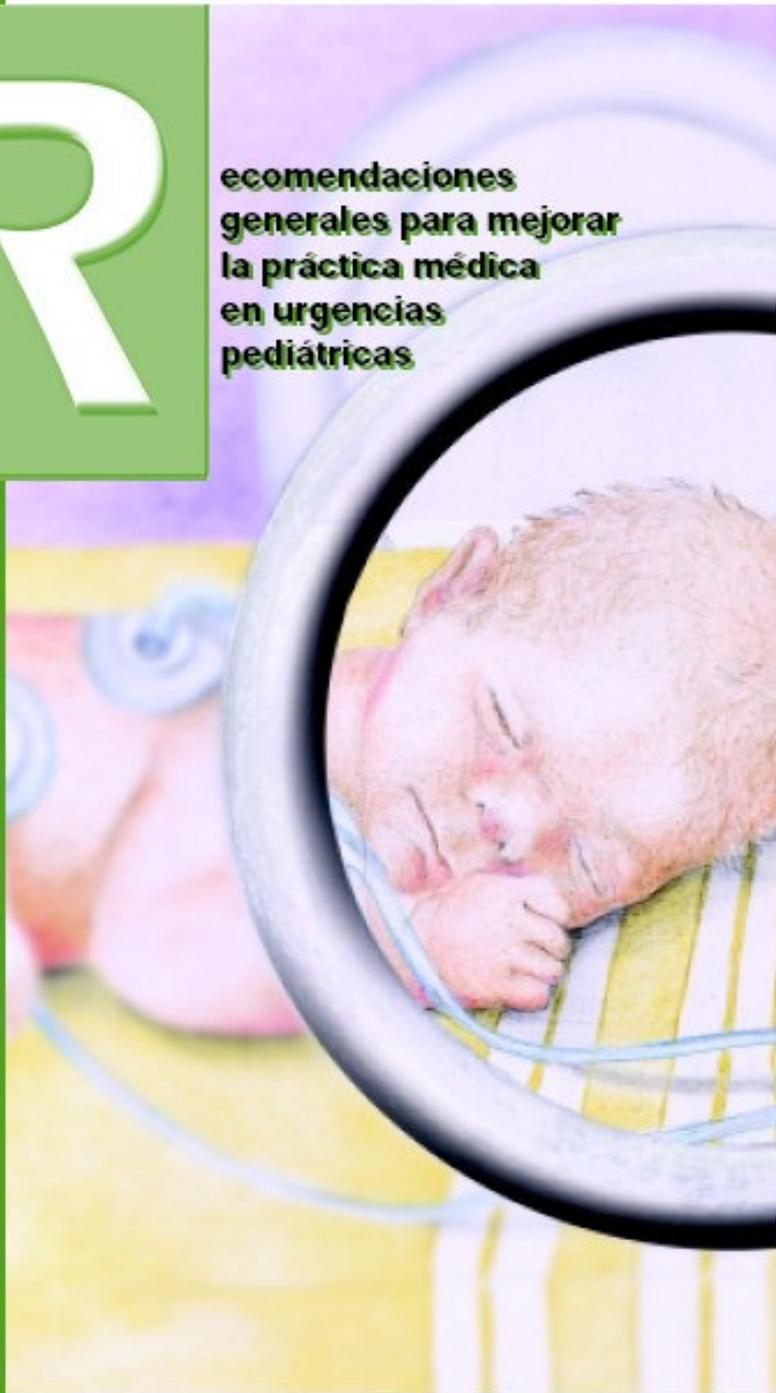


**R**

**ecomendaciones  
generales para mejorar  
la práctica médica  
en urgencias  
pediátricas**



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](mailto:recomendaciones@conamed.gob.mx)  
**ISBN 970-721-219-5**



**GRUPO COORDINADOR  
PARA LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES**

**COMITÉ TÉCNICO PARA LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES**

Dr. Carlos Tena Tamayo  
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Gabriel R. Manuell Lee  
Subcomisionado Médico

Dr. Jorge M. Sánchez González  
Director General de Difusión e Investigación

**GRUPO DE TRABAJO CONAMED**

*Dr. Luis Hernández Gamboa*  
(Coordinador)  
Director de Investigación

*Dr. Guillermo Rodríguez Soto*  
Director Árbitro Médico,  
Dirección General de Arbitraje

*Dra. Mahuina Campos Castolo*  
Subdirectora 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 Abdalá*  
*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 Reynés Manzur*  
**Asociación Mexicana de Pediatría, AC.**

*Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber*  
**Instituto Nacional de Pediatría**

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

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

Septiembre de 2002

**Primera revisión: Marzo de 2005**

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA MÉDICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

### HECHOS RELEVANTES

1. Una urgencia médica es una situación grave que se plantea súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos.
2. El Reglamento de Atención Médica de la Ley General de Salud define como <i>urgencia</i> , todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.
3. El 50% de los pacientes fueron atendidos por pediatras, 39.3% por médicos familiares.
4. La congruencia diagnóstica fue apenas 11.6% de los casos evaluados.
5. Las causas específicas de inconformidad más frecuentes fueron diagnóstico erróneo 50.9%, tratamiento o diagnóstico insatisfactorio 15.2% y diagnóstico inoportuno 10.7%.
6. Se identificó mala práctica en 42.6% de los casos analizados, y 29.5% de los expedientes estuvieron tan incompletos que no fue posible pronunciarse sobre la calidad de la atención otorgada.
7. Las principales causas de muerte en los casos analizados fueron: traumatismos 46.1%, choque séptico 23.1% y problemas hematológicos 15.4%.
8. Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la atención de los pacientes pediátricos son: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico,</li><li>▪ NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,</li><li>▪ NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño, y</li><li>▪ NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</li></ul>

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

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA MÉDICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

### I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

#### a) Definición e historia

Pediatría, compuesta etimológicamente por los vocablos griegos *paídos* (παιδος) e *iatros* (ιατρος), significa literalmente *medicina del niño*.

