los expedientes

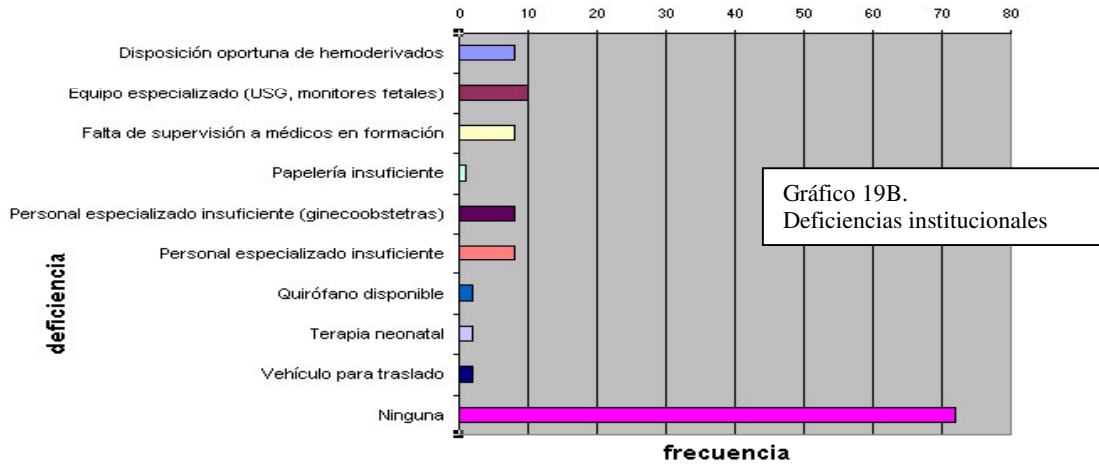


Gráfico 19B. Deficiencias institucionales

Las complicaciones presentadas en los casos analizados eran previsibles en 47.9% (58 casos), y no previsibles en 51.2% (62 casos). En un 0.8% los expedientes -generalmente del sector privado-, estaban incompletos, por lo que no existía suficiente información para calificar (Gráfico 20).

Previsibilidad de las complicaciones identificadas

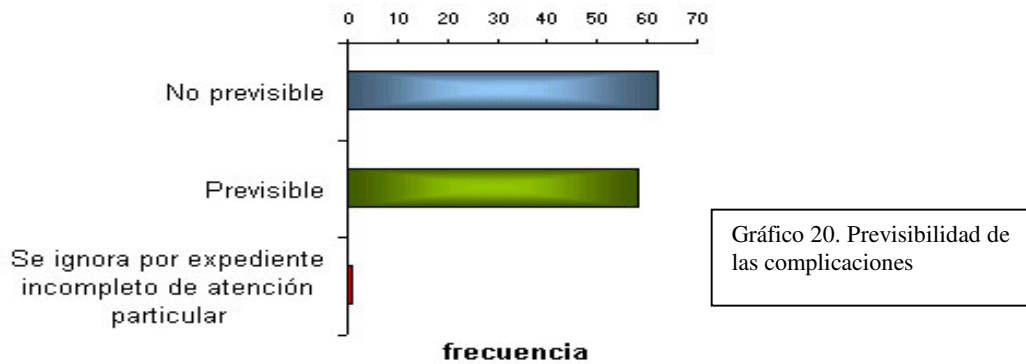
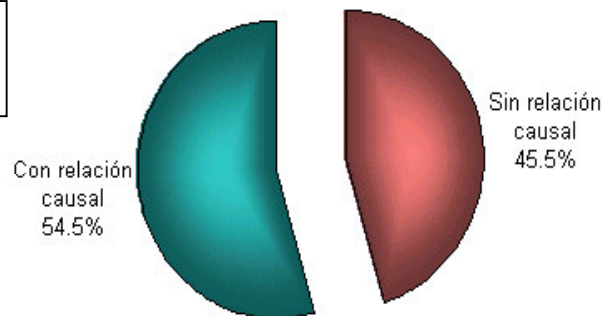


Gráfico 20. Previsibilidad de las complicaciones

La actuación de los médicos involucrados tuvo una relación directa de causalidad con las complicaciones que se presentaron en las pacientes, es decir, *mala práctica*, en 54.5% (66 casos), y no se identificó esta relación directa, *buena práctica*, en 45.5% (n=55) de los casos (Gráfico 21).

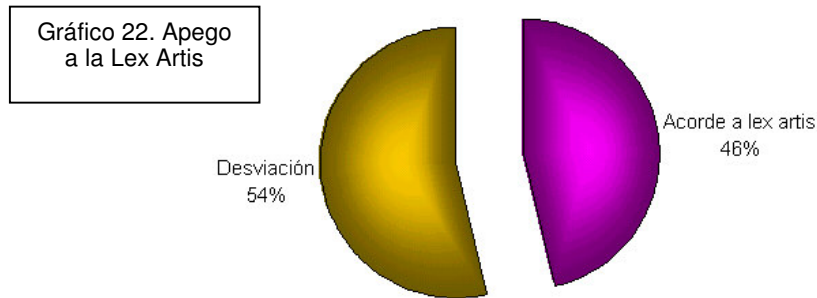
Relación de causalidad entre la actuación médica y las complicaciones

Gráfico 21. Relación de causalidad entre la actuación médica y las complicaciones



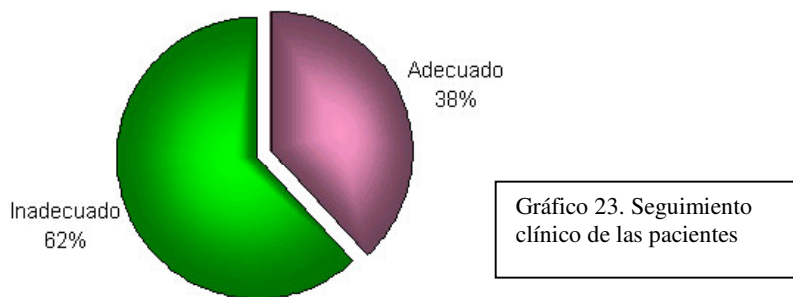
El manejo que se dio a las pacientes de los casos analizados fue acorde a la Lex Artis médica vigente en la especialidad en 56 casos (46%), y presentó desviaciones en 65 casos (54%) (Gráfico 22).

