



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Monografía para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

**El Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico Legal en casos de presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas.
Instituto de Medicina Legal. 2005-2013.**

Autores:

Br. Fernanda Karina Bravo López.

Br. Josué Eli González Gurdián.

Br. Oscar Ramón Bravo López.

Tutor Científico y Metodológico:

Dr. Oscar Antonio Bravo Flores.

Médico Forense y Msc. en Salud Pública

Managua, Nicaragua

Noviembre, 2014.



DEDICATORIA

Dedicado a Dios por habernos dado la vida, y a nuestros padres quienes nos han apoyado incondicionalmente en nuestros estudios y en todo momento de nuestras vidas.

Br. Fernanda Karina Bravo López

Br. Josué González Gurdían

Br. Oscar Ramón Bravo López



AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por habernos dado la vida, la sabiduría y el amor por la Ciencia.

A nuestras Familia: Por su apoyo incondicional en cada momento.

A nuestro Tutor: Dr. Oscar Bravo Flores, en especial, por su apoyo y dedicación en esta tesis monográfica.

Al Dr. José de los Ángeles Méndez: Por sus conocimientos y el aporte en el área de Ginecología y Obstetricia.

Al Dr. Julio Piura: Por su aporte en el área de Metodología de esta investigación.

Al Dr. Santiago Alberto Tórrez Q. E.P. D: Por su valioso aporte metodológico a la revisión de esta tesis monográfica.

A Nuestros Maestros: Por todos los que contribuyeron en nuestro crecimiento Personal y Profesional en cada una de las rotaciones, cada uno a su manera; mas que supervisores fueron Maestros. Gracias por el estímulo para aprender, y para hacer cada día mejor las cosas.

Al Instituto de Medicina Legal: Por permitirnos la realización de esta investigación y apoyarnos en todo el proceso.



Managua 07 de Noviembre del 2014

Dr. Fredy Maynard

Decano

Facultad de Medicina-UNAN-Managua

Referente: OPINIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo de investigación **“El Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico Legal en casos de presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas. Instituto de Medicina Legal. 2005-2013.”** Realizado por los Bachilleres: Fernanda Karina Bravo López, Josué Elí González Gurdíán y Oscar Ramón Bravo López, es el primer estudio médico-legal que se realiza en el ámbito nacional que enfoca aspectos vinculados al Derecho Médico y las diferentes formas de Responsabilidad Médica (Mal praxis) por las que el profesional de la salud puede ser objeto de denuncia ó demanda judicial en el ejercicio de la profesión. El estudio se enfoca en la especialidad de Ginecosectricia, específicamente en casos relacionados con muertes Maternas. El peritaje médico legal lo realizan médicos Forenses del Instituto de Medicina Legal, siendo este el procedimiento evaluativo que permitió escrutar cada uno de los expedientes clínicos, aportando la información necesaria a través de los registros médicos y notas de evolución, dando los insumos necesarios para elaborar el dictamen médico legal, considerado este como prueba científica para esclarecer el hecho investigado. Se aborda aspectos relacionados con el cumplimiento de las normativas que regulan el ejercicio de la profesión médica, estandarización del expediente clínico, como también si el manejo y actuar del médico se corresponde a lo establecido en los manuales y protocolos de atención específica de la especialidad. El dictamen médico legal constituye la fuente de información que permitió cumplir con los objetivos del estudio y resaltar a través de las variables los resultados obtenidos, que mas allá de reflejar datos estadísticos, se demuestra de forma irrefutable que el Expediente Clínico constituye la fuente y referencia más inmediata y objetiva para investigar y establecer niveles de calidad en la prestación de servicio de salud. Los resultados de esta investigación serán de mucha utilidad para estudiantes de Medicina en el proceso de formación, tanto en el nivel de pregrado y postgrado, para los trabajadores de la salud en general para sensibilizar sobre la importancia que tiene el correcto llenado y manejo del expediente clínico como un instrumento que monitorea de forma permanente y sistemática la calidad de la servicios y programas de salud. Finalmente considero que en el presente trabajo se han cumplido todos los procedimientos metodológicos e investigativos establecidos por la Facultad de Medicina de la UNAN Managua.

Dr. Oscar Antonio Bravo Flores

Médico Forense.



RESUMEN

En el presente estudio se aborda la Importancia del Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico Legal en casos de presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas en el Instituto de Medicina Legal en el año 2005 al 1er Semestre del 2013, constituye un trabajo de investigación de tipo Descriptivo de Corte Transversal en el que se propone como objetivo establecer la existencia de Responsabilidad Médica y al mismo tiempo conocer el nivel de calidad en la prestación de servicio de salud a través de la peritación médico legal del Expediente Clínico como prueba documental. La fuente de información del estudio fue necesariamente la revisión del Dictamen Médico Legal de cada uno de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, esto permitió cumplir con los objetivos del estudio; encontrando los siguientes resultados:

El Universo de casos que cumplieron con los criterios de inclusión fue en total 12 casos de la especialidad de Ginecobstetricia vinculados en Muertes Maternas. El estudio revela que en el 83,3 % el Expediente Clínico se encontraba No Estándar tanto en Hospitales Públicos como Privados, incumpliendo con la normativa 004 del MINSA. Un alto porcentaje de los Expedientes Clínicos tenían Historias Clínicas Incompletas y en dos casos No tenían Historia Clínica.

Del 100 % de los casos peritados en el 50% se estableció que hubo Responsabilidad Médica, de los cuales un 50% eran procedentes de Hospitales Públicos y el otro 50% de Hospitales Privados. De los 12 casos peritados 11 Médicos Especialistas en Ginecobstetricia se encontraron involucrados en la denuncia judicial.

Se encontró que 11 de los 12 casos peritados eran embarazos de Alto Riesgo, el mismo número fallecieron por causas obstétricas directas y durante el puerperio; las causas de muertes documentadas en el Dictamen Médico Legal fueron: Atonía Uterina (N=4), Aborto Séptico, Sepsis Puerperal, Eclampsia, Placenta Previa Obstructiva Total, Placenta Previa Sangrante, Sepsis Puerperal por cuerpo extraño Post Cesárea, Embolia de Líquido Amniótico y Neumonía por H1N1, con 1 caso respectivamente.



INDICE

Dedicatoria.-.....	i
Agradecimientos.-.....	ii
Opinión del Tutor.....	iii
Resumen.-.....	iv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V. OBJETIVOS.....	5
VI. MARCO TEÓRICO.....	6
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	66
VIII. RESULTADOS.....	81
IX. DISCUSIÓN.....	87
X. CONCLUSIONES.....	94
XI. RECOMENDACIONES.....	97
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	99
XIII. ANEXOS.....	102



I.- INTRODUCCIÓN

La Responsabilidad Médica es un tema de gran actualidad y uno de los tópicos de mayor desarrollo teórico, que tiene gran repercusión en la salud, tanto en la práctica asistencial como en las economías de las Instituciones. Actualmente con el incremento de quejas y demandas contra los profesionales de la salud, es de vital importancia que tomemos conciencia acerca del valor que adquiere el Expediente Clínico por su naturaleza y por su contenido, ya que permite apreciar de manera clara y concisa el actuar del médico; el Expediente Clínico constituye también una forma de comunicación con el resto del equipo médico que ha estado, está y estará a cargo de la atención del paciente, porque casi siempre es la única vía de comunicación con el resto del personal de salud, que en diferentes momentos y diferentes especialidades suelen atender a un mismo paciente.

En Nicaragua existe el Instituto de Medicina Legal (IML) adscrito a la Corte Suprema de Justicia, tiene como función auxiliar a través de los peritajes médicos legal al Poder Judicial en aras de una correcta Administración de Justicia. En el presente estudio el Dictamen Médico Legal de cada uno de los Expedientes Clínicos fue considerado como pieza de convicción documental de los casos que fueron peritados por Presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas. Constituyó la prueba científica y la única fuente de información que permitió la obtención de datos y registros necesarios que permitieron alcanzar los objetivos de la investigación. En el período que abarca el estudio se peritaron 12 Expedientes Clínicos por presunta Responsabilidad Médica relacionados con Muertes Maternas, resultando que en un 50% de los caso el peritaje forense encontró Responsabilidad Médica, de la misma manera establecen que el tipo Responsabilidad fue por Negligencia ocurriendo la muerte materna en un alto porcentaje en la etapa del puerperio. De la misma manera, el estudio revela que esta incidencia de Responsabilidad Médica vincula unidades de salud hospitalarias privadas y públicas.



II.- ANTECEDENTES

En el áreas de la biblioteca del Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia no se registra ningún estudio sobre Responsabilidad Medica, de igual forma no hay registros en ninguna Facultad de Medicina acreditadas por el Consejo Nacional de Universidades de Nicaragua (CNU) sobre el tema de la Responsabilidad Médica vinculada al ejercicio de la profesión de salud.

El Ministerio de Salud como institución rectora en la prestación y regulación de los servicios y programas de salud a nivel nacional realiza Auditorias Médicas con la finalidad de monitorear el cumplimiento de objetivos, metas y aspectos relacionados con la calidad de la asistencia médica, normativas y protocolos, con mucho énfasis en el contexto e interés Administrativo. El Peritaje Medico Legal que realiza en base a documento (Expediente Clínico) el Instituto de Medicina Legal es de interés y de utilidad exclusivamente Judicial

Los resultados obtenidos de este trabajo son el producto de todo un proceso de revisión y análisis de los Dictámenes Médico Legales, los que constituyen el informe escrito del Peritaje Médico Legal practicado de forma colegiadas a cada Expediente Clínico, en él se dan a conocer los datos e información más relevantes de la relación médico-paciente inscritos en el Expediente Clínico, también se obtienen los registros del actuar y conducta profesional de los médicos especialistas en Ginecobstetricia que han sido demandados judicialmente por presunta Responsabilidad Médica de cada uno de los casos de Muerte Materna, ocurridas en su mayoría durante el periodo del Puerperio.



III.- JUSTIFICACIÓN

El Peritaje Médico Legal en base a documentos (Expediente Clínico) es un procedimiento que establece el código procesal penal en el proceso de investigación de los hechos denunciados relacionados con: Daños, Lesiones y Muerte. Las Muertes Maternas constituyen un problema de Salud Pública cuyas consecuencias afectan a todas las clases sociales. En algunos casos cuando ocurre una de estas muertes se crea un conflicto relacionado con los hechos, circunstancias y personas involucrados en el suceso, por lo cual se hace necesario esclarecer la denuncia. El Dictamen Médico Legal es el resultado del proceso pericial forense, y constituye la prueba científica para esclarecer los hechos y contribuir a una correcta Administración de Justicia en beneficio de la estabilidad de las partes involucradas y las familias, todo esto en aras de la Paz y la Justicia Social.

Es por eso que el presente estudio de investigación constituye un primer abordaje en el campo del derecho médico vinculando esta temática, y servirá como referencia académica para realizar futuras propuestas de mejora en cuanto a:

- Establecer que el Expediente Clínico es una herramienta para valorar niveles de calidad en la prestación de servicios de salud.
- El correcto llenado y estructura de sus componentes es importante como indicador de calidad en la asistencia médica, para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Para motivar y sensibilizar en cuanto al cumplimiento de las normativas y protocolos de manejo médico de las distintas patologías, a fin de contribuir a mejorar los niveles asistenciales y de formación de profesionales de la salud en beneficio de los pacientes y en general a la población.



IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Derecho Médico como una disciplina de las ciencias forense se encarga de establecer el cumplimiento de las normativas y regulaciones del ejercicio de la profesión médica. Una de estas normativas esenciales relacionada con la calidad de la atención es el cumplimiento de la normativa que oriente la creación, estructuración, llenado y manejo del Expediente Clínico, que representa un fundamento determinante como evidencia en el Peritaje Médico Legal en los casos de demanda por presunta Responsabilidad Médica.

La Salud Materna es uno de los tópicos más estudiados dentro del campo de la medicina por su gran impacto en la sociedad y en la salud pública. A pesar de los avances en la medicina en el campo de Obstetricia y de los esfuerzos que realiza Ministerio de Salud (MINSA) estableciendo y monitoreando las normativas y los protocolos de actuación en el abordaje de las pacientes en sus distintos periodos del embarazo, todo esto con el fin de prevenir y disminuir la morbi-mortalidad materna, aún así existe una gran incidencia de casos en donde se presume y se denuncia la existencia de Responsabilidad por parte del médico. Esta problemática justifica legalmente la actuación del Instituto de Medicina Legal como un operador de justicia en el proceso de investigación, utilizando el Expediente Clínico como única prueba documental en el Peritaje Médico con el fin de esclarecer los hechos, de tal manera que permita establecer si existe Responsabilidad Médica, sea ésta por Negligencia, Imprudencia e Impericia; y descartar responsabilidad penal ó civil del profesional de la salud vinculado al caso.

Todo esto nos lleva a que nos formulemos la siguiente interrogante:

¿Qué importancia tiene el Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico Legal en casos de presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas en el Instituto de Medicina Legal en el período 2005-2013?



V.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la importancia del Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico legal por presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas en el Instituto de Medicina Legal en el periodo 2005 - 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar el nivel de Estandarización y calidad de los Expedientes Clínicos conforme a las normas y protocolos del Ministerio de Salud, sometidos al Peritaje Médico Legal.
2. Identificar el proceso Administrativo y Judicial del Peritaje Médico Legal realizados al Expediente Clínico en el Instituto de Medicina Legal.
3. Caracterizar el perfil socio demográfico de la población en estudio.
4. Establecer las características de las muertes maternas sometidas a peritaje médico legal según la clasificación del embarazo, atención del parto y puerperio.
5. Determinar la frecuencia de Expedientes Clínicos en que se encontró Responsabilidad Médica relacionada a Muerte Materna que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal en base a documentos.



VI.- MARCO TEORICO

Las ciencias médicas y el derecho.-

La práctica del ejercicio de la medicina posee una tradición histórica ininterrumpida a lo largo de los siglos, que se remonta a las más antiguas civilizaciones, donde ya se regula la práctica médica y quirúrgica, y se establece la responsabilidad profesional del médico, según la ley del Talión; también se detallan ciertas enfermedades de los esclavos que invalidan el contrato de compra venta.

La filosofía y la medicina, según algunos historiadores, son producto del pensamiento y la acción de los antiguos Griegos. Al evolucionar la medicina modeló el espíritu científico y disipó el cúmulo de creencias y supersticiones existentes entre los griegos acerca de las enfermedades, revelando el secreto del cuerpo humano y las fallas que sucedían en él. Los médicos griegos demostraron que los males del cuerpo se debían no solo a trastornos internos sino que también eran producto de las condiciones climáticas y ambientales (factores externos). De esta forma, la medicina supero sus propios límites, descartando las creencias en la omnipresente influencia de los dioses en el desarrollo de las enfermedades que afectaban el cuerpo humano. Los avances de la medicina en la Grecia antigua también formuló preguntas que requerían de respuestas racionales para establecer los nexos y los agentes que causaban la enfermedad. En las grandes civilizaciones de la antigüedad clásica, así como en las culturas más remotas ya es posible encontrar algunos datos aislados de interés en el campo médico legal. Entre las culturas que buscaron no solo dilucidar las causas y efectos de las enfermedades humanas sino también la reglamentación jurídica de la práctica médica destacan: China, India, Egipto y Mesopotamia, entre otros. (5)

Derecho médico.-

Es el conjunto de normas jurídicas, éticas y morales, de carácter público y privado, que regula la actividad del médico con motivo del ejercicio de la profesión, regula la relación medico paciente y las consecuencias derivadas de la misma; estableciendo así los principios generales de la responsabilidad legal médica.



En diferentes foros, y ante la presencia de profesionales en Ciencias Médicas, se ha dicho que probablemente la mejor defensa probatoria frente a una denuncia penal, o frente al reclamo de una indemnización por presunta "Mal Praxis" profesional la constituye el Expediente Clínico. Si bien todos los profesionales de la salud están expuestos al riesgo de la "Mal Praxis", es lo que genera que los profesionales médicos tengan como objeto un valor preciadísimo para el Sistema Jurídico, cual es la misma vida humana y sus diferentes dimensiones en la salud, demanda sin lugar a dudas un celo especial en cuanto a la documentación del tratamiento en sus diferentes aspectos. (1)

Actualmente en el contexto amplio del Derecho, ya sea en la vía administrativa o en la vía judicial, de cualquier naturaleza que ésta sea (penal, civil, laboral, contencioso administrativa, etc.) interesa el basamento de lo que se resuelva. Esa base debe coincidir con la realidad tan estrictamente como sea posible. Por ello se dice que el proceso o el procedimiento, según se esté en la vía Administrativa o Judicial, procura determinar "la verdad real" de los hechos. El compromiso último del derecho es con la verdad y la justicia, elementos que garantizan la paz social. (2)

Aunque inicialmente la prueba por excelencia fue la confesional (interrogatorio), y después sobrevinieron el juramento y el testimonio, nadie duda de la importancia y seguridad de la prueba escrita, que comenzó a ser utilizada por los babilonios y posteriormente por los egipcios y los hebreos. La prueba escrita adquirió mucha relevancia en un proceso judicial, ya en su concepto de documento en la antigua Roma. Además se estableció el principio de que, quien denuncia o demanda asumía con la carga de la prueba. Después vino la prueba pericial. El perito viene a ser un elemento prácticamente definitivo en todo el proceso por "Mal Praxis". Empero, en el caso concreto de los profesionales médicos, esa pericia tendrá siempre, como elemento de gran importancia, prácticamente como su materia prima, el expediente clínico. De suerte que no resulta difícil entender el valor probativo de un expediente clínico correctamente estructurado según la normativa. (10)



Responsabilidad profesional del médico.-

El ordenamiento jurídico y las normativas vigentes imponen al médico la obligación de responder por las consecuencias dañosas de su actividad profesional. Los actos culposos atribuidos al médico o al ente hospitalario a causa del ejercicio inadecuado de la medicina configuran la entidad conocida como mal praxis, mala práctica, fautemedicale, mal práctica, entre otros sinónimos. (20)

Responsabilidad penal.-

La responsabilidad del médico se remonta a la antigüedad. De acuerdo con Yungano, en Persia se extendía la autorización para el ejercicio profesional, después de que el aspirante al ejercicio de la medicina demostraba que tres pacientes sometidos a su tratamiento habían sobrevivido. El código de Hamurabi estipulaba la pena de muerte o la amputación de las manos para el médico que causara daño al paciente por no haberlo atendido con prudencia y con los cuidados necesarios. De manera análoga en Egipto y en Grecia se formaron colegios que condenaban con severas penas, y aun la muerte, al médico que no observara sus reglas. En Egipto había colegios en los santuarios de Heliópolis, Memphis y Tebas. En Grecia, los Asclepiádes (descendientes de Esculapio) constituyeron comunidades en las vecindades de los templos. En Atenas se prohibía el aborto, la castración, abusar de la frivolidad de la mujer y divulgar los secretos relacionados con las enfermedades de los pacientes, toda esta normativa ética culminó con Hipócrates, quien otorgó bases racionales y naturales a la medicina Griega. (20)

En Roma, la relación médico paciente constituía una forma de arrendamiento de servicios. La remuneración que el médico recibía se denominaba honor, y podía reclamarla a través de una cognitio extraordinaria. La sentencia que dictaba el magistrado se llamaba decretum y la condena era de carácter pecuniario. Se hacía responsable al médico que, en el desempeño de su oficio causaba un daño al paciente por falta de habilidad o de conocimiento (impericia). A la víctima no se la remuneraba, pero al médico se le imponía una pena. (20)



De acuerdo con el derecho penal, la responsabilidad profesional del médico constituye una forma de responsabilidad culposa; es decir, de aquella en que se cause daño sin existir la intención de producirlo. Como tal, comprende cuatro tipos:

Impericia: Es la ignorancia inexcusable. Consiste en la actuación profesional llevada a cabo con ineptitud técnica y física así, así como también la falta de actualización sobre los avances de la ciencia médica.

Negligencia: Es la omisión inexcusable. Se encuentra en el descuido y la desatención.

Imprudencia: Es la temeridad inexcusable. El sujeto actúa con exceso de confianza, de manera que constituye una falta de previsión o de precaución en la acción.

Responsabilidad civil.-

Los inicios de la responsabilidad civil en el ejercicio de la medicina pueden ubicarse en el siglo pasado con los famosos casos del *Dr. Helie (1825)* y *el Dr. Thourete Noroy*, en 1832; ambos en Francia. (20)

El Dr. Helie fue llamado a atender un parto distócico, con presentación de hombros. Como halló un brazo del niño fuera de la vulva lo amputó y lo mismo hizo con el otro, sin haber intentado maniobra alguna de versión del producto. Ante la denuncia del padre del niño y apoyado en el dictamen de la academia de medicina, *el tribunal de Domfront* condenó al médico a pagar una pensión vitalicia al menor, por haber actuado “imprudentemente y con una precipitación increíble, no habiendo intentado ninguna maniobra obstétrica ni llamado a consulta”.

El Dr. Thourete Noroy practicó una sangría, y a pesar del vendaje se formó una tumoración dolorosa en el brazo del paciente. En una nueva visita indicó la aplicación local de pomadas. El enfermo se agravó y el profesional rehusó a examinarlo otra vez. Un colega diagnosticó la formación de una comunicación artero-venosa en la arteria braquial, la cual no pudo tratarse mediante ligaduras y finalmente culminó con la amputación del brazo gangrenado. En la sentencia del tribunal que conoció la denuncia, se condenó al Dr. Thourete Noroy al pago de una pensión vitalicia por haber incurrido en “impericia,



negligencia grave, falta grosera y olvido de las reglas elementales”. El tribunal de casación confirmó el fallo. Es célebre el dictamen que el fiscal *Dupin* pronunció en esa ocasión: “queda a cargo del juez, en cada caso, determinar cuando alguien debe ser considerado responsable de un acto cometido en el ejercicio de su profesión... para que haya responsabilidad civil no es necesario buscar si existió intención; basta que haya habido negligencia, imprudencia, impericia grosera, y por lo tanto inexcusable”

En 1862, la cámara de admisión de Francia resolvió otro caso llevado a su despacho en los siguientes términos: “que toda persona, cualquiera que sea su situación o su profesión está sometida a esa regla (responsabilidad por razón de simple imprudencia o negligencia) que no lleva consigo excepciones, sino que aquellas que están formuladas nominativamente por la ley; que no existe ninguna excepción de esa naturaleza a favor de los médicos...”. Pero la sentencia agregó (y esto ha motivado discusiones como la de *Mazeaud* y *Tunc*): “que sin duda corresponde a la prudencia del juez no sumergirse temerariamente en el examen de las teorías o de los métodos médicos y pretender discutir sobre cuestiones de pura ciencia, pero que existen reglas generales de buen sentido y prudencia a las cuales hay que ajustarse ante todo, en el ejercicio de cada profesión, y que dentro de esa relación, los médicos siguen sometidos al derecho común, como todos los demás ciudadanos”. Éste pronunciamiento dejó fuera de toda duda la responsabilidad civil de los médicos, al establecer la aplicación de los principios generales. Sin embargo, es base de las discusiones acerca de la determinación de la culpa requerida para atribuir responsabilidad civil a los profesionales en el arte de curar. (20)

Si la responsabilidad penal puede significar una pena de prisión para el profesional, la responsabilidad civil puede constituir su ruina económica, porque va encaminado a obtener una indemnización pecuniaria y precisamente es éste el móvil del auge de las demandas contra los médicos. (20)

Una distinción básica en el supuesto generador de responsabilidad civil lleva a considerar dos tipos: responsabilidad contractual y responsabilidad extracontractual.



“Ambas presuponen la violación de un deber jurídico, pero la culpa contractual requiere la preexistencia de una obligación específica entre las dos partes, que nace – la mayor parte de las veces – del contrato (de ahí su nombre: culpa contractual), o derivar también de un acto unilateral o de la ley. La culpa extracontractual, en cambio, consiste en la violación del deber genérico del *neminelaedere* (“no dañar a nadie”) que incumbe a todos y excluye la preexistencia de una específica relación obligatoria”.

Un nuevo criterio considera que la distinción debe de girar en torno al concepto de obligación, término que algunos estiman como sinónimo del deber específico utilizado por ciertos autores italianos.

En efecto, éstos autores hacen recaer la responsabilidad ya no sobre el termino contrato, sino sobre los términos deber genérico y deber específico. Para efectos del tema, el deber genérico equivaldría al principio de no dañar a nadie (*neminelaedere*) y el deber específico a contrato u obligación.

Si una persona incumple una obligación (deber específico) ahí mismo frente a otra sea cual fuere la fuente de la obligación (contrato, ley o cuasicontrato), la primera tiene que resarcir los daños ocasionados por el incumplimiento de la obligación, y ésta responsabilidad puede llamarse obligacional, contractual, según el criterio tradicional).

Si, en cambio, el daño se produjo sin que existiere entre la víctima y el agente productor una relación obligatoria previa, la responsabilidad será de tipo extra obligacional (extracontractual, de acuerdo con el criterio tradicional).

La responsabilidad extra obligacional se caracteriza de forma negativa porque se produce un daño sin la existencia de tal vínculo obligacional. Y se caracteriza de forma positiva como la obligación de responder cuando se ha violado el deber genérico de no dañar a nadie (*neminelaedere*). (20)



Iatrogenia.-

La palabra iatrogenia procede del griego (Yatros, médico; genos, engendrar), y puede definirse como los efectos que en el paciente origina la intervención del médico. En el lenguaje común, el término se relaciona solamente con las condiciones patológicas inevitables que se producen a pesar del ejercicio apegado a las reglas del *lex artis* de la medicina. (20)

La iatrogenia se considera una lesión generada a un paciente a consecuencia de una atención legítima a la solicitud, a título de riesgo calculado en términos de la *lex artis* médica, siendo un mal necesario para proteger su salud.

En términos de la comisión nacional de arbitraje médico, iatrogenia se denomina a determinadas consecuencia del comportamiento médico. Y aclara que, desde este punto de vista pueden ser producidos por el médico o los medicamentos. Se agrega además, en una consideración sistemática que en el ámbito de la medicina, la iatrogenia tiene dos acepciones básicas, una amplia y otra restringida. En sentido amplio significa, todo lo producido por el médico en el enfermo, en sus familiares o en la sociedad. Por tanto incluye, no solo las consecuencias nocivas de la intervención del facultativo, sino también los éxitos de la medicina, la curación de las enfermedades y la conservación de la salud. En sentido restringido, se entiende como los aspectos negativos de la práctica de la medicina; esto es, la provocación de hechos o efectos materiales que se traducen en un daño, efectivo o potencial a la salud o integridad física o mental del paciente. (20)

Las iatrogenias de resultado nocivo, también conocidas como iatrogenias negativas o iatropatogenicas, pueden agruparse como clínicas y medico legales. Las clínicas pueden ser negativas necesarias y negativas innecesarias.

Entre las medico legales se distinguen la que tienen su origen en la negligencia impericia e imprudencia. (20)



Clasificación:

1. Iatrogenia por el médico mismo.
 - a) Por actitud.
 - b) Por semántica.

2. Iatrogenia por métodos diagnósticos.
 - a) Endoscópicos.
 - b) Radiológicos.
 - c) Punciones.

3. Iatrogenia por medicamentos
 - a) Efectos adversos.
 - b) Interacción.

4. Iatrogenia por productos biológicos.
 - a) Vacunas
 - b) Transfusión de sangre.
 - c) Derivados de la sangre.

Aspectos legales de la iatrogenia.-

La iatrogenia es impune. Constituye el margen de falibilidad que se le reconoce al médico.

La sociedad y sus normas no le exigen que sea infalible; solo le piden que esté capacitado para ejercer su profesión, y que sea prudente y diligente en su ejercicio, y respetuoso de las normas que enmarcan su proceder.

Como Chute, Padilla y Arguas afirmaron en una sentencia de la cámara civil de la capital Argentina:

a.- El error de diagnóstico no se basta por sí solo para hacer surgir la responsabilidad civil del médico;



b.- El médico, con su atención profesional, no se compromete a curar; solo se obliga a prestar todos los cuidados necesarios de acuerdo con las reglas de su arte o profesión. La no obtención de resultados favorables no significa incumplimiento;

c.- El médico no es omnisciente y los errores de diagnóstico, si bien poco comunes, pueden presentarse, sin que ello permita afirmar que se deben a ignorancia, a negligencia o impericia.

En la responsabilidad culposa, aunque el resultado no sea requerido, se ha dado en condiciones en que el autor estaba en posibilidad de evitarlo. (20)

Relación de causalidad entre el acto médico culposo y el daño del paciente.-

La causalidad se configura como el nexo o vínculo necesario que debe existir entre la conducta y el daño. En su origen, la palabra causa se usó con sentido jurídico para indicar acusación o imputación. Según *Ferrater Mora* es “el pasar de algo a algo”. Bunge distingue en la causalidad tres significados:

- a) Causación (Relación causal y tipos de nexo causal).
- b) Principio causal o de causalidad (Las mismas causas producen los mismos efectos)
- c) Determinismo causal o casualismo (Todo tiene una causa)

La relación entre el acto médico y el daño corporal del paciente puede probarse de acuerdo con la tesis contractualista y en términos de la tesis extra contractualista.

En la tesis contractualista, el deudor (el médico) debe probar que el daño no se debió a su actuación culposa. Esta tesis llegó a distinguir entre obligación de medios y obligación de resultados, para concluir que las obligaciones del médico son de medios y que a éste le incumbe demostrar que utilizó los medios (esto es, probar la ejecución del servicio médico), en tanto que al paciente corresponde demostrar que el daño se originó en el cumplimiento de la actividad médica.

Para los seguidores de la tesis extra contractualista, los principios de prueba descansan en la doctrina del *res ipsa loquitur* (“los hechos hablan por sí mismos) (Gámbaro). Según éste principio al existir “evidencias circunstanciales”, se presume que el daño fue ocasionado



por la actividad médica. Estas circunstancias se establecen por la concurrencia de varios factores:

1. El resultado lesivo no hubiera ocurrido en ausencia de negligencia del médico.
2. Evitar el daño estuvo bajo el control exclusivo del médico.
3. No hubo posibilidad de que el paciente mediara en la producción del daño

De acuerdo con Yungano, “a través del determinismo causal se puede saber si el daño existente se debe al acto del médico – por acción y omisión – y con ellos atribuir responsabilidad...”

Factores de riesgo en las demandas por mala praxis.-

Aunque no exista una fórmula mágica e infalible para evitar la mala praxis, se hace necesario aplicar todos los esfuerzos en la creación de condiciones y mecanismos capaces de contribuir en la disminución de esos malos resultados y la “prevención” es uno de los pilares fundamentales para disminuir el origen de demandas por responsabilidad profesional.

Existen diversos factores claves para disminuir los problemas legales que padecen los trabajadores de la salud, en su diario ejercicio profesional. Algunos de ellos, no relacionados directamente con la práctica asistencial en sí misma y que son más difíciles de resolver, los llamados: “**factores de tipo no asistencial**”, los que comprenden los generados por las formas de organización en el sistema de prestación de salud; los medios de comunicación; los abogados; la sociedad; el sistema educativo de pre y postgrado; los avances tecnológicos; y otros, que sí forman parte de la atención cotidiana y que deberían ser de más fácil resolución, y que son los llamados “**factores de tipo asistencial**”, que comprenden, entre otros: practicar la profesión fuera de los límites de competencia; garantizar el buen resultado; no suscribir el consentimiento informado; no redactar bien las historias clínicas; no archivar correctamente la documentación; no mantener buena relación profesional/paciente, etc.



Factores de tipo no asistencial.-

a.- Generados por las formas de organización en el sistema de prestación de salud:

- Escasez de personal y de elementos para trabajar en el sector salud;
- Escaso tiempo para la atención de los pacientes;
- Mala retribución, que obliga a la sobrecarga horaria;
- Relación profesional/paciente despersonalizada;
- Congelamiento de cargos o ausencia de ascensos de categoría en el sector público;
- Escasos o nulos concursos públicos, que podrían fomentar la capacitación permanente para mantener los cargos y ofrecerían posibilidades a los profesionales capacitados que se encuentran fuera del sistema;
- Inferencias por parte de las obras sociales y las prepagas sobre qué profesional asiste a los pacientes, en qué lugar, los estudios que se deben solicitar y los fármacos que se deben recetar.

b.- Generados por los medios de comunicación:

- Incremento en la adquisición de conocimientos médicos indiscriminados y distorsionados por la población general;
- Casos puntuales de presunta mala praxis que se exponen en los medios de comunicación, generando descrédito social.
- Generados por los abogados:
- Actividad de los abogados dirigida en contra de los profesionales en forma indiscriminada sin analizar los fundamentos de la acusación.

c.- Generados por la sociedad:

- Los adelantos técnicos crearon la idea en el paciente que su curación es un derecho absoluto, siendo la práctica profesional de resultado infalible;
- El estado socioeconómico general que lleva a la interposición de demandas en forma indiscriminada con fines meramente lucrativos;
- La medicina informática: los pacientes consultan por Internet sobre las patologías y conductas profesionales.



d.- Generados por el sistema educativo de pre y postgrado:

- Insuficiente formación sobre responsabilidad profesional en la curricular de grado.
- Deficiente formación asistencial, motivada por la práctica masiva de los alumnos que no permite el trato personalizado con el paciente;
- Dificultad en la actualización permanente de conocimientos en el postgrado.

f.- Generados por los avances tecnológicos:

- La llegada de la alta tecnología, trajo consigo un deterioro de la relación profesional/paciente, con sobreabundancia de solicitud de estudios y una deshumanización de la atención.

g.- Factores de tipo asistencial:

- Práctica fuera de los límites de la competencia:

- No se deben llevar a cabo prácticas no contempladas en la legislación vigente o en las Incumbencias del título profesional.

- Garantizar el buen resultado:

- No se debe prometer al paciente un resultado exitoso;
- La promesa de un buen resultado lleva implícita una violación del deber de informar adecuadamente.