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

Urgencia, desde la perspectiva clínica, se define como *una situación grave que se plantea súbitamente y amenaza la vida o la salud de una persona o de un grupo de individuos*<sup>2</sup>. Desde el enfoque médico-legal, la Ley General de Salud, en su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica plantea en su ARTICULO 72: “Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”.<sup>3</sup>

La Medicina de Urgencias surgió en la década de 1960, en los países desarrollados, y se orientaban al manejo de problemas cardiovasculares y reanimación del paciente politraumatizado grave. Poco a poco se fue evolucionando al complejo sistema actual, donde se atiende a una gran diversidad de enfermedades que sólo tienen en común que se presentan en etapa aguda e implican la necesidad de atención inmediata.

El servicio de urgencias hoy es considerado como uno de los pilares de los hospitales, y representan además, la vía más común de acceso a los servicios de internamiento.

Hacia 1978 se inició la reorganización de los servicios de urgencias pediátricas, aunque en México aún se está lejos de lograr la avanzada organización de los sistemas anglosajones. La diferencia estriba en dos factores

muy trascendentes: 1) un sólido sistema de medicina prehospitalaria que permite el manejo más temprano posible de cada paciente, su traslado al nivel de resolución más apropiado en las mejores condiciones y en el menor de los tiempos; y 2) un sistema bidireccional de comunicación que permite el contacto y cooperación entre los servicios de atención prehospitalaria con distintos hospitales de la región, así como entre los mismos hospitales, optimizando tiempo y recursos.

Los recursos obligados en cualquier departamento de urgencias pediátricas son: médicos calificados con conocimiento y habilidades para la valoración y estabilización de pacientes con patología aguda que pone en peligro la vida, así como insumos e infraestructura suficientes para brindar la asistencia médica de urgencias, durante 24 horas al día, *a cualquier persona que lo solicite* (independientemente de su capacidad de pago) y tener acceso a un sistema de referencia ínter hospitalaria. Este punto se detallará más adelante.

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Médicos de Urgencias establecieron una Comisión sobre Servicios de Urgencias, y en 1989 clasificaron los servicios de urgencias pediátricas en tres niveles, de acuerdo a su complejidad, de mayor a menor:

Nivel I: Cuenta con amplios recursos tecnológicos y subespecialistas en todas las áreas, así como un área de cuidados intensivos.

Nivel II: Posee equipo y personal pediátricos, pero carece de subespecialistas y de algunas áreas especializadas (cuidados intensivos, por ejemplo).

Nivel III: Cuenta con un mínimo de recursos pediátricos, pero tienen capacidad para estabilizar y trasladar pacientes con problemas menores.

El personal de urgencias, tanto médicos como enfermería deben ser especialistas con conocimientos y criterio sólidos y amplios, que le permitan

*jerarquizar* eficazmente a los pacientes, así como las características psicológicas adecuadas para tolerar la alta demanda de atención que habrán de enfrentar.<sup>4</sup>

La capacidad de jerarquizar es la habilidad más relevante en los profesionales de la salud que atienden servicios de urgencias, y se define como “ordenar las prioridades del tratamiento de un individuo en la sala de urgencias, independientemente del motivo de consulta”<sup>5</sup>. Para ello son de suma utilidad los protocolos de atención que han pasado la prueba del tiempo y comprobado ampliamente su eficacia. El protocolo más difundido es la *Evaluación ATLS* y su correspondiente *APLS (Advanced Pediatric Life Support)*.

#### b) Epidemiología

Es de todos conocido que los niños representan uno de los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad, la cual es debida a las condiciones especiales en que se encuentran durante la etapa perinatal y la infancia, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, crecimiento y desarrollo<sup>6</sup>. La calidad y eficacia de los cuidados perinatales y a la población infantil son indicadores básicos internacionales de la eficiencia de los servicios de salud de cada país<sup>7</sup>.

México es un país joven, pues la tercera parte de la población es menor de 15 años. La tasa de natalidad es de 21,6 por 1000 tenemos aproximadamente 2'272,000 nuevos mexicanos por año, con 1.4% de crecimiento anual.<sup>8</sup>

Los egresos reportados de pacientes menores a 15 años en el Sistema Nacional de Salud en 2001 representaron el 17.3% del total (712,279 egresos de menores), por lo cual cerca de uno de cada cinco atenciones hospitalarias en México se da a pacientes pediátricos, lo cual refleja la importancia de este segmento de población<sup>9</sup>. CUADRO I

Las tres causas más frecuentes de mortalidad en esta población fueron: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (25.8%), Enfermedades del sistema respiratorio (18.2%), Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (10.4%). En conjunto representan más de la mitad de todas la muertes en niños menores de 15 años<sup>10</sup>. CUADRO II