Apego a la Lex Artis



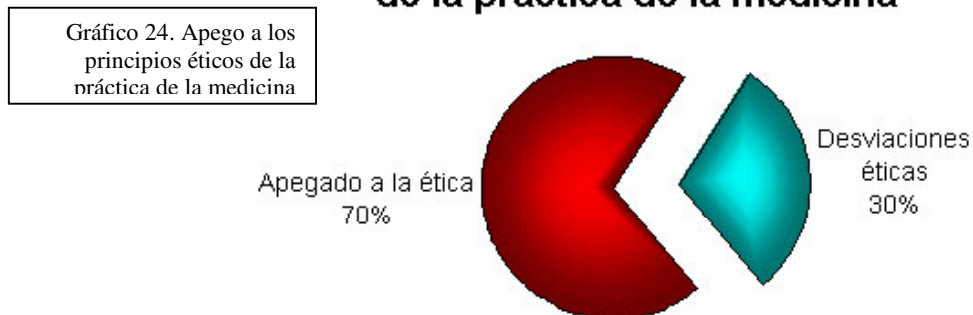
Se dio un seguimiento y vigilancia adecuados tan sólo en 46 casos (38%), y fue inadecuado en 75 casos (62%) (Gráfico 23).

Seguimiento Clínico de las Pacientes



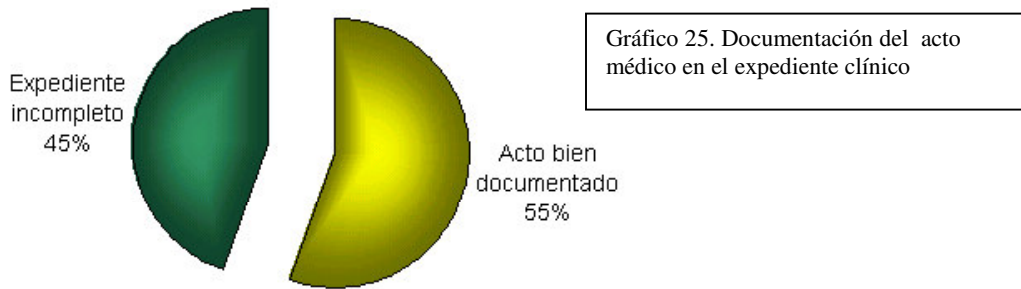
Se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) en más de dos terceras partes de los casos (n=85); se identificaron desviaciones éticas en 30% (36 casos) de los expedientes analizados (Gráfico 24).

Apego a los principios éticos de la práctica de la medicina



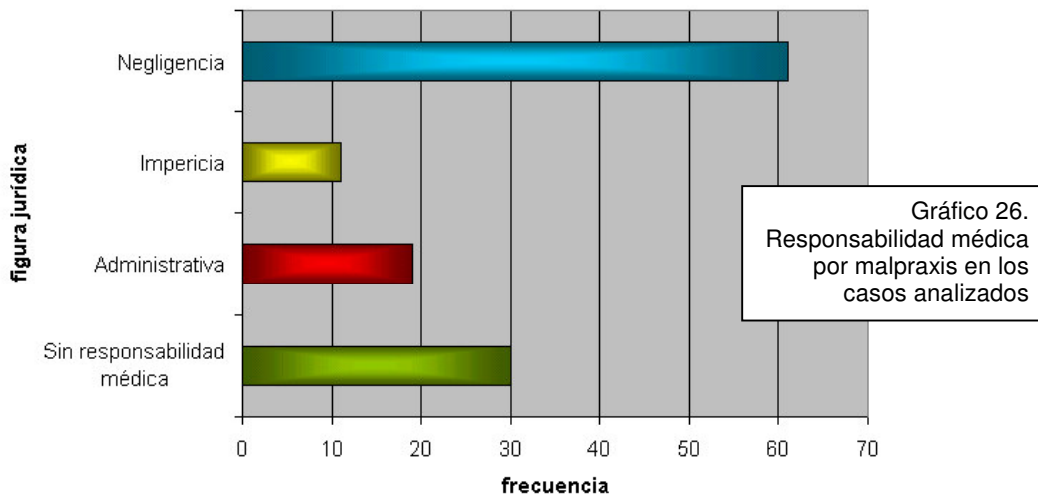
El acto médico fue bien documentado en 67 casos (55%), pero 54 expedientes (45%) se encontraron incompletos o con anotaciones deficientes o ilegibles (Gráfico 25).

Documentación del Acto Médico



En el 24.8% (n=30) de los casos analizados no se identificó responsabilidad médica. Se integró alguna figura jurídica de malpraxis o responsabilidad médica en 91 de los expedientes revisados (75.2%), de los cuales, el 50.4% (61 expedientes) correspondió a negligencia, 15.7% (n=19) a faltas administrativas y 9.1% (n=11) a impericia (Gráfico 26).

Responsabilidad médica por malpraxis



III. DISCUSIÓN.

"El siglo XX es testigo, desde sus inicios, de las constantes preocupaciones de los profesionales de la medicina dedicados a la práctica de la obstetricia clínica. En distintos puntos geográficos logran con su ingenio mejorar la salud de la mujer y su hijo; superan los procedimientos con que escasamente contaban para lograr resoluciones obstétricas cada vez más satisfactorias, resoluciones en las que mucho contaban las habilidades y las destrezas..."¹⁶.

Aunque autores como Valdés Salgado y Molina Leza refieren que las inconformidades son relativamente poco frecuentes porque nuestra población no ha adquirido la cultura para enfrentar a los médicos como figuras de autoridad, la tendencia reconocida en el mundo sobre la relación médico paciente, y declarada por autores como Smith, Stone y Pérez Tamayo^{97 98 99}, es sobre el cambio en el modelo vertical y paternalista hacia una relación en que el médico es un prestador de servicios obligado a resultados óptimos y controlables.

Desde su creación en 1996, las estadísticas de CONAMED han mostrado a la ginecología y obstetricia como una de las dos especialidades más frecuentes en las inconformidades recibidas, con el 14.5% del total. Como en México se atienden al año más de un millón de partos y se realizan más de 500,000 cesáreas, resulta baja la incidencia de inconformidades, una por 10,000 embarazos resueltos; una por 275,000 partos atendidos y una por 270,000 cesáreas, por lo que autores como Saucedo⁷⁵, atribuyen la aparición de inconformidades relacionadas a la atención proporcionada por los ginecoobstetras, a un problema probabilístico, relacionado con la gravedad de la paciente.

En nuestra revisión, la letalidad asociada a las inconformidades fue de 16.5%, debida a muertes obstétricas directas en el 15.7% de los casos, por lo cual vale la pena atender al concepto que menciona Lifshitz¹⁰⁰ sobre el manejo del "error latente", previsiones que han permitido una reducción significativa de eventos adversos e indeseables en actividades de "alto riesgo".

