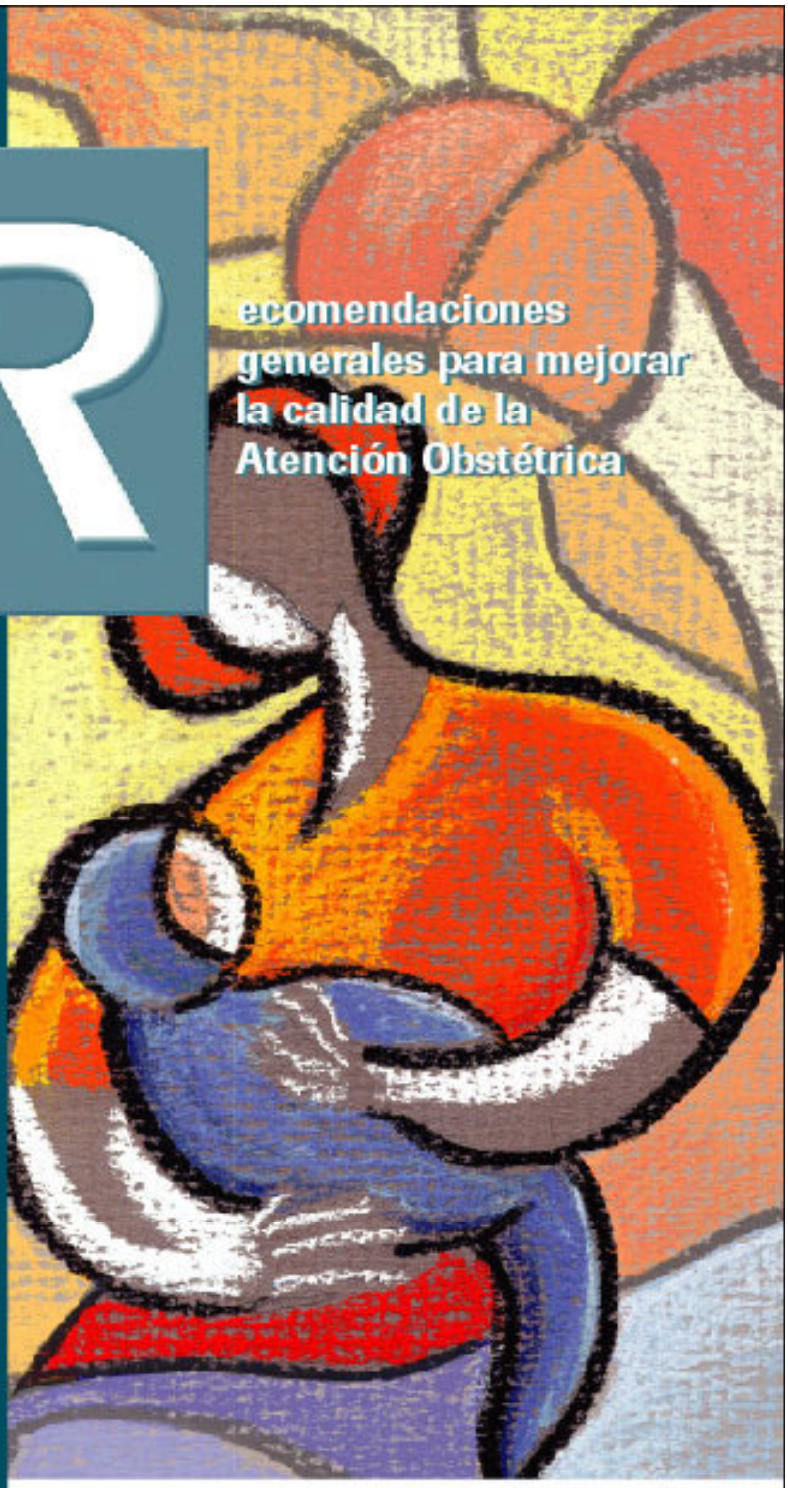
Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la Atención Obstétrica



Salud 60 años

COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO

CAMPAÑA NACIONAL POR LA CALIDAD EN SALUD

Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAMED

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

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

recomendaciones@conamed.gob.mx
ISBN 970-721-220-9

RECOMENDACIONES GENERALES
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

GRUPO COORDINADOR
PARA LA EMISIÓN DE RECOMENDACIONES
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Gabriel Manuell Lee
Subcomisionado Nacional "A"
Presidente del Comité Técnico para la emisión de Recomendaciones

Dr. Antonio Rivera Cisneros
Director General de Enseñanza e Investigación
Secretario del Comité Técnico para la emisión de Recomendaciones

Grupo de Trabajo

Dra. Mahuina Campos Castolo
(Coordinadora)
Jefa de Departamento de Enseñanza,
Dirección General de Enseñanza e Investigación

Dr. Alberto Smeke Darwich
Director Médico,
Dirección General de Conciliación

Dr. Salvador Casares Queralt
Director General de Orientación y Gestión

Dr. Jorge Sánchez González
Director General de Promoción y Difusión

RECOMENDACIONES GENERALES
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

GRUPO DE VALIDACIÓN EXTERNA
(en orden alfabético)

Acad. Dr. José Roberto Ahued Ahued
Coordinador del Grupo de Validación Externa,
Director General del Instituto Nacional de Perinatología.

Dra. Judith Ablanedo Aguirre
Jefa de la División de Ginecología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3,
"La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Enrique Aguilera Beteta
Presidente del Colegio de Ginecoobstetricia de Irapuato, Guanajuato.

Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara.

Dr. Carlos Fernández del Castillo
Representante Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO).

Dr. Ricardo García Cavazos
Jefe Médico de Genética Humana, Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Dr. Mario E. Guzmán Huerta
Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal, INPer.

Dr. Carlos Hinojosa y Ríos
Presidente del Comité de Certificación del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia (CMGO).

Dr. Victoriano Llaca Rodríguez
Presidente del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Dr. José Antonio Ruíz Moreno
Secretario de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO)

Dr. Rubén Tlapanco Barba
Jefe del Servicio de Infertilidad y Esterilidad, INPer.

Dr. Drusso Vera Gaspar
Presidente de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

MARZO DE 2003

RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION OBSTETRICA

Hechos relevantes:

• La atención obstétrica que se brinda en nuestro país está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.	• Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México se asocian al síndrome de preeclampsia-eclampsia y a las hemorragias del tercer trimestre de la gestación.
• La frecuencia del parto pretérmino oscila entre 7-11% de los embarazos antes de las 37 semanas de gestación y en 3-4% de los embarazos menores de 34 semanas, y es responsable del 75% aproximadamente de las muertes neonatales que no son debidas a malformaciones congénitas.	• La resolución del embarazo en pacientes con cesárea anterior representa un problema por las evaluaciones de riesgo-beneficio que se han realizado en todos los países, que requieren la unificación de criterios de manejo.
• La atención obstétrica ideal debe ser brindada por personal profesionalmente capacitado y acreditado, y en hospitales que cuenten con quirófano y banco de sangre.	• En 59.5% de las quejas recibidas en la CONAMED relacionadas con atención obstétrica se identificó mala práctica, y en 76% se identificó una comunicación deficiente.
• 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. De los ginecoobstetras, sólo el 36.8% estaban certificados por el Consejo de especialidad.	• El 62.3% de los casos de inconformidades analizadas, fueron atendidos en hospitales de 2º nivel de atención.
• El 56.6% de las pacientes presentaban factores de riesgo reproductivo u obstétrico elevado.	• El 46.3% de los casos estuvieron relacionados a nacimientos por cesárea.
• Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia (82.8%) durante el tercer trimestre de gestación.	• Ocurrieron muertes obstétricas directas en 15.7% de los casos. • Se observó mortalidad fetal o neonatal en 39.2% de los embarazos, con 24.0% de óbitos fetales.
• Una vigilancia deficiente del trabajo de parto y puerperio representó cerca de la cuarta parte de las desviaciones identificadas.	• Las complicaciones que se presentaron en los casos analizados eran previsibles en 47.9% del total.
• 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.	• 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%.

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 contínua**.

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Williams describe a la Obstetricia desde una perspectiva amplia, como la "disciplina que se relaciona con la reproducción de una nación, porque se ocupa de todos los factores fisiológicos, patológicos, psicológicos y sociales que influyen profundamente tanto en la cantidad como en la calidad de las nuevas generaciones de ciudadanos[1]", la acepción más comúnmente utilizada es como la parte de la medicina que se ocupa de la mujer durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, tanto en circunstancias normales como anómalas.

Los cuidados perinatales, que incluyen la vigilancia prenatal y la asistencia intraparto, tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos. La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país[2]. De esta evaluación se puede deducir la idoneidad de los cuidados sanitarios y de las estrategias diagnósticas y terapéuticas adoptadas, así como las posibles deficiencias y limitaciones.

En nuestro país, nuestra civilización indígena se adelantó a muchas épocas en lo referente a cuidados pre y postnatales, la historia de la atención obstétrica como oficio reconocido se remonta a la época precolombina, donde la partera o *Tlamalquiticitl* era una personalidad respetada y estimada en la sociedad.

La *Tlamalquiticitl* tenía un papel verdaderamente complejo, pues no se encargaba tan sólo de aconsejar y vigilar a la mujer durante el embarazo, atender el parto y el puerperio, sino que sus importantes funciones comenzaban desde antes de la concepción -en una extraordinaria similitud al concepto que expresa Williams-. Diferentes citas bibliográficas han descrito ampliamente la esmerada atención que recibía la mujer durante el estado grávido-puerperal, por lo que es de suponer que la morbimortalidad materna no debió ser elevada en el México precortesiano[3].

Con el espíritu de contribuir a la tradición mexicana de cuidados prenatales exitosos y el compromiso de retroalimentar al Sistema Nacional de Salud, se ha reunido a un grupo de prestigiados ginecoobstetras líderes de opinión, para analizar la experiencia de la CONAMED con relación a conflictos derivados de atención obstétrica y expresar recomendaciones que permitan al gremio ejercer una obstetricia de extraordinaria calidad y satisfacción para las gestantes y los especialistas.

1. Epidemiología.

La atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas que se realizan en nuestro país: en el año 2000, correspondieron a la especialidad de ginecología y obstetricia el 45.7% de los egresos hospitalarios; el 45.7% de las cirugías realizadas fueron procedimientos obstétricos (cesárea, episiorrafia, legrado uterino instrumental, revisión de cavidad postalumbramiento, aplicación de fórceps) y la atención del trabajo de parto representó el 11% del total de urgencias[4].

Estas cifras muestran la importancia numérica de la atención obstétrica en nuestro país, a la que se suma la trascendencia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, que tienen un muy importante valor como eventos centinelas e indicadores indirectos de la calidad de atención obstétrica, de las condiciones de salud de una población, y del estado de desarrollo de una nación[5 6].

2. Complicaciones en obstetricia.

Las complicaciones obstétricas ocuparon el 18º lugar como causa de mortalidad hospitalaria y el 35º sitio como causa de mortalidad general[4], y se les define como cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer y/o de su producto durante el embarazo, parto o puerperio, y/o que origine secuelas graves e incluso la muerte[7]. Por su parte, las afecciones perinatales

(del recién nacido hasta los 28 días de vida extrauterina) representaron la 7ª causa de mortalidad general y la primera causa de mortalidad infantil en 2001.

Aunque la incidencia de complicaciones obstétricas ha mostrado un descenso importante en los últimos veinte años (en 1980 la tasa de muertes maternas era 15.0 por 100,000 nacidos vivos, y para 1997 era 5.0), la OMS reportó en 1997 que el embarazo y el parto son las principales causas de incapacidad y muerte de mujeres de 15 a 49 años: en los últimos 10 años seis millones de mujeres han muerto por esta causa, y se calculó que en el mundo ocurre una muerte materna cada minuto[8 9].