No suscribir el consentimiento informado:

- El consentimiento informado es una declaración de voluntad efectuada por el paciente, mediante la cual luego de haber sido debidamente informado, decide prestar su conformidad.
- En él se deberán mencionar tanto los beneficios como los riesgos de la práctica profesional.
- El consentimiento deberá estar rubricado con las firmas, tanto del paciente como del profesional, la aclaración de las firmas y el N° de documento.



No redactar bien las historias clínicas:

- La historia clínica, es la constancia escrita de todas las comprobaciones realizadas por el profesional, desde el inicio de la asistencia hasta el alta.
- Asume especial relevancia a la hora de esclarecer controversias en un juicio; por lo tanto, la información registrada en la misma es fundamental.
- Debe ser ordenada; completa; coherente y sistemática.
- De la historia clínica, deberá surgir claramente: cuál fue el daño; la atención brindada al paciente; si pese a una correcta atención se produjo el daño (no existe mala praxis); si existieron faltas que determinaron el daño (prueba de mala praxis).
- Puede confeccionarse manuscrita, mecanografiada o computarizada; ésta última es beneficiosa porque provee mayor legibilidad, confiabilidad y disminuye la cantidad de papel de los archivos, pero por otro lado como se puede acceder desde cualquier computadora, aumentaría el riesgo de que la información llegue a personas no autorizadas.
- La historia clínica computarizada es legal, porque no existe ley que indique lo contrario; su valor probatorio puede ser relativo por la posibilidad de adulteración.

No archivar correctamente la documentación:

- Considerando que el plazo que tiene el paciente para iniciar una demanda es de diez años y que el profesional pueda no acordarse de lo sucedido, es de suma importancia el archivo correcto de toda la documentación.

Criticar el desempeño de otros colegas:

- A veces, algunos profesionales informan a los pacientes que la consecuencia de su mal actual, se debe a un error cometido por el profesional que lo había asistido con anterioridad; esto no es bueno, ya que esta conducta incita al paciente a iniciar acciones legales contra aquél.



Abandonar al paciente:

- No es conveniente abandonar al paciente, por lo que la violación de este deber de cuidado, no sólo le generaría sanciones de orden civil, sino también de orden ético, administrativo y penal.

No mantener una buena relación profesional/paciente:

- El deterioro de esta relación es uno de los motivos del incremento de los juicios por responsabilidad profesional, por lo tanto mantener la relación profesional/paciente, es un factor clave para prevenir los riesgos de demandas por mala praxis;

- Es importante: acompañar al paciente y a su familia; mantener una actitud calma y respetuosa, comprendiendo el dolor e incluso la irracionalidad de los familiares; responder todas las preguntas y evacuar todas las dudas, explicando lo sucedido en todo momento; no emitir juicios morales que puedan ejercer cierto efecto en los pacientes.

Desconocer los deberes profesionales y los derechos de los pacientes:

- Entre nuestros deberes: obrar sin demora y oportunamente; informar debidamente al paciente, etc.

- Entre los derechos de los pacientes: confidencialidad de la información; a la libre elección entre las opciones que le presentamos, etc.

No guardar el secreto profesional:

- La violación del secreto profesional está contemplado en el enunciado del art. 156 del Código Penal, en el que queda claro que la guarda del secreto también comprende a administrativos, enfermeros, farmacéuticos, estudios jurídicos, laboratorios, etc.

No respetar las normas de bioseguridad:

- Los agentes de salud que intervienen en ambientes quirúrgicos están continuamente sometidos a riesgos, por lo que deben conocer y respetar las normas vigentes.



Conocer la responsabilidad del equipo de salud:

- Un equipo de salud es un grupo de especialistas que intervienen en una fase determinada de la asistencia a un paciente; se conforma e interactúa con el que presta el servicio. Por ejemplo, en un parto o cesárea, pueden intervenir: médico obstetra, médico ayudante, obstétrica, neonatología, anestesista, instrumentista, enfermera;
- El paciente no puede elegir a los demás integrantes del equipo, por lo que el trabajo que realiza cada miembro del equipo es incumbencia estricta de sus integrantes, pero debemos diferenciar la responsabilidad civil del equipo:

- **Responsabilidad solidaria:** con imputación solidaria a todos los miembros del equipo; es la obligación legal de responder o resarcir un daño provocado por varias personas, resultando imposible individualizar la responsabilidad. El perjudicado puede reclamar a cualquiera de ellos una íntegra reparación, restándole al que haga frente a la misma una acción de repetición contra los demás responsables.

- **Responsabilidad individual:** cuando se identifica claramente la responsabilidad de uno de los miembros del equipo, los demás integrantes no responden.

Obtener otros elementos de prueba:

- Protocolos de actuación;
- Realizar búsquedas bibliográficas sobre lo que correspondía hacer, o consultar a expertos;
- Discutir con personas extrañas que pudieran constituirse en testigos de cargo;
- Comparar anotaciones y resultados de la búsqueda bibliográfica con lo consignado en la historia clínica y extraer conclusiones;
- Guardar fotocopia foliada de la historia clínica.

Deberes del médico hacia el paciente.-

Establecida la relación médico paciente, surgen entre ellos derechos y obligaciones recíprocas.



Para los fines de esta exposición conviene enumerar los deberes del médico, a quien de manera general se le exige “la observancia de los principios y técnicas de sus disciplinas y el mayor celo profesional en la atención del enfermo).

Historia Clínica.- Es el instrumento que le permitirá al médico elaborar el diagnóstico, fundamentar el pronóstico y documentar el tratamiento y la evolución del paciente.

Asistencia del paciente.- Consiste en el proceso de velar por su salud, y representa el acto médico por excelencia. Da lugar para que el profesional corrobore o rectifique su diagnóstico y tratamiento, y a través de estos actos de presencia introduzca el ingrediente terapéutico de la fe hacia el que propicie en el enfermo para el beneficio de estos. Dicha presencia debe ser espaciada porque como dice *Lain Entralgo*, “el paciente debe descansar del médico y el médico debe descansar del paciente”.

Diagnóstico.- Resulta del examen físico y de los medios complementarios. Para llegar a esta conclusión, *Insúa* aconseja que el médico se pregunte: “¿por qué o sobre la base de que elementos afirmo yo este diagnóstico?, y suponiendo que sea incorrecto, ¿Qué otra cosa podría ser?

¿El criterio diagnóstico puede ser de urgencia, cuando la gravedad de la situación exija formularlo, prescindiendo de medios auxiliares; terapéuticos, para iniciar un tratamiento impostergable; y definitivo, con la inclusión de medios auxiliares?

Tratamiento.- Es la materialización de la asistencia y tiene como objetivo la curación o mejoría del enfermo o, al menos, el alivio de su sufrimiento. Debe reunir dos condiciones: estar reconocido por autoridades sanitarias y científicas; y ser adecuado al estado del paciente; lo que incluye las modificaciones que el cuadro clínico sugiera.

Derivar al paciente a otro médico.- Cuando existan condiciones de justificación, como imposibilidad de continuar con su atención, o enfermedad que encuadra en una especialidad ajena a la suya.



Inte rconsulta.- Con otro u otros colegas, que está indicada cuando no se ha llegado a un diagnóstico preciso, no se ha obtenido ninguna respuesta terapéutica, o cuando conviene compartir responsabilidades ante un pronóstico sombrío.

Secreto médico.- Es un medio de conservar la confianza del paciente y contribuye a cimentar el vínculo de fe en la relación con el profesional.

Deberes del paciente.-

En cuanto a los deberes del paciente “cuyo presupuesto está dado por la buena fe implícita en la relación”, conviene señalarlos siguientes:

Lealtad en la información. Que suministre al médico de manera espontánea o en respuesta a sus preguntas. El paciente debe comprender que de su sinceridad en éste aspecto depende en buena medida la certeza en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

El cumplimiento del plan terapéutico.- Una vez que fue debidamente informado al paciente y éste manifestó su consentimiento, contribuye a un aspecto fundamental en la curación o mejoría de nada vale la calidad del tratamiento instituido, si el enfermo no cumple fielmente. La infracción de esta norma permite, en principio, excluir la responsabilidad del médico.

Deberes de los organismos intermedios.-

Respecto a los deberes de los organismos intermedios, son tres fundamentales:

De Asistencia.- La cual se brinda mediante los profesionales que trabajan para la institución de que se trate. Desde luego, los servicios se proporcionan siempre que el paciente demuestre su carácter de afiliado y que sus cuotas se encuentren al día.

De Cuidado, Vigilancia y Control.- Aspectos estos que serán óptimos en la institución que preste la asistencia.

De Provisión.- De todos los elementos que requieran la atención adecuada del paciente. Entre tales elementos destacan: Habitaciones higiénicas, quirófanos asépticos, personal



médico y auxiliar idóneo, equipo e instrumental en cantidad adecuada y en condiciones óptima, todos los medicamentos necesarios y de la mejor calidad etcétera.

Para atribuirle responsabilidad, la conducta médica debe tener como caracteres esenciales la anti-juridicidad y la reprochabilidad.

La conducta médica se torna antijurídica cuando el ejercicio profesional se hace abusivo, arbitrario o ilegítimo. Por su parte, la reprochabilidad es la valoración negativa que el ordenamiento hace recaer sobre la conducta del médico cuando este, culpable e imputable, en el ejercicio de su profesión ha causado daño al paciente.

La calidad de la atención.-

Es un derecho de la población nicaragüense, que garantiza una atención humanizada, solidaria, con tecnología apropiada que logra una completa satisfacción del usuario, la familia y la comunidad. Implica utilizar y mantener la ética profesional, poner en práctica los conocimientos científicos y utilizar de forma racional los recursos. Esto se logrará con el apoyo de los profesionales que laboran en los establecimientos prestadores de servicios de salud que apliquen una nueva filosofía en el acto médico, sin olvidar el valor que le otorgue el usuario a la calidad de la atención.²³

Se tiene la creencia errónea de que una buena práctica médica depende de la pericia, que se trata de una cuestión puramente técnica. Esto es, si conocen los aspectos técnicos, entonces son infalibles. Esto implica dejar prácticamente a la deriva la práctica médica. Se considera que la capacidad profesional (conocimiento y experiencia) es sólo uno de los múltiples factores que repercuten en la calidad; también son importantes la infraestructura médica (equipamiento), la oportunidad (momento de atención adecuado) y el costo de la misma. Entonces, la estrategia correcta para evaluar la calidad y sostenerla debe efectuarse en tres pasos:

1. Establecer guías de acción y protocolizar actividades.
2. Auditoría médica permanente.
3. Encuestas a pacientes y familiares (satisfacción).



Uno de los errores en estos tiempos radica en confiar en que los procesos de certificación empresariales son garantía de una atención de salud de calidad. Estos famosos instrumentos de evaluación pretenden revisar la existencia de una constancia por escrito de lo que cada departamento va a realizar, y que todos sus integrantes lo conozcan. Esto es, que todos hagan lo mismo y al mismo nivel. De hecho, a uno de los más populares de estos métodos se le puso un nombre con el prefijo griego que quiere decir igual o semejante.

Una de las herramientas más valiosas para sostener un servicio de calidad es la auditoría y la evaluación constantes. Auditar proviene del verbo *oír*. Se trata de una confrontación entre una situación observada (procedimiento de evaluación) y el marco referencial normado técnica y administrativamente (parámetros e indicadores preestablecidos). (24)

Las auditorías de la calidad de la atención médica como uno de los cinco elementos del sistema de garantía de calidad tiene una función preventiva y otra correctiva; ambas funciones son un pilar fundamental para otorgar un máximo beneficio a los usuarios que reciben atención en salud. Para ello todos los establecimientos de salud públicos y privados deben contar con un instrumento de cumplimiento estricto que garantice la calidad del proceso de atención brindada. (21)

Una de las actividades periciales que se realizan en el Instituto de Medicina Legal es el estudio de documentos Hospitalarios para determinar Causa, Manera y circunstancia de la muerte de una persona cuando esta ocurre en forma violenta, inesperada, súbita o sospechosa de criminalidad y para evaluar Responsabilidad Médica en muertes hospitalarias. Así mismo las Clínicas Forense tienen como función realizar las valoraciones de las personas vivas con lesiones en casos donde se presume que fueron ocasionadas por Mal Praxis médica. Siendo indispensable el expediente clínico para realizar el peritaje médico-legal. (18)



El Expediente Clínico.-

El expediente clínico se define como un conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier tipo de almacenamiento de datos e información ordenados sistemáticamente, en los cuales el personal de salud autorizado, registra y certifica su intervención, correspondientes a los servicios de atención suministrados a los pacientes en los establecimientos proveedores de servicios de salud de acuerdo con las regulaciones de las normativas establecidas en Nicaragua.

El acto médico requiere de su documentación gráfica, y es, en el expediente clínico donde se deben plasmar. En este se deben plasmar ordenadamente los datos objetivos y subjetivos del paciente, así como todos los acontecimientos médicos relevantes sucedidos sobre su atención médica, lo que le hace ser una herramienta universal para los cuidados de los pacientes. La importancia de elaborar con pulcritud el expediente clínico también radica en que es el instrumento legal donde se evidencia la actuación del profesional de salud y es la prueba documental de mayor peso jurídico ante algún reclamo legal, civil o administrativo.

En la ley general de salud y su reglamento se orientan la elaboración de normas técnicas, manuales y reglamentos específicos que el ministerio de salud, como órgano rector del sector salud, dentro del proceso de regulación y normalización, queda facultado para realizarlo.

Norma para el manejo del Expediente Clínico.-

Guía para el manejo del Expediente Clínico según normativa” Normativa 004

Todo expediente clínico debe utilizar el Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP), independientemente de las características del establecimiento de salud (atención ambulatoria exclusivamente, atención ambulatoria y hospitalización, públicos o privados). Al utilizar esta metodología este documento se convierte en un Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP). (14)



A.- Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP).-

Es un método algorítmico para la solución de los problemas clínico. Consta de tres componentes que son:

- El registro de los problemas orientados.
- La revisión, estudio y análisis de los problemas orientados.
- La retroalimentación de los problemas orientados.

B.- Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP).-

El EMOP pertenece al SMOP. Es un archivo de los datos orientados por problemas que consta de cuatro componentes:

1. Datos básicos.
2. Lista de problemas.
3. Planes para cada problema.
4. Notas de evolución.

Descripción de los Componente del (EMOP).-

1. Datos Básicos.-

Los datos básicos son la información que se registra en relación con el o los problemas en un tiempo dado. Los datos básicos se obtienen a partir de:

- a. Anamnesis o interrogatorio.
- b. Examen físico.
- c. Exámenes complementarios.
- d. Toda nueva información.

Una vez obtenidos los datos iniciales, pueden agruparse para formular una lista por problema que muestre la recolección de los mismos. Si todos los datos importantes aún no están contenidos en los iniciales, se indicarán y registrará información más detallada para cada problema.

Del problema inicial pueden derivar sub-problemas, que por su relevancia deben registrarse en la lista de problemas. Ejemplo: Problemas inicial es Diabetes Mellitus y el sub-problema neuropatía.



Los datos básicos corresponden a toda la información recolectada mediante la anamnesis o interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios (estudios de laboratorios, radiológicos, otros). También se incluyen los problemas sociales y organizativos. Siempre deben registrarse todos los hallazgos, haciendo énfasis en los anormales.

2. Lista de Problemas.-

Comprende la formulación y seguimiento de los datos básicos iniciales, y su rasgo esencial es la objetividad; por tanto, deberán ser lo más explícito posible, asegurando una solución específica. **No se admiten conclusiones diagnósticas erróneas o términos imprecisos** como “probable”, “en estudio”, “a descartar”.

La lista de problemas debe enseñar al profesional de la salud que desea informarse de un usuario determinado en una forma rápida, pero ordenada, de todos los problemas que presenta hasta la fecha de su última atención en el establecimiento proveedor de servicio de salud. La lista de problemas no es estática y es única para cada usuario.

Cuando se construye una lista de problemas de un usuario por primera vez que ha tenido problemas de salud anteriormente, el médico tiene que decidir cuáles formarán parte de la lista que se registrarán en el expediente. Esta decisión dependerá de los siguientes factores:

- a. La importancia del problema para el usuario y el equipo de salud.
 - La seriedad del problema para descartar enfermedades.
 - El riesgo que genera el problema.
- b. Interés del problema para futuros planes.

El estado de los problemas puede ser: activo, inactivo, resuelto y debe ordenarse de la siguiente manera:

- a. Fecha en que se registra el problema.
- b. Número del problema.
- c. Problemas activos.
- d. Fecha.
- e. Fecha de resolución del problema.
- f. Problemas inactivos.



3. Planes iniciales.-

Una vez identificados los problemas en la lista es necesario preparar un plan racional y accesible para solucionar cada uno de ellos. Las condiciones que determinan el manejo de un problema son:

- a. El orden de importancia del problema en relación con la situación de salud del usuario.
- b. Beneficios, riesgos y costos de la investigación para concretar un diagnóstico o establecer un tratamiento.

El plan para cada problema contempla tres partes, las cuales van a depender de la situación de salud del usuario:

- a. Planes diagnósticos: Considera todos los estudios para obtener una mayor definición del problema y facilitar el tratamiento. Es entender el problema en su nivel más básico. A través del plan diagnóstico se pueden confirmar o excluir los diagnósticos diferenciales.
- b. Planes terapéuticos: Son los planes específicos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.) que representan los esfuerzos para interferir con la historia natural del problema.
- c. Planes educativos: Comprende el proceso de educar al usuario o su representante legal, sobre las enfermedades y los cuidados. Es fundamental que el usuario y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución del problema.

4. Notas de Evolución.-

Las notas de evolución describen el proceso de atención recibido por el usuario en cada visita al establecimiento proveedor de servicios de salud. Inician con la fecha, hora, número y título del problema. Son narrativas y proporcionan información sistemática y cronológica sobre la evolución del usuario durante su atención. Las mismas deben ser suficientemente detalladas y deben expresar los cambios en la situación clínica del usuario. Esta información se organizará de acuerdo con el sistema SOAP del SMOP:



S → Subjetivo

O → Objetivo

A → Análisis

P → Plan

- a. Datos subjetivos (**S**): Es la información relevante que el usuario refiere acerca de su problema, o sea lo que siente y dice al profesional de la salud. Contiene los síntomas, impresiones de los familiares, etc.
- b. Datos objetivos (**O**): Es la descripción del examen físico orientado al problema que realiza el profesional de salud y de los resultados de los estudios complementarios (laboratorio, anatomopatológicas, electrocardiogramas, rayos X y otros).
- c. Análisis (**A**): Es la interpretación de la información subjetiva y objetiva del usuario para la toma de decisión. Corresponde al curso evolutivo, condición y pronóstico.
- d. Plan (**P**): Significa demostrar cómo se desea proceder con cada uno de los problemas. Aborda el problema siguiendo los pasos descritos en los planes iniciales: Diagnóstico, tratamiento y educación. (14)

Los planes o indicaciones deben referirse en el borde derecho de la hoja de evolución basándose en el sistema AMEN de los planes:

A → Alimentación

M → Medicamentos

E → Exámenes

N → Normas

Las indicaciones en los planes deben seguir un orden numérico que inicia al abordar cada problema.



- a. Alimentación (A): Debe ordenarse y describirse el tipo y condición de la dieta y los requerimientos energéticos solicitados.
- b. Medicamentos (M): Deben ordenarse y describirse todos los medicamentos consignados en los planes terapéuticos del Plan del SOAP, coherentes a los protocolos de atención y listado oficial de medicamentos. Como regla práctica se anotan en el orden numérico similar al de la lista de problemas evolucionada, y la prescripción debe llevar los siguientes elementos:
 - Los medicamentos deben prescribirse con nombre genérico.
 - Indicar la presentación del medicamento.
 - Por debajo del nombre del medicamento debe enunciarse entre paréntesis o corchetes la dosificación en mg/Kg/d, o g/Kg/d, ml/Kg/d.
 - Aplicar la norma de los cinco (5) exactos: dosis, concentración, vía, intervalo y tiempo de duración.
- c. Exámenes (E): En esta sección se ordenarán todos los medios disponibles o no disponibles que facilitan el diagnóstico siguiendo los protocolos de atención. Serán incluidos en el mismo orden de los problemas consignados en la nota de evolución.
- d. Normas (N): Corresponde a todos los cuidados prescritos por el profesional de la salud. Se incluye la orden de interconsulta, referencias o contra referencias, educación en salud.

A. Manejo del Expediente Clínico en Admisión.-

1. Atención ambulatoria, hospitalización u observación:

a) Apertura del Expediente Clínico:

- Asegurarse de que el usuario no posee expediente clínico en ese establecimiento proveedor de servicio de salud.
- Si el usuario no tiene expediente clínico se le deberá asignar un número de expediente por el personal de admisión, esta numeración depende del método utilizado en ese establecimiento: *por fecha de nacimiento o por el método correlativo* (se describe en el acápite de manejo del expediente clínico en el archivo).



- Se debe registrar el número de expediente asignado en la carpeta, en la tarjeta índice (en los casos que corresponda) y en la tarjeta de identificación del usuario.
- **En algunos establecimientos de salud** (los que utilizan la numeración del expediente por fecha de nacimiento) las carpetas de los expedientes son de dos colores: celestes y rosados. Se asignará un color de acuerdo al sexo del usuario; el celeste para hombres y rosados para mujeres.
- El llenado de la carpeta con los datos de identificación que deben ser tomados de un documento de identidad o mediante una entrevista cuidadosa por el personal de la sección de admisión.
- Los datos que deben ser escrito en la carpeta son:
 - Primer apellido.
 - Segundo apellido.
 - Nombres.
 - Número de Expediente.
 - El nombre del Establecimiento Proveedor de Servicio de Salud.
 - Número de INSS o seguro de régimen voluntario cuando el caso corresponda.
- Se deben anexar las hojas o formatos correspondientes a la atención en salud de acuerdo al orden que se establece.
- Una vez abierto el expediente clínico se entregará una tarjeta de identificación y se elabora una tarjeta índice del usuario.
- El expediente clínico se traslada al profesional de salud o servicio donde le brindarán atención.

b) Usuarios que poseen Expediente Clínico:

Una vez solicitada la atención subsiguiente por el usuario, es necesaria la coordinación entre el encargado de admisión y el de archivo para la búsqueda rápida del expediente clínico:

- Si el usuario trae consigo la tarjeta de identificación se busca el expediente en archivo y se remite al profesional de la salud que le brindará la atención.



- En caso que el usuario no porte su tarjeta de identificación, el personal de admisión debe solicitar fecha de nacimiento y nombre completo del usuario o algún documento que registre estos datos y proceder a la búsqueda en el archivo para remitirlo al profesional de la salud que le brindará atención.

2. Atención en la sala de Emergencia.-

Se llenará el formato Servicio de emergencia donde se registra los datos personales del usuario y el profesional de salud escribe la información de la atención. Si el usuario es dado de alta de la sala de emergencia, el formato y sus anexos deben incorporarse a su expediente. Si no tiene expediente, el formato y sus anexos se deben archivar alfabéticamente por los apellidos.

Si el usuario amerita ser trasladado a observación u hospitalización se le debe buscar su expediente en el archivo; en caso de no poseer debe elaborarse, siguiendo los pasos correspondientes al acápite Apertura del Expediente Clínico. 14

B. Manejo del Expediente Clínico por el Profesional y Personal de Salud.-

1. Orden del Expediente Clínico:

a) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente:

Consulta Ambulatoria.-

- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.
- Referencia y/o Contra referencia.
- Hoja de interconsulta y tránsito del usuario.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Notas de enfermería.
- Historia Clínica General.
- Consentimientos informados.
- Hoja de identificación del usuario.



- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada).

b) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalización:

Consulta Ambulatoria.-

- Carpeta
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Notas de evolución para nuevas consultas
- Epicrisis.
- Constancia de Abandono.
- Registro de admisión y egreso.
- Notas de evolución y tratamiento durante la hospitalización.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Servicio de emergencias.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia Clínica General.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Nota operatoria.
- Control pre y postoperatorio.
- Registro de anestesia.
- Recuento de compresas.
- Registro gráfico.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Transferencia y contra referencia.
- Interconsulta y tránsito del usuario.
- Consentimiento informado.
- Reporte de laboratorios y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.



Todas las hojas o formatos deben llevar datos de identidad del usuario: nombre, número de expediente, ubicación (servicio, cubículo, cama), nombre y perfil del profesional que atiende al usuario, hora y fecha de la nota, deben llevar la firma y el sello del profesional de la salud que las realice y así como el nombre del establecimiento proveedor de servicio de salud. (14)

En hospitalización:

- Carpeta.
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Perfil o control fármaco terapéutico.
- Registro gráfico de signos vitales.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Nota de ingreso.
- Nota de recibo.
- Historia clínica.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Notas de enfermería.
- Control de medicamentos.
- Control pre operatorio.
- Nota operatoria.
- Registro de anestesia.
- Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia
- Recuento de compresas.
- Interconsulta y tránsito de usuario.
- Referencia y contra referencia.
- Consentimientos informados.
- Registro de admisión y egreso.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.



Los formatos quirúrgicos, de interconsulta y tránsito de usuario, referencia y contra referencia se anexarán cuando el caso lo amerite, considerando el orden antes descrito.

Observación:

- Carpeta.
- Lista de problemas al reverso de la portada.
- Hoja de información de condición diaria del usuario.
- Notas de evolución y tratamiento.
- Hoja de referencia y contra referencia.
- Hoja del servicio de emergencias.
- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.
- Interconsulta y tránsito de usuario.
- Control de medicamentos.
- Notas de enfermería.
- Consentimientos informados.
- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.

2. Estructura de los Componentes del Expediente Clínico.-

Carpeta:

Incluye todos los datos referidos en Apertura del Expediente. En casos de hospitalización se coloca al final de todas las hojas.

Porta Expediente: En el caso de hospitalización o estancia en observación se le debe colocar un porta expediente metálico. Debe contener el número de expediente, nombre y apellido del usuario, departamento, nombre del servicio y número de cama en la portada con letra legible.

Lista de Problemas:

- Debe de elaborarse de acuerdo al SMOP y EMOP. Seguir los pasos indicados en la sección de Aspectos Generales del Manejo del Expediente Clínico (Lista de Problemas).
- Se adjunta formato en anexos, el cual debe ir impreso en el reverso de la portada de la carpeta.



Perfil o control fármaco terapéutico:

En este formato se describe las prescripciones farmacológicas durante un período de 24 horas. Los datos deben ser registrados por el personal médico.

Registro Gráfico de Signos Vitales:

Se grafican los signos vitales para facilitar el seguimiento durante la atención a los usuarios hospitalizados. Para registrar se utiliza color azul para los datos obtenidos durante el día y rojo para los obtenidos durante la noche. En esta hoja también se expresa los eliminados por orina y evacuaciones, así como el peso.

Control de signos vitales e ingeridos y eliminados:

Deberá seguir los formatos establecidos por el Ministerio de Salud y ser llenado por el personal de enfermería que está atendiendo al usuario. En esta hoja se registran los signos vitales, así como todos los ingeridos y eliminados por todas las vías (oral, parenteral, perdidas por tubos y/o sondas en cavidades, otros).

Hoja de información de condición diaria del usuario:

Esta hoja es un constancia de que el profesional de la salud le otorga la información de la condición, evolución, diagnóstico y tratamiento del usuario o su representante legal; debe contener: el nombre del usuario, fecha y hora que se brinda la información, información suministrada, nombre y firma de quien recibe el informe. Será llenada diariamente por un profesional de la salud, en el mejor de los casos el médico tratante.

Registros pre, operatorios y postoperatorios

Valoración cardiológica:

Se le debe realizar a todo paciente mayor de 40 años o aquellos que son portadores de factores de riesgo para eventos cardiovasculares o con antecedentes personales de cardiopatía. Debe ser elaborada por un cardiólogo o en su defecto por un médico internista. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se



elabora en las hojas de evolución y tratamiento. Para realizar la valoración cardiológica el médico debe contar con los siguientes exámenes: biometría hemática completa, glicemia, creatinina, electrocardiograma, radiografía de tórax o cualquier otro estudio de gabinete que por la naturaleza de las enfermedades de base del usuario el médico requiera.

Valoración por Medicina Interna:

Se solicitará por el cirujano tratante cuando exista una condición médica que implique riesgo quirúrgico o cuando el usuario tenga una enfermedad de base que amerite su intervención. Aquellos casos en los que se necesita una intervención quirúrgica inmediata donde el tiempo pone en riesgo la vida del paciente se puede omitir esta valoración. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Nota preoperatoria

Deberá ser elaborada por el cirujano que realizará la cirugía y debe contener: datos de identidad del usuario, nombre y apellidos del médico, fecha y hora en que se realiza la nota, fecha de la cirugía, diagnóstico preoperatorio, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéutico preoperatorios, así como pronóstico. Esta nota se elabora en las hojas de evolución y tratamiento.

Controles pre y postoperatorio:

Estas actividades se realizan y registran por separado por cada personal de salud involucrado en la atención del usuario. Las actividades, observaciones y notas realizadas por el personal de enfermería se anotarán en la hoja *Nota de Enfermería*; las actividades, observaciones y notas realizadas por el cirujano y anestesiólogos se anotarán en la hoja *Nota de Evolución y Tratamiento*.

Nota Operatoria.-

Deberá elaborarse con los aspectos científicos – técnicos de la operación practicada, y deberá contener: datos de identidad del usuario (nombre y apellidos, expediente, servicio), fecha de la operación, hora de inicio, hora de finalización, tiempo de duración; nombre/apellido del cirujano, del primer y segundo ayudante, del anestesista, instrumentista y circular. Así mismo deberá describirse tipo de anestesia, diagnóstico pre y postoperatorio, cirugía efectuada, hallazgos trans-operatorio, descripción de la técnica quirúrgica practicada; planes postquirúrgico; así firma, código y sello del médico que elaboró la nota.



Anestesia.-

Nota pre-anestésica:

La nota pre-anestésica será elaborada en las hojas de evolución y tratamiento por el especialista en anestesiología y que participará en la cirugía. Además de los datos generales del usuario y del establecimiento de salud, esta nota debe contener la clasificación del riesgo anestésico, exámenes preoperatorios de rutinas (biometría hemática completa, glicemia, Creatinina, tipo y Rh, pruebas de coagulación sanguínea) o especiales que hayan sido solicitados, estudios de imagen, solicitud de sangre, así como la técnica de anestesia propuesta. Siempre debe llevar firma, código y sello del médico.

Registro de Anestesia.-

Este formato es llenado por el anestesiólogo y contiene además de la identificación del usuario, la hora de inicio de anestesia, los signos vitales durante toda la cirugía y automatismo respiratorio, una escala de recuperación de anestesia que incluye el estado de conciencia, circulación, respiración, coloración y movilidad, total de diuresis durante el trans-operatorio y el aproximado de pérdidas hemáticas. En este documento se escribe los datos de técnica y metodología de la anestesia utilizada, los líquidos y hemoderivados que se administraron, operación efectuada, los nombres del equipo quirúrgico y posición en que se colocó al usuario para la intervención quirúrgica. También deberá registrarse los cuidados postoperatorios inmediatos y la valoración post-anestésica a las 24 horas. Debe contener el nombre completo, firma, código y sello del especialista.

Recuento de compresas.-

Debe seguir y utilizar el formato oficial establecidos por las autoridades de Salud. Se debe describir el tipo de sutura y cantidad utilizada. 14

Historia Clínica General.-

Seguir la metodología del SMOP y EMOP. La Historia Clínica es una reseña ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos por el usuario, que permiten emitir un



diagnóstico aproximado de la situación actual. Siempre debe ser elaborada por un profesional de la salud, en el mejor de los casos por un médico. 14

Objetivos de la Historia Clínica.-

1. Organizar y registrar todos los datos que ayudarán al diagnóstico y plan terapéutico.
2. Proporcionar un relato claro, objetivo y ordenado del estado de salud del usuario.
3. Servir de documento o libro particular del usuario.
4. Constituir un registro legal de los problemas y cuidados.

La historia clínica debe de realizarse siempre que un usuario acuda por primera vez a un establecimiento proveedor de servicios de salud. Deberá actualizarse anualmente o cuando lo amerite el caso.

Contenido de la Historia Clínica.-

1. Anamnesis: Llamado también interrogatorio. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en el formato anexo, incluye:
 - a. Antecedentes personales y familiares patológicos.
 - b. Antecedentes personales no patológicos.
 - c. Antecedentes laborales.
 - d. Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.
 - e. Revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados.
 - f. Otros datos relevantes que el profesional de la salud considere necesario.
 - g. Todos aquellos formatos que formen parte de la historia deben ser anexados en esta sección. En los casos de la atención del niño menor de 5 años y la mujer embarazada se incorporará los formatos establecidos en las normas de atención.
2. Examen físico: Se registrará los hallazgos normales y anormales, comentándose de forma adecuada, completa y objetiva.
3. Impresión diagnóstica: Debe fundamentarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y exámenes complementarios existentes.



La Historia clínica deberá llenarse de forma completa y llevará el nombre del Profesional de la Salud que la realiza, categoría, firma y sello.

Referencia y Contra referencia del Usuario

Formato establecido por el Ministerio de Salud para derivar al usuario a otro nivel de resolución cuando amerite el caso.

Hoja de Atención en Emergencia

La nota de emergencia debe llevar los datos de identidad del usuario, así como la información del médico que realiza esta nota, el motivo de consulta y quejas principales, la historia de la enfermedad actual, examen físico, análisis o avalúo, planes, firma y sello del médico que elaboró la nota. Se adjunta formato.

Nota de Ingreso

La nota de ingreso que se realiza en el servicio de emergencia o consulta externa, no debe ser redundante y tiene que informar explícitamente la atención brindada en dicho sitio y el motivo de ingreso. Es independiente de la nota de recibo por lo tanto se deben elaborar por separado.

