

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y MANEJO DE RIESGOS EN OBSTETRICIA

Dr. Fabián Vítolo NOBLE S. A. ®

Introducción

Las demandas por responsabilidad profesional en obstetricia ocupan el primer lugar en la Argentina y en el resto del mundo, tanto por frecuencia como por montos demandados. De acuerdo al American College of Obstetricians and Gynecologists de los Estados Unidos, cerca del 80% de los tocoginecólogos fueron demandados al menos una vez, y el 25% de los mismos fueron llevados ante los tribunales cuatro o más veces. Esto ha determinado que en muchos Estados de dicho país, un porcentaje elevado de estos especialistas (cerca al 15%) hayan dejado de practicar la obstetricia, dedicándose exclusivamente a la ginecología clínica. (1)

En Gran Bretaña, los reclamos obstétricos representan el 27% de las demandas a profesionales e instituciones de salud y se llevan más del 70% de los costos asociados a juicios por responsabilidad profesional. (2)

En nuestro país, los obstetras también lideran el ranking de demandas. Según distintas estadísticas publicadas (3) (4), cerca del 25% de los casos judiciales por responsabilidad profesional se originan en daños al recién nacido o a la madre, atribuidos por los demandantes a un mal manejo por parte de los profesionales de las circunstancias que rodearon al nacimiento.

Las defensas y cierres de estos casos suelen ser más complejas y costosas que en otras especialidades, y el porcentaje de fallos condenatorios también supera la media. Ante un niño con daño neurológico permanente, los montos demandados se aproximan generalmente a los dos millones de pesos. No siempre los casos se cierran en estos montos, pero en algunas ocasiones las sentencias no suelen ser benévolas. Veamos algunos ejemplos de indemnizaciones por parálisis cerebrales establecidas en fallos de Cámara en nuestro país, extraídos del Sistema de Cuantificación de Daños de la Justicia Nacional (5):

Caso 1

Daño cerebral irreversible producido por asfixia perinatal durante la atención del parto. Parálisis cerebral. No sostiene la cabeza, no se sienta ni se para. De por vida no tendrá control de esfínteres y requerirá cuidados y atenciones permanentes. Fallo de la Cámara Nacional en lo Civil. Sala I
Fecha del hecho: 27 de octubre de 1989
Fecha de la demanda: 28 de octubre de 1991
Fecha de sentencia de cámara: 5 de octubre de 2001

Incapacidad sobreviviente:	\$252.000
Incapacidad psíquica:	\$30.000
Perjuicio estético:	\$0
Gasto médico futuro:	\$120.000
Daño moral:	\$200.000
Total:	\$602.000

El monto por gasto médico futuro comprende: \$12.000 por tratamiento en ALPI (no apelado) y \$100.000 por terapias multidisciplinarias (fonoaudiología, psicomotricidad, etc.) Como puede observarse, estos procesos suelen ser muy largos. Entre el inicio de la demanda y la sentencia condenatoria pasaron 10 años, por lo que al monto establecido deben sumarse los intereses y costas del período, lo que determina desembolsos que superan muchas veces el millón de pesos.

Caso 2

Lesiones neurológicas graves debido a asfixia intraparto. Parálisis cerebral severa. Necesidad de tratamiento de por vida (neurológico, pediátrico, psicológico, ortopédico, etc.) Fallo de la Cámara Nacional en lo Civil. Sala H B., C c/CYMSA
Fecha del hecho: 20 de abril de 1995
Fecha de sentencia de Cámara: 8 de octubre de 2003

Incapacidad sobreviniente:	\$826.000
Incapacidad psíquica:	\$0
Perjuicio estético:	\$0
Gasto médico futuro:	\$580.000
Daño moral:	\$200.000
Total:	\$1.606.000

También en este caso deben sumarse los intereses y costas de 8 años de proceso.

En muchos de los casos obstétricos, la documentación y la comunicación de los eventos del trabajo de parto y del nacimiento tienen un papel tan decisivo como la calidad de la atención brindada.

¿Por qué las demandas son tan frecuentes en obstetricia?