Una muerte materna (llamada también *muerte obstétrica*) -declara la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)[5] - es la muerte de una mujer, debida a cualquier causa, mientras está embarazada o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.

Se clasifican en: **Muerte obstétrica directa** es la muerte materna debida a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de los anteriores como pueden ser hemorragia, preeclampsia-eclampsia, infección, anestesia, etc. **Muerte obstétrica indirecta** es la muerte materna resultante de una enfermedad preexistente o que se desarrolla durante el embarazo no debida a causas obstétricas directas pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo[10].

En México, las causas biológicas de mortalidad materna son prácticamente las mismas desde hace décadas: preeclampsia-eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico[11]. Se ha encontrado que las causas que provocan las muertes obstétricas directas están asociadas a complicaciones del embarazo, el parto, el postparto o el aborto, pueden ser **prevenibles** y **evitables**. La tasa de mortalidad materna en México es de 64:100,000 recién nacidos vivos[12 13], y se calcula que entre el 75% y el 85% de las muertes maternas son previsibles con la tecnología y los recursos adecuados disponibles[14 15]. Según estudios realizados en el Hospital Central Militar y en el Centro Médico de Occidente, el 46.4% de la muertes maternas se relacionan con responsabilidad profesional y 9.7% con responsabilidad hospitalaria[16].

Las principales causas de mortalidad materna en el mundo en 1997 fueron hemorragia grave (25%), infección puerperal (15%), aborto (13%) y preeclampsia-eclampsia (12%)[17]. Nuestro país comparte la estadística mundial; para el mismo año las primeras causas de mortalidad materna fueron preeclampsia-eclampsia (32.8%), hemorragia del embarazo y parto (19.7%), aborto (8.5%) y complicaciones del puerperio (8.4%)[18].

Se sabe, así mismo, que detrás de estas causas hay otras más complejas, que ocurren en distintas etapas del proceso de atención médica: una cultura de salud pobre o nula, por lo que la mujer y su familia no saben reconocer los signos de riesgo, y la decisión de acudir al servicio de salud se toma tardíamente, con el consecuente retraso en la solicitud de atención calificada[19]. Otras mujeres si se percatan de los riesgos, pero no tienen acceso a buenos servicios de salud por problemas de distancia, transporte o costo[20].

De esta manera, es frecuente que las pacientes se presenten ante los servicios de atención médica con complicaciones del embarazo, y aún en estado de urgencia obstétrica. Las *urgencias obstétricas* son complicaciones agudas, hechos repentinos que amenazan la vida y la integridad de las madres y sus hijos, que ocurren cuando las embarazadas y algunas veces, los médicos, no están preparados para que sucedan[21].

3. Complicaciones más frecuentes en Obstetricia.

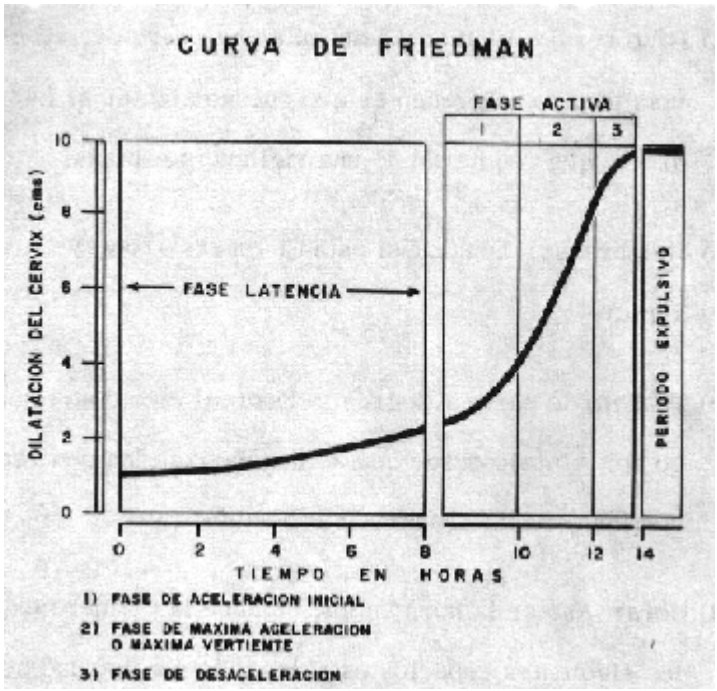
Del latín *partus*, el parto "normal" es el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales, con un embarazo mayor de 20 semanas y un producto de 500 g o más[22]. Así, representa el evento obstétrico donde los fenómenos locales activos y pasivos, los cambios anatómicos de los órganos maternos, la dinámica uterina, la

expulsión del feto y anexos ovulares y la pérdida sanguínea ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración aceptadas como naturales, sin interferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica.

En estas condiciones, el parto comprende tres períodos clínicos:

a) primer periodo o dilatación, que va desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación cervical completa;
b) segundo periodo o expulsión, que concluye con la salida del feto; y
c) tercer período o alumbramiento, que finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas.

Funcionalmente, el trabajo de parto tiene tres fases, que permiten evaluar la evolución del parto: 1) fase preparatoria o de latencia: que comprende desde que se inicia la actividad uterina regular, hasta que el cérvix tiene 3-4 cm de dilatación y completamente borrado; 2) fase activa, que se subdivide en: fase de aceleración inicial, fase de máxima aceleración y fase de desceleración, que termina en la dilatación completa, y 3) fase pélvica, que se corresponde con el periodo expulsivo[23 24](Figura 1).



Describiremos de manera breve los cinco padecimientos de mayor importancia -por frecuencia y trascendencia-, para la salud de la mujer durante el periodo grávido puerperal:

a) Preeclampsia - Eclampsia
b) Hemorragia Obstétrica
c) Resolución del embarazo en pacientes con cesárea anterior
d) Parto pretérmino
e) Embarazo prolongado

a) Preeclampsia-Eclampsia

La preeclampsia-eclampsia sigue siendo un problema de salud pública importante en casi todos los países, al grado que la Organización Mundial de la Salud la ha clasificado como la primera causa de morbimortalidad materna y perinatal. En Estados Unidos, la preeclampsia afecta a una de cada diez

gestantes. En México se sospecha la ocurrencia de más de 30 mil casos anuales de dicha complicación y puede comprometer su vida en caso de no ser tratada[25].

La eclampsia fue descrita por Hipócrates, quien le dio su nombre, que significa "relámpago". El síndrome se caracteriza por la aparición de hipertensión, proteinuria, edema repentino y, en casos graves, convulsiones o coma[26]. Este cuadro clínico se hace evidente, por lo general, después de la semana 28 de gestación[27]. De acuerdo a la clasificación del American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG), la hipertensión se considera una presión diastólica igual o superior a 90 mmHg y/o presión sistólica igual o superior a 140 mmHg, o un incremento de los valores basales por lo menos de 15 mmHg en la presión sistólica o 30 mmHg en la presión diastólica, por lo menos 2 veces en 6 horas o más separadamente[28].

Desde el punto de vista fisiopatológico, la hipertensión es la condición *sine qua non* de la preeclampsia. La proteinuria es un signo de enfermedad hipertensiva en fase de empeoramiento y cuando es evidente y persiste, el riesgo para el feto es mayor. Una vez que la embarazada ha traspasado la fase preclínica de la preeclampsia y ya presenta los signos habituales del síndrome preeclámptico, resulta imprescindible estimar el grado de avance de la enfermedad para otorgar una terapéutica apropiada y tratar de estimar el pronóstico. Según estudios de la Universidad de California, la vía final común del proceso fisiopatológico de la preeclampsia es la disfunción endotelial, con el consecuente daño del endotelio vascular uterino y la liberación de sustancias vasoactivas, situación que puede desencadenar una reacción inmunológica del sistema circulatorio de la madre que deriva en un aumento de la presión arterial y en las lesiones vasculares que se observan en la preeclampsia[29].

El signo clínico básico en la preeclampsia es entonces, el vasoespasmo arteriolar, y el signo de advertencia más confiable es el aumento en la presión arterial. El incremento súbito de peso se debe casi totalmente a una retención anómala de líquidos y suele ser previo a que aparezcan signos visibles de edema. El grado de proteinuria varía mucho en la preeclampsia, no solamente de un caso a otro, sino también de una hora a otra, en algunas mujeres. En la etapa temprana la proteinuria puede ser mínima o faltar totalmente, pero en las formas más graves, por lo general es demostrable[30]. La cefalea es frecuente en la enfermedad grave, a menudo es frontal, pero puede ser occipital, y resistente a los analgésicos comunes.

La mayoría de las muertes maternas por este síndrome son debidas a complicaciones de la preeclampsia severa, tales como edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, hemorragia cerebral, coagulopatía de consumo, falla renal o ruptura hepática[31].

El camino más corto para encontrar algún paliativo sería una política preventiva más que curativa, ya que esta última no ha mostrado beneficio alguno[32]. Actualmente, aún no existen estrategias ni recursos efectivos para prevenir la aparición de la preeclampsia-eclampsia, pero el control prenatal acucioso permite identificar oportunamente los factores de riesgo, así como identificar precozmente su diagnóstico, a fin de reducir el impacto de la enfermedad en la morbimortalidad materna y perinatal[33], para lo cual es indispensable sensibilizar y educar a la población para mejorar su asistencia y continuidad en la atención prenatal, así como identificar síntomas y signos de alarma de preeclampsia-eclampsia y utilizar oportunamente los servicios de salud[34].

b) Hemorragia Obstétrica

La hemorragia obstétrica se encuentra entre las urgencias médicas más letales. Se define como la variación de 10% o más en el hematócrito entre el ingreso y el puerperio, con la necesidad de hemotransfusión. La incidencia de la hemorragia postparto se estima 3.9% para el parto y 6.4% en la cesárea. Por el sitio anatómico de origen, pueden ser uterinas y no uterinas. Las primeras producen más del 90% de los casos y son más graves que las causas no uterinas[1 35]. Según el momento de aparición pueden ser tempranas o tardías. Las tempranas aparecen con menos de 24 horas del alumbramiento, representan el 90% de los casos y las causas son la atonía uterina, retención de fragmentos placentarios, desgarros del tracto genital bajo, ruptura uterina, placenta acreta y

coagulopatías hereditarias. La hemorragia tardía se presenta entre 24 horas y 6 semanas después del alumbramiento. A esta variedad corresponden el 10% de los casos y puede ser causada por infección, subinvolución del sitio placentario, retención de restos placentarios y coagulopatías adquiridas y hereditarias[36].

Los *desgarros del tracto genital* se asocian a macrosomía fetal, parto precipitado, prolongación de episiotomía, e instrumentación obstétrica como fórceps y extractor por vacío. Deben sospecharse desgarros cuando el tono uterino es adecuado y la hemorragia persiste. Pueden formarse hematomas profundos, y a veces el dolor y los datos de choque hipovolémico son las únicas manifestaciones clínicas aparentes. La *retención de restos placentarios* produce subinvolución uterina y hemorragia persistente; puede ocurrir la retención de un cotiledón en placentas normales, pero generalmente se asocia a factores predisponentes como legrado, cesáreas e histerotomías previas, placenta previa y multiparidad. El *acretismo placentario* consiste en invasión del miometrio por tejido placentario, ocurre especialmente en las cicatrices uterinas múltiples por cesáreas previas e inserción baja de placenta. Una *ruptura uterina* puede ocurrir espontáneamente, pero habitualmente complica los partos con cirugías uterinas previas, como miomectomía profunda y cesárea corporal, en multíparas, partos prolongados, embarazos múltiples, anormalidades fetales y versiones fetales internas. La *inversión uterina* se asocia principalmente a atonía uterina y tracción excesiva del cordón durante el alumbramiento, aunque puede ocurrir espontáneamente. Otros factores de riesgo son macrosomía fetal, primiparidad, acretismo placentario y malformaciones uterinas. Las *coagulopatías hereditarias* son cada vez más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, llevan tratamiento especializado y pueden requerir ajuste de medicamentos. Varias condiciones obstétricas se asocian a coagulación intravascular diseminada y otras coagulopatías adquiridas, como desprendimiento de placenta, embolismo de líquido amniótico y el síndrome de feto muerto y retenido (óbito)[36 37].