La nota de ingreso se elabora en la hoja de evolución y tratamiento y debe de llevar:

- Nombre, apellidos y especialidad del médico que la(s) realiza(n).
- Resumen de los datos del interrogatorio y el examen físico relacionados al motivo del ingreso.
- Resultados de laboratorio y de exámenes especiales relacionados a la causa del ingreso.
- Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- Firma y sello del médico que la realiza.



Nota de Recibo.-

Expresa las condiciones en que se recibe al usuario en la sala de hospitalización e implica un abordaje integral de los problemas. Siempre debe de elaborarse por separado de la nota de ingreso independientemente del tiempo que transcurra entre una nota y otra.

Cada problema abordado en la nota de recibo debe ser evaluado de acuerdo al SOAP. La nota de recibo se realiza en la hoja de evolución y tratamiento y debe de llevar:

- Nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza.
- Número y nombre del problema que se evoluciona.
- Resultados de laboratorio y de exámenes especiales enviados al ingreso.
- Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
- Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales.
- Firma y sello del médico que la realiza.

Notas de Evolución y Tratamiento.-

Debe realizarse de acuerdo a lo indicado por el SMOP y EMOP. El profesional de la salud debe escribir en cada una de las hojas el nombre del establecimiento de salud, nombre completo del usuario y número de expediente. En cada nota debe registrarse la fecha y hora en que se realiza, el nombre, apellidos, especialidad del(los) profesional(es) que participan en la evolución nombre del problema que se evoluciona y firma y sello del profesional que la realiza.

Nota de Consulta Externa.-

La nota de consulta externa debe seguir los pasos indicado por el SMOP y EMOP, esta información es registrada en las hojas evolución y tratamiento.

Reporte de Laboratorio y Medios Diagnósticos.-

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos y/o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se le hayan realizado al usuario. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de



observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido que se encuentra en el reverso de la contraportada de la carpeta.

Solicitud de interconsulta y tránsito de usuario.-

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud. Este formato se utiliza para la solicitud de valoración diagnóstica, terapéutica por otro servicio o especialidad dentro o fuera del establecimiento de salud.

En este formato se registran los medicamentos que se administran al usuario durante la hospitalización, permite cotejar con las órdenes médicas el control de medicamentos prescritos y aplicados. Es llenado por el personal de enfermería y debe incluir el nombre del medicamento y los cinco exactos.

Nota de Enfermería.-

Deberá elaborarse por el personal de enfermería según la frecuencia pre-establecida u órdenes del profesional de la salud. En cada hoja debe registrarse el nombre completo del usuario y número de expediente; nombre de establecimiento y servicio de atención. En cada nota se debe consignar: la fecha y hora de elaboración, nombre del personal de enfermería que la realiza, condiciones en que se recibe al usuario, signos vitales, administración de medicamentos con su fecha, hora, cantidad y vía, problemas que se presentan durante la atención, procedimientos realizados, condiciones en que se entrega al usuario, observaciones, firma y código del personal.

Es el registro de las observaciones y atenciones prestada al usuario por el personal de enfermería. Constituye un medio de comunicación eficaz entre estos últimos y el personal médico, ya que se anota la condición del usuario y tratamiento realizado siguiendo las prescripciones del médico. La frecuencia con que se escribe la nota depende del estado del usuario y veces que amerite atención.

Registro de Admisión y Egreso Hospitalario.-

Debe utilizarse el formato establecido por el Ministerio de Salud. Debe ser llenada por el médico que ingresa y/o egresa al usuario del establecimiento de salud.



Hoja de identificación del usuario.-

Registra los datos generales del usuario, así como los datos del(os) representante(s) legal(es) o los contactos en casos de emergencia; para ello existe un formato establecido por el Ministerio de Salud.

Consentimiento informado.-

De acuerdo a lo que establece la Ley General de Salud es un derecho de los y las usuarias o su representante legal a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos.

El consentimiento informado es un documento que protege en su salud al usuario y legalmente al personal y establecimiento. Este documento se sujetará a los requisitos previstos en los reglamentos y leyes vigentes, serán revocables cuando el usuario lo decida.

El consentimiento informado deberá constar por escrito por parte del usuario salvo las siguientes excepciones:

- Cuando la falta de intervención represente un riesgo para la salud pública.
- Cuando el usuario esté incapacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares inmediatos o personas con suficiente poder de representación legal.
- Cuando la emergencia no permita demoras que pueden ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- La negativa por escrito a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad civil, penal y administrativa al médico tratante y al establecimiento de la salud, en su caso; pudiendo solicitar el usuario su alta voluntaria.
- El médico debe proporcionar de forma clara, sencilla y comprensible al usuario la siguiente información:
 - Consecuencias seguras y relevantes de la intervención diagnóstica o terapéutica que vaya a realizarse.
 - Riesgos típicos o previsibles.



- Riesgos infrecuentes pero no excepcionales, que tengan la consideración clínica de muy graves.
- Riesgos que implica el no practicar la intervención.

Todo consentimiento informado debe contener como mínimo.-

- Datos generales del usuario o su representante legal.
- Datos del establecimiento de salud.
- Datos del médico que proporciona la información.
- Acto(s) médico autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Nombre completo y firma de los testigos.
- Firma del usuario.
- Nunca debe faltar el consentimiento informado en las siguientes situaciones:
 - Ingreso hospitalario.
 - Procedimientos de cirugía mayor.
 - Procedimientos que requieren anestesia general.
 - Procedimientos Gineco-obstétricos.
 - Necropsia hospitalaria.
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
 - Cualquier procedimiento que conlleve a mutilación.

El número de consentimientos informados va a ser acorde al número de procedimientos o actos médicos que amerite el usuario durante su estancia en el establecimiento de salud, así como de la condición o estado de salud en que este se encuentre. Durante una hospitalización o un proceso de atención el número de consentimiento informado puede ser mayor a uno si el médico y el usuario los considera conveniente y necesario.

Epicrisis.-

Este documento pertenece y se entrega el original al usuario al momento del egreso. Debe anexarse una copia al expediente. Contiene los datos de identificación del usuario, fecha de



ingreso y egreso, diagnóstico al egreso, resultados de exámenes que fundamentaron el diagnóstico, tratamiento (incluye procedimientos quirúrgicos), padecimiento que se descartaron, complicaciones y recomendaciones, nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de contra-referencia.

Nota de Defunción.-

Se elabora en la hoja de evolución y tratamiento, incluye los datos de identificación del usuario, fecha y hora en que se realiza la nota, nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza, resumen clínico del o los problemas que presentaba el usuario, causa de la muerte clasificada en: directa, intermedia, y básica de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades vigente (CIE), hora y fecha de fallecimiento, si se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar, describirlas, si no se realizaron maniobras de resucitación, explicar por qué. Se incluye la firma y sello del médico que realiza.

Certificado de Defunción.-

El certificado de defunción se llenará en formato ya establecido por el Ministerio de Salud por el médico que atendió su deceso, debe tener dos copias y una de ellas debe quedar en el expediente.

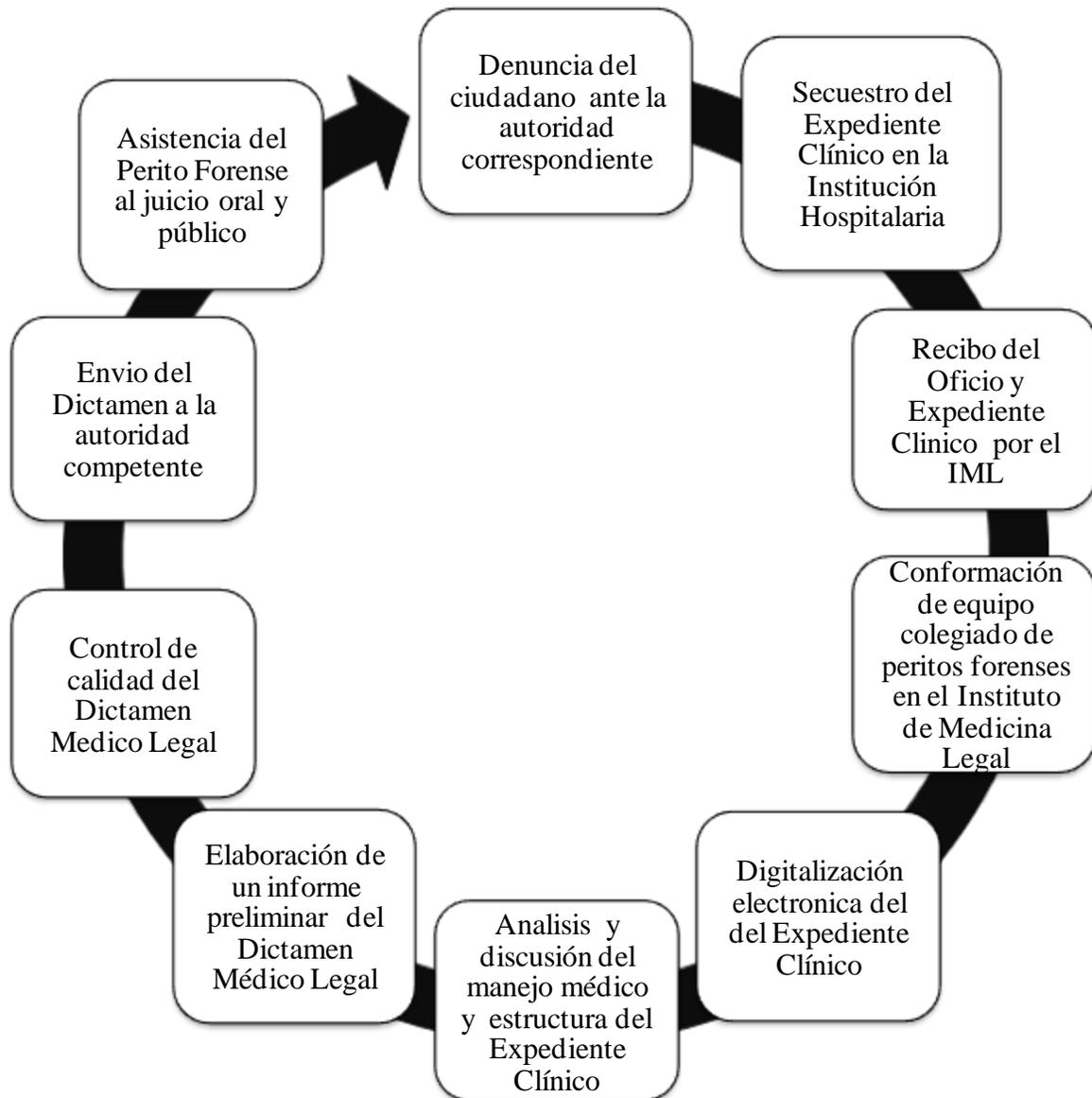
Constancia de Abandono.-

Es el documento por medio del cual el usuario o persona adecuada que lo represente, solicita el egreso del establecimiento de salud sin autorización del Médico tratante, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Deberá contener lo siguiente: fecha y hora de abandono, nombre completo del usuario o familiar y parentesco (si este fuera el caso), número de cédula y firma de quien solicita el abandono, problemas y/o diagnóstico del usuario, resumen de las consecuencias y/o complicaciones que se pudieran originar del abandono, nombre completo, firma y número de cédula de dos testigos. (14)



Peritaje Médico-Legal.

Ruta Judicial y Administrativa en el Peritaje Médico Legal en base a documentos





El oficio.- es un tipo de documento de naturaleza legal que sirve para comunicar disposiciones, consultas, órdenes, informes, o también para llevar a cabo gestiones de acuerdos, de invitación, de felicitación, de colaboración, de agradecimiento, etcétera. Estas redacciones se utilizan en instituciones como: ministerios, embajadas, municipios, colegios profesionales, sindicatos y oficinas de gobierno, entre otras. Es una “carta oficial”. Es el medio por el que se relaciona el médico con la autoridad. No solo con el Juez. En el caso del médico forense estas peticiones se las tiene que hacer a las autoridades competentes.⁸

Una vez provisto de los elementos necesarios, el perito realizará un análisis minucioso de los hechos iniciales y de sus consecuencias, y aplicará un razonamiento y un método legal riguroso, el perito estará en posibilidad de emitir su opinión respecto a si el médico ha cumplido con su obligación hacia un enfermo determinado, en cuanto a que la atención médica brindada haya sido la adecuada, o bien, que haya sucedido lo contrario, esto es, que en dicha intervención médica haya existido mala práctica médica, ya sea Negligencia, Impericia o Imprudencia. Dicho de otra manera: el perito médico determinará si el profesional se condujo conforme a la *lex artis*, si cumplió con las obligaciones que el protocolo correspondiente exija, en ocasiones de resultados, durante la atención brindada a su paciente. (8)

De tal manera que el Expediente Clínico puede demostrar la inocencia o atribuir responsabilidad del profesional de la salud ante una demanda, ó en caso de ser elegido por nuestras autoridades a realizar un Dictamen Pericial, el Expediente Clínico nos refleja la actuación de todo el personal que participó en la atención médica del paciente y refleja la capacidad resolutoria del establecimiento, así como la capacidad profesional de su personal, de ahí la importancia de tener un Expediente Clínico bien integrado, ordenado, completo, legible, etcétera que permita valorar en su cabal dimensión la actuación del médico, de tal suerte que para las distintas actividades jurídicas, contenciosas y de consulta, tales como opiniones técnicas, valoraciones médicas y peritajes que solicitan los diversos Órganos de Procuración, Impartición y Administración de Justicia, cuenten con un expediente clínico no sólo que facilite los procesos judiciales, administrativos o de conciliación y de arbitraje,



sino que auxilia en la integración de una opinión propia, al aportar elementos indispensables para determinar la actuación del profesional médico involucrado en alguna queja, denuncia o demanda. Por otra parte, para cumplir con el objetivo de contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos que se prestan en el país, es indispensable que la comunidad médica esté convencida de los beneficios de integrar un buen expediente clínico, por lo que dentro de las actividades de la difusión y promoción de una cultura médica de calidad hay que considerar la normatividad. (8)

El Peritaje.- Es la operación de especialistas, traducida en puntos concretos, en inducciones razonadas y operaciones emitidas, como generalmente se dice, de acuerdo con su “leal saber y entender”, y en donde se llega a conclusiones concretas.

La Peritación, es el procedimiento empleado por el perito, para realizar sus fines; es el acto procedimental, en el que, el técnico o experto en un arte o ciencia (perito), previo examen de una persona, de una conducta o hecho, cosa, circunstancias, efectos, etcétera, emite un dictamen, conteniendo su parecer, basado en razonamientos técnicos y científico sobre aquello en lo que se ha pedido su intervención. El peritaje no es un medio de prueba en un orden estricto, es una operación o procedimiento utilizado frecuentemente para complementar algunos medios de prueba, inspección judicial, reconocimiento, etcétera, y para su valoración: declaraciones de testigos, del ofendido y del procesado. El Perito es toda persona a quien se atribuye capacidad técnico-científica, o práctica en una capacidad o arte a lo que se le llama elemento de idoneidad o licitud como requisito de ley.²¹

Los Peritos Judiciales constituyen un cuerpo al servicio de la Administración de Justicia. Como requisitos para nombramiento los peritos judiciales deben reunir los requisitos que las leyes procesales exigen, así como tener conducta intachable y aparecer en el listado que al efecto emitirá anualmente la Corte Suprema de Justicia. Cada año, en la primera quincena del mes de enero, la Comisión de Carrera Judicial de la Corte Suprema de Justicia realizará una convocatoria pública para la selección de peritos judiciales, de cada actividad u oficio debidamente reconocida, para las jurisdicciones de cada dependencia judicial. ²¹



En ninguna categoría de los procesos, se puede nombrar peritos a cargo de las partes. Cuando requiriéndose de prueba pericial especializada, no existan peritos nombrados para un distrito determinado, el Juez podrá nombrarlo de oficio, quedando el así nombrado sujeto a las obligaciones y responsabilidades que esto demanda. Los Jueces y Tribunales apreciarán la prueba pericial en base a las normas y valoración del sistema de Sana Crítica, excepto en materia de avalúos en los que el monto dado por los peritos será obligatorio.¹⁸ Los Órganos Jurisdiccionales pueden solicitar de oficio a las instituciones profesionales que emitan informes ilustrativos o peritajes sobre asuntos específicos. En caso de que se solicite informes o pericias a los funcionarios de la Administración Pública, estos están obligados a prestar su colaboración bajo su responsabilidad. Los demás profesionales o técnicos en determinadas materias, podrán ser requeridos hasta dos veces por año para emitir dictamen pericial en causas judiciales. ²²

El Dictamen Médico Legal.-

Es un documento que puede constituir un instrumento o prueba pericial, que emite una opinión científica y técnica fundada, que se desprende del examen razonado de eventos médicos ó biológicos. Es un documento solicitado por la autoridad judicial y debe de ser firmado por un equipo colegiado de peritos forenses.

Cuando se presenta una denuncia o demanda contra el Médico o Institución por presunta Responsabilidad Profesional, el Juzgado correspondiente de Justicia durante el procedimiento Judicial solicita la intervención de peritos, a fin de que éstos emitan un Dictamen en relación a los hechos. El Dictamen Médico Pericial es un documento que expone una opinión fundada sobre un hecho o hechos generalmente pasados, para lo cual el perito se apega de los antecedentes de lo sucedido de los hechos. (3)

Para elaborar sus dictámenes, los peritos acuden a la búsqueda de datos y deben ponerse a su disposición los elementos existentes en el proceso y todos los demás que puedan ilustrarlo sobre las condiciones de lo que debe ser objeto la pericia; para poder rendir el dictamen correspondiente en los casos en que se presume Responsabilidad Profesional



Médica, primeramente se hará llegar todos los documentos relacionados e indispensables para tener un conocimiento preciso del objeto de la peritación, entre los cuales, el Expediente Clínico es fundamental, el cual debe estar completo, con estudios de laboratorio y gabinete, así como otros documentos, tales como resultados anatómico-patológicos, toxicológicos, el dictamen de necropsia (autopsia), cuando es el caso, el escrito de la denuncia presentada, las declaraciones tanto de parte del denunciante como del denunciado y, en fin, de lo que el perito médico considere pertinente para la elaboración del Dictamen.(8)

Para establecer la responsabilidad del médico o profesional sanitario resulta imprescindible analizar la actuación médica, por lo que la prueba de tal responsabilidad siempre precisa de conocimientos técnicos que sólo pueden ser proporcionados a través de la prueba pericial: El Expediente Clínico. Y es que al cuestionarse una actuación médica en un procedimiento judicial, que con gran frecuencia se trata de una investigación penal, una de las primeras diligencias que pedirá el Juez (junto con las correspondientes declaraciones de denunciante, denunciados, testigos, remisión de los historiales clínicos), será solicitar una prueba pericial encaminada a la valoración de la actuación médica cuestionada, pericia que posee enorme importancia. Su enorme valor viene dado por la imparcialidad que se presume de quienes la emiten en principio, los médicos forenses, al ser funcionarios públicos a los que la ley expresamente atribuye la función de *“asistencia técnica a los Juzgados, Tribunales y Fiscalías en las materias de su disciplina profesional”*, estando expresamente contemplada como función suya *“la emisión de informes y dictámenes médico-legales”*. (8)

Este dictamen es posiblemente, uno de los actos periciales más exigentes de buenas cualidades profesionales y personales en el peritaje médico, dadas las circunstancias, peripecias y presiones que rodean a estos procesos, a veces muy dilatados en el tiempo, debiendo valorar la actuación profesional de compañeros de profesión. Desde esta perspectiva, se espera del dictamen pericial del médico forense sobre todo objetividad, pero también profundidad técnica, aunque es preciso recalcar que, si bien inicialmente en la



mayoría de las ocasiones la prueba pericial médica será realizada por éstos, no tiene por qué tener esta condición el perito médico encargado de la valoración de la actuación médica cuestionada.(8)

La calidad del trabajo médico legal en la peritación en base a documento es una exigencia ética y profesional, que incluye minuciosidad y aplicación de técnicas adecuadas y completas y objetividad en todo lo que sea posible, recogiendo la evidencia en forma presentable y que permita discusión e incluso pruebas contradictorias. El médico forense no debe eludir recoger indicios o datos que puedan ir contra sus presunciones o conclusiones.

Aún cuando los funcionarios, logren niveles de motivación altos y tengan disposición para cumplir con el trabajo, motivación y deseo no son suficientes, sino que deben disponer de herramientas para lograr hacer su trabajo eficientemente. Por lo que la calidad de la atención se define como el grado en que ésta se encuentra en relación con indicadores previamente establecidos que permiten medir el desempeño clínico y la satisfacción del paciente, pretendiendo que sea óptima.(7)

La elaboración de requisitos de calidad constituye un instrumento para evaluar los servicios médicos y los centros de salud, mediante objetivos y estándares previamente definidos. En el Instituto de Medicina Legal, el proceso del peritaje inicia una vez que se tienen los documentos a analizar, en este caso el Expediente Clínico o la copia del Expediente Clínico, y proceden a digitalizarlo, es decir traducir cada folio del expediente clínico y reescribirlo en un computador, esto lo realiza los mismos peritos representantes del caso.

Cada perito luego de analizar toda la información colectada, determina sus propias conclusiones, y luego de manera colegiada las debate con los demás peritos asignados al caso. Una vez que estas son consensuadas en el dictamen Médico Legal pasan por un control de calidad a través de un proceso de revisión por parte del personal designado por la Jefatura de departamento, con el propósito de revisarlos y/o refrendarlos, y una vez finalizado este paso el documento es firmado y sellado por los participantes en la resolución del caso.



Al igual que otras instituciones de salud, como empresa de servicios, el Instituto de Medicina Legal requiere de la medición, la evaluación y las mejoras oportunas de las actividades que en ella se realizan, con el fin de asegurar la ejecución de los objetivos y garantizar la calidad del Dictamen Médico Legal. En la pericia médica es conveniente que en lo posible se actúe conforme a protocolos actualizados y técnicamente correctos que luego se complementara con lo que sea preciso de acuerdo al caso, deben emplearse técnicas de garantía de calidad en todas las fases del estudio. La elaboración de normas de atención, protocolos clínicos o guías para la práctica médica, constituye una de las actividades más potenciadas en la actualidad internacionalmente en materia de programas de gestión de la calidad. Su importancia radica en que son herramientas que facilitan la toma de decisiones al clínico, le ayudan a luchar contra la incertidumbre y a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, por lo que son parte esencial del proceso de excelencia de la calidad.(8)

Auditoria de calidad.-

Las Auditorías de Calidad de la Atención Médica es el proceso de la evaluación sistemática y retrospectiva de la misma, que se fundamenta en el análisis del Expediente Clínico, inspección in situ, entrevistas y cualquier otro mecanismo legalmente y administrativamente aceptado.

El Ministerio de Salud de Nicaragua es el órgano rector del sector salud y tiene competencia para establecer regulaciones para la mejora continua de la calidad de la atención en salud. La auditoría de la calidad de la atención en salud debe sujetarse a las leyes y sus reglamentos, así como a las normas, guías y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud, por lo tanto el representante de cada establecimiento proveedor de servicios de salud público y privado es responsable del cumplimiento de esto. El representante del establecimiento de salud debe promover y brindar todo el apoyo para el cumplimiento de las actividades para la evaluación de la calidad de la atención médica, esto implica que deben poner a disposición de los auditores todos los documentos y permitir el acceso a los lugares donde se brindó el acto médico a evaluarse en segunda instancia. (18)



Para toda evaluación de la calidad de la atención los auditores deberán disponer de lo siguiente:

1. Expediente Clínico.
2. Otros documentos relacionados con el acto en salud. P. Ej.: autopsias, dictamen médico de origen privado, documentos provenientes de atenciones médicas por la misma causa que fueron realizadas en el exterior o en otro establecimiento proveedor de servicios de salud, medios diagnósticos o estudios complementarios que no se realizan en el establecimiento proveedor de servicio de salud donde se está realizando la auditoría, entre otros.
3. Entrevistas necesarias.
4. Inspecciones in situ.

En toda evaluación de la calidad de la atención en salud se debe emitir un informe que contenga hallazgos, conclusiones y recomendaciones con el objetivo de que sirvan de parámetro para los ajustes en los abordajes clínicos, técnicos y administrativos; y así mejorar la calidad de la atención.

La diferencia entre Peritaje Médico Legal y Auditoría médica radica en que el peritaje médico legal tiene interés Judicial, mientras que la Auditoría médica es de Interés Administrativo, ambos se realizan con la finalidad de detectar si existe o no Responsabilidad Médica.

Mortalidad Materna en Nicaragua.-

La razón de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y la casi totalidad de las mismas ocurre en países en vías de desarrollo (99%).

Se debe destacar que la muerte materna, a nivel mundial se relaciona con grandes consecuencias para la familia y la comunidad. Se asocia con abandono infantil, desnutrición, mayor probabilidad de enfermarse o morir de los/as recién nacidos/as que quedan en la orfandad, falta de acceso a la educación, violencia falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país.



Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de las embarazadas, parturientas o púerperas y realizar un abordaje inmediato y adecuado, para evitar el agravamiento y la muerte de la mujer. El implementar acciones adecuadas basadas en la evidencia, establecidas por protocolos de manejo y llevadas adelante por parte del personal de salud con competencias, puede reducir la razón de la mortalidad materna.

En la región de las Américas, la mayoría de las muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastorno Hipertensivo asociados al embarazo, Sepsis, parto prolongado u obstruido, roptura uterina y embarazo ectópico. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aun en pacientes sin factores de riesgo. No hay que obviar, que además de que el mayor porcentaje de las muertes maternas en los países de la región se deben a causas que permiten clasificarlas como muertes maternas obstétricas directas, ha venido incrementándose la incidencia de las muertes maternas relacionadas a enfermedades preexistentes como la diabetes, hipertensión, cardiopatías, trastornos hematológicos, entre otras, las cuales en su mayoría se relación a hábitos y estilos de vida no saludables que contribuyen a que se presente otro porcentaje de las muertes maternas que corresponden al grupo de muertes obstétricas indirectas.

Es importante recordar que las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino que cuando no se realiza un abordaje adecuado o se realiza de manera tardía las mujeres llegan a sufrir complicaciones muy graves que permiten clasificarlas como “morbilidad materna severa” y como consecuencia de estas pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente. Por algunos estudios realizados, se considera que en la región de las Américas ocurren 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna registrada, de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves permanentes.

En el periodo entre 2000-2011 en Nicaragua, se registran 1,169 muertes maternas, concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15.3%), Matagalpa (14.50%), Jinotega (12.2%), RAAS (10.2%) y Managua (9.7%).



La mayoría de las muertes obstétricas en este mismo periodo (62.96%), ocurrieron en las mujeres entre las edades de 20 a 34 años y un 17.54% ocurren en las edades de mayores a los 35 años; mientras que 18% se presentaron en adolescentes entre 15 a 19 años.

Las principales causas de muerte obstétrica directas en el periodo descrito fueron debidas a: 482 Hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa y ruptura uterina), 254 Síndrome Hipertensivo Gestacional (Pre-eclampsia/ Eclampsia) y 124 Sepsis puerperales (Situación de la salud materna 2000-2011) ODM5.

Definiciones Obstétricas.-

Mortalidad Materna.- Es la muerte de toda mujer mientras este embarazada o dentro de los 42 días completos determinado el embarazo independientemente de la duración o localización de este por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causa accidentales o incidentales y puede ser directa o indirecta.

Mortalidad Materna por causas obstétricas Directas.- Esta clasificación incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o por una cadena de eventos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Mortalidad Materna por causas obstétricas Indirectas.-

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por efectos fisiológicos del embarazo.

Embarazo de Alto Riesgo.- Es la presencia de uno o más factores de riesgo que si no son controlados, tratados o anulados puede dar resultados desfavorables tanto a la madre, al feto o ambos.

Clasificación del Embarazo.-

El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.



El embarazo de Bajo Riesgo.-Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

El embarazo de Alto Riesgo.-Es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.(2).

En el presente protocolo se clasifica el tipo de atención prenatal que se realizará a cada embarazada como:

- Atención de Bajo Riesgo.
- Atención de Alto Riesgo.

Esta clasificación se basa en la identificación de factores utilizando el Formulario de Clasificación orientado por la OMS modificado³, y la Historia Clínica Perinatal Base (Ver Anexos), acorde con la Medicina Basada en Evidencia.

Atención Prenatal de Bajo Riesgo.-

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, (según el *Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB, ver Anexos*) y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo-a, o ambos.

Atención Prenatal de Alto Riesgo.-

Es la atención que se brinda embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo, según *Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB* (Ver Anexos).

En las Unidades donde se cuenta con recursos médicos especialistas en Obstetricia serán éstos quienes continúen la atención prenatal de Alto Riesgo, si no los hay, el recurso humano que brinda la atención a la embarazada deberá referirla a la Unidad de salud de mayor nivel de resolución que cuenten con este perfil profesional.



Factores de Riesgo.-

Para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo, (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen.

1-Factores de Riesgo Potenciales.- Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles es decir, se conviertan en factores de riesgo Real:

Factores de riesgo potenciales.-

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli ó multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Violencia en el embarazo

2-Factores de Riesgo Reales.- Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, pre eclampsia, diabetes, anemia, etc.

PRECONCEPCIONALES

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Tuberculosis.
- Neuropatías.



- Cardiopatías.
- Hepatopatías.
- Endocrinopatías.
- Trastornos psiquiátricos.
- Infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA.
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).
- Várices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción.
- Factor Rh (-)

DEL EMBARAZO

- Hiperémesis gravídica no controlable.
- Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal ante-parto.
- Anemia.
- Infección de Vías Urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Rotura Prematura de Membranas.
- Enfermedades endémicas y embarazo.
- Psicopatologías.
- Persona que Vive con el Virus del Sida (PVVS).
- Rotura Prematura de Membranas.
- Infección ovular.
- Presentación Pélvica y Situación transversas después de 36 semanas.
- RH negativo sensibilizado.
- Embarazo Prolongado.
- Diabetes en el Embarazo.



- Cesárea anterior.
- Adolescentes con riesgos activos.
- Macrosomía Fetal.
- Alcoholismo y drogadicción.

Soporte legal.-

Ley No. 423, Ley General de Salud: Artículo 53, Artículo 54

Sistema de garantía.-

Artículo 53.- Objeto. El Sistema general de Garantía de Calidad del Sector Salud, provee la certeza del Estado, a los administradores de recursos privados o de las cotizaciones; a las instituciones prestadoras de servicios; a los profesionales de la salud y a los usuarios, de que su interacción o relación, dentro del modelo de atención en salud adoptado en Nicaragua, se lleva a cabo sobre la base de una óptima utilización, mejoramiento, renovación y capacitación, según sea el caso, de los recursos existentes en cuanto a tecnología; recursos humanos, infraestructura, insumos, medicamentos y gestión. Corresponde al Ministerio de Salud reglamentar sus componentes, organización y funcionamiento, según lo establecido en el Artículo 215, inciso 10 del reglamento de la Ley 290 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo siendo de especial relevancia el componente de la auditoría clínica y médica.

Artículo 54.- Funciones. Son funciones del Sistema de Garantía de calidad dentro del Sector Salud:

1. **Función Preventiva:** El sistema implementará acciones para evitar, desviaciones de recursos; contratación de personal no acreditado; utilización de infraestructura no autorizada conforme las disposiciones legales; incumplimiento de las normas que se expidan en materia de tecnología e infraestructura; adquisición de tecnología que no corresponda a las necesidades sanitarias del país; incumplimiento de las especificaciones técnicas y funcionales de la tecnología biomédica; inadecuada utilización de infraestructura; inadecuado registro de la información mínima que demanda el seguimiento y evaluación del sistema; exceso de utilización en los recursos disponibles; fraude; atención



inadecuada del usuario. Así como todas aquellas conductas o hechos que sean una amenaza potencial para el desarrollo pleno del modelo de salud adoptado y el cumplimiento de los deberes a cargo de las instituciones conforme las obligaciones que surjan del proceso de habilitación.

2. Función Correctiva: El Sistema dirigirá acciones para lograr un mejoramiento continuo en la utilización del modelo adoptado de los servicios de salud. El Sistema se atribuye facultades de inspeccionar con el objeto de corregir y simultáneamente prevenir la ocurrencia de hechos que atenten en forma grave contra las reglas básicas de operación que lo rigen y cuya violación ponga en peligro la vida del paciente, a la salud pública o represente una desviación de recursos.

Decreto No. 001–2003, Reglamento de Ley No. 423: Artículos 119 – 124,149 - 161

Sistema de garantía de calidad

Capítulo I

Aspectos Generales

Artículo 119.- El sistema de garantía de calidad, está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo. Del sector de la salud, cumplir y hacer cumplir el sistema de garantía de la calidad, el cual tiene como objeto de mejorar los procesos de gestión y de atención en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados mediante la óptima utilización de los recursos.

Artículo 121.- El Sistema de Garantía de Calidad, está orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y de la población bajo cobertura de los establecimientos proveedores de servicios de salud, tomando en cuenta el desarrollo y ejecución de programas y planes de salud, acordes con la Ley y el presente reglamento, debiendo permitir:



1. El análisis del funcionamiento del establecimiento proveedor de servicios de salud, estableciendo estándares e indicadores de estructura, proceso y resultados en la provisión de los servicios de salud.
2. La recolección y sistematización de la información para el análisis de causa-efecto, en la solución de los problemas.
3. La promoción de la participación en equipos de trabajo de los usuarios, como elemento fundamental para la implementación de la garantía de la calidad.

Artículo 122.- Para el cumplimiento de las funciones del Sistema de Garantía de Calidad, el Ministerio de Salud deberá:

1. Normar los aspectos técnico-administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
2. Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de servicios de salud.
3. Divulgar los procesos de comunicación.
4. Coordinar acciones y actividades dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.
5. Recomendar acciones preventivas y correctivas en el proceso de implementación de la garantía de la calidad de la atención.

