



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volumen 72, número 6, junio 2004

EDITORIAL

271 *Carlos Fernández del Castillo*

ARTÍCULOS ORIGINALES

273 **Actitudes y jerarquía de valores en un servicio de ginecología y obstetricia**

Luis Alberto Villanueva, Susana Collado Peña

279 **Comparación de la evolución de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical III tratadas con cono cervical: margen quirúrgico negativo y positivo**

Mario A Chávez Zamudio, Susana Castro Laura

ARTÍCULO DE REVISIÓN

283 **Criterio actual para el diagnóstico del síndrome del ovario poliquístico**

Arturo Zárate, Carlos Morán, Marcelino Hernández, Renata Saucedo

HACE 55 AÑOS

287 **Síndrome agudo doloroso por tumoraciones funcionales del ovario**

Genaro Zenteno Garduño

RECOMENDACIONES

295 **Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica**

CONTENT

EDITORIAL

271 *Carlos Fernández del Castillo*

ORIGINAL ARTICLES

273 **Attitudes and hierarchy of medical values in a gynecology and obstetrics department**

Luis Alberto Villanueva, Susana Collado Peña

279 **Comparison of the evolution of women with cervical intraepithelial neoplasia degree III treated with cervical cone: negative vs positive surgical margin**

Mario A Chávez Zamudio, Susana Castro Laura

REVIEW ARTICLE

283 **Current criterion for diagnosing polycystic ovary syndrome**

Arturo Zárate, Carlos Morán, Marcelino Hernández, Renata Saucedo



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volume 72, number 6, June 2004

55 YEARS AGO

- 287 **Painful acute syndrome due to functional tumors of the ovary**
Genaro Zenteno Garduño

RECOMMENDATIONS

- 295 **General recommendations for improving the obstetric care quality**

CONTENU

ÉDITORIAL

- 271 *Carlos Fernández del Castillo*

ARTICLES ORIGINAUX

- 273 **Attitudes et hiérarchie de valeurs dans un service de gynécologie et obstétrique**
Luis Alberto Villanueva, Susana Collado Peña
- 279 **Comparaison de l'évolution de femmes avec lésion intraépithéliale squameuse III traitées avec cône cervical : marge chirurgicale négative vs positive**
Mario A Chávez Zamudio, Susana Castro Laura

ARTICLE DE RÉVISION

- 283 **Critère actuel pour le diagnostique du syndrome de l'ovaire polykystique**
Arturo Zárate, Carlos Morán, Marcelino Hernández, Renata Saucedo

IL Y A 55 ANS

- 287 **Syndrome aigu douloureux par tuméfactions fonctionnelles de l'ovaire**
Genaro Zenteno Garduño

RECOMMANDATIONS

- 295 **Recommandations générales pour améliorer la qualité de l'attention obstétrique**



Editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Fundada por la Asociación Mexicana de la Ginecología y Obstetricia en 1945

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

EDITOR

Dr. Carlos Fernández del Castillo S.*

EDITOR ASOCIADO

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta*

EDITOR COORDINADOR

Dr. Ernesto Castelazo Morales*

CONSEJO EDITORIAL

Dr. J. Trinidad González Gutiérrez
Dr. José Manuel Septién González
Dr. Víctor Espinosa de los Reyes

Dr. Juan Rodríguez Argüeyes
Dr. Carlos Mac Gregor SN
Dr. Samuel Karchmer K

Dr. Efraín Vázquez Benítez
Dr. Roberto Ahued Ahued
Dr. José Antonio Sereno Coló
Dr. Jesús Puente Tovar

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Jesús Leal del Rosal
(Chihuahua, Chih.)
Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar
Dr. Reynaldo Milla Villeda
(Durango, Dgo.)
Dr. Sergio Fajardo Dueñas
Dr. Oscar Flores Carreras
Dr. Emigdio Torres Fariás
Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez
Dr. Armando Vera Torres
(Guadalajara, Jal.)
Dr. Jorge González Durazo
(Hermosillo, Son.)
Dr. Antonio Gutiérrez Gutiérrez
(León, Gto.)
Dr. José de Jesús Montoya Romero
(Mazatlán, Sin.)
Dr. Fernando Gasque López
(Mérida, Yuc.)
Dra. Judith Ablanado Aguirre
Dr. Alberto Alvarado Durán
Dr. Manuel Álvarez Navarro
Dr. Carlos Aranda Flores
Dr. Aquiles R. Ayala Ruíz
Dr. René Bailón Uriza
Dr. Héctor Hugo Bustos López
Dr. Francisco Cabral Castañeda

Dr. Guillermo Díaz Barreiro
Dr. Paolo Di Castro Stringher
Dr. Julio Fernández Alba
Dr. Ángel García Alonso
Dr. Salvador Gaviño Ambríz
Dr. Fco. Javier Gómezpedroso Rea
Dra. Patricia Grether González
Dr. Pablo Gutiérrez Escoto
Dr. Juan Carlos Hinojosa y Ríos
Dr. Francisco Ibargüengoitia Ochoa
Dr. Valentín Ibarra Chavarría
Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Dr. Alberto Kably Ambe
Dr. Jorge Kunhardt Rasch
Dr. Roger Lara Ricalde
Dra. Teresita Leis Márquez
Dr. Mario López Llera
Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Dr. José Niz Ramos
Dr. Javier Ortiz Ibarra
Dr. Carlos Quesnel García-Benítez
Dr. Gilberto Ramírez Cueto
Dr. Armando Ramírez Torres
Dr. José Antonio Ruíz Moreno
Dr. Carlos Salazar López Ortíz
Dr. Carlos Sánchez Basurto
Dr. Guillermo Santibáñez Moreno

Dr. Javier Santos González
Dr. Luis Senties Cortina
Dr. Claudio Serviere Zaragoza
Dr. Luis Simón Pereira
Dr. Gilberto Tena Alavez
Dr. Rubén Tlapanco Barba
Dr. César Trejo Ramírez
Dr. Roberto Uribe Elías
Dr. José Edmundo Valdés Macho
Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Dr. Manuel Villalobos Román
Dr. Carlos Villanueva Díaz
(México, D.F.)
Dr. Carlos Félix Arce
Dr. Samuel Hernández Ayup
Dr. Pedro Tonda Ribo
(Monterrey, N.L.)
Dr. Norberto Plascencia Moncayo
(Querétaro, Qro.)
Dr. Antonio de Jesús Briseño Sainz
(San Luis Potosí)
Dr. David Antonio Nava Muñoz
(Tijuana B.C.)
Dr. Pedro Coronel Brizio
(Xalapa, Ver.)

*SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBROS DE LA WORLD ASSOCIATION OF MEDICAL EDITORS (WAME).



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

AGRUPACIONES FEDERADAS

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guadalajara, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de "La Laguna", A.C.
Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico y Ciudad Madero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A.C.
Asociación Veracruzana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia del Estado de Chihuahua, A.C.
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Puebla, A.C.
Asociación Michoacana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Veracruzana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Juárez, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Estado de México, A.C.
Asociación Tabasqueña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad Oaxaqueña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad Xalapeña de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Estado de Guerrero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Noreste de Tamaulipas, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Toluca, A.C.
Sociedad Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Durango, A.C.
Sociedad Hidalguense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación Victorense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, Sinaloa, A.C.

Asociación de Gineco-Obstetricia de los Mochis, A.C.
Asociación Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Sureste de Veracruz, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Mayo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Quintana Roo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de San Luis Río Colorado, Son., A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Morelos, A.C.
Asociación Vallartense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Costa de Chiapas, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A.C.
Asociación Sudcaliforniana de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Tlaxcala, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nayarit, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Sur del Estado de Chihuahua, A.C.
Asociación de Ginecoobstetras Guasave-Guamúchil, A.C.
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro., A.C.
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, A.C.
Asociación de Ginecoobstetras del Sur de Jalisco, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles y Zona Huasteca, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Guaymas, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora, A.C.
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Delicias, A.C.
Colegio de Ginecoobstetras de Uruapan, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico de Tehuacán, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico de la Cuenca del Papaloapan, A.C.
Colegio Ginecoobstétrico del Norte del Edo. de Guerrero, A.C.
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Poza Rica, Ver., A.C.
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A.C.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A.C.

Fundada en 1960

Comité Ejecutivo
2003-2005

Dr.Dr. Javier Santos González
Presidente

Dr. Roberto Uribe Elías
Secretario

Dr. René Bailón Uriza
Tesorero

Vocales

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Región I
Dr. Héctor Alejandro González
Región II
Dr. Enrique Soto Canales
Región III

Dr. José Gómez Alarcón
Región IV
Dr. Emigdio Torres Farías
Región V
Dra. C. Martha Acosta Velázquez
Región VI

Dr. Marco A. Fuentes Ocampo
Región VII

Afiliada a:



Federación Latino Americana
de Sociedades de
Obstetricia y Ginecología
FLASOG
Fundada en 1952



FIGO
The International Federation
of Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en: ARTEMISA, EMBASE CD/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, EMBASE CD/PEDIATRICS, EXCERPTA MÉDICA, INDEX MEDICUS,
ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE, SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2004

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 870.00
Personal:	\$ 850.00
Ejemplares ya publicados:	\$ 120.00

En el extranjero:

Institucional (multireaders):	\$ 160.00 dls.
Personal:	\$ 155.00 dls.

*La suscripción se puede iniciar en cualquier época del año
Precios sujetos a cambio

Toda correspondencia debe dirigirse al editor/At'n. Sra. Bertha Schoelly de Larrondo.
Ginecología y Obstetricia de México. Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles, 03810 México, D.F. Tel. 5682-0156.

Realizada, comercializada y distribuida por Nieto Editores, SA de CV, Av. de las Tzinnias 10, col. Jardines de Coyoacán, México, DF, CP 04890. Tel.: 5678-2811, fax: 5679-6591. Impresa en: MPM, SA de CV, Manuel Sotero Prieto núm. 13, Circuito Científicos, Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México, CP 53100.

Coordinación editorial: Evangelina Andraca Alcalá.

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo
Calle de Nueva York No. 38, Col. Nápoles
Del. Benito Juárez, 03810, México, D.F.
Tels: 5682-0156, 5682-4823,
de 17:00 a 20:00 horas.
Fax: 5682 5601

Publicidad

Georgina González Tovar

Ejecutiva de ventas

Tel. 5678-2811.

Celular: 044-55-1047-16-45

E-mail: ggonzalez@nietoeditores.com.mx

Karla Armenta Tovar

Ejecutiva de ventas

Tel. 5678-2811.

Celular: 044-55-3077-47-54

E-mail: karmenta@nietoeditores.com.mx

Actividades regionales para el año 2004

REGIÓN	REUNIÓN	FECHA	SEDE	PRESIDENTE COMITÉ ORGANIZADOR
I	XI	JUNIO 23-25	MÉXICO, D.F.	DR. CARLOS QUESNEL GARCÍA BENÍTEZ Dirección: Baja California 311, Col. Hipódromo C.P. 61000, México, D.F. Informes e inscripciones: Tel. 01 (55) 5515 3668 • 01 (55) 5272 7209 Fax 01 (55) 5516 8158 Correo electrónico: amgo@prodigy.net.mx
II	XIII	MARZO 18-20	San Luis Río Colorado, Sonora	DR. HONORATO MEDRANO SAAVEDRA «Clínica Centro de Especialidades Médicas» Dirección: Av. Quino 12 y 13, P.B. Consultorio 101. Informes 01 (6535) 34 08 80 Correo electrónico: dmedrano@telnor.net
III	XII	ABRIL 22-24	Guasave-Guamúchil, Sinaloa	DR. CARLOS GUILLERMO YAC CASTRO Dirección: -Francisco I. Madero 719, Col. Centro, C.P. 81000, Guasave, Sinaloa Informes e inscripciones: 01 (68) 7872 0057
IV	XIV	MAYO 14-16	Matamoros, Tamaulipas	DRA. DELIA PATRICIA VILLAREAL DE LOS ÁNGELES Dirección Alhelies 38, entre calle Primera y Segunda, Col. Jardín, C.P. 87330, Matamoros, Tams. Informes: 01 (868) 8 12 56 74 01 (868) 8 13 03 84 Dr. Eduardo Castillo V. Correo electrónico: patyvillareal@prodigy.net.mx
V	XIII	ABRIL-MAYO 29-01	Uruapan, Michoacán	DR. RAFAEL ZARAGOZA ARRIAGA Dirección: Informes e inscripciones: Tel. 01 (452) 52 4 44 47 • 01 (452) 52 7 07 33, Dr. Rodríguez y 01 (452) 52 4 80 30, Dr. Sepúlveda)
VI	55° Congreso Mexicano	NOVIEMBRE 7-12	Veracruz, Veracruz	DR. ARMANDO E. CARRERA CERVÓN Dirección: Av. Hidalgo Sur 905, Col. Centro, C.P. 90300, Apizaco, Tlax. Informes e inscripciones: Tel. 01 (24) 14 17 21 22 Fax 01 (24) 14 17 28 88 Correo electrónico: acarrera@mail.medinet.mx
VII	XIII	JUNIO 17-19	OAXACA, OAXACA	DRA. LIDIA JAVIER HERNÁNDEZ Dirección: García Vigil 317, Col. Centro, C.P. 68000, Oaxaca de Juárez, Oax. Informes e inscripciones: 01 (951) 5 16 38 36 Fax 01 (951) 5 16 04 60



Todos los ginecólogos y obstetras podemos ser demandados por una mala práctica o ser acusados de negligencia, impericia o abuso de confianza.

Las demandas a los médicos comenzaron a surgir hace apenas unos años porque, en efecto, se ocasionaban daños a las enfermas y porque también aparecieron los abogados, unos honestos, otros no, interesados en hacer una defensa de esos casos.

Ante tal situación, hace nueve años se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), institución que desempeña un papel decisivo en la resolución de los conflictos que se presentan entre los médicos y sus pacientes y en la promoción de la mejoría de la calidad de la atención médica.

En este número de la revista GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se incluyen las recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Se trata de un documento preparado por un grupo coordinador de la CONAMED para la emisión de recomendaciones.

La lectura de esas recomendaciones habrá de resultar sumamente enriquecedora para todos los que ejercemos la obstetricia, pues no sólo permitirá corregir algunas deficiencias en nuestro diario quehacer sino asumir que es necesario ajustarse al cumplimiento de determinados procedimientos estandarizados para disminuir las probabilidades de cometer error o

negligencia y, por ellas, ser demandados y tener que enfrentar un juicio.

Lo anterior viene a refrendar la necesidad de impulsar aún más el intercambio de experiencias, donde la comunicación escrita juega un papel decisivo, no sólo por el testimonio que se deja, sino por la posibilidad de que un mayor número de colegas puedan interesarse en el tema. Aún más, la participación en la investigación clínica y la correspondiente comunicación escrita de los resultados o el repaso de los temas de revisión, que son los que de manera más directa nos acercan a la actualización de problemas médicos cotidianos.

De lo hasta aquí señalado, no puede soslayarse la importancia de los valores y forma de comportamiento como atributos del buen médico. Al respecto, en esta edición se incluye un artículo original que versa sobre las actitudes y jerarquía de valores en un servicio de ginecología y obstetricia. Si bien todos los profesionales tienen cualidades comunes que incluyen: sentido del deber, disciplina y búsqueda de la excelencia, de los médicos se espera que profesemos valores, como el altruismo, la compasión, la integridad, la honorabilidad, la veracidad, el respeto y la responsabilidad.

Si estos últimos valores se convierten en nuestras prioridades las posibilidades de ser sujetos de una demanda habrán de disminuir de manera importante.

Dr. Carlos Fernández del Castillo



Actitudes y jerarquía de valores en un servicio de ginecología y obstetricia

Luis Alberto Villanueva,* Susana Collado Peña**

RESUMEN

Antecedentes: el ejercicio actual de la medicina atraviesa por una profunda crisis de valores favorecida por el proceso de superespecialización, las tendencias mercantiles, la burocratización creciente y la práctica de una "medicina defensiva".

Objetivo: examinar las actitudes y la jerarquía de valores en estudiantes de pregrado, residentes y especialistas en un servicio de ginecología y obstetricia.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal, con 29 médicos del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, en el que se aplicó un cuestionario que incluía datos demográficos y 22 preguntas relacionadas con valores y actitudes.

Resultados: el conocimiento médico, la honestidad y el respeto se consideraron las características más importantes en forma reiterada. La benevolencia y la compasión fueron trascendentales en los estudiantes de pregrado, pero no en los residentes de tercer año y los médicos especialistas. El respeto por el derecho de las pacientes a participar en las decisiones diagnósticas y terapéuticas fue motivo de conflicto en algunos de los médicos encuestados.

Conclusiones: la enseñanza del profesionalismo es importante en la residencia, de manera tripartita y equivalente con el conocimiento y las habilidades.

Palabras clave: ética clínica, valores, ginecología y obstetricia.

ABSTRACT

Background: The current practice of medicine is suffering a deep crisis of values due to the process of super-specialization, marketing tendencies, growing and the practice of a defensive medicine.

Objective: To examine the attitudes and hierarchy of medical values in undergraduate students, residents and faculty physicians in an obstetrics and gynecology department.

Material and methods: A descriptive, open, observational and transversal study was done, in which a questionnaire including a demographic data-record and 22 questions related to values and attitudes was applied to 29 individuals belonging to the medical staff of the gynecology and obstetrics service at Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

Results: Medical knowledge, honesty and respect were consistently mentioned as the most emphasized characteristics across the examination. Benevolence and compassion were frequently indicated in undergraduate students, but not in third year residents and specialists. Respect for the right of individual patients to make their own choices about their health care, in some doctors, is a problematic issue.

Conclusions: The teaching of professionalism is important in residency training and is expected to be an equal partner in the triad of knowledge, skills and values.

Key words: clinical ethics, values, gynecology and obstetrics.

SOMMAIRE

Antécédents : l'exercice actuel de la médecine traverse une crise profonde de valeurs due au procès de superspécialisation, aux tendances mercantiles, à la bureaucratisation croissante et à la pratique de la médecine défensive.

Objectif : examiner les attitudes et la hiérarchie des valeurs chez des étudiants de prégrade, résidents et spécialistes d'un service de gynécologie et obstétrique.

Matériel et méthodes : on a réalisé une étude descriptive, ouverte, observationnelle et transversale, où l'on a appliqué un questionnaire qui incluait une cédula de données de type démographique et 22 questions se rattachant aux valeurs et attitudes, à 29 médecins du service de gynécologie et obstétrique de l'Hôpital Dr. Manuel Gea González.

Résultats : la connaissance médicale, l'honnêteté et le respect ont été considérés de manière réitérée les caractéristiques les plus importantes. La bienveillance et la compassion ont été importantes chez les étudiants de prégrade, mais pas pour les résidents de



troisième année ni pour les médecins spécialistes. Le respect pour le droit des patientes de participer aux décisions diagnostiques et thérapeutiques a été motif de conflit chez quelques médecins enquêtés.

Conclusions : l'apprentissage du professionnalisme est important à la résidence, de manière tripartite et équivalente, avec la connaissance et les habiletés.

Mots clés : éthique clinique, valeurs, gynécologie et obstétrique.

A lo largo de la historia, la profesión médica ha designado ciertos valores y forma de comportamiento como atributos del buen médico. Estas cualidades se han considerado únicas de los médicos y se denominan “profesionalismo”. No obstante, todos los profesionales tienen cualidades comunes que incluyen: sentido del deber, disciplina y búsqueda de la excelencia; sin embargo, se espera que los médicos, además, profesen valores como el altruismo, la compasión, la integridad, la honorabilidad, la veracidad, el respeto y la responsabilidad fiduciaria.¹

El ejercicio actual de la medicina atraviesa por una profunda crisis de valores favorecida por el proceso de superespecialización, las tendencias mercantiles, la burocratización creciente y la práctica de una “medicina defensiva”. La coerción, la mentira y el ocultamiento de información son prácticas comunes, incompatibles con la ética de la medicina. Una ética orientada hacia el paciente requiere que los profesionales de la salud se hagan responsables de todo cuanto el enfermo experimente, objetiva y subjetivamente, durante el proceso clínico.²

El médico se enfrenta a problemas éticos desde su etapa formativa, parece que es más relevante adquirir conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, que la reflexión ética en la práctica profesional.²

En el ámbito formal de la enseñanza de la medicina, la ética médica no se integra de manera explícita en los programas, y hasta hace poco tiempo se ha observado

un reconocimiento incipiente, como resultado de esfuerzos de carácter personal y con valor curricular menor.

Una perspectiva humanista no debe ser ajena a ninguna especialidad médica, lo que puede salvar al proceso de especialización del evidente reduccionismo implícito. Este es el caso de la ginecología, en la que una orientación ética le permitiría ahondar más allá de la anatomía, la fisiología, la patología, el sexo y la genitalidad.

El concepto bioético en ginecología y obstetricia considera que por la vulnerabilidad derivada de circunstancias sociales, culturales y económicas que experimentan las mujeres, ellas deben recibir información completa sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con solicitud expresa de su elección y respeto a sus opiniones. La naturaleza de la atención obstétrica y ginecológica, tan personal e íntima, debe tener un carácter especial: la protección de la confidencialidad y el respeto a la paciente. Además, en la administración de los cuidados de salud a la mujer, deben tratarse con igual consideración sin importar su situación socio-económica.³

El objetivo de este trabajo es describir la jerarquía de los valores y las actitudes de los médicos en el contexto de la especialidad de ginecología y obstetricia en un hospital general para población abierta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal. Para obtener la información se diseñó un instrumento constituido por una cédula de datos de tipo demográfico y 22 preguntas. Cinco preguntas fueron abiertas, una columna de ordenamiento y 16 preguntas cerradas de elección múltiple. Las preguntas de elección múltiple se elaboraron como afirmación o interrogación para contestarse con la elección de una de cinco opciones que representaban diferentes grados de acuerdo con la sentencia, o diferentes niveles de frecuencia de la actitud de interés a medir. Con objeto de probarlo, el instrumento

* Subdirector de ginecología y obstetricia.