El manejo inicia con maniobras como masaje uterino, expresión de cóagulos, revisión de cavidad uterina, revisión de canal de parto, y uso de medicamentos como oxitocina, ergonovina, prostaglandinas y gluconato de calcio, revalorando cada 15 minutos y de no presentar respuesta satisfactoria, se procede al tratamiento quirúrgico. Simultáneamente se practican exámenes de laboratorio, biometría hemática completa, tiempos de protrombina y tromboplastina parcial, niveles de fibrinógeno y productos de degradación de fibrinógeno. De manera también simultánea al manejo de la hemorragia, debe iniciarse el soporte vital básico utilizando cristaloides, coloides, y hemotransfusión, que es uno de los puntos fundamentales en el tratamiento de la hemorragia postparto. En la cesárea el protocolo médico es similar a lo antes mencionado para el parto, con la posibilidad de revisión inmediata de lesiones a estructuras vasculares como la arteria uterina. Puede realizarse la reparación de la dehiscencia de histerorrafia previa cuando las heridas son menores de 10 cm, ligadura de arterias uterinas, ligadura de arterias hipogástricas, embolización vascular selectiva o histerectomía subtotal o total[38]. El procedimiento será seleccionado según la gravedad y particularizando el caso[39].

La Norma Oficial Mexicana para el manejo del embarazo, parto y puerperio[31] señala que “debe monitorizarse a la paciente durante las primeras 2 horas postparto cada 30 minutos, observando signos vitales, involución uterina y hemorragia transvaginal, y posteriormente cada 8 hrs por 24 hrs”. La falta de seguimiento de estos lineamientos propicia el agravamiento del estado clínico por dilación en el diagnóstico y el manejo, llevando a las pacientes hasta la fase secundaria del choque hipovolémico, en el que son difícilmente recuperables.

c) Cesárea Anterior

En los últimos treinta años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Autores como Constance, del Banco Interamericano de Desarrollo, refieren que ocurre una "epidemia" de cesáreas. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado[40].

Existen varias razones para explicar este aumento. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones

quirúrgicas y de anestesia; por otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico legales y presión de la paciente por un parto programado.

En la década de los ochentas, los grupos de obstetras determinaron que el nacimiento por parto en mujeres con cesárea previa era seguro, con un índice de ruptura uterina de 1,7%, ya que estudios realizados por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos no encontraron incremento en la morbimortalidad materna ni perinatal, y que entre el 60 y 80% de las nacimientos vaginales fueron exitosos[41].

En 1999, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), publicó unos lineamientos especificando que la mayoría de las mujeres con incisiones transversales bajas eran candidatas a prueba de parto[42].

Sin duda, la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la mortalidad perinatal, no obstante, otras acciones obstétricas, neonatales y de salud pública también lo han hecho. Es interesante destacar que estudios colaborativos del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (Uruguay) señalan que sólo un 5% en las variaciones de la tasa de mortalidad perinatal se explican por la variación en la frecuencia de la operación cesárea[43].

La cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto, por lo cual es conveniente reservarla para los casos en que la indicación es clara, aunque existen grupos de obstetras que aconsejan realizar una cesárea incluso de manera electiva[44].

Las indicaciones más frecuentes de operación cesárea son:

1. Cesárea anterior
2. Sufrimiento fetal agudo
3. Desproporción céfalo pélvica
4. Distocia de presentación.

Casi un 30% de las indicaciones de cesárea corresponde a pacientes con cesárea anterior. El antiguo aforismo de Craigin "una cesárea, siempre cesárea", ha sido rebatido por estudios multicéntricos muy consistentes, que avalan la seguridad de una prueba de parto controlada en las mujeres con cirugía previa, y constituye una de las estrategias actuales para disminuir el índice de cesáreas.

Aproximadamente 75 a 82% de las mujeres que se han sometido a una primera cesárea, han tenido parto posterior, con índice de ruptura uterina que oscila entre un 0.2 a 0.8%. Aunque este índice es relativamente bajo, las complicaciones derivadas de la hemorragia consecuente, ameritan precauciones específicas. Para el adecuado manejo de la paciente con cesárea anterior, durante el control prenatal es precisa una detallada anamnesis en torno a la indicación de la cesárea anterior, la edad gestacional alcanzada, y obtener, en lo posible, datos sobre el tipo de incisión realizada.

La dehiscencia de histerorrafia previa puede ocurrir durante las últimas semanas de gestación debido a la sobredistensión, pero más frecuentemente durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, por la gran intensidad de las contracciones a las que se suma la presión intraabdominal que la mujer ejerce para expulsar el producto, misma que se evita con la aplicación de fórceps profiláctico, maniobra cuya utilización ha disminuido por desconocimiento del procedimiento, o por experiencias desfavorables, lo que desemboca en un círculo vicioso.

Las diferentes secciones de la escuela mexicana de ginecología y obstetricia, así como el ACOG recomiendan el permitir una prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa si los hospitales cuentan con los medios, servicios y personal apropiados para realizar una cesárea con prontitud[23 45 46 47].

Se dará prueba de parto a todas las pacientes con cesárea anterior que cumplan los siguientes requisitos:

1) Ausencia de desproporción cefalopélvica
2) presentación cefálica
3) cesárea anterior segmentaria con un periodo intergenésico de dos años o más.

Está contraindicado realizar la prueba de parto en pacientes con embarazo múltiple, cicatriz uterina corporal o cesárea previa antes de las 32 semanas, antecedente de cirugía uterina con entrada a la cavidad endometrial (miomectomía, útero doble) o procedimiento endouterino que se haya complicado con perforación (legrado, histeroscopía). Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o la compresión abdominal del fondo uterino. No debe aplicarse fórceps profiláctico si el expulsivo es rápido y expedito, aunque el antecedente de cicatríz uterina previa es una indicación aceptada de fórceps profiláctico[48 49]. Se recomienda realizar revisión digital de la histerorrafia[43].

En caso de histerorrafia dehiscente:

a) tamaño menor de 4 cm, cubierta por peritoneo, sin compromiso hemodinámico materno y hemorragia vaginal moderado: conducta expectante, reposición de volumen, retractores uterinos y antibióticos.

b) tamaño mayor de 4 cm, abierta a cavidad abdominal, con compromiso hemodinámico materno y hemorragia vaginal de moderado a abundante: laparotomía exploradora.

En casos de patologías médicas u obstétricas que requieran la interrupción del embarazo antes de iniciado el trabajo de parto y sin contraindicación a la vía vaginal, se deben considerar las condiciones obstétricas de la paciente.

a) con buenas condiciones obstétricas (Bishop >8): se puede plantear amniotomía e inducto-conducción del trabajo de parto. Reevaluar las condiciones obstétricas luego de 4 horas; si no hay progresión, se indicará cesárea.

b) con malas condiciones obstétricas (Bishop <8): programar cesárea electiva.

Los datos reportados usando inductores de maduración cervical, como prostaglandina E2, son controversiales por estar relacionados con un alto porcentaje de ruptura uterina, y requiere una vigilancia estrecha, preferentemente con monitorización cardiotocográfica continua, recurso escaso en nuestro medio, por lo que el uso de preinductores cervicales en pacientes con cesárea previa es poco recomendable.

La evidencia clínica en nuestro medio, indica que *no es aconsejable intentar el parto en pacientes con dos cicatrices uterinas previas, basados en que la interrupción electiva tiene, en estas pacientes, una morbilidad cercana a cero.* En la paciente que llega en expulsivo, recomendamos atender el nacimiento vaginal, teniendo en consideración los mismos requisitos que en las pacientes con una cesárea anterior.

La ruptura uterina se clasifica como completa cuando existe comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal, y como incompleta cuando ambas cavidades están separadas por peritoneo visceral. Su frecuencia oscila entre 1/1200 a 1/2200 partos. Se produce al asociarse lesión o anomalía uterina preexistente y traumatismo[1].

Actualmente, la causa más frecuente es la dehiscencia de cicatriz de cesárea, lo que se explica por el elevado número de mujeres con cirugía previa que tienen una prueba de parto (65%). La tasa de ruptura uterina en este grupo es de aproximada al 0.8%. Factores predisponentes a la ruptura uterina son: estimulación uterina excesiva con oxitocina, trabajo de parto prolongado y extracción en nalgas, y algunos procedimientos que no son aceptados en la obstetricia moderna, como lo fueron las maniobras de versión y la aplicación de fórceps medio o alto. La cicatriz uterina corporal tiene un 8% de riesgo de ruptura uterina, y casi 1/3 de ellas que se producen antes del trabajo de parto. Existe también la posibilidad de ruptura uterina en úteros sin cicatriz; ella puede ser traumática (heridas penetrantes o contusiones) o espontánea, que puede presentarse durante la conducción en grandes multíparas[46].

Para el diagnóstico, lo más importante es la actitud de sospecha permanente. Se deben considerar tres elementos:

1. *Dolor abdominal súbito en hipogastrio:* aunque es un síntoma clásico, es poco frecuente, ya que puede ser atenuado por la anestesia peridural, por lo cual la atención debe ser puesta en aparición de dolor de ubicación e irradiación atípicas.
2. *Alteración de la dinámica uterina***:** hay que sospechar ruptura si la dinámica uterina presenta incoordinación súbita, con tendencia a la polisistolia o la hipertonía. La hemorragia externa es habitualmente escasa.
3. *Monitorización fetal continua***:** el primer dato más frecuente es el sufrimiento fetal agudo, de lo que deriva la necesidad de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal en todas las pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de parto.
4. Otros posibles hallazgos son pérdida del encajamiento de la presentación, palpación fácil de partes fetales, hematuria y palpación transcervical del defecto uterino[46].

Para la reparación quirúrgica es necesario delimitar la extensión de la ruptura, y descartar que haya ocurrido lesión o compromiso de la vejiga o de los grandes vasos, así como hematomas del ligamento ancho. En caso de que la reparación sea imposible por la extensión, se requiere realizar histerectomía, preservando los anexos[15 49].

d) Trabajo de Parto Pretérmino

Se define como trabajo de parto pretérmino (TPP) el trabajo de parto que se presenta antes de la semana 37 de gestación (259 días considerando desde el primer día de la última menstruación ó 245 días después de la concepción) [50].

La frecuencia oscila entre 7-11% de los embarazos antes de las 37 semanas de gestación y en 3-4% de los embarazos menores de 34 semanas. El parto pretérmino es responsable del 75% aproximadamente de las muertes neonatales que no son debidas a malformaciones congénitas y representa el problema obstétrico más importante en la actualidad. El 50% de todas las muertes perinatales ocurren en niños nacidos antes de las 33 semanas. Se considera que el 50-70% de todas las muertes perinatales son secundarias a complicaciones derivadas del nacimiento de un producto de pretérmino. Además, las pacientes con antecedentes de un producto nacido prematuramente, tienen un 20-30% de recurrencia en el próximo embarazo.