<b>CUADRO I: Diagnósticos de egreso reportados en 2001, por grupos de edad.</b>											
<b>Causa</b>	<b>&lt; 1 año</b>	<b>%</b>	<b>1 a 4 años</b>	<b>%</b>	<b>5 a 14 años</b>	<b>%</b>	<b>subtotal &lt;15 años</b>	<b>%</b>	<b>otras edades</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
Total	325.360	8	161.405	4	225.514	6	712.279	17,3	3.414.781	82,7	4.127.060
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	183.469	100	168	0,1	0	0	183.637	4,4	3	0,0	183.640
Enfermedades del sistema respiratorio	42.715	17	53.554	22	33.115	13	129.384	3,1	117.477	47,6	246.861
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4.180	1,4	20.241	6,6	49.429	16	73.850	1,8	232853	75,9	306.703
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21.044	18	25.165	22	13.285	12	59.494	1,4	56.445	48,7	115.939
Enfermedades del sistema digestivo	6.467	2	11.711	3	35.522	8	53.700	1,3	371.496	87,4	425.196
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	20.483	35	13.621	23	13.345	23	47.449	1,1	11684	19,8	59.133
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	28.017	23	1.359	1,1	3.165	3	32.541	0,8	90404	73,5	122.945
Enfermedades del sistema genitourinario	2.082	1	6.845	2	17.023	5	25.950	0,6	293.462	91,9	319.412
Tumores (neoplasias)	1.328	0,6	5.574	2	13.601	6	20.503	0,5	210.384	91,1	230.887
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3.756	6,2	5.573	9,2	7.271	12	16.600	0,4	44030	72,6	60.630
Otros diagnósticos de egreso	11829	0,6	17594	0,9	39758	1,9	69181	3,47	1986543	96,6	2055714

<b>CUADRO II: Mortalidad hospitalaria por capítulo de causa según grupos de edad, 2001*</b>						
<b>Capítulo</b>	<b>Causa</b>	<b>&lt; 1 año**</b>	<b>1 a 5 años**</b>	<b>5-14 años**</b>	<b>TOTAL**</b>	<b>%</b>
XVI	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	183.469	168	0	183.637	25,8
X	Enfermedades del sistema respiratorio	42.715	53.554	33.115	129.384	18,2
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4.180	20.241	49.429	73.850	10,4
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	21.044	25.165	13.285	59.494	8,4
XI	Enfermedades del sistema digestivo	6.467	11.711	35.522	53.700	7,5
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	20.483	13.621	13.345	47.449	6,7
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	28.017	1.359	3.165	32.541	4,6
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	2.082	6.845	17.023	25.950	3,6
II	Tumores (neoplasias)	1.328	5.574	13.601	20.503	2,9
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3.756	5.573	7.271	16.600	2,3
VI	Enfermedades del sistema nervioso	3.164	3.452	5.421	12.037	1,7
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3.912	3.187	3.215	10.314	1,4
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1.215	3.120	5.278	9.613	1,3
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	466	1.983	6.409	8.858	1,2
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1.303	2.472	3.741	7.516	1,1
XV	Embarazo, parto y puerperio	0	0	7.966	7.966	1,1
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	469	1.627	2.954	5.050	0,7
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	988	931	2.370	4.289	0,6
VIII	Enfermedades de oído y de la apófisis mastoides	214	619	1.554	2.387	0,3
V	Trastornos mentales y del comportamiento	88	203	850	1.141	0,2
<b>TOTAL</b>		<b>325.360</b>	<b>161.405</b>	<b>225.514</b>	<b>712.279</b>	<b>100</b>

\* Modificado de: SINAIS, México, 2001.

\*\* Número de defunciones reportadas por causa y por grupo de edad.

Nota: El siguiente grupo de edad disponible es 15 a 44 años, el cual involucra parte de la población en edad pediátrica, pero no es posible desagregarla.

c) Aspectos legales

Es relevante señalar que nuestra legislación establece que “los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos” (Artículo 71 del Reglamento de Atención Médica de la Ley General de Salud). “El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido” (Artículo 73). “Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo” (Artículo 74). “El traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas. De no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la institución receptora.” (Artículo 75)<sup>3</sup>.

El incumplimiento de esta obligación significa un *delito*, definido en el artículo 335 del Código Penal Federal, donde se establece que “a quien abandone a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlo, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión”<sup>11</sup>.

Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la atención de los pacientes pediátricos son: la *NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico*, la *NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido* y la *NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño*.

Así mismo, nuestra legislación prevee las características mínimas que debe tener un servicio de urgencias pediátricas; la *Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*

establece en su numeral 6.4.4: “Debe contar con módulo de control y recepción, cubículo de valoración, de observación, sala de curaciones, área de descontaminación, área de hidratación cuando se atiendan urgencias pediátricas, trabajo de enfermeras, sanitarios para el personal y sala de espera con sanitario público, como ya se estableció en otros numerales de esta norma, estas facilidades pueden ser compartidas”.<sup>12</sup>

Todo el personal de salud que labora en servicios de urgencias debe conocer estas disposiciones normativas.

## **II. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS DE LA CONAMED**

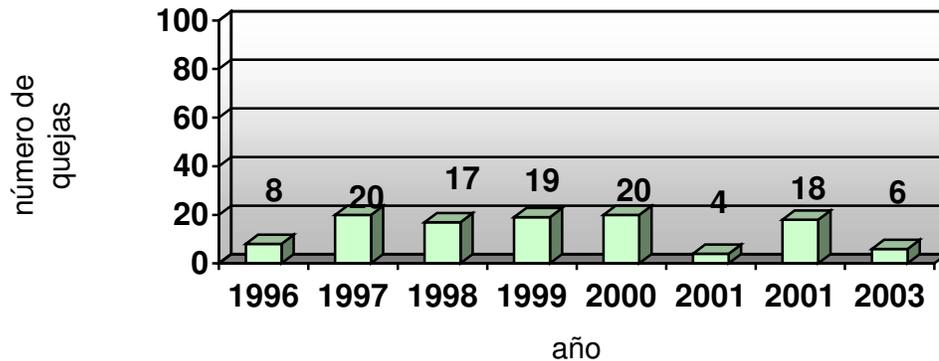
### **METODOLOGIA UTILIZADA EN EL ANÁLISIS DE LAS QUEJAS DE LA CONAMED RELACIONADAS CON URGENCIAS EN PEDIATRÍA**

