

Presentación, comentarios y reflexiones sobre las "Recomendaciones para Prevenir la Mala Práctica Médica en Pediatría" de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Comité Editorial, Acta Pediátrica de México

Recibimos para su difusión las "Recomendaciones para prevenir la mala práctica médica en pediatría" (* Nota al final del texto) de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), las conclusiones y nueve recomendaciones que fueron avaladas por las Academias Nacionales de Medicina y de Pediatría, por Asociaciones Pediátricas reconocidas y por un grupo de expertos. Se piensa así evitar o disminuir las demandas en las que los médicos pediatras se ven involucrados ante esta instancia por quejas de padres insatisfechos con el tratamiento dado a sus hijos o por los resultados ¹.

Por su importancia, el texto de las recomendaciones se reproduce textualmente.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PREVENIR LA MALA PRÁCTICA MÉDICA EN PEDIATRÍA

El análisis de las quejas de la especialidad de Pediatría recibidas en la CONAMED entre 1997 y 2001 permitió elaborar el documento final con Recomendaciones validadas internamente en la CONAMED. En una segunda fase, fueron sometidas a una validación externa por expertos en pediatría, en reuniones de trabajo, para conocer e incluir sus observaciones.

1ª. Contar con las certificaciones y actualizaciones indispensables:

- *Contar con la cédula profesional debidamente*

Correspondencia: Publicaciones Médicas. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. Tel: 10 84 09 00 ext. 112-1489 e-mail: actapediatrmex@entornomedico.org
Recibido: abril, 2004. Aceptado: agosto, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

otorgada por el Registro Federal de Profesiones de la SEP.

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

2ª. Mantener estrecha comunicación médica con la familia o representantes del paciente:

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

3ª. Dar especial atención a la vigilancia y control del niño sano:

- *Fomentar en la madre del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, haciendo énfasis en sus ventajas y beneficios que aporta al niño.*
- *Fomentar en los padres o responsables las medidas*

higiénicas personales indispensables, en la preparación de los alimentos, lavado de manos y aislamiento preventivo del contagio de padecimientos infecciosos.

- Proporcionar a los padres información suficiente y sencilla sobre el manejo de alimentos como medida que favorezca un crecimiento adecuado y prevenga trastornos relacionados con la nutrición.

- Realizar una exploración física detallada y completa.

- Incluir y documentar en el expediente clínico todos los parámetros que permitan dar un seguimiento apropiado del crecimiento y desarrollo.

- Aplicar un esquema de inmunización, en el que se incluyan las vacunas del Programa Nacional de Vacunación. Proporcionar a los padre y/o responsables del menor, información acerca de otras vacunas aprobadas y disponibles, con explicación del riesgo-beneficio

4ª. Asegurar una valoración integral neonatal:

- Identificar oportunamente mediante una exploración física completa las malformaciones congénitas diagnosticables con procedimientos sencillos y rutinarios.

- Recurrir a estudios especializados ante la sospecha de la presencia de otras malformaciones.

- Realizar la prueba de tamiz neonatal básico y cuando el caso lo requiera el tamiz metabólico ampliado.

- Comunicar el diagnóstico a los padres hasta que se disponga de la información suficiente.

- Solicitar interconsulta con otros especialistas que puedan contribuir al cuidado subsecuente del paciente

5ª. Efectuar diagnósticos y tratamientos oportunos:

- Conocer los problemas de salud en la población pediátrica que representan las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad del ámbito geográfico y social en el que desempeñe su práctica profesional.

- Realizar los procedimientos diagnóstico y terapéuticos para problemas de salud basados en la mejor evidencia disponible y aplicándolos conforme a las circunstancias del medio en el que ejerce.

- Evitar el abuso de auxiliares de diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

- Solicitar el apoyo de otros especialistas cuando el caso así lo amerite.

- Conocer y cumplir con lo dispuesto en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico y la NOM-031-SSA2-1999 para la atención del niño.

6ª. Detectar oportunamente las urgencias médico-quirúrgicas:

- Atender oportuna y eficientemente al paciente que llega a urgencias.

- Evaluar en forma integral y multidisciplinaria para determinar el diagnóstico y su referencia adecuada del paciente.

- Proporcionar tratamiento médico inmediato a las alteraciones que pongan en peligro la vida o la función de uno o varios órganos.