Los principales riesgos que enfrenta un producto que nace prematuro son muerte perinatal por síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar, permeabilidad del conducto arterioso, hipotermia, hipoglicemia, enterocolitis necrotizante, ictericia, infección y retinopatía del prematuro.

La etiología del parto pretérmino puede agruparse en 4 grandes categorías:

1. Complicaciones del embarazo: (Infecciones maternas (infección de vías urinarias, sangrado uterino, embarazo múltiple, hidramnios, anormalidades uterinas, cérvix incompetente, enfermedades médicas maternas, ruptura prematura de membranas, corioamnioitis, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías fetales genéticas).
2. Factores epidemiológicos: (Edad materna: extremos de la vida reproductiva, intervalo gestacional corto, talla y peso bajos, estado socioeconómico bajo, raza negra, control prenatal deficiente, tabaquismo positivo, factores psicológicos, relaciones sexuales, historia obstétrica previa, embarazo no deseado.
3. Factores iatrogénicos.
4. Causas desconocida, que engloba entre el 60 y 70% de los casos.

La detección temprana del trabajo de parto de pretérmino es lo deseable para un manejo eficaz. Varios estudios han intentado identificar marcadores clínicos y bioquímicos del trabajo de parto y parto de pretérmino asociados con pobres valores predictivos en forma general[51]. El objetivo básico de la

predicción del parto de pretérmino es el de disponer de una intervención (ej. oportunidad de administrar inductores de madurez pulmonar fetal, la prolongación del embarazo mediante tocolisis o el trasladar oportunamente a la paciente de riesgo a un centro de atención especializada), para mejorar el resultado perinatal. Los síntomas con frecuencia son tan vagos, que pueden ser ignorados por la paciente y el médico. Una vez que el trabajo de parto se ha establecido, la utilización de agentes específicos raramente es efectiva para detenerlo. Entre las estrategias más utilizadas por su efectividad clínica se encuentran las siguientes:

1. Sistema para valoración de Riesgo Clínico
2. Valoración clínica del cérvix
3. Monitoreo ambulatorio de la actividad uterina.
4. Vaginosis bacteriana.
5. Fibronectina fetal.
6. Ultrasonido transvaginal.
7. Ultrasonido transvaginal más fibronectina fetal.

1. SISTEMA PARA VALORACIÓN DE RIESGO CLÍNICO: En un extenso estudio multicéntrico comparativo se evaluaron 2929 pacientes a las 24 semanas de gestación de 1992 a 1994 y se mostró mediante un análisis de regresión que la valoración del riesgo basado en una combinación de la Historia Clínica, factores de riesgo socioeconómicos, obstétricos y cervicales, estuvo asociado con la presencia de parto de Pretérmino espontáneo en nulíparas y multíparas: sensibilidad: 24.2% y18.2%, VPP: 28.6% y 33.3% respectivamente[52].

2. **VALORACIÓN CLÍNICA DEL CÉRVIX:** En un estudio prospectivo comparativo se evaluaron los factores de riesgo para parto de pretérmino (factores sociales, médicos y antecedentes de parto pretérmino) y prospectivamente de la semana 25 a 37 la valoración clínica de las condiciones cervicales encontrando que el antecedente de embarazo múltiple y los cambios progresivos de la dilatación cervical del orificio cervical interno fueron identificados como factores de riesgo estadísticamente significativos para parto pretérmino[53].

3. MONITOREO AMBULATORIO DE ACTIVIDAD UTERINA**:** Existen múltiples referencias (U.S Preventive Services Task Force, National Institute of Health, American College of Obstetrician and Gynaecologist, National Institute of Child Health and Human Development, Agency for Health Care Policy and Research).que coinciden en que no hay evidencias de que sea efectivo, por lo tanto, no se recomienda su uso[54].

4.VAGINOSIS BACTERIANA: No hubo diferencia estadísticamente significativa en la tasa de parto pretérmino entre el grupo de tratamiento y el grupo control, ni aún después del análisis por subgrupos, y el tratamiento en pacientes embarazadas sintomáticas no reduce la frecuencia de parto pretérmino[55].

5.FIBRONECTINA FETAL (FNF): El marcador más utilizado es la presencia de la fibronectina fetal en las secreciones cervicales, la cuál, si es positiva (>50 ng/mL) después de las 20 semanas de gestación, indica disrupción decidual. En 1995, la FDA en Estados Unidos aprobó la prueba para utilizarse como una prueba de tamizaje para utilizarse en el trabajo de parto de pretérmino. La FNF tiene limitado valor en predecir parto pretérmino, ya que los LRs dan cambios mínimos a moderados. No se pueden tomar decisiones de intervención obstétrica en estas pacientes en base a un solo resultado[56]. La prueba de FNF es más exacta en predecir nacimiento espontáneo de pretérmino dentro de los 7-10 días de la prueba en mujeres con síntomas de amenaza de nacimiento de pretérmino antes de una dilatación cervical avanzada. spués de un resultado positivo, 17 mujeres sintomáticas a las 31 sem. necesitan ser tratadas con corticoides anteparto para prevenir 1 caso de SDR[57].

6. USG Y LONGITUD DEL CÉRVIX: No se recomienda el uso rutinario de USG vaginal para medir longitud del cérvix, debido a la falta de tratamientos probados en la detención del parto pretérmino. Hasta que no se identifiquen opciones de tratamiento efectivo su aplicación es limitada[58].

7.USG Y FNF: Se analizó la relación entre FNF, acortamiento del cervix, vaginosis bacteriana y factores de riesgo tradicionales para parto pretérmino, y se encontró una gran asociación entre parto pretérmino, FNF y acortamiento cervical (<25mm) en pacientes con historia de parto pretérmino[59].

d) EMBARAZO POSTÉRMINO O PROLONGADO

Un embarazo postérmino o prolongado, según los criterios actuales, es el que se extiende más allá de las 41 semanas de amenorrea confiable[22]. Las complicaciones fetales secundarias a los cambios en la perfusión útero placentaria han presentado una incidencia elevada desde la semana 41. Su incidencia varía entre el 2 y 10% de los partos, y es considerado de alto riesgo por condicionar una mayor morbimortalidad perinatal. En Sudamérica han utilizado el término de embarazo en vías de prolongación para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea, en atención a la definición clásica, que marcaba la semana 42 (294 días cumplidos) como límite del embarazo a término[55][60].

La etiología del embarazo prolongado no es clara, pues se encuentran involucrados factores hormonales (disminución de la producción de estrógenos y progesterona, que alteran el determinismo del parto), mecánicos (presentación transversa, que impide el abocamiento) y fetales (los fetos anencefálicos, por los bajos niveles de cortisol, secundario a la insuficiencia suprarrenal provocada por la ausencia de hipófisis).

Función placentaria. La máxima función placentaria se alcanza alrededor de las 36 semanas de gestación. Posteriormente, el proceso de transferencia placentaria declina en forma gradual y puede manifestarse en una disminución de la cantidad de líquido amniótico, reducción de la masa placentaria, infartos, hialinización, edema sincicial y calcificaciones y/o en un retardo o cese del crecimiento fetal (aclarando que existen otras causas para la restricción del crecimiento intrauterino).

Riesgos Perinatales. La mortalidad fetal aumenta después de las 41 semanas y se duplica a las 42 semanas, como resultado de asfixia perinatal por insuficiencia placentaria, compresión del cordón umbilical por oligohidramnios, y por aspiración meconial. Son frecuentes el retardo del crecimiento y la macrosomía fetal, así como distermias, hipoglicemia y otras alteraciones metabólicas[69].

El diagnóstico de embarazo prolongado es determinado por la edad gestacional, es sencillo cuando la amenorrea es segura y confiable, pero difícil cuando es incierta. Puede contribuir al diagnóstico certero la realización de ultrasonido antes de las 20 semanas, pero después, existe un intervalo de error en las mediciones ultrasonográficas básicas, como diámetro biparietal y longitud femoral, que puede significar hasta 3 semanas de gestación. En ese caso se requiere la medición de parámetros ultrasonográficos o radiográficos más confiables, como el diámetro orbitario externo, y los núcleos de osificación[22].

Cuando el embarazo ha seguido una evolución fisiológica, la evaluación de la condición fetal debe iniciarse cumplidas 40 semanas, por un médico especialista en ginecología y obstetricia o perinatología, en una unidad de segundo o tercer nivel (según los recursos paraclínicos con los que cuente), mediante el protocolo que se recomienda a continuación[22]:

1) Monitorización cardiotocográfica con una Prueba Sin Stress (PSS), para valorar la suficiencia de la reserva respiratoria de la unidad uteroplacentaria. Una PSS se considera "reactiva" cuando presenta al menos dos ascensos transitorios de 15 latidos fetales de 10 segundos de duración, en un periodo de 10 minutos, y tiene un valor de pronóstico favorable durante una semana. Una PSS no reactiva persistente o sospechoso debe ser seguida por una prueba de tolerancia a la oxitocina (PTO) que, de ser negativo, permitirá proseguir con la gestación hasta la siguiente evaluación a las 72 horas.

2) Ultrasonografía, para evaluar la cantidad y transparencia del líquido amniótico y el grado de madurez placentaria. Se considera adecuada la presencia de bolsillos (*pools*) de líquido

amniótico entre 2 y 15 cm, medidos con el transductor en sentido vertical, según el índice de Phelan; y
3) Evaluación de las condiciones cervicales, estandarizadas por el índice de Bishop.
4) Idealmente, amnioscopía para observar directamente las características del líquido amniótico.

Con una PSS reactiva, líquido amniótico en cantidad normal y de aspecto claro a la amnioscopía, placenta grado II o III sin calcificaciones excesivas, y condiciones cervicales desfavorables (Bishop <7), se continuará con la vigilancia de la gestación, repitiendo la evaluación a las 72 horas, que al resultar normal permitirá la prolongación del embarazo hasta las 41 semanas. En unidades de tercer nivel de atención, es recomendable la realización del Perfil Biofísico (PBF), que incluye una PSS, un ultrasonido básico, y la medición ultrasonográfica de otros parámetros, tales como movimientos respiratorios y movimientos fetales corporales.

La interrupción del embarazo se practicará de manera inmediata frente a cualquiera de las siguientes condiciones:

- PTO positiva
- Visualización de meconio a la amnioscopía o turbiedad en el ultrasonido
- Oligohidramnios
- Condiciones obstétricas favorables (Bishop > 7).

Si el embarazo llega a las 41 semanas de amenorrea, la conducta indicada es la interrupción del embarazo. En pacientes con condiciones obstétricas desfavorables, se efectúa inductoconducción monitorizada, hasta en tres días sucesivos, si la condición fetal es normal.
Si la indicación de interrupción es oligohidramnios, el parto debe resolverse en el primer día de inducción, con monitorización estrecha, preferentemente cardiotocográfica, considerando el mayor riesgo de asfixia perinatal. Ante un compromiso fetal evidente y cérvix desfavorable, es recomendable la resolución del embarazo por vía abdominal.

El pediatra que atenderá al recién nacido deberá adoptar las precauciones necesarias para la aspiración laringotraqueal, alteraciones metabólicas y distermia.

4. Enfoque de riesgo en la atención obstétrica.

Para identificar oportunamente las mujeres que tienen mayor predisposición para presentar complicaciones de la gestación, es necesario que las pacientes acudan a consulta médica desde que se saben embarazadas. A las consultas y cuidados que se dan a una mujer durante el embarazo se les llama **control prenatal**.

El control prenatal consiste en un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Sus objetivos primordiales son identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y del feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicación y prepararla para el nacimiento de su hijo[61]. Para poder brindar a cada paciente el cuidado óptimo que requiere, la información que se obtenga en cada visita debe ser tan completa como sea posible, sin importar si se trata de una consulta de rutina o una revisión por un problema específico[62].