En el presente estudio se incluyeron todas las quejas de la especialidad de Pediatría referentes a la atención de urgencias, recibidas en la CONAMED en el periodo de julio de 1997 a diciembre de 2003. Los registros, se obtuvieron a través del Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), que captura las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud. Se conformó una base de datos con las siguientes variables: edad y género del paciente; entidad federativa de procedencia de la queja; institución de salud involucrada; motivo y submotivo de la queja. Se solicitó la información de la Valoración Médica Integral (VMI), al área de Calidad e Informática, con la finalidad de identificar los diagnósticos y los procedimientos quirúrgicos involucrados. 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 análisis univariado; posteriormente se estratificó por grupos de edad. Para el referido análisis, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.0. Una vez elaborado el documento, se emitieron recomendaciones, con base en el análisis de las quejas validadas internamente en la CONAMED. En una segunda fase, se seleccionaron a los integrantes del Grupo de Validación Externa (GVE), con expertos en pediatría y representantes de las siguientes instituciones: Academia Mexicana de Pediatría A.C.; Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría; Confederación Nacional de Pediatría; Asociación Mexicana de Pediatría A.C; Instituto Nacional de Pediatría; del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI; y Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Se realizaron reuniones de trabajo conjuntas (CONAMED-GVE) con la finalidad de analizar y convenir las recomendaciones validadas primero internamente. Como resultado, se emitieron las Recomendaciones Generales para Mejorar la Práctica Médica en Urgencias Pediátricas.

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS

### 1. Total de casos

De las 112 quejas, el mayor número se presentó en los años 1997 y 2000 con el 18% en cada caso y el menor en el año 2001 con el 3.5% de la muestra. Gráfica 1



Gráfica 1. QUEJAS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS PRESENTADAS ANTE CONAMED POR AÑO

### 2. Quejas por grupos de edad

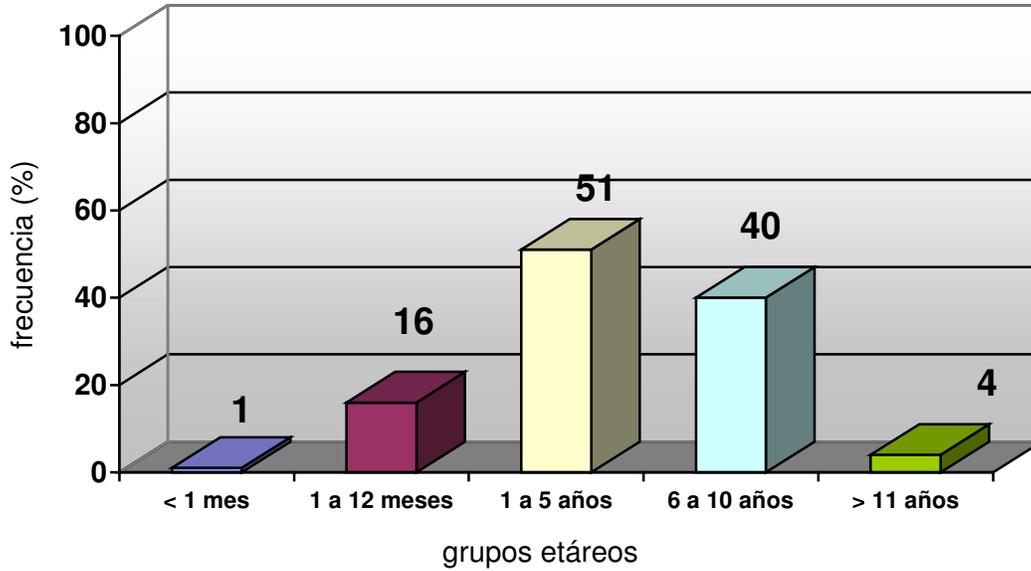
En la gráfica 2 se describe esta distribución y destaca que el mayor porcentaje se presenta en el conjunto de 1 a 5 años (51 casos), seguido del grupo de 6 a 10 años (40 casos).

### 3. Distribución por género

En la muestra estudiada, 6 de cada 10 casos corresponden al género masculino.

### 4. Diagnósticos más frecuentes

Las siguientes dos tablas engloban los diagnósticos agrupados por entidades clínicas al inicio y al final de la atención. TABLAS I y II.



Gráfica 2: Quejas pediátricas presentadas ante CONAMED, por grupos de edad

DIAGNÓSTICO INICIAL AGRUPADO POR ENTIDADES	Frecuencia	%
Infecciones vías respiratorias altas	29	23.9
Traumatismos	25	22.3
Parasitosis y diarreas	15	13.4
Padecimientos de vías digestivas	13	11.6
Infecciones de vías respiratorias bajas	6	5.4
Padecimientos de vías urinarias	5	4.5
Registro omitido	2	4.8
Otras infecciones	8	7.1
Otros padecimientos de aparatos o sistemas no mencionados	9	8.0
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

<b>Tabla II</b>		
<b>DIAGNÓSTICO FINAL AGRUPADO POR ENTIDADES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Padecimientos de vías digestivas</b>	<b>28</b>	<b>25</b>
<b>Traumatismos</b>	<b>17</b>	<b>15.2</b>
<b>Infecciones de vías respiratorias bajas</b>	<b>16</b>	<b>14.3</b>
<b>Mismo diagnóstico</b>	<b>13</b>	<b>11.6</b>
<b>Procesos infecciosos</b>	<b>8</b>	<b>7.1</b>
<b>Padecimientos de vías urinarias</b>	<b>4</b>	<b>3.6</b>
<b>Problemas hematológicos</b>	<b>3</b>	<b>2.7</b>
<b>Problemas oftalmológicos</b>	<b>3</b>	<b>2.7</b>
<b>Infecciones vías respiratorias altas</b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>
<b>Registro omitido</b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>
<b>Otros padecimientos</b>	<b>17</b>	<b>15.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>100</b>

Es relevante hacer notar que la problemática detectada tiene que ver con diagnósticos importantes para la vida o la función de los menores, ya que sólo en 4 de 19 se sospecho apendicitis como diagnóstico inicial, 7 de ellas perforadas, las cuales fueron resueltas en otra unidad a la que realizó la primera valoración; lo mismo ocurrió con las torsiones testiculares, pues sólo en un caso de los tres menores con este problema, se estableció como sospecha primaria.