Claramente, la atención de la mujer embarazada expone a los profesionales a las altas expectativas y emociones de los padres. La mayoría de las pacientes que se embarazan son sanas y nadie espera que algo pueda salir mal. Es por ello relativamente frecuente que ante daños imprevistos los familiares suelen asignar culpas y buscar compensación, aún cuando la atención brindada se encuentre dentro de los estándares de práctica aceptados.

Por otra parte, el riesgo en obstetricia se duplica, ya que existe la posibilidad de daños y secuelas tanto en la madre como en el recién nacido, ambos con expectativas de vida de muchos años. En el caso de bebés con secuelas neurológicas, los gastos a futuro son también cada vez mayores, lo que explica en cierto modo los importantes montos de demandas y de sentencias.

Una interesante encuesta preguntó a un grupo de 127 familias con casos cerrados de malas praxis obstétricas por qué habían demandado. Las principales causas fueron (6):

- Por consejo de alguien de confianza (generalmente médico)
- Percepción de que fueron engañados o que hubo encubrimiento
- Deseos de mayor información
- Necesidad de dinero para la atención del bebé dañado.
- Reconocimiento de que su hijo no tendrá futuro y deseos de revancha o de proteger a otros del daño.

Los diferentes estudios coinciden en que, si bien

se esgrimen numerosas razones para demandar a los obstetras, los problemas de comunicación son una constante, demostrando que los profesionales tienen mucho que aprender acerca de lo que sus pacientes desean saber y de la mejor forma de transmitir esa información en forma efectiva.

Problemas de comunicación

a) Las Guardias Pasivas

Las emergencias son frecuentes en la práctica de la obstetricia. Cuando una embarazada se presenta a una guardia, se debe transmitir información crítica en forma rápida y precisa. Muchas instituciones que atienden partos carecen de médicos obstetras de guardia activa, siendo las obstétricas o bien los médicos de guardia los responsables de contactar al tocoginecólogo ante un trabajo de parto. Otras veces, las instituciones cuentan con guardias activas de estos profesionales pero, ante una urgencia, los mismos suelen carecer de los antecedentes del embarazo que ha seguido otro colega. A esto se suma la necesidad de contactar en muchos casos a anestesistas que tampoco se encuentran en las instituciones. No llama entonces la atención que muchos casos se originen en las fallas para establecer y utilizar los canales de información, en la falta de supervisión o en la falta de respuesta en tiempo y forma de los profesionales ante un trabajo de parto que se complicó.

Los peritos en general coinciden en que **en la inmensa mayoría de las demandas por “sufrimiento fetal agudo” la ausencia del médico obstetra o anestesiólogo (guardia pasiva) tuvo un papel significativo.** La ausencia del obstetra durante el trabajo de parto y su reemplazo por obstétricas y en algunos casos por médicos generalistas podría significar un control inadecuado del trabajo de parto.

El tema del obstetra y el anestesista de guardia activa o de presencia inmediata garantizada merece considerarse a la luz de los siguientes argumentos: (4)

Es cierto que la gran mayoría de los embarazos finaliza en un parto eutócico, como también es cierto que la caracterización de un embarazo como de alto riesgo ha permitido prever la terminación del embarazo con la presencia de un equipo perinatal que incluye al anestesista, pero ¿qué sucede cuando el sufrimiento fetal agudo se instala durante el trabajo de parto de una paciente sin antecedentes que lo hagan previsible? Dos posturas encontradas se suscitan al respecto:

La de todos los obstetras que sostienen que dicho evento es un accidente imprevisto del parto

La de muchos jueces, que invocando el Art. 902 determinan que siendo una complicación posible es deber del obstetra prever el accidente y por lo tanto contar con un anestesista disponible en forma inmediata: *"Cuanto mayor sea el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la responsabilidad que resulte de las consecuencias posibles de los hechos"*. En otras palabras, la tendencia actual de la justicia es considerar responsable al obstetra (y a la Institución) por no realizar la previsión necesaria para responder a las contingencias del trabajo de parto y en el marco de esta visión de la justicia sobre el trabajo del obstetra, la presencia de un médico anestesista parece transformarse en un requisito tan importante como contar con un quirófano habilitado, un banco de sangre o la presencia de un médico neonatólogo.