** Médico residente de ginecología y obstetricia.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. Luis Alberto Villanueva. Subdirección de ginecología y obstetricia. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Calzada de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, CP 14000, México, DF. Tel. 5665-3511 ext. 117.

E-mail: laave@servidor.unam.mx

Recibido: marzo, 2004. Aceptado: junio, 2004.

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

se aplicó en una muestra de diez sujetos de características similares a las del estudio.

La muestra se obtuvo de los médicos internos de pregrado, residentes y médicos adscritos del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Por lo reducido del tamaño de la muestra se decidió aplicar la encuesta al total de la población; sólo los médicos adscritos se seleccionaron por asignación secuencial a la mitad para evitar la sobrerrepresentación.

El encuestador fue el mismo en todos los casos y el instrumento se aplicó en subgrupos de entre cuatro y cinco personas, en un lugar cerrado, bien iluminado y sin interferencia.

Análisis estadístico

El análisis de los datos incluyó la estadística descriptiva. En el caso de variables medidas en escala cuantitativa continua se calculó la media y la desviación estándar. Para resumir los datos de la columna de ordenamiento se calculó la mediana para cada uno de los valores, en forma general y en subgrupos por nivel académico. Las variables medidas en escala cualitativa nominal u ordinal se expresaron en porcentajes. Para medir la asociación entre dos variables se calculó el coeficiente de correlación simple por rangos de Spearman. Sus valores corresponden de +1 a -1 pasando por el cero, que significa ausencia de correlación, mientras que los dos primeros denotan la correlación máxima, directa e inversamente proporcional, respectivamente. Se consideró una asociación como estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$. Para el análisis de los datos se empleó el paquete SPSS® v 11.0 para Windows (SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Características demográficas

Se incluyeron 29 individuos de nacionalidad mexicana pertenecientes al personal médico del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. La edad media fue de 30.06 ± 8.5 años con edades extremas comprendidas entre 22 y 51 años.

En relación con la distribución por sexo 13 (44.8%) fueron mujeres y 16 (55.2%) hombres. Al agrupar por nivel académico la muestra se dividió en 5 médicos internos de

pregrado (17.2%), 9 residentes de primer año (31%), 5 residentes de segundo año (17.2%), 3 residentes de tercer año (10.3%) y 7 médicos adscritos (24.1%). La universidad de procedencia fue pública en 25 casos (86.2%) y en 4 casos privada (13.8%). El nivel socioeconómico se autocalificó como medio en 27 individuos (93.1%) y en 2 casos se indicó como bajo (6.9%). De manera semejante, 25 participantes calificaron su nivel cultural como medio (86.2%) y 4 (13.8%) lo marcaron como alto. El estado civil de 18 fue solteros (62.1%), 7 casados (24.1%), 1 en unión libre (3.4%) y 3 divorciados (10.3%).

Encuesta sobre los valores

Al analizar las encuestas, la virtud más repetida como la más importante que un médico debe poseer fue: la honestidad ($n = 17$), seguida de la humildad ($n = 10$), el conocimiento ($n = 10$), el respeto ($n = 5$) y la responsabilidad ($n = 5$).

Con respecto a las características negativas que un médico debe evitar, las sobresalientes fueron: la soberbia ($n = 17$), la ignorancia ($n = 10$), la deshonestidad ($n = 6$); la avaricia ($n = 5$), la mentira ($n = 4$) y el egoísmo ($n = 4$).

En la columna de ordenamiento, las cualidades más importantes para un médico fueron: el conocimiento ($n = 17$) y la honestidad ($n = 17$). A juicio de los encuestados las cualidades menos importantes fueron: la religiosidad ($n = 14$) y la temeridad ($n = 12$). En 5 casos, la compasión se ubicó al final de la escala de valores.

El orden jerárquico que ocuparon los diferentes valores entre los subgrupos, según el nivel académico, se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Jerarquía de valores en los diferentes niveles académicos*

	<i>MIP</i>	<i>R1</i>	<i>R2-R3</i>	<i>Médico adscrito</i>
Conocimiento	2	1	1	2
Honestidad	2	2	3	2
Respeto	3	2.5	2.5	3
Benevolencia	3	9	11	11
Compasión	4	5	9	9
Justicia	7	7	9	8
Confiabilidad	6	5	5	5
Prestigio	14	12	11	12
Lealtad al gremio	8	10	11	10

*Los valores corresponden a la mediana del lugar asignado en la columna de ordenamiento.

Cuadro 2. Actitud de los médicos en su relación con la paciente

	<i>N</i>	<i>CN</i>	<i>AV</i>	<i>CS/F</i>	<i>S/MF</i>
El médico debe decirle a la enferma la verdad en todo momento	-	-	1 (3.4%)	8 (27.6%)	20 (69%)
Las acciones encaminadas a restaurar la salud de la enferma deben basarse en sus valores personales y creencias	8 (27.6%)	4 (13.8%)	6 (20.7%)	7 (24.1%)	4 (13.8%)
La paciente tiene derecho a elegir los procedimientos diagnósticos o terapéuticos	1 3.4	1 3.4	8 (27.6%)	7 (24.1%)	12 (41.4%)
El médico debe proteger toda información confidencial que la paciente le revele	-	-	-	7 (24.1%)	22 (75.9%)
¿Solicita autorización a las pacientes para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos?	-	1 (3.4%)	3 (10.3%)	10 (34.5%)	15 (51.8%)
¿Ha escuchado a un médico hablar despectivamente de una paciente?	9 (31%)	8 (27.6%)	9 (31%)	3 (10.3%)	-
En presencia de la paciente	4 (13.8%)	5 (17.2%)	10 (34.5%)	6 (20.7%)	4 (13.8%)
En ausencia de la paciente	13 (44.8%)	15 (51.8%)	1 (3.4%)	-	-
¿Qué tan frecuentemente habla despectivamente de sus pacientes?	13 (44.8%)	15 (51.8%)	1 (3.4%)	-	-

N: nunca; CN: casi nunca; AV: algunas veces; CS/F: casi siempre/frecuentemente; S/MF: siempre/muy frecuentemente.

Cuadro 3. Actitud hacia la responsabilidad profesional

	<i>N</i>	<i>CN</i>	<i>AV</i>	<i>CS/F</i>	<i>S/MF</i>
Se justifica abandonar transitoriamente a los enfermos en otras manos para asistir a actividades académicas	5 (17.2%)	1 (3.4%)	18 (62.1%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)
Se justifican los sacrificios a los pacientes en favor de la educación e investigación	7 (24.1%)	2 (6.9%)	15 (51.8%)	5 (17.2%)	-
Se justifica modificar las notas de un expediente con objeto de evitar posibles demandas legales	18 (62.1%)	6 (20.7%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)	-
Se justifica realizar un procedimiento quirúrgico sin riesgos, costoso y no plenamente justificado en un paciente con capacidad de pagarlo	23 (79.3%)	3 (10.3%)	1 (3.4%)	- (6.9%)	2
¿Intenta o realiza procedimientos para los que no se siente suficientemente capacitado?	16 (55.2%)	7	4 (24.1%)	1 (13.8%)	- (3.4%)
¿Realiza procedimientos innecesarios sólo para practicar?	17 (58.6%)	7 (24.1%)	4 (13.8%)	1 (3.4%)	-
¿Ejecuta la orden de un superior con la que no está de acuerdo?	2 (6.9%)	9 (31%)	12 (41.4%)	4 (13.8%)	2 (6.9%)

N: nunca; CN: casi nunca; AV: algunas veces; CS/F: casi siempre/frecuentemente; S/MF: siempre/muy frecuentemente.

De las ocho preguntas relacionadas con los diversos aspectos de la relación médico-paciente, los resultados se muestran en el cuadro 2.

La respuesta de los encuestados ante los comentarios despectivos hacia una paciente fue: risa en 5 sujetos (17.2%), indiferencia en 16 (55.2%) e indignación en 8 (27.6%).

Se elaboraron siete reactivos relacionados con la responsabilidad profesional (cuadro 3).

En la misma línea temática y, con los reactivos anteriores, se diseñaron tres preguntas abiertas con el objeto de desvelar algunas prácticas relacionadas con la responsabilidad profesional.

En la pregunta: ¿qué hace usted si averigua que un compañero inventó los datos del expediente o hizo algún otro tipo de fraude? Las respuestas se agruparon en las siguientes categorías: recomendación personal ($n=1$, 41.4%), recomendación personal más reporte /

aplicación de correctivo ($n = 12$, 41.4%) y, ninguna acción ($n = 5$, 17.2%).

Las respuestas a: ¿qué hace usted si presencia que un compañero trata inadecuadamente a una paciente?, se agruparon así: recomendaciones personales ($n = 16$, 55.2%), recomendación personal más reporte / aplicación de correctivo ($n = 8$, 27.6%), ninguna acción ($n = 4$; 13.8%) y 1 (3.4%) manifestó intentar solucionar el conflicto con la paciente.

¿Qué le dice y hace a una paciente que atiende en caso de que haya una complicación por el tratamiento que prescribió? Contestaron: 23 (79.3%) dar información y corregir la complicación y, 6 (20.7%) agregaron a la información y corrección técnica de la complicación, ofrecer un disculpa y aceptar la responsabilidad del caso.

Al calcular los diferentes coeficientes de correlación simple de Spearman, se observó asociación estadística significativa de signo negativo entre la edad y la frecuencia con la que se realizan procedimientos innecesarios sólo para practicar ($r = -.46$, $p = 0.12$).

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Sin importar el lugar y tiempo donde se ejerza la medicina existen rasgos que son esenciales en el médico. La bondad o benevolencia significa que en todo acto médico se debe buscar el bien del paciente y es la primera de estas cualidades. El conocimiento necesario para ejercer la medicina con eficiencia es otro de los rasgos importantes que un médico debe poseer, y complementa a la bondad y honestidad. El respeto es una actitud primordial en el médico, tanto por el paciente como por la profesión; respetar las creencias y valores de los pacientes, así como sus decisiones y privacidad es esencial para una buena relación médico-paciente.⁴

En este trabajo, el conocimiento, la honestidad y el respeto se consideraron las cualidades más importantes que un médico debe poseer. Sin embargo, destaca que la benevolencia y la compasión, valores centrales en el quehacer médico, muestran un descenso gradual en la jerarquía de valores, desde el médico interno de pregrado hasta el médico adscrito. En el primer caso, ambos valores se ubican entre los cinco más importantes, mientras que en los residentes con

dos o más años de experiencia y en los médicos adscritos, estas cualidades están consideradas entre las cinco menos importantes.

Lo anterior responde, primero, a la influencia de la educación científico-técnica durante el proceso de especialización, que incrementa la capacidad técnica de los médicos más que su preocupación por las dimensiones morales de la tarea clínica. En segundo lugar, a la pérdida de la relación interpersonal médico-paciente, que cedió el lugar al ambiente burocrático del hospital y de la empresa de salud.⁵

En contraste, la soberbia y la ignorancia fueron las características más frecuentes que se consideraron como negativas en el carácter médico.

Las actitudes hacia el respeto por la autonomía de los pacientes en la forma de considerar sus valores personales y creencias, así como su derecho a elegir sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos marcaron una división en el espectro de opiniones, lo que muestra que el conflicto para el médico continúa siendo la mayor participación del paciente y su necesidad de información, además de tener que abandonar, en mayor o menor grado, la actitud paternalista. La ética médica contemporánea sitúa los valores de los pacientes en el eje de la toma de decisiones frente a los riesgos y beneficios que derivan del quehacer médico. El paciente acude al encuentro clínico no como instancia de normas clínicas sino como individuo, con una historia particular; inmerso en una constelación de relaciones y valores, con un plan de vida y un punto de vista moral propio.²

En relación con el respeto al paciente, la mayoría de los sujetos concedieron haber escuchado a un médico, al menos una vez, hablar despectivamente de un paciente. De manera preocupante, más de la mitad de los encuestados son indiferentes, cuando no aplauden, este tipo de conductas.

Debido a que a juicio de los encuestados, el conocimiento representa el valor más importante para el ejercicio de la medicina, la mayoría justifica abandonar transitoriamente a los pacientes en otras manos para asistir a actividades académicas, así como los sacrificios a los pacientes en beneficio de la enseñanza y la investigación.

No obstante, la honestidad fue reiteradamente considerada como uno de los primeros valores en orden

de importancia, una proporción no despreciable de los sujetos justificó, en un espectro que fue del casi nunca al casi siempre, realizar modificaciones en los expedientes, intervenciones quirúrgicas injustificadas, procedimientos sin capacitación, sólo para practicar o por la orden de un superior.

Al presenciar algún tipo de fraude, la búsqueda de sanción se manifestó en 41.4% de los individuos, mientras que si ocurrió maltrato a una paciente la aplicación de un correctivo sólo se indicó por el 27.6%, lo que demuestra la preeminencia de la honestidad sobre el respeto en la jerarquía de valores de los médicos encuestados, así como la lealtad al gremio en competencia con la responsabilidad primaria.⁶

Las asociaciones demostradas indican que la edad es un factor que puede influir en el respeto por los pacientes.

Los autores de este estudio saben que el tamaño de la muestra fue reducido; sin embargo, el objetivo no fue construir generalizaciones sobre la conducta profesional en los ginecoobstetras, sino describir el fenómeno en este grupo, lo que servirá como marco de referencia para la reflexión y autoexamen continuos, así como para el diseño de estudios con mayores alcances.

De estos resultados se desprende la necesidad de reforzar los fundamentos de la ética médica en el ámbito clínico, siempre en relación con las experiencias, motivaciones, emociones y expectativas individuales y de grupo.⁷

En un estudio del Centro Médico de Maricopa, Phoenix, se comparó a los residentes de cirugía con bajo y alto nivel de profesionalismo (principios éticos, adecuadas relaciones interpersonales y con los pacientes, etc.) en términos de su desempeño académico (conocimiento médico, juicio quirúrgico, habilidades, capacidad de investigación, etc.) y, en cada dimensión de habilidades y conocimientos evaluada, los residentes con mayor nivel de profesionalismo fueron significativamente superiores a sus compañeros con profesionalismo bajo. La asociación entre razonamiento moral y desempeño clínico también se ha reportado en residentes de pediatría, medicina familiar y ortopedia.¹

Puesto que los escenarios de la atención médica también son educativos, los principiantes aprenden

de sus superiores constantemente; por lo tanto, no se puede eludir la responsabilidad de ser modelo y ejemplo. Los superiores o expertos deben reconocer que influyen en la formación técnica y ética de los estudiantes. La obligación moral de todo médico es compartir su conocimiento, su experiencia y su interés primario debe ser la salud y el bienestar de los pacientes, la verdad científica y el aprendizaje de los alumnos.⁶

El ilustre médico mexicano Ignacio Chávez dejó para la posteridad la reflexión siguiente: “Humanismo quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias; valoración de lo que es bueno, lo que es bello y lo que es justo en la vida; fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior; afán de superación que nos lleva, como en la frase del filósofo, a ‘igualar con la vida el pensamiento’. Esa es la acción del humanismo al hacernos cultos. La ciencia es otra cosa, nos hace fuertes, pero no mejores. Por eso, el médico mientras más sabio debe ser más culto”.⁸

Se pone mucho afán en que el médico posea buenos conocimientos; igual empeño debe ponerse para que sea a la par que sabio, bondadoso y respetuoso del paciente. Es necesario que sea buen médico y médico bueno a la vez.

REFERENCIAS

1. Rowley BD, Baldwin DC, Bay RC, Cannula M. Can professional values be taught? A look at residency training. *Clin Orthop* 2000;378:110-4.
2. Palacios BA. Los valores en medicina. *Hacia una axiología del ethos médico*. *Rev Mex Reumat* 2002;17:157-60.
3. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la FIGO. London: FIGO, 2003.
4. Vélez Correa LA. Ética médica. Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 3ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003;pp:72-75.
5. Lolas F. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2001;p:31.
6. Lifshitz A. La bioética en la práctica clínica. Dilemas y conflictos cotidianos. *Bol Acad Nal Mex Bioética* 2003;1:4-7.
7. Rodríguez de Romo AC. Utopía o realidad: ¿Tiene sentido enseñar ética médica a los estudiantes de medicina? *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45:45-50.
8. Chávez I. Grandeza y miseria de la especialización médica. Aspiración a un nuevo humanismo. En: Chávez I. *Obras/3 Discursos y conferencias*. México: El Colegio Nacional, 1997;pp:12-26.

Comparación de la evolución de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical III tratadas con cono cervical: margen quirúrgico negativo y positivo

Mario A. Chávez Zamudio,* Susana Castro Laura**

RESUMEN

Antecedentes: la incidencia de márgenes quirúrgicos positivos en pacientes tratadas con conización es del 25%.

Objetivo: conocer la evolución clínica de mujeres con lesión intraepitelial escamosa de alto grado con intervención quirúrgica con cono cervical y su comparación entre los márgenes positivos y negativos.

Material y métodos: se incluyeron mujeres con conización por lesión escamosa intraepitelial de alto grado y manejo expectante subsiguiente durante un periodo de cinco años. Se formaron dos grupos: I pacientes con márgenes negativos y II pacientes con márgenes positivos. Se establecieron criterios de curación con dos controles citológico-colposcópicos negativos; persistencia cuando el primer control fue positivo y recurrencia cuando apareció alguno positivo después de dos negativos. Para el resultado estadístico se utilizó análisis binomial y prueba de la ji al cuadrado.

Resultados: se estudiaron 47 mujeres con conización; 10 con márgenes positivos y 37 con negativos. En el grupo con márgenes positivos hubo ocho curaciones (80%) y dos persistencias (20%), mientras que en el grupo de márgenes negativos hubo 35 curaciones (94%) y dos recurrencias (6%). No hubo diferencia significativa en los grupos ($p > 0.05$).

Conclusiones: se encontró que el tratamiento expectante es una buena alternativa en pacientes tratadas con conización con márgenes positivos, ya que el porcentaje de regresión espontánea de la lesión es alto.

Palabras clave: conización, márgenes positivos, tratamiento expectante, márgenes negativos, curación, persistencia, recurrencia.

ABSTRACT

Background: Incidence of positive surgical margins in patients submitted to conization is 25%.

Objective: To know the clinical evolution of women with cervical high grade squamous intraepithelial lesion subjected to surgical handling with cervical cone, and expectant handling, comparing positive margins, with negative margins.

Material and methods: We included women subjected to conization for high grade squamous intraepithelial lesion and subsequent expectant handling, in a period of five year. They were included in two groups: I. Patients with negative margins and II. Patients with positive margins. Cure approaches settled down with two cytologic-colposcopic negative controls; persistence, when the first control was positive and recurrence, when some appeared positive after two negatives. It was used binomial analysis and square Chi.

Results: Forty-seven women were studied with conization; 10 of positive margins and 37 of negative. In the group with positive margins there were eight cures (80%) and two recurrences (20%); while in the group of negative margins there were 35 cures (94%) and two recurrences (6%). There was not significant difference in both groups ($p > 0.05$).

Conclusions: The expectant handling is a good alternative in patients subjected to conization with positive margins, since it is high the percentage of spontaneous regression of the lesion.

Key words: conization, positive margins, expectant management, negative margins, healing, persistence, recurrent.

SOMMAIRE

Antécédents : l'incidence de marges chirurgicales positives chez des patientes traitées avec cônisation est du 25%.

Objectif : connaître l'évolution clinique de femmes avec lésion intraépithéliale squameuse à haut degré traitées avec intervention chirurgicale de cône cervical et comparaison des marges positives avec les négatives.

Matériel et méthode : des femmes avec cônisation par lésion squameuse intraépithéliale à haut degré et traitement expectant ont été mises en examen pendant une période de cinq ans. Deux groupes ont été formés : I) des patientes avec marges négatives et II) des patientes avec marges positives. On a établi des critères de guérison avec deux contrôles cytologique-colposcopiques négatifs ; persistance lorsque le premier contrôle a été positif et récurrence quand est apparu quelque contrôle positif après deux négatifs. Pour l'analyse statistique on a utilisé analyse binomiale et chi carré.



Résultats : on a étudié 47 femmes avec cônisation ; 10 avec des marges positives et 37 négatives. Chez le groupe qui avait marges positives il y a eu 8 guérisons (80%) et deux persistances (20%) ; tandis que chez le groupe qui avait marges négatives il y a eu 35 guérisons (94%) et deux récurrences (6%). Il n'y a eu de différence significative dans les deux groupes ($p>0.05$).

Conclusions : on a trouvé que le traitement expectant constitue une bonne alternative chez des patientes avec cônisation avec des marges positives, car le pourcentage de régression spontanée de la lésion est haut.

Mots clés : cônisation, marges positives, traitement expectant, marges négatives, guérison, persistance, récurrence.