Lo anterior amerita la atención inmediata y actualización de habilidades, destrezas y apego a protocolo de manejo de dolor abdominal agudo en menores, para disminuir el riesgo y mejorar la seguridad del paciente al momento de recibir atención médica.

## **5. Quejas por tipo Institución y por Entidad Federativa**

Con relación a la institución involucrada, el mayor porcentaje se presentó en las instituciones de la seguridad social, con 90.2%, seguidas por los atendidos en la

Secretaría de Salud con 6.3%, las instituciones privadas con 2.7% y por último, en un caso no se especificó quién lo atendió (0.8%).

Así mismo, es de hacer notar que el mayor número de quejas provino del Distrito Federal (41.1%) y Estado de México (20.5%), ambas sumaron 61% del total. El 39% restante se generó en otros 19 Estados de la República.

## **6. Motivos y Submotivos de las Quejas Pediátricas**

El 44.6%, se produjo por inconformidades con el diagnóstico, seguido del tratamiento médico con el 37.5%. En el resto se engloban diversas causas, entre ellas: relación médico-paciente inadecuada, tratamiento quirúrgico, hospitalización, atención inicial, y desinformación.

Las causas específicas, derivadas del motivo de la queja, se distribuyeron de la siguiente forma: diagnóstico erróneo, 50.9%; tratamiento o diagnóstico insatisfactorio, 15.2%; diagnóstico inoportuno, 10.7%; el resto engloba alta prematura, atención inoportuna, complicaciones secundarias, diferimiento de la atención, negación de la misma, tratamiento no aplicado, o atención por personal no calificado.

## **7. Práctica médica**

Del total de casos, 50% fueron atendidos por pediatras, 39.3% por médicos familiares y el resto por diversos campos del conocimiento médico como cirujanos pediatras, traumatólogos, otorrinolaringólogos, entre otros.

La primera atención en el 55.4% de los pacientes fue brindada por pediatras, y 36.6% por médicos familiares; las subsecuentes, 30.4% por pediatras; el 11.6 por cirugía general o pediátrica y 28.6% por médicos privados, sin poder determinarse el nivel académico de los mismos.

En opinión de la Comisión Nacional 27.9% resultaron con buena práctica, 42.6% sin ésta y en 29.5% no se tuvieron elementos para pronunciarse sobre la calidad de la atención otorgada.

## 8. Defunciones

Por último es de resaltar el hecho de que de los 112 casos atendidos, 13 (11.6%) fallecieron. Las causas de muerte se detallan en la TABLA III.

<b>Tabla III</b>		
<b>MORTALIDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Traumatismos</b>	<b>6</b>	<b>46.1</b>
<b>Choque séptico</b>	<b>3</b>	<b>23.1</b>
<b>Problemas hematológicos</b>	<b>2</b>	<b>15.4</b>
<b>Choque hipovolémico</b>	<b>1</b>	<b>7.7</b>
<b>Broncoaspiración de contenido gástrico</b>	<b>1</b>	<b>7.7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

## 9. Tipo de Conclusión de las Quejas

Con relación al tipo de conclusión, en el 91.1% fueron quejas presentadas ante esta Institución, mientras que el resto fueron dictámenes emitidos para ilustrar a las autoridades peticionarias acerca de la atención médica proporcionada, generadora de una denuncia.

Ciento dos casos se atendieron en conciliación, de ellos, 40.2% se solucionaron mediante convenio, en 50.9% no hubo acuerdo y en 3.6% se consideró improcedente.

De los 57 casos no conciliados, 45.6% concluyó su diferencia en arbitraje tras la emisión de un laudo, en el resto no fue posible para la institución entrar al estudio a fondo del caso, en esa oportunidad.

### III. DISCUSIÓN

Uno de los problemas que representan un alto porcentaje de la morbilidad infantil, es el retraso en la atención médica de las urgencias pediátricas, y se refieren tanto a errores en la medicación, falta de conocimientos y destrezas, a infraestructura no idónea para la atención de pacientes pediátricos, y aún a comunicación inadecuada entre médicos, equipo de salud y familiares.

Es importante influir en el personal de salud que atiende los Servicios de Urgencias, para que aplique los diferentes protocolos de manejo del paciente pediátrico que demanda una atención de urgencia, haciendo uso de las técnicas y procedimientos que aseguran el éxito del tratamiento. Cursos como ATLS, APLS, RAP, Reanimación Neonatal Avanzada, Toxicología, y los que de ellos se derivan, son de importancia vital porque proporcionan al Médico de Urgencias la metodología necesaria, la seguridad indispensable, aminora el stress y llega a establecer la diferencia entre la vida y la muerte cuando las condiciones del paciente son de extrema gravedad.