Dado el clima actual las instituciones deben estar preparadas para resolver emergencias en minutos, y ello es poco probable si el obstetra y el anestesista se encuentran de pasiva. Veamos qué nos dice la jurisprudencia:

"Al margen entonces de que existiera o no obligación reglamentaria de mantener un profesional de la especialidad en la guardia del nosocomio, lo probado e indiscutible, es que si se hubiera hecho presente en el crítico momento en que hacía falta, probablemente el daño no se hubiera producido. Sobre todo si se tiene en cuenta que la internación de la parturienta venía de las primeras horas del día 25 de octubre de 1998"

"...la terminación del parto debió efectuarse, máximo a los quince minutos de pedir el anestesista, de esa manera se hubiera evitado un sufrimiento fetal agudo o sub-agudo, con la consecuente lesión cerebral de extrema gravedad"

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala B(CNCiv)(SalaB) 04/02/2005 G., A. W. c. Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficencia y otros

"La ausencia durante el parto de un médico obstetra –sólo cumplía guardia pasiva y concurría si se lo llamaba- que hizo que la partera tuviera que resolver por sí sola una situación que excedió la de un parto normal, y por lo tanto sus atribuciones profesionales, determina una responsabilidad clara de la institución médica, por asistencia inadecuada e incompleta que

impidió afrontar una contingencia que, aunque no frecuente, no era imprevisible."

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal. Sala I 1995/08/31. F.M c Inst. Nac. De Obras Sociales y otros. LA LEY; 1997- A 354 (39206-S) DJ, 1997-1-730, SJ.1282

Independientemente de que el obstetra y el anestesista se encuentren de activa o no, lo concreto es que las instituciones en donde se realizan partos (sin importar el volumen que manejen) estén en condiciones de responder en minutos ante contingencias que son esperables en la práctica obstétrica (ej. prociencia de cordón). El no hacerlo expone penalmente al Director y civilmente a la Institución por cifras millonarias que muchas veces exceden las sumas aseguradas contratadas.

b) El Consentimiento Informado

Otro aspecto de la atención obstétrica que subyace en muchas demandas es la falta de información que posee la futura madre respecto de las situaciones que podrían generar complicaciones en la evolución del embarazo y del parto. En general, aún no se han elaborado cartillas informativas de forma tal que, evitando una innecesaria preocupación de la paciente, le aporten información clara acerca de la probable evolución del embarazo y de los riesgos inherentes al mismo.

La presentación de formularios de consentimiento informado durante el embarazo y previos a la atención del parto podría quizás ser una alternativa, de forma tal que exista una documentación fiel del diálogo que genera una buena relación médico-paciente, con la debida explicación de las características del esquema diagnóstico y terapéutico por ser aplicado. Estos modelos de consentimiento son importantes porque el concepto de que el embarazo y el parto son situaciones donde el resultado debe ser siempre el ideal pide que no se presenten complicaciones, y así se estaría erróneamente esperando de la atención obstétrica una garantía de resultado.

Problemas de documentación

a) Falta de los antecedentes y controles prenatales en la historia de internación

La defensa de casos de responsabilidad profesional por daños ocasionados a la madre o al recién nacido en circunstancias que rodearon al parto suele basarse en la historia de internación. En muchos casos no figuran en esta historia los antecedentes del embarazo y los controles prenatales. Se pierden de esta forma datos que pueden ser relevantes, no sólo para la atención de urgencia por profesionales que no han seguido el embarazo, sino también para las pericias médicas en casos de conflicto.

Muchos Servicios de Obstetricia han adoptado con algunas o ninguna modificación el "carnet prenatal" sugerido por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología). Si bien su presencia en la historia de internación representa un avance frente a la carencia absoluta de datos, cada vez son más los legistas que comienzan a cuestionar si este modelo contiene los datos suficientes para que el médico actuante consigne fehacientemente su accionar.