Casi tres cuartas partes (73%) de los casos procedieron del Distrito Federal o del Estado de México, probablemente debido a la elevada proporción de hospitales de concentración que se ubican en estas zonas. Más de dos terceras partes (72.1%) de las inconformidades se originaron en instituciones de seguridad social, lo que concuerda con los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud (1994)¹⁰¹, se relaciona con la sobrepoblación de usuarios en las mismas y la disminución de los recursos destinados al sector salud, y es explicable porque dichas instituciones otorgan precisamente alrededor de dos terceras partes de las atenciones médicas que se brindan en el país¹⁰².

Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de gestación (82.8%), seguidas del primero (12.3%) y segundo trimestres (3.3%). No existen estadísticas detalladas al respecto de cuál es el trimestre más afectado por complicaciones del embarazo, aunque es conocido que muchas gestantes, especialmente de zonas rurales, adolescentes y/o bajos ingresos, sólo acuden a atención médica para la resolución del embarazo; desde el enfoque psicosocial, existe un mayor apego de la madre y la familia hacia los productos próximos al término, pues, además de ser más cercano el esperado resultado favorable del embarazo, se percibe que existen más recursos médicos para resolver las complicaciones, que permiten no sólo la sobrevivencia, sino el bienestar del neonato, contrariamente a los embarazos tempranos, de menor viabilidad. Esto es evidenciado porque los tres diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron trabajo de parto a término (28.1%), desproporción cefalopélvica (10.7%) y pérdidas del primer trimestre de la gestación (9.9%).

Existe el registro de que en México, 2.5 millones de mujeres se embarazan al año, de las cuales, 370,000 partos (14.8%) son atendidos por personal no capacitado, y que 10.3% del total de nacimientos ocurren en la casa de las pacientes, atendidos por parteras⁵⁶. Sin embargo, las atribuciones de la CONAMED sólo la facultan a dirimir controversias entre profesionales de la salud autorizados, por lo que no se analizó en la muestra ningún caso atendido por no-médicos. El 62.3% de los casos fueron atendidos en hospitales de 2º nivel, por médicos especialistas en ginecología y obstetricia en más de la mitad de ellos (56.2%) lo que se asocia evidentemente a las políticas de salud establecidas por las instituciones, con

respecto de la atención hospitalaria de todos los nacimientos (en seguimiento al programa de OMS-UNICEF "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", hoy llamados en México "Hospital Sí Mujer"). En el tercer nivel se atendieron el 18.9% de las pacientes, y si recordamos que aproximadamente el 30% de los embarazos son de alto riesgo, nos encontramos que un número importante de embarazadas de alto riesgo (o *riesgo especial*) hayan sido atendidas en unidades médicas de menor complejidad a la requerida (43% de obligaciones de seguridad no cumplidas), lo cual es apoyado porque el 57% de los casos analizados correspondió a pacientes con calificación de riesgo elevado.

Estos resultados nos refuerzan, de manera clara, la necesidad y trascendencia de identificar los casos de riesgo especial, para derivarlos oportunamente a la unidad médica con el nivel de complejidad adecuado para resolver las complicaciones que se presentan en la atención obstétrica, que en nuestro grupo, fueron el óbito fetal (24.8%), el trauma obstétrico (materno o fetal, 12.4%), y la asfisia perinatal (11.6%).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó en 2000 una estimación de que 98,000 muertes anuales ocurrieron en ese país por errores médicos, cifra que excede a otras causas muy importantes, como los accidentes en vehículos de motor, el cáncer de mama y la infección por VIH, lo que convertiría al error médico en un problema de salud pública. En nuestro país no existen estadísticas comparables; en nuestra muestra se identificaron errores médicos en el 37.2% de los casos, y se estableció buena práctica en casi dos terceras partes de los mismos¹⁰³.

El IOM estima que el 13% de los ingresos hospitalarios se deben a efectos adversos del diagnóstico o del tratamiento, y que cerca del 70% de las complicaciones pueden ser prevenibles⁹⁵, mientras que en nuestra revisión las complicaciones se consideraron previsibles en menos de la mitad (47.9%) de los casos.

El mismo IOM publicó en 1999 que sólo uno de cada siete pacientes o familiares que han sufrido las consecuencias de un error médico interpone una acción legal, aunque no en todos los casos de inconformidad subyace una negligencia médica. González-Hermoso¹⁰⁴ en España, apunta que las repercusiones legales ocurren por equivocaciones diagnósticas en 75% de los casos, omisión de procedimientos en 77%, hechos ocurridos en urgencias en 70%, y 37.6% a motivos no operatorios. En México, Valdés, Campos y Saucedo señalan las complicaciones en el tratamiento y las intervenciones quirúrgicas como los momentos de la atención médica que originan inconformidades, con entre el 45% y 62%. Otros motivos de inconformidad descritos fueron la atención inoportuna (16%), los accidentes (15%) y la relación médico paciente inadecuada (15%). En nuestra serie, los motivos de inconformidad más importantes se relacionaron con la percepción de mala práctica médica (44.6%), de una atención deficiente o inadecuada del trabajo de parto (19%), y con la muerte del producto de la gestación en el 8.3% de los casos.

El resultado más notable de la atención obstétrica es el nacimiento, y según autores como Johnson¹⁰⁵ y Rubsamen¹⁰⁶, los malos resultados médicos con praxis adecuada son, paradójicamente, los que generan el mayor número de demandas por mala práctica. En cerca de la mitad de los casos (46.3%) se atendió mediante operación cesárea, 37.2% por parto, y 8.8% con aplicación de fórceps; de los 108 nacimientos ocurridos en nuestra muestra (4 gemelares), el desenlace perinatal fue exitoso sólo en 32%, pues ocurrió morbilidad perinatal recuperable en 15.2%, y mortalidad fetal o neonatal en 39.2% de los casos. En el resto (13.6%), los productos no eran viables al momento de la terminación del embarazo. Las gestaciones analizadas tuvieron un desenlace desfavorable en casi la mitad de los casos (50.4%), con muertes obstétricas en el 15.7% de los casos y morbilidad materna en una tercera parte (33.1%). Los puerperios fueron fisiológicos en poco más de la mitad de los casos (50.4%).

Ward¹⁰⁷ analizó 500 demandas por atención ginecoobstétrica, y encontró que 27% de ellas no eran defendibles, por haber quebrantado la Lex Artis médica, por fallas en la documentación o por ambas. El manejo que se dio a las pacientes de los casos analizados fue acorde a la Lex Artis médica vigente en la especialidad en 46% de los casos, y presentó desviaciones en 54%; principalmente por vigilancia deficiente del trabajo de parto en 22.3%, seguidas de equipo o instalaciones inadecuados (14%), y diagnóstico erróneo (12.4%). El acto médico fue bien documentado en el 55% de los casos, pero en el

45% el expediente se encontró incompleto o con anotaciones deficientes o ilegibles, de acuerdo a lo que determina la NOM 168 del Expediente clínico¹⁰⁸.