Llama la atención que la congruencia diagnóstica fue apenas 11.6% (n=13) de los casos evaluados, es decir, en cerca de 9 de cada 10 casos el diagnóstico establecido en la evaluación inicial fue distinto del diagnóstico final. Esto es especialmente grave si observamos que no se sospechó el diagnóstico en 15 de 19 casos (78.9%) con apendicitis aguda y 2 de 3 casos (66.7%) con torsión testicular, y por tanto, no se completó el protocolo de estudio conducente. Ciertamente es que en algunos casos, los padres de los pacientes decidieron el egreso voluntario del menor antes de completar el estudio, lo cual evidencia deficiencias de comunicación, pues se puede inferir que no se les informó suficientemente a los padres del tiempo de observación y estudios paraclínicos requeridos para integrar adecuadamente el diagnóstico.

Esta apreciación es avalada por el hallazgo de que tres de cada cinco quejas fueron causadas específicamente por diagnóstico erróneo (50.9%) o inoportuno (10.7%), y 40.2% pudieron solucionarse mediante conciliación.

En consonancia con la estadística nacional presentada en los cuadros I y II, la mayoría de las muertes ocurrieron por traumatismos (46.1%), como parte de los problemas de salud emergentes en la población infantil de los países en desarrollo, que tienen que afrontar además de las enfermedades asociadas a la pobreza, la incidencia creciente de traumatismos y enfermedades no transmisibles en niños, para los cuales sus sistemas de salud no están aún lo suficientemente preparados<sup>13</sup>.

Otro punto relevante es que el médico pediatra conozca los criterios legales y jurídicos vinculados con su actividad, de manera que esté en posibilidad y disposición de apegarse al marco regulatorio en su actuar profesional y solicitar a las instituciones, al resto del equipo de salud y a los mismos pacientes que cumplan con dichas ordenanzas. En la revisión se observaron desviaciones importantes a la *lex artis médica* en pediatría, pues en 42.6% de los casos analizados se identificó *mala práctica*, y en cerca de un tercio (29.5%) estuvieron tan incompletos que no fue posible determinar si la atención médica que dieron a los pacientes fue adecuada.

Es importante reconocer las limitaciones humanas y estructurales para ofrecer al paciente las mejores condiciones para su tratamiento integral. El manejo de las Urgencias Pediátricas representa una gran responsabilidad, pues el personal de salud se enfrenta a situaciones difíciles, que ponen en peligro la vida de sus pacientes, en las que la premura del diagnóstico y la toma de decisiones sobre el tratamiento, influirá sobre el futuro de los mismos.

#### **IV. RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA MÉDICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

Se realizó el análisis de las inconformidades relacionadas con la especialidad de Pediatría, y se identificó que la atención de urgencia en pediatría tenía dificultades particulares, que ameritaban la elaboración de recomendaciones específicas en URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Se revisó la literatura médica y se analizaron las inconformidades que fueron presentadas ante CONAMED. Con dicha información se elaboró una monografía básica, que fue validada internamente por un grupo de médicos especialistas de CONAMED, y en una fase posterior, se sometió a la consideración de expertos en pediatría, líderes de opinión en el país, para su validación externa. Los grupos de validación interna y externa sostuvieron varias reuniones de trabajo, para consensuar criterios y plasmar sus observaciones en un documento final.

Con la colaboración académica de la Academia Mexicana de Pediatría, el Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, la Confederación Nacional de Pediatría, la Asociación Mexicana de Pediatría A.C; el Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, el Hospital Infantil "Federico Gómez" y la CONAMED, se consensuaron seis recomendaciones, que se describen a continuación:

##### **1. REALIZAR UNA EVALUACIÓN PEDIÁTRICA CON DESTREZA.**

- ◆ Tomar decisiones en base a una historia clínica corta.
- ◆ Evaluar inicialmente y tratar inmediatamente para estabilizar signos vitales.
- ◆ Realizar una rápida exploración física, con el niño desnudo.
- ◆ Realizar una evaluación secundaria con paciente desnudo y posterior a la estabilización de signos vitales.

- ◆ Indicar analgésicos y antibióticos cuando estén indicados, con un posible diagnóstico fundamentado.

## **2. ASEGURAR UN BUEN SEGUIMIENTO DEL PACIENTE, APLICANDO LA VALORACIÓN DE YALE EN:**

- ◆ Dolor abdominal agudo.
- ◆ Síndrome febril.
- ◆ Intoxicaciones.
- ◆ Infecciones ORL: faringoamigdalitis y otitis.
- ◆ Sospecha de apendicitis.
- ◆ Descompensación o complicación de enfermedades crónico-degenerativas.

## **3. CONOCER CON EXACTITUD DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS:**

- ◆ Los medicamentos y sus dosis aplicables a cada grupo de edad.
- ◆ El equipo disponible y manejarlo adecuadamente.
- ◆ Solicitar un mantenimiento constante del equipo.

## **4. DESARROLLAR Y APLICAR PROTOCOLOS ESPECÍFICOS EN:**

- ◆ Signos vitales anormales.
- ◆ Insuficiencia respiratoria.
- ◆ Paro cardiopulmonar (ABC).
- ◆ Choque y coma.
- ◆ Estado epiléptico.
- ◆ Traumatismo mayor o politraumatizado.

- ◆ Quemaduras extensas.
- ◆ Sangrado agudo y abundante.
- ◆ Crisis asmática.
- ◆ Desequilibrio hidroelectrolítico.
- ◆ Anafilaxis.
- ◆ Cuerpos extraños en vías aéreas.

## **5. RECONOCER COMO ACCIÓN PRIORITARIA DE SALUD AL NIÑO ACCIDENTADO, INTOXICADO O QUEMADO.**

- ◆ Realizar una valoración rápida en pacientes traumatizados conservando:

**A**decuada permeabilidad aérea e inmovilización de columna cervical con atención especial a una posible lesión medular.