Si bien el modelo referido resulta práctico para su confección, permite una fácil obtención de datos estadísticos y facilita el traslado de la documentación, suele carecer del espacio suficiente para que se consignen los eventos que pueden surgir como complicaciones durante la gestación. La sola mención del examen físico como normal o anormal resulta claramente insuficiente a la hora de demostrar que la mujer ha sido sometida a un examen físico completo y adecuado. Si se quiere estar bien posicionado ante eventuales reclamos, el profesional debería considerar al carnet como la información mínima indispensable que se exigirá en un juicio, no limitando su documentación de la atención del embarazo y de los controles prenatales a este carnet, agregando las hojas que deba agregar para aportar una historia prenatal que, sin ser engorrosa en su confección, vuelque con mayores precisiones el resultado de su accionar. Toda esta información además de estar en manos de la paciente debe quedar en la institución en donde se atendió el parto.

b) Falta de Partograma

La mayoría de las demandas en obstetricia se fundamentan en daños atribuidos a un mal manejo de circunstancias ocurridas durante el

trabajo de parto. Lamentablemente, los peritos de NOBLE en esta especialidad continúan observando deficiencias notorias en la documentación de esta etapa, dificultándose la defensa de casos generalmente millonarios cuando hay daño neurológico al recién nacido.

Es muy común que los motivos de las decisiones médicas no se encuentren explicitadas en la historia clínica, por ej: "Se decide cesárea". ¿Por qué se llegó a esta indicación? ¿a qué hora se decidió la conducta? ¿Cuánto se tardó desde la toma de decisión?

Observan también nuestros especialistas que en muchos casos se realizan estudios complementarios (monitoreo, ecografía) o se administran drogas (ocitóticos, hipotensores) sin que se consigne en forma clara en la historia clínica sus motivos, la hora de realización y los resultados obtenidos. La pobre documentación de estos hechos dificulta la defensa y juega en contra de la presunción de inocencia del médico actuante.

En muchas instituciones de nuestro país, se siguen utilizando para la documentación obstétrica modelos de historia clínica genéricos con texto libre, en donde no se documenta siempre la hora de ingreso y el registro queda librado a la discrecionalidad del profesional, lo que suele derivar en historias clínicas muy insuficientes para articular una defensa. **Un caso de parálisis cerebral es casi indefendible hoy en día sin un adecuado registro del partograma.** Es recomendable entonces desarrollar una hoja especial con ítems predeterminados que deban ser completados en todos los casos: Controles Maternos (FC, TA; Posición); Contractilidad Uterina (Frecuencia, duración intensidad y tono); Frecuencia Cardíaca Fetal (frecuencia entre contracciones, bradicardia asociada con contracciones); Características del Cérvix (borramiento, dilatación); Estado de las Membranas Oculares; Presentación (variedad, plano), Drogas (nombre, dosis, vía). **En el apéndice 1 de este artículo encontrará un modelo sugerido de controles en el período dilatante.**

Otros profesionales prefieren la representación gráfica del trabajo de parto y la utilización de curvas de alerta. Según muchos especialistas, ésta sería la forma más adecuada de vigilar este fenómeno complejo ya que el tacto aislado y estático no brinda la visión de conjunto demostrable por una curva. No es de extrañar que la confección de este registro sea considerada por muchos legistas el estándar esperable de un médico prudente, diligente y perito. El modelo más utilizado es el del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en donde se incluyen valores de progresión preestablecidos para diferentes condiciones maternas y obstétricas garantizando un sistema de trabajo más fácil y seguro.

Sometido a la pregunta de un juez con respecto a la frecuencia con que deben realizarse los controles maternos y fetales habituales es muy probable que un perito especializado informe que los mismos **deben realizarse, y por ende registrarse, una vez por hora al comienzo del período dilatante, cada media hora a partir de los 5-6 cm de dilatación cervical y cada 15 minutos en el período expulsivo.**(4) Aún cuando no hay un consenso claro acerca de esta frecuencia ni estudios que demuestren la utilidad de este esquema, muchos autores lo sostienen y sin duda su registro (o la falta del mismo) serán temas relevantes en un juicio por responsabilidad profesional. También puede ser importante el registro de la hora de ruptura de membranas cuando se discuten infecciones neonatales. Independientemente de esta norma general, el obstetra no debería restringirse a estos intervalos ante eventos imprevistos que modifiquen el desarrollo normal del trabajo de parto.