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico que requiere el obstetra consiste en un lugar físico con iluminación y clima adecuados, una mesa ginecológica, esfingomanómetro, termómetro, báscula clínica con altímetro, cinta métrica, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales y expediente clínico[63 64]. El 30% restante de los casos, sin embargo, puede requerir de recursos tecnológicos básicos como ultrasonógrafo, monitor fetal o cardiotocógrafo, por lo que una situación de carencia o insuficiencia podría ser subsanada solicitando el estudio específico requerido para el caso particular, a otra unidad médica de mayor complejidad.

El control prenatal con enfoque de riesgo[65], que ha sido recomendado con un mínimo de 5 consultas para cada embarazo, 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[66], que indica en su numeral 5.1.6, las actividades que se deben realizar durante el control prenatal:

- Elaboración de historia clínica, valoración del riesgo obstétrico y establecimiento del diagnóstico integral;
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales), así como estado de salud del feto;
- Medición y registro de peso, talla, crecimiento uterino, y presión arterial, así como interpretación y valoración;
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo), grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina, detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (bajo conocimiento y consentimiento de la mujer);
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, y aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico; la prescripción de otros medicamentos sólo con indicación médica;
- Orientación nutricional y promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- Promoción y orientación sobre planificación familiar, lactancia materna exclusiva y medidas de autocuidado de la salud.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben detectar factores que puedan complicar el embarazo y establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

El ***riesgo reproductivo*** es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales[67]; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto[68].

El ***riesgo obstétrico*** es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer o su futuro hijo en un embarazo presente. El análisis de la distribución poblacional de la patología obstétrica, tanto durante la gestación como durante el parto, permite notar que esta se encuentra en determinados grupos de mujeres, en los que la morbimortalidad materna fetal están notablemente incrementadas respecto a la media de su entorno[69].

Un ***embarazo de alto riesgo*** es aquél en el que existe la probabilidad de daño grave o muy trascendente de morbilidad o mortalidad para la madre, el feto o el neonato. Estos incluyen factores maternos generales como edad (los extremos de la vida reproductiva), condiciones nutricionales, nivel socioeconómico y cultural, hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo), antecedentes obstétricos (pérdidas gestacionales recurrentes, multiparidad, enfermedades asociadas (cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión, nefropatías, etc.), y anormalidades del embarazo actual (alto orden fetal, presentaciones anormales, hidramnios, etc)[70 71].

La omisión de antecedentes ginecoobstétricos que permitan realizar una valoración adecuada del riesgo obstétrico puede explicarse por impericia, al pasar por alto circunstancias relevantes[5 7 12]. Puede evitarse utilizando tablas de riesgo obstétrico que permitan una calificación objetiva[6 8 10] (TABLA 1). Así se puede prever la necesidad de un especialista y contar a la brevedad con recursos materiales, como los hemoderivados para los casos de alto riesgo. Es importante consignar en el expediente médico la evolución del trabajo de parto, las condiciones y vía del nacimiento, los procedimientos quirúrgicos y materiales utilizados, hallazgos, incidentes y detallar el tratamiento empleado, datos que tienen gran trascendencia si la paciente es trasladada a otra institución [11 12 13 14]. Los factores de riesgo para

hemorragia durante la cesárea son preeclampsia, distocias de contracción, antecedente de hemorragia en partos previos, obesidad, uso de anestesia general e infección intraamniótica [5, 6, 15].

TABLA 1. **Clasificación del riesgo reproductivo.**

BIOLOGICOS		SOCIALES
*	**	***
Hipertensión arterial Diabetes Cardiopatía Otras Enfermedades crónicas 2 o más abortos 2 o más cesáreas 5 o más embarazos Edad mayor de 35 años	1 aborto Muerte perinatal 1 cesárea Prematurez Defectos al nacimiento Bajo peso al nacer Toxemia, hemorragia o infección puerperal Infección de vías urinarias crónica Edad menor de 20 años Menos de 2 años del último embarazo	No unida Primaria incompleta

* Alto riesgo si hay uno o más factores.
** Alto riesgo con dos o más factores.
*** Si existe un factor asociado a factores biológicos el riesgo se potencializa.

El diagnóstico temprano permite el tratamiento adecuado y oportuno, la prevención de complicaciones y limitación del daño. Si no se cuenta con los recursos humanos, materiales e instalaciones necesarios, debe referirse al siguiente nivel de atención en cuanto se detecten complicaciones, pues los hospitales de apoyo pueden ser distantes, principalmente en el caso de las unidades médicas rurales[1 72].

5. Atención competente del parto

Toda mujer tiene cierta probabilidad de sufrir algún daño en su salud durante cada gestación, y existe insuficiencia de profesionales de la salud que puedan atender a los dos y medio millones de mujeres mexicanas que se embarazan cada año.

Las complicaciones son difíciles de prever y requieren de un obstetra competente capaz de manejarlas apropiadamente y referir a las madres a los centros de salud y hospitales si se requiere atención especializada. En 1996, solo 53% de los partos en los países en desarrollo fueron atendidos por obstetras competentes, sobre todo en las áreas rurales[73].

Existen vastas disparidades sobre la competencia de quienes brindan la atención obstétrica entre las regiones: en Sud Africa, casi 80% de las mujeres son atendidas por un obstetra competente, mientras en el resto de África, la tasa es cerca del 40%, y en el sureste-centro de Asia apenas llega al 34%[56]. En nuestro país, se estima que el 10.3 % de los nacimientos son atendidos por parteras empíricas, en las casas de las pacientes[74].

Las condiciones de salud de las mujeres mexicanas ha mejorado apreciablemente en las últimas cuatro décadas, aunque todavía existen problemas de consideración. Una causa muy importante de esta situación es la insuficiencia de personal de salud. Para 1999, en México existían 11.7 médicos y 18.8 enfermeras por cada 10,000 habitantes, mientras que en 1996 en Cuba existían 54.6 médicos y 69.1 enfermeras[75], y en España en 1991, había 79.4 médicos por cada 10,000 habitantes[76]. Se contabilizaron 2.3 ginecoobstetras por cada 10,000 mujeres en edad fértil, y 1.9 pediatras por cada 10,000 habitantes menores de 15 años[77].

Los estudios realizados sugieren que la presencia de obstetras competentes en el momento del parto es una de las intervenciones clave para reducir la mortalidad materna y perinatal, pues cuando se presentan

complicaciones en el momento del parto, los que lo atienden, deben ser aptos para aplicar medidas de emergencia en ausencia de asistencia médica o referir a las mujeres a la unidad de salud apropiada[5 6 10.]

La OMS define como obstetra competente a parteras, enfermeras, enfermeras/parteras y médicos que han completado su curso de obstetricia y están registrados o legalmente licenciados para practicarla; no incluye a las *comadronas* (parteras empíricas). Para disponer de obstetras competentes en todos los partos se necesita organizar programas permanentes de adiestramiento, supervisión y expansión[74].

Para fortalecer la cobertura y la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio en México, se ha diseñado una red de atención, compuesta por los servicios de salud y los servicios de apoyo social. Esta red tiene como objetivo la regionalización de los servicios, e incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo a personal no profesional, pero capacitado en como parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles. Su función no es sustituir al personal de salud profesional, sino detectar los embarazos de riesgo, y referirlos a unidades de salud donde profesionales de la salud descarten o corroboren el riesgo obstétrico[57].

6. Marco jurídico de la Atención Obstétrica en México.

En nuestro país, la atención médica es una actividad profesional fuertemente regulada, pues la doctrina jurídica la considera como depositaria de los "bienes" de mayor jerarquía que el Estado mexicano tutela: la salud y la vida.

Estos elementos normativos se encuentran definidos en la Ley Federal de Profesiones[78], en la Ley General de Salud[79], en el Reglamento de Atención Médica[80], en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido[66], y en el caso de los profesionales de la salud que prestan servicios en instituciones dependientes del Gobierno Mexicano, en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos[81].

Requisitos de los profesionales de la salud para la práctica de la obstetricia

- Título de médico cirujano o enfermera obstetra.
- Cédula profesional, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, o la Autoridad Educativa Local.
- Si los estudios se realizaron en el extranjero, revalidación por la Secretaría de Educación Pública, o la autoridad educativa local.

Requisitos de los establecimientos prestadores de servicios de salud para la atención obstétrica

Los establecimientos que prestan servicios de atención obstétrica, se encuentran regulados por la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención medica especializada[63].

- Los establecimientos prestadores de servicios de salud facultados previamente por autorización de la Secretaría de Salud, serán las unidades de primer nivel con hospitalización, además de los hospitales generales, los hospitales de especialidades e institutos, públicos, privados o sociales.
- En la práctica obstétrica, será el responsable del establecimiento quien supervise la aplicación de la normatividad relacionada a la práctica de la obstetricia. Sólo podrá aplicarse con la participación del personal de salud competente y con el equipamiento mínimo indispensable.
- Los establecimientos prestadores de servicios de salud en donde se realiza la práctica obstétrica, deberán contar con el equipo mínimo obligatorio para la práctica en condiciones razonables de seguridad.
- Todo el equipo médico deberá estar sujeto a mantenimiento preventivo, correctivo y sustituido de acuerdo a los estándares obligatorios.

Responsabilidades de los prestadores de atención obstétrica

- Determinar el estado de salud y el índice de riesgo obstétrico de la paciente y valorar el requerimiento de otros especialistas para desarrollar un plan de cuidados obstétricos.
- Comunicar a la paciente, representante legal o familiar más cercano en vínculo, el plan propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento.
- Obtener la carta de consentimiento bajo información.
- Indicar claramente la prescripción apropiada.
- Identificar a la paciente en la sala de labor y quirófano, confirmar el diagnóstico, el consentimiento informado, la cirugía propuesta y evaluar a la paciente durante todo su internamiento, con especial atención al trabajo de parto, de acuerdo con lo establecido en la NOM-007-1993[31].
- Proporcionar a la paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica.
- Realizar los procedimientos quirúrgicos con el personal y equipo médico necesarios.
- Conducir personalmente la resolución del embarazo y permanecer en la sala de expulsión durante todo el procedimiento.
- Registrar completamente el proceso en el expediente, llenando adecuadamente el partograma como lo marca la norma y las necesidades específicas de cada paciente.
- Evaluar y verificar durante todo el trabajo de parto, ya que es un proceso dinámico.
- El obstetra se apoyará preferentemente con médicos especialistas para solucionar contingencias que se presenten durante la resolución del embarazo.
- En caso de relevo, el personal de salud deberá entregar a la paciente con el expediente donde se anoten detalladamente sus condiciones clínicas, y preferentemente, concluir todos los procedimientos que él mismo haya iniciado.

Atención obstétrica por personal no profesionalizado

En 2001, para la certificación de las parteras empíricas que atienden aproximadamente uno de cada diez nacimientos en México, la Secretaría de Salud, a través del programa "Arranque parejo en la vida", estableció coordinación con el IMSS, el IMSS-Solidaridad y el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER), para la elaboración de una Norma de Competencia Laboral para Parteras[82]. Este podría ser el primer paso para regular jurídicamente la actividad de estas prestadoras de servicios no profesionalizadas.