- Evitar el empleo de medicamentos que puedan enmascarar el cuadro clínico.

- Enviar junto con el paciente toda la información disponible en caso de su traslado.

- Contar en las áreas de atención médica con medicamentos, equipo e instrumental básico para el tratamiento de una urgencia.

- Informar a los padres o responsables de las limitaciones que en su caso se tengan de la atención del padecimiento y las alternativas para su traslado.

7ª. Detectar y tratar al paciente con urgencias respiratorias y/o enfermedades diarreicas:

- Evaluar clínica, objetiva y rápidamente el estado cardiopulmonar y hemodinámico.

- Establecer la etapa clínica del padecimiento (choque temprano, choque tardío, dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria, paro respiratorio o paro cardiorespiratorio) para proporcionar un manejo óptimo e individualizado.

- Garantizar una vigilancia estrecha para la detección temprana de complicaciones.

8ª. Conocer el fundamento médico de la prescripción:

- Tener conocimiento suficiente y actualizado de los tratamientos farmacológicos de cada padecimiento, de sus efectos indeseables o colaterales, así como de los riesgos potenciales de su empleo.

- Prescribir tratamiento de acuerdo a los principios científicos y éticos de la práctica de la medicina.

- Tener acceso a la información sobre los aspectos farmacológicos de los medicamentos utilizados (absorción,

distribución, metabolismo, excreción e interacción posible con otros fármacos).

- Explicar detenida y ampliamente a los padres y/o responsables del menor las presentaciones de los fármacos prescritos, las dosis, los horarios y la duración del tratamiento, haciendo hincapié en el cumplimiento de los mismos.

9ª. Proporcionar atención adecuada al niño hospitalizado:

- Proporcionar a los padres o responsables del menor información diaria y cada vez que existan cambios significativos sobre el diagnóstico, pronóstico, plan de estudio y tratamiento.

- Hacer partícipes de la responsabilidad compartida a los pacientes, padres y/o responsables del apego al tratamiento y su repercusión en el pronóstico.

- Unificar criterios de información entre el personal de salud involucrado en la atención del paciente, promoviendo la comunicación permanente.

- Obtener sin excepción el consentimiento informado en procedimientos con riesgo.

- Facilitar las visitas hospitalarias a familiares con pacientes en estado crítico.

COMENTARIOS

Existe aun en las instituciones oficiales de tercer nivel, un número reducido, que por diversas causas no tiene en orden y completos, los documentos médicos que los acredite como especialistas. Sin embargo, el problema principal es que más de 70% de los niños consultan o son atendidos por médicos generales o familiares, no siempre bien capacitados, actualizados o interesados en la pediatría; son los que acuden principalmente al sistema de salud en forma global.

Esta recomendación mejora la relación pediatra-niño-familia, pero no mejora esencialmente la calidad de atención.

En general esta recomendación es lógica y aceptable, aunque en la vida diaria algunas sugerencias incumben al estado, a las organizaciones para la salud y a las educativas desde preescolar, escolar hasta enseñanza secundaria. Por ello, es virtualmente imposible la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños cuando no existen estándares nacionales de peso y talla

actualizados como existen en otros países. Tenemos una NOM con datos de hace casi 50 años.

Nunca ha sido fácil identificar problemas genéticos o metabólicos al nacimiento. Para estos casos no hay procedimientos "sencillos" y ni "sistemáticos". En forma realista el pediatra puede reconocer malformaciones congénitas visibles, audibles o palpables. El tamiz metabólico neonatal todavía no llega aún ni al 50% de la población de recién nacidos.

Desgraciadamente en los programas de las residencias médicas en pediatría no hay espacio para conocer, analizar, discutir y reflexionar sobre las Normas Oficiales Mexicanas. Los residentes generalmente sólo conocen las Normas relacionadas a la residencia médica.

Todas estas recomendaciones son justas, pero fueron causa de quejas de familiares de niños. Esta recomendación no sería necesaria si en la práctica funcionara el sistema de referencia y contrareferencia. La American Academy of Pediatrics señala con detalle algunos consejos para solicitar interconsultas quirúrgicas².