La incidencia de márgenes quirúrgicos positivos en pacientes a quienes se les realizó conización es del 25%,¹ lo que no equivale a enfermedad residual.^{2,3} Como existe un alto índice de regresión (70%)³ se han sugerido varios mecanismos de regresión de dicha lesión residual, entre los que están: a) eliminación de la mayor porción del epitelio anormal que de alguna manera ayuda al organismo en la destrucción de las células neoplásicas residuales,⁴ b) reacción inflamatoria secundaria al proceso quirúrgico que ocasiona desalojo de los fragmentos de displasia residual⁵ y, c) alteración del balance entre el hospedero y la neoplasia.⁶ Las displasias cervicales constituyen lesiones precursoras del carcinoma invasor^{7,8} y existen múltiples modalidades para su tratamiento,^{8,9} como las técnicas ablativas, con bajo costo y eficacia del 80 al 95% y las técnicas escisionales, con similar eficacia y menor riesgo de diagnóstico incorrecto, ya que se reseca completamente la lesión y puede evaluarse por histopatología.¹⁰⁻¹³ La principal ventaja del cono biopsia, técnica escisional, es su utilidad diagnóstica y terapéutica al mismo tiempo, además es una alternativa satisfactoria de la histerectomía como tratamiento de displasias graves y carcinoma *in situ*.^{12,14} Cuando los márgenes de resección después del cono están libres de displasia, se considera tratamiento definitivo con índices de recurrencia comparables a los de la histerectomía,^{15,16} pero sólo asegura 98% de curación, por lo que debe continuarse el seguimiento de todos los casos, independientemente

del tratamiento, ya que existe un pequeño riesgo de displasia recurrente.⁷

Diferentes estudios han demostrado que la escisión completa y el seguimiento adecuado no previenen el carcinoma invasor.^{18,19} Se estima que 1.4% de las pacientes con cáncer cervical tiene antecedentes de uno o más conos biopsia para el tratamiento de una displasia,²⁰ por lo tanto, es indispensable la vigilancia cuidadosa de las pacientes con base en controles citológico-colposcópico, ya que la persistencia o recurrencia deberá tratarse con histerectomía.²¹

El propósito del estudio es comparar la evolución clínica del tratamiento quirúrgico con conización cervical y la vigilancia posterior, en términos de porcentajes de curación, recurrencia y persistencia en los grupos de pacientes con bordes negativos y positivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico en la clínica de displasias del Hospital de Especialidades núm. 1 del Centro Médico Nacional del Noroeste, del IMSS. Se revisaron 79 expedientes de mujeres con diagnóstico de lesión intraepitelial cervical de alto grado (displasia grave y cáncer *in situ*), con confirmación histopatológica con los criterios tradicionales para conización cervical y que se hubiera realizado procedimiento quirúrgico con bisturí o asa diatérmica y tratamiento expectante posterior durante cinco años.

Se formaron dos grupos con base en el resultado de los márgenes quirúrgicos: grupo I. Mujeres con márgenes quirúrgicos negativos y grupo II. Mujeres con márgenes quirúrgicos positivos.

Las pacientes tuvieron seguimiento de, por lo menos, un año después de la conización con controles citológico-colposcópico o biopsia cada cuatro meses.

Se consideró curación con dos controles negativos, persistencia de la lesión con un resultado positivo en el primer control cito-colposcópico o biopsia poscono

* Médico ginecólogo adscrito a la clínica de displasias.

** Médica residente de tercer grado de ginecología y obstetricia. Hospital de Especialidades núm. 1, Centro Médico Nacional del Noroeste, IMSS.

Correspondencia: Dr. Mario A Chávez Zamudio. Prolongación Guerrero esquina con Sahuaripa S/N, Ciudad Obregón, Sonora. Tel.: (01-644) 413-45-90 ext. 1263. E-mail: mchavez@latinmail.com
Recibido: mayo, 2004. Aceptado: junio, 2004.

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

y, recurrencia con un reporte positivo después de dos negativos previos.

La lectura de las laminillas de los casos reportados con márgenes positivos la realizaron dos patólogos que desconocían el diagnóstico inicial.

Se excluyeron pacientes con carcinoma invasor o adenocarcinoma *in situ*, procedimientos ablativos o escisionales previos, embarazadas, infectadas por virus del papiloma humano como único diagnóstico, con neoplasia intraepitelial cervical grado I y con seguimiento incompleto. Desde el punto de vista ético, este estudio se fundamentó en los buenos resultados obtenidos con el tratamiento expectante de los márgenes positivos en estudios previos. El análisis estadístico se elaboró con la prueba de la ji al cuadrado y prueba de concordancia con Kappa ponderada, se consideró significancia estadística cuando el valor de p fue menor de 0.05.

RESULTADOS

La conización que se realizó a las 79 pacientes tuvo fines terapéuticos en 67 (84.81%) y diagnósticos en 12 (15.18%). Los conos se realizaron con bisturí en 32 casos (40.51%) y con asa diatérmica en 47 (59.49%). El estudio histopatológico de las muestras de conización demostró que 53 (67.09%) tenían bordes negativos, 21 (26.58%) bordes positivos y en 5 (6.33%) no se informó el estado de los bordes. De los casos que cumplieron los criterios de inclusión y seguimiento se encontró que de 37 con márgenes negativos hubo curación en 35 (94.59%) y recurrencia en 2 (5.41%); de 10 casos con márgenes positivos hubo curación en 8 (80%) y persistencia en 2 (20%). La diferencia entre los resultados en ambos grupos en relación con la recurrencia-persistencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

En este estudio se encontraron datos similares a los de la literatura internacional, 26% de las conizaciones tuvieron márgenes quirúrgicos tomados y, la incidencia de regresión espontánea de la lesión residual fue del 80%, es decir ligeramente superior a lo reportado.^{1,3}

En los conos con márgenes libres de lesión la incidencia de curación fue del 94% y las recurrencias

del 6%, por lo que se cree que márgenes quirúrgicos positivos no necesariamente equivalen a enfermedad persistente o recurrente y, márgenes quirúrgicos negativos no excluyen la posibilidad de recurrencia o progresión de la lesión; por lo que se necesita, en ambos grupos, seguimiento estrecho de las pacientes con exámenes citológico-colposcópico para detectar estas posibilidades de manera oportuna.

Debe destacarse la importancia del tratamiento conservador como la conización, que a diferencia del procedimiento radical establecido, como la histerectomía, ofrece menos riesgos y morbilidad relativa baja, así como opciones de fertilidad futura en estas pacientes.

Con base en los resultados, la aproximación realizada permite vislumbrar que el tratamiento expectante en pacientes con márgenes positivos es una buena alternativa para LEIAG; sin embargo, debe reconocerse que una debilidad de este estudio fue el tamaño de la muestra, que puede influir en los resultados; de cualquier manera deben establecerse estrategias para el seguimiento a largo plazo con mayor número de pacientes que permitan homogeneizar los grupos.

Hay que destacar que este estudio y la realización de otros podrían influir en la posible modificación a la Norma Oficial Mexicana²² respectiva, que en la actualidad establece que después de una conización con márgenes positivos debe realizarse una histerectomía.

REFERENCIAS

1. Murdoch JB, Morgan PR, Lopes A, et al. Histological incomplete excision of CIN after large loop excision of the transformation zone (LLETZ) merits careful follow up, not retreatment. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:990-3.
2. Cannistra S, Niloof JM. Cancer of the uterine cervix. *N Engl J Med* 1996;334:1030-7.
3. Schermerhorn TJ, Hodge J, Saltzman AK, Hackett TE, Sprance HE, Harrison TA. Clinicopathologic variables predictive of residual dysplasia after cervical conization. *J Reprod Med* 1997;42:189-92.
4. Koss LG, Stewart FW, Foote FW, et al. Some histologic aspects of behavior of epidermal carcinoma in situ and related lesions of the uterine cervix. *Cancer* 1963;16:1160-4.
5. Prendiville W, Cheperd A, Davies WAR. A low voltage diathermy loop for taking cervical biopsies: A qualitative comparison with punch biopsy forceps. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:773-6.
6. McIndoe WA, McLean MR, Jones RW, Mullins PR. The invasive potential of carcinoma in situ of the cervix. *Obstet Gynecol* 1984;64:451-8.

7. Singer A, Monaghan JM. Cervical intraepithelial neoplasia. Lower genital tract precancer. New York: Blackwell, 1994;pp:47-110.
8. Vab Nagell JR Jr, Parker JC, Hicks IP, et al. Diagnosis and therapeutic efficiency of cervical conization. Am J Obstet Gynecol 1976;124:134-8.
9. González-S JL. Estudio comparativo de criocirugía e histerectomía en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Ginec Obstet Mex 1993;61:278-82.
10. Shulman H, Cavanaugh D. Intraepithelial carcinoma of the cervix: the predictability study of the margins of the cone biopsy specimen. Cancer 1961;14:795-9.
11. De Palo. Neoplasia intraepitelial del cuello uterino. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Panamericana, 1997;pp:1-16.
12. Vejerslev. Loop diathermy or laser excisional conization for cervical intraepithelial neoplasia. Acta Obstet Gynecol Scand 1999;78(10):900-5.
13. Chávez ZMA, Valderrain VJI. Conización cervical diagnóstica. Revisión de casos. Ginec Obstet Mex 1993;61(Supl):61.
14. Jones HW, Buller RE. The treatment of cervical intraepithelial neoplasia by cone biopsy. Am J Obstet Gynecol 1980;137:882-6.
15. Apgar BS, Wright TC, Pfenninger JL. Loope electrosurgical excision procedure for CIN. Am Fam Physician 1992;46:505-18.
16. Jastreboff A M, Cymet T. Role of the human papilloma virus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. Br Med J 2002;79(918):225-8.
17. Ahlgren M, Ingemarsson Y, Lindverg LG, et al. Conization as treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix. Obstet Gynecol 1975;46:135.
18. Brown JV, Peters WA, Corwin DJ. Invasive carcinoma after cone biopsy for cervical intraepithelial neoplasia. Gynecol Oncol 1991;40:25-28.
19. Benedet JL, Anderson GH, Simpson ML, Shaw D. Colposcopy, conization, and hysterectomy practices: a current perspective. Obstet Gynecol 1982;60:539-41.
20. Paterson-Brown S, Chappate OA, Clark SK, et al. The significance of cone biopsy resection margins. Gynecol Oncol 1992;46:182-5.
21. Wrigtht VC. Cervical squamous and glandular intraepithelial neoplasia: Identification and current management approaches. Salud Publica Mex 2003;45(Supl 3):S417-29.
22. NOM-014-SSA2-1994, Norma oficial mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Las primeras contracciones son cortas, de algunos segundos; la mujer no experimenta más que un simple pellizcamiento; después aumenta la duración: durante el primer tiempo del parto el promedio es de veinte a treinta segundos. Cuando las contracciones se acentúan, en pleno periodo de dilatación, alcanzan una duración de cincuenta a sesenta segundos.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:117.

Criterio actual para el diagnóstico del síndrome del ovario poliquístico

Arturo Zárate,* Carlos Morán,** Marcelino Hernández,* Renata Saucedo*

RESUMEN

La unanimidad actual en cuanto al criterio diagnóstico del síndrome del ovario poliquístico concluye que es una disfunción ovárica que se traduce en hiperandrogenismo y morfología alterada del ovario por quistes. Las manifestaciones clínicas incluyen: irregularidad menstrual, datos de exceso de andrógenos, obesidad y resistencia a la insulina, un hallazgo común. Además existe mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2. El tratamiento del síndrome del ovario poliquístico incluye: inducción de la ovulación, disminución de los signos androgénicos y corrección de la resistencia a la insulina.

Palabras clave: ovario poliquístico, hiperandrogenismo, resistencia a la insulina, obesidad, diabetes mellitus.

ABSTRACT

The current consensus on diagnostic criteria of polycystic ovary syndrome has concluded that it is a syndrome of ovarian dysfunction along with hyperandrogenism and morphology of polycystic ovary. The clinical manifestations may include irregular menses, androgen excess, and obesity, but insulin resistance is also a common feature. There is an increased risk of type 2 diabetes mellitus. Treatment of polycystic ovary includes ovulation induction, amelioration of androgen signs and correction of insulin resistance.

Key words: polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, insulin resistance, obesity, diabetes mellitus.

SOMMAIRE

Le consensus actuel pour le critère diagnostique de l'ovaire polykystique conclut que : il y a dysfonction ovarienne, involucre hyperandrogénie et morphologie altérée de l'ovaire par l'apparition de kystes. Les manifestations cliniques peuvent inclure irrégularité menstruelle, données d'androgènes en excès et obésité, ainsi que résistance à l'insuline qui est aussi une découverte commune. En plus il existe un risque majeur d'éprouver du diabète de type 2. Le traitement du syndrome de l'ovaire polykystique inclut induction de l'ovulation, diminution des signes androgéniques et correction de la résistance à l'insuline.

Mots clés : ovaire polykystique, hyperandrogénie, résistance à l'insuline, obésité, diabète mellitus.

A pesar de que el síndrome del ovario poliquístico se conoce desde hace más de 65 años con el epónimo de síndrome de Stein-Leventhal, aún permanecen indefinidos el fenotipo clínico-hormonal y la morfología ovárica; es el trastorno endocrino más

común en la edad reproductiva de la mujer.¹⁻² Por este motivo, en forma periódica se realizan reuniones internacionales de expertos para tratar de llegar a un acuerdo unánime en cuanto a la definición apropiada y correcta del síndrome del ovario poliquístico. En la última reunión realizada en Rotterdam, en el año 2003, se discutieron los variados componentes del síndrome y las conclusiones principales fueron que es fundamentalmente una disfunción ovárica que se traduce en hiperandrogenismo (clínico o bioquímico) y trastornos menstruales provocados por ovarios morfológicamente poliquísticos.³ Se destacó que puede haber diferentes grados de irregularidad menstrual (amenorrea, oligomenorrea, ovulación intermitente) sin datos de hiperandrogenismo y ovarios morfológicamente normales.³ Esta nueva definición parece apoyar el

* Unidad de investigación de endocrinología, Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS.

** Unidad de investigación en medicina reproductiva, Hospital de Ginecoobstetricia núm. 4, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Correspondencia: Dr. Arturo Zárate. Tel.: 5588-7521. E-mail: zaratre@att.net.mx

Recibido: febrero, 2004. Aceptado: mayo, 2004.

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

concepto heterogéneo del síndrome y que el enfoque diagnóstico se basa en la exclusión de otros padecimientos con características similares.

Otro aspecto sobresaliente de la Reunión de Rotterdam fue la amplia discusión en relación con el componente metabólico del síndrome del ovario poliquístico con respecto a la resistencia tisular a la acción de la insulina, conocida como: resistencia a la insulina.^{4,5} También se consideró la obesidad como un componente particular del padecimiento.

FENOTIPO CLÍNICO

La definición previa del síndrome del ovario poliquístico de los institutos de salud de Estados Unidos, sólo incluía la anovulación crónica junto con el hiperandrogenismo sin ahondar en la morfología de los ovarios.⁶ Ahora se destaca que el trastorno ovárico es muy variable, con diferentes grados de irregularidades menstruales, ovulación intercurrente, ausencia o no de hirsutismo, morfología ovárica cambiante en estudios ultrasonográficos repetidos y con o sin obesidad. Es decir, el fenotipo es heterogéneo y con fronteras imprecisas (cuadro 1).

Cuadro 1. Componentes fundamentales del síndrome del ovario poliquístico. Reunión de Rotterdam³

- Disfunción gonadal variable
- Hiperandrogenismo clínico u hormonal
- Ovarios poliquísticos por ultrasonido
- Diagnóstico por exclusión

PERFIL BIOQUÍMICO

Los análisis de laboratorio se enfocan, principalmente, a la exclusión de los padecimientos que se consideran en el marco del diagnóstico diferencial. Así, se debe eliminar la posibilidad de hiperplasia suprarrenal congénita de 21-hidroxilasa mediante las determinaciones de 17- α hidroxiprogesterona y, en casos especiales, debe realizarse una prueba de estimulación suprarrenal con ACTH. Los ensayos de andrógenos, como testosterona, androstenediona y DHEA se utilizan para excluir tumores productores de andrógenos (ováricos y suprarrenales). Otro diagnóstico diferencial es con el síndrome de Cushing y, de manera excepcional,

hiperprolactinemia e hipotiroidismo; para esto se indican las determinaciones de cortisol, prolactina y tiotropina.

Durante mucho tiempo se discutió la utilidad diagnóstica del incremento de las concentraciones de LH y un índice anormal LH / FSH, pero se ha concluido que las mediciones de estas gonadotropinas no forman parte de la rutina de estudio y sólo se justifican en algunos protocolos de investigación.⁴ En la mayor parte de los casos las cifras de LH, FSH y estradiol se encuentran dentro de los límites normales y con esta referencia debe mencionarse que el uso generalizado de anticuerpos monoclonales en las técnicas analíticas ha dificultado la interpretación clínica. Aunque, en teoría, las determinaciones de testosterona libre y globulina transportadora de hormonas sexuales podrían reflejar la concentración de andrógenos, la realidad es que carecen de valor práctico. Las determinaciones de andrógenos circulantes, por lo general, proporcionan resultados normales, lo que se explica en parte por la imprecisión de los métodos actuales y en parte por la variabilidad en las diferentes técnicas de laboratorio, la influencia de factores personales, como la edad y la masa corporal y la variedad de andrógenos,⁷ por lo que se siguen buscando nuevas técnicas para apreciar con mayor exactitud las concentraciones de andrógenos. Con base en lo anterior se concluye que las pruebas de laboratorio no confirman el diagnóstico de síndrome del ovario poliquístico sino que descartan otros padecimientos.

MORFOLOGÍA OVÁRICA

Hace unos años se pensó que debía excluirse el estudio de ultrasonido pélvico como parte del diagnóstico del síndrome del ovario poliquístico por la gran variación en la morfología ovárica;⁶ sin embargo, últimamente se comenta su utilidad siempre y cuando se realice: a) con un equipo de alta resolución, b) por vía vaginal de preferencia, c) un profesional experto lo interprete y, d) que la medición de los ovarios y folículos sea precisa. Los datos morfológicos ováricos deben acompañarse de una o más manifestaciones clínicas. En ocasiones es importante contar con estudios de ultrasonido en diferentes tiempos.

RESISTENCIA A LA INSULINA

Se carece de una prueba de laboratorio que pueda aplicarse en forma clínica para detectar la resistencia a la insulina en una población abierta. Existen estudios, como el *clamp euglicémico* y la prueba de tolerancia a la glucosa, que permiten calcular el índice insulina-glucosa, que sólo son de provecho para la investigación por lo que la utilidad clínica es limitada; además, no se cuenta con una técnica estandarizada para los ensayos de insulina.⁸ Otra observación interesante es que la resistencia a la insulina sólo aparece en la mitad de las pacientes con síndrome del ovario poliquístico, sean obesas o delgadas.⁹ Aunque se ha propuesto que el uso de fármacos sensibilizadores de la insulina (metformina, glitazonas) pueden ser útiles en el tratamiento del trastorno ovulatorio y del hiperandrogenismo, los estudios no han sido concluyentes.^{10,11} Algunas observaciones muestran que dichos fármacos incrementan la eficacia de los inductores de la ovulación (clomifeno) y las investigaciones dirigidas al efecto preventivo de la diabetes mellitus al corregir la resistencia a la insulina en mujeres con síndrome de ovario poliquístico están progresando.¹² Sólo se ha propuesto que la resistencia a la insulina puede existir o evolucionar a síndrome metabólico con sus implicaciones.¹³ Este componente metabólico del síndrome del ovario poliquístico continuará siendo motivo de gran número de investigaciones (cuadro 2).

Cuadro 2. Componentes del síndrome metabólico en mujeres adultas con síndrome del ovario poliquístico

Indicadores	Valores
Cintura	> 88
Triglicéridos	≥ 150 mg/dL
HDL	< 50 mg/dL
Presión arterial	≥ 130/85 mmHg
Glucosa de ayuno	≥ 110 mg/dL

DIABETES MELLITUS

En mujeres obesas con el síndrome es conveniente realizar una prueba de tolerancia a la glucosa por vía oral, en particular cuando existe antecedente familiar

de diabetes, por el mayor riesgo de padecerla y la necesidad de diagnóstico oportuno.¹² Se ignora el grado de riesgo de enfermedad cardiovascular isquémica y dislipoproteinemia por falta de estudios epidemiológicos en mujeres mayores de 40 años de edad. La conclusión a este respecto es la necesidad de realizar más estudios en mujeres adultas que padecieron síndrome del ovario poliquístico.

CÁNCER GINECOLÓGICO

Durante mucho tiempo se ha considerado necesario administrar en forma cíclica un progestágeno para evitar la hiperplasia endometrial y, en consecuencia, el riesgo de cáncer por ciclos anovulatorios de mujeres con síndrome del ovario poliquístico; sin embargo, los datos epidemiológicos son insuficientes para apoyar esta teoría.¹⁴ Mientras tanto, el consenso es a favor de este tratamiento por el beneficio adicional, físico y psicológico, al provocar menstruaciones regulares. En cuanto al cáncer de mama, se cree que el ambiente estrogénico que ocasiona la anovulación crónica no incrementa el riesgo de neoplasia mamaria. Tampoco se ha encontrado mayor frecuencia de cáncer ovárico en pacientes tratadas repetidamente con inductores de ovulación.¹⁵

CONCLUSIÓN

Los trastornos menstruales, el hirsutismo y los ovarios poliquísticos en una mujer joven sugieren síndrome del ovario poliquístico, en especial si es obesa. Las pruebas de laboratorio de hormonas no confirman el diagnóstico sólo excluyen otros padecimientos. El tratamiento debe individualizarse, en particular cuando se destina a corregir el componente metabólico (cuadro 3).