7. Demandas por mala práctica en obstetricia.

No es posible ignorar el gran impacto de las demandas por mala práctica durante la atención obstétrica, que durante los últimos quince años se han incrementado de manera exponencial, y es una de las áreas médicas que se ve involucrada con mayor frecuencia en demandas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

En la revisión que realizó el Instituto de Medicina de Estados Unidos en 1989, se encontró una verdadera crisis que afecta la especialidad, la cual afecta a otros países, como Australia. Copeland describió en 1993, que cada día disminuye el número de médicos que practican la obstetricia en ese país, debido principalmente a la creciente amenaza de demandas y los altísimos costos de los seguros de responsabilidad profesional; algunas aseguradoras han llegado a rehusarse a revalidar las pólizas de ginecoobstetras. El resultado final fue la falta de asistencia obstétrica en las áreas rurales[1 83].

Pero, ¿porqué demandan a los obstetras? Aunque la vigilancia atenta de los resultados perinatales, en algunos casos ha permitido mejorar algunas prácticas obstétricas, no es razonable suponer que un resultado no óptimo o incluso malo es causado inevitablemente por negligencia o impericia.

La Asociación Médica Mundial (WMA) consideró en su Declaración sobre la Negligencia Médica, adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial en Marbella, España, en septiembre de 1992, que el aumento de demandas por negligencia médica puede ser el resultado, en parte, de una o más de las siguientes circunstancias:

a) El progreso en los conocimientos médicos y de la tecnología médica permite que los médicos logren proezas que eran imposibles en el pasado, pero estos logros implican nuevos riesgos que pueden ser graves en varios casos.
b) La obligación impuesta a los médicos de limitar los costos de la atención médica.
c) La confusión entre el derecho a la atención, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar.
d) El papel perjudicial que a menudo representa la prensa (y algunos abogados), al incitar desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente y al sugerir a éstos que presenten reclamos contra los médicos.
e) Las consecuencias indirectas del desarrollo de una medicina defensiva, producidas por el aumento del número de demandas.

En Inglaterra, Lynch[84] y colaboradores analizaron 500 quejas relacionadas con la especialidad recibidas entre 1984 y 1994; y encontraron que 225 (45%) correspondían a obstetricia. Del total, 46% correspondió a quejas injustificadas, 19% a negligencia, 12% a errores de juicio, 9% a impericia, 7% a comunicación deficiente, 6% a supervisión pobre y 1% a carencias de personal. La causa más frecuente de quejas en obstetricia fue *parálisis cerebral* (22%).

En nuestro país, aún cuando las inconformidades relacionadas a la especialidad ocupan uno de los primeros lugares por frecuencia, existen pocos estudios sobre errores médicos en ginecología y obstetricia, basados todos en la casuística de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Ginecología y Obstetricia, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General y Urgencias son las especialidades que se ha mantenido en los nada honrosos primeros lugares de frecuencia de inconformidades presentadas ante CONAMED, de ellos, la que nos ocupa representó la segunda más frecuente en 1996-1997 (15%), en 1997-1998 (12.1%) y en 2000-2001 (12.9%), siendo la más frecuente en los periodos 1998-1999 (15.3%) y 1999-2000 (17.5%)[85 86 87 88 89 90]. Así, durante el periodo 1996-2001, la especialidad ha representado el 14.5% del total de inconformidades recibidas por la Comisión (Gráfico 1).

En el 2001, Saucedo-González[91] identificó que entre junio de 1996 y noviembre de 1998 se presentaron ante la CONAMED 635 quejas relacionadas a Ginecología y Obstetricia, de las cuales, el 60% (375) estaban derivadas de atención obstétrica. Valdés-Salgado[92] señala al tratamiento y las intervenciones quirúrgicas como los momentos de la atención médica que ocupan los primeros rubros de conflicto con el 68.2% en conjunto. En el mismo sentido, Campos[93] reportó lesiones transoperatorias, deficiencias de técnica quirúrgica y problemas de diagnóstico (48%) como causas más frecuentes de queja.

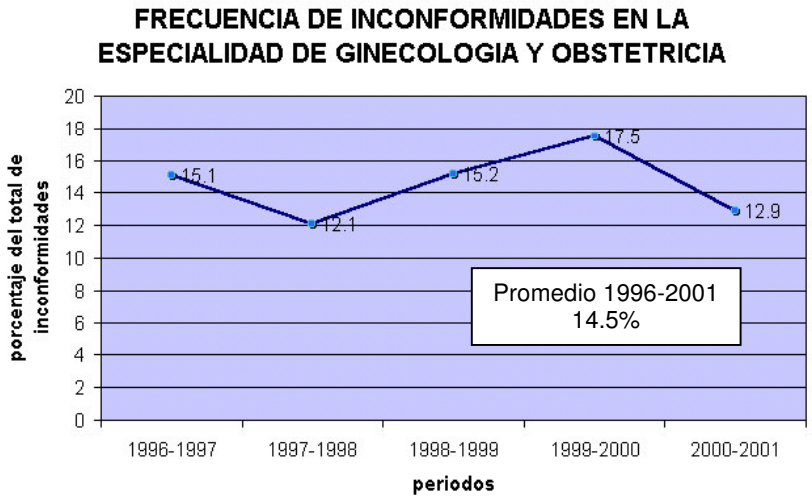


Gráfico 1. Distribución de la frecuencia de inconformidades presentadas ante CONAMED, relacionadas con la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el periodo 1996-2001.

En el estudio ya mencionado, Saucedo identificó como causas más frecuentes de demanda las complicaciones (20%), atención inoportuna (16%), accidentes (15%), acciones inadecuadas (15%) y error diagnóstico (10%). Las quejas se originaron a partir de: cirugía (45%), tratamiento médico (27%) y diagnóstico (13%). Contrasta con los anteriores el reporte de Morales-Ramírez[94], que afirma que la mayoría de las quejas por atención ginecológica y obstétrica se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables, es decir, por consecuencias de la propia historia natural de los padecimientos gineco-obstétricos.

Es muy importante distinguir entre la negligencia médica y el accidente que ocurre durante la atención médica y el tratamiento, sin que haya responsabilidad del médico:

a) La negligencia médica comprende la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o falta de conocimiento, o negligencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente.

b) Un accidente producido durante un tratamiento médico, que no se pudo prever y que no fue el resultado de falta de conocimiento por parte del médico tratante, es un accidente desafortunado del cual el médico no es responsable.

La Asociación Médica Mundial propone, en la Declaración que hemos mencionado, que las leyes de cada nación deben prever los procedimientos necesarios a fin de establecer la responsabilidad de las demandas por negligencia médica y determinar la forma de resarcir el daño al paciente, en los casos en que se compruebe la negligencia.

El Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido tiene como meta reducir el 40% de errores médicos para el año 2005, aprovechando el valioso conocimiento que se ha generado sobre el cómo y porqué se producen los casos de error médico, a través de estrategias tales como la estandarización de recetas computarizadas y la figura del auditor médico clínico[95].

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.

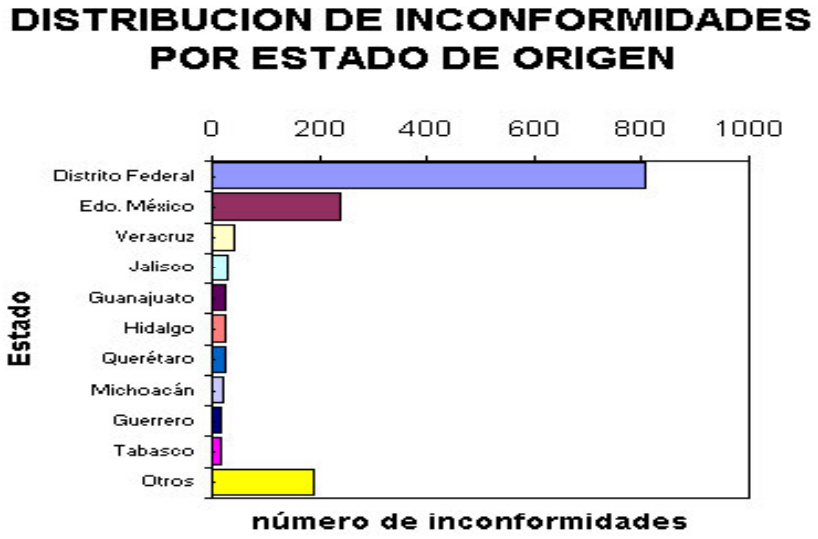


Gráfico 2. Distribución de inconformidades por Estado N=1431

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).

Gráfico 3. Orígen 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).

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).

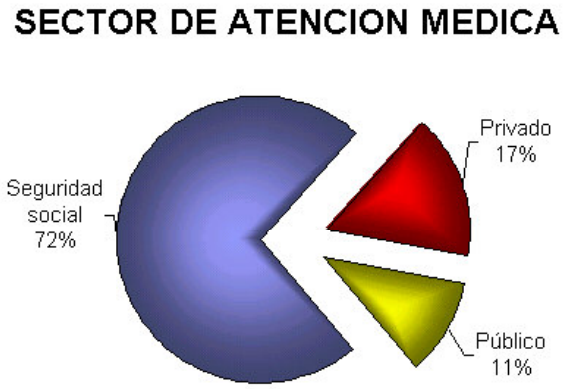


Gráfico 5. Sector de atención médica donde se atendió a la paciente

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).

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).

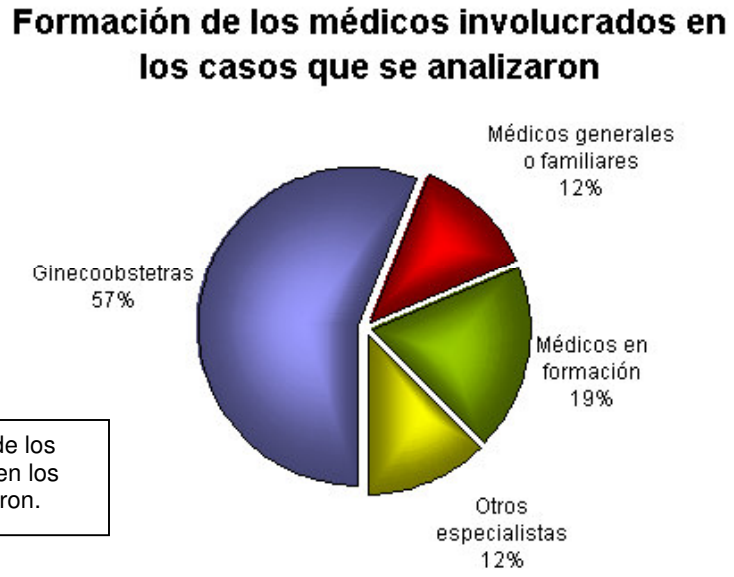


Gráfico 7. Formación de los médicos involucrados en los casos que se analizaron.

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).

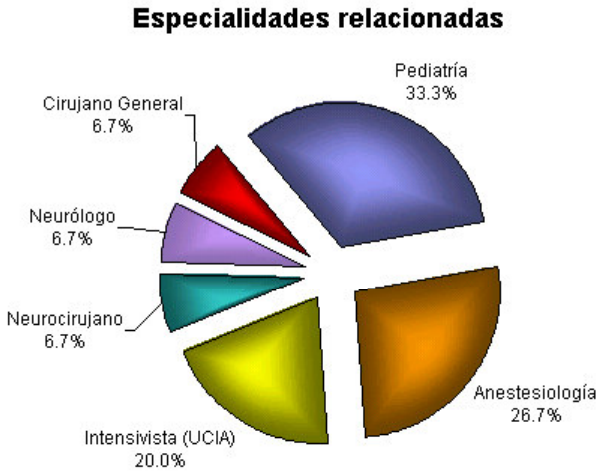


Gráfico 8. Especialidades relacionadas a las inconformidades relacionadas a obstetricia

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).