Artículo 123.- El Sistema de Garantía de Calidad se organizará en dos niveles:

1. Nivel normativo conformado por los aspectos técnico-administrativos del proceso de garantía, manuales para la provisión de servicios, regulaciones y otras disposiciones que el MINSA establezca.
2. Nivel operativo se encuentra determinado por las acciones y actividades relacionadas con su implementación.

Artículo 124.- El Sistema de Garantía de Calidad estará compuesto por:

1. Habilitación de establecimientos.
2. Acreditación de establecimientos.
3. Auditorias de la calidad de la atención médica.



4. Regulación del ejercicio profesional.

5. Tribunales bioéticas.

De las Auditorías de Calidad de la Atención Médica

Artículo 149.- Se entiende por auditoría de calidad de la atención médica al proceso de la evaluación sistemática y retrospectiva de la misma, que se fundamenta en el análisis del expediente clínico.

Artículo 150.- Las auditorías de la calidad de la atención médica se realizarán, por denuncia verbal o escrita y de oficio, ante la instancia administrativa correspondiente del Ministerio de Salud. Serán realizadas en primera instancia en los hospitales por el subcomité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico y el subcomité de análisis de fallecidos.

Artículo 151.- Se podrán realizar auditorías de calidad de la atención médica por el SILAIS y el nivel central del Ministerio de Salud en dependencia de la relevancia de los casos denunciados y de los resultados de la auditoría de la calidad de la atención médica practicada por la primera instancia.

Artículo 152.- La gestión de la dependencia encargada de la auditoría de la calidad de la atención médica es preventiva y correctiva, las que deben practicarse de manera sistemática por los establecimientos de salud; elaborándose con la copia respectiva para la instancia administrativa central, debidamente ordenado, foliado, firmado y sellado por el responsable del subcomité respectivo.

Artículo 153.- Las intervenciones del Ministerio de Salud se realizarán con absoluta independencia funcional y de criterio en relación con los auditados y con el debido respeto a los derechos del personal de salud y del usuario.

Artículo 154.- Las auditorías de la calidad de la atención médica de segunda instancia, se realizarán con la formación de comisiones ad-hoc; en casos valorados como relevantes por



la autoridad superior, se conformará una comisión especial que será establecida mediante Resolución Ministerial respectiva.

Artículo 155.- La Comisiones ad-hoc estarán integradas por profesionales pares a la especialidad médica y externos al establecimiento de salud que se va auditar, contando como mínimo tres, según la complejidad del caso. Se solicitará a la asociación médica que corresponda la designación de al menos un miembro debidamente acreditado por ésta.

Artículo 156.- La Comisión ad-hoc procederá a realizar el informe final del caso cumpliendo la metodología del manual respectivo el que será remitido a la instancia correspondiente de auditoría médica.

Artículo 157.- El informe referido en el artículo anterior será remitido por la dependencia de auditoría médica al responsable del establecimiento proveedor de servicios de salud evaluado para la aplicación de las medidas correctivas que dieren lugar.

Artículo 158.- Todo establecimiento proveedor de servicios de salud, deberá hacer análisis del expediente clínico de los usuarios fallecidos o de aquellos en los que exista inconformidad en el usuario o sus familiares. Si el caso tuviera repercusiones médico – legales será remitido al Tribunal Bioética correspondiente, enviando el expediente original debidamente ordenado, foliado, firmado y sellado por el responsable del establecimiento proveedor de servicios de salud correspondiente o el asesor legal del mismo.

Para el caso de militares activos y retirados del Ejército de Nicaragua y familiares, así como de los miembros activos y retirados de la Policía Nacional y familiares, que son atendidos en los establecimientos de dichas instituciones, la auditoría de la calidad de la atención médica será realizada por los subcomités correspondientes de acuerdo a lo establecido en el artículo 162 del presente Reglamento, sus propias leyes orgánicas y reglamentos y se enviará copia al Ministerio de Salud.



Artículo 159.- El SILAIS vigilará y supervisará el cumplimiento de las medidas correctivas derivadas de la auditoría de la calidad de la atención médica.

Artículo 160.- El informe final de auditoría de la calidad de la atención médica en su parte conclusiva se entregará al solicitante de la misma o su representante legal; y el informe total cuando sea requerido judicialmente. En los informes antes señalados, se aplicará lo dispuesto para las instancias que realizan auditoría de calidad de la atención médica, siendo debidamente autenticada por la Asesoría Legal del Ministerio de Salud.

Artículo 161.- Las regulaciones contenidas en el presente reglamento y manuales, son aplicables para los comités de evaluación de la calidad, de todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados.

Ley No. 290, Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo

Ministerio de Salud

Artículo 26.- Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:

- a. Proponer planes y programas de salud, coordinando la participación de otras entidades que se ocupen de esas labores;
- b. Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud;
- c. Promover campañas de saneamiento ambiental y de divulgación de los hábitos higiénicos entre la población. Formular normas, supervisar y controlar la ejecución de las disposiciones sanitarias en materia alimentaria, de higiene y salud ambiental;
- d. Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma;
- e. Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud;



- f. Formular y proponer las reglas y normas para controlar la calidad de la producción y supervisión de importación de medicamentos, cosméticos, instrumental, dispositivos de uso médico y equipo de salud de uso humano. Controlar la sanidad de la producción de alimentos y su comercialización, incluyendo el control sanitario de aguas gaseosas y agua para el consumo humano; administrar y controlar el régimen de permisos, licencias, certificaciones y registros sanitarios para el mercado interno de Nicaragua, en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente y administrar el registro de éstos;
- g. Administrar el registro de profesionales y técnicos de la salud, en el ámbito de sus atribuciones, conforme las disposiciones de la legislación vigente, y supervisar su ejercicio profesional;
- h. Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud;
- i. Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública;
- j. Proponer y supervisar programas de construcción de unidades de salud pública;
- k. Formular políticas, planificar acciones, regular, dictar normas y supervisar la producción, importación, exportación, siembra, industrialización, tráfico, almacenamiento de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y las sustancias precursoras.



VII.-MATERIAL Y MÉTODO

1.-Tipo de estudio.-

El presente estudio corresponde a una investigación Descriptiva de Corte Transversal.

2.- Área de estudio.-

El presente estudio se realizó en el área de estadística del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua, en el periodo comprendido del año 2005–al primer semestre del 2013.

3.- Población de estudio.-

Corresponde al total de Expedientes Médico Legales con Dictamen Médico Legal que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron 12 casos.

Unidad de análisis.-

Está constituido por cada Dictamen Médico Legal, considerado el informe final del peritaje medico realizado al Expediente Clínico de Muerte Materna realizado en el Instituto de Medicina Legal en el período comprendido del año 2005–2013.

Criterios de inclusión.-

- a.- El Expediente Médico Legal que contenga la denuncia respectiva ante la autoridad competente.
- b.- Presencia de Oficio policial ó judicial elaborado por la autoridad competente.
- c.- Expediente Clínico sometido a peritaje médico legal en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua, en el período que establece el estudio.
- d.- Casos clasificados como Muerte Materna según la normativa y el protocolo de Gineco-Obstetricia vigente en Nicaragua.
- f.- Presencia del Dictamen Médico Legal en el Expediente Médico Legal.



Criterios de exclusión.-

- a.- Casos sin Expediente Clínico como prueba documental.
- b.- Casos de muerte materna no sometidos a demanda.
- c.- Falta de resolución en el caso peritado.
- d.- Casos no vinculados a muerte materna.
- e.- Casos de Dictamen Médico Legal en base a autopsia, sin peritaje de Expediente Clínico.
- f.- Muertes maternas por causas no obstétricas.

4.- Fuente de información.-

Se utilizó una fuente secundaria, siendo el Dictamen Médico Legal la fuente de la información.

5.- Métodos e instrumentos para la recolección de datos.-

Para la obtención de los datos e información necesaria se elaboró un formulario con las variables estimadas de acuerdo a cada uno de los objetivos específicos que plantea el estudio.

6.- Métodos e instrumentos para analizar la información.-

Todos los datos fueron obtenidos mediante la técnica de revisión documental a través del Dictamen Médico Legal, posteriormente estos datos fueron procesados por medio del programa estadístico EPI INFO versión 8. Los resultados se presentan en frecuencias absolutas y relativas en tablas y gráficos.

7.- Consideraciones éticas.-

En la realización del presente estudio, se respetó con mucho sigilo y el anonimato de cada una de las partes implicadas en el proceso judicial que requirió del Peritaje Médico Legal (el nombre de los pacientes, número de expediente, médicos implicados, médicos peritos y autoridades judiciales, como también la razón social de las instituciones de salud) así mismo se cumplió con el sigilo y las normas de seguridad y control de evidencias que establece el Instituto de Medicina Legal.



8.- Variables del estudio:

Para Establecer el nivel de estandarización y calidad de los expedientes clínicos conforme a las normas y protocolos del Ministerio de Salud sometidos al Peritaje Médico Legal.

- Estandarización del Expediente Clínico
- Estructura y configuración del Expediente Clínico
- Legibilidad
- Calidad de la Historia Clínica Perinatal
- Calidad de la Historia Clínica
- Consentimiento informado

Para Identificar el proceso Administrativo y Judicial del Peritaje Médico Legal realizado al Expediente Clínico en el Instituto de Medicina Legal.

- Autoridad competente que solicita el peritaje
- Conformación del equipo colegiado de peritos
- Tiempo de resolución del peritaje
- Finalidad del peritaje
- Profesional de salud
- Unidad de salud

Para Caracterizar el perfil socio demográfico de la población en estudio.

- Edad
- Etnia
- Escolaridad
- Estado civil
- Departamento de Procedencia

Para Establecer las características de las muertes maternas sometidas a peritaje médico legal según la clasificación del embarazo, atención del parto y puerperio.

- Atención Prenatal



- Clasificación del embarazo según factores de riesgo
- Periodo de ocurrencia de la muerte materna
- Causa de muerte
- Manera de muerte
- Clasificación de la Muerte Materna

Para Determinar la frecuencia de casos en los que se encontró Responsabilidad Médica relacionada a muerte materna que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal en base a documentos.

- Resolución concluyente del peritaje
- Tipo de Responsabilidad Médica.



9.- Operacionalización de variables.-

Para Establecer el nivel de estandarización y calidad de los Expedientes Cínicos conforme a las normas y protocolos del Ministerio de Salud sometidos al Peritaje Médico Legal.

Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Estandarización del Expediente Clínico	Es el cumplimiento en cuanto a las características de los contenidos y organización que establece en relación a la normativa 004 del MINSa.	Dictamen Médico Legal	Estándar No estándar	Nominal
Estructura y Configuración del Expediente Clínico	Se considera debidamente ordenado cuando está correctamente organizado como lo establece la normativa.	Dictamen Médico Legal	Debidamente Ordenado No Ordenado	Nominal
Legibilidad	Se considera legible cuando su escritura es descifrable facilitando su lectura e interpretación.	Dictamen Médico Legal	Legible Parcialmente Legible	Nominal
Calidad de la Historia Clínica Perinatal	Se considera Correcto cuando cumple parámetros de estandarización según normativa 004 del MINSa. Se considera Ausente cuando no está presente en el Expediente clínico.	Dictamen Médico Legal	Correcto Incorrecto Ausente	Nominal



Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Historia Clínica	Se considera Historia Clínica completa la que cumple con el llenado y contenido completo del formato establecido por la normativa 004. Se considera Ausente cuando falta en el Expediente Clínico.	Dictamen Médico Legal	Completa Incompleta Ausente	Nominal
Consentimiento Informado	Cumplimiento de Normas de llenado del Consentimiento Informado al paciente o familiar según Ministerio de Salud.	Dictamen Médico Legal	Completo Incompleto Ausente	Nominal



Para Identificar el proceso Administrativo y Judicial del Peritaje Médico Legal realizado al expediente clínico en el Instituto de Medicina Legal.

Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Autoridad Competente que solicita el Peritaje	Institución judicial o policial que investiga el hecho denunciado.	Dictamen Médico Legal	Policía Nacional Ministerio Público Procuraduría General de la República. Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos. Juez	Nominal
Conformación de Equipo Colegiado de Peritos	Se considera equipo colegiado la conformación de más de un profesional que integran el grupo de peritos que organizadamente evaluara de forma conjunta el caso investigado.	Dictamen Médico Legal	Colegiado No Colegiado	Nominal



Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Tiempo de Resolución del Peritaje	Período transcurrido desde el recibo del oficio hasta el envío del dictamen médico legal a la autoridad competente expresado en meses.	Dictamen Médico Legal	Menor de 1 mes 1-3 meses 3-6 meses 6 meses-1 año	Ordinal
Finalidad del Peritaje	Objetivo de la actividad investigativa médico legal del expediente clínico.	Dictamen Médico Legal	Causa y Manera de Muerte Responsabilidad Médica Ambas	Nominal
Unidad de Salud	Lugar acreditado por el Ministerio de Salud donde se le brindó a la paciente atención del embarazo, parto o puerperio.	Dictamen Médico Legal	Clínica Privada Centro de Salud Hospital Público Hospital Privado	Nominal



Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Profesional de la salud	Persona que con un perfil de formación académica teórica y práctica realiza labores en la prestación de servicio de atención en salud.	Dictamen Médico Legal	Gineco-Obstetra Médico Internista Médico General	Nominal



Para Caracterizar el perfil Socio Demográfico de la población en estudio.

Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Edad	Años transcurridos cronológicamente a partir de su fecha de nacimiento al momento del fallecimiento.	Dictamen Médico Legal	<20 20-34 >35	Ordinal
Etnia	Grupos de personas que pertenecen a la misma raza y que comparten la misma lengua y cultura.	Dictamen Médico Legal	Blanca Indígena Mestiza Negra No Definido	Nominal
Escolaridad	Nivel académico máximo alcanzado por paciente.	Dictamen Médico Legal	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad Incompleta Universidad Completa No se Define	Nominal



Departamento de Procedencia	Ubicación geográfica donde ocurrió el hecho.	Dictamen Médico Legal	Chinandega León Managua Masaya Carazo Rivas Nueva Segovia Madriz Jinotega Estelí Matagalpa Boaco Chontales Rio San Juan RAAN RAAS	Nominal



Para Establecer las características de las muertes maternas sometidas a peritaje Médico Legal según la clasificación del embarazo, atención del parto y puerperio.

Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Atenciones Prenatales	Número de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo.	Dictamen Médico Legal	0 De 1 a 3 Más de 3	Ordinal
Clasificación del Embarazo según factores de riesgos	Se consideran factores de riesgo prenatales presentados por la paciente según Normas del Ministerio de Salud.	Dictamen Médico Legal	Embarazo de Bajo Riesgo Embarazo de Alto Riesgo	Nominal



Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Período de ocurrencia de la muerte materna	Momentos de la gestación en el que se desencadenó la muerte materna.	Dictamen Médico Legal	Durante Embarazo Durante Parto Durante Puerperio	Nominal
Causa de Muerte	Se considera la Enfermedad o el evento inicial de naturaleza endógena o exógena que desencadena las alteraciones fisiopatológicas en el organismo y que concluye en el exitus letal. (muerte)	Dictamen Médico Legal	Atonía Uterina Sepsis Puerperal Eclampsia Placenta Previa Obstruccion Total Placenta Previa Sangrante. Aborto Séptico Sepsis Puerperal por cuerpo extraño post- Cesárea Embolia de Liquido Amniótico Neumonía por H1N1	Nominal



Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Manera de Muerte	Son las Circunstancias médico legal en que ocurre la muerte.	Dictamen Médico Legal	-Muerte natural -Muerte accidental -Muerte homicida -Muerte suicida	Nominal
Clasificación Muerte Materna	Se considera el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes de terminado el embarazo.	Dictamen Médico Legal	Causa Obstétrica Directa Causa Obstétrica Indirecta	Nominal



Para Determinar la frecuencia de casos en los que se encontró Responsabilidad Médica relacionada a muerte materna que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal en base a documentos.

Variables	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Resolución Concluyente del Peritaje	Es la conclusión del procedimiento pericial evaluativo realizado al expediente clínico.	Dictamen Médico Legal	Hubo Responsabilidad Médica No hubo Responsabilidad Médica	Nominal
Tipo de Responsabilidad Médica.	Es el tipo o falta legal asignada de acuerdo al presunto error que vincula al personal de salud ó institución en el hecho investigado.	Dictamen Médico Legal	Negligencia Imprudencia Impericia Responsabilidad Administrativa Hospitalaria	Nominal



VIII.- RESULTADOS

En el período del (2005 al 2013) se realizaron en el Instituto de Medicina Legal 187 peritajes Médico Legal en base a documentos a través de los Expedientes Clínicos para establecer si hubo Responsabilidad Médica y determinar la Causa y la Manera de la muerte. Las especialidades médicas relacionadas con los peritaje fueron: Medicina Interna 42.7%, seguida de Cirugía General con 34.2%, Pediatría 16.5% y Ginecobstetricia con un 6.4%. El año 2010 fue donde se consigna mayor incidencia de solicitudes de peritajes, en especial los casos relacionados con la especialidad de Ginecobstetricia que representó el 41.6% (N=5) de los casos sometidos al estudio por Muerte Materna.

En el período que comprende el estudio, el informe de gestión del Ministerio de Salud del año 2013 reporta una prevalencia de Muertes Maternas a nivel nacional de 876 casos. De esta prevalencia resultó que el 1.36% (N= 12) fueron llevados al contexto Judicial, para establecer a través del peritaje médico legal si hubo Responsabilidad Médica y establecer la Causa y Manera de muerte.

El 50 % (N= 6) de los Expedientes Clínicos peritados en el periodo comprendido (2005-2013) resultó que su procedencia fue de Managua. El 50% restante de los casos la procedencia fue: Masaya con 16.6% (N= 2), Matagalpa con 8.3% (N= 1), Rio San Juan con 8.3% (N= 1), Granada con 8.3% (N= 1) y RAAN con 8.3% (N= 1).

De los 187 Expedientes Clínicos que fueron peritados en el IML en el período (2005-2013) en base a documentos, solamente el 6.4% (N= 12) cumplen con los criterios de inclusión que se establecieron en el trabajo de investigación relacionados con Muerte Materna.

El 83.3 % (N= 10) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica en Muerte Materna, resultó que NO cumplieron con los criterios de Estandarización que establece la normativa 004 del Ministerio de Salud. Solamente en el 16.6% (N= 2) de los Expedientes Clínicos se encontraron Estándar.



Del 100% (N=12) de los Expedientes Clínicos peritados, se encontró que el 16.6% (N=2) la Historia Clínica estaba ausente, el 66.6% (N= 8) de los Expedientes Clínicos peritados que tenían Historia Clínica estaba elaborada de forma incompleta, y el 16.6% (N= 2) de forma completa.

De los 12 Expedientes Clínicos peritados; en el 16.6% (N= 2) resultó que no tenían hoja de consentimiento informado y en el 25% (N= 3) de los Expedientes Clínicos resultó que el llenado estaba de forma incompleta.

El 58.3% (N=7) de los Expedientes Clínicos que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal resultó que NO se encontraban debidamente ordenados, como lo establece la Normativa 004 del Ministerio de Salud.

En el 83.4% (N= 10) de los Expedientes Clínicos que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal resultó que las notas de evolución médica registradas de forma manuscrita se encontraban parcialmente legibles.

En el 33.3% (N= 4) de los Expedientes Clínicos peritados resultó que la Historia Clínica Perinatal estaba ausente, y en El 41.6% (N=5) Expedientes Clínicos resultó que se encontraba con un llenado incorrecto.

El 75% (N= 9) de los Expedientes Clínicos peritados, resultó que la autoridad competente que solicitó el peritaje fue la Policía Nacional, y el 25% (N=3) fue a través del Ministerio Público.

En el 100% (N=12) de los Expedientes Clínicos peritados por Muerte Materna, la autoridad competente solicitó al Instituto de Medicina Legal establecer si hubo Responsabilidad Médica, establecer la Causa y Manera de muerte.

El 50% (N=6) de los Dictámenes Médico Legales se registró por las inscripciones de las firmas que fue realizado por un equipo colegiado de Médicos peritos forenses y el otro 50% no fue colegiado (No hubo registro).



En relación al tiempo de resolución del peritaje médico legal, se encontró que en el 41.6% (N= 5) de los Expedientes Clínicos peritados el dictamen y la resolución fue emitido en un período de 1 mes a 3 meses. En el 33.3% (N=4) la resolución fue en un período de 3 a 6 meses y en un 25% (N= 3) de los casos se emitió la resolución en un periodo de 6 meses a 1 año.

De los Expedientes Clínicos peritados de forma Colegiada (N= 6), resultó que en el 50% (N=3) la resolución del dictamen se realizó en el periodo de 1 a 3 meses, y el otro 50% la resolución se emitió en el periodo de 6 meses a 1 año.

En cuanto a la Resolución del Peritaje médico legal resultó que en el 50% (N= 6) de los Expedientes Clínicos peritados se encontró que hubo Responsabilidad Médica. En el 50% (N= 6) de los casos restantes resultó que No hubo Responsabilidad Médica.

De los 6 Expedientes Clínicos peritados en donde se estableció que hubo Responsabilidad Médica el 83.3% (N= 5) el tipo de Responsabilidad encontrada fue por Negligencia Médica y 16.6% (N=1) la figura fue Impericia.

De los Expedientes Clínicos peritados en donde la resolución determinó que hubo Responsabilidad Médica (N= 6), los Expedientes Clínicos se encontraban No estándar. En los Expedientes que No se encontró Responsabilidad Médica el 33.3% (N= 2) estaban Estándar y el 66.6% (N= 4) el Expediente se encontraba No estándar.

De los 6 Expedientes Clínicos peritados en los que se determinó que hubo Responsabilidad Médica el 33.3 % (N= 2) correspondieron al departamento de Managua. El 16.6% (N=1) correspondió al Departamento de Masaya. El 16.6 % (N=1), Matagalpa. El 16.6% (N=1) Granada y 16.6% la RAAN.

De los 6 Expedientes Clínicos donde resultó que hubo Responsabilidad Médica, el 50% (N= 3) vinculan que la unidad de salud son de hospitales privados, y el otro 50% (N= 3) vinculan a hospitales Públicos.



En los 6 Expedientes Clínicos peritados donde hubo Responsabilidad Médica, el 50% fueron Peritados de forma Colegiada (por el registro de firmas) y el otro 50 % No fueron Colegiadas.

El 91.6% (N= 11) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad médica se encontró que las Pacientes estaban clasificadas como Embarazos de Alto Riesgo Obstétrico.

De los 6 Expedientes Clínicos peritados donde se concluyó que hubo Responsabilidad Médica el 100% correspondían a embarazos de Alto Riesgo, en los 5 casos restantes se concluyó que No hubo Responsabilidad Médica. En el único caso de embarazo de bajo riesgo se concluyó que No hubo Responsabilidad Médica.

En 33.3% (N= 4) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica se estableció que la Causa de la muerte fue Atonía Uterina. En el resto resultó como causa de muerte: Sepsis puerperal, Sepsis Puerperal por cuerpo extraño, Aborto Séptico, Eclampsia, Placenta Previa Obstructiva Total, Placenta Previa Sangrante, Embolia de Líquido Amniótico, Neumonía por H1N1.

El 91.6% (N= 11) de los Expedientes Clínicos peritados se encontró que habían recibido más de 4 Atenciones Prenatales durante el embarazo, y el 8.3% (N= 1) recibió tres Atenciones Prenatales.

En el 75% (N= 9) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica se estableció que el período Obstétrico de ocurrencia de la Muerte Materna fue durante el Puerperio, el 16.6% (N= 2) durante el parto y el 8.3% (N= 1) durante el embarazo.

En el 91.6% (N= 11) de los Expedientes Clínicos peritados resultó que la clasificación correspondían a Muertes Maternas por Causas Obstétricas Directas. Y un solo caso por Causa Obstétrica Indirecta.



En relación a la clasificación del Embarazo y la Causa de la muerte, se encontró que el 36.3% (N= 4) de los Expedientes Clínicos clasificados como Embarazos de Alto Riesgo se estableció como Causa de la muerte fue Atonía Uterina. El único caso de de embarazo de bajo riesgo la causa de la muerte fue por Embolia de Líquido Amniótico.

En el 100% (N= 12) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica en muerte materna, se encontró que la etiología médico legal correspondieron a Muertes Naturales.

En los 6 Expedientes Clínicos peritados en donde se estableció que hubo Responsabilidad Médica, el 50% (N= 3) la Causa de la muerte fue por Atonía Uterina. El 16.6% por Eclampsia. El 16.6% por Placenta previa Sangrante y el otro 16.6% por Sepsis Puerperal por cuerpo extraño post Cesárea.

En los 4 Expedientes Clínicos peritados donde se estableció como Causa de la Muerte Atonía Uterina, resultó que los Departamentos de procedencia son: 25% (N= 1) Managua, 25% (N= 1) Masaya, 25% (N= 1) Matagalpa y 25% (N=1) la RAAN. El caso de Neumonía por H1N1 era procedente de Rio San Juan y el de Sepsis Puerperal por cuerpo extraño Post-Cesárea era procedente de Granada.

En el 66.6% (N= 8) de los Expedientes Clínicos peritados por muerte materna se encontró que las pacientes fallecieron en Hospitales Públicos y 4 casos (33.3%) fallecieron en Hospitales Privados. Los 4 casos que se estableció Atonía Uterina como causa de muerte ocurrieron en Hospitales Públicos.

El 50% (N= 6) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica, resultó que la procedencia de la Unidad de Salud corresponde al Departamento de Managua y el 16.6% (N= 2) al Departamento de Masaya.

En el 66.6% (N= 8) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica, se estableció que las unidades de salud vinculadas fueron Hospitales Públicos; y el 33.3% Hospitales Privados.



De los 10 Expedientes Clínicos peritados que resultaron como No estándar, el 70% (N= 7) son de hospitales Públicos, y el 30% (N= 3) son de hospitales Privados. Los dos Expedientes Clínicos que resultaron como estándar correspondieron 1 para hospital Público y 1 para hospital Privado.

El 91.6% (N= 11) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica, resultó que el profesionales de la salud vinculados directamente con las denuncias fueron Médicos especialistas en Ginecobstetricia, y el 8.3% (N= 1) resultó un médico especialista en Medicina Interna.

En el 50% (N= 6) de los Expedientes Clínicos peritados resultó que las pacientes fallecidas se encontraban entre las edades de 20-34 años, el 25% (N= 3) era menores de 20 años y 25% (N= 3) fueron pacientes mayores de 35 años.

En el 83.3% (N= 10) de los Expedientes Clínicos peritados resultó las pacientes eran de raza mestiza. El 8.3% de raza negra y 8.3% de raza blanca.

En el 41.6% (N= 5) de los Expedientes Clínicos que se realizó peritaje médico legal resultó que las pacientes tenían como nivel de escolaridad Primaria Completa 16.6% (N= 2) Secundaria Incompleta 16.6% (N= 2) y el 16.6% (N= 2) eran universitarias Completas.

En el 58.3% (N= 7) de los Expedientes Clínicos peritados resultó que el estado civil eran casadas, 25% (N= 3) unión estable. El 8.3% (N= 1) soltera y en el 8.3% (N=1), no se define en Expediente Clínico.



IX. DISCUSIÓN

El Instituto de Medicina Legal es el centro de referencia forense a nivel nacional del Poder Judicial, se realizaron en el período del (2005 al 2013) 187 peritajes médico legal en base a documentos (Expedientes Clínicos), siendo la especialidad de Medicina Interna la de mayor incidencia con un 42.7%, La especialidad de Ginecobstetricia tuvo una incidencia del 6.4%; a pesar que fue la de menor incidencia esta especialidad como programa de salud pública tiene mucho impacto en el contexto familiar, comunitario, social, y económico, ya que constituye uno de los programas priorizados en los retos del milenio establecidas por la Organización de las Naciones Unidas y los gobiernos regionales de la OPS, especialmente en Nicaragua.

El informe de gestión emitido por el MINSA en el año 2013 reportó una prevalencia en el período del 2005-2013 a nivel nacional de 876 casos de Muerte Materna, de las que se presume que, por norma que se les realizó auditoria médica de calidad. De esta prevalencia el 1.36% (N= 12) Expedientes Clínicos fueron sometidos a Peritaje Médico Legal en el Instituto de Medicina Legal ya que se formularon denuncias y demandas judicial por parte de familiares de las fallecidas a los médicos tratantes por presunta Responsabilidad Médica.

En el estudio resultó que el 50% de los casos peritados por Muerte Materna en el IML procedían del departamento de Managua, lo que guarda relación con la mayor concentración poblacional del país y la existencia de mayor número de unidades de salud Públicas y Privadas.

De los 187 Expedientes Clínicos que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal por presunta Responsabilidad Médica del 2005 al 2013, el 6.4% (N= 12) cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la realización del estudio de investigación, y todos son procedentes a nivel nacional.



Un alto porcentaje 83.3% que corresponde a (N= 10) Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica No cumplen con los criterios de Estandarización establecidos por la Normativa del Ministerio de Salud, lo que presume que no se realizó controles de calidad de sistemáticos durante la estancia hospitalaria de las pacientes.

El 66.6% (N= 8) de los Expedientes Clínicos peritados por presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas, resultó con Historias Clínicas incompletas, aunque esta forma de Negligencia no se vincula directamente con la causa de la muerte, constituye un criterio muy importante para el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento, y es un indicador para medir niveles de calidad de la atención médica.

En 3 Expedientes Clínicos la hoja de consentimiento informado se encontraba elaborada de forma incompleta y en 2 casos esta se encontraba ausente, este hecho encontrado presume que el paciente no fue debidamente informado acerca de su diagnóstico tratamiento y pronóstico. El hecho de llenar correctamente la hoja de consentimiento informado no exime de responsabilidad al médico.

El 58.3% (N= 7) de los Expedientes Clínicos que fueron peritados en el Instituto de Medicina Legal resultó que No se encontraban debidamente ordenados, siendo este también un criterio negligente relacionado con la calidad de la atención médica.

En el 83.4% (N=10) de los Expedientes Clínicos peritados las notas de evolución médica se encontraban parcialmente legibles, constituyendo esto un acto Negligente que impide la interpretación correcta por el resto del personal de salud encargados de la atención y por futuros abordajes que pueda necesitar la paciente, constituyendo esto un indicador de calidad.

En el 33.3% (N= 4) de los Expedientes Clínicos peritados la Historia Clínica Perinatal se encontraba ausente y en el 41.6% se encontraban elaboradas de forma incorrecta, la Historia Clínica Perinatal constituye una fuente de información diagnóstica y pronóstico de la mujer embarazada, considerada también un indicador de calidad en la atención prenatal, parto y puerperio.



En el 75% (N= 9) de los casos, la autoridad solicitante de la peritación médico legal fue la Policía Nacional como un órgano de investigación y seguridad pública que auxilia al Poder Judicial encargado de la investigación de la denuncia realizada. El otro 25% (N= 3) la denuncia fue interpuesta por el Ministerio Público como órgano que investiga y acusa.

El Propósito fundamental de la peritación médico legal en los 12 Expedientes Clínicos fue establecer si hubo o No Responsabilidad Médica y establecer la Causa y manera de muerte. Esto para esclarecer el hecho investigado, aportando la prueba científica para una correcta Administración de Justicia.

El 50% (N= 6) de los Dictámenes Médico Legal se registra que no se realizaron por un equipo colegiado, inscribiendo en el dictamen una sola firma. La peritación médico legal debería de ser en su totalidad realizada por un equipo colegiado de médicos peritos especialistas con perfil acorde a la especialidad para garantizar un abordaje más integral y objetivo en el proceso de la evaluación del Expediente e incorporar todas las firmas de los participantes.

En el 41.6% (N= 5) de los Expedientes Clínicos peritados, la resolución fue emitida en un período de 1 mes a 3 meses, lo cual es similar a los hallazgos de un estudio realizado en el año 2002 en la ciudad de Málaga España en donde el cumplimiento del informe médico forense alcanzaba una media de 3.7 meses. En España al igual que en Nicaragua no hay una Norma que establezca los periodos de resolución y entrega del Dictamen. La legislación Mexicana por ejemplo, establece en estos casos que el Dictamen del peritaje en base a documentos exige entregarlos entre 15 a 20 días hábiles dado que facilita prontitud en la administración de Justicia.

De los casos peritados por un equipo colegiado, el 50% la resolución fue concluida en un periodo de 3 a 6 meses y el otro 50% en un período de 6 meses a 1 año, esto no hace suponer que el hecho que una peritación sea colegiada vaya a ser culminada en un periodo más corto de tiempo.



Mediante la peritación médico legal de los Expedientes Clínicos se logró determinar Responsabilidad Médica en el 50% de los casos, lo cual indica que hubo falta en el cumplimiento a las normativas y protocolos de atención médica establecidos por el Ministerio de Salud. El peritaje Médico Legal es un procedimiento evaluativo que tiene como finalidad esclarecer hechos bajo investigación de las autoridades competentes.

La Negligencia médica fue el tipo ó figura jurídica de mayor incidencia en los casos peritados en donde se concluyó que hubo Responsabilidad Médica, la Negligencia se considera omisión en el cumplimiento de las normas y protocolos, como también la falta de cuidados oportuno y necesarios en la atención médica.

Los Expedientes Clínicos donde se concluyó que hubo Responsabilidad Médica se encontraban No estándar, no cumplían con lo establecido con la Normativa 004 del Ministerio de Salud. Sin embargo en 4 expedientes que NO estaban Estándar resulto no se encontró Responsabilidad Médica. Esto presume que la Estandarización del Expediente Clínico no constituye un factor relacionado directamente con la causa de la muerte y resolución del peritaje. Siendo la Estandarización un indicador de calidad.

De los 6 Expedientes Clínicos en los que se determinó Responsabilidad Médica, 2 casos eran provenientes del Departamento de Managua, hecho que puede estar relacionado por la incidencia de casos que este Departamento presentó por su demanda poblacional.