Cuadro 3. El síndrome de ovario poliquístico es polimorfo

- Fenotipo heterogéneo
- Las concentraciones hormonales no confirman el diagnóstico
- Los ovarios poliquísticos deben acompañarse de cuadro clínico
- El componente metabólico es inconstante
- La terapéutica debe ser individual y variable

REFERENCIAS

- 1 Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol* 1935;29:181-91.
- 2 Franks S. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 1995;333:853-61.
- 3 Revised 2003 consensus workshop group on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004;81:19-25.
- 4 Dunaif A, Graf M, Mandeli J, Laumas V, Dobrjansky A. Characterization of groups of hyperandrogenic women with acanthosis nigricans, impaired glucose tolerance, and/or hyperinsulinemia. *J Clin Endocrinol Metab* 1987;65:499-507.
- 5 Zárate A, Morán C, Hernández M, Ochoa R. Síndrome de Stein-Leventhal. Un trastorno sistémico metabólico-hormonal. *Rev Med IMSS* 2003;41:165-74.
- 6 Franks S. Polycystic ovary syndrome: a changing perspective (review). *Clin Endocrinol* 1989;31:87-120.
- 7 Dewailly D. Definition and significance of polycystic ovaries: In: Hyperandrogenic status and hirsutism. *Ball Clin Obstet Gynaecol* 1997;11:349-68.
- 8 American Diabetic Association. Consensus development conference on insulin resistance. *Diabetes Care* 1998;21:310-4.
- 9 Legro RS, Kusanman AR, Dodson WC, Dunaif A. Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: a prospective controlled study in 254 affected women. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:165-9.
- 10 Nestler JE, Jakubowicz DJ, Evans WS, Pasquali R. Effects of metformin on spontaneous and clomiphene-induced ovulation in the polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 1998;338:1876-80.
- 11 Zárate A, Hernández M, Fonseca M, Ochoa R. Empleo del metformin en el manejo de adolescentes con el síndrome de ovarios poliquísticos. *Ginec Obstet Mex* 1997;65:504-8.
- 12 Dunaif A, Segal KR, Futterweit W, Dobrjansky A. Profound peripheral insulin resistance, independent of obesity, in polycystic ovary syndrome. *Diabetes* 1989;38:1165-74.
- 13 Wild S, Pierpoint T, McKeigue P, Jacobs HS. Cardiovascular disease in women with polycystic ovary syndrome at long-term follow-up: a retrospective cohort study. *Clin Endocrinol* 2000;52:595-600.
- 14 Wild RA. Long-term health consequences of PCOS. *Hum Reprod Update* 2002;8:231-41.
- 15 Hardiman P, Pillay OS, Atiomo W. Polycystic ovary syndrome and endometrial carcinoma. *Lancet* 2003;361:1810-2.

Las consecuencias de la ruptura prematura de la bolsa son: el parto prematuro y la infección. Las contracciones empiezan generalmente veinticuatro o cuarenta y ocho horas después de la ruptura; pero el parto puede no empezar hasta al cabo de cuatro o cinco días. A veces el parto tarda más y espera algunas semanas antes de iniciarse. Generalmente se efectúa éste muy lentamente, sobre todo si hay algún obstáculo a la progresión de la cabeza.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941; p:137.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

PUBLICACIÓN BIMESTRAL

AÑO IV

NOVIEMBRE - DICIEMBRE

NUM. 6

Síndrome agudo doloroso por tumores funcionales del ovario*

Dr. Genaro ZENTENO GARDUÑO.

Profesor de Patología Quirúrgica,

Ginecólogo jefe de Servicio en el Hospital General de México.

Las tumores funcionales del ovario son transformaciones quísticas de sus glándulas cíclicas (folículo y cuerpo amarillo) que se caracterizan por un crecimiento anatómico exagerado, anormal (hasta 6 a 10 cms.) y aumento de su actividad tanto en tiempo como en magnitud, produciendo las modificaciones correspondientes en el tracto genital igualmente acentuadas.

En este mismo grupo, podrían quedar incluidos los quistes tecaluteínicos que acompañan a la mola y al corioepitelioma, mientras no se les demuestren los caracteres de una verdadera neoplasia, pues son acúmulo de formaciones quísticas en las que se observa a las células tecales sufriendo intensa luteinización que es exageración del fenómeno normal del embarazo: proliferación y luteinización de todas las células tecales, pero como esto acontece principalmente en las paredes de los folículos atrésicos, no podrán agruparse con las tumores que derivan del folículo maduro considerado como glándula cíclica del ovario.

La designación mixta, tumoración funcional, está compuesta de un término clínico *tumoración* (que

quiere decir aumento de volumen) y otro fisiológico: *funcional* (que en este caso, por tratarse de glándulas quiere decir secretor).

Su incidencia se observa en pacientes, en vida genital, cercanas a los 30 años, con antecedentes de esterilidad primaria o secundaria a un antecedente obstructivo más o menos lejano.

La causa es un trastorno hormonal que repercute sobre el ovario o que parte de éste mismo en su calidad de glándula de secreción interna; son las tumores puras o esenciales pero pueden desarrollarse coincidiendo, o como complicación de un proceso inflamatorio crónico que incluye a los elementos de los anexos. Los trastornos menstruales ya revelan la disendocrinia antes de ser descubiertos clínicamente en sus formas primarias regresivas, por un examen ginecológico accidental o por el accidente agudo doloroso que nos va a ocupar.

Solamente pueden encontrar acomodo en el capítulo de los tumores de ovario, si éstos se clasifican con un concepto anatomo-clínico pues no son verdaderas neoplasias. Según nuestro criterio(2) tienen que quedar agrupados en el grupo III, formando un subgrupo para distinguirlos de los tumores que producen una profunda acción hormonal con verdadera transformación del organismo de la paciente y que sí son verdaderas neoplasias y clínicamente, en el grupo de

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1949; vol. IV(Nov.-Dic.):403-20. Se omiten las figuras que se citan en el texto por las dificultades para su reproducción, en virtud de que originalmente provenían de cuadros de una película en blanco y negro, que la harían poco clara e ilustrativa.

las formaciones quísticas, señalándose en un sub-grupo E, por su magnitud 5 a 8 cms. y tener el carácter general de producir cortos períodos de amenorrea seguidos de hipermenorrea.

Como en esta vez, hemos de limitar nuestra consideración a un solo aspecto de su clino-patología, que es el síndrome agudo doloroso con que suelen producirse por primera vez, o es la acumulación de trastornos cíclicos producidos por sus formas regresivas, anteriores a su máximo desarrollo y persistencia indefinida, estableceremos como base un breve resumen de las estructuras anormales, hasta la quistificación.

I.- *Tumorações foliculares.*- Quiste foliculínico. Desde el principio de la vida sexual de la mujer, en el ovario, al verificarse el desarrollo simultáneo de numerosos folículos (13), hay uno de ellos que está destinado a la madurez que termina con la puesta ovular por dehiscencia de la vesícula de Graaf. Los demás que le acompañan en su desarrollo no alcanzan la madurez y en ellos se produce el fenómeno de atresia: el ovocito y células granulosas sufren regresión funcional y degeneración morfológica que se inicia en la vesícula germinativa (3) del ovocito, mientras que al mismo tiempo las células de la teca interna entran en actividad que se demuestra por una notable hipertrofia de sus elementos y en ellos aparición de inclusiones lipóidicas.

Como fenómeno anormal, el folículo destinado a la puesta ovular a pesar de alcanzar su desarrollo completo, no se rompe para expulsar al óvulo; la distensión de sus paredes por el licor folicular se excede y aún cuando con ello se realiza una de las causas de la ruptura, con esto, demuestra no ser la principal y aún cuando, porque atresia significa literalmente falta de ruptura, también se le ha dado a este folículo el nombre de atrésico (4), hemos de enfatizar que de ninguna manera habrá de confundírsele con el fenómeno fisiológico que acabamos de recordar, del que podría dejarse de mencionar la falta de desarreglo folicular pues lo trascendente, es la esencia del fenómeno fisiológico secretor (9) a que están destinados esos numerosos folículos, mientras que la falta de dehiscencia en el que está destinado a la puesta ovular, sí es un accidente que desvía la secuela fisiológica de esta formación.

El crecimiento del folículo hasta madurez, alcanza como límite normal para algunos autores hasta 10 y 15 mlms. (5); puede suceder que por la falta de ruptura sobrepase esa dimensión o que no la alcance y persista su forma vesicular convirtiéndose en quiste folicular de retención.

En el ovario micropoliquístico se observa un gran número de esos pequeños elementos en cualesquier época del ciclo en que se sorprenda al ovario, advirtiéndose además un aumento uniforme de su volumen; en los casos recientes, hay infiltración edematosa y en los antiguos, esclerosis retráctil. La sintomatología de esta dolencia es bien conocida y aquí no nos ocupamos de ella.

En el ovario micropoliquístico, o en otros aparentemente sanos y por consiguiente en enfermas sin antecedentes clínicos evidentes, un folículo en evolución puede persistir y crecer por distensión según la expresión de GEIST; (6) su actividad prolongada produce en el endometrio una dilatación atípica de glándulas que dan una imagen que HERREL llama de "proliferación retenida" y a esta circunstancia y a la falta de cuerpo amarillo, se atribuye el sangrado y KERMAUNER sugiere que sólo cuando las células granulosas del ovario enfermo persistan activas, se observarán los trastornos menstruales. Llama la atención que GEIST, consignando excelentes descripciones de las lesiones correspondientes en la mucosa, estudiadas por NOVAK, ese Autor en su texto de Ginecología no les dedicó atención especial en el breve capítulo de quistes no neoplásicos.(7)

La mayoría de los autores está de acuerdo en que el quiste folicular representa una lesión cuantitativa superior y, así por ejemplo, WOLF (8) asocia en el mismo capítulo desde el de 1 mm. de diámetro hasta del tamaño de una naranja; asegura que el principio de siempre es la falta de dehiscencia y que en tal caso la producción de estrina continúa hasta que la presión del líquido acumulado destruye la función de la capa de células granulosas del quiste folicular y que aún cuando los síntomas rara vez sean graves, la hipermenorrea que es el trastorno habitual, es debida a la hiperplasia de endometrio por la acción prolongada y no "contrariada" de estrina.

II.- *Cuerpo amarillo persistente, hematoma luteínico y quiste de cuerpo amarillo.*- Las tumo-

raciones de origen luteínico pueden clasificarse como queda enunciado en este inciso; a más de ser grados sucesivos, poseen caracteres anatómo-patológicos, que justifican hacer esta división; se acompañan de síntomas que difieren en grado y evolución y la suerte del ovario que los posee es distinta. El interés que pueda tener esta nota está precisamente en esta consideración y para mayor claridad y aplicación práctica de su conocimiento, elegimos 3 casos que sólo serán expuestos en su parte esencial omitiendo transcribir historias clínicas, que desviarían la atención de los hechos evidentes que van a ser expuestos y que han de contribuir a esta aseveración inicial: las tres designaciones no deben considerarse en clínico-patología como sinónimos.

La secuela de transformación del folículo en cuerpo amarillo permite decir que la cavidad folicular se colapsa y tiende a formar una estructura sólida, a excepción de la pequeña hemorragia que se produce en el 2° período de su formación; hemorragia ex-vacuo de la zona vascularizada que es mínima.

Como primer fenómeno anormal puede ya observarse la formación de una nueva cavidad porque la hemorragia sea de mayores proporciones pero produciendo una moderada distensión de las paredes, compatible con una evolución cíclica muy cercana a la normal. *Se habla entonces de cuerpo amarillo persistente* y llamado hasta ahora, cuerpo amarillo quístico. (10)

Cuando la hemorragia es mayor, forma un verdadero hematoma circunscrito por células luteínicas activas; células tecales internas, así como también las de la teca externa, conservan su arreglo. Los elementos del cuerpo amarillo se convierten así en la capa circundante de un hematoma formado en pleno parénquima ovárico y que crece aumentando la presión sobre los mismos elementos que forman parte de la estructura glandular que la produce; la cavidad se distiende y puede ceder en su periferia dando salida a su contenido; es decir, se produce hemorragia interna de volumen muy moderado. Hemos observado entonces que la cavidad aún sin evacuarse totalmente permite ver que aún contiene un líquido seroso cetrino casi transparente que puede ser el producto de trasudados o de secreción.

Si la pared permanece íntegra, el hematoma evolucionará hacia la quistificación. Mientras tanto, lo hemos sorprendido en esta época, habiendo alcanzado 5 a 6 cms. de diámetro mayor, y a través de la pared distendida, se advierte el contenido hemático. Al extraer la tumoración comprobamos que la sangre posee un poder de coagulación y desde 24 horas después, ya forma un gran coágulo que moldea la cavidad; de ésta, se desprende fácilmente pues no se organiza con ella. Al microscopio se observan las células tecales internas conservando cierta actividad; un depósito fibrinoso en vías de hialinización cubre la superficie interior. El aspecto general justifica la designación de *hematoma luteínico*.

Por último, en un grado más avanzado, la persistencia de esta tumoración se constituye en un verdadero quiste; la capa de células luteínicas pierde su continuidad, la teca externa la invade y se asocia a un proceso de fibroesclerosis, el depósito de fibrina se hialiniza en una capa casi continua y el contenido da un líquido sero-hemático. El parénquima del ovario, rechazado, demuestra la existencia de otras pequeñas cavidades quísticas independientes de ésta, en vías de reabsorción perteneciendo quizá a formaciones del mismo origen y de grado inferior susceptible, como dijimos, de evolución espontánea cercana a la normal.

Tenemos la convicción de que al lado de estas formas puras o primarias respecto a su origen hormonal, deben figurar las que se asocian a procesos inflamatorios crónicos que han perdido toda actividad específica. Sus lesiones perivisceríticas comprenden al ovario en su superficie, y la trompa aislada y convertida en una cavidad excluida o un cordón fibroso crean un ambiente propicio para la formación de quistes de retención y cuerpos amarillos persistentes a quienes se han atribuido hace mucho tiempo ya, los trastornos cíclicos que sufren estas enfermas. En quienes existe el antecedente aunque lejano pero evidente y en otras, en quienes el establecimiento de estas lesiones fue progresivo pero siempre de marcha crónica, aparece el síndrome agudo doloroso a que nos vamos ya a referir y a la intervención encontramos la tumoración coexistiendo con las lesiones que demuestran en todos sentidos permanecer inactivas, cicatriciales. La comprobación clínica que nunca nos

atreveríamos a realizar, sería que en el momento de la intervención sólo se practicara la extirpación de la tumoración y se abandonaran dichas lesiones cicatriciales, para demostrar como evidencia que con tal conducta desaparecerían el cuadro agudo doloroso y el cortejo de síntomas que atribuimos a la disfunción tumoral. En uno de los tres casos se ve la coincidencia de un piosálpinx crónico, aislado, o único, típico; de naturaleza tuberculosa; macroscópica y microscópicamente demostró una independencia absoluta del ovario y parénquima de la cavidad quística luteínica pues se buscó con empeño, sin lograr descubrir en ellos algún signo o lesión de aquella naturaleza. Se practicó cirugía conservadora y desde hace cerca de 2 años se le observa y sabemos que se conserva en buen estado de salud.

Sintomatología. Teniendo en cuenta que el mecanismo de la sucesión de los ciclos menstruales obedece precisamente a la actividad rítmica intermitente de las glándulas del ovario, el desarrollo anormal y persistente de las mismas, pronuncian y sostienen la transformación del endometrio en su fase proliferativa y secretora, respectivamente. Así, la *amenorrea* es constante mientras la arquitectura endometrial esté sostenida por la acción estrínica y progesterónica y como es bien sabido, la producción del escurrimiento menstrual será, finalmente, condicionada por el retiro de los estrógenos y la regresión funcional del cuerpo amarillo, que en estos padecimientos es muy tardío.

No olvidamos que este mecanismo es muy complejo, pero de cualquier manera se trata de hechos evidentes que hacen indiscutible su influencia decisiva sobre cualquier factor de los que se invocan en las teorías modernas del determinismo de la menstruación.

La *amenorrea* comprende 2 a 3 meses; durante ellos hay aumento discreto de volumen del útero, disminución de la consistencia y otros matices propios del embarazo que inducen al error de diagnóstico.

Además, el ciclo mamario (11) participa en el contingente sintomático, pues la acción hiperplásica tubular y la hipertrofia ascínica correspondiente a las dos fases, serán igualmente acentuadas y sostenidas por lo que produce sensación subjetiva de tensión y aún mastodinia, aumento de volumen y de la consistencia

hasta dar la impresión de transformación gestacional (4), aún con producción de calostros.

Con estos elementos se adquiere y sostiene como sospecha la probabilidad de embarazo, que encuentra como obstáculo principal para alcanzar la certidumbre, el antecedente de esterilidad y los trastornos cíclicos que habrán sido calificados de mil maneras.

La inconstancia de los resultados de las pruebas biológicas de embarazo, desgraciadamente, impiden que sean un auxilio decisivo en los casos más apremiantes; todos conocemos esta circunstancia, no importa la competencia del laboratorista que la practique y si es la de FRIEDMANN, por esta razón va siendo casi una costumbre que se nos envíen los ovarios de la coneja, como comprobación de la fidelidad de la lectura que funda el diagnóstico y así, se acentúa más nuestro desconcierto.

Cuando se *palpa la tumoración*, se piensa en *embarazo ectópico* y este error se hace más explicable, cuando al llegar a los linderos *del segundo mes* se ven *aparecer dolor intenso y pérdidas sanguíneas* abundantes que erróneamente se interpretan como metrorragia.

Por último, los síntomas pueden culminar en un síndrome doloroso agudo del abdomen; el dolor es intenso en todo el abdomen pero principalmente en el hipogastrio y fosas iliacas; se asocian vómitos, constipación, aceleración del pulso y resistencia muscular que, juntos, manifiestan la irritación peritoneal o síndrome de peritonismo, que debe interpretarse como respuesta al aumento de tensión que adquiere la tumoración, pero asociada a una reacción inflamatoria no específica, y trastornos circulatorios activos de la glándula, sometida a una presión brusca que no existe en otros tumores ováricos que pueden llegar a volúmenes y tensión muy grandes sin esta sintomatología y que más arrastran a la glándula, que la comprimen. Cuando estos tumores se asocian a los accidentes de esa naturaleza, les veremos producir el mismo síndrome, por ejemplo en la llamada torcedura del pedículo; esta misma consideración podríamos aplicarla a la explicación de lo que acontece en los procesos inflamatorios crónicos que se complican de la formación de este tipo de tumoraciones.

El predominio de algunos de los síntomas puede imprimir a este cuadro de irritación peritoneal, el as-

pecto de peritonitis en su forma aguda inflamatoria del íleo mecánico.

Cuando la tumoración se perfora, es obvio que desencadene síndrome de shock abdominal, con el colapso que corresponde a esta contingencia en cualquier víscera, y que se disipe de la misma manera y con los mismos recursos, incluyendo al embarazo ectópico con el que tiene la mayor semejanza al establecerse el escurrimiento sanguíneo que presenta todos los caracteres clínicos de una desidúometrorrea.

En esas circunstancias sólo algunos matices clínicos, aplicables a cada caso en particular, pueden librarnos del error y como ejemplo es que nos permitimos relatar sucintamente los tres casos siguientes.

Nuestras observaciones coinciden con el síndrome de HALBAN y en cuanto a las recomendaciones propuestas por MASCIOTTRA y BAGNATI (12) para el diagnóstico del quiste luteínico que constan de biopsia de endometrio, pruebas de embarazo, dosificación de pregnandiol y colpotomía exploradora, nos parecen: la 1ª inadecuada cuando se sospecha embarazo intrauterino e inútil cuando se observa a la enferma en plena hipermenorrea, pues en tal caso es muy difícil obtener una imagen tipo. Las 2as. en caso de ser negativas, no excluyen su falsedad insuperable y viven actualmente muchos seres que en el principio de su vida intrauterina dieron reacciones negativas. La dosificación de pregnandiol está sujeta a la actividad secretora del cuerpo amarillo que se quistifica y tiende a hacerse inactiva; es una prueba que requiere un trabajo especializado. La colpotomía expone a fracasos y complicaciones mayores que una laparatomía pequeña exploradora o la culdoscopia.

Los tres casos escogidos para esta ocasión son:

El 1º corresponde a A.M. de 28 años, que concurrió a la consulta externa del pabellón No.14 a nuestro cargo, ayudada en su marcha claudicante, se quejaba de dolor intenso en hipogastrio, escurrimiento sanguíneo persistente desde 3 semanas que siguieron a un síndrome doloroso brusco en aparición, de misma localización y acompañado de pérdidas sanguíneas abundantes que interpretó como aborto espontáneo de 2 meses, pues estos fenómenos siguieron a un período de amenorrea de 2 meses. Acusaba fiebres sin comprobación y en el momento

del examen se encontró el pulso de 110 de frecuencia.

Esto acontecía después de un tercer parto a término con puerperio normal, que se verificó 8 meses antes de la fecha de la consulta. Las menstruaciones se habían reinstalado 4 meses después, a pesar del amamantamiento que proporcionaba a su criatura; así se verificaron dos menstruaciones normales en tiempo y cantidad, para desaparecer por 2 meses con algunos síntomas subjetivos que la hicieron sentirse embarazada. Al término de ese período y sin causa aparente, se estableció el supuesto trabajo de aborto.

Nuestra colaboración en la consulta externa nos la presentó con diagnóstico de salpingo-ovaritis derecha sub-aguda consecutiva a endometritis postaborto fundado en los antecedentes mencionados y la existencia de una tumoración dolorosa en la región del anexo derecho.

Nuestra rectificación tuvo origen en: 1º.- A pesar del restablecimiento de las menstruaciones en una mujer que amamanta, está sujeta a irregularidades propias de esa época y su ausencia no induce formalmente a pensar en gestación. 2º- No se demostró el carácter paroxístico doloroso del supuesto trabajo de aborto ni la sospecha de expulsión completa o incompleta deciduo ovular. 3º- Las infecciones puerperales que se manifiestan en una sucesión de fenómenos ininterrumpida como este caso, tienen sin duda una marcha infecciosa febril inequívoca que no presentaba la enferma. 4º- El escurrimiento sanguíneo untuoso, y no coagulable, no permitía pensar en endometritis postaborto; y 5º- El tumor era bien circunscrito, renitente y libre de celulitis o perivisceritis que no corresponden a una tumoración inflamatoria séptico-puerperal.

El diagnóstico del tumor funcional nos pareció evidente y se inició intervención para el siguiente día, previa preparación adecuada del caso. La tumoración encontrada y el acto quirúrgico fueron demostrativos. El post-operatorio fue normal y la desaparición del cuadro doloroso fue completa. El restablecimiento del estado general de la enferma fue rápido y satisfactorio. El examen histopatológico demuestra la naturaleza de la tumoración. En efecto, la microfotografía que le corresponde representa un quiste luteínico genuino en cuya pared se aprecia: a) capa de fibrina

organizada totalmente, b) secuela de lo que fue una capa luteínica y que actualmente sólo queda un islote de células cuya disposición recuerda la de aquella capa; está surcada transversalmente por procesos vascularizados dependientes de la teca interna, la cual ha llegado a revestir sus límites externo e interno.