El pediatra sí detecta complicaciones respiratorias y digestivas. No se menciona que los niños llegan cuando ya tienen complicaciones, en muchos casos por ignorancia y descuido de los padres o por iatrogenia producida por la medicina alternativa que los padres ocultan deliberadamente al médico. En los Servicios de Urgencias Pediátricas al menos 30 a 40% de los casos ya tiene complicaciones por esta u otras razones que no dependen del pediatra.

En conjunto, en estas Recomendaciones no hay motivo de crítica. Pero no se menciona que los padres, a pesar de las explicaciones del médico, suspenden o alteran medicamentos, dosis o los combinan con otros tratamientos que pueden ser inocuos, pero que llegan a ser peligrosos. En el caso de tratamiento con más de tres medicamentos y por más de 5 a 7 días, la familia no se apega al tratamiento en más del 50%, aun a sabiendas del grave riesgo que implica hacerlo en caso de trasplantes, en enfermedades graves como la diabetes en tratamiento con insulina y muchísimas otras.

En general esta recomendación es acertada. El problema en el ámbito hospitalario no es la falta de información, sino la información redundante o contradictoria y no saber a quién, cuándo, cómo y a qué hora debe proporcionarse la información.

REFLEXIONES

Llama la atención que el número porcentual y global de quejas contra los médicos pediatras es muy bajo (2% del total). Equivale a 200 en cinco años. Probablemente refleje el número cada día mayor de pediatras graduados de residencias universitarias y certificados por su Consejo. Como era de esperarse, el porcentaje de quejas es mayor para los cirujanos pediatras. No se mencionan cuántas demandas se hacen directamente ante los tribunales civiles o penales que no se presentan ante la CONAMED.

El hecho de que 71% de las quejas proviene del D.F. y del Estado de México, se pueden interpretar correctamente si no se calculan las tasas=número de quejas/número de habitantes ajustadas por grupo de edad o por población de derechohabientes. De esta forma el número de quejas proveniente de la seguridad social (57%) se puede comparar equitativamente con las que reciben otros organismos públicos o privados.

No se detallan las causas de los errores graves en los que el médico fue encontrado "culpable"; ni por qué en 50.5%, se dictaminó "mala práctica médica". Sería deseable conocer los criterios para llegar a esa conclusión.

En el rubro de quejas por otras causas (38.5%) se menciona que había diagnósticos de malformaciones congénitas, tumores, accidentes y envenenamientos que por su propia gravedad pueden explicar que los resultados esperados por la familia no sean los obtenidos y hayan dado motivo a la queja. En 51% de las quejas se llegó a un convenio de conciliación, el cual consiste en una explicación técnico-médica, el reembolso de los gastos, la revaloración médica o ambos. Sin embargo, es difícil aceptar que esto resuelva o prevenga la mala práctica médica.

Se señala que las quejas se relacionaron más con la patología de pobreza que con la patología de la industrialización. A este respecto los países en vías de desarrollo y los países pobres están experimentando cambios epidemiológicos sin estar industrializados. El problema no es la industrialización, *sino la transición nutricional y la urbanización con abandono de los estilos de vida del campo para ir a vivir a los cinturones de pobreza de las ciudades.*

Es fácil darse cuenta que las quejas están relacionadas con el panorama epidemiológico del país y por esto se señala que la mayor parte de las quejas fue por diarreas y gastroenteritis. El problema más grave que debemos analizar son los motivos por los que un niño fallece y si este fallecimiento pudo evitarse.

Un tema que no se menciona es que así como puede haber mala práctica médica, 30% o más de las familias de los niños enfermos no sigue o altera las indicaciones médicas. Por otro lado, se mezcla la medicina científica basada en evidencias con falsas medicinas eufemísticamente denominadas "medicina alternativa o tradicional". No existen personas que analicen las conductas y prácticas peligrosas o inútiles de padres, familiares o amigos del niño. Tampoco hay quien juzgue a estas personas ^{3,4}.

Lo importante para el médico son los lineamientos de un buen ejercicio de la especialidad pediátrica, basado en la medicina científica y en evidencias, así como un código de ética que lleva al médico y a la familia a la atención pediátrica de excelencia. Estas materias y el código de ética en pediatría generalmente no son parte de los programas universitarios de residencias médicas ^{5,6}.