De los 6 casos en donde se estableció a través del peritaje que hubo Responsabilidad Médica a nivel nacional, las unidades de salud donde procedían los casos fueron de Hospitales Públicos y Hospitales Privados. De los 4 casos peritados que procedían de Hospitales Privados se encontró Responsabilidad Médica en el 75% de los casos (3 casos) Mientras que en Hospitales Públicos se peritaron 8 casos, resultando con Responsabilidad Médica 3 casos (37.5%); a pesar que fue mayor el número de casos peritados de Hospitales Públicos, resulto con un menor porcentaje de casos donde se estableció Responsabilidad Médica.



En un 50% de los Expedientes Clínicos Peritados de forma colegiada se concluyó que hubo Responsabilidad Médica, la colegiación en un peritaje constituye un factor determinante en calidad de la resolución del peritaje.

El Alto Riesgo Obstétrico (ARO) constituye una condición de pronóstico y de alerta para el médico clínico por las posibles y probables complicaciones que pueden llegar a presentarse en las distintas etapas del embarazo y poner en riesgo el bienestar y la vida del binomio madre-hijo. Esta condición exige mayor apego al cumplimiento de las normas en el manejo de estos embarazos.

En base a la Historia Clínica el médico tratante ya tenía conocimiento de los factores de riesgo y las posibles complicaciones que por la condición de Alto Riesgo Obstétrico la paciente podía desencadenar y poner en riesgo la vida. Se presume que en los 5 casos Alto Riesgo Obstétrico que No hubo Responsabilidad Médica, el cumplimiento de las normas y manejo médico fue correcto.

En el 33.3% (N= 4) de los Expedientes peritados se determinó como causa de muerte Atonía Uterina, siendo esta la de mayor incidencia, lo que coincide como una de las principales complicaciones al momento del parto según la bibliografía internacional.

En el 91.6% (N=11) de los Expedientes Clínicos peritados se registró que las pacientes recibieron más de cuatro atenciones prenatales, considerando que se trataban de embarazos clasificados como de Alto Riesgo. Cumpliendo con lo establecido en el protocolo de atención que orienta el Ministerio de Salud. Esto indica que la captación, diagnóstico, clasificación y seguimiento en la etapa prenatal fue correcto.

El 75% (N= 9) de las muertes materna ocurrieron en el Puerperio, lo cual presume que no hubo apego correcto de las normativas y protocolos en este periodo. Lo cual corresponde con la literatura internacional la cual refiere que la mayoría de las muertes maternas ocurre en esta etapa del embarazo.



El 91.6% (N= 11) de las muertes maternas ocurrieron por Causas Obstétricas Directas, lo que refleja que a pesar de la existencia de protocolos, no se realizó un abordaje Diagnóstico, Terapéutico y Pronóstico correcto.

En el 36.3% (N= 4) de los Embarazos de Alto Riesgo, la causa de muerte registrada en el dictamen médico legal fue la Atonía Uterina lo cual representa la causa de muerte más común en esta clasificación del embarazo.

En el 100% de los Expediente Clínicos peritados la etiología médico legal correspondieron a Muertes Naturales. No se encontró signos de violencia física ni Psicológica asociada a la atención del embarazo, ni vínculo directo con el mecanismo de la muerte.

En 3 de los 6 casos donde se concluyó que hubo Responsabilidad Médica, se encontró que la causa de la muerte fue por Atonía Uterina, lo cual refleja que no hubo un oportuno y adecuado manejo médico para este tipo de complicación.

El 66.6% (N= 8) de los Expedientes Clínicos peritados estaban vinculados a Hospitales Públicos y el 33.3% (N= 4) a Hospitales Privados; esto probablemente debido a la mayor afluencia de pacientes en el sistema público. Cabe recalcar que los 4 casos de Atonía Uterina peritados eran provenientes de Hospitales Públicos.

El 50% (N= 6) resultaron ser provenientes del departamento de Managua; esto debido probablemente a la mayor densidad poblacional y accesibilidad a las unidades de salud que aumentó este número con relación a los demás departamentos del país.

El 70% (N= 7) de los Expedientes Clínicos No Estándar eran procedentes de Hospitales Públicos, lo cual puede ser debido a la falta de supervisión y control sistemático.

El 100% (N= 6) de los casos en los que se concluye que hubo Responsabilidad Médica, el especialista en Ginecología y Obstetricia fue el profesional de salud involucrado en el hecho denunciado. Estos datos constituyen un dato alarmante ya que es el personal de salud con mayor nivel de formación y preparación académica para el manejo de estas complicaciones en el embarazo.



El 50% de las pacientes que fallecieron por las diferentes Causas de Muerte Materna se representaban en edades de riesgo obstétrico (adolescentes y mayores de 35 años de edad).

El 83.3% (N= 10) de las pacientes eran de raza mestiza, lo cual puede ser debido a que la mayoría de las pacientes eran originarias del pacífico y zona central del país. Un alto porcentaje de las pacientes que fallecieron por las diferentes causas de muerte materna tenía un nivel de instrucción escolar básico aceptable, hecho que se puede asociar al número de controles Prenatales realizados satisfactorios que reflejan acceso y cobertura del programa materno infantil.

El 58.3% (N=7) que fallecieron por Muerte Materna su estado civil correspondieron a las casadas, y en un 25% se encontraban en unión de hecho estable. Situación que supone mayor estabilidad personal y familiar asociada al embarazo.



X. CONCLUSIONES

1.- El 83.3% (N= 10) de los Expedientes Clínicos peritados No cumplen con los niveles de Estandarización que el Ministerio de Salud establece en sus normativas. El 58.3% (N= 7) No se encontraban debidamente ordenados. En el 83.3% (N= 10) las notas de evolución manuscritas se encontraban parcialmente legibles por una deficiente estructura en la caligrafía de la letra.

2.- En un 83.3% (N= 10) de los de los Expedientes Clínicos se encontró que tenían Historia Clínica y el 16.6 (N= 2) No tenían Historia Clínica. De los 10 casos donde se encontró Historias Clínicas el 80% (N= 8) estaban elaboradas de forma incompleta. En el 20% (N= 2) estaban completas.

3.- El 33.3% (N= 4) de los Expedientes Clínicos peritados No tenían Historia Clínica Perinatal, y en el 41.6% (N= 5) se encontraban elaboradas de forma incorrecta. En el 100% de los casos donde se estableció que hubo Responsabilidad Médica los Expedientes Clínicos No cumplían con la Normativa 004, caracterizándolos como No Estándar.

4.- El 100% de los peritajes en base a documentos cumplieron con los procedimientos Administrativos y Judiciales que establece el marco jurídico en la República de Nicaragua. De las 876 Muertes Maternas a nivel nacional (2005-2013) que reporta Ministerio de Salud, solo el 1.36% (N= 12) fueron llevados al contexto Judicial. En el 75% (N=9) de los casos la autoridad competente que solicitó la peritación médico legal fue la Policía Nacional.

5.--En el 91.6% de los casos peritados el profesional de la salud vinculado con las denuncias fueron Médicos especialistas en Ginecobstetricia, y 8.3% un especialista en Medicina interna. En el 50% de los Dictámenes Médico Legal No se registran todas las firmas de los peritos forenses que integraron los equipos colegiados



6.- El 50% (N= 6) de los Expedientes Clínicos Peritados correspondieron al Departamento de Managua. El 16.6% (N= 2) Masaya, Matagalpa 8.3% (N= 1), Rio San Juan 8.3%, Granada 8.3% y la RAAN 8.3%. Del 100 % (N=6) de los Expedientes Clínicos donde hubo Responsabilidad Médica, el 33.3% (N=2) corresponde a Managua, 16.6% (N=1) Masaya, 16.6% (N=1) Matagalpa, 16.6% (N=1) Granada y 16.6% (N= 1) de la RAAN.

7.- En el 50% de las pacientes fallecidas se encontraban entre las edades de 20-34 años. El 25% eran menores de 20 años y 25% mayores de 35 años. El 83.3% las pacientes eran de raza mestiza. En el 41.6% tenían nivel de escolaridad primaria completa. El 58.3 % el estado civil de las pacientes eran casadas. El 91.6% (N=11) de las pacientes estaban clasificadas como Embarazos de Alto Riesgo.

8.- Del 100 % (N=6) donde se concluyó que hubo Responsabilidad Médica, las pacientes tenían embarazos de Alto Riesgo. El 33.3 % se estableció que la Causa de la muerte fue Atonía Uterina. El 91.6% las pacientes recibieron más de 4 atenciones Prenatales durante el embarazo. En el 75 % de los casos se estableció que el periodo obstétrico de la muerte ocurrió durante el Puerperio, 16.6% durante el parto y 8.3 % durante el embarazo. El 91.6% correspondieron a Muertes Maternas por Causas Obstétricas Directas. La Etiología médico legal encontrada en el 100% de la muerte fueron Muertes Naturales.

9.-En el 50 % (N=6) de los casos peritados que se encontró Responsabilidad Medica, en un 83.3% (N=5) de tipo Negligente. En el 50% del restante NO hubo Responsabilidad Medica. De los casos donde hubo responsabilidad medica, los Expedientes Clínicos en un 100% se encontraban NO estándar.

10.-En los 6 casos que hubo Responsabilidad Médica, el 33.3 % (N=2) eran de Managua, el 16.1 % (N=1) de Masaya, 1 de Matagalpa, 1 de Granada y 1 de la RAAN. Las unidades de salud vinculadas fueron 50% (N=3) hospitales Privados, y el otro 50% hospitales Públicos. De los 8 casos peritados de hospitales públicos el 37.5% (N= 3) se estableció que hubo Responsabilidad Médica. De los 4 casos peritados de hospitales privados el 75% (N=3) hubo Responsabilidad Médica.



11.-El Expediente Clínico constituye la evidencia material y pieza de convicción objetiva necesaria en el Peritaje Médico Legal en base a documentos, aporta elementos para esclarecer a la luz de la ciencia y la justicia hechos denunciados por presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas. El Dictamen Médico Legal es el informe escrito resultado del peritaje, considerado en el proceso judicial como Prueba Científica que auxilia al judicial para determinar si hubo ó No Responsabilidad Medica.



XI. RECOMENDACIONES

1.- A las Universidades y en especial a las Facultades de Medicina, Públicas y Privadas de Nicaragua:

a) Que se incorporen las normativas y protocolos de actuación médica vigentes que regulan el ejercicio de la profesión médica en Nicaragua a los programas académicos, tanto en las asignaturas que se imparten en las áreas Básicas y Clínicas

b) Que el estudiante de Medicina en su proceso de formación adquiera los conocimientos en la configuración, estructura y manejo del Expediente Clínico, con el fin de crear conciencia de la importancia que tiene como herramienta que permite niveles de calidad en la prestación de servicios de salud. Además su Administrativa y Judicial como prueba documental en los proceso de Auditoría de calidad ó Peritaje Médico Legal en casos de presunta Responsabilidad Medica.

c) Que el estudiante de Medicina sea evaluado sistemáticamente en la asignatura correspondiente de forma teórica y práctica en la elaboración de un número determinado de Historias Clínicas en las cuatro especialidades básicas.

d) Hacer conciencia en los profesionales de la salud, desde los estudiantes de medicina de nivel Pre-grado, Post-grado y Médicos de Base sobre la importancia que tiene una correcta escritura y caligrafía en las notas de evolución que se registran de forma manuscrita en los expediente clínicos, considerado como un elemento de calidad en la prestación de servicios de salud.

2.- Al Ministerio de Salud de Nicaragua:

a) Implementar Monitoreo y controles de calidad sistemáticos para evaluar el cumplimiento de las normativas y protocolos de atención medica establecidos por el Ministerio de Salud para las unidades de salud pública y privada. (Cumplimiento de la Normativa 004)



- b) Capacitar y actualizar de forma sistemática y permanente al personal de salud y exigir el cumplimiento de las Normativas y Protocolos de actuación médica, desde el abordaje diagnóstico, terapéutico y de seguimiento para los diversos perfiles patológicos y programas de salud, tanto para las unidades Públicas y Privadas.
- c) Hacer funcionar de forma efectiva de manera protocolizada los comités de evaluación del Expediente Clínico en cada unidad de salud pública y privada.
- d) Actualizar a los profesionales de la salud Realizar Actualización de los protocolos de actuación para el manejo médico de las diversas enfermedades y sus complicaciones, tanto en las unidades de salud públicas y privadas.
- e) Que el Ministerio de Salud establezca en su normativa la realización obligatoria de autopsia clínicas a todos los casos relacionados con Muerte Materna para esclarecer la misma.

3.- Al Instituto de Medicina Legal de Nicaragua:

- a) Realizar protocolos de actuación para la Peritación Médico Legal en base a documentos en el Instituto de Medicina Legal de Nicaragua.
- b) Establecer que los integrantes peritos forenses que participan en un peritaje médico legal en base a documentos, que todos registren su firma en el dictamen médico-legal.
- c) que el Instituto de Medicina Legal permita el acceso a la información estadística pertinente a los estudiantes de las distintas universidades y profesiones afines para la realización de estudios de investigación sobre las actividades Médico Forense en el auxilio de la Administración de Justicia y contribución a la Paz Social de Nicaragua.

4.- Al poder Legislativo de Nicaragua:

- a) Presentar un anteproyecto de Ley ante la Asamblea Nacional para la elaboración de un anexo al Código Penal para incorporar al código de procedimiento penal vigente las faltas ó delitos relacionados con la Responsabilidad Médica y todo lo vinculante con el ejercicio de la profesión del trabajador de la salud.



XII. BIBLIOGRAFIA

1. Arias Valverde, Oscar. Importancia del expediente clínico desde el punto de vista médico legal. Rev. Seg. Soc. N. 4 Año 2002.
2. Alfaro Victoria, Fernando. MB. "Evaluación Legal de la Practica Medica". México. Pág. 6-13.
3. Rojas. Nerio A. Medicina Legal. España 2da. Edición 2002.
4. Calabuig, Gisbert. Medicina Legal y Toxicología. España 5ta. edición 1998. J.A.
5. Castellano Arroyo, M. y Gisbert Calabuig, JA. "El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica". En J.A. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1998: p. 76-84.
6. De La Cruz Rodríguez, JG. "La peritación médico-forense en casos de responsabilidad médica". En Curso Análisis de Responsabilidad Profesional del Médico. Responsabilidad del Médico Forense. Madrid, Noviembre 1999. Madrid: C.E.J.A.J.; 1999.
7. Dubon Peniche, María del Carmen. La importancia del Expediente Clínico en consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol. 53, 1 Enero-Febrero, 2010.
8. González Aquino, Laura Patricia. Valor del Expediente Clínico en el dictamen pericial. Pág. 1-3.
9. Izaba Solís, Bayardo Derechos Humanos Nicaragua 2008; Febrero 2009.
10. Knight, Bernard. Medicina Forense de Simpson. Gran Bretaña (Gales), 1994.



11. López-López Fidel Herminio, Ortega-González Manuel, Rodríguez-Domingo José Manuel. La importancia del expediente clínico como prueba documental. Rev Eviden invest Clin 2009; 2 (2): 70-74
12. López Mesa, Marcelo José. Tratado de Responsabilidad Medica. Edit. Legis. El Perito y la prueba pericial en asuntos de responsabilidad Médica. PP. 537-607
13. Ministerio de Salud. Nicaragua. “Normas y Protocolos para la Atención de las complicaciones Obstétricas”. Diciembre del 2006.
14. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa – 004: “Norma para el manejo del expediente Clínico”, Mayo 2008.
15. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa -011: “Normas y Protocolos para la atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo”, Agosto 2008. Pág. 16-20, 86-87.
16. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa- 077: “Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuente del Alto Riesgo Obstétrico”, Septiembre-2011.
17. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa -109: “Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas”, Abril 2013. Pág. 8-12, 16-20
18. Ministerio de Salud. Nicaragua. Normativa – 005: “Norma de Auditoria de la Calidad de atención médica”, Mayo 2008. Pág. 12.
19. Olata Elizalde, Raúl. La importancia del Expediente Clínico.



-
- 20.- Vargas Alvarado, Dr. Eduardo. Medicina Legal. Costa Rica, 1ra. Reimpresión 1998. Pag. 861- 863, Pag. 873- 875.
- 21.- Ley No. 423 “Ley General de Salud”. Asamblea Nacional de Nicaragua. 2002.
- 22.- Ley No. 260 “Ley Orgánica del Poder Judicial de la República de Nicaragua”. Asamblea Nacional de Nicaragua. 1997.
- 23.- Hernández Gil, Ángel. Tesis Doctoral. Responsabilidad por Mal Praxis Médica. Córdoba, España. Año 2002.
- 24.-Lezcano Fonseca, José Antonio. Rivero, Eduardo. Baltasar Torres, José Ángel. Domínguez Silva, Guillermo. Artículo de Revisión. Auditoria Medica. En: Med. Int. Mex. 2009; 2(1): 23-30.



XIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA- Facultad de Medicina.

El Expediente Clínico como prueba documental en el Peritaje Médico Legal en casos de presunta responsabilidad médica en Muertes Maternas. Instituto de Medicina Legal. 2005 al 1er Semestre del 2013.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

No. De Ficha _____ No. De Expediente Médico Legal _____

Fecha de Fallecimiento _____

I. Calidad de la Historia Clínica del Expediente Clínico peritado

- Historia Clínica Completa
- Historia Clínica Incompleta
- Historia Clínica Ausente

II. Consentimiento Informado registrado en el expediente clínico peritado

- Consentimiento informado completo
- Consentimiento informado incompleto
- Consentimiento informado ausente

III. Estructura y configuración del Expediente Clínico peritado

- Debidamente ordenado
- No ordenado

IV. Legibilidad en el registro y notas de evolución médica del Expediente Clínico peritado

- Legible
- Parcialmente legible



V. Historia Clínica Perinatal registrada en el expediente clínico

- Llenado correcto
- Llenado incorrecto
- Historia perinatal ausente

VI. Estandarización del Expediente Clínico Peritado

- Estándar
- No estándar

VII. Autoridad solicitante de la peritación

- Juez
- Procuraduría General de la República
- Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos
- Ministerio Público
- Policía Nacional

VIII. Conformación del equipo de peritaje

- Colegiada
- No colegiada

IX. Tiempo de resolución del peritaje

- Menor de 1 mes
- 1 - 3 meses
- 3 - 6 meses
- 6 meses – 1 año



X. Edad

- Menor de 20 años
- 20 – 34 años
- Mayor de 35 años

XI. Grupo Étnico

- Blanca
- Indígena
- Mestizo
- Negra
- Otros

XII. Escolaridad

- Ninguno
- Primaria completa
- Primaria incompleta
- Secundaria completa
- Secundaria incompleta
- Universidad completa
- Universidad incompleta

XIII. Estado Civil

- Casada
- Unión Estable
- Soltera
- Otro
- No se define en expediente



XIV. Departamento de origen del caso

XV. Número de atenciones prenatales

XVI. Clasificación del embarazo según los factores de riesgo

- Embarazo de Bajo Riesgo
- Embarazo de Alto Riesgo

XVII. Periodo de ocurrencia de la muerte materna

- Durante el embarazo
- Durante el parto
- Durante el puerperio

XVIII. Causa de muerte materna

XIX. Finalidad del peritaje

- Causa y manera de muerte
- Responsabilidad médica
- Ambos

XX. Unidad de salud vinculado en el caso de muerte materna

- Centro de salud
- Hospital público
- Hospital privado
- Clínica privada



XXI. Profesional de salud vinculada en la atención de la paciente

XXII. Resolución Concluyente del peritaje médico legal

- Hubo Responsabilidad Médica
- No Hubo Responsabilidad Médica

XXIII. Tipo de responsabilidad medica encontrada en la resolución del peritaje médico legal

- Imprudencia
- Negligencia
- Impericia
- Responsabilidad Administrativa Hospitalaria



Tabla No. 1

**Casos peritados en el IML en base a documentos por presunta Responsabilidad
Médica por especialidades médicas. Período 2005-2013.**

Año	Ginecología y Obstetricia		Pediatria		Cirugía General		Medicina Interna		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2005	1	6.6%	2	13.3%	5	33.3%	7	46.6%	15	100%
2006			3	16.6%	7	38.8%	8	44.4%	18	100%
2007	1	5%	3	15%	8	40%	8	40%	20	100%
2008	1	4.5%	4	18.2%	7	31.8%	10	45.5%	22	100%
2009	1	4.9%	3	15%	6	30%	10	50%	20	100%
2010	5	18.5%	5	18.5%	8	29.6%	9	33.3%	27	100%
2011	1	2.9%	7	20.5%	11	32.3%	15	44.2%	34	100%
2012	1	4.5%	3	13.6%	8	36.3%	10	45.5%	22	100%
2013	1	11%	1	11.1%	4	44.4%	3	33.3%	9	100%
Total	12	6.4%	31	16.5%	64	34.2%	80	42.7%	187	100%

Fuente: Estadística del Instituto de Medicina Legal.



Tabla No. 2

Incidencia de Muertes Maternas a nivel Nacional según el Ministerio de Salud y Casos Peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.

Año	Muertes Maternas por año	Porcentaje anual	Casos Peritados	Incidencia de casos peritados por muerte materna
2005	119	13.5%	1	0.84%
2006	123	14.0%		
2007	116	13.2%	1	0.86%
2008	95	10.8%	1	1.05%
2009	91	10.3%	1	1.09%
2010	103	11.7%	5	4.85%
2011	96	10.9%	1	1.04%
2012	91	10.3%	1	1.09%
2013	42	4.7%	1	2.38%
Total	876	100%	12	1.36%

Fuente: Informe Gestión MINSA 2013 y Estadística del Instituto de Medicina Legal.



Tabla No. 3

**Peritajes Médico Legales realizados en el IML por Muerte Materna por año y
Departamento de procedencia por presunta Responsabilidad Médica.
Período 2005-2013.**

Casos peritados por año	Procedencia de los casos peritados												Total	
	Managua		Masaya		Matagalpa		Rio San Juan		Granada		RAAN			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2005									1	100%			1	100%
2006													0	100%
2007	1	100%											1	100%
2008			1	100%									1	100%
2009	1	100%											1	100%
2010	2	40%	1	20%	1	20%	1	20%					5	100%
2011	1	100%											1	100%
2012	1	100%											1	100%
2013											1	100%	1	100%
Total	6	50%	2	16.6%	1	8.3%	1	8.3%	1	8.3%	1	8.3%	12	100%

Fuente: Estadística del Instituto de Medicina Legal.



Tabla No. 4

Casos peritados en el Instituto de Medicina Legal en base a documentos por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Período 2005 al 2013.

Casos peritados en base a documentos por año		Casos que cumplen los criterios de inclusión		Casos que cumplen con los criterios de exclusión	
		No. de casos	%	No. de casos	%
2005	15	1	6.6%	14	93.3%
2006	18			18	100%
2007	20	1	5%	19	95%
2008	22	1	4.5%	21	95.4%
2009	20	1	5%	19	95%
2010	27	5	18.5%	22	81.4 %
2011	34	1	3%	33	97%
2012	22	1	4.5%	21	95%
2013	9	1	11.1%	8	88.8%
Total	187	12	6.4%	175	94.5%

Fuente: Dictamen Médico legal.

Tabla No. 5

Estandarización de los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de muerte materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Estandarización del Expediente Clínico	Número de casos	%
Estándar	2	16.6%
No Estándar	10	83.3%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 6

Calidad de la Historia Clínica de los expedientes clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de muerte materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Calidad de la Historia Clínica	Número de casos	%
Historia Clínica Completa.	2	16.6%
Historia Clínica Incompleta	8	66.6%
Historia Clínica Ausente	2	16.6%
Total de Expedientes Clínicos	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 7

Hoja de Consentimiento Informado registrados en los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de muerte materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Consentimiento Informado	Número de casos	%
Consentimiento Informado completo.	7	58.3%
Consentimiento Informado Incompleto.	3	25%
Consentimiento Informado ausente.	2	16.6%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 8

Estructura y configuración de los expedientes clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de muerte materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Estructura y configuración del expediente clínico según normativa 004	Número de casos	%
Debidamente Ordenado	5	41.6%
No Ordenado	7	58.3%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 9

Legibilidad de los registros y notas de evolución médica de los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Legibilidad del expediente clínico	Número de casos	%
Legible	2	16.6%
Parcialmente Legible	10	83.4%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 10

Historia Clínica Perinatal (HCP) registradas en los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Llenado correcto de HCP	Número de casos	%
Llenado correcto	3	25%
Llenado incorrecto	5	41.6%
HCP ausente en expediente	4	33.3%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 11

Autoridad competente que solicitó al IML la peritación del Expediente Clínico por presunta Responsabilidad Médica en casos de muerte materna. Período 2005-2013.

Autoridad competente	Número de casos	%
Juez		
Procuraduría General de la República		
Procuraduría para la defensa de los derechos humanos		
Ministerio público	3	25 %
Policía Nacional	9	75 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 12

Finalidad del peritaje médico legal por presunta Responsabilidad Médica en casos de muerte materna. IML. Período 2005-2013.

Finalidad del peritaje	Número de casos	%
Responsabilidad Médica		
Causa y manera de muerte		
Ambas	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 13

Conformación de equipo colegiado de peritos médicos forenses en la realización del peritaje médico legal a los Expedientes Clínicos sometidos en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Conformación de Equipo	Número de casos	%
Colegiada	6	50%
No colegiada	6	50%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 14

Tiempo de resolución del peritaje médico legal del Expediente Clínico en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Tiempo de resolución del peritaje	Número de casos	%
Menor de 1 mes		
De 1 mes a 3 meses	5	41.6%
De 3 meses a 6 meses	4	33.3%
6 meses a 1 año	3	25%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 15

Equipo colegiado de peritos y Tiempo de resolución del peritaje médico legal del Expediente Clínico en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

Tiempo de resolución del peritaje	Equipo de peritos			
	Colegiado		No colegiado	
	No.	%	No.	%
Menor de 1 mes				
De 1 mes a 3 meses	3	50%	2	33.3%
De 3 meses a 6 meses			4	66.6%
6 meses a 1 año	3	50%		
Total	6	100%	6	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 16

Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

Resolución del peritaje	Número de casos	%
Hubo Responsabilidad Médica	6	50%
No hubo Responsabilidad Médica	6	50%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 17

Tipo de Responsabilidad Médica encontrada conforme la resolución del peritaje en el IML por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna.

Período 2005-2013.

Tipo de Responsabilidad Médica	Número de casos	%
Imprudencia		
Negligencia	5	83.3%
Impericia	1	16.6 %
Responsabilidad administrativa hospitalaria		
Total	6	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 18

**Resolución del peritaje y Estandarización del Expediente Clínico sometido a peritaje
médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Mal Praxis Médica. IML.
Período 2005-2013.**

Resolución del peritaje	Estandarización del expediente clínico				Total	
	Estándar		No estándar		No.	%
	No.	%	No.	%		
Hubo Responsabilidad Médica			6	100%	6	100 %
No hubo Responsabilidad Médica	2	33.3 %	4	66.6 %	6	100 %
Total	2	16.6 %	10	83.3 %	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 19

**Departamento de procedencia de la unidad de salud vinculada al peritaje y la
Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica
de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.**

Departamento de procedencia	Hubo Responsabilidad Médica		No hubo Responsabilidad Médica	
	No.	%	No.	%
Managua	2	33.3%	4	66.6 %
Masaya	1	16.6%	1	16.6 %
Matagalpa	1	16.6 %		
Rio San Juan			1	16.6%
Granada	1	16.6 %		
RAAN	1	16.6%		
Total	6	100 %	6	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 20

Unidad de salud vinculada al peritaje y la Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML.

Período 2005-2013.

Unidad de salud vinculada al peritaje	Hubo Responsabilidad		No Hubo Responsabilidad	
	No.	%	No.	%
Hospital Privado	3	50%	1	16.6 %
Hospital Público	3	50%	5	83.3 %
Total	6	100%	6	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 21

Equipo colegiado de peritos y la Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

Conformación del equipo de peritos	Resolución del peritaje			
	Hubo Responsabilidad Médica		No hubo Responsabilidad Médica	
	No.	%	No.	%
Colegiado	3	50 %	3	50 %
No colegiado	3	50 %	3	50 %
Total	6	100 %	6	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 22

**Clasificación del embarazo según factores de riesgo relacionados con la Muerte
Materna peritado en el IML por presunta Responsabilidad Médica.**

Período 2005-2013.

Clasificación del embarazo	Número de casos	%
Embarazo de Bajo Riesgo	1	8.3%
Embarazo de Alto Riesgo	11	91.6%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 23

**Clasificación del embarazo y Resolución concluyente de los casos peritados por
presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.**

Responsabilidad Médica	Embarazo de Bajo Riesgo		Embarazo de Alto Riesgo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hubo Responsabilidad			6	100%	6	100%
No Hubo Responsabilidad	1	16.6%	5	83.3%	6	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 24

**Causa de Muerte establecida a través del peritaje médico legal en base a documentos
por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. IML.**

Período 2005-2013.

Causa de Muerte establecida	Número de casos	%
Atonía Uterina	4	33.3 %
Aborto séptico	1	8.3 %
Sepsis puerperal	1	8.3 %
Eclampsia	1	8.3 %
Placenta Previa Obstruccion Total	1	8.3 %
Placenta Previa Sangrante	1	8.3 %
Sepsi puerperal por cuerpo extraño post cesárea	1	8.3 %
Embolia de liquido amniótico	1	8.3 %
Neumonía por H1N1	1	8.3 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 25

Número de Atenciones Prenatales realizadas por cada caso peritado en el IML por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. Período 2005-2013.

Número de APN	Número de casos	%
0		
1-3	1	8.3%
Mayor o igual a 4	11	91.6%
Total	12	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 26

Periodo de ocurrencia de la Muerte Materna peritados de los casos peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.

Periodo de Ocurrencia	Número de casos	%
Durante el embarazo	1	8.3 %
Durante el parto	2	16.6 %
Durante el puerperio	9	75%
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 27

Clasificación de la Muerte Materna peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. Período 2005– 2013.

Clasificación de la muerte materna	Número de casos	Porcentaje
Muerte materna por causas obstétricas directas	11	91.6 %
Muerte materna por causas obstétricas Indirectas	1	8.3 %
Total	12	100

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 28

Causa de muerte y Clasificación del embarazo según factores de riesgo relacionado con la Muerte Materna peritado en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.

Causa de muerte	Embarazo de Bajo riesgo		Embarazo de Alto Riesgo	
	No.	%	No.	%
Aborto séptico			1	9.1 %
Atonía Uterina			4	36.3 %
Eclampsia			1	9.1%
Embolia de liquido amniótico	1	100%		
Neumonía H1N1			1	9.1 %
Placenta Previa Obstructiva Total			1	9.1 %
Placenta Previa Sangrante			1	9.1 %
Sepsi Puerperal			1	9.1 %
Sepsi Puerperal por Cuerpo Extraño			1	9.1 %
Total	1	100 %	11	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 29

Manera de Muerte establecida a través del peritaje médico legal en base a documentos por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

Manera de Muerte	Número	%
Muerte Natural	12	100 %
Muerte Accidental		
Muerte Homicida		
Muerte Suicida		
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 30

Causa de muerte y resolución del peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Mal Praxis Médica. IML. Período 2005-2013.

Causa de muerte	Resolución del peritaje			
	Hubo Responsabilidad Médica		No hubo Responsabilidad Médica	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Atonía Uterina	3	50%	1	16.6 %
Aborto séptico			1	16.6%
Sepsis puerperal			1	16.6%
Eclampsia	1	16.6%		
Placenta Previa Obstructiva Total			1	16.6%
Placenta Previa Sangrante	1	16.6%		
Sepsis puerperal por cuerpo extraño post cesárea	1	16.6%		
Embolia de líquido amniótico			1	16.6%
Neumonía por H1N1			1	16.6%
Total	6	100%	6	100%

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No.31

**Causa de muerte establecida a través del peritaje médico legal en el IML de Muerte
Materna y Departamento de procedencia de los casos. Período 2005-2013.**

Causa de muerte	Procedencia de los casos peritados												Total	
	Managua		Masaya		Matagalpa		Rio San Juan		Granada		RAAN			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atonía Uterina	1	25	1	25	1	25					1	25	4	100
Aborto séptico	1	100											1	100
Sepsis puerperal	1	100											1	100
Eclampsia			1	100									1	100
Placenta Previa Obstructiva Total	1	100											1	100
Placenta Previa Sangrante	1	100											1	100
Sepsis Puerperal por cuerpo extraño post cesárea									1	100			1	100
Embolia de Líquido Amniótico	1	100											1	100
Neumonía por H1N1							1	100					1	100

Fuente: Dictamen Médico legal.



Tabla No. 32

**Institución vinculada en la atención de la embarazada y causa de muerte sometida a
peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad
Médica. IML. Período 2005-2013.**

Causa de muerte de casos peritados	Institución				Total	
	Hospital privado		Hospital público		No.	%
	No.	%	No.	%		
Atonía Uterina			4	100 %	4	100 %
Aborto séptico			1	100 %	1	100 %
Sepsis puerperal			1	100 %	1	100 %
Eclampsia	1	100 %			1	100 %
Placenta Previa Obstructiva Total			1	100 %	1	100 %
Placenta Previa Sangrante	1	100 %			1	100 %
Sepsis puerperal por cuerpo extraño post cesárea	1	100 %			1	100 %
Embolia de liquido amniótico	1	100 %			1	100 %
Neumonía por H1N1			1	100 %	1	100 %
Total	4	33.3 %	8	66.6 %	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico legal.



Tabla No. 33

Departamento de procedencia de la Unidad de Salud vinculada al peritaje médico legal en el IML por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna.

Período 2005-2013.

Departamento de origen de los casos peritados	Número de casos	%
Managua	6	50 %
Masaya	2	16.6 %
Matagalpa	1	8.3 %
Rio San Juan	1	8.3 %
Granada	1	8.3 %
RAAN	1	8.3 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico legal.



Tabla No. 34

Unidad de Salud vinculada al peritaje médico legal en el IML por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. Período 2005-2013.