El 2°- se refiere a R. M. T. joven de 26 años con antecedentes dismenorreicos y esterilidad secundaria posterior a dos embarazos y partos normales sucesivos hasta 6 años antes de la fecha. Bruscamente y coincidiendo con la ausencia de menstruación en el 4° día del anterior, irregularidad que frecuentemente alternaba con la contraria y dolorosa, sufrió dolor intenso en la fosa ilíaca derecha y con propagación a la mitad inferior del abdomen con constipación acentuada, meteorismo y vómitos que fueron agravándose hasta que en el 2° día se vio obligada a recurrir al Hospital de la Cruz Roja, en donde con diagnóstico de oclusión intestinal pretendió operársele después de ensayar la exaltación del peristaltismo intestinal que produjo recrudescimiento del dolor, aumento de los vómitos y acentuación de la constipación y el meteorismo. Negado el consentimiento de la enferma a la intervención, fue sometida a un tratamiento general y observación; y por mejoría de los síntomas y a solicitud de la enferma fue trasladada a su domicilio en el 4° día de su padecimiento, conservando los mismos síntomas atenuados, a los que se agregó en el 6° día aparición de escurrimiento menstrual abundante que coincidió con nueva exacerbación del cortejo de síntomas por lo que recurrió ahora a nuestro Servicio del Hospital General.

Los antecedentes ginecológicos mencionados nos hicieron referir el cuadro clínico a un padecimiento ginecológico que producía un falso síndrome de íleo mecánico que eliminábamos por la evolución de los síntomas recientes y su carácter negativo de la manera siguiente: 1° los vómitos aunque persistentes no eran incorregibles (si a la enferma no se le proporcionaba ningún líquido para ingerir, corregía notablemente la frecuencia), ni progresivos que es su carácter principal. 2° Para el 7° día de un íleo mecánico faltaba el progreso fisiopatológico de la dinámica intestinal frente al obstáculo (hiperperistaltismo, aperistaltismo y antiperistaltismo). 3° El meteorismo ni era generalizado, progresivo ni circunscrito a un sistema parcialmente

canalizado. 4° La palpación de la zona dolorosa no producía signo de KUSSMAUL y 5° Al examen ginecológico encontramos tumoración bien circunscrita, como de 6 cms. renitente y muy dolorosa, al través del fondo vaginal derecho y posterior, fija y fácilmente accesible después de la pared vaginal, sin interposición de las paredes ni aumento de la temperatura local. Coincidió escurrimiento con los caracteres del catamenial; pulso de 100 y temperatura de 37.2°.

El examen de la pieza operatoria muestra el aspecto histopatológico correspondiente a la microfotografía que identificó el tumor: en ella se ven células grandes vacuoladas, con citoplasma abundante en el que se observan inclusiones lipoídicas por haber sido tratada con fijador solvente de las grasas. Su agrupamiento es característico de las luteínicas de cuerpo amarillo normal. Se encuentra sobre tejido conectivo normal en que se ha de encontrar el de la teca externa. En el corte de la trompa se veían los pliegues propios de la misma que no toman parte de la cavidad quística y afecta de piosálpinx tuberculoso cuyos caracteres ya fueron descritos en líneas anteriores.

3°- Se trata del caso tres de la clientela civil, de 30 años, con vida genital iniciada 8 años antes, pero sin poder ser analizada por el nivel social y condición de soltera de la paciente. En el mes de abril de 1948 había consultado porque desde el mes de enero sufría síndrome doloroso mamario premenstrual que se acompañaba de la formación de tumoración difusa muy sensible a la presión en el área de la glándula y que disminuía lentamente en el post-menstruo y sin acusar trastornos evidentes del ciclo menstrual.

Tratada con éxito por medio de estrógenos, desaparecieron dolor y tumoraciones de las glándulas mamarias en 3 menstruaciones sucesivas y el 31 de julio consulta por un retraso en aparición de la menstruación de 12 días, y síndrome doloroso progresivo de fosa ilíaca izquierda, gravativo desde hacía tres días; constipación y estado nauseoso y apirético.

A la exploración de abdomen se comprueba la localización del dolor con hipervaralgia y un punto doloroso simétrico de McBurney que nos hizo comentar que si esto aconteciera en el lado derecho realizaría un síndrome apendicítico clásico. Sentimos la necesidad de practicar examen ginecológico; pero por llegar

acompañada de su mamá propusimos el tacto rectal y pudimos darnos cuenta de que en una zona exquisitamente dolorosa en la región del anexo izquierdo, aparecía una tumoración de la que no pudimos precisar los caracteres físicos pero inclinándonos más bien a la sensación de empastamiento que de tumor circunscrito. En un momento oportuno inquirimos rápidamente sobre su actividad genital que nos fue negada categóricamente desde 5 meses anteriores. La temperatura era de 36.8° y pulso de 84. Indicamos reposo completo, alimentación higiénica, medicación sintomática, registro cuidadoso de la temperatura, biometría hemática y sedimentación globular, que arrojaron datos negativos de un proceso inflamatorio evolutivo y lo aceptamos con las reservas que en ginecología deben tenerse a este respecto. Un nuevo examen 3 días después nos mostró al mismo tiempo que una mejoría subjetiva manifestada por la enferma, la existencia de un pequeño tumorcito circunscrito doloroso al tratar de movilizarlo y sensiblemente esférico. Con la ausencia persistente de la menstruación, que era ya de 15 días, y el antecedente disendocrínico con mastodinia y tumoración funcional mamaria, pensamos a la vez en la existencia de una tumoración funcional luteínica en una de sus formas regresivas, cuerpo amarillo persistente. Señalamos la conveniencia de continuar el reposo y los mismos cuidados higiénicos hasta la resolución de los signos locales; pero al 5° día, 5 de agosto a las 23 hrs. asistimos al llamado urgente por la aparición brusca de un dolor intenso abdominal difuso, vómitos, resistencia muscular, y tenesmo rectal que aumentaba por brotes intermitentes. Pulso 128 muy débil y en estado lipotímico. Evidente era el cuadro de shock abdominal que asimilado a nuestro diagnóstico, nos hizo clasificar el accidente como ruptura del tumor funcional. Trasladamos a la enferma a la clínica y con la convicción de que en estos casos, como en la mayoría de los embarazos ectópicos perforados, el colapso que sufren los enfermos es por shock y no por hemorragia interna, favorecimos la salida del shock y ya con el tiempo necesario para practicar las pruebas preoperatorias y el establecimiento del estado general de la paciente, que es de constitución física muy frágil, practicamos laparotomía media infraumbilical y nos encontramos con: 1° pe-

queña hemorragia interna libre; 2° tumoración que por todos sus caracteres demostraba ser luteínica, del ovario izquierdo perforado, que sangraba a la cavidad y al mismo tiempo; 3° en comunicación con la cavidad de la trompa distendida, entre su porción ístmica y ampular, formaba un hematosálpinx permeable, pues el pabellón permanecía ampliamente abierto y libre por el que aún se producía escurrimiento sanguíneo. Nuestra impresión inmediata fue haber cometido un error de diagnóstico, pues estos datos obligaban a pensar estar frente a un embarazo tubario roto y adherido al ovario; pero era notable la estructura del cuerpo amarillo quístico hemorrágico que nos hizo pensar en la rareza de que esto aconteciera en esta glándula en evolución correspondiente al embarazo ectópico, circunstancia que nos hizo tener presente la posibilidad de un embarazo ovárico roto y comprendiendo por contigüidad a la trompa; otra suposición era que el embarazo ectópico tubario hubiera terminado por perforación de la pared y adhiriéndose al ovario, y por último por la edad del posible embarazo que la terminación del mismo hubiera sido por aborto tubario, ya que el pabellón era permeable y totalmente libre de adherencias; pero el grosor de las paredes de la trompa no sugería ninguna implantación ovular reciente, pues eran adelgazadas aun cuando en la subserosa se apreciaba notable infiltración. El hematoma era reciente y no guardaba ninguna relación estrecha con las paredes tubarias.

Estas suposiciones serían todas viables si la enferma no hubiera ocultado la actividad genital que negó categóricamente y reservamos al laboratorio el esclarecimiento de la verdad habiéndose obtenido de la manera siguiente: en la microfotografía obtenida por el ABBUD, se representa toda la capa de un cuerpo lúteo quístico persistente activo; en efecto, se observan: a) cápsulas de tejido conjuntivo vascularizado correspondiente a la teca externa; b) capa de células luteínicas francamente vascularizadas y activas; c) capa de fibrina organizada; d) fibrina reticular fresca; e) teca externa insinuada en la capa luteínica en forma de invaginaciones triangulares que llegan cerca de su límite interno y extendiéndose sobre ella, en capa continua y que han vascularizado toda la extensión de la zona luteínica.

No hay transformación decidual en ellas ni en las capas subyacentes, las que sólo están discretamente

infiltradas de linfocitos, células plasmáticas y macrófagos.

Por último en la 4a se pone de manifiesto el sitio de ruptura en el que el dato más interesante es la ausencia de reacción decidual del estroma y de tejido trofoblástico; en efecto, se observa en A) la limitante interna de la pared tubaria y en B) la limitante externa de la misma.

Se observan además vasos dilatados. Capa muscular discontinua y degenerada. Dilatación de vasos propios

y de reciente formación. Cerca de la limitante interna los vasos neoformados daban la impresión de vellosidades coriales que por un momento fueron de confusión, pero fue desechado en una imagen de mayor aumento. En conclusión puede decirse que se trata de cuerpo amarillo sorprendido en su fase de hematoma perforado hacia la cavidad y la pared inmediata de la trompa con formación de hematosálpinx y pequeña hemorragia interna, libre, moderada, que motivó el cuadro agudo doloroso de la tumoración funcional enunciada.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1°.- Procuramos justificar el nombre de tumoraciones funcionales para estas formaciones cuya sintomatología depende de su estructura, pues permite apreciar las cualidades secretoras que obran sobre el aparato genital femenino.

2°.- Aún cuando las formas puras son primarias y consecutivas a un trastorno hormonal, creemos que las lesiones crónicas inflamatorias anexiales que comprenden al ovario y que bien sabemos trascienden en el funcionamiento de esta glándula, serán un terreno propicio para su desarrollo.

3°.- En nuestra casuística encontramos registrados 14 casos desde 1943, con diagnóstico clínico directo. El cuerpo amarillo quístico y el gran hematoma luteínico, fueron evidentemente reconocidos; pero el quiste luteínico fue atribuido a naturaleza folicular basados en la descripción macroscópica que habíamos encontrado en los textos, pues los caracteres distinti-

vos del cuerpo amarillo, con ser frágil y no poseer pared propia haciendo difícil su disección, mientras que el foliculínico alcanza volúmenes mayores y se encuentra sostenido por una pared tensa fibrosa. La histopatología nos ha demostrado ahora, que estos caracteres no son exclusivos sólo a esta variedad.

4°.- La inconstancia de la actividad hormonal de su contenido, sometida a las pruebas biológicas del laboratorio, no debe sorprendernos si tenemos en cuenta que sus productos son vertidos a la sangre sin necesidad de ser almacenados en la propia glándula.

5°.- Nos proponemos completar en lo sucesivo este estudio con la biopsia de endometrio que hasta ahora no ha podido ser clasificada, por encontrarse el endometrio sangrante, en pleno período de desintegración y con la dosificación de la excreción hormonal, para lo cual habremos de superar las dificultades de nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- TAYLOR N. C.- *Symptoms and treatment of follicle cyst of ovary.*- A. J. Surg.- 33:558 september 1936.
- 2.- ZENTENO G.- *Ginecología y Obstetricia de México.*- Vol. III Núm. 4.- Pags. 330-32-33.
- 3.- STRASSMAN E. O.- Development and generation of ovum and follicles observed by intravital staining.- Am. J. of. Obst. and Gynec. 49:343 march. 1945.
(La falta de referencias y la alteración de su continuidad provienen del original)
- 7.- NOVAK E. *Text Book of Gynecology E. D. W. Wilkins Co. Baltimore Maryland. 2 Edition* pág. 380.
- 5.- ALLEN E. PRAT.- J. P. Nowell K. U. Bland J. L. Normal content of Woman Ovarian Tissues.-Am. J. Physiol.- 92:127 January.
- 6.- GEIST SAMUEL H.- Ovarian tumors Pág. 395.- Ed. Paul Hoeber Inc.
- 8.- WOOLF WILLIAM.- *Endocrinology in Modern Practice.*- Pág. 174.- 2 Ed. Saunders.
- 9.- RAMÍREZ E.- *El aparato genital femenino.*- Talleres Gráficos de la Nación 1929.
- 10.- NOVAK D.- *Cyst of the ovary.*- Davis C. H. Gynecology and Obstetrics Ed. W. F. Prior 1945.
- 11.- HOFFMANN.- *Female Endocrinology.*- Ed. Saunders.- Pág. 132.
- 12.- MACIOTTRA R. BAGNATI E.- *Quiste luteínico con diagnóstico diferencial, con embarazo tubario.*- Rev. Médica Quirúrgica de Patología Femenina. 25:164 Mayo 1946.
- 13.- BURROWS H. *Biological Actions.* Cambridge University Press 1945.
- 14.- MARTIN S. JAMESON. *The diagnosis of tumors of breast.*- The S. C. of North America.- Vol. 26 No. 2 Pág. 332.
- 15.- ZENTENO G. *Cirugía y Cirujanos.* Tomo XV núm. 4 abril 1947. Pág. 183.
- 16.- KAISER H. *Irwin Newer Concepts of menstruation.*- A. J. Obstetrics and Gynecology.



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 del 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

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 Ablanado Aguirre

Jefa de la División de Ginecología del Hospital de

Ginecoobstetricia núm. 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.

* Basado en la publicación original del mismo nombre editada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

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.
- 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 atención obstétrica ideal debe ser brindada por personal profesionalmente capacitado y acreditado, y en hospitales que cuenten con quirófano y banco de sangre.
- 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 56.6% de las pacientes presentaban factores de riesgo reproductivo u obstétrico elevado.
- Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia (82.8%) durante el tercer trimestre de la gestación.
- La vigilancia deficiente del trabajo de parto y puerperio representó cerca de la cuarta parte de las desviaciones identificadas.
- Los expedientes se encontraron incompletos en 44.6%, por incumplimiento de los lineamientos indicados en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA 1-1998, del expediente clínico.
- Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México se asocian con el síndrome de preeclampsia-eclampsia y las hemorragias del tercer trimestre de la gestación.
- 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.
- 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 62.3% de los casos de inconformidades analizadas, fueron atendidos en hospitales de 2° nivel de atención.
- El 46.3% de los casos estuvieron relacionados con nacimientos por cesárea.
- 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.
- Las complicaciones que se presentaron en los casos analizados eran previsibles en 47.9% del total.
- 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%.

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 con el 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 morbilidad 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 en relación con los conflictos derivados de la 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 45.7% de los egresos hospitalarios; 45.7% de las cirugías realizadas fueron procedimientos obstétricos (cesárea, episiorrafia, legrado uterino instrumental, revisión de la cavidad postalumbramiento, aplicación de fórceps) y la atención del trabajo de parto representó 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 hechos centinelas e indicadores indirectos de la calidad de la 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 décimo octavo lugar como causa de mortalidad hospitalaria y el trigésimo quinto 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 o de su hijo durante el embarazo, parto o puerperio, 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 séptima causa de mortalidad general y la primera causa de mortalidad infantil en el 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 la 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 con 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 75 y 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, 46.4% de las 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 sí 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 hecho 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 periodos clínicos:

- 1) dilatación, que va desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación cervical completa;
- 2) expulsión, que concluye con la salida del feto; y
- 3) 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 cuello uterino tiene 3 a 4 cm de dilatación y está completamente borrado; 2) fase activa, que se subdivide en: fase de aceleración inicial, fase de máxima aceleración y fase de desaceleración, que termina en la dilatación completa, y 3) fase pélvica, que se corresponde con el periodo de expulsión^{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 morbilidad y mortalidad 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,



Figura 1. Curva de Friedman.

proteinuria, edema repentino y, en casos graves, convulsiones o coma.²⁶ Este cuadro clínico queda de manifiesto, por lo general, después de la semana 28 de la gestación.²⁷ De acuerdo con la clasificación del American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG), la hipertensión se considera una presión diastólica igual o superior a 90 mmHg o presión sistólica igual o superior a 140 mmHg, o 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 dos veces en seis 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 preecláptico, resulta imprescindible estimar el grado de avance de la enfermedad para indicar el tratamiento apropiado y 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 al endotelio vascular uterino y la liberación de sustancias vasoactivas, situación que puede desencadenar una reacción inmunológica del sistema circulatorio de la madre y aumentar 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 de la presión arterial. El incremento súbito de peso se debe casi totalmente a la 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 se deben a complicaciones de la preeclampsia severa, tales como edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, hemorragia cerebral, coagulopatía de consumo, insuficiencia renal o rotura hepática.³¹

El camino más corto para encontrar algún paliativo es una política preventiva más que curativa, ya que esta última no ha mostrado beneficio alguno.³² Actualmente 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, diagnosticarla con oportunidad, y con ello reducir el impacto de la enfermedad en la morbilidad 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 es una de las urgencias médicas más letales. Se define como la variación del 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 en 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 90% de los casos y las causas son la atonía uterina, retención de fragmentos placentarios, desgarros del conducto genital bajo, rotura uterina, placenta acreta y coagulopatías hereditarias. La hemorragia tardía sucede entre 24 horas y seis semanas después del alumbramiento. A esta variedad corresponden 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 conducto genital se relacionan con macrosomía fetal, parto precipitado, prolongación de la 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 con factores predisponentes, como legrado, cesáreas e histerotomías previas, placenta previa y multiparidad. El acretismo placentario consiste en la invasión del miometrio por tejido placentario, ocurre especialmente en las cicatrices uterinas múltiples por cesáreas previas e inserción baja de placenta. Una rotura uterina puede ocurrir espontáneamente, pero por lo general 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 vincula, principalmente, con atonía uterina y tracción excesiva del cordón durante el alumbramiento, aunque puede ocurrir de manera espontánea. 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, deben recibir tratamiento especializado y pueden requerir ajuste de medicamentos. Varias situaciones obstétricas se asocian con 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 se inicia con maniobras como: masaje uterino, expresión de coágulos, revisión de la cavidad uterina, revisión del 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. De manera simultánea se practican exámenes de laboratorio, biometría hemática completa, tiempos de protrombina y tromboplastina parcial, concentraciones 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 del 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 se elegirá según la gravedad y de acuerdo con cada caso en particular.³⁹

La Norma Oficial Mexicana para el manejo del embarazo, parto y puerperio³¹ 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 h durante 24 h.” 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 20 y 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 1980, los grupos de obstetras determinaron que el nacimiento por parto en mujeres con cesárea previa era inocuo, con un índice de rotura uterina del 1.7%, ya que estudios realizados por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos no encontraron incremento en la morbilidad y mortalidad materna ni perinatal, y que entre el 60 y 80% de los nacimientos vaginales fueron exitosos.⁴¹

En 1999, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), publicó unos lineamientos que especificaban que la mayoría de las mujeres con incisiones transversales bajas eran susceptibles 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 en colaboración con el Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (Uruguay) señalan que sólo 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 mayor morbilidad y mortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un periodo de recuperación y 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 la cesárea, incluso de manera electiva.⁴⁴

Las indicaciones más frecuentes de la operación cesárea son:

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

Casi 30% de las indicaciones de cesárea corresponden 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 inocuidad de una prueba de parto controlada en las mujeres con cesárea previa, y constituye una de las estrategias actuales para disminuir el índice de cesáreas.

Enre 75 y 82% de las mujeres a quienes se ha practicado operación cesárea, han tenido parto posterior, con índice de rotura uterina que oscila entre 0.2 y 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 preciso 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 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.^{23,45-47}

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, histeroscopia). Durante el procedimiento expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo o la compresión abdominal del fondo uterino. No deben aplicarse fórceps profiláctico si el procedimiento expulsivo es rápido y expedito, aunque el antecedente de cicatriz uterina es una indicación aceptada de fórceps profiláctico.^{48,49} Se recomienda hacer una revisión digital de la histerorrafia.⁴³

En caso de histerorrafia dehisciente:

- a) Tamaño menor de 4 cm, cubierta por peritoneo, sin compromiso hemodinámico materno y hemorragia vaginal moderada: conducta expectante, reposición de volumen, retractores uterinos y antibióticos.
- b) Tamaño mayor de 4 cm, abierta a la cavidad abdominal, con compromiso hemodinámico materno y hemorragia vaginal de moderada a abundante: laparotomía exploradora.

En casos de afecciones 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 cuatro horas; si no hay progresión, se indicará cesárea.

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

Los datos reportados con el uso de inductores de maduración cervical, como la prostaglandina E2, son origen de controversia por estar relacionados con un alto porcentaje de rotura uterina, y requiere 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 demostración 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 periodo expulsivo recomendamos atender el nacimiento vaginal, teniendo en consideración los mismos requisitos que en las pacientes con una cesárea anterior.

La rotura 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 reunirse lesión o anomalía uterina preexistente y traumatismo.¹

En la actualidad, 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 rotura uterina en este grupo es aproximada al 0.8%. Los factores predisponentes a la rotura uterina son: estimulación uterina excesiva con oxitocina, trabajo de parto prolongado y extracción de 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 8% de riesgo de rotura uterina, y casi un tercio de ellas se producen antes del trabajo de parto. Existe también la posibilidad de rotura 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 el 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 la aparición de dolor de ubicación e irradiación atípicas.