Se describieron deficiencias institucionales en 40.5% de los expedientes analizados, de las cuales la más frecuente fue la falta de equipo especializado en 8.3%, seguida de falta de disposición oportuna de hemoderivados, insuficiencia en ginecoobstetras y otro personal especializado y falta de supervisión a médicos en formación, con 6.6% cada rubro. En más de la mitad de los expedientes (59.5%), no se documentaron deficiencias institucionales. Aunque es cierto que las instituciones que cuentan con mayores recursos son capaces de brindar una mejor atención médica, existen evidencias de que el uso rutinario de algunos auxiliares diagnósticos como la cardiocografía, básicos en las unidades tocoquirúrgicas y ampliamente recomendados por grupos promotores de la excelencia como el National Institute for Clinical Excellence en Londres, Inglaterra, no representaron una mejoría significativa en los resultados perinatales, ni en la incidencia de muertes fetales, asfixia perinatal, operación cesárea o parto instrumental. Sin embargo -concluye Impey, quien encabeza este grupo- es deber de todos los obstetras clínicos estar claramente enterados de los riesgos y complicaciones más frecuentes, para tomar las precauciones necesarias para reducir su aparición¹⁰⁹. Otro grupo de investigadores clínicos, Goley y Kerney¹¹⁰, explica que los mejores obstetras y las mejores unidades perinatales se caracterizan por sus esfuerzos para mejorar su práctica profesional, examinando y aprendiendo de los errores que otros han cometido en el pasado.

En nuestra revisión, la comunicación en la relación médico paciente fue adecuada en menos de la cuarta parte de los casos analizados (24%). Una relación eficaz entre quien brinda atención a la salud y la paciente se basa en el conocimiento y la habilidad que capacitan al primero, en la comunicación eficaz entre las personas y en los estándares éticos que regulan el comportamiento de los participantes en la relación¹¹¹. Se ha descrito que la comunicación deficiente entre médico y paciente, ya sea por sobrecarga de trabajo u otros factores, es una importante causa de desconfianza para los pacientes, que les predispondrá a atribuir cualquier evento adverso a un error del médico.

La eticidad es una cualidad de la atención médica que está preservada, aunque un poco desorientada, pues se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) en más de dos terceras partes de los casos. En el año 2002, se publicó el "Estatuto de profesionalismo para el nuevo milenio"¹¹², que podría sustituir al Juramento hipocrático y la Declaración de Ginebra¹¹³, el cual propone como principio supremo, el bienestar del paciente y el respeto a su autonomía, y como compromisos de los médicos la competencia profesional, la honestidad con los pacientes, el mantener relaciones apropiadas con ellos y mejorar la calidad de la atención, entre otros. Sin embargo, aún prevalece el desconocimiento de los profesionales que atienden pacientes obstétricas acerca de las normativas legales tales como el derecho de la paciente y sus familiares a información suficiente, clara y veraz; el consentimiento válidamente informado, que implica, más allá de formatos firmados, las explicaciones e instrucciones pertinentes y necesarias.

Según lo revisado anteriormente, ante el complejo reto de la asistencia en el nacimiento de una nueva vida, se requieren acciones que trasciendan las limitaciones técnicas y económicas de las instituciones de salud, acciones sencillas al alcance de las habilidades y destrezas de cualquier profesional, para mejorar la salud de la mujer y su hijo: compromiso con los valores intrínsecos de la profesión médica, ser minucioso en la atención de las embarazadas, identificar los casos de riesgo especial, reconocer las limitaciones institucionales y propias, conocer los lineamientos éticos y normativos aplicables a la atención obstétrica, y retomar la esencia de la práctica médica: una buena comunicación en la relación médico-paciente, "una comunicación a nivel emocional y espiritual que... constituye una arma terapéutica poderosa y, muchas veces, imprescindible"¹¹⁴.

IV. RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

① EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DEBEN SER ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO Y DEBIDAMENTE AUTORIZADO.

- a) Otorgar la atención con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados.
- b) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución adecuada.
- c) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional.
- d) Tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

② VALORAR INTEGRALMENTE CADA CASO DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL E IDENTIFICAR LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO.

- a) Elaborar e integrar cuidadosamente el expediente clínico completo.
- b) Valorar el riesgo reproductivo y obstétrico.
- c) Dar seguimiento a las variables clínicas de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993 (numeral 5.1.6), para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes y relevantes.

③ ESTRECHAR LA VIGILANCIA PRENATAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN.

- a) Citar a las pacientes a revisión cuantas veces la clínica lo indique necesario.
- b) Utilizar las guías clínicas reconocidas para la detección oportuna y prevención de las complicaciones del embarazo.
- c) Valorar cada caso en particular y cada momento específico de la gestación.
- d) Evitar el uso rutinario de las evaluaciones clínicas y estudios paraclínicos que no tengan justificación.

④ PROCURAR LA MEJOR ATENCIÓN OBSTÉTRICA.

- a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad o un mayor nivel de capacidad resolutive.
- b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado.
- c) Contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno.

⑤ ESTABLECER EL MEJOR PLAN DE NACIMIENTO.

- a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo al estado clínico del binomio.
- b) Realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna.
- c) Contar con el consentimiento válidamente informado, cuando así lo amerite.

⑥ REDUCIR RIESGOS INNECESARIOS.

- a) Asegurar una atención obstétrica acorde a los riesgos establecidos.
- b) Elaborar el partograma de manera completa y adecuada, para la correcta interpretación de la curva de Friedman.
- c) Conducir y supervisar la atención obstétrica.
- d) Participar en la detección oportuna y el seguimiento eficaz del trabajo de parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo.

⑦ VIGILAR ESTRECHAMENTE A LA PACIENTE DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO.

- a) Revalorar el estado clínico de la paciente, documentando sus condiciones, así como las indicaciones, de acuerdo a lo señalado por la NOM-007-SSA2-1993.
- b) Considerar especialmente el estado mental, coloración tegumentaria, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, estado de hidratación, así como hemorragia transvaginal o de la herida quirúrgica, dolor pélvico, vaginal o perineal, y la función de emuntorios.
- c) Pasar visita a todas las pacientes puérperas, aún en los puerperios de bajo riesgo y después, las veces que sea necesario.

- d) Realizar una exploración ginecológica completa al momento del egreso.
- e) Asegurar la comunicación adecuada entre el médico y la paciente.

⑧ DOCUMENTAR TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN.

- a) Documentar debidamente el evento obstétrico en el expediente clínico: nota de valoración inicial, partograma, nota prequirúrgica y postquirúrgica con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en la atención de la paciente.
- b) Anotar en el expediente clínico el razonamiento clínico que sustente los procedimientos a realizar durante toda atención obstétrica.