Unidad de salud vinculada	Número de casos	%
Centro de Salud		
Hospital Público	8	66.6 %
Hospital Privado	4	33.3 %
Clínica Privada		
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 35

Unidad de Salud vinculada a la atención de la embarazada y estandarización del Expediente Clínico sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Mal Praxis Médica. IML. Período 2005-2013.

Unidad de Salud vinculada a la atención de la embarazada	Estandarización del expediente clínico			
	Estándar		No estándar	
	No.	%	No.	%
Hospital Privado	1	50 %	3	30 %
Hospital Público	1	50 %	7	70 %
Total	2	100 %	10	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.



Tabla No. 36

**Profesional de la salud vinculado al peritaje médico legal por presunta
Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.**

Profesional de salud vinculado	Número de casos	%
Ginecobstetra	11	91.6 %
Médico Internista	1	8.3 %
Médico General	0	0 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico legal.

Tabla No. 37

**Grupo etáreo de casos de Muerte Materna peritados en el IML por presunta
Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.**

Grupo etáreo	Número de casos	%
Menor de 20 años	3	25 %
20-34 años	6	50 %
Mayor de 35 años	3	25 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 38

**Grupo Étnico de casos de Muerte Materna peritados en el IML por presunta
Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.**

Etnia	Número de casos	%
Blanca	1	8.3 %
Indígena		
Mestiza	10	83.3 %
Negra	1	8.3 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico legal.



Tabla No. 39

**Escolaridad de las pacientes en casos de Muerte Materna peritados en el IML por
presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.**

Escolaridad de la Población en Estudio	Número de casos	%
Ninguno		
Primaria completa	5	41.6 %
Primaria Incompleta	1	8.3 %
Secundaria Completa	1	8.3 %
Secundaria Incompleta	2	16.6 %
Universidad Completa	2	16.6 %
Universidad incompleta	1	8.3 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico – legal.

Tabla No. 40

**Estado civil de la paciente en casos de Muerte Materna peritados en el IML por
presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.**

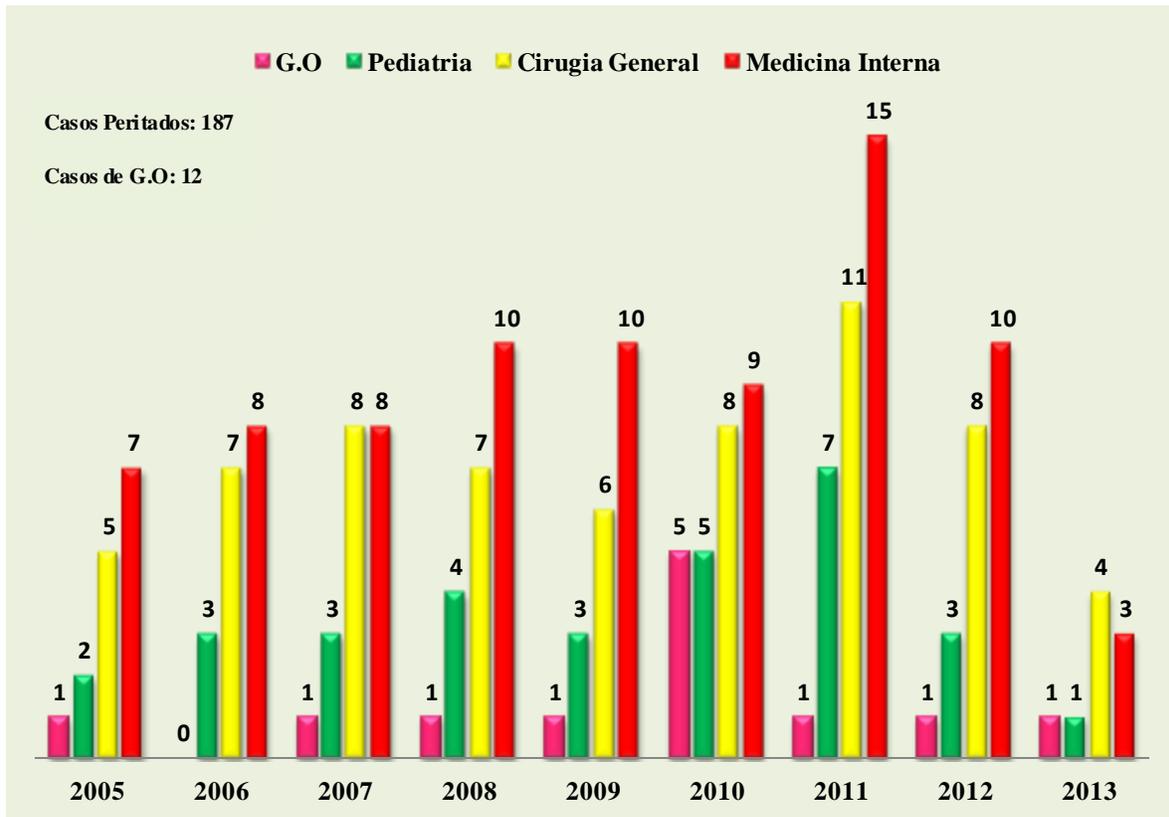
Estado civil de la población en estudio	Número de casos	%
Casada	7	58.3 %
Unión Estable	3	25 %
Soltera	1	8.3 %
Otros		
No se define en expediente	1	8.3 %
Total	12	100 %

Fuente: Dictamen Médico legal.



Gráfico No. 1

Casos peritados en el IML en base a documentos por presunta Responsabilidad Médica por Especialidades Médicas, Período 2005-2013.



Fuente: Tabla No. 1



Gráfico No. 2

Incidencia de Muertes Maternas a nivel nacional según el Ministerio de Salud y Casos Peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica, Período 2005-2013.



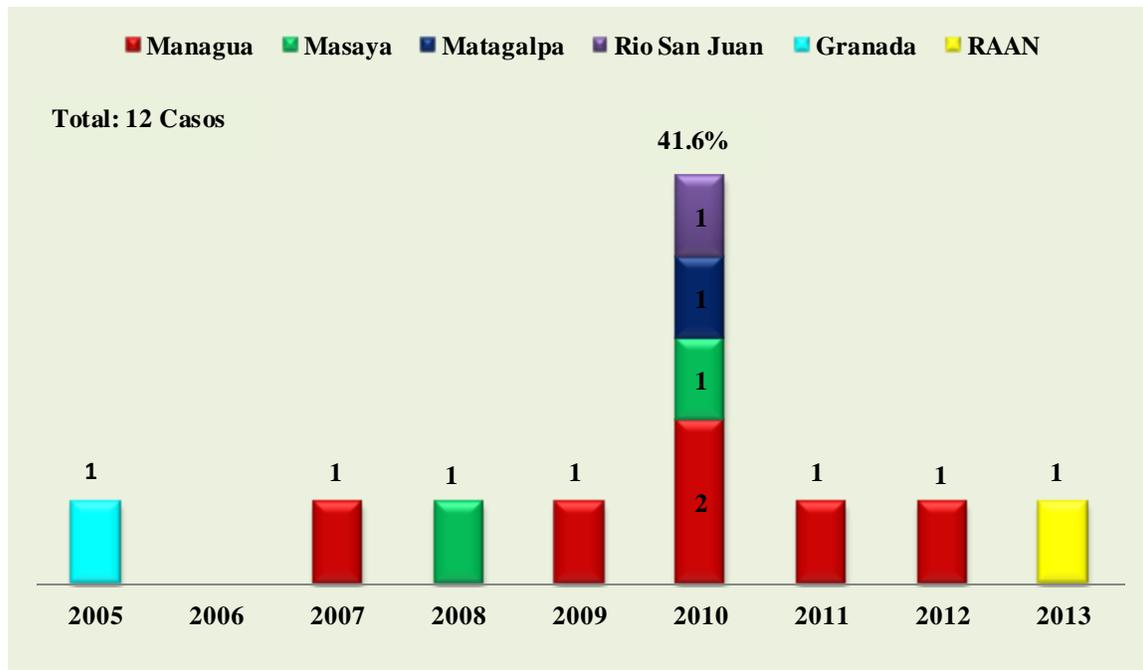
Fuente: Tabla No. 2



Gráfico No. 3

Peritajes médico legal realizados en el IML por Muerte Materna por año y Departamento de procedencia por presunta Responsabilidad Médica.

Período 2005-2013.

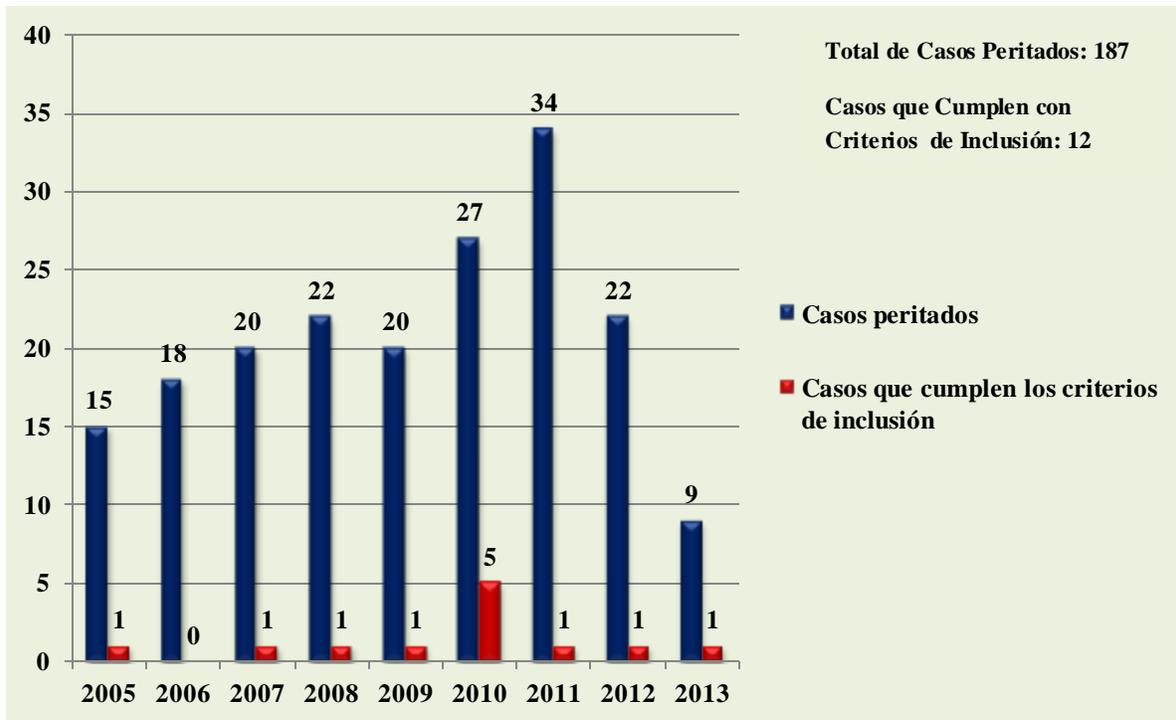


Fuente: Tabla No. 3



Gráfico No. 4

Casos peritados en el Instituto de Medicina Legal en base a documentos por presunta Responsabilidad Médica de muerte materna Período 2005 al 2013 que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

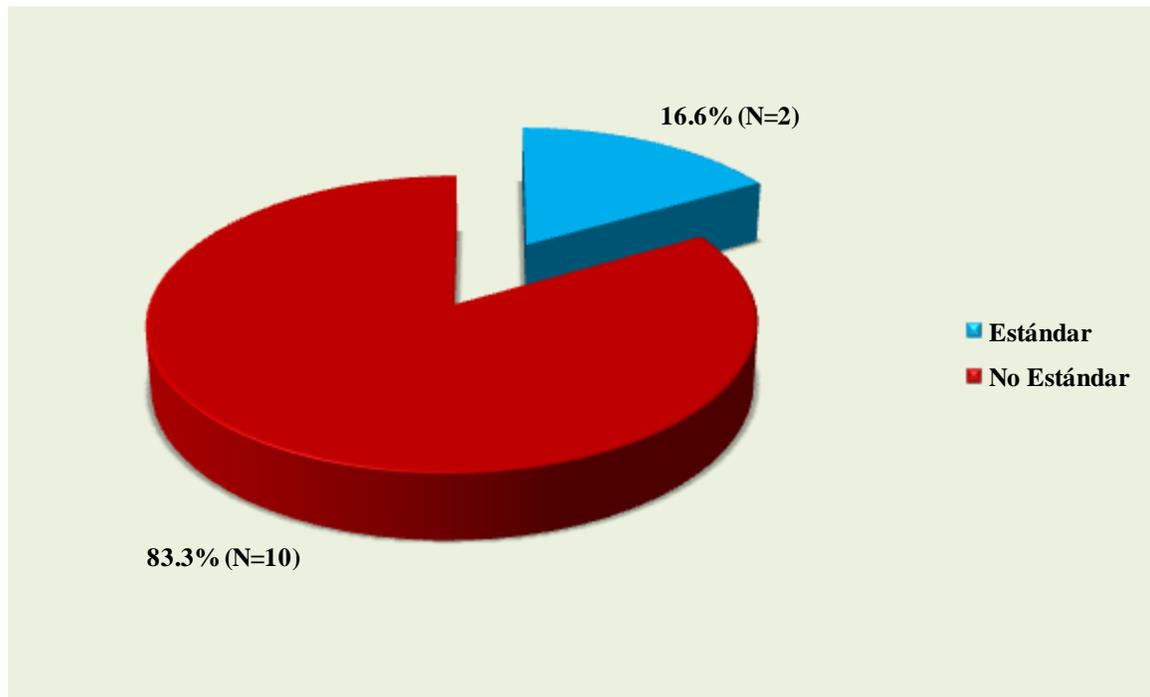


Fuente: Tabla No. 4



Gráfico No. 5

Estandarización de los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

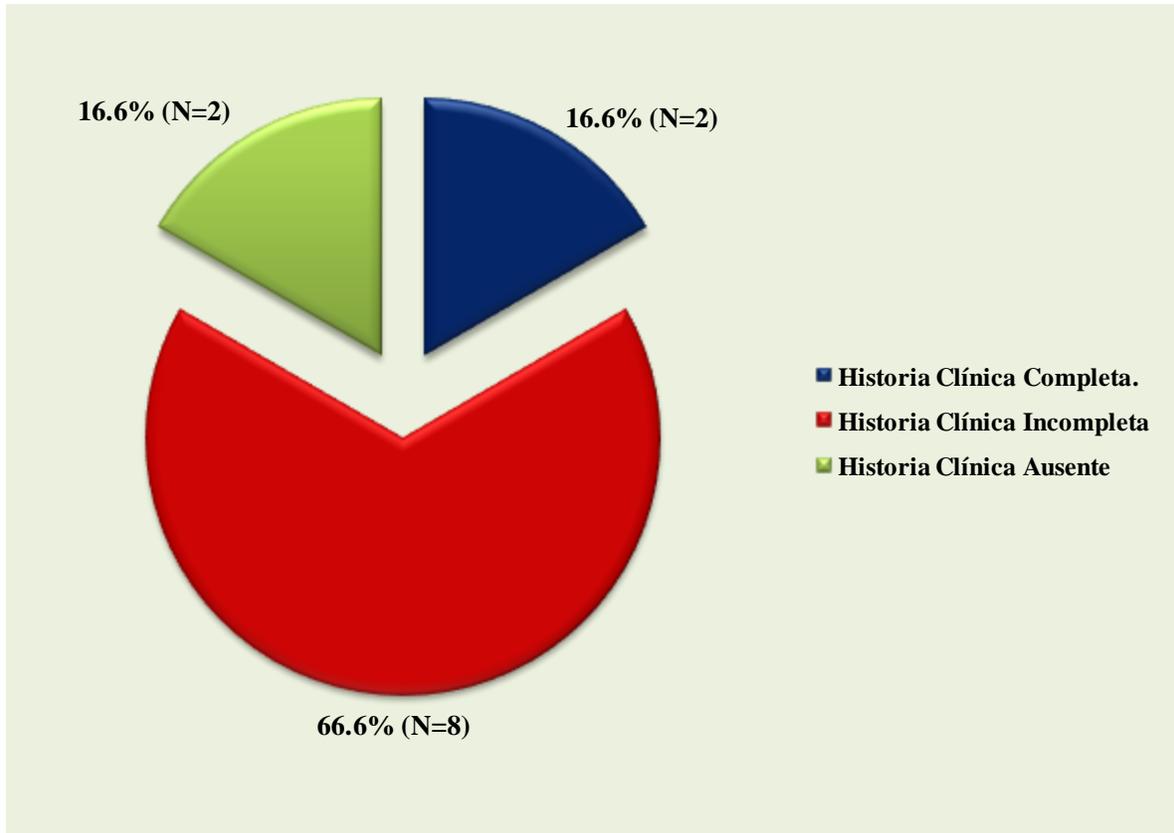


Fuente: Tabla No. 5



Gráfico No. 6

Calidad de la Historia Clínica de los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

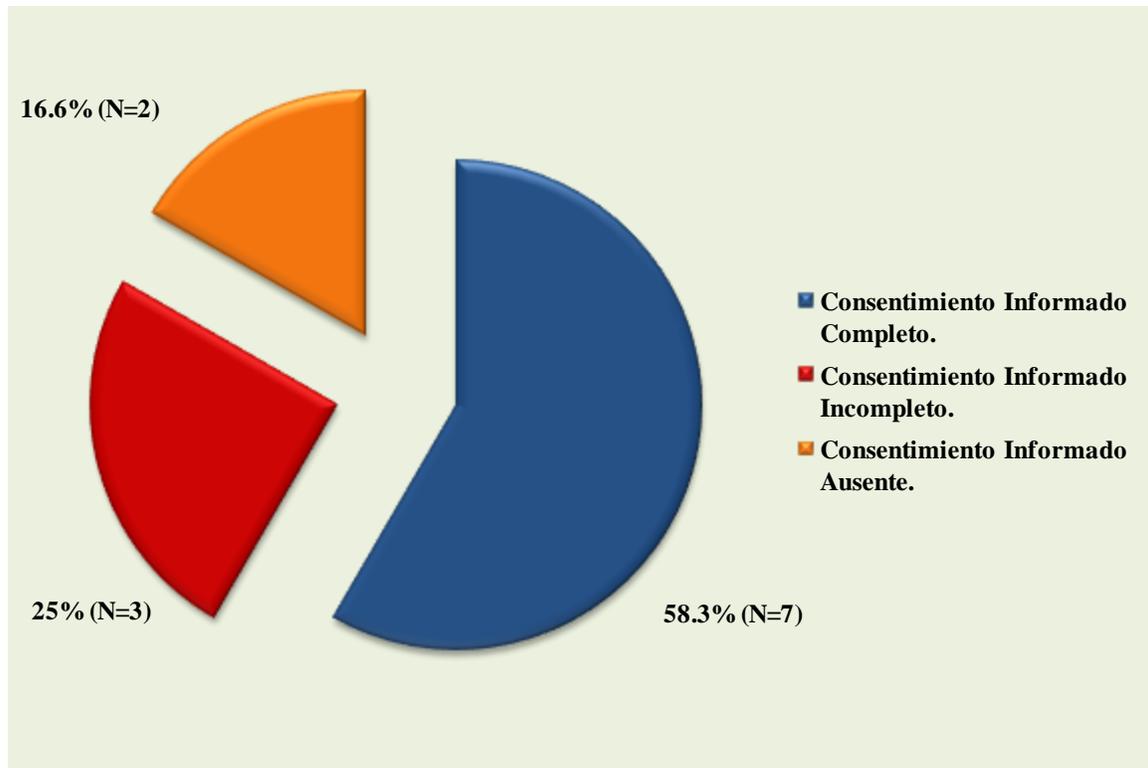


Fuente: Tabla No. 6



Gráfico No. 7

Hoja de Consentimiento informado registrados en los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

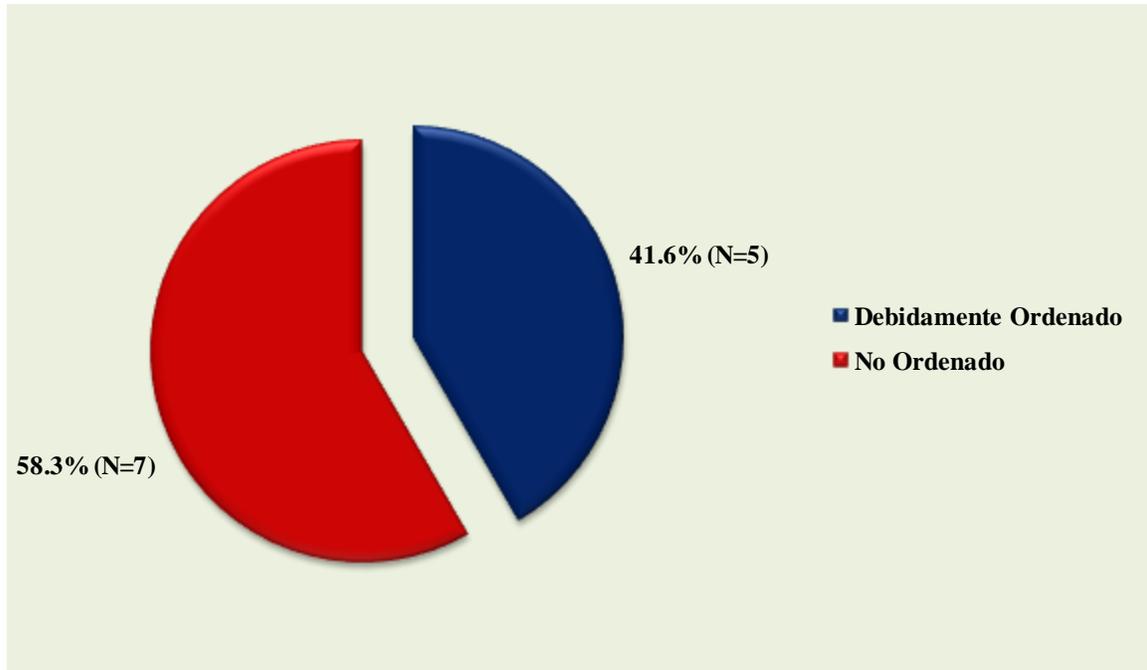


Fuente: Tabla No. 7



Gráfico No. 8

Estructura y configuración de los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de muerte materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

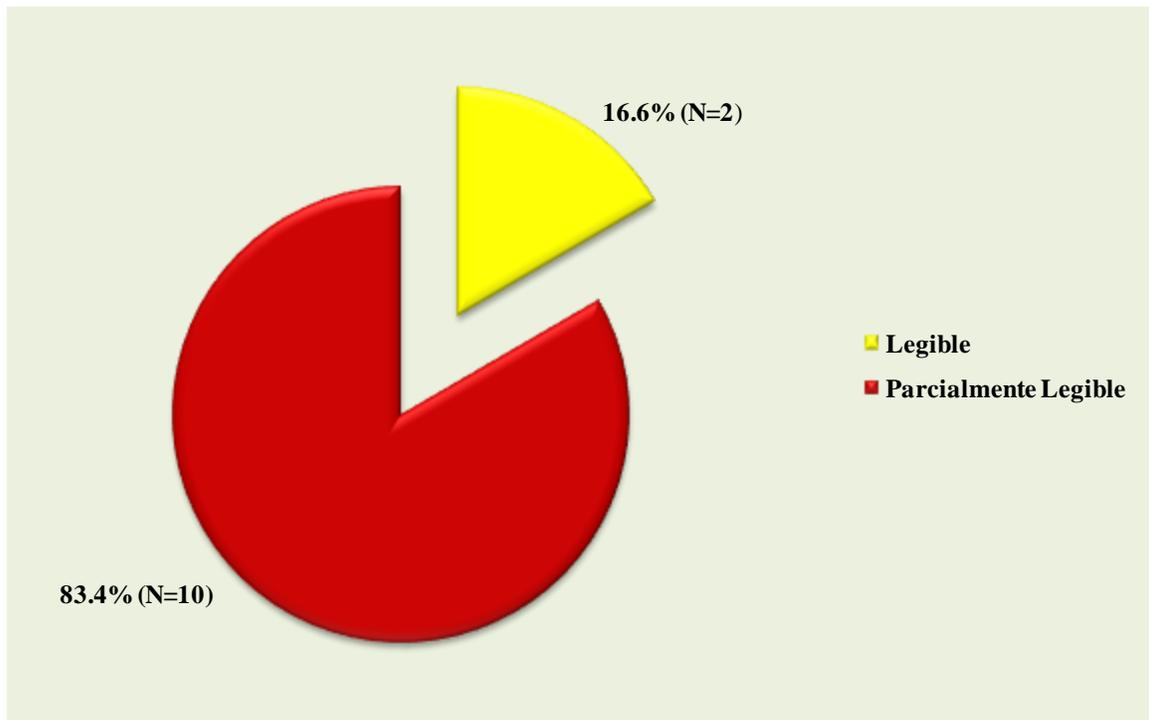


Fuente: Tabla No. 8



Gráfico No. 9

Legibilidad de los Registros y Notas de Evolución Médica de los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

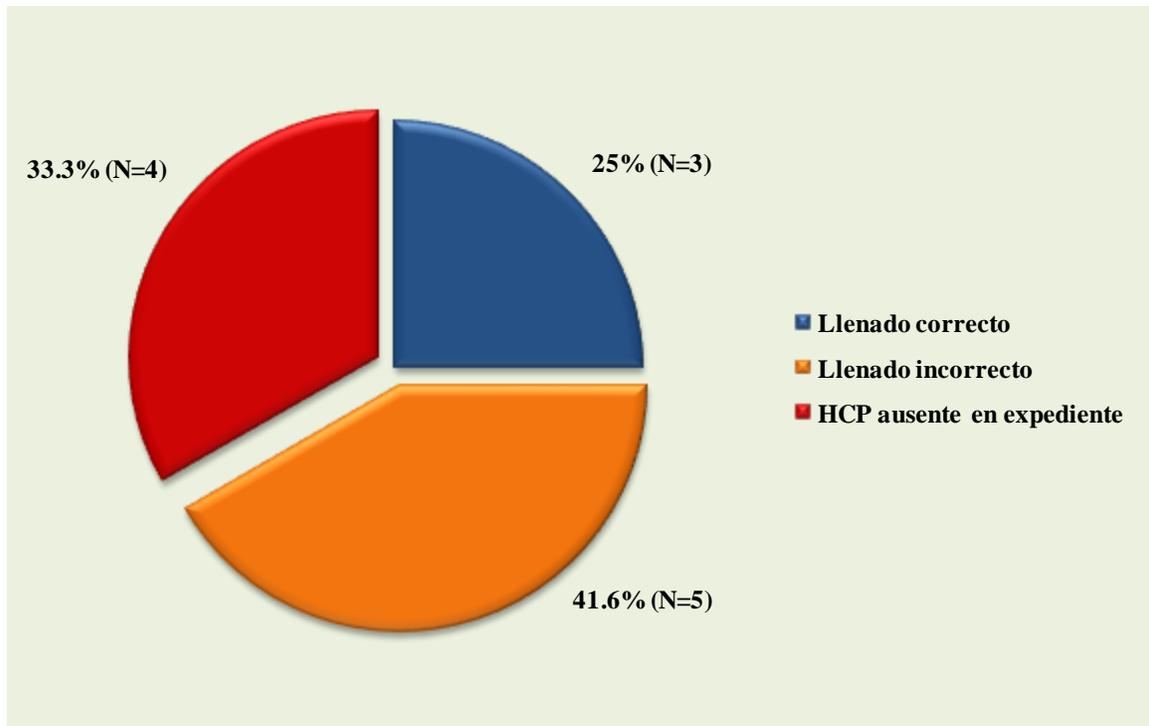


Fuente: Tabla No. 9



Gráfico No. 10

Historia Clínica Perinatal (HCP) registradas en los Expedientes Clínicos sometidos a peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

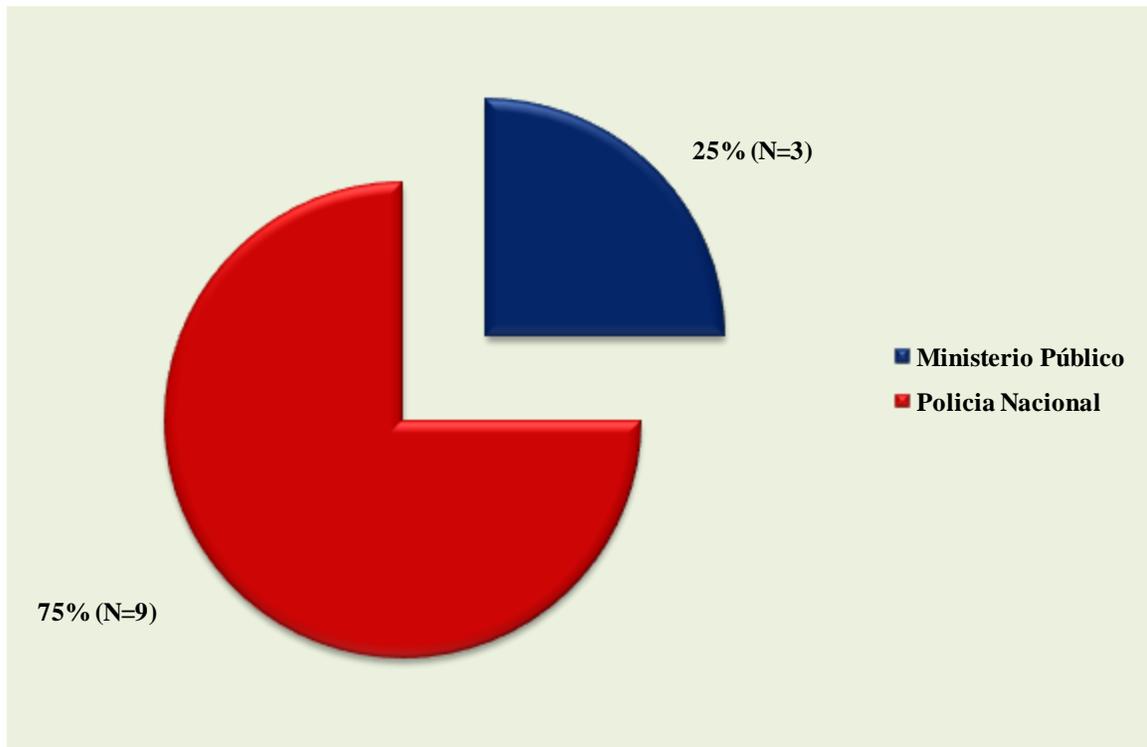


Fuente: Tabla No. 10



Gráfico No. 11

Autoridad competente que solicitó al IML la peritación del Expediente Clínico por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. Período 2005-2013.