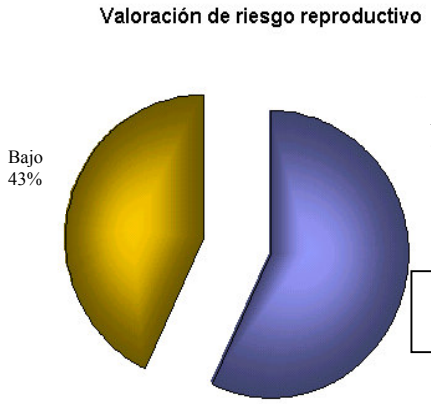


Gráfico 9. Valoración del riesgo reproductivo

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).

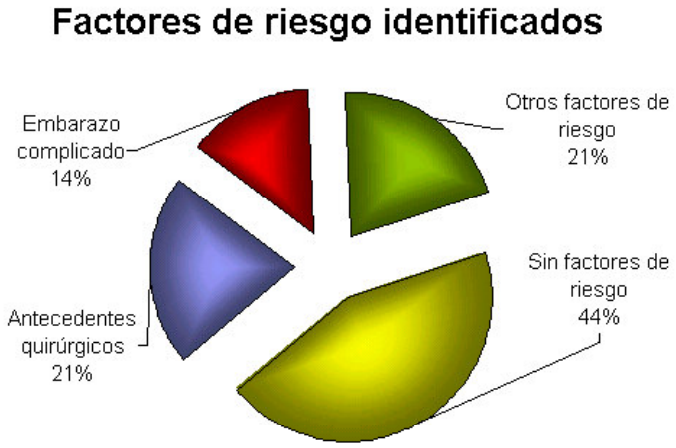


Gráfico 10. Principales factores de riesgo identificados en las inconformidades.

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 anembriónico, 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 multípara	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 asfixia perinatal en 11.6%. Resto en la Tabla IV.

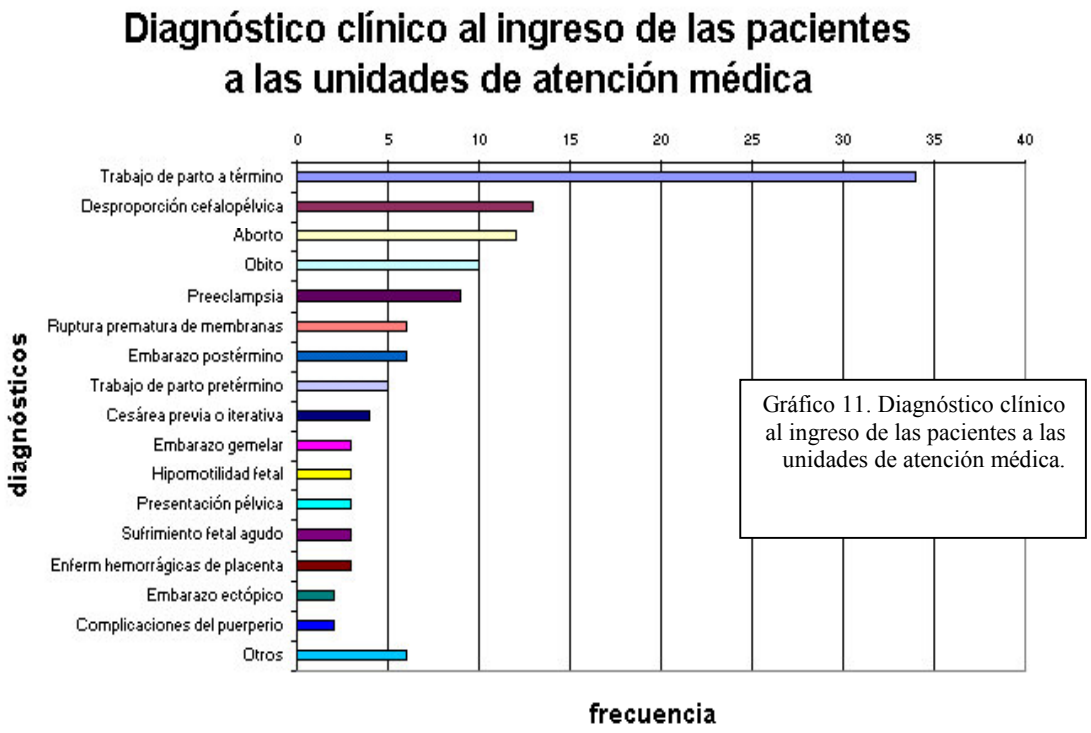


Gráfico 11. Diagnóstico clínico al ingreso de las pacientes a las unidades de atención médica.

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
Óbito	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).

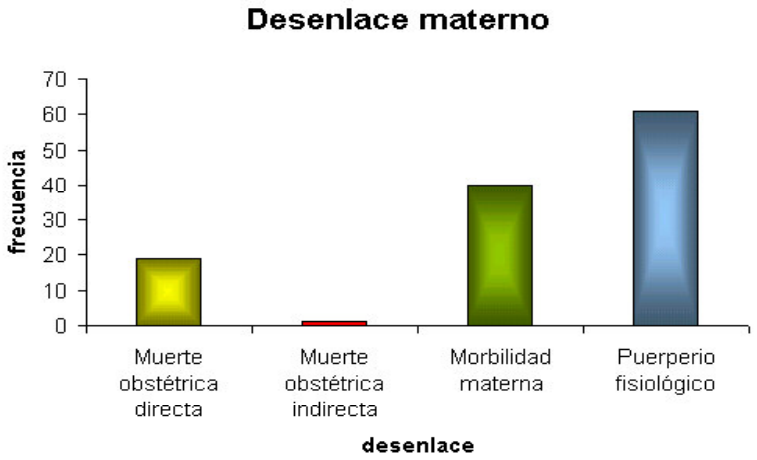


Gráfico 12. Desenlace obstétrico

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).

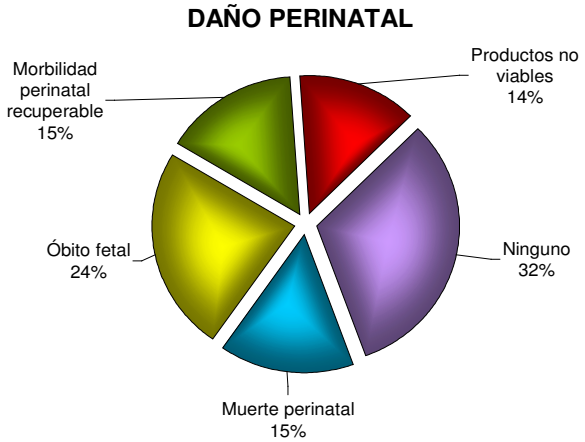


Gráfico 13. Daño perinatal

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 prematurez 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).

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).

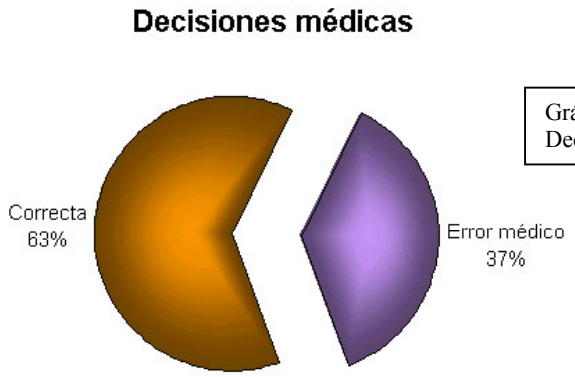


Gráfico 15.
Decisiones médicas

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).

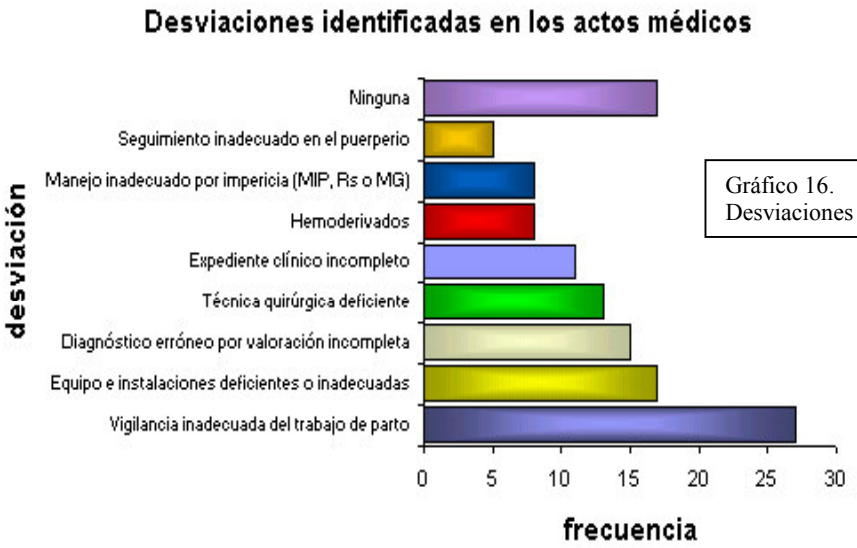


Gráfico 16.
Desviaciones identificadas

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).

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).

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).

Gráfico 19A.
Deficiencias institucionales

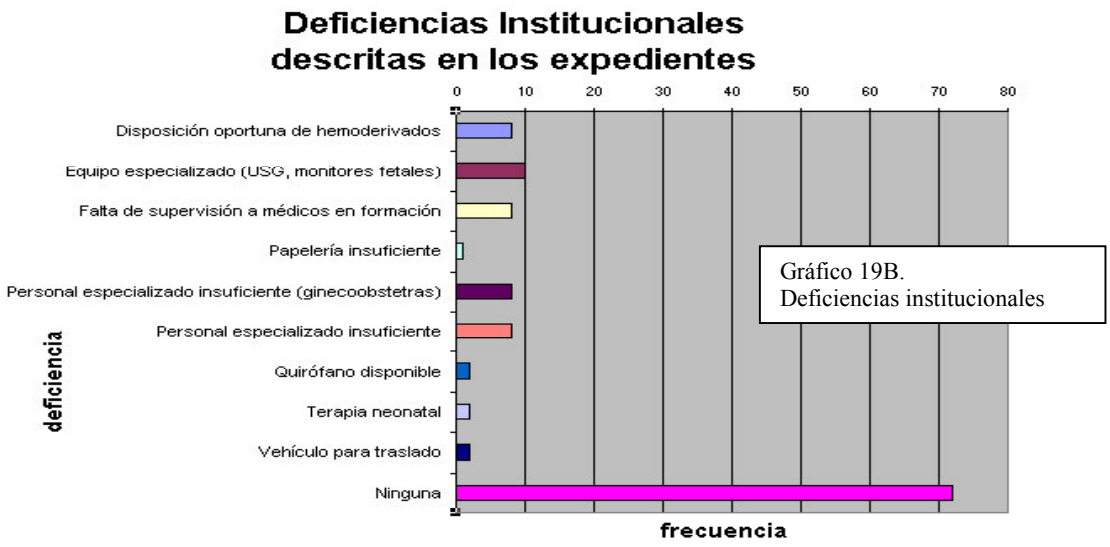


Gráfico 19B. Deficiencias institucionales

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).

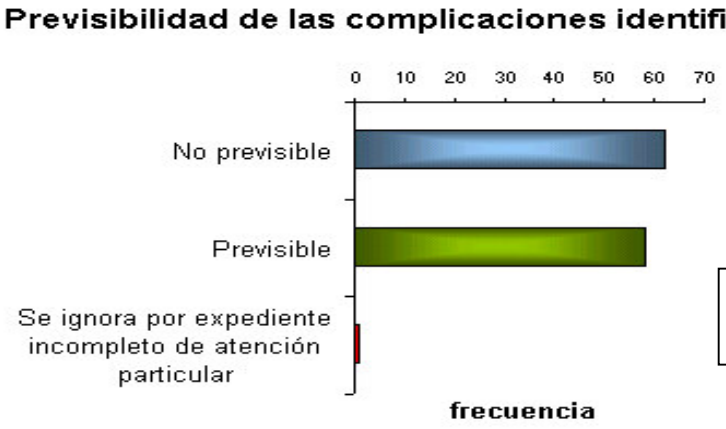


Gráfico 20. Previsibilidad de las complicaciones

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).