Con respecto al monitoreo fetal electrónico (sea éste al inicio, continuo o intermitente), se debe prestar especial atención a la configuración o "seteo" de la fecha y hora del aparato, ya que en algunos juicios se ha observado que el horario del trazado del monitoreo no coincidía con la hora real, lo cual trajo grandes problemas a la defensa.

c) Falta de documentación de las características de la placenta y el cordón

Uno de los puntos centrales de las pericias en los casos de recién nacidos con lesiones neurológicas es la determinación del momento en el que se produjo el daño. Lamentablemente, la

mayoría de las veces se descarta la más importante pieza de evidencia para la defensa. La placenta es considerada unánimemente como el diario de la vida gestacional. Su examen puede aportar la evidencia que se necesita para determinar la causa biológica de una anomalía prenatal o del desarrollo. La patología placentaria permite en muchas ocasiones establecer con exactitud la causa del problema, como pueden ser infartos o infecciones virales. De esta forma, lesiones que parecían relacionadas con el nacimiento pueden rastrearse hasta encontrar su origen en problemas ocurridos precozmente en la vida fetal. La anatomía patológica es también una buena herramienta para explicar la falta de progreso durante el trabajo de parto, siendo instrumental a la defensa de casos de mala praxis relacionados con una mala evolución del recién nacido.

Se estima que la anatomía patológica de la placenta es obtenida en menos del 15% de los casos de los que debería (7). No todas las placentas deben ser analizadas por un patólogo, si bien algunos expertos lo han propuesto. La lógica necesidad de controlar costos y las dificultades logísticas determinan que dicha práctica no sea costo efectiva y en general no es recomendada. Sin embargo, hay coincidencia generalizada en que el médico obstetra debe realizar en todos los casos un análisis macroscópico general, documentarlo adecuadamente y hacer un triage, sobre bases establecidas, para determinar qué placentas deberán enviarse a patología para un examen más exhaustivo (8)(microscópico, bacteriológico, etc). Esto no significa una gran carga de trabajo adicional, ya que el examen de la placenta normal y el de la mayoría de las anormales puede ser realizado por profesionales experimentados en un minuto. La documentación de este análisis macroscópico es fundamental, independientemente de que la placenta sea o no enviada al patólogo. **En el Apéndice 2 de este artículo encontrará un modelo de ficha a completar en todos los casos.** Si la muestra es derivada para mayor análisis, dicha ficha debe acompañarla junto con datos clínicos de la paciente que orienten mejor al patólogo.

d) Falta de documentación en el puerperio inmediato

En el caso de daños maternos post-parto, muchos reclamos se tornan indefendibles por no poder acreditar un adecuado seguimiento en el puerperio inmediato. Muchas veces la próxima evolución de un profesional en la historia clínica se produce varias horas después de la salida del paciente de la sala de partos o del quirófano. Se generan entonces baches en la documentación que, en los casos legales, suelen ser llenados por dichos de los familiares. En estas situaciones, cuando los pacientes se complican luego de un parto o cesárea, es frecuente que se escriban evoluciones como la siguiente:

“Mientras la paciente estaba siendo controlado en sala, se constata depresión respiratoria seguida de paro, instaurándose medidas de resucitación, etc, etc.” La pregunta que surgirá en un juicio es obvia: ¿Qué parámetros y con qué frecuencia se controlaban? ¿Quién los controlaba? Es en estos casos en los cuales un solo registro del estado del paciente al finalizar el parto o cesárea aparecerá como insuficiente.