⑨ REALIZAR, PROMOVER Y FACILITAR LA EDUCACIÓN A LA EMBARAZADA Y SUS FAMILIARES SOBRE LOS RIESGOS INHERENTES A LA GESTACIÓN.

- a) Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo multidisciplinario que tiene contacto con las pacientes durante la atención obstétrica.
- b) Explicar desde la primera consulta cuáles son los riesgos generales y específicos del embarazo para cada paciente en particular, y documentarlo en el expediente.
- c) Explicar de manera sencilla lo que puede ocurrir en la sala de labor, expulsión y quirófano, para tranquilizar a la paciente y sus familiares.
- d) Enfatizar sobre los datos de alarma y la conducta recomendada para cada uno, durante todas y cada una de las consultas prenatales.
- e) La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe.

ANEXO

RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIÓN GENERAL	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	¿QUÉ PREVIENE?
<p>En 59.5% de las quejas recibidas en la CONAMED relacionadas con atención obstétrica se identificó mala práctica. El 56.2% de los médicos involucrados en los casos eran ginecoobstetras, 12.4% eran médicos generales y el 19.0% eran médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado). Sólo el 36.8% de los ginecoobstetras contaban con la certificación por el Consejo de Especialidad.</p>	<p>1. EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DEBEN SER ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO Y DEBIDAMENTE AUTORIZADO.</p>	<p>d) Otorgar la atención con el apoyo de personal y material suficiente y adecuado.</p> <p>e) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución adecuada.</p> <p>f) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional.</p> <p>g) Tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnósticos erróneos y/o tardíos. ◆ Indicaciones médicas imprecisas o confusas. ◆ Impericia y negligencia del personal de salud. ◆ Complicaciones. ◆ <u>Disminuye</u> conflictos de criterio. ◆ Inconformidad con el tratamiento médico.
<p>El 56.6% presentaban factores de riesgo reproductivo u obstétrico elevado.</p>	<p>2. VALORAR INTEGRALMENTE CADA CASO DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL E IDENTIFICAR LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO.</p>	<p>a) Elaborar e integrar cuidadosamente el expediente clínico completo.</p> <p>b) Valorar el riesgo reproductivo y obstétrico.</p> <p>c) Dar seguimiento de variables clínicas de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993 (numeral 5.1.6), para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes y relevantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tratamiento médico inadecuado. ◆ Complicaciones maternas, perinatales y neonatales ◆ Error médico en el control prenatal y/o manejo perinatal. ◆ Mala praxis. ◆ Falsas expectativas. ◆ Insatisfacción con el manejo y/o el desenlace obstétrico.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIÓN GENERAL	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	¿QUÉ PREVIENE?
<p>Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia (82.8%) durante el tercer trimestre de gestación.</p>	<p>3. ESTRECHAR LA VIGILANCIA PRENATAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN.</p>	<p>a) Citar a las pacientes a revisión cuantas veces la evolución clínica lo indique necesario. b) Utilizar las guías clínicas reconocidas para la detección oportuna y prevención de las complicaciones del embarazo. c) Evitar el uso rutinario de las evaluaciones clínicas y estudios paraclínicos que no tengan justificación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Indicaciones médicas imprecisas o confusas. ◆ Impericia y negligencia del personal de salud. ◆ Complicaciones y secuelas. ◆ Disminuye conflictos de criterio. ◆ Inconformidad con el tratamiento médico.
<p>La atención obstétrica ideal debe ser brindada por personal profesionalmente capacitado y acreditado, y en hospitales que cuenten con quirófano y banco de sangre.</p> <p>El 62.3% de los casos analizados, fueron atendidos en hospitales de 2º nivel de atención.</p> <p>Se identificaron deficiencias en recursos humanos o materiales en 40.5%, siendo las más frecuentes: falta de personal especializado (13.2%), carencia de monitores cardiotocográficos o USG en 8.3% y retraso en disposición de hemoderivados en 6.6%.</p>	<p>4. PROCURAR LA MEJOR ATENCIÓN OBSTÉTRICA.</p>	<p>a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad, o un mayor nivel de capacidad resolutive. b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado. c) Contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Complicaciones mayores. ◆ Diferimiento injustificado. ◆ Daño materno. ◆ Daño perinatal. ◆ Secuelas. ◆ Alta mortalidad. ◆ Insatisfacción con la atención médica.
<p>Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México son preeclampsia-eclampsia y hemorragias del 3º trimestre de la gestación.</p> <p>El 46.3% de los casos estuvieron relacionados a nacimientos por cesárea.</p>	<p>5. ESTABLECER EL MEJOR PLAN DE NACIMIENTO.</p>	<p>a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo al estado clínico del binomio. b) Realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna. c) Contar con el consentimiento válidamente informado, cuando así lo amerite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Falsas expectativas. ◆ Incertidumbre y ansiedad de la paciente y familiares. ◆ Complicaciones y secuelas. ◆ Inconformidades. ◆ Altos costos para la institución y el paciente.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIÓN GENERAL	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	¿QUÉ PREVIENE?
<p>Las complicaciones que se presentaron en los casos analizados eran previsibles en 47.9% del total.</p>	<p>6. REDUCIR RIESGOS INNECESARIOS</p>	<p>e) Asegurar una atención obstétrica acorde a los riesgos establecidos. f) Elaborar el partograma de manera completa y adecuada, para la correcta interpretación de la curva de Friedman. g) Conducir y supervisar la atención obstétrica. h) Participar en la detección oportuna y el seguimiento eficaz del trabajo de parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Morbimortaliad materna ◆ Morbimortalidad perinatal y neonatal. ◆ Atención médica inoportuna. ◆ Atención médica inadecuada. ◆ Complicaciones. ◆ Estancias hospitalarias prolongadas.
<p>Una vigilancia deficiente del trabajo de parto y puerperio representó cerca de la cuarta parte de las desviaciones identificadas.</p>	<p>7. VIGILAR ESTRECHAMENTE A LA PACIENTE DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO.</p>	<p>f) Revalorar el estado clínico de la paciente, documentando sus condiciones, así como las indicaciones, de acuerdo a lo indicado por la NOM-007-SSA2-1993. g) Considerar especialmente el estado mental, coloración tegumentaria, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, estado de hidratación, así como hemorragia transvaginal o de la herida quirúrgica, dolor pélvico, vaginal o perineal, y la función de emuntorios. h) Pasar visita a todas las pacientes puérperas, aún en los puerperios de bajo riesgo y después, las veces que sea necesario. i) Realizar una exploración ginecológica completa al momento del egreso. j) Asegurar la comunicación adecuada entre el médico y la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Errores de manejo por falta de supervisión. ◆ Tratamiento médico inadecuado. ◆ Daño materno o perinatal. ◆ Cirugías mutilantes. ◆ Cirugías con alto grado de dificultad y riesgo. ◆ Complicaciones. ◆ Mala praxis.