2. *Alteración de la dinámica uterina:* hay que sospechar rotura si la dinámica uterina presenta incoordinación súbita, con tendencia a la polisistolia o la hipertoniá. 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 rotura, 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 que se manifiesta antes de la semana 37 de la 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 y 11% de los embarazos antes de las 37 semanas de gestación y en 3 a 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

mueres perinatales ocurren en niños nacidos antes de las 33 semanas. Se considera que 50-70% de todas las muertes perinatales se deben a complicaciones derivadas del nacimiento de un producto de pretérmino. Además, las pacientes con antecedentes de un producto nacido prematuramente, tienen 20 al 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 causa del parto pretérmino puede agruparse en cuatro grandes categorías:

1. Complicaciones del embarazo: infecciones maternas, infección de las vías urinarias, sangrado uterino, embarazo múltiple, hidramnios, anomalías uterinas, cuello uterino incompetente, enfermedades médicas maternas, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, 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, antecedentes obstétricos, embarazo no deseado.

3. Factores iatrogénicos.

4. Causas desconocidas, que engloban entre 60 y 70% de los casos.

La identificación 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 disponer de una intervención (por ejemplo, oportunidad de administrar inductores de madurez pulmonar fetal, la prolongación del embarazo mediante tocolisis o 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 cuello uterino
3. Monitoreo ambulatorio de la actividad uterina
4. Vaginositis 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 2,929 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, se relacionó con el parto de pretérmino espontáneo en nulíparas y multíparas; sensibilidad: 24.2 y 18.2%, VPP: 28.6 y 33.3%, respectivamente.⁵²

2. VALORACIÓN CLÍNICA DEL CUELLO UTERINO. 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 la 37 la valoración clínica de las condiciones cervicales, se encontró que el antecedente de embarazo múltiple y los cambios progresivos de la dilatación cervical del orificio cervical interno se identificaron como factores de riesgo estadísticamente significativos para parto pretérmino.⁵³

3. MONITOREO AMBULATORIO DE ACTIVIDAD UTERINA. Existen múltiples referencias (US 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 pruebas 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. El tratamiento en pacientes embarazadas sintomáticas no reduce la frecuencia de parto pretérmino.⁵⁵

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

6. ULTRASONIDO Y LONGITUD DEL CUELLO UTERINO. No se recomienda el uso rutinario de ultrasonido vaginal para medir la longitud del cuello uterino debido a la falta de tratamientos probados en la detención del parto pretérmino. Hasta que no se identifiquen opciones de tratamiento efectivo su aplicación seguirá siendo limitada.⁵⁸

7. ULTRASONIDO Y FIBRONECTINA FETAL. Se analizó la relación entre fibronectina fetal, acortamiento del cuello uterino, vaginosis bacteriana y factores de riesgo tradicionales para parto pretérmino, y se encontró una gran asociación entre parto pretérmino, fibronectina fetal y acortamiento cervical (< 25 mm) en pacientes con antecedentes de parto pretérmino.⁵⁹

e) 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 muestran elevación de la incidencia desde la semana 41. Su incidencia varía entre 2 y 10% de los partos, y se considera de alto riesgo por condicionar mayor morbilidad y mortalidad perinatal. En Sudamérica han utilizado el término de embarazo en vías de prolongación para referirse a las

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 causa del embarazo prolongado no es clara, pues participan 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, debidos a la insuficiencia suprarrenal provocada por la ausencia de hipófisis).

Función placentaria. La máxima función placentaria se alcanza alrededor de las 36 semanas de la gestación. Posteriormente, el proceso de transferencia placentaria declina en forma gradual y puede manifestarse en disminución de la cantidad de líquido amniótico, reducción de la masa placentaria, infartos, hialinización, edema sincitial y calcificaciones o en retardo o cese del crecimiento fetal (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, como resultado de la asfixia perinatal por insuficiencia placentaria, compresión del cordón umbilical, oligohidramnios, y por aspiración meconial. Son frecuentes el retardo del crecimiento y la macrosomía fetal, así como las distermias, hipoglicemia y otras alteraciones metabólicas.⁶⁹

El diagnóstico de embarazo prolongado se determina por la edad gestacional, es sencillo cuando la amenorrea es segura y confiable, pero difícil cuando es incierta. El ultrasonido puede contribuir al diagnóstico certero si se realiza 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 incluso tres 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 las 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 sospechosa debe ser seguida por una prueba de tolerancia a la oxitocina (PTO) que, de ser negativa, 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 de manera directa 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 mismo. 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 el 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 cuello uterino 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 a las mujeres con mayor predisposición a 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 morbilidad y mortalidad materna y perinatal.⁶¹ 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.⁶² 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.⁶³

Aproximadamente 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, esfigmomanómetro, termómetro, báscula clínica con altímetro, cinta métrica, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos

vaginales y expediente clínico.^{64,65} El 30% restante de los casos, sin embargo, pueden requerir recursos tecnológicos básicos, como ultrasonógrafo, monitor fetal o cardiotocógrafo, por lo que una situación de carencia o insuficiencia podría subsanarse solicitando el estudio específico requerido para el caso particular, a otra unidad médica de mayor complejidad.

El control prenatal con enfoque de riesgo,⁶⁶ que ha sido recomendado con un mínimo de cinco 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,⁶⁷ 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 o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales;⁶⁸ es decir, todos los 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.⁹

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 ésta se encuentra en determinados grupos de mujeres, en los que la morbilidad y mortalidad materna fetal están notablemente incrementadas respecto a la media de su entorno.⁷⁰

Un **embarazo de alto riesgo** es aquél en el que existe la probabilidad de daño grave o muy trascendental 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.).^{71,72}

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.^{6,810} (Cuadro 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.¹¹⁻¹⁴ 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}

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 identifiquen complicaciones, pues los hospitales de

Cuadro 1. Clasificación del riesgo reproductivo

Alto riesgo si hay uno o más factores	<i>Biológicos</i>	<i>Sociales</i>
	Alto riesgo con dos o más factores	Si existe un factor asociado a factores biológicos el riesgo se potencializa
Hipertensión arterial	1 aborto	No unida
Diabetes	Muerte perinatal	Primaria incompleta
Cardiopatía	1 cesárea	
Otras enfermedades crónicas	Prematurez	
2 o más abortos	Defectos al nacimiento	
2 o más cesáreas	Bajo peso al nacer	
5 o más embarazos	Toxemia, hemorragia o infección puerperal	
Edad mayor de 35 años	Infección crónica de las vías urinarias	
	Edad menor de 20 años	
	Menos de 2 años del último embarazo	

apoyo pueden estar distantes, principalmente en el caso de las unidades médicas rurales.^{1,73}

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 atenderlas 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.⁷⁴

Existen vastas disparidades sobre la competencia de quienes brindan la atención obstétrica entre las regiones: en Sudáfrica, casi 80% de las mujeres son atendidas por un obstetra competente, mientras que 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 10.3% de los nacimientos son atendidos por parteras empíricas, en las casas de las pacientes.⁷⁵

Las condiciones de salud de las mujeres mexicanas han 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,⁷⁶ y en España en 1991, había 79.4 médicos por cada 10,000 habitantes.⁷⁷ 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.⁷⁸

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 sobrevienen complicaciones en el momento del parto, los que lo atienden deben ser aptos para aplicar medidas de urgencia 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.⁷⁸

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 para fungir como: parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles. Su función no es sustituir al personal de salud profesional, sino identificar los embarazos de riesgo, y referirlos a las 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,⁷⁹ en la Ley General de Salud,⁸⁰ en el Reglamento de Atención Médica,⁸¹ en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,⁶⁷ 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.⁸²

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 médica especializada.⁶⁴

- 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 con 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 con 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 con 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 todo 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, en 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 la 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.⁸³ 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 ante 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, al igual que en 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.^{1,84}

Pero, ¿por qué demandan a los obstetras? Si bien la vigilancia atenta de los resultados perinatales ha permitido en algunos casos 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, Lynch⁸⁵ 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, aun cuando las inconformidades relacionadas con la especialidad ocupan uno de los primeros lugares en 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 la CONAMED, de ellos, la que nos ocupa representó la segunda más frecuente en 1996-1997 (15%), en 1997-1998 (12.1%) y

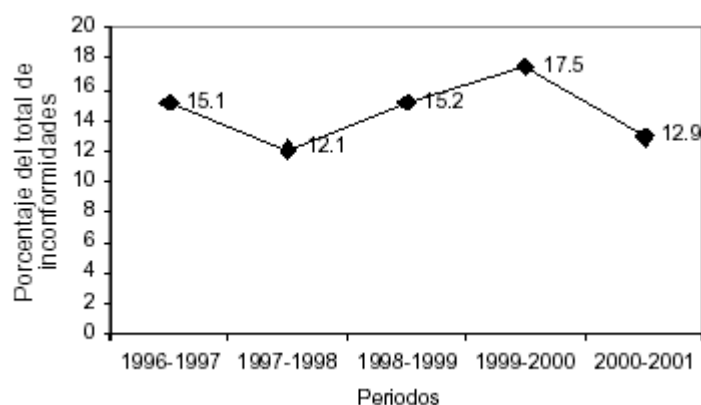


Figura 2. Distribución de la frecuencia de inconformidades presentadas ante la CONAMED, relacionadas con la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el periodo 1996-2001. Promedio: 14.5%.

en 2000-2001 (12.9%), siendo la más frecuente en los periodos 1998-1999 (15.3%) y 1999-2000 (17.5%).⁸⁶⁻⁹¹ Así, durante el periodo 1996-2001, la especialidad ha representado 14.5% del total de inconformidades recibidas por la Comisión (figura 2).

En el 2001, Saucedo-González⁹² identificó que entre junio de 1996 y noviembre de 1998 se presentaron ante la CONAMED 635 quejas relacionadas con Ginecología y Obstetricia, de las cuales, 60% (375) se derivaban de la atención obstétrica. Valdés-Salgado⁹³ señala al tratamiento y las intervenciones quirúrgicas como los momentos de la atención médica que ocupan los primeros rubros de conflicto con 68.2% en conjunto. En el mismo sentido, Campos⁹⁴ reportó lesiones transoperatorias, deficiencias de técnica quirúrgica y problemas de diagnóstico (48%) como causas más frecuentes de queja.

En el estudio 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,⁹⁵ 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 al 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 40% de errores médicos para el año 2005, aprovechando el valioso conocimiento que

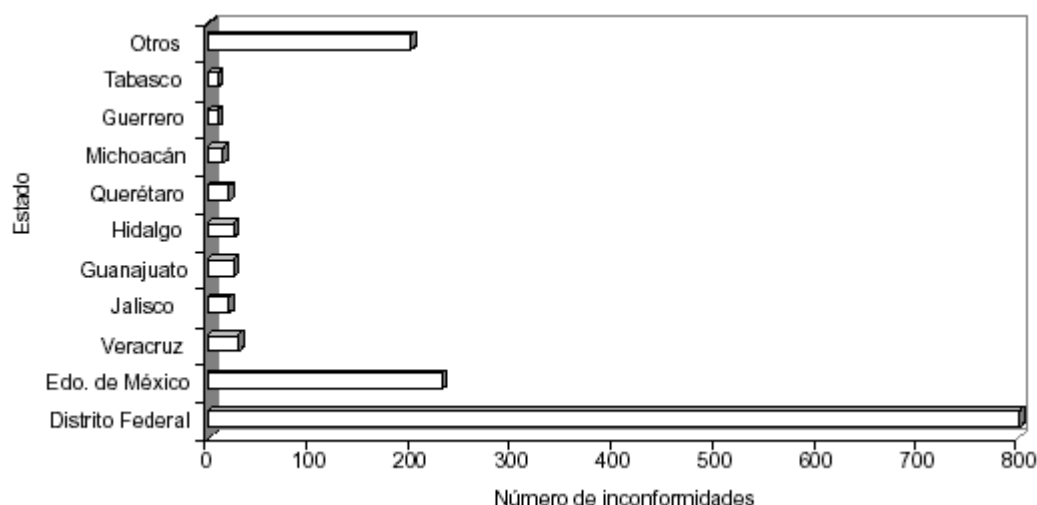


Figura 3. Distribución de inconformidades por estado. N = 1,431.

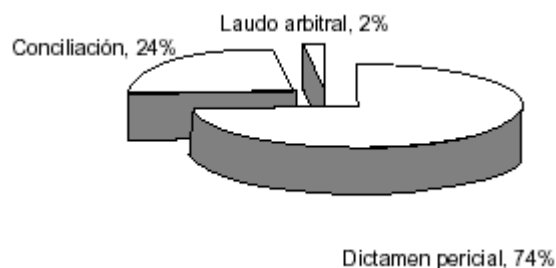


Figura 4. Origen de los expedientes analizados.

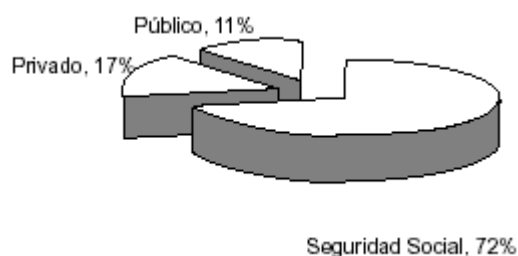


Figura 6. Sector de atención médica.

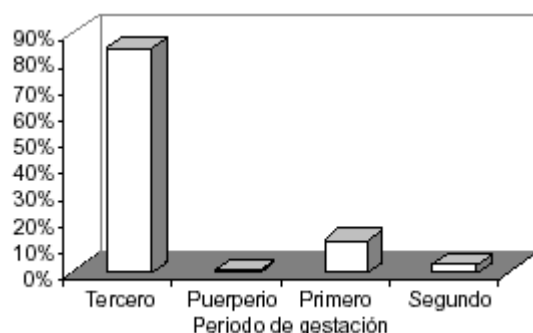


Figura 5. Periodo de la gestación cuando ocurrió la atención médica.

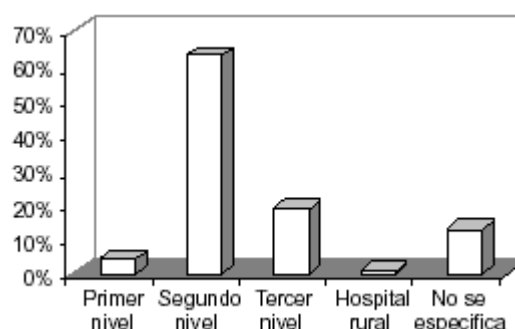


Figura 7. Nivel de resolución donde ocurrió la atención médica.

se ha generado sobre el cómo y porqué se producen los casos de error médico, a través de estrategias como la estandarización de recetas computadas y la figura del auditor médico clínico.⁹⁶

II. ANÁLISIS DE LAS QUEJAS A LA CONAMED

Se revisaron inicialmente 1,431 inconformidades relacionadas con atención ginecoobstétrica, que fueron radicadas en la CONAMED entre junio de 1996 y junio del 2001. De este grupo, 57.7% correspondieron a pacientes obstétricas, 34.3% a pacientes ginecológicas y 8% a otra especialidad o no especificados.

El 56.3% de los casos procedía del Distrito Federal o del Estado de México en 16.7% (figura 3). Las instituciones de seguridad social estuvieron involucradas en 65.9%, del sector privado en 22.1% y del sector público en 9.4%; en 2.7% no estaba especificado.

De este grupo, se seleccionó una muestra dirigida de 121 casos concluidos por medio de dictamen

pericial, relacionados específicamente con obstetricia, solicitados a la Comisión durante el 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 (figura 4).

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 la gestación (82.8%), seguidas del primer trimestre en 12.3%, en el segundo trimestre 3.3%, y 0.8% restante ocurrió durante el puerperio (figura 5).

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%) (figura 6).

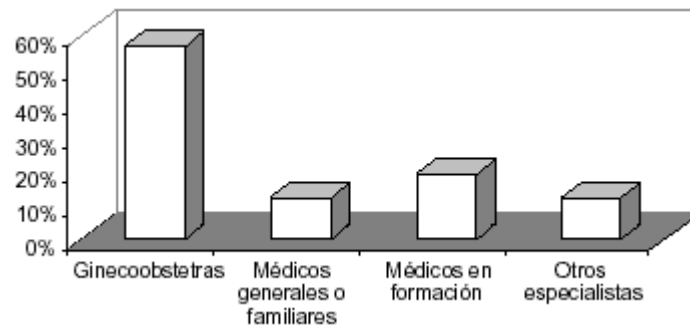


Figura 8. Formación de los médicos involucrados en los casos que se analizaron.

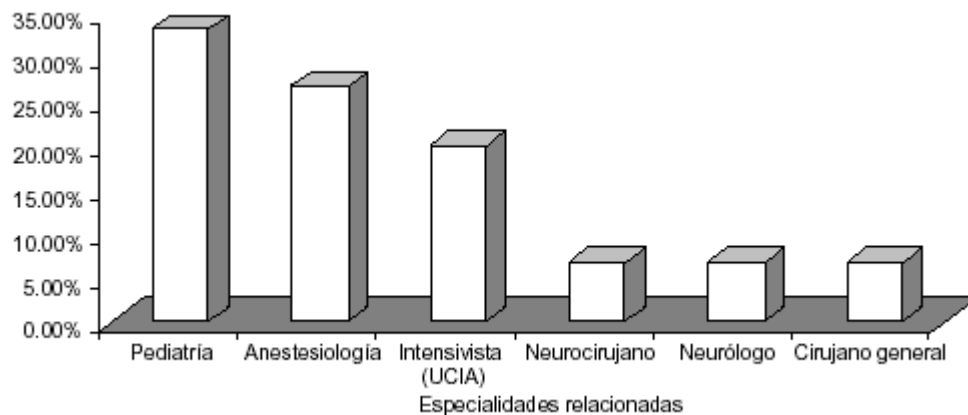


Figura 9. Especialidades relacionadas con las inconformidades vinculadas con obstetricia.

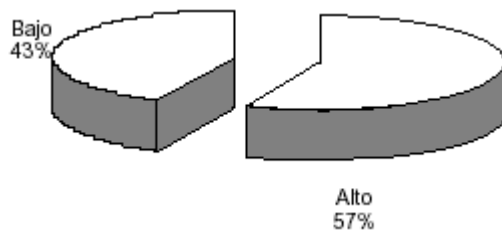


Figura 10. Valoración del riesgo reproductivo.

De acuerdo con el nivel de atención, 62.3% (76 casos) fueron atendidos en hospitales de segundo nivel, en tercer nivel 18.9% (23 casos), primer nivel 4.1% (5 casos) y en hospitales rurales 0.8% (1 caso) (figura 7).

El 56.2% de los médicos involucrados en los casos eran ginecoobstetras, el 19% eran médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado) y 24.8% eran médicos generales u otros especialistas (figura 8).

De los ginecoobstetras, sólo el 36.8% estaban certificados por el Consejo de especialidad (cuadro 2).

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 y cirugía general aportaron un caso cada una (6.7% cada una) (figura 9).

Cuadro 2. 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

La calificación de riesgo (el riesgo reproductivo elevado se tomó únicamente en aquellas pacientes que

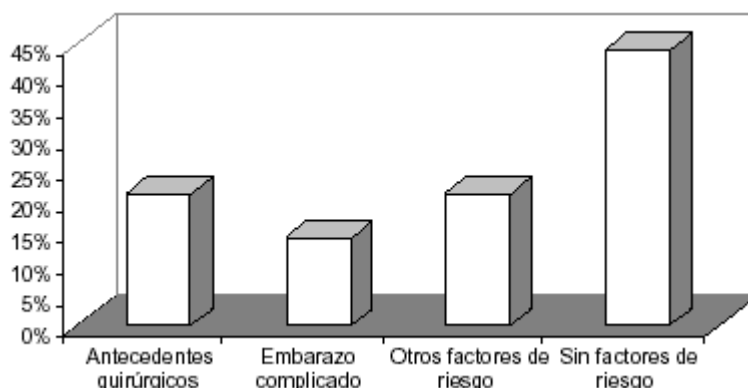


Figura 11. Principales factores de riesgo identificados en las inconformidades.

Cuadro 3. 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)
Embarazo complicado	17 (14)
Enfermedades hipertensivas del embarazo	6 (5)
Embarazo gemelar	6 (5)
Embarazo postérmino	5 (4.1)
Otros factores de riesgo	25 (20.7)
Enfermedad preexistente	5 (4.1)
Gran múltipara	5 (4.1)
Madre adolescente	4 (3.3)
Madre añosa	4 (3.3)
Otros	7 (5.8)
Sin factores de riesgo	53 (43.8)
Total	121 (100)

rebasaban los cuatros puntos de calificación. Algunas pacientes con algún factor de riesgo cuya suma fue menor de cuatro puntos se calificaron como de bajo riesgo) fue elevado en 57%, equivalente a 69 casos, y el restante 43% a pacientes con bajo riesgo (52 casos) (figura 10).

Los antecedentes quirúrgicos previos representaron el factor de riesgo más frecuente en 21.5% (26 casos), seguidos del embarazo complicado en 14% (17 casos) y otros factores de riesgo en 20.7% (25 casos) (figura 11, cuadro 3).

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) (figura 12).

Las complicaciones más frecuentes de los embarazos fueron el óbito fetal en 24.8%, trauma obstétrico (materno o fetal) en 12.4% y asfixia perinatal en 11.6%. Resto en el cuadro 4.

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, 8.8% culminó con aplicación de fórceps (cuadro 5).

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%) (figura 13).

Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: pérdida del útero en 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 (cuadro 6).

De los 108 nacimientos ocurridos, que incluyen cuatro embarazos gemelares, el desenlace perinatal fue exitoso sólo en 32%, pues ocurrió morbilidad prenatal 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 visibles, ya sea como abortos o embarazos ectópicos (figura 14).