Si los médicos pediatras deben estar protegidos por un seguro para el ejercicio de la profesión es un tema que debe discutirse, aunque parece que el riesgo es bajo

Las recomendaciones en lo general tienden a proteger al médico pediatra, pero no mejora por sí mismas la buena práctica médica. Se añaden algunas citas que pensamos pueden ser útiles para los interesados en el tema ⁷⁻¹².

Comentarios sobre "Mala práctica médica"

El término "mala práctica médica" se ha derivado de la literatura sajona que a su vez lo tomó del derecho latino mal praxis. Probablemente en español deberíamos usar "ejercicio inadecuado de la profesión". Como muchas cosas, su uso se ha extendido y en todo caso lo deberíamos dejar como mal praxis.

Mala práctica:

Está basada en leyes, que en México no están bien delimitadas y no son siempre fáciles de definir, tales como la negligencia, la conducta mal intencionada, la falla en los resultados de lo prometido a lo realizado, la difamación; la divulgación de información confi-

dencial o la falta al secreto profesional; el no aplicar o hacerlo en forma incorrecta, el consentimiento válido o la falta de previsión en el desarrollo y la atención oportuna de complicaciones. La legislación de otros países se basa principalmente en la negligencia.

Negligencia es la falla para realizar las actividades propias de los estándares aceptados por pares para la profesión, que dan por resultado realizarla en forma impropia dañando a otros.

La negligencia implica: 1° Que haya una relación médico tratante-paciente (En Pediatría con los familiares o tutores). 2° Que existan estándares de atención. 3° Que se produzca un daño. 4° Que haya una relación causa-efecto entre la violación de los estándares de atención y el daño que motiva la reclamación.

En México no hemos definido cuales son los estándares de atención

"Informed consent". La traducción habitual "consentimiento informado" es defectuosa. En primer lugar, es gramaticalmente incorrecta: Es el paciente el informado, y no el consentimiento. En segundo lugar, es imprecisa, ya que la información es sólo una de las condiciones generales de validez del consentimiento. ¿Qué validez puede tener, por ejemplo un consentimiento obtenido mediante coacción expresado verbalmente en ausencia de testigos u otorgado por un niño de tres años, aunque se cumpla el requisito de la información? Se impone, pues hallar una traducción más correcta: "consentimiento válido" como lo usa la CONAMED.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera Romero N, Jiménez Corona ME, Rodríguez Soto JG y cols. Recomendaciones para prevenir la mala práctica médica en Pediatría. Revista COMAMED Órgano de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2003;8:15-28
2. American Academy of Pediatrics. Policy Statement Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. Pediatrics 2002;110:187-91
3. Harrison C, Kenny PN, Sidarous M, Rowell M. Bioethics for clinicians: 9. Involving children in medical decisions. CMAJ 1997;156:825-8 www.cma.ca/cmaj/series/bioethic.html
4. Cramer JA. Practical issues in medication compliance. Transplant Proc 1999; 31(suppl):S7-S9
5. Teixeira de Barros C, Cabrita J. Noncompliance with immunosuppressive therapy: prevalence and determinants. Transplant Proc 2000;32:2633
6. Philip C, Hébert Alex V, Levinand Gerald R. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. CMAJ 2001;165 www.cma.ca/cmaj/series/bioethic.html
7. American College of Physicians. Manual de Ética. 4a Ed. 1998
8. American Academy of Pediatrics. Technical Report: Alternative dispute resolution in medical malpractice. Fraser JJ Jr, Committee on Medical Liability. Pediatrics 2001;107:602-7
9. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Expert Witness Testimony in Medical Malpractice Litigation. Pediatrics 2002;109:974-9
10. American Academy of Pediatrics. Principles of Patient Safety in Pediatrics National Initiative for Children's Health Care Quality Project Advisory Committee. Pediatrics 2001;107: 1473-5
11. Kohatsu ND, Gould D, Ross LK, Fox PJ. Characteristics associated with physician discipline: A case-control study. Arch Intern Med 2004;164:653-8
12. Committee on Drugs and Committee on Hospital Care Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. Pediatrics 2003;112:431-6

Consulte Acta Pediátrica de México en Internet:

www.imbiomed.com.mx

www.actapediatrmex.entornomedico.org

www.intramed.net

E-mail:

actapediatrmex@entornomedico.org