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIÓN GENERAL	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	¿QUÉ PREVIENE?
<p>Los expedientes se encontraron incompletos en 44.6%, por incumplimiento de los lineamientos indicados en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.</p> <p>La NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio Y Del Recién Nacido, establece la manera adecuada de integrar un expediente obstétrico, además de pautas básicas de manejo diagnóstico y terapéutico.</p>	<p>8. DOCUMENTAR TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA.</p>	<p>a) Documentar debidamente el evento obstétrico en el expediente clínico: nota de valoración inicial, partograma, nota prequirúrgica y postquirúrgica con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en la atención de la paciente.</p> <p>b) Anotar en el expediente clínico el razonamiento clínico que sustente los procedimientos a realizar durante toda atención obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Error médico por información incompleta de la evolución del embarazo o del trabajo de parto. ◆ Conflictos de criterio. ◆ Diagnóstico erróneo. ◆ Cirugías innecesarias. ◆ Complicaciones y secuelas. ◆ Hospitalizaciones prolongadas. ◆ Costos elevados. ◆ Resultados insatisfactorios.
<p>En 3 de cada 4 asuntos analizados (76%) se identificó una comunicación deficiente dentro de la relación médico-paciente-familiar.</p>	<p>9. REALIZAR, PROMOVER Y FACILITAR LA EDUCACIÓN A LA EMBARAZADA Y SUS FAMILIARES SOBRE LOS RIESGOS INHERENTES A LA GESTACIÓN.</p>	<p>a) Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo multidisciplinario que tiene contacto con las pacientes durante la atención obstétrica.</p> <p>b) Explicar desde la primera consulta cuáles son los riesgos generales y específicos del embarazo para cada paciente en particular, y documentarlo en el expediente.</p> <p>c) Explicar de manera sencilla lo que puede ocurrir en la sala de labor, expulsión y quirófano, para tranquilizar a la paciente y sus familiares.</p> <p>d) Enfatizar sobre los datos de alarma y la conducta recomendada para cada uno, durante todas y cada una de las consultas prenatales.</p> <p>e) La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Incertidumbre y ansiedad de la paciente y familiares. ◆ Falsas expectativas. ◆ Retraso o falta de solicitud de atención médica oportuna. ◆ Error médico por información incompleta de la evolución del embarazo o del trabajo de parto. ◆ Conflictos de criterio. ◆ Complicaciones mayores. ◆ Daño materno. ◆ Daño perinatal. ◆ Secuelas. ◆ Alta mortalidad. ◆ Insatisfacción con la atención médica.

V. BIBLIOGRAFIA.

- ¹ Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV, Clark SL. *Obstetricia de Williams*. 20^a ed. Buenos Aires (Argentina): Edit. Médica Panamericana; 1998.
- ² 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.
- ³ Espinoza de los Reyes VM, Azcárate Sánchez Santos S. Antecedentes Históricos. En: Cerna Rodríguez JA (coordinador). *Vigilancia Prenatal. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. PAC-GO-1. Libro 1 Obstetricia*. México (DF): Edit. Intersistemas; 1998. p:7.
- ⁴ Secretaría de Salud (México). *Estadísticas de Salud 2000*. *Salud Pub Mex Sep-Oct 2001*;43(5):494-510.
- ⁵ Rosenfield A, Fathalla MF. *Manual de Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)*. New York (US): Parthenon Publishing Group; 1994. p: 337-345, 403-419. [Colaboración FIGO-OMS-Center for Population and Family Health, Columbia University]
- ⁶ 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.
- ⁷ Fabre González E. Mortalidad perinatal. *Encycl Méd Chir 1997*; 5110(A):15.
- ⁸ Bolsa Médica. Epoca II. Edición No. 20. 1999. World Health Organization Report 1997.
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (México). *Anuario Estadístico 2000*. Disponible en: URL: http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/b_datos/b_datos.htm.
- ¹⁰ OMS. *Indicadores en salud materna y perinatal. Revisión 1997*.
- ¹¹ Martínez Salazar G, Fernández Díaz H, Cerda R, Calderón Garcidueñas AL. Estudio de correlación clínico patológica en material de autopsias de muerte materna, Hospital de Especialidades, CMNE. *Rev Salud Publ Nutr*, feb 2001;1(e).
- ¹² Angulo Vázquez J, Ornelas Alcantar J, Rodríguez Arias EA et al. Mortalidad materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente, México. *Revisión de 12 años. Ginecol Obstet Mex Sept 1999*;67:419-24.
- ¹³ Bobadilla JL, Reyes Frausto S, Karchmer S. Magnitud y causas de mortalidad materna en el DF (1988-1989). *Gac Med Mex 1996*;132(1):5-16.
- ¹⁴ Ruíz Moreno JA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. *Reporte de 25 años (1968-1991)*. *Ginecol Obstet Mex Nov 1995*;63:452-459.
- ¹⁵ Ripley DL. Uterine emergencies: Atony, inversion and rupture. *Obstet Gynecol Clin North Am Sept 1999*;26(3):419-34 vii.
- ¹⁶ Llaca Rodríguez V, Fernández Alba J. *Obstetricia Clínica*. Mc Graw Hill-Interamericana Editores. México:2000. Capítulo 38, Muerte Materna. P:477-489.
- ¹⁷ Organización Mundial de la Salud. *Reporte de Salud Reproductiva*. 1997.
- ¹⁸ *Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva*. México, 1997. *Salud Pub Mex marzo-abril 1999*;41(2):138-146.
- ¹⁹ Rodríguez VS, Rojas HR, Maldonado VME. Estimadores de Calidad de los Servicios de Salud en el Estado de Guanajuato (1995-1998). *CaliMed 1998*; 4(1): 03-07.