**B** Ventilación adecuada.

**C**irculación óptima (acceso intravascular, cateterización y restauración de líquidos).

**D**iscapacidad mínima o nula (examen neurológico rápido).

**E**xploración clínica completa (con paciente desnudo y evitando la hipotermia), sin limitarla con el hallazgo de una lesión aparente.

- ◆ Contar con guías de manejo debidamente avaladas, de los padecimientos, accidentes e intoxicaciones más frecuentes en pediatría: TCE, politraumatismos, quemaduras, intoxicaciones, crisis convulsivas, insuficiencias cardíaca y respiratoria, etc.
- ◆ Brindar un manejo multidisciplinario e integral, aprovechando al máximo los recursos materiales y humanos o de ser necesario, tramitar de inmediato su traslado.

- ◆ Implementar acciones preventivas para reducir su prevalencia y posibles complicaciones.
- ◆ Actualizar los conocimientos y destrezas suficientes para el manejo de las urgencias y accidentes más frecuentes en el campo de la pediatría.
- ◆ Informar y educar a los padres sobre los riesgos más frecuentes de accidentes en el niño y de las Unidades Médicas y Servicios de Urgencias de los que podrán hacer uso de primera instancia en caso de requerirlo.

## **6. EL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEBE:**

- ◆ Asegurar que el paciente sea trasladado al nivel de atención más apropiada en las mejores condiciones y el menor tiempo posible.
- ◆ Mantener una intercomunicación y colaboración entre los diferentes Servicios y Departamentos de Urgencias.
- ◆ Tener entrenamiento en la misma área de urgencias para manejo específico de pacientes y equipo.
- ◆ Cerciorarse de contar con el equipo médico, instrumental quirúrgico, medicamentos y personal de apoyo indispensables para la adecuada atención de la urgencia verdadera.
- ◆ Tener un entrenamiento y certificación en Soporte Vital en Pediatría.
- ◆ Asegurar la supervisión de los Servicios de Urgencias Pediátricas las 24 horas.

## ANEXO

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<p>50% fueron atendidos por pediatras, 39.3% por médicos familiares. La congruencia diagnóstica fue apenas 11.6% de los casos evaluados.</p>	<p><b>1. REALIZAR UNA EVALUACIÓN PEDIÁTRICA CON DESTREZA.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomar decisiones en base a una historia clínica corta.</li> <li>▪ Evaluar inicialmente y tratar inmediatamente para estabilizar signos vitales.</li> <li>▪ Realizar una rápida exploración física, con el niño desnudo.</li> <li>▪ Realizar una evaluación secundaria con paciente desnudo y posterior a la estabilización de signos vitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Errores diagnósticos</li> <li>▪ Diagnóstico inoportuno</li> <li>▪ Tratamiento erróneo</li> <li>▪ Complicaciones y secuelas</li> </ul>
<p>Las causas específicas de inconformidad más frecuentes fueron diagnóstico erróneo 50.9%, tratamiento o diagnóstico insatisfactorio 15.2% y diagnóstico inoportuno 10.7%.</p>	<p><b>2. ASEGURAR UN BUEN SEGUIMIENTO DEL PACIENTE, APLICANDO LA VALORACIÓN DE YALE EN:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dolor abdominal agudo.</li> <li>▪ Síndrome febril.</li> <li>▪ Intoxicaciones.</li> <li>▪ Infecciones ORL: faringoamigdalitis y otitis.</li> <li>▪ Sospecha de apendicitis.</li> <li>▪ Descompensación o complicación de enfermedades crónico-degenerativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Errores diagnósticos</li> <li>▪ Diagnóstico inoportuno</li> <li>▪ Tratamiento erróneo</li> <li>▪ Complicaciones y secuelas</li> <li>▪ Inconformidades por atención deficiente.</li> </ul>

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
Los motivos de las quejas se relacionaron con el diagnóstico en 44.6% y con el tratamiento en 37.5%.	<b>3. CONOCER CON EXACTITUD DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los medicamentos y sus dosis aplicables a cada grupo de edad.</li> <li>▪ El equipo disponible y manejarlo adecuadamente.</li> <li>▪ Solicitar un mantenimiento constante del equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento tardío o erróneo</li> <li>• Accidentes</li> <li>• Complicaciones y secuelas</li> </ul>
Se identificó mala práctica en 42.6% de los casos analizados, y 29.5% de los expedientes estuvieron tan incompletos que no fue posible pronunciarse sobre la calidad de la atención otorgada.	<b>4. DESARROLLAR Y APLICAR PROTOCOLOS ESPECÍFICOS EN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Signos vitales anormales.</li> <li>▪ Insuficiencia respiratoria.</li> <li>▪ Paro cardiopulmonar (ABC).</li> <li>▪ Choque y coma.</li> <li>▪ Estado epiléptico.</li> <li>▪ Traumatismo mayor o politraumatizado.</li> <li>▪ Quemaduras extensas.</li> <li>▪ Sangrado agudo y abundante.</li> <li>▪ Crisis asmática.</li> <li>▪ Desequilibrio hidroelectrolítico.</li> <li>▪ Anafilaxis.</li> <li>▪ Cuerpos extraños en vías aéreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Errores diagnósticos</li> <li>▪ Diagnóstico inoportuno</li> <li>▪ Tratamiento erróneo</li> <li>▪ Complicaciones y secuelas</li> <li>▪ Negligencia</li> <li>▪ Impericia</li> </ul>