Las graves complicaciones a la que se expone la madre durante las primeras horas (hemorragias, embolias, sepsis, etc) obligan a un monitoreo y vigilancia estrechos durante las primeras 6 horas del postparto, obligando a chequear (y registrar) los signos vitales, el sangrado vaginal y el estado del útero con una frecuencia estandarizada, **recomendando cada 15 minutos durante las primeras dos horas, cada 30 minutos la siguiente hora y luego cada hora durante tres horas hasta completar las seis horas sugeridas. Luego controles habituales por turno de enfermería.**

Principales causas de demandas

a) Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral (PC) representa un desafío para la defensa en los casos de responsabilidad profesional, sobre todo cuando se tiene en cuenta la relativamente alta frecuencia de esta patología. La PC es la incapacidad física más frecuente en la infancia y puede ser muy severa.. Afecta del 2 a 2,5 por mil niños nacidos vivos por año. A los 5 años, la mitad de ellos padecerán un grado moderado o severo de la misma. En la Argentina, esta incidencia representa alrededor de 1500 nuevos casos por año. (9)

La parálisis cerebral es un término utilizado para describir diferentes síndromes de incapacidad física. Los niños afectados presentan un control anormal del movimiento y la postura por una alteración del desarrollo cerebral. Se manifiesta en los primeros años y no es progresiva. Aquellos más afectados padecen retraso intelectual, epilepsia y problemas visuales o auditivos.

Pese a que la etiología de la mayoría de los casos de parálisis cerebral continúa desconocida y todavía se discuten las probables causas, la mayoría de la sociedad (entre ella los padres) considera erróneamente (9) que:

- a) La asfixia intraparto es la principal –cuando no la única- causa de parálisis cerebral
- b) El cuidado adecuado perinatal sería siempre capaz de prevenir esta asfixia y por lo tanto la parálisis cerebral que sería su consecuencia.

Ambos conceptos han quedado desvirtuados por la evidencia médica:

1. Muchos de los casos diagnosticados como asfixia perinatal no van seguidos de parálisis cerebral y la mayoría de las parálisis cerebrales no están asociadas con una asfixia severa intraparto.
2. Pese a las mejoras en la calidad del cuidado perinatal y un aumento en el porcentaje de cesáreas, las tasas de parálisis cerebral han permanecido estables en los últimos 40 años.

Dado lo arraigado de los conceptos anteriores, no llama la atención que el sufrimiento fetal agudo (expresión que engloba un sinnúmero de situaciones obstétricas en donde el denominador común es la asfixia fetal) sea el responsable de más del 50% de las demandas en obstetricia. (10)

Por ello, resulta vital que ante un cuadro de asfixia fetal con parálisis cerebral, la defensa cuente con elementos en la historia clínica que permitan establecer otras posibles causas del daño a partir de los antecedentes de la madre y del embarazo: problemas genéticos, infertilidad previa y algunos aspectos vinculados al tratamiento, infecciones intrauterinas (citomegalovirus, rubeola, toxoplasmosis), exposición a sustancias químicas como el metil mercurio, problemas placentarios (infecciones, hemorragias, insuficiencia), enfermedades tiroideas, trauma físico abdominal, etc.

b) Parálisis braquial asociada a distocia de hombros

También en estos casos la defensa debe lidiar con el concepto erróneo pero muy arraigado de que el daño del plexo braquial es únicamente el resultado de la excesiva tracción lateral de la cabeza fetal en la última etapa del parto, es decir en el período expulsivo, mecanismo producido generalmente cuando se produce una distocia de hombro. (11)

La mayoría de los casos que llegan a los estrados judiciales, fundamentan su argumento en un mal accionar del profesional médico, debido a maniobras bruscas o inadecuadas que producirían este tipo de lesiones en el recién nacido. Sin embargo, son numerosos los trabajos científicos que demuestran que la parálisis del plexo braquial no siempre se asocia a un parto dificultoso ni a maniobras incorrectas por parte del profesional interviniente. De hecho, hay casos de parálisis del plexo braquial sin distocia de hombros, sin tracción y hasta en nacimientos por cesáreas (12).

Justo también es reconocer que, si bien hay consenso acerca de que aproximadamente la mitad de los neonatos con distocia de hombros pesan menos de 4 kg al nacer (13), la mayoría de las demandas por distocia de hombros llegadas a NOBLE se asociaron con macrosomía fetal. Nuestros peritos han observado que en un gran número de casos la macrosomía fetal fue incorrectamente ponderada, ya sea por deficiencias en el control prenatal o bien porque el obstetra que atendió el parto no era el mismo que siguió el embarazo y carecía de los antecedentes obstétricos.