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).

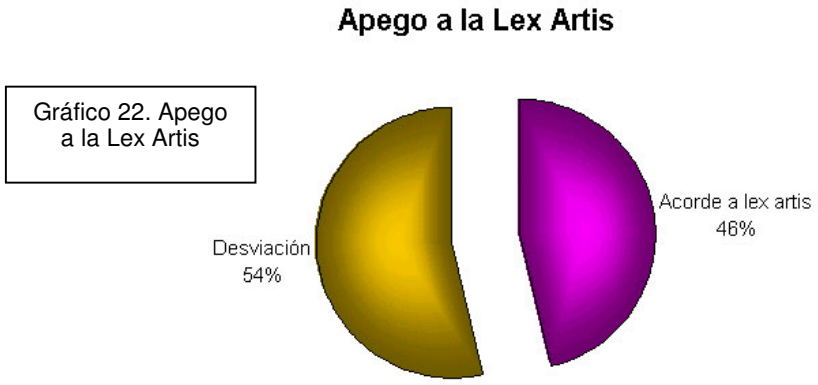


Gráfico 22. Apego a la Lex Artis

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

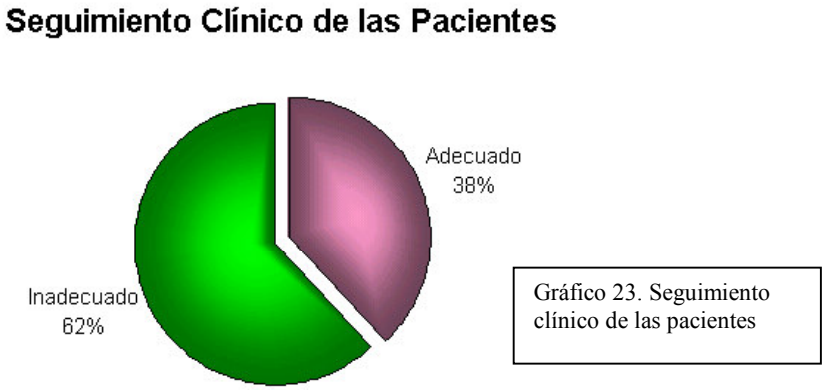


Gráfico 23. Seguimiento clínico de las pacientes

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).

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).

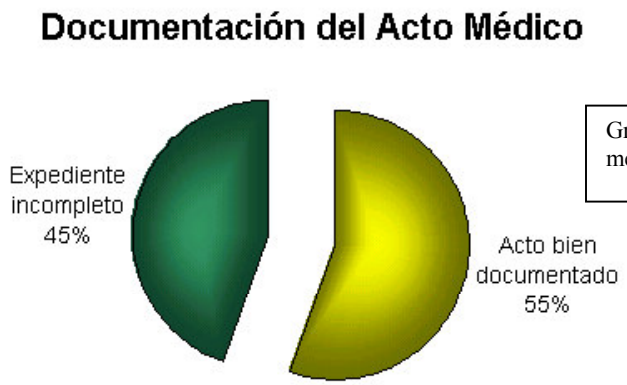


Gráfico 25. Documentación del acto médico en el expediente clínico

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).

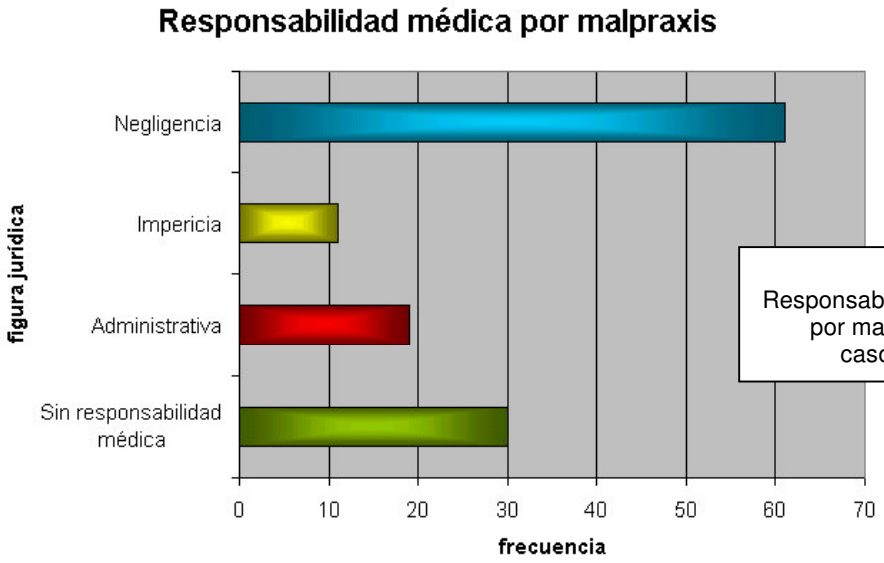


Gráfico 26. Responsabilidad médica por malpraxis en los casos analizados

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[96 97 98], 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 Saucedo[75], 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 Lifshitz[99] 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)[100], 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 país[101].

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 parteras[56]. 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 asfixia 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 mismos[102].

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 prevenibles[95,], 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-Hermoso[103] 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 Johnson[104] y Rubsamen[105], 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%).

Ward[106] 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 clínico[107].

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 cardiotocografía, 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 aparición[108.] Otro grupo de investigadores clínicos, Goley y Kerney[109], 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 relación[110]. 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"[111], que podría sustituir al Juramento hipocrático y la Declaración de Ginebra[112], 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"[113].

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 resolutiva.
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?
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.	**1. EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DEBEN SER ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO Y DEBIDAMENTE AUTORIZADO.**	d) Otorgar la atención con el apoyo de personal y material suficiente y adecuado. e) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución adecuada. f) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional. 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.	♦ Diagnósticos erróneos y/o tardíos. ♦ Indicaciones médicas imprecisas o confusas. ♦ Impericia y negligencia del personal de salud. ♦ Complicaciones. ♦ Disminuye conflictos de criterio. ♦ Inconformidad con el tratamiento médico.
El 56.6% presentaban factores de riesgo reproductivo u obstétrico elevado.	**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 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.	♦ 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?
Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia (82.8%) durante el tercer trimestre de gestación.	**3. ESTRECHAR LA VIGILANCIA PRENATAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN.**	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.	♦ Indicaciones médicas imprecisas o confusas. ♦ Impericia y negligencia del personal de salud. ♦ Complicaciones y secuelas. ♦ Disminuye conflictos de criterio. ♦ Inconformidad con el tratamiento médico.
La atención obstétrica ideal debe ser brindada por personal profesionalmente capacitado y acreditado, y en hospitales que cuenten con quirófano y banco de sangre. El 62.3% de los casos analizados, fueron atendidos en hospitales de 2º nivel de atención. 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%.	**4. PROCURAR LA MEJOR ATENCIÓN OBSTÉTRICA.**	a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad, o un mayor nivel de capacidad resolutiva. 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.	♦ Complicaciones mayores. ♦ Diferimiento injustificado. ♦ Daño materno. ♦ Daño perinatal. ♦ Secuelas. ♦ Alta mortalidad. ♦ Insatisfacción con la atención médica.
Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México son preeclampsia-eclampsia y hemorragias del 3º trimestre de la gestación. El 46.3% de los casos estuvieron relacionados a nacimientos por cesárea.	**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.	♦ 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?
Las complicaciones que se presentaron en los casos analizados eran previsibles en 47.9% del total.	**6. REDUCIR RIESGOS INNECESARIOS**	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.	♦ Morbimortaliad materna ♦ Morbimortalidad perinatal y neonatal. ♦ Atención médica inoportuna. ♦ Atención médica inadecuada. ♦ Complicaciones. ♦ Estancias hospitalarias prolongadas.
Una vigilancia deficiente del trabajo de parto y puerperio representó cerca de la cuarta parte de las desviaciones identificadas.	**7. VIGILAR ESTRECHAMENTE A LA PACIENTE DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO.**	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.	♦ 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?
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. 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.	**8. DOCUMENTAR TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA.**	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.	♦ 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.
En 3 de cada 4 asuntos analizados (76%) se identificó una comunicación deficiente dentro de la relación médico-paciente-familiar.	**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.	♦ 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] Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, Clark SL. Obstetricia de Williams. 20ª 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/estadísticas/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 patologica 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 te 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-Ortíz 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 Llusiá 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] Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Ed. Mosby-Doyma Libros. 2ª edición. Madrid, España, 1993:3-5.

[62] 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.

[63] 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.

[64] 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.

[65] 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 .

[66] 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.

[67] Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx). 1993; 31: 119-21.

[68] Dirección General de Salud Reproductiva. Enfoque de riesgo reproductivo. Disponible en: URL: http://cenids.insp:mx/dgsr/prenatal/riesgo-2.htm

[69] 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.

[70] 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.

[71] Arias F. Guía Práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2ª edición. Edit. Mosby Doyma. Madrid, 1995.

[72] Alamia V Jr, Meyer BA. Peripartum hemorrhage. Obstet Gynecol Clin North Am Jun 1999;26(2):385-98.

[73] Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF pre-Congress Workshop» May 1996. World Health Organization, Geneva, 1997.

[74] 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.

[75] 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.

[76] 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.

[77] SSA/DGIED (México). Boletín de Información Estadística No. 19, 1999. Citado en Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006.

[78] 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.

[79] 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.

[80] 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.

[81] Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación (México). 13 de marzo de 2002.

[82] Secretaría de Salud (México). Segundo Informe de Labores. México: 1º de septiembre de 2002.

[83] Purdon TF, MacLennan A. ACOG Calls for Immediate Reform in Liability Insurance. Med J Aust 2002;176:425-428.

[84] 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.

[85] Primer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1996 - Junio 1997.

[86] Segundo Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1997 - Mayo 1998.

[87] Tercer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1998 - Mayo 1999.

[88] Cuarto Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1999 - Mayo 2000.

[89] Informe Estadístico Comparativo, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Enero - Diciembre 2000. Enero - Diciembre 2001.

[90] Informe Anual de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2001.

[91] 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.

[92] 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.

[93] 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.

[94] Morales-Ramírez JJ, Sauceda-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.

[95] Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatiens: their incidence and clinical significance. Qual Saf Health Care 2002;11:340-4.

[96] Stone T, Mantese A. Conflicting values and the patient provider relationship in managed care. J Health Care Finance 1999;26(1):48-62.

[97] 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.

[98] Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 5 May 2001;322:1073-4.

[99] 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.

[100] 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.

[101] 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.

[102] Institute of Medicine (USA). Disponible en: URL: http://www.iom.edu.

[103] González Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Cir Esp 2001,69:591-603.

[104] 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.

[105] 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.

[106] Ward CJ. Analysis of 500 malpractice claims: Causes and Prevention. Am J Obstet Gynecol 1991;165:298-306.

[107] Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación (México), 14 de septiembre de 1999.

[108] Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy SO. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 465-70.

[109] Goley RB, Kearney P. Malpractice losses in obstetrics. A review of claims. N J Med 2002;99(12):7.

[110] Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Editorial Médica Panamericana. 8ª ed. México;2000.

[111] 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.

[112] 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.

[113] Jinich H. El paciente y su médico. Primera edición. UNAM-JGH editores. México:1997. p:82.