- ²⁰ Rendón L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en America Latina. *Rev Cub Salud Pub* 1995;12(1). Resumen disponible en: <http://www.imbiomed.com/1Salud/Cspv21n1/espanol/Wcsp51-05.htm>.
- ²¹ Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. *Crónica OMS* 1986;40:195-205.
- ²² Ahued Ahued JR, Quesnel García-Benítez C, Simon Pereira LA. Parto y Cesárea. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. PAC-GO-1. Libro 3 Obstetricia. Primera edición. Edit. Intersistemas. México: 1998.
- ²³ Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia del Hospital Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. México: 1994. P:27-32.
- ²⁴ Castelazo-Ayala L. Obstetricia. 2ª edición. Méndez Oteo editores. México:1962.
- ²⁵ Dirección General de Salud Reproductiva, SSA (México). Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 2ª edición. Secretaría de Salud. México: junio 2000.
- ²⁶ Ahued Ahued JR, Quesnel García-Benítez C, Leis Márque MT, Ambas Argüelles M. Estados hipertensivos del embarazo. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra. PAC-GO-1. Libro 2 Obstetricia. Primera edición. Edit. Intersistemas. México: 1998.
- ²⁷ Zeeman GG, Dekker GA. Pathogenesis of preeclampsia: an hypothesis. En: Sibai BM (editor). Hypertension in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35(2):317-37.
- ²⁸ Zamorski MA, Green LA. Preeclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. *Clin Fam Pract* Jun 2001;3(2):1-19.
- ²⁹ DiFederico E, Genbacev O, Fischer SJ. Preeclampsia is associated with widespread apoptosis of placental cytotrophoblasts within the uterine wall. *Am J Pathol* Jul 1999;155(1):293-301.
- ³⁰ Schiff E, Friedman SA, Lao LRN, Sibai BM. Obstetrics: the importance of urinary protein excretion during conservative management of severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* Nov 1996;175(5):1313-1316.
- ³¹ Velasco-Murillo V, Pozos-Cavanzo JL, Cardona-Pérez JA. Prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia. De la teoría a la práctica. *Rev Med IMSS* 2000;38(2):139-147.
- ³² López-Llera M. Preeclampsia-Eclampsia. Generalidades sobre diagnóstico y tratamiento. En: Fiorelli Rodríguez S, Alfaro Rodríguez HJ. Complicaciones médicas en el embarazo. Mc Graw-Hill Interamericana;1996. Cap 7, p:70.
- ³³ Norwitz Er, Robinson JN. Prevention of preeclampsia: Is it possible? *Clin Obstet Gynecol* 1999;42(3):436-454.
- ³⁴ Velasco MV, Navarrete EH, Pozos CJL, Cardona PJA. Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en la Región La Raza (1988 a 1997). *Rev Med IMSS* 1999;37(5):349-356.
- ³⁵ Alamia V Jr, Meyer BA. Peripartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am* Jun 1999;26(2):385-98.
- ³⁶ American College of Obstetrician and Gynaecologist. Diagnosis and management of postpartum hemorrhage. ACOG Technical Bulletin #143. *Intern Gynaecol Obstet* 1991;36(2):159-163.
- ³⁷ Morrison EH. Common peripartum emergencies. *Am Fam Physician* Nov 1998;58(7):1593-604.
- ³⁸ Torreblanca-Neve E, Alfaro-Rodríguez HJ, Méndez-Trevilla E, Ordaz-Vega R, Robert-Uribe S, Rosales-Ortiz S. Sangrado Obstétrico. En prensa.
- ³⁹ Dirección General de Salud Reproductiva, SSA (México). Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Secretaría de Salud. México: junio 2000.
- ⁴⁰ Constance P. Epidemia de cesáreas. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Julio-Agosto 2000. Disponible en: <http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm>.

- ⁴¹ Sachs B. Vaginal birth after cesarean: a health policy perspective. *Clin Obstet Gynecol* 2001;44:553-60.
- ⁴² Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: final data for 2000. National and vital statistics reports. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2002. Available at URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_05.pdf.
- ⁴³ Boletín Salud Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). OPS/OMS. Disponible en: URL: <http://www.paho.org/clap>.
- ⁴⁴ Bernstein PS. Elective Cesarean Section: An Acceptable Alternative to Vaginal Delivery? *Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 7(2), 2002. Posted 09/16/2002.
- ⁴⁵ Instituto Nacional de Perinatología (México). Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. 3ª edición. Marketing y Publicidad de México. México:2002. Registro en trámite.
- ⁴⁶ Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología Obstetricia No. 3 del IMSS, AC.(México). Ginecología y Obstetricia. 3ª edición. Méndez editores. México: 1997. p:532.
- ⁴⁷ ACOG News Release. Ob-Gyns Issue Recommendations On Cesarean Delivery Rates. (Posted August 9, 2000) Disponible en: URL: http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr08-09-00.cfm
- ⁴⁸ ACOG (USA). Dennen's Fórceps Deliveries. 4th edition. American College of Obstetrician and Gynaecologist. Washington DC: 2001.
- ⁴⁹ Iffy L, Charles D. Perinatología. Técnicas obstétricas invasivas. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires: 1985. p:579-584 y 587-604.
- ⁵⁰ Iams JD, Gabbe. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 3th ed. Churchill Livingstone Inc. 1996. p:743.
- ⁵¹ ACOG (USA). Preterm Labor. Technical Bulletin No. 206, Jun 1995.
- ⁵² Mercer BM, Goldenberg RL, Das A et al. Maternal-Fetal Medicine Units Network of the Nacional Institute of Child Health and Human Development. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1885-1893.
- ⁵³ Smeltzer J, Lewis J, van Dorsten P et al. Cervical dilation is the best predictor of risk for preterm birth. Society of Perinatal Obstetricians. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166. S364 (abstract no. 318).
- ⁵⁴ Colton T, Kayne HL, Zhang Y et al. A meta-analysis of home uterine activity monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1499-1505.
- ⁵⁵ Carey JC, Klebanoff MA, Hault JC, Hillier SL, Thom EA, Ernest JM, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. *N Engl J Med* 2000; 342:534-540.
- ⁵⁶ Chien PF, Khan KS, Ogston S, et al. The diagnostic accuracy of cervico-vaginal fetal fibronectin in predicting preterm delivery: An overview. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(4):436-444.
- ⁵⁷ Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectin test in predicting risk of spontaneous preterm birth: systematic review. *BMJ*. 2002 Aug 10;325(7359):301.
- ⁵⁸ Venditelli F, Volumenie J. Transvaginal ultrasonography examination of the uterine cervix in hospitalized women undergoing preterm labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;90:3-11.
- ⁵⁹ Iams JD, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The Preterm Prediction Study: recurrence risk of spontaneous preterm birth. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:1035.
- ⁶⁰ Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. 14ª edición. Ediciones Díaz de Santos. Madrid: 1993. Capítulo 34: Parto pretérmino y embarazo postérmino. p:440.