En estos casos, la defensa se ve muy dificultada si no pueden acreditarse por medio de la historia clínica cuestiones muy concretas tales como la valoración clínica y ecográfica de la macrosomía fetal, la realización de una pelvimetría apropiada y la correcta evaluación de los antecedentes clínico-obstétricos en cada caso en particular. Ambas variables (peso fetal estimado y pelvimetría) deben ser valoradas en conjunto. En el caso de que los antecedentes o características materno-fetales hagan sospechar al obstetra la posibilidad de una distocia, se debería dejar reflejado en la documentación la toma de conciencia del problema, la información brindada a la paciente, las alternativas discutidas y el plan a seguir. Dicho plan debería ser comunicado efectivamente a los profesionales que eventualmente puedan llegar a atender el parto

(miembros del equipo, obstetras de guardia, etc.).

c) Endometritis puerperal

La infecciones maternas post-parto y sus consecuencias (histerectomías, raspados, sepsis) son otras causas estadísticamente significativas de demandas a médicos obstetras. Los reclamos en general se basan en los efectos sobre la futura fertilidad de la paciente. El análisis de las causas permite establecer ciertos parámetros comunes a la mayoría de los casos (4):

- Insuficiente control del puerperio (alta precoz)
- Ausencia de signos vitales debidamente consignados en la historia clínica.
- Relativización de la hipertermia y de la taquicardia como signos precoces de infección puerperal
- Insuficiente valoración de los factores de riesgo para el desarrollo de endometritis (flujo abundante, tactos reiterados, infección urinaria, etc.
- Falta de valoración y documentación de antecedentes personales que aumentan el riesgo (enfermedades de transmisión sexual, desnutrición, anemia e insuficiente control prenatal).

RIESGO EN OBSTETRICIA

Resumen de Recomendaciones

Trate de mantener a ultranza una adecuada relación médico-paciente/familia que evite una situación de insatisfacción no relacionada con el acto médico.

Desarrolle un adecuado proceso de consentimiento informado. Sin generar una innecesaria preocupación, informe a la paciente acerca de la probable evolución del embarazo, de los riesgos inherentes al mismo y de las precauciones que se deben tomar para evitarlos. Documentelo en un formulario específicamente diseñado para partos y cesáreas.

A nivel institucional, independientemente de que las guardias sean activas o pasivas, se debe estar en condiciones de responder en forma adecuada ante una emergencia obstétrica en tiempo y forma (minutos, y siempre dentro de la primera media hora)

Documente siempre los antecedentes maternos y los controles prenatales en la historia de internación.

Confeccione adecuadamente el partograma. No utilice texto libre (salvo para comentarios). Utilice una herramienta de documentación estructurada y no olvide registrar todos los parámetros solicitados con la frecuencia necesaria en el período dilatante.

Asegúrese en los casos de monitoreo fetal electrónico el adecuado registro horario.

Documente claramente los motivos de las decisiones médicas (utilización de ocitócicos, hipotensores, necesidad de cesárea, etc)

Documente claramente la ponderación clínica y ecográfica del peso fetal y la pelvimetría. Ante una posibilidad de distocia de hombros, concientice a la paciente, discuta un plan y garantícese que este plan sea conocido no sólo por ella, sino también por quienes eventualmente puedan llegar a tener que atender ese parto aparte de usted.

Documente en todos los casos el aspecto macroscópico de la placenta y del cordón umbilical

Desarrolle criterios institucionales para la obtención de la anatomía patológica de la placenta. Siempre debería solicitarse en neonatos con algún tipo de daño.

Asegure la obtención de gases en sangre de los recién nacidos con distress postparto

Asegure la realización de métodos radiológicos de diagnóstico cerebral en los pacientes con depresión al nacer.

Establezca controles reglados en el puerperio inmediato. Documente con frecuencia los signos vitales.

Documente los factores de riesgo para el desarrollo de endometritis. Entregue pautas de alarma a las pacientes en el momento del alta haciendo especial hincapié en el control de la temperatura.

BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Professional liability and its effects: Report of a 1992 survey of ACOG's membership. Washington DC: ACOG 1992.
2. Sanderson, M. Clinical Risk, Vol 4 N° 2. March 1998. P. 35-36
3. Rev. Estrategas. Especialidades más demandadas. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Junio 1998.
4. Fondo de Resguardo Profesional. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito III. Manual de Prevención del Riesgo Médico Legal. Capítulo 1. Aspectos Médico-Legales.
5. Sistema de Cuantificación de Daños. Proyectos Informáticos (CNAC). Fichas 10499 y 9887.
6. Hickson GB, et al. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries (JAMA 1992 Mar 11; 267(10) 1359-63
7. First Professionals Insurance Company. Indications for Placental Examination Preventive Action & Loss Reduction Plan. 2004.
8. College of American Pathologists Conference XIX on the Examination of the Placenta: Report of the Working Group on Indications for Placental Examination. 1997
9. Consenso sobre Parálisis Cerebral. Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FASGO). XXXVII Reunión Anual. Mendoza, Septiembre 2001.
10. Experiencia NOBLE Aseguradora de Responsabilidad Profesional.
11. Schiavo Horacio A. Banti Enrique N. Aspectos Medicolegales de la Parálisis Braquial en Obstetricia. Cuadernos de Medicina Forense. Año 3-Nº2 (29-33).
12. Gherman R., Goodwin T. Brachial plexos palsy associated with cesarean section: an in ut injury? Am J Obstet and Gynecology 1997, 177(5): 1162-4
13. Consenso sobre Distocia de Hombros. Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FASGO).

APÉNDICE 1. MODELO DE FICHA DE CONTROLES EN EL PERÍODO DILATANTE.

FECHA		CONTROLES DEL PERIODO DILATANTE											
Hora													
Responsable													
CONTROLES MATEERNOS	Frecuencia cardiaca												
	Tensión arterial												
	Posición												
CONTRACTILIDAD UTERINA	Frecuencia (en 10 mn.)												
	Duración												
	Intensidad												
	Tono												
FCF	Frecuencia entre cont. Bricardia asociada con Contracciones												
CARACT. DEL CERV.	Borramiento												
	Dilatación												
MEMBRANAS OVULAR	Estado membranas												
	Líquido amniótico												
PRESENTACION	Present/variedad												
	Plano												
DROGAS	Nombre												
	Dosis / Vía												
Observaciones: (preceder cada una por la fecha y la hora)													

EXAMEN MACROSCOPICO DE LA PLACENTA –CORDON Y MEMBRANAS

de la Paciente _____ Nombre Recién Nacido _____
Gestas: _____ Partos _____ Abortos: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad Gestacional: _____ Hora del nacimiento: _____
Peso Recién Nacido: _____ Hora del alumbramiento: _____
Apgar: 1 min: _____ 5 min: _____ Fecha de examen: _____

PLACENTA

Color: Azul-grisáceo Verde Otro
Tamaño: cm (largo) _____ cm (ancho) _____ cm (grosor) _____
Amnios Nodoso: Presente Ausente
Quistes: Presentes Localización _____ Tamaño: _____
 Ausentes
Forma: Completa Succenturiada Bilobulada
Hemorragia: No Reciente Antigua Superficie Vol. Aprox.
Infartos visibles en el piso materno: % de la superficie: _____
Nacimientos múltiples: Fusionadas Anastomosis Vasculares
Descripción de la superficie fetal: _____
Descripción de la superficie materna: _____

CORDÓN

Longitud: _____ Diámetro: _____
Inserción: Excéntrica Central Marginal Velamentosa
Número aparente de vasos: _____
Nudos Verdaderos: Presentes Ausentes

MEMBRANAS

Color: Azul grisáceo Verde Verde amarronado
Inserción de membranas en la placenta: Marginal Circumarginal Circunvalar
Amnios nodoso: Presente Ausente
Quistes: Presentes Localización _____ Tamaño _____
Punto de ruptura: _____ cm del margen