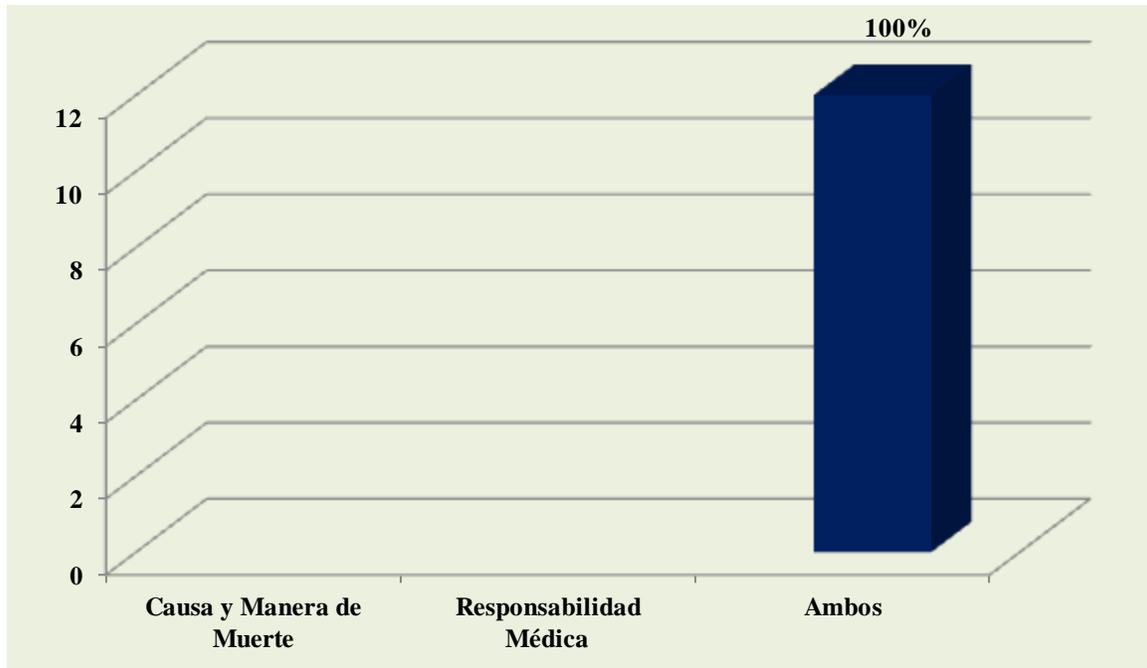


Fuente: Tabla No. 11



Gráfica No. 12

Finalidad del Peritaje Médico legal por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

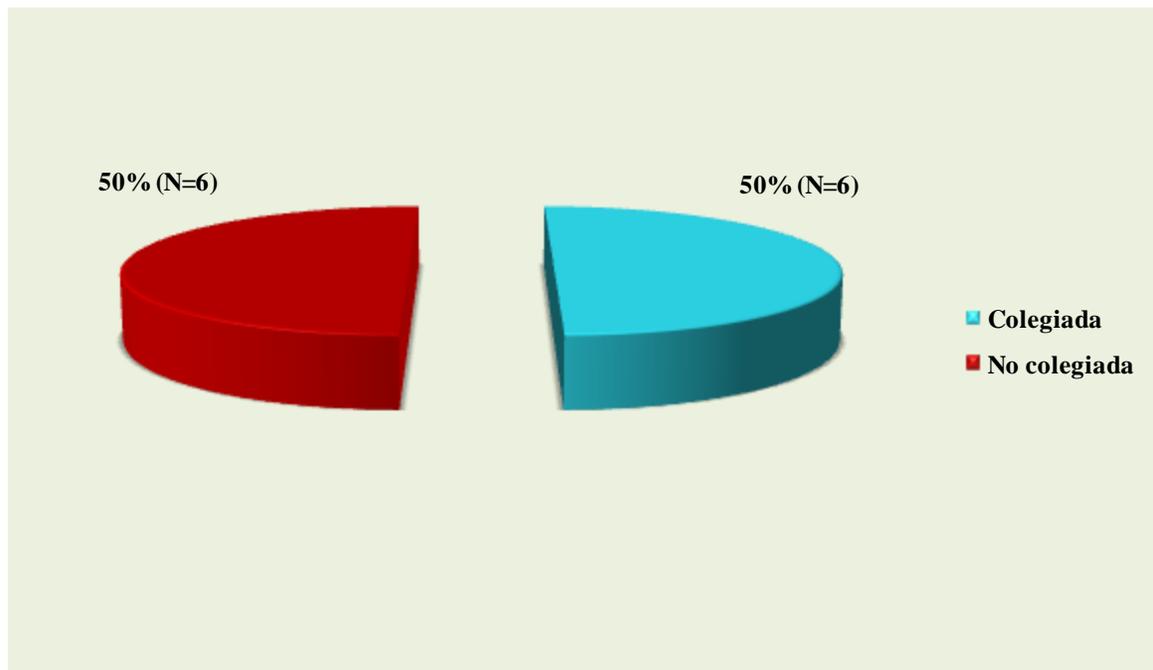


Fuente: Tabla No. 12



Gráfico No. 13

Conformación de equipo colegiado de peritos médicos forenses en la realización del peritaje médico legal de Expedientes Clínicos en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

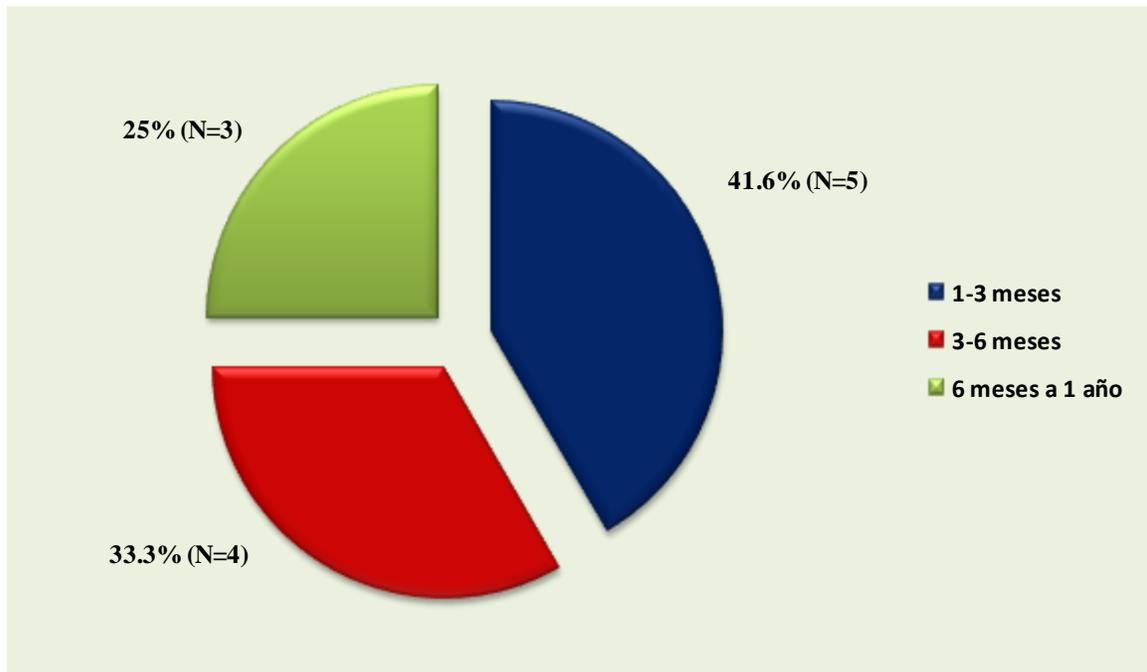


Fuente: Tabla No. 13



Gráfico No. 14

Tiempo de resolución del peritaje médico legal del Expediente Clínico en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

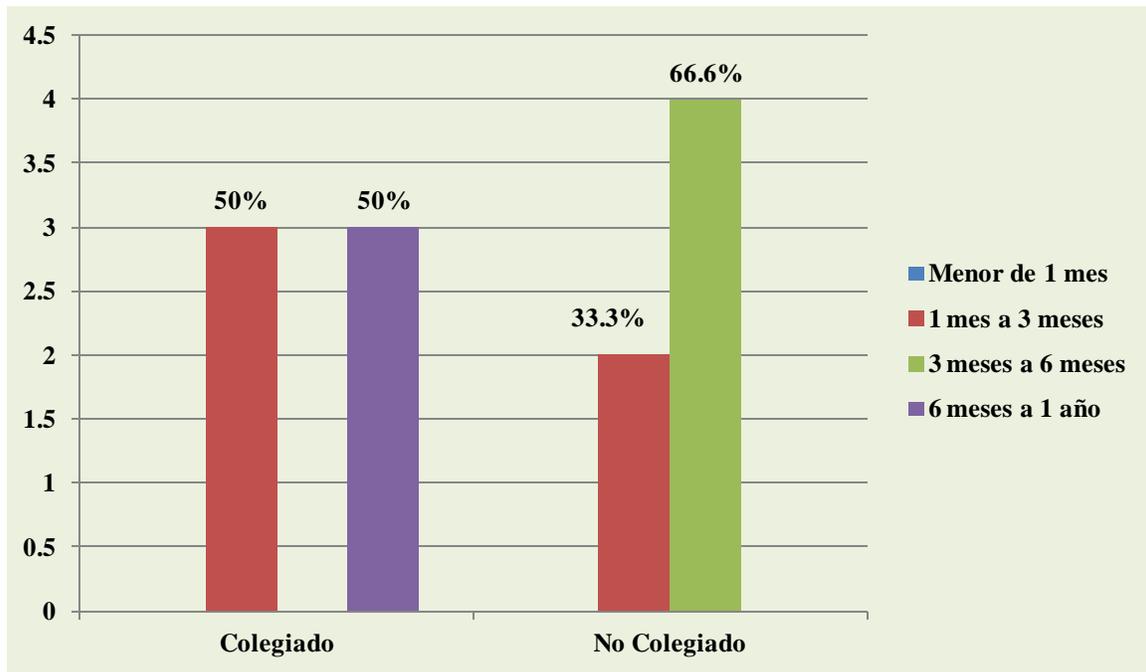


Fuente: Tabla No. 14



Gráfico No 15

Equipo Colegiado de peritos y Tiempo de resolución del peritaje médico legal del Expediente Clínico en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

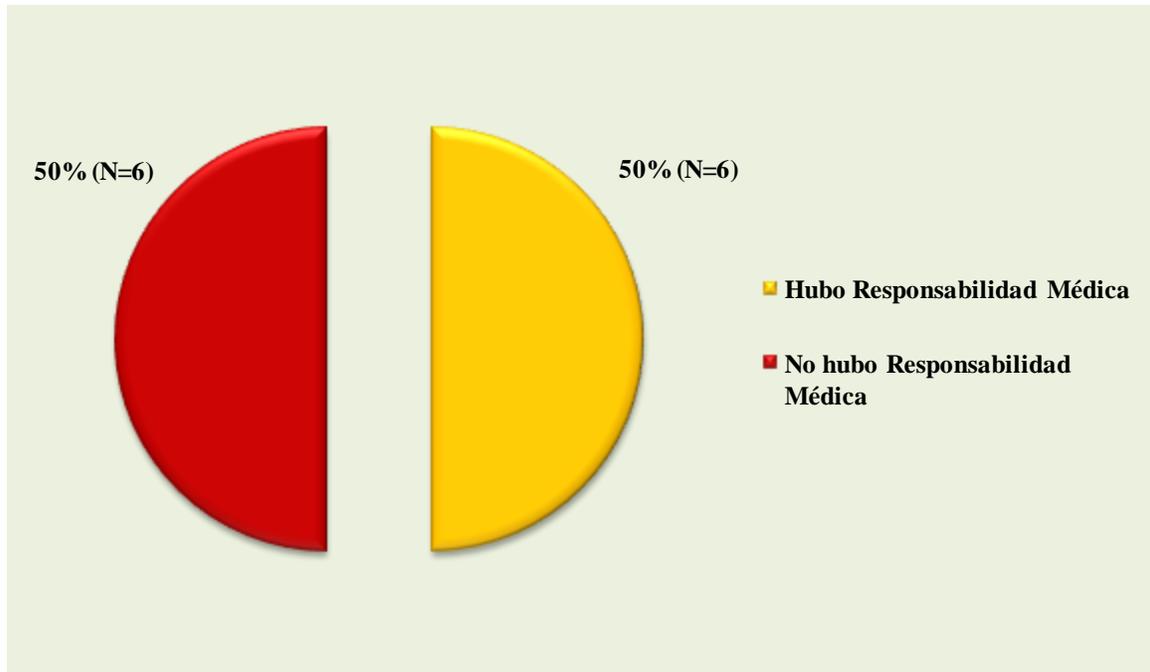


Fuente: Tabla No. 15



Gráfico No. 16

Resolución Medico legal concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

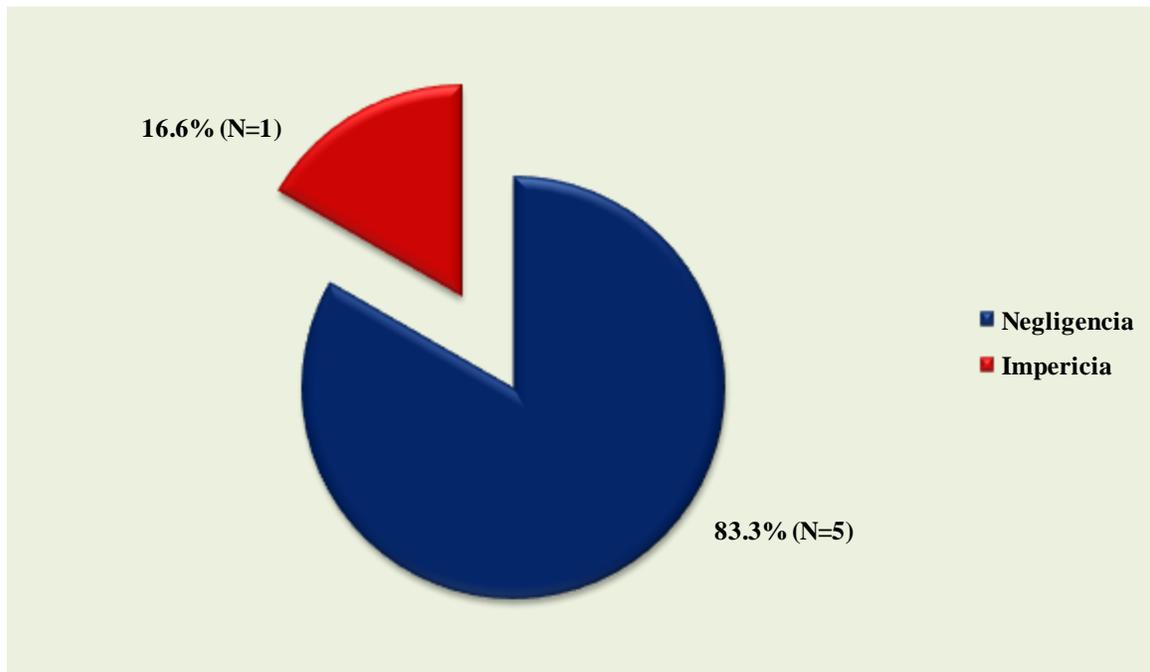


Fuente: Tabla No. 16



Gráfico No. 17

Tipo de Responsabilidad Médica encontrada conforme la resolución del peritaje en el IML por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. Período 2005-2013.

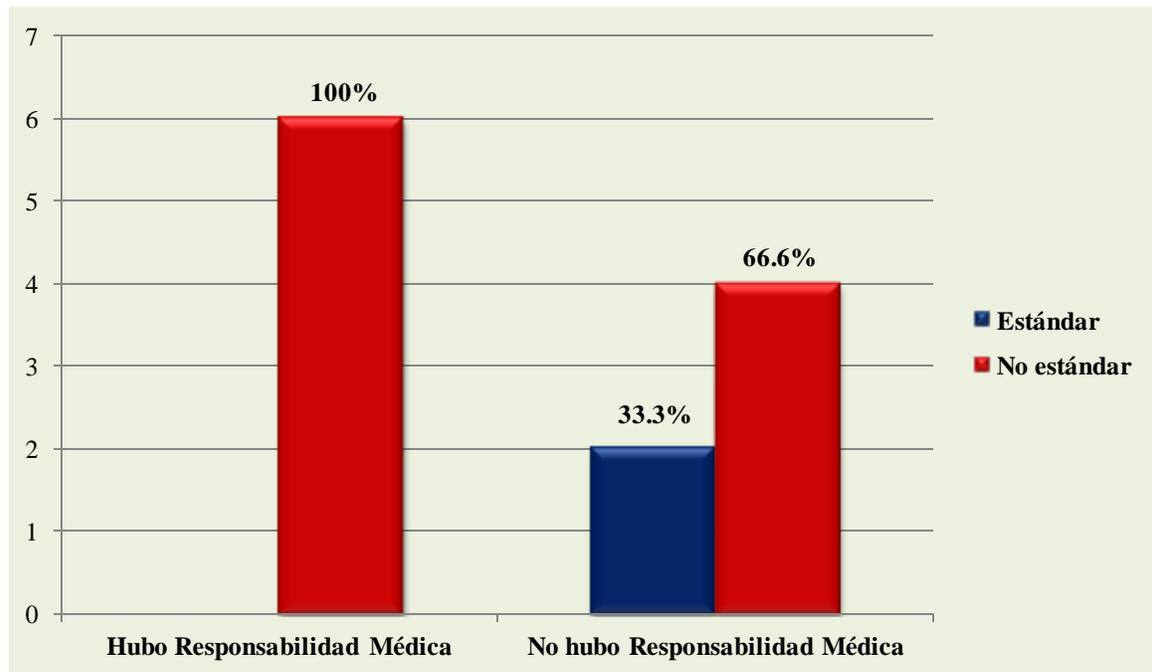


Fuente: Tabla No. 17



Gráfico No. 18

**Resolución del peritaje y Estandarización del Expediente Clínico sometido a peritaje
médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Mal Praxis Médica. IML.
Período 2005-2013.**

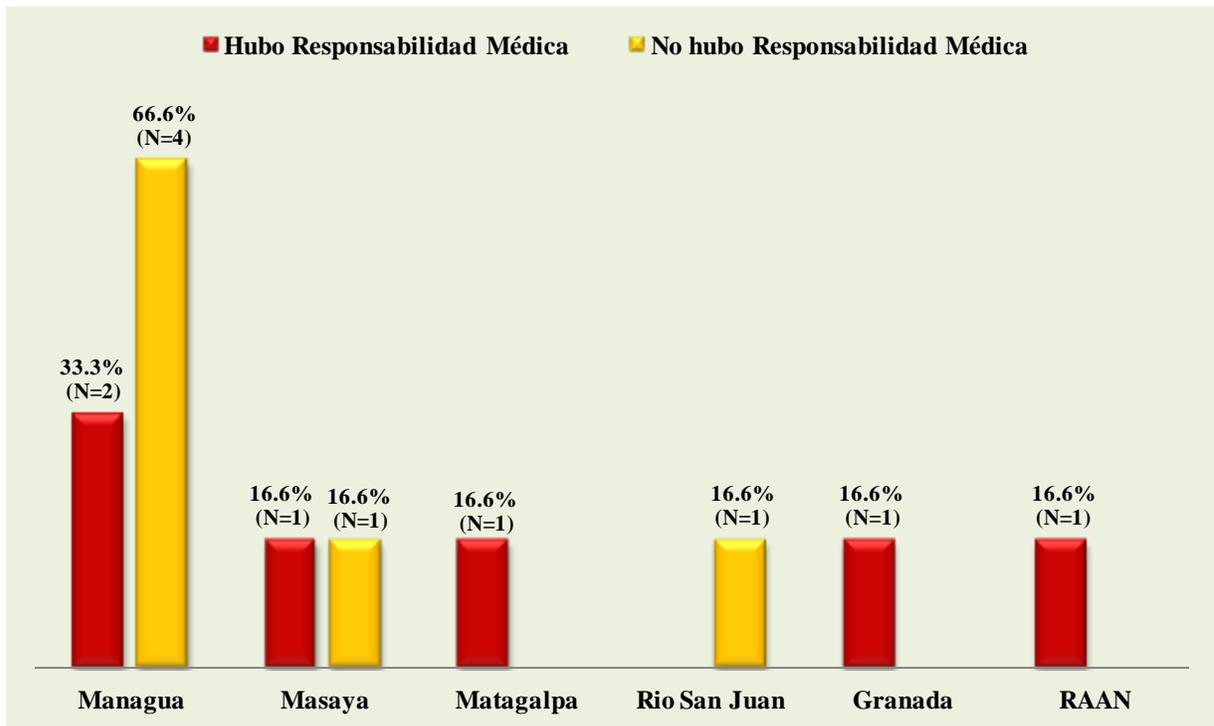


Fuente: Tabla No. 18



Gráfico No. 19

Departamento de procedencia de la unidad de salud vinculada al peritaje y la Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

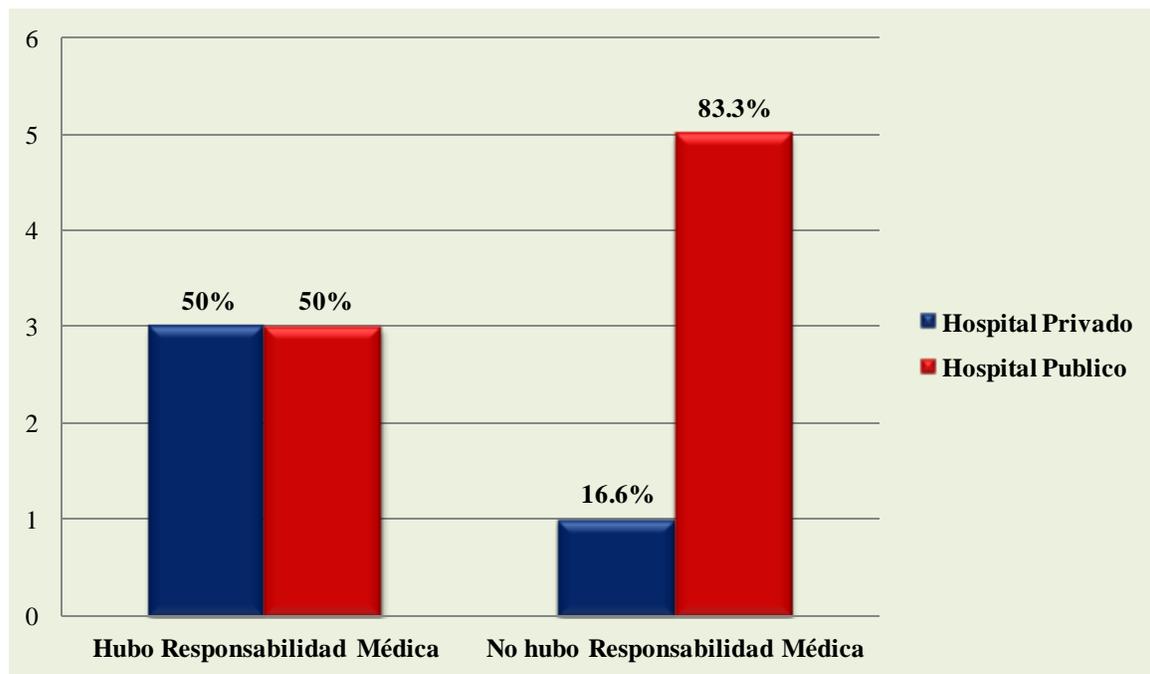


Fuente: Tabla No. 19



Gráfico No. 20

Unidad de salud vinculada al peritaje y la Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

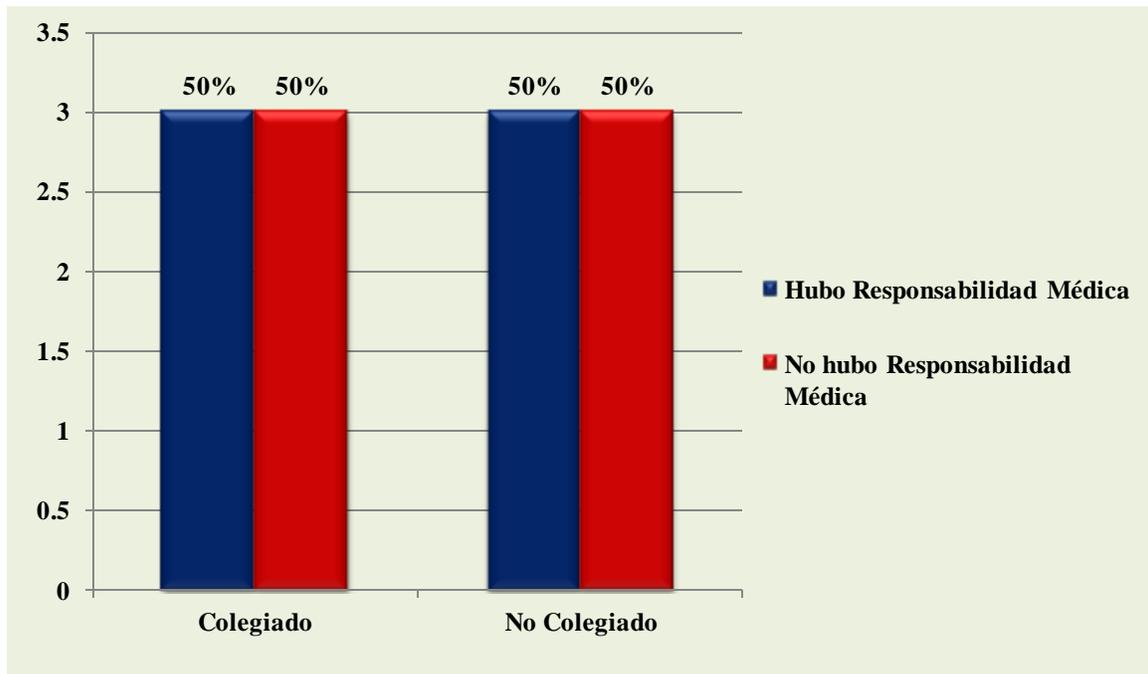


Fuente: Tabla No. 20



Gráfico No. 21

Equipo colegiado de peritos y la Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.



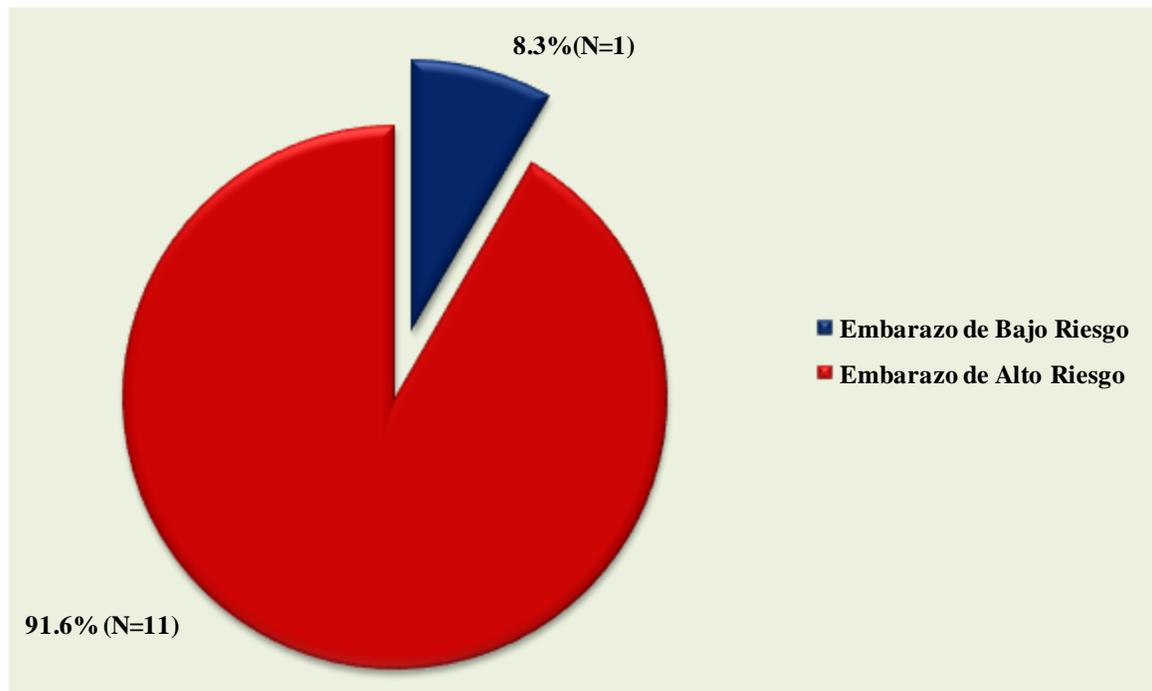
Fuente: Tabla No. 21



Gráfico No. 22

Clasificación del Embarazo según factores de riesgo relacionado con la Muerte Materna peritada en el IML por presunta Responsabilidad Médica.

Período 2005-2013.

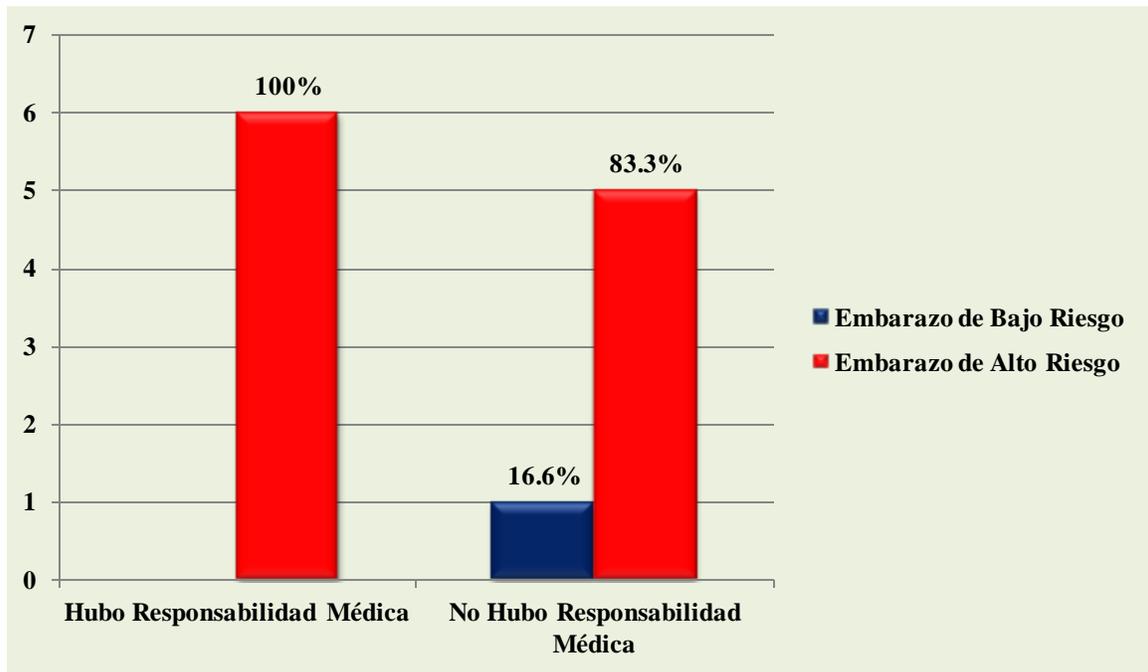


Fuente: Tabla No. 22



Gráfico No. 23

Clasificación del embarazo y Resolución concluyente de los casos peritados por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

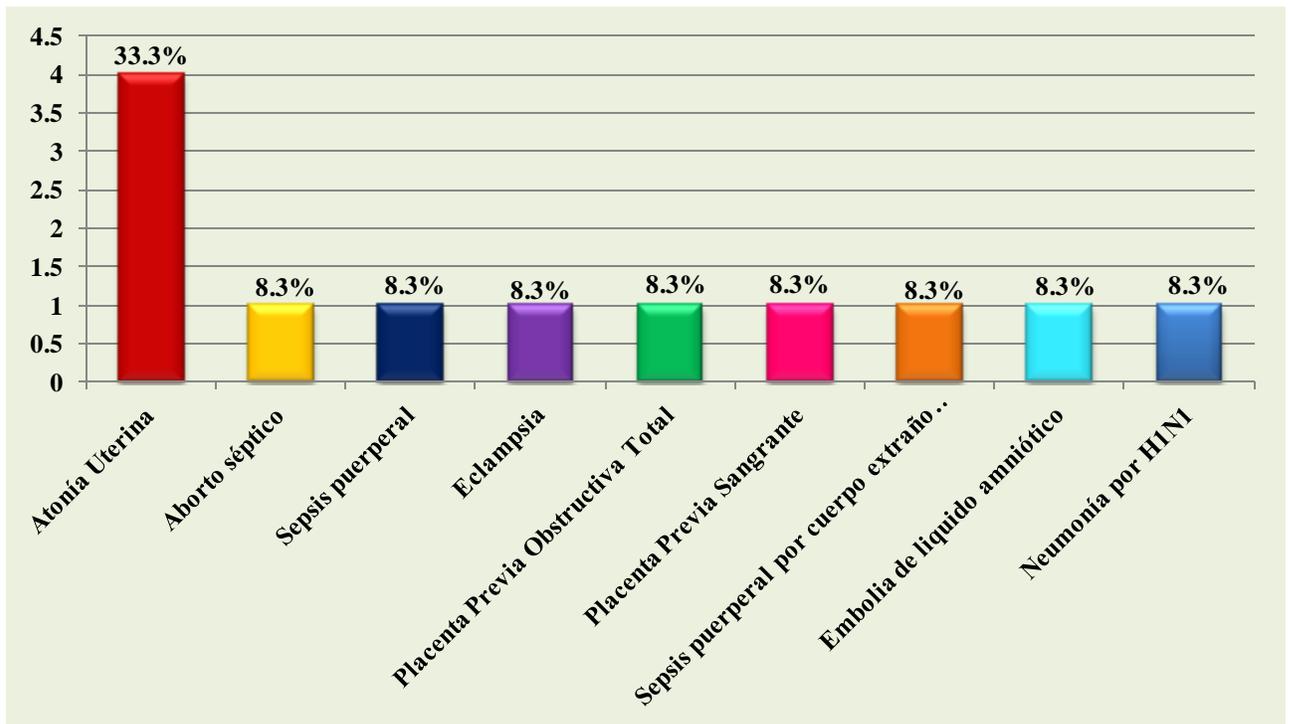


Fuente: Tabla No. 23



Gráfico No. 24

Causa de Muerte establecida a través del peritaje médico legal en base a documentos por presunta Responsabilidad Médica en casos de muerte materna. IML. Período 2005-2013.