- ⁶¹ Instituto Nacional de Perinatología (México). Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. 3ª edición. Marketing y Publicidad de México. México:2002. Registro en trámite.
- ⁶² Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Ed. Mosby-Doyma Libros. 2ª edición. Madrid, España, 1993:3-5.
- ⁶³ Martin MC. Acercamiento a la paciente. En: De Cherney AH, Pernoll MK. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos. 7ª ed. México (DF): Manual Moderno; 1999. p: 3-6.
- ⁶⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención medica especializada. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril de 2000.
- ⁶⁵ Norma Oficial Mexicana Nom-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención medica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación, 14 de diciembre de 1998.
- ⁶⁶ Dirección General de Salud Reproductiva. Indicadores del Sistema de Información Perinatal. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgsr/indicad/definic/indindice.htm> .
- ⁶⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México:31 de octubre de 1994.
- ⁶⁸ Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx). 1993; 31: 119-21.
- ⁶⁹ Dirección General de Salud Reproductiva. Enfoque de riesgo reproductivo. Disponible en: URL: <http://cenids.insp.mx/dgsr/prenatal/riesgo-2.htm>
- ⁷⁰ Sokol RJ; Larsen JW; Landy HJ; Pernoll ML. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. En: Pernoll ML. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 6ª edición. Ed. El Manual moderno. México: 1993. p:313-50.
- ⁷¹ Ahued-Ahued JR, Fernández del Castillo SC, Bailón NR. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2ª edición. Editorial Manual Moderno. México: 2003. Capítulo 55. p:569. ISBN 970-729-009-9.
- ⁷² Arias F. Guía Práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2ª edición. Edit. Mosby Doyma. Madrid, 1995.
- ⁷³ Alamia V Jr, Meyer BA. Peripartum hemorrhage. Obstet Gynecol Clin North Am Jun 1999;26(2):385-98.
- ⁷⁴ Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF pre-Congress Workshop» May 1996. World Health Organization, Geneva, 1997.
- ⁷⁵ Secretaría de Salud (México). Programa de Acción: "Arranque parejo en la vida". Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. México:2002. P:21-24.
- ⁷⁶ Ministerio de Salud (Cuba). Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Cuba:1996. Disponible en: URL: <http://www.dne.sld.cu/desplegables/cuba1996.htm>.
- ⁷⁷ Atlas digital del Bienestar Social en España 1991. Dpto. Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria. Disponible en: URL: http://departamentos.unican.es/geourb/datos/variables/04_0_13_1.html.
- ⁷⁸ SSA/DGIED (México). Boletín de Información Estadística No. 19, 1999. Citado en Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006.
- ⁷⁹ Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación (México). 26 de mayo de 1945. 7ª edición. Editorial PAC. México:1996.

- ⁸⁰ Ley General de Salud. Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación (México). 26 de mayo de 2000.
- ⁸¹ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación (México). 29 de abril de 1986.
- ⁸² Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación (México). 13 de marzo de 2002.
- ⁸³ Secretaría de Salud (México). Segundo Informe de Labores. México: 1º de septiembre de 2002.
- ⁸⁴ Purdon TF, MacLennan A. ACOG Calls for Immediate Reform in Liability Insurance. *Med J Aust* 2002;176:425-428.
- ⁸⁵ Lynch CB, Coker A, Dua JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. *Br J Obstet Gynaecol* Dec 1996; 103:1236-1242.
- ⁸⁶ Primer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1996 - Junio 1997.
- ⁸⁷ Segundo Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1997 - Mayo 1998.
- ⁸⁸ Tercer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1998 - Mayo 1999.
- ⁸⁹ Cuarto Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1999 - Mayo 2000.
- ⁹⁰ Informe Estadístico Comparativo, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Enero - Diciembre 2000. Enero - Diciembre 2001.
- ⁹¹ Informe Anual de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2001.
- ⁹² Saucedo-González LF, Tinoco-Jaramillo G, Morales-Ramírez JJ. Demandas contra ginecoobstetras en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Ginecol Obstet Mex* dic 2001;69(12):487-491.
- ⁹³ Valdés-Salgado R, Molina-Leza J, Solís-Torres C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Publica Mex* 2001;43(5):444-454.
- ⁹⁴ Campos-Castolo EM, Valle-González A. Análisis de veinticinco casos de controversias por atención ginecoobstétrica ante la CONAMED. *Ginec Obst Mex* 2001;69:57-64.
- ⁹⁵ Morales-Ramírez JJ, Saucedo-González LF. La mayoría de las quejas por atención ginecológica y obstétrica se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables. *Ginec Obstet Mex* 2001;69:108-117.
- ⁹⁶ Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Saf Health Care* 2002;11:340-4.
- ⁹⁷ Stone T, Mantese A. Conflicting values and the patient provider relationship in managed care. *J Health Care Finance* 1999;26(1):48-62.
- ⁹⁸ Pérez Tamayo R. La estructura de la práctica médica actual. En: Rivero-Serrano O (coord). *El ejercicio actual de la medicina*. Siglo XXI editores. México 2000.
- ⁹⁹ Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 5 May 2001;322:1073-4.
- ¹⁰⁰ Lifshitz A. El significado actual de "primum non nocere". Seminario sobre el Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina. Disponible en: URL: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf.
- ¹⁰¹ Ramírez Sánchez TJ, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. Percepción de la calidad de la atención en los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pub Mex* ene-feb 1998;40(1):3-12.

- ¹⁰² Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud. 2ª edición. México: julio 2001.
- ¹⁰³ Institute of Medicine (USA). Disponible en: URL: <http://www.iom.edu>.
- ¹⁰⁴ González Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cir Esp* 2001;69:591-603.
- ¹⁰⁵ Johnson KD. Malpractice in Obstetrics. *Int J Gyn Obstet* Sept 15 2001;2530(8):4391-4455. Disponible en: URL: <http://www.medical-library.org/index.htm>.
- ¹⁰⁶ Rubsamen DS. Doctors and Malpractice: Some Parting Thoughts. *Phys Finan News* 2002;20(4):22-24. Comentado en: *Medscape Reviews* 2002. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/430642>.
- ¹⁰⁷ Ward CJ. Analysis of 500 malpractice claims: Causes and Prevention. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:298-306.
- ¹⁰⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación (México)*, 14 de septiembre de 1999.
- ¹⁰⁹ Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy SO. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 465-70.
- ¹¹⁰ Goley RB, Kearney P. Malpractice losses in obstetrics. A review of claims. *N J Med* 2002;99(12):7.
- ¹¹¹ Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. *Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth*. Editorial Médica Panamericana. 8ª ed. México;2000.
- ¹¹² American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine. Medical professionalism in the New Millenium: a Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-246.
- ¹¹³ Declaración de Ginebra. 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Ginebra, Suiza, septiembre 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial de Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, octubre 1983, y la 46ª Asamblea General de la AMM de Estocolmo, Suecia, septiembre 1994.
- ¹¹⁴ Jinich H. *El paciente y su médico*. Primera edición. UNAM-JGH editores. México:1997. p:82.