Veinticuatro por ciento de los nacimientos fueron óbitos fetales. Las complicaciones que provocaron el ingreso de los productos al cunero patológico con

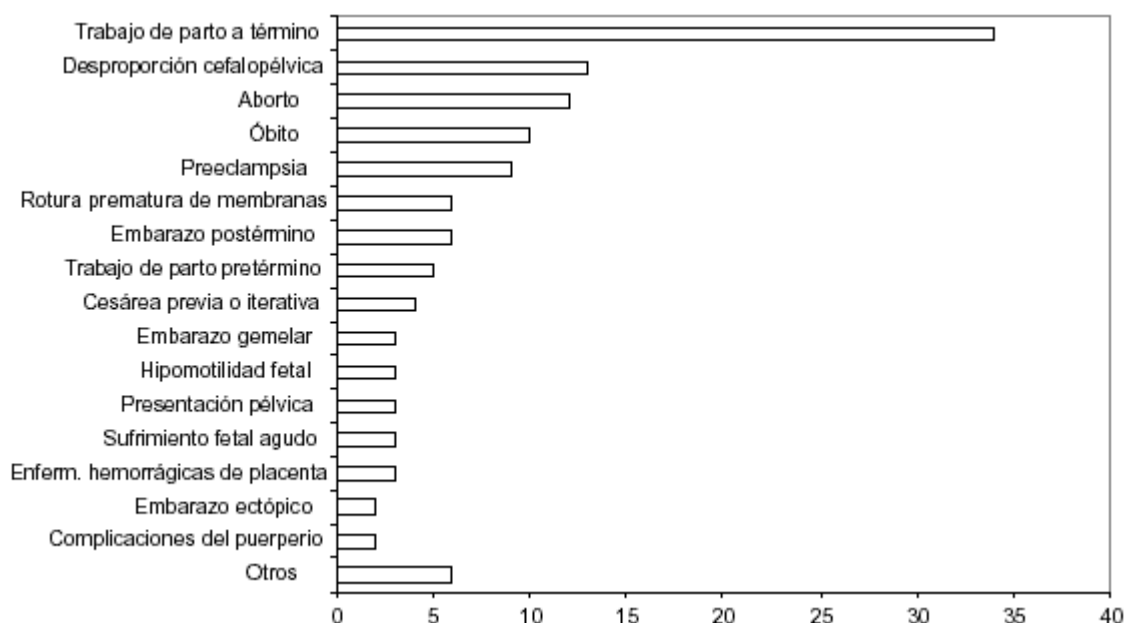


Figura 12. Diagnóstico clínico al ingreso de las pacientes a las unidades de atención médica.

Cuadro 4. Diagnósticos clínicos al ingreso hospitalario

<i>Diagnósticos de ingreso hospitalario</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
Trabajo de parto a término	34 (28.1)
Desproporción cefalopélvica	13 (10.7)
Pérdidas del primer trimestre de la gestación (amenaza, anembrionario, incompleto o en evolución)	12 (9.9)
Óbito	10 (8.3)
Preeclampsia	9 (7.4)
Rotura 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 la placenta	3 (2.5)
Embarazo ectópico	2 (1.7)
Complicaciones del puerperio	2 (1.7)
Otros	6 (5.0)
Total	121 (100)

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 cuadro 7.

El motivo de inconformidad más importante se relacionó con la percepción de mala práctica médica en 44.6% de la muestra (54 casos), sin especificar algún

Cuadro 5. Complicaciones presentadas durante la atención médica

<i>Complicaciones</i>	<i>Frecuencia (%)</i>
Óbito fetal	30 (24.8)
Trauma obstétrico (materno o fetal)	15 (12.4)
Asfixia prenatal	14 (11.6)
Hipotonía y atonía uterina	13 (10.7)
Embarazo ectópico	7 (5.8)
Acretismo o desprendimiento de placenta	6 (5.0)
Rotura 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)

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 8.3% (10) de los casos (figura 15, cuadro 8).

Las decisiones médicas sobre la indicación de manejo fueron correctas en 62.8% de los casos, y representaron errores médicos en 37.2% (figura 16).

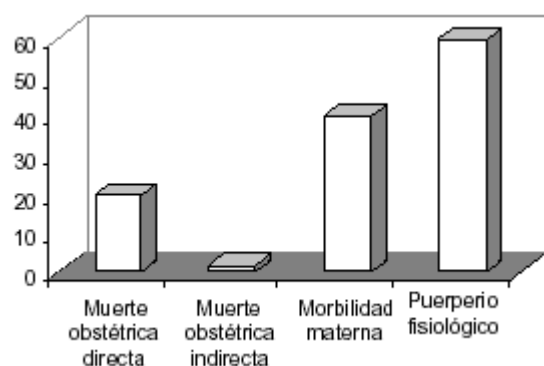


Figura 13. Desenlace obstétrico.

Cuadro 6. 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 la 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)

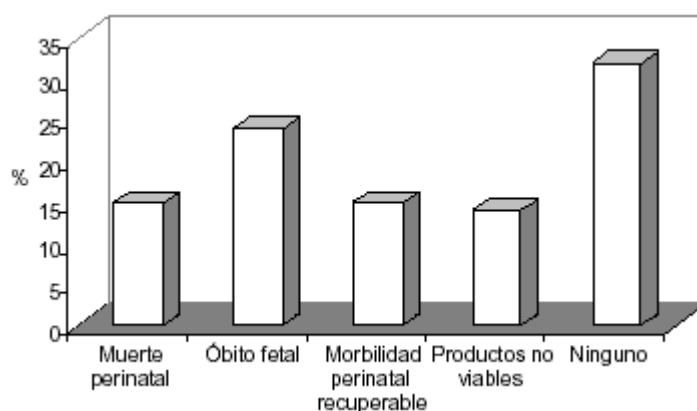


Figura 14. Daño perinatal.

Cuadro 7. Complicaciones perinatales

Complicaciones perinatales	Frecuencia (%)
Óbito fetal	30 (24)
Asfixia perinatal y muerte neonatal	11 (8.8)
Asfixia perinatal recuperada	8 (6.4)
Trauma obstétrico	6 (4.8)
Daño neurológico (irreversible)	4 (3.2)
Sepsis neonatal	3 (2.4)
Anemia aguda	2 (1.6)
Neonato pretérmino con buena evolución	2 (1.6)
Broncoaspiración y muerte	1 (0.8)
Muerte por prematuridad extrema	1 (0.8)
Producto no viable	17 (13.6)
Ninguno	40 (32)
Total	125 (100)

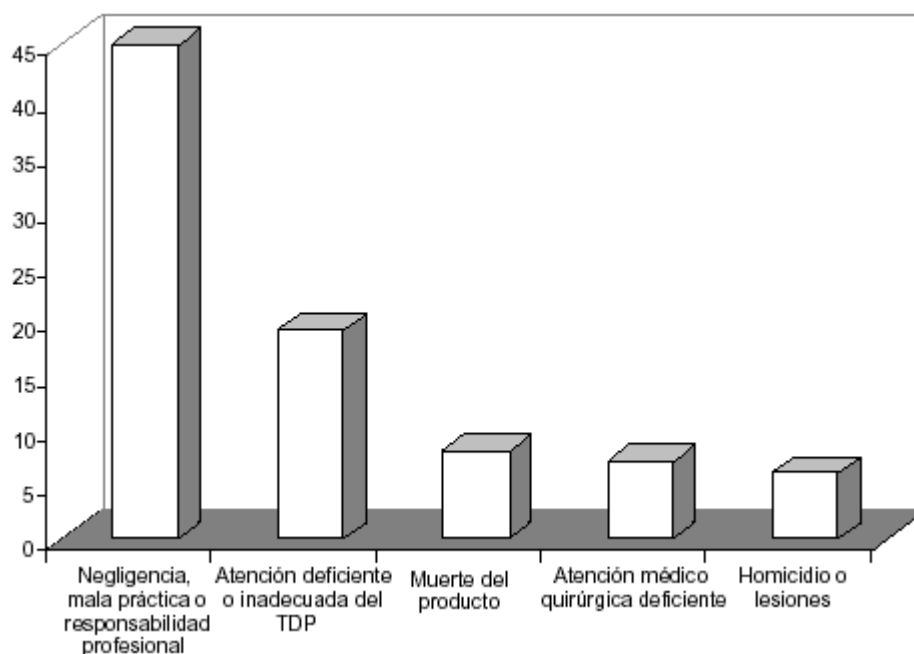


Figura 15. Motivos de inconformidad

Cuadro 8. 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)
Muerte del producto	10 (8.3)
Atención médica quirúrgica deficiente	8 (6.6)
Homicidio o lesiones	7 (5.8)
Diferimiento o negativa de atención médica quirúrgica	6 (5)
Pérdida de órgano y función reproductiva	5 (4.1)
Aborto criminal	3 (2.5)
Otros	5 (4.1)
Total	121 (100)

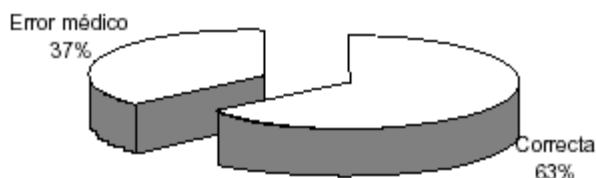


Figura 16. Decisiones médicas.

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) (figura 17).

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

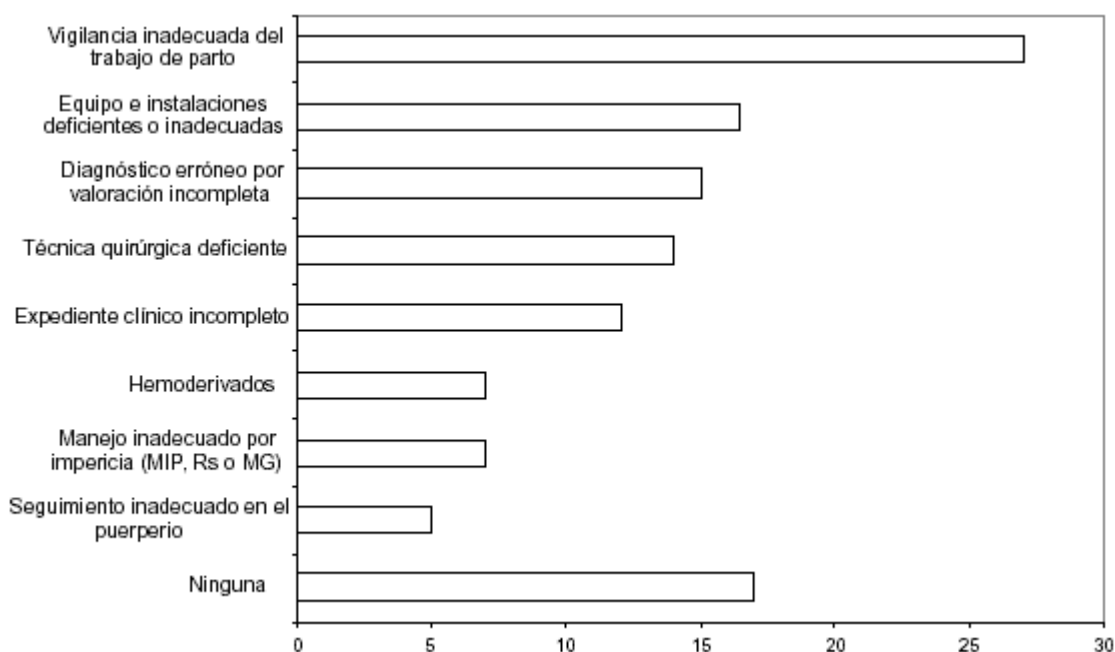


Figura 17. Desviaciones identificadas en los actos médicos.

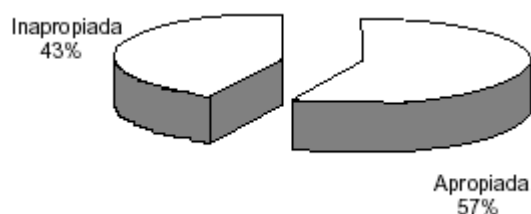


Figura 18. Cumplimiento de obligaciones de seguridad.

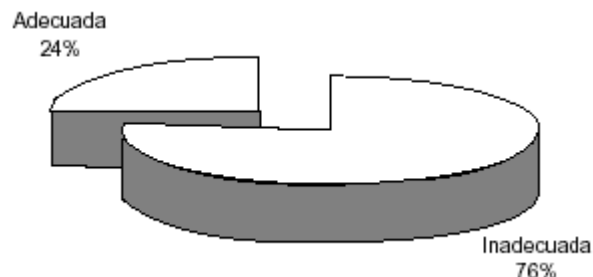


Figura 19. Comunicación en la relación médico paciente.

necesarias para resolver las complicaciones que presentaron las pacientes (figura 18).

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%) (figura 19).

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 (figuras 20A y 20B).

Las complicaciones presentadas en los casos analizados eran previsibles en 47.9% (58 casos), y no previsibles en 51.2% (62 casos). En 0.8% los expedientes –generalmente del sector privado–, estaban incompletos, por lo que no existía suficiente información para calificar (figura 21).

La actuación de los médicos involucrados tuvo una relación directa de causalidad con las complicaciones

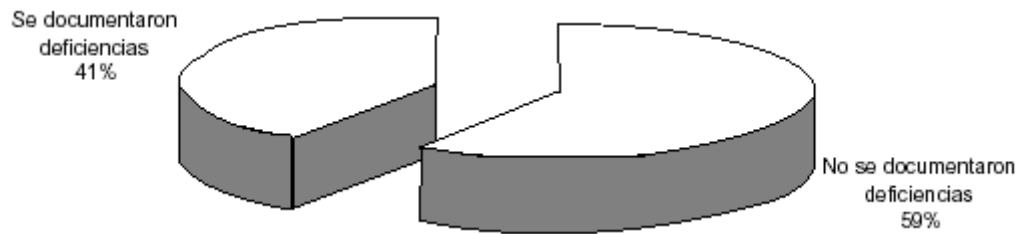


Figura 20A. Deficiencias institucionales.

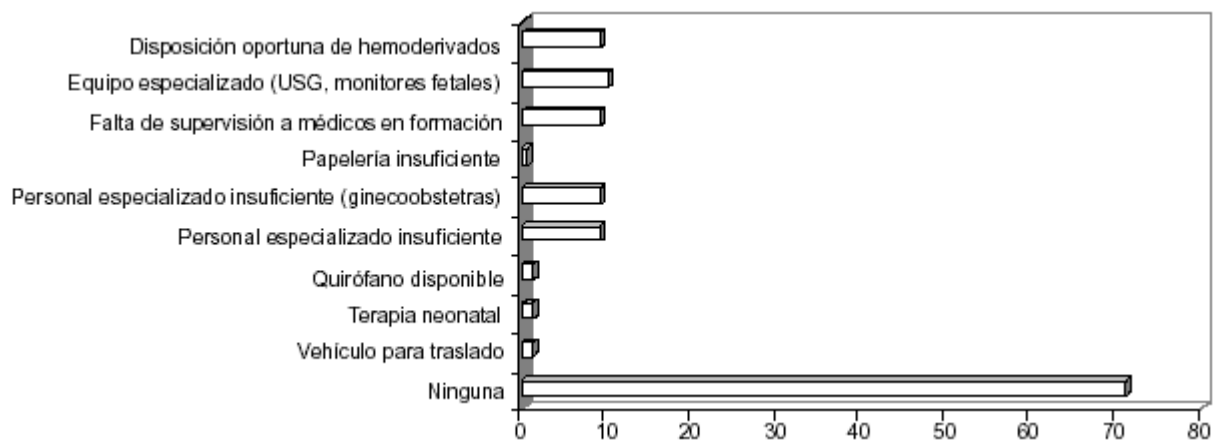


Figura 20B. Deficiencias institucionales.

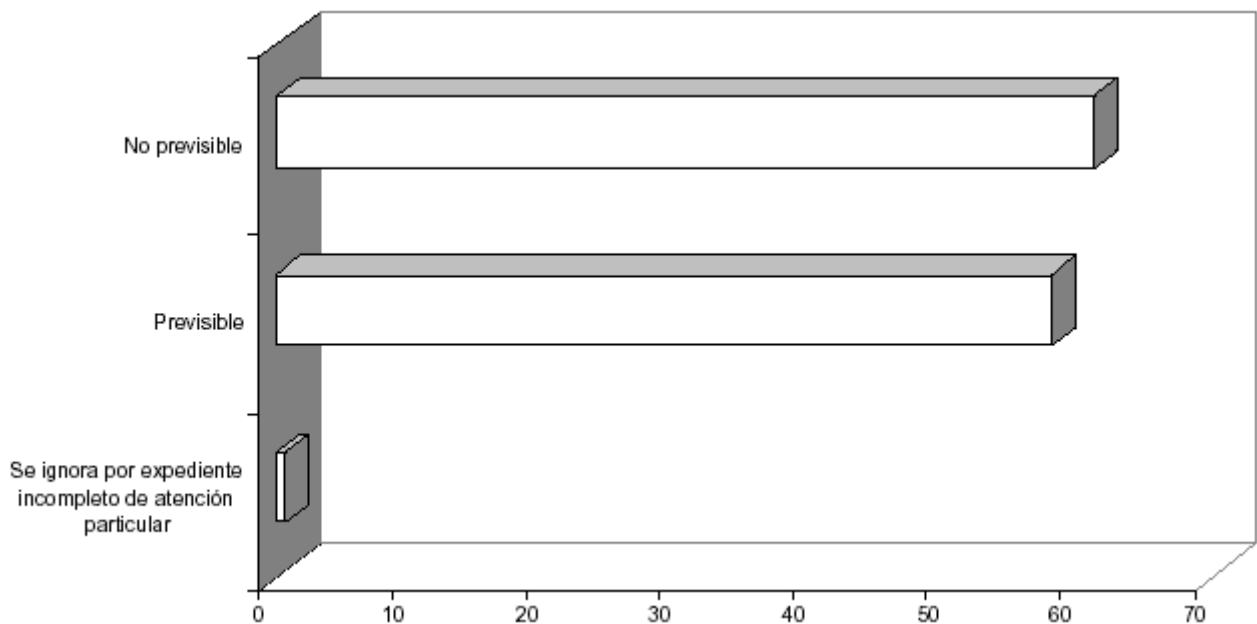


Figura 21. Previsibilidad de las complicaciones.

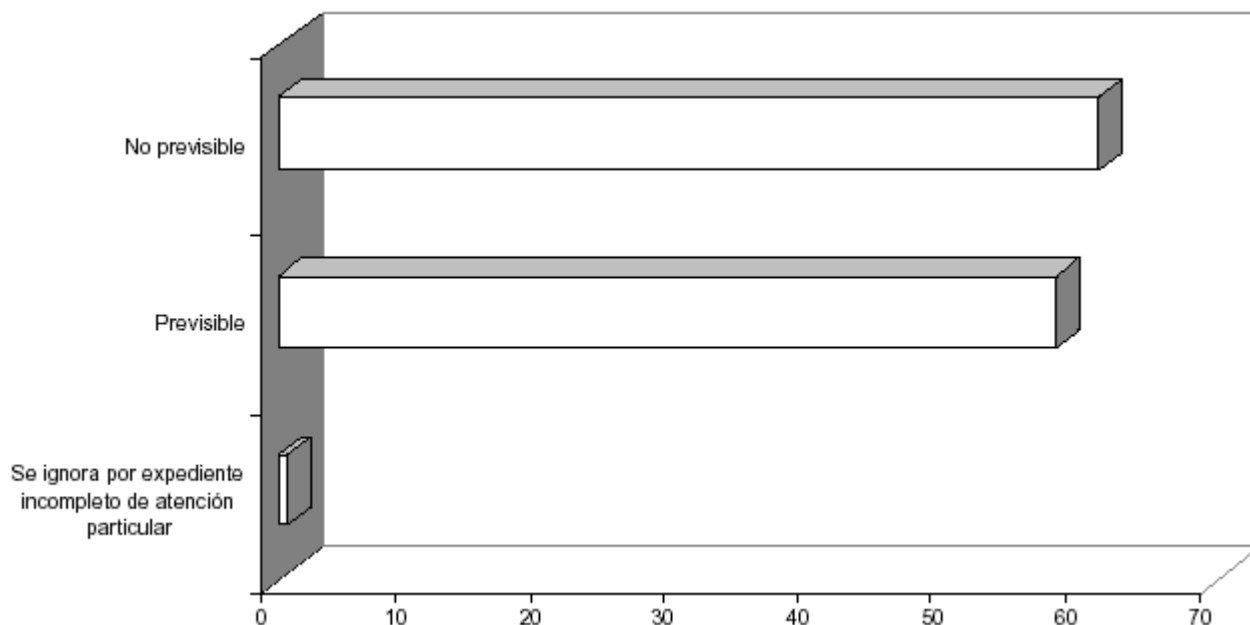


Figura 22. Relación de causalidad entre la actuación médica y las complicaciones.

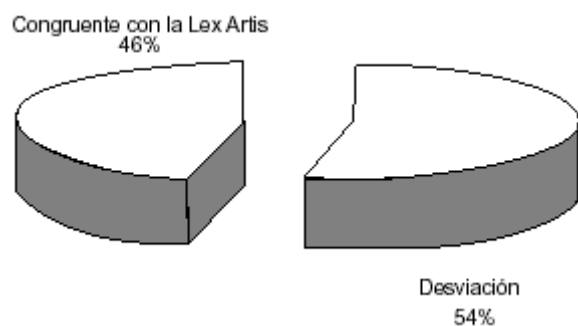


Figura 23. Apego a la Lex Artis.

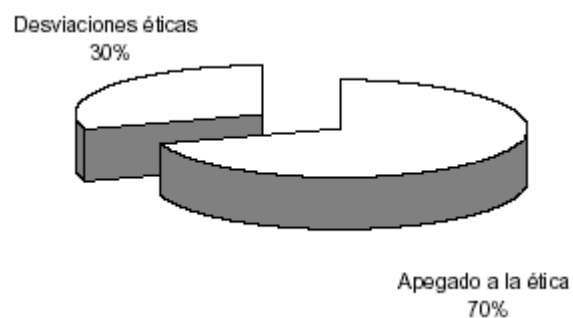


Figura 25. Apego a los principios éticos de la práctica de la medicina.