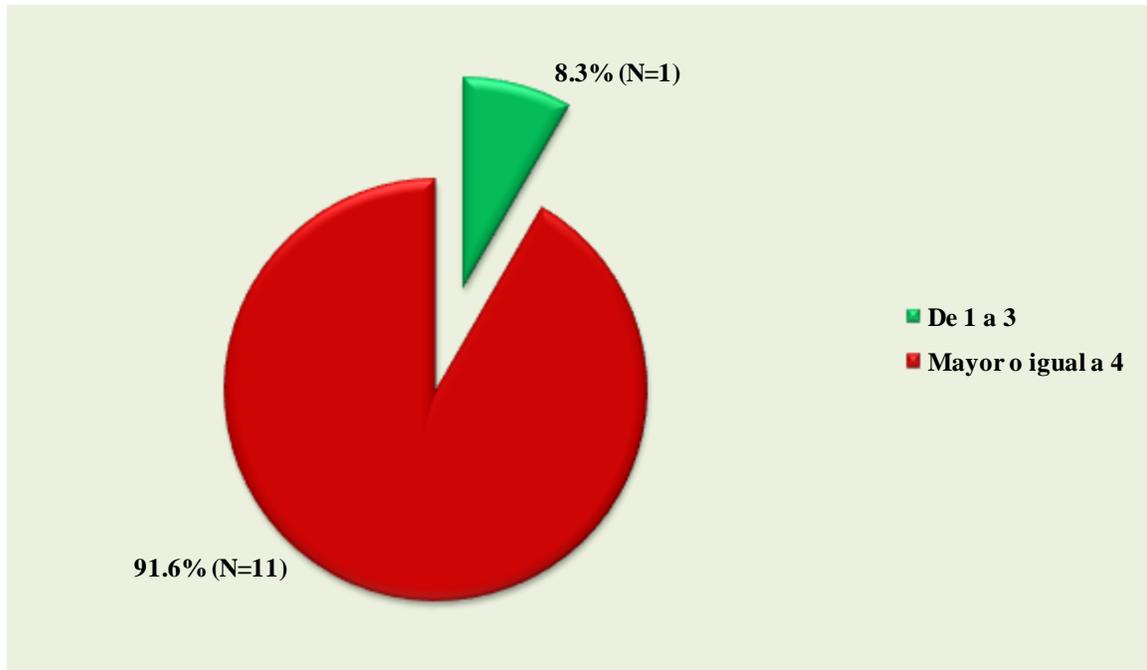


Fuente: Tabla No. 28



Gráfico No. 25

**Cumplimiento de Atenciones Prenatales realizados por cada caso peritado en el IML
por presunta Responsabilidad Médica de Muerte Materna. Período 2005-2013.**

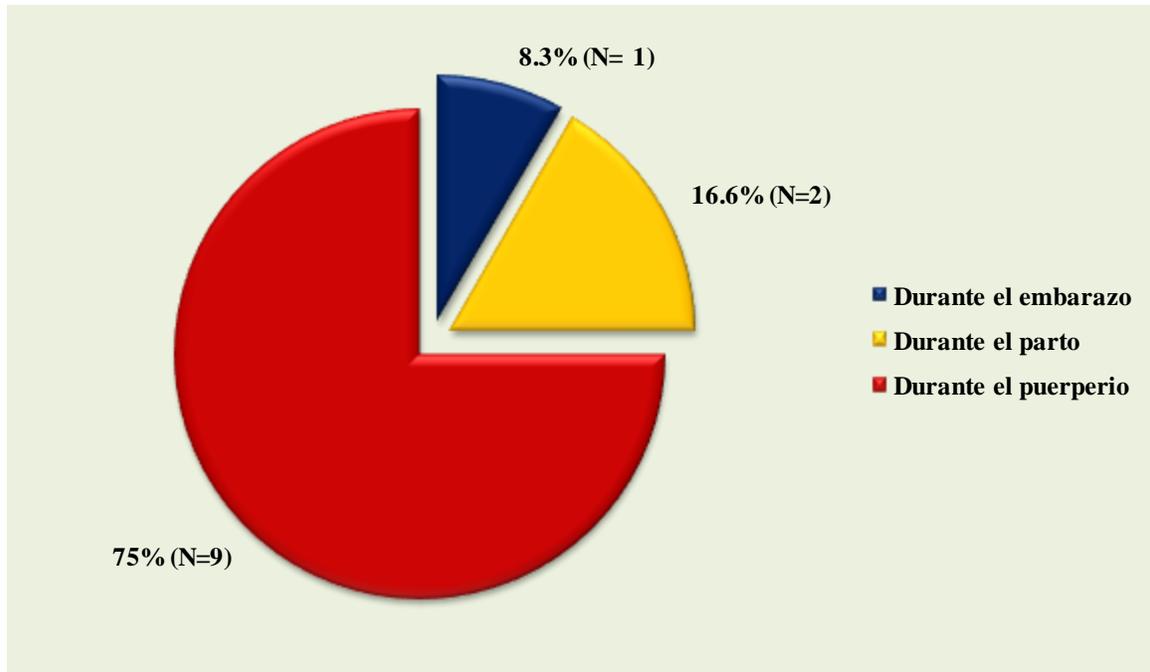


Fuente: Tabla No. 25



Gráfico No. 26

Muerte Materna según el periodo de gestación en casos peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.

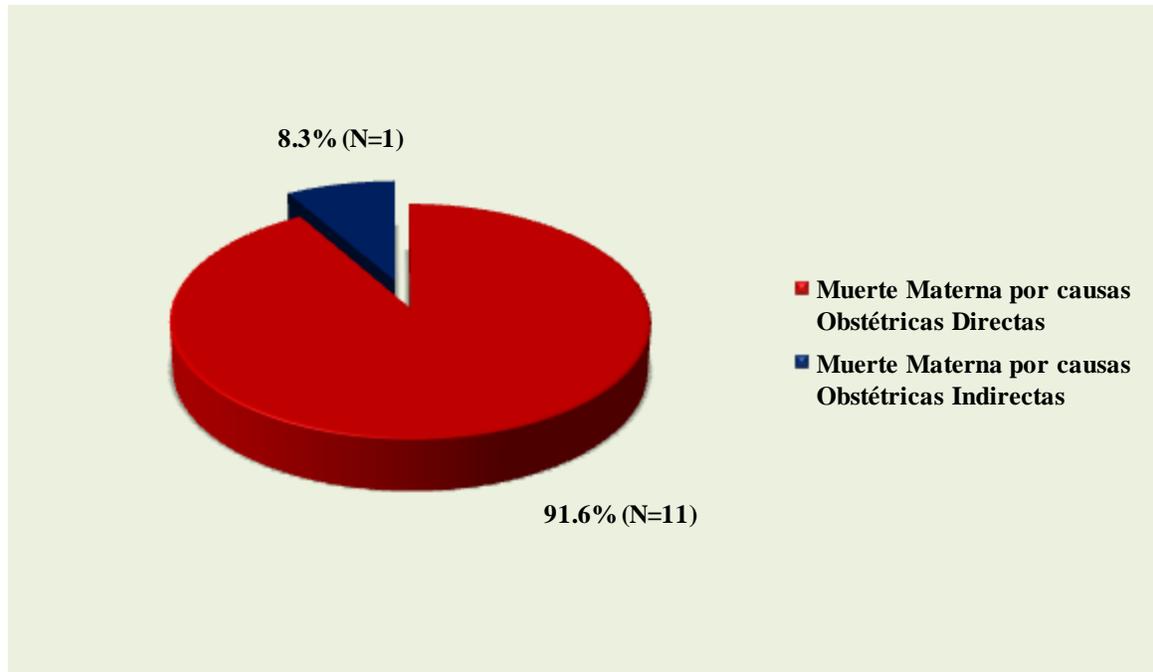


Fuente: Tabla No. 26



Gráfico No. 27

Clasificación de los tipos de Muerte Materna Obstétricas peritados en el IML Período 2005– 2013 por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna.

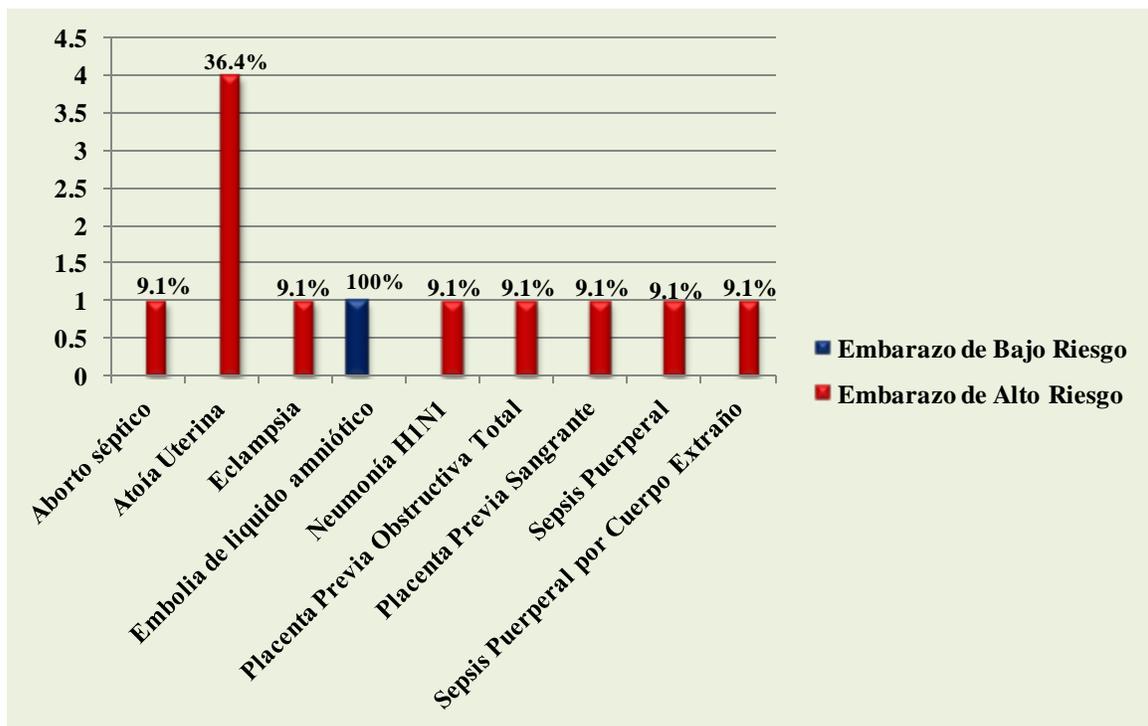


Fuente: Tabla No. 27



Gráfico No. 28

Causa de muerte y Clasificación del embarazo según factores de riesgo relacionado con la Muerte Materna peritado en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.

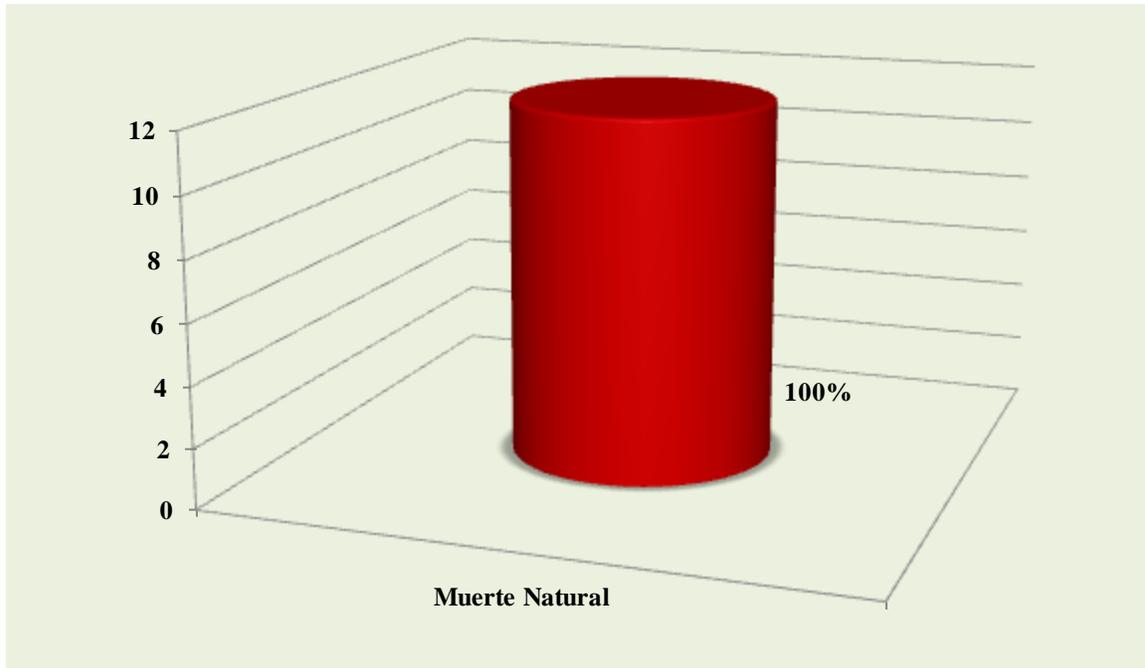


Fuente: Tabla No.24



Gráfico No. 29

Manera de Muerte establecida a través del peritaje médico legal en base a documentos por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

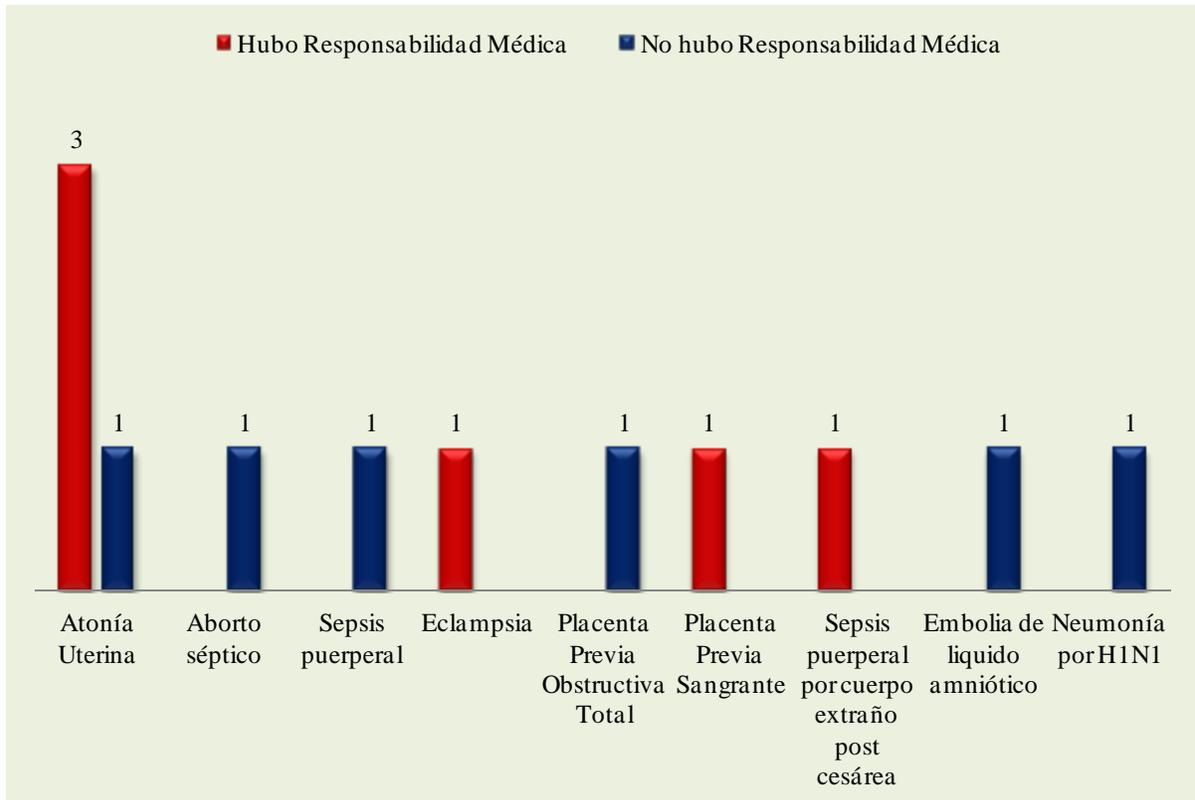


Fuente: Tabla No. 29



Gráfico No. 30

Causa de muerte y resolución concluyente del peritaje médico legal en casos de Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica. IML. Período 2005-2013.

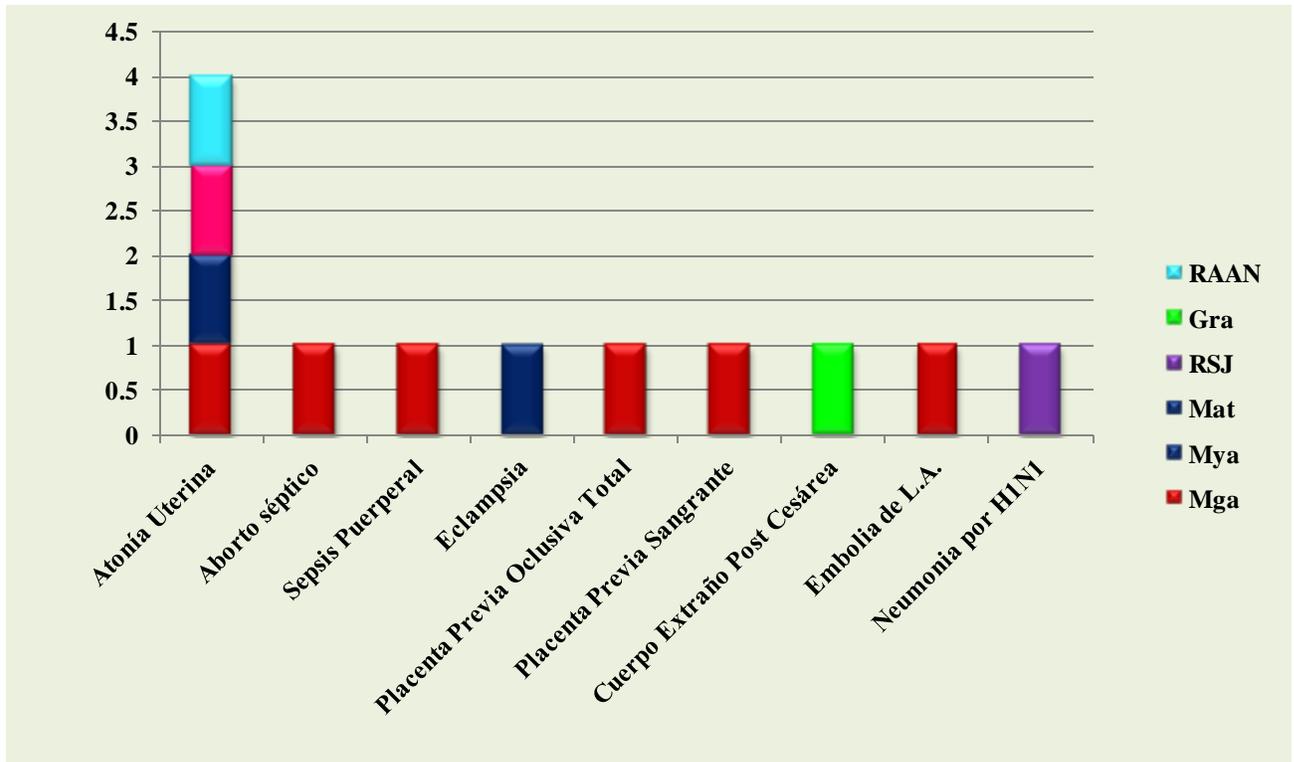


Fuente: Tabla No. 30



Gráfico No. 31

Causa de muerte establecida a través del peritaje médico legal en el IML de Muerte Materna y Departamento de procedencia de los casos. Período 2005-2013.



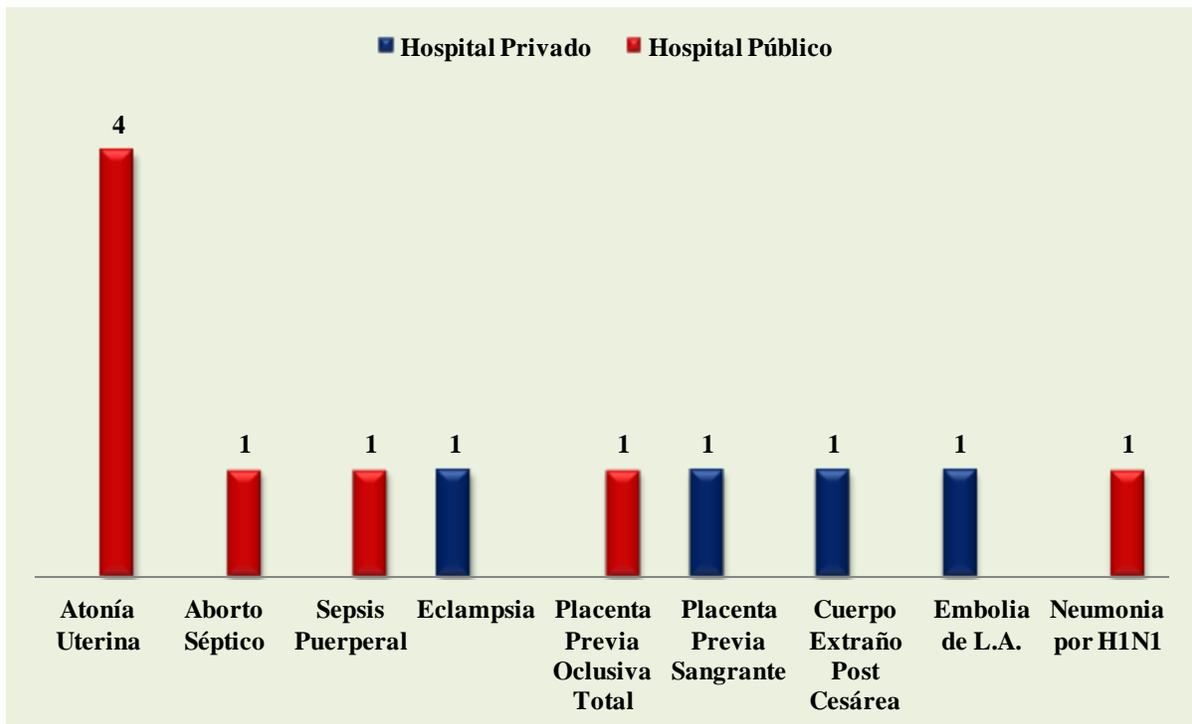
Fuente: Tabla No. 31



Gráfico No. 32

Institución hospitalaria vinculada en la atención de la embarazada y causa de muerte de los casos peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica.

Período 2005-2013.

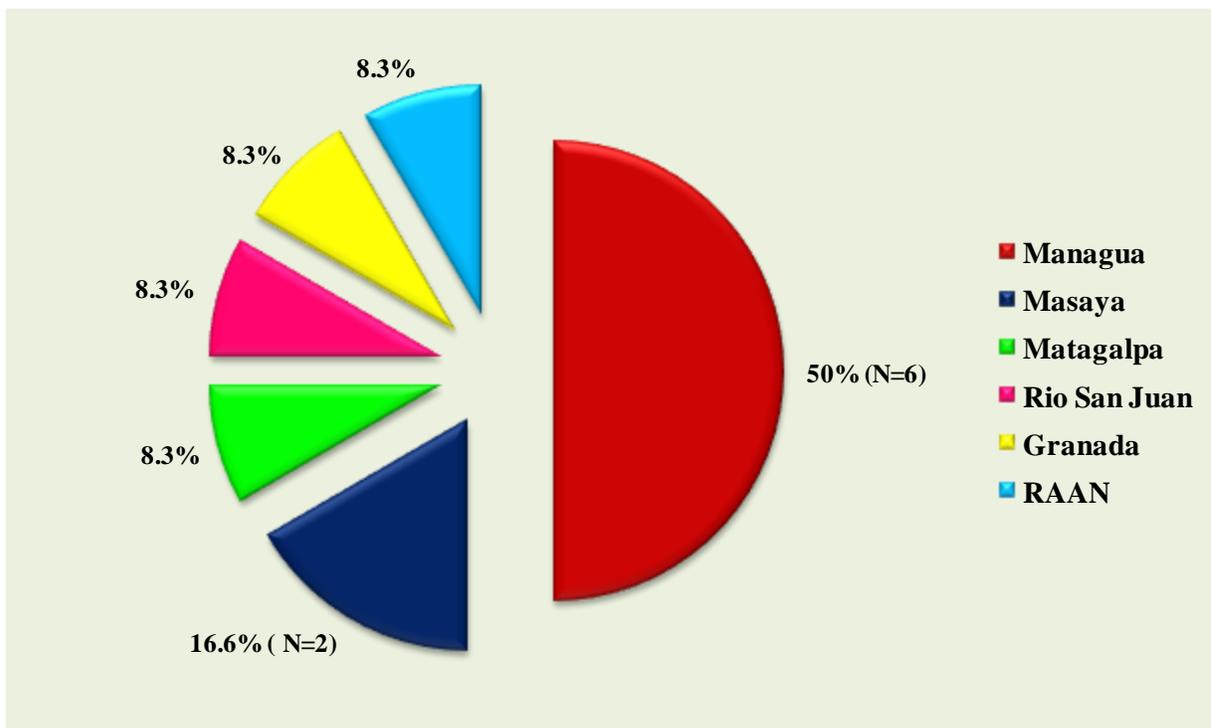


Fuente: Tabla No. 32



Gráfico No. 33

Departamento de procedencia de la Unidad de Salud vinculada al peritaje médico legal en el IML por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. Periodo 2005-2013.

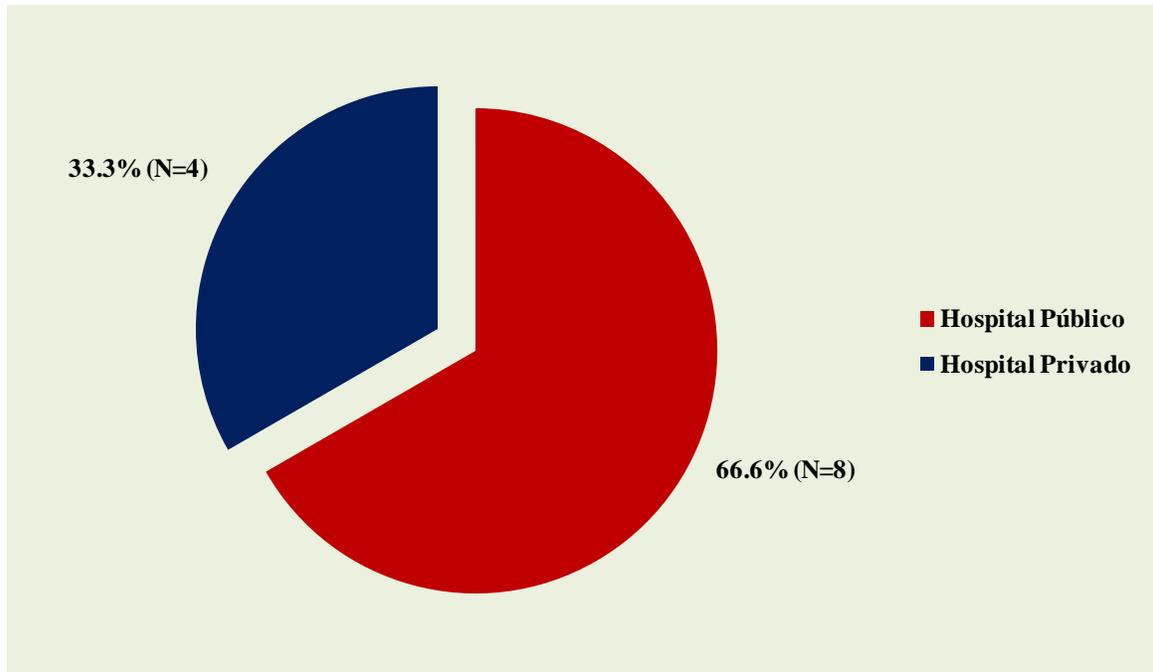


Fuente: Tabla No. 33



Gráfico No. 34

**Unidad de Salud vinculada al peritaje médico legal en el IML por presunta
Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. Periodo 2005-2013.**

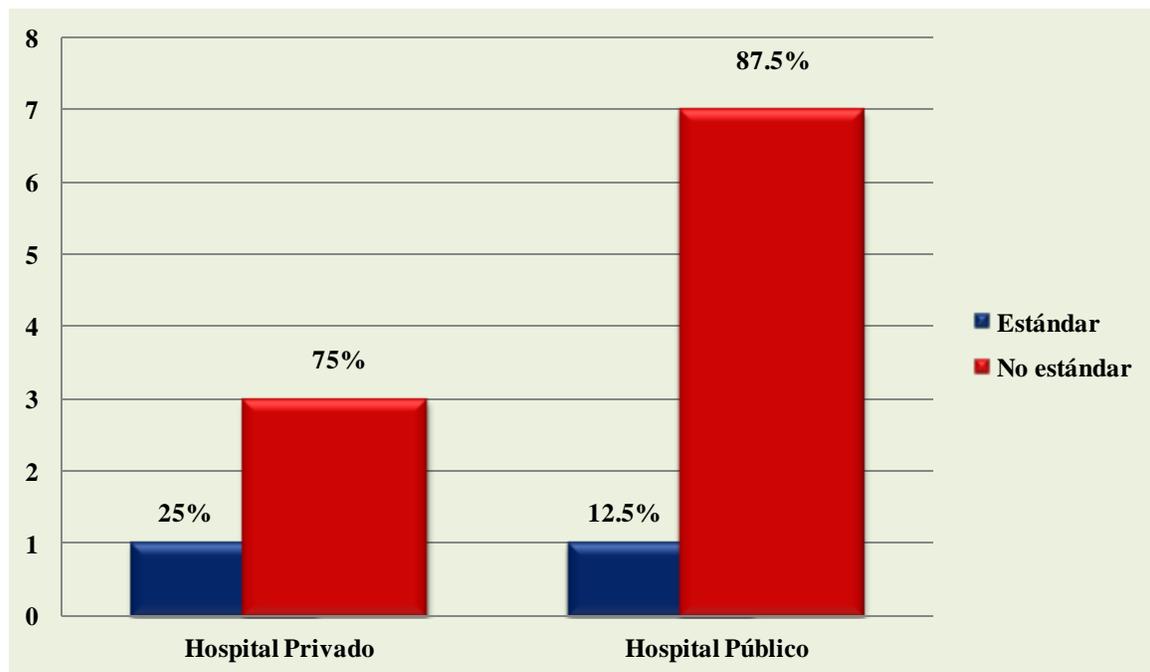


Fuente: No. 34



Gráfico No. 35

Unidad de Salud vinculada a la atención de la embarazada y Estandarización del Expediente Clínico sometidos a peritaje médico legal por presunta Responsabilidad Médica en Muertes Maternas. IML. Periodo 2005-2013.

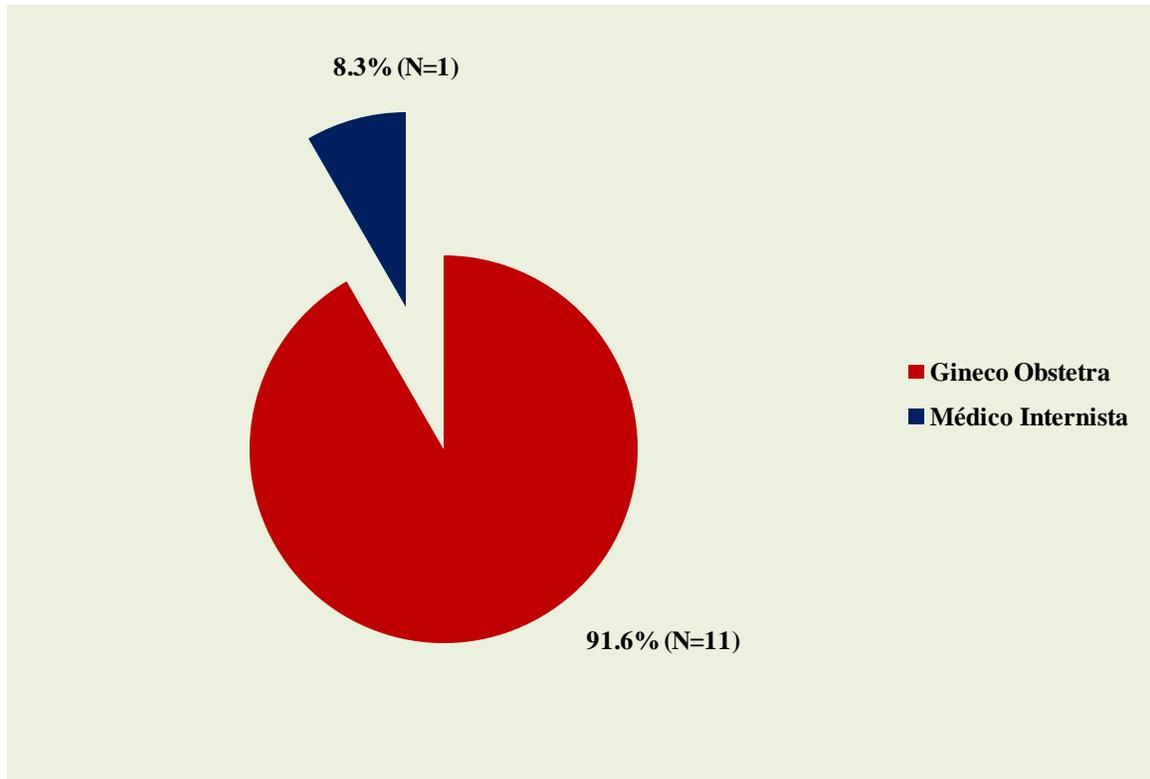


Fuente: Tabla No. 35



Gráfico No. 36

Profesional de salud vinculado al peritaje médico legal por presunta Responsabilidad Médica en casos de Muerte Materna. IML. Período 2005-2013.

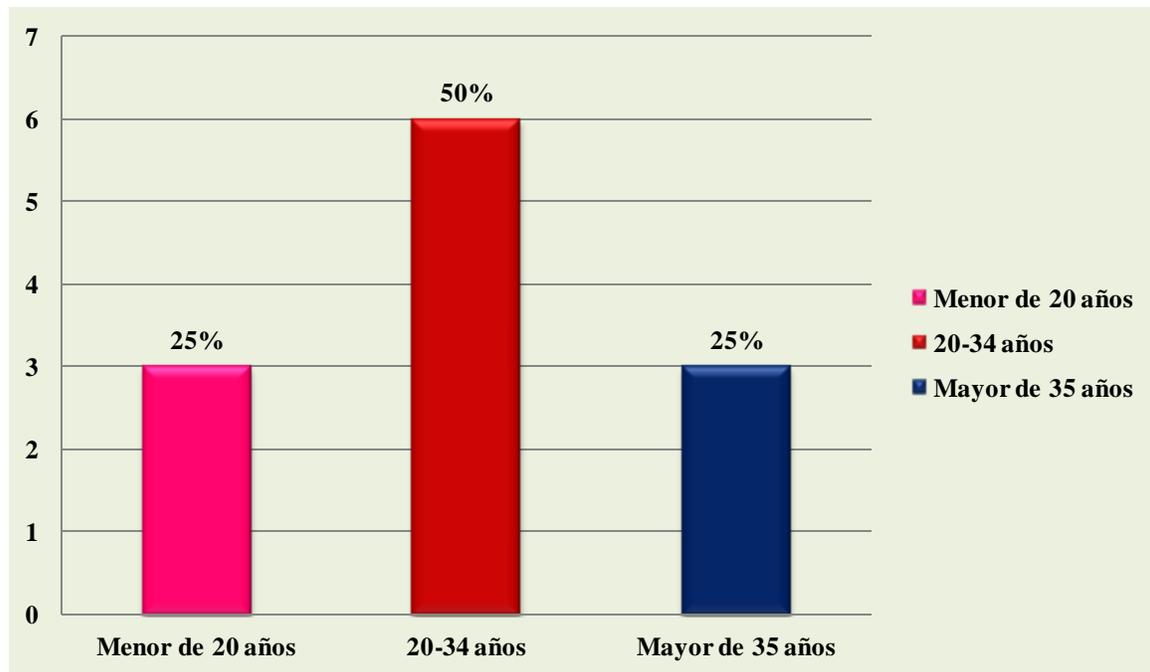


Fuente: Tabla No. 36



Gráfico No. 37

Grupo Etáreo de la paciente en casos de Muerte Materna peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.