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<p>Las principales causas de muerte en los casos analizados fueron: traumatismos 46.1%, choque séptico 23.1% y problemas hematológicos 15.4%.</p>	<p><b>5. RECONOCER COMO ACCIÓN PRIORITARIA DE SALUD AL NIÑO ACCIDENTADO, INTOXICADO O QUEMADO.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar una valoración rápida en pacientes traumatizados conservando: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>A</b> Adecuada permeabilidad aérea e inmovilización de columna cervical con atención especial a una posible lesión medular.</li> <li><b>B</b> Ventilación adecuada.</li> <li><b>C</b> Circulación óptima (acceso intravascular, cateterización y restauración de líquidos).</li> <li><b>D</b> Discapacidad mínima o nula (examen neurológico rápido).</li> <li><b>E</b> Exploración clínica completa (con paciente desnudo y evitando la hipotermia), sin limitarla con el hallazgo de una lesión aparente.</li> </ul> </li> <li>▪ Contar con guías de manejo debidamente avaladas, de los padecimientos, accidentes e intoxicaciones más frecuentes en pediatría: TCE, politraumatismos, quemaduras, intoxicaciones, crisis convulsivas, insuficiencias cardíaca y respiratoria, etc.</li> <li>▪ Brindar un manejo multidisciplinario e integral, aprovechando al máximo los recursos materiales y humanos o de ser necesario, tramitar de inmediato su traslado.</li> <li>▪ Implementar acciones preventivas para reducir su prevalencia y posibles complicaciones.</li> <li>▪ Actualizar los conocimientos y destrezas suficientes para el manejo de las urgencias y accidentes más frecuentes en el campo de la pediatría.</li> <li>▪ Informar y educar a los padres sobre los riesgos más frecuentes de accidentes en el niño y de las Unidades Médicas y Servicios de Urgencias de los que podrán hacer uso de primera instancia en caso de requerirlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Errores diagnósticos</li> <li>▪ Diagnósticos tardíos</li> <li>▪ Tratamiento inoportuno</li> <li>▪ Complicaciones</li> <li>▪ Secuelas</li> <li>▪ Discapacidad</li> <li>▪ Muerte</li> <li>▪ Negligencia</li> <li>▪ Expectativas irreales de los familiares</li> <li>▪ Desinformación</li> <li>▪ Inconformidades</li> </ul>

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<p>Las Normas Oficiales Mexicanas que regulan la atención de los pacientes pediátricos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico,</li> <li>▪ NOM-007-SSA2-1993, Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,</li> <li>▪ NOM-031-SSA2-1999, Para la atención del niño, y</li> <li>▪ NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada</li> </ul>	<p><b>6. EL PERSONAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEBE:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegurar que el paciente sea trasladado al nivel de atención más apropiada en las mejores condiciones y el menor tiempo posible.</li> <li>▪ Mantener una intercomunicación y colaboración entre los diferentes Servicios y Departamentos de Urgencias.</li> <li>▪ Tener entrenamiento en la misma área de urgencias para manejo específico de pacientes y equipo.</li> <li>▪ Cerciorarse de contar con el equipo médico, instrumental quirúrgico, medicamentos y personal de apoyo indispensables para la adecuada atención de la urgencia verdadera.</li> <li>▪ Tener un entrenamiento y certificación en Soporte Vital en Pediatría.</li> <li>▪ Asegurar la supervisión de los Servicios de Urgencias Pediátricas las 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Errores diagnósticos</li> <li>▪ Diagnósticos tardíos</li> <li>▪ Tratamiento inoportuno</li> <li>▪ Complicaciones</li> <li>▪ Secuelas</li> <li>▪ Discapacidad</li> <li>▪ Muerte</li> <li>▪ Negligencia</li> <li>▪ Expectativas irreales de los familiares</li> <li>▪ Desinformación</li> <li>▪ Inconformidades</li> </ul>

## V. BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Nelson EW. Tratado de pediatría. 15ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México,1998;l:1-6.
- <sup>2</sup> Diccionario de Medicina Mosby. Edit. Océano. Barcelona (España):1995. P:1268.
- <sup>3</sup> REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo IV, Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales. Disponible en: (acceso 9-12-04): URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>
- <sup>4</sup> Gómez-Barreto D, Martínez-Pantaleón OB, Bustos Córdova E. Evaluación del paciente. En: Rodríguez-Suárez RS, Velasquez-Jones L, Valencia-Mayoral P, Nieto-Zermeño J, Serrano Sierra A. Urgencias en Pediatría. Edit. Interamericana/Mc Graw-Hill. 4ª ed. México:1996. p:1-3.
- <sup>5</sup> Porras Ramírez G. Jerarquización del paciente en un servicio de urgencias. En: Rodríguez-Suárez RS, Velasquez-Jones L, Valencia-Mayoral P, Nieto-Zermeño J, Serrano Sierra A. Urgencias en Pediatría. Edit. Interamericana/Mc Graw-Hill. 4ª ed. México:1996. P:6-9.
- <sup>6</sup> Vega-Vega G. Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar. Salud Publica Mex 1993; 35: 283-287.
- <sup>7</sup> 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.
- <sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2004.
- <sup>9</sup> Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS (México). Daños a la salud: Egresos hospitalarios. Disponible en: (acceso 9-01-05) URL: <http://sinais.salud.gob.mx/egresoshosp/danossalud.htm>.
- <sup>10</sup> Sistema Nacional de Información en Salud, SINAIS (México). Anuario Estadístico: Mortalidad. Disponible en: (acceso 9-01-05) URL: <http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/publicaciones.htm>.
- <sup>11</sup> Código Penal Federal (México). Artículo 335. 2ª ed. Edit. Porrúa. México:2001. P:112.
- <sup>12</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación (México), 24 de octubre de 2001.
- <sup>13</sup> Deen JL, Vos T, Huttly SRA, Tulloch J. Traumatismos y enfermedades no transmisibles: problemas de salud emergentes en la población infantil de los países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 1999, Recopilación de artículos No. 1.