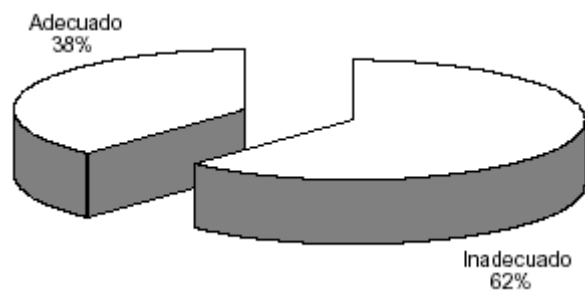


Figura 24. Seguimiento clínico de las pacientes.

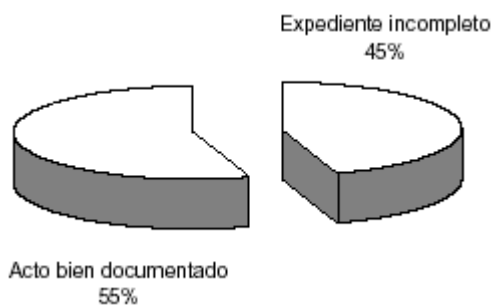


Figura 26. Documentación del acto médico en el expediente clínico.

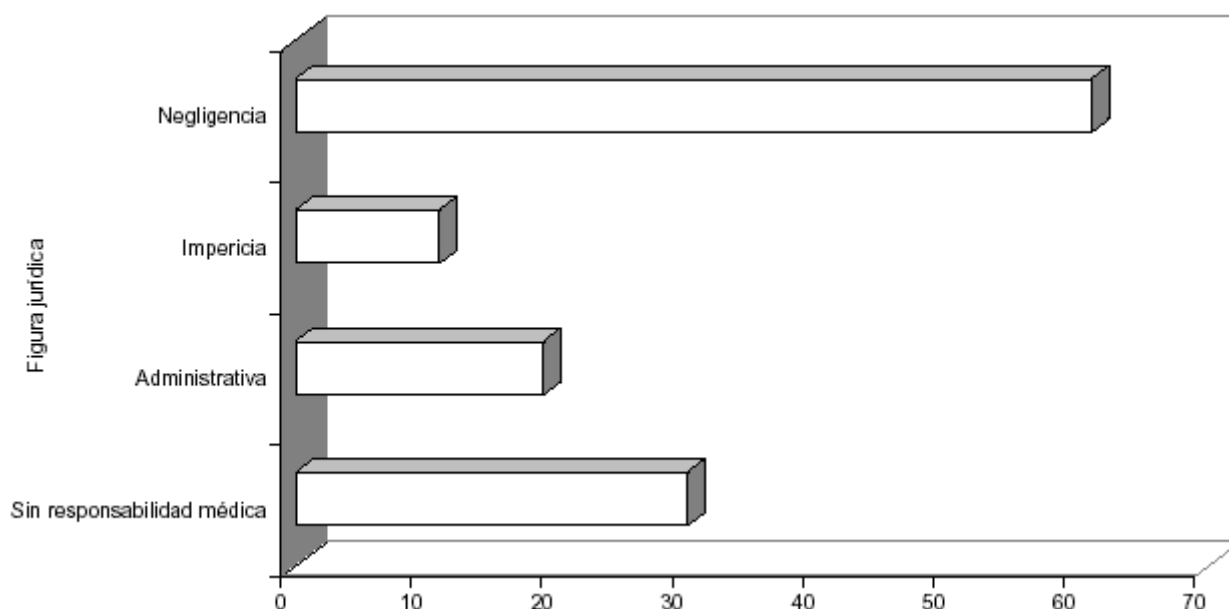


Figura 27. Responsabilidad médica por malpraxis en los casos analizados.

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 (figura 22).

El manejo que se dio a las pacientes de los casos analizados fue congruente con la *Lex Artis* médica vigente en la especialidad en 56 casos (46%), y presentó desviaciones en 65 casos (54%) (figura 23).

Se dio un seguimiento y vigilancia adecuados tan sólo en 46 casos (38%) y fue inadecuado en 75 casos (62%) (figura 24).

Se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina (beneficiencia, 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 (figura 25).

El acto médico fue bien documentado en 67 casos (55%), pero 54 expedientes (45%) se encontraron incompletos o con anotaciones deficientes o ilegibles (figura 26).

En 24.8% (n = 30) de los casos analizados no se identificó responsabilidad médica. Se integró alguna figura jurídica de mala práctica o responsabilidad médica en 91 de los expedientes revisados (75.2%), de los cuales 50.4% (61 expedientes) correspondió a

negligencia, 15.7% (n = 19) a faltas administrativas y 9.1% (n = 11) a impericia (figura 27).

III. DISCUSIÓN

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

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

Desde su creación en 1996, las estadísticas de la CONAMED han mostrado a la ginecología y obstetricia como una de las dos especialidades más frecuentes en las inconformidades recibidas, con 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 con la atención proporcionada por los ginecoobstetras a un problema probabilístico, relacionado con la gravedad de la paciente.

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

Casi tres cuartas partes (73%) de los casos procedieron del Distrito Federal o del Estado de México, probablemente debido a la elevada proporción de hospitales de concentración que se ubican en estas zonas. Más de dos terceras partes (72.1%) de las inconformidades se originaron en instituciones de seguridad social, lo que concuerda con los datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud (1994).¹⁰¹ Esto 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.¹⁰²

Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de la 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 de bajos ingresos, sólo acuden a atención médica para la resolución del embarazo; desde el enfoque psicosocial, existe 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 supervivencia, sino el bienestar del neonato, contrariamente a los embarazos tempranos, de menor viabilidad. Esto queda demostrado con los tres diagnósticos de ingreso más frecuentes: 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 segundo nivel, por médicos especialistas en ginecología y obstetricia en más de la mitad de ellos (56.2%), lo que se asocia, evidentemente, con 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 atendió a 18.9% de las pacientes, y si recordamos que aproximadamente 30% de los embarazos son de alto riesgo, nos encontramos con que un número importante de embarazadas de alto riesgo (o riesgo especial) se atendieron en unidades médicas de menor complejidad a la requerida (43% de obligaciones de seguridad no cumplidas), lo cual se apoya en que 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 el año 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 37.2% de los casos, y se estableció buena práctica en casi dos terceras partes de los mismos.¹⁰³

El IOM estima que 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,¹⁰⁴ 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. 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 8.3% de los casos.

El resultado más notable de la atención obstétrica es el nacimiento, y según autores como Johnson¹⁰⁵ y Rubsamen,¹⁰⁶ los malos resultados médicos con práctica 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 15.7% de los casos y morbilidad materna en una tercera parte (33.1 %). Los puerperios fueron fisiológicos en poco más de la mitad de los casos (50.4%).

Ward¹⁰⁷ analizó 500 demandas por atención ginecoobstétrica, y encontró que 27% de ellas no eran defendibles, por haber quebrantado la *Lex Artis* médica, por fallas en la documentación o por ambas. El manejo que se dio a las pacientes de los casos analizados fue congruente con 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 55% de los casos, pero en 45% el expediente se encontró incompleto o con anotaciones deficientes o ilegibles, de acuerdo con lo que determina la NOM 168 del Expediente clínico.¹⁰⁸

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 mejor atención médica, está demostrado 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 debidamente enterados de los riesgos y complicaciones más frecuentes, para tomar las precauciones necesarias para reducir su aparición.¹⁰⁹ Otro grupo de investigadores clínicos, Goley y Kerney,¹¹⁰ 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 de 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.¹¹¹ Se ha descrito que la comunicación deficiente entre médico y paciente, ya sea por sobrecarga de trabajo u otros factores, es una importante causa de desconfianza para los pacientes, que les predispondrá a atribuir cualquier evento adverso a un error del médico.

La “eticidad” es una cualidad de la atención médica que está preservada, aunque un poco desorientada, pues se observó apego a los principios éticos de la práctica de la medicina (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) en más de dos terceras partes de los casos. En el año 2002 se publicó el “Estatuto de profesionalismo para el nuevo milenio”,¹¹² que podría sustituir al Juramento hipocrático y la Declaración de Ginebra,¹¹³ 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 un arma terapéutica poderosa y, muchas veces, imprescindible”.¹¹⁴

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

1) El embarazo, parto y puerperio deben ser atendidos por personal capacitado y debidamente autorizado

- a) Otorgar la atención con los recursos humanos y materiales suficientes y adecuados.
- b) Todo embarazo de alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia, en unidades con la capacidad de resolución adecuada.
- c) Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para el 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-SSA 1-1998, del Expediente Clínico.

2) Valorar integralmente cada caso durante la atención prenatal e identificar a 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 con 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) Identificar los casos que requieran manejo por especialidad o un mayor nivel de capacidad resolutive.
- b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado.
- c) Contar o disponer del equipo necesario para la vigilancia y traslado oportuno.

5) Establecer el mejor plan de nacimiento

- a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo con el 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 congruente con 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 identificación 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 con 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 púerperas, 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 la 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) Insistir acerca de los datos de alarma y la conducta recomendada para cada uno, durante todas 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

<i>Hechos relevantes</i>	<i>Recomendación general</i>	<i>Recomendaciones específicas</i>	<i>¿Qué previene?</i>
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 19% médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado). Sólo 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.	a) Otorgar la atención con el apoyo de personal y material suficiente y adecuado. 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 el 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 la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.	• Diagnósticos erróneos 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% tenían factores de riesgo reproductivo u obstétrico elevado.	2. Valorar integralmente cada caso durante la atención prenatal e identificar a 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 con 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 o manejo perinatal. • Mala praxis. • Falsas expectativas. • Insatisfacción con el manejo o el desenlace obstétrico.
Las inconformidades se originaron con mayor frecuencia (82.8%) durante el tercer trimestre de la 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 proporcionada 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	4. Procurar la mejor atención obstétrica.	a) Detectar los casos que requieran manejo por especialidad, o un mayor nivel de capacidad resolutoria. b) Derivar oportunamente al nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado. c) Contar o disponer del equipo	• Complicaciones mayores. • Diferimiento injustificado. • Daño materno. • Daño perinatal. • Secuelas. • Alta mortalidad.

ANEXO. RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (CONTINUACIÓN)

<i>Hechos relevantes</i>	<i>Recomendación general</i>	<i>Recomendaciones específicas</i>	<i>¿Qué previene?</i>
segundo 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%. Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en México son la preeclampsia-eclampsia y las hemorragias del tercer trimestre de la gestación. El 46.3% de los casos estuvieron relacionados con nacimientos por cesárea.	5. Establecer el mejor plan de nacimiento.	necesario para la vigilancia y traslado oportuno. a) Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo con el estado clínico de la madre y su hijo. 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.	• Insatisfacción con la atención médica. • Falsas expectativas. • Incertidumbre y ansiedad de la paciente y familiares. • Complicaciones y secuelas. • Inconformidades. • Altos costos para la institución y la paciente.
Las complicaciones que se presentaron en los casos analizados eran previsible en 47.9% del total.	6. Reducir riesgos innecesarios.	a) Asegurar una atención obstétrica acorde con 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.	• Morbimortalidad temprana. • Morbimortalidad perinatal y neonatal. • Atención médica inoportuna. • Atención médica inadecuada. • Complicaciones. • Estancias hospitalarias prolongadas.
La 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.	a) Revalorar el estado clínico de la paciente, documentando sus condiciones, así como las indicaciones, de acuerdo con lo indicado 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 púrpas, aun 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	• 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 práctica.

ANEXO. RECOMENDACIONES GENERALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (CONTINUACIÓN)

<i>Hechos relevantes</i>	<i>Recomendación general</i>	<i>Recomendaciones específicas</i>	<i>¿Qué previene?</i>
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. En 3 de cada 4 asuntos analizados (76%) se identificó una comunicación deficiente en la relación médico-paciente-familiar.	8. Documentar todo el proceso de atención obstétrica. 9. Realizar, promover y facilitar la educación a la embarazada y sus familiares sobre los riesgos inherentes a la gestación.	adecuada entre el médico y la paciente. 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 de 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. a) Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo con multidisciplinario que tiene contacto 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 una de las consultas prenatales. e) La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe.	• 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. • 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.

REFERENCIAS

- Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanks GDV, et al. Obstetricia de Williams. 20ª ed. Buenos Aires: Edit. Médica Panamericana, 1998.
- De Miguel JR, Fabre E. Etiología de la mortalidad perinatal. En: Gynécologie 5200-A-05. Encycl Med Chir. París: Elsevier, 1998;p:1-4.
- 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: Intersistemas, 1998;p:7.
- Secretaría de Salud (México). Estadísticas de Salud 2000. Salud Publica Mex 2001;43(5):494-510.
- 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:337-45, 403-19. [Colaboración FIGO-OMS-Center for Population and Family Health, Columbia University].
- 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. Época II. Edición No.20. 1999. World Health Organization Report 1997.
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (México). Anuario Estadístico 2000. Disponible en: URL: http://www.ssa.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/b_datos.htm
10. OMS. Indicadores en salud materna y perinatal. Revisión 1997.
11. Martínez-Salazar G, Fernández-Díaz H, Cerda R, Calderón-Garcidueñas AL. Estudio de correlación clínico patológica en material de autopsias de muerte materna, Hospital de Especialidades, CMNE. *Rev Salud Publ Nutr*, 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* 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* 1995;63:452-9.
15. Ripley DL. Uterine emergencies: Atony, inversion and rupture. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;26(3):419-34 vii.
16. Llaca-Rodríguez V, Fernández-Alba J. Obstetricia Clínica. México: McGraw Hill-Interamericana, 2000;p:477-89.
17. Organización Mundial de la Salud. Reporte de Salud Reproductiva. 1997.
18. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997. *Salud Publica Mex* 1999;41(2): 138-46.
19. Rodríguez VS, Rojas HR, Maldonado V ME. Estimadores de Calidad de los Servicios de Salud en el Estado de Guanajuato (1995-1998). *CaliMed* 1998;4(1):3-7.
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/español/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. 1ª ed. México: Intersistemas, 1998.
23. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia del Hospital Luis Castelazo Ayala. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994;p:27-32.
24. Castelazo-Ayala L. Obstetricia. 2ª ed. México: Méndez Oteo editores, 1962.
25. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA (México). Lineamiento Técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia. 2ª ed. México: Secretaría de Salud, 2000, junio.
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. 1ª ed. México: Intersistemas, 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* 2001;3(2):1-19.
29. DiFederico E, Genbacev O, Fischer SJ. Preeclampsia is associated with widespread apoptosis of placental cytotrophoblasts within the uterine wall. *Am J Pathol* 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* 1996;175(5):1313-6.
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):139-47.
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;p:70.
33. Norwitz Er, Robinson JN. Prevention of preeclampsia: Is it possible? *Clin Obstet Gynecol* 1999;42(3):436-54.
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):349-56.
35. Alamia V Jr, Meyer BA. Peripartum hemorrhage. *Obstet Gynecol Clin North Am* 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-Urbe S, Rosales-Ortiz S. Sangrado Obstétrico. En prensa.
39. Dirección General de Salud Reproductiva, SSA (México). Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. México: Secretaría de Salud, 2000, junio.
40. Constance P. Epidemia de cesáreas. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Julio-Agosto 2000. Disponible en: <http://www.iadb.org/ibamerica/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 ed. México: Marketing y Publicidad de México, 2002. Registro en trámite.
46. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología Obstetricia No.3 del IMSS, AC. (México). Ginecología y Obstetricia. 3ª ed. México: Méndez Editores, 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 Forceps Deliveries. 4th ed. American College of Obstetrician and Gynaecologist. Washington DC: 2001.
49. Iffy L, Charles D. Perinatología. Técnicas obstétricas invasivas. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1985;p:579-84, 587-604.
50. Iams JD, Gabbe. Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 3rd 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 National Institute of Child Health and Human Development. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol 1996;174:1885-93.
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, 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;342:534-40.
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;325(7359):301.
58. Venditelli F, Volumenije 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 ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1993;p:440.
61. Instituto Nacional de Perinatología (México). Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2002. 3ª ed. México: Marketing y Publicidad de México, 2002. Registro en trámite.
62. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª ed, Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1993;pp:3-5.
63. Martin MC. Acercamiento a la paciente. En: De Cherney AH, Pernoll MK. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 7ª ed. México (DF): Manual Moderno, 1999;p:3-6.
64. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Diario Oficial de la Federación, 17 de abril de 2000.
65. Norma Oficial Mexicana Nom-178-SSA 1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación, 14 de diciembre de 1998.
66. Dirección General de Salud Reproductiva. Indicadores del Sistema de Información Perinatal. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgsr/indicad/definic/indindice.htm>.
67. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México: 31 de octubre de 1994.
68. Chávez AV, Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx) 1993;31:119-21.
69. Dirección General de Salud Reproductiva. Enfoque de riesgo reproductivo. Disponible en: URL: <http://cenids.insp.mx/dgsr/prenatal/riesgo-2.htm>
70. Sokol RJ, Larsen JW, Landy HJ, Pernoll ML. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. En: Pernoll ML. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 6ª ed. México: Ed. El Manual Moderno, 1993;p:313-50.
71. Ahued-Ahued JR, Fernández del Castillo SC, Bailón NR. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2ª ed. México: Editorial Manual Moderno, 2003;p:569.
72. Arias F. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2ª ed. Madrid: Mosby Doyma, 1995.
73. Alamia V Jr, Meyer BA. Peripartum hemorrhage. Obstet Gynecol Clin North Am 1999;26(2):385-98.
74. Strengthening Midwifery Within Safe Motherhood: Report of a Collaborative ICM/WHO/UNICEF pre-Congress Workshop May 1996. Geneva: World Health Organization, 1997.
75. Secretaría de Salud (México). Programa de Acción: "Arranque parejo en la vida". México: Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, 2002;pp:21-24.
76. Ministerio de Salud (Cuba). Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Cuba: 1996. Disponible en: URL: <http://www.dne.sld.cu/desplegables/cuba1996.htm>.
77. Atlas digital del Bienestar Social en España 1991. Dpto. Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria. Disponible en: URL: http://departamentos.unican.es/geourb/datos/variables/04_0_13_1.html.
78. SSA/DGIED (México). Boletín de Información Estadística No.19, 1999. Citado en Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006.
79. Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación (México). 26 de mayo de 1945. 7ª ed. México: Editorial PAC, 1996.
80. Ley General de Salud. Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación (México). 26 de mayo de 2000.

81. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación (México). 29 de abril de 1986.
82. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Diario Oficial de la Federación (México). 13 de marzo de 2002.
83. Secretaría de Salud (México). Segundo Informe de Labores. México: 1° de septiembre de 2002.
84. Purdon TF, MacLennan A. ACOG Calls for Immediate Reform in Liability Insurance. *Med J Aust* 2002;176:425-8.
85. Lynch CB, Coker A, Dua JA. A clinical analysis of 500 medico-legal claims evaluating the causes and assessing the potential benefit of alternative dispute resolution. *Br J Obstet Gynaecol* Dec 1996;103:1236-42.
86. Primer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1996-Junio 1997.
87. Segundo Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1997-Mayo 1998.
88. Tercer Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1998-Mayo 1999.
89. Cuarto Informe de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Junio 1999-Mayo 2000.
90. Informe Estadístico Comparativo, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Enero-Diciembre 2000. Enero-Diciembre 2001.
91. Informe Anual de Actividades, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2001.
92. Saucedo-González LF, Tinoco-Jaramillo G, Morales-Ramírez JJ. Demandas contra ginecoobstetras en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69(12):487-91.
93. Valdés-Salgado R, Molina-Leza J, Solís-Torres C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Publica Mex* 2001;43(5):444-54.
94. Campos-Castolo EM, Valle-González A. Análisis de veinticinco casos de controversias por atención ginecoobstétrica ante la CONAMED. *Ginec Obst Mex* 2001;69:57-64.
95. Morales-Ramírez JJ, Saucedo-González LF. La mayoría de las quejas por atención ginecológica y obstétrica se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables. *Ginec Obstet Mex* 2001;69:108-117.
96. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Saf Health Care* 2002;11:340-4.
97. Stone T, Mantese A. Conflicting values and the patient provider relationship in managed care. *J Health Care Finance* 1999;26(1):48-62.
98. Pérez-Tamayo R. La estructura de la práctica médica actual. En: Rivero-Serrano O (coord). *El ejercicio actual de la medicina*. Siglo XXI editores. México 2000.
99. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 5 May 2001;322:1073-4.
100. Lifshitz A. El significado actual de "primum non nocere". Seminario sobre el Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina. Disponible en: URL: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/junio_2k2.pdf.
101. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención en los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):3-12.
102. Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud. 2ª ed. México: julio 2001.
103. Institute of Medicine (USA). Disponible en: URL: <http://www.iom.edu>.
104. González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cir Esp* 2001;69:591-603.
105. Johnson KD. Malpractice in Obstetrics. *Int J Gyn Obstet* 2001;2530(8):4391-455. Disponible en: URL: <http://www.medical-library.org/index.htm>.
106. Rubsamen DS. Doctors and Malpractice: Some Parting Thoughts. *Phys Finan News* 2002;20(4):22-24. Comentado en: *Medscape Reviews* 2002. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/430642>.
107. Ward CJ. Analysis of 500 malpractice claims: Causes and Prevention. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:298-306.
108. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación (México), 14 de septiembre de 1999.
109. Impey L, Reynolds M, MacQuillan K, Gates S, Murphy SO. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:465-70.
110. Goley RB, Kearney P. Malpractice losses in obstetrics. A review of claims. *N J Med* 2002;99(12):7.
111. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Editorial Médica Panamericana. 8ª ed. México, 2000.
112. American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine. Medical professionalism in the New Millennium: a Physician Charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
113. Declaración de Ginebra. 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial de Ginebra, Suiza, septiembre 1948, y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial de Sydney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial de Venecia, Italia, octubre 1983, y la 46ª Asamblea General de la AMM de Estocolmo, Suecia, septiembre 1994.
114. Jinich H. El paciente y su médico. 1ª ed. México: UNAM-JGH editores, 1997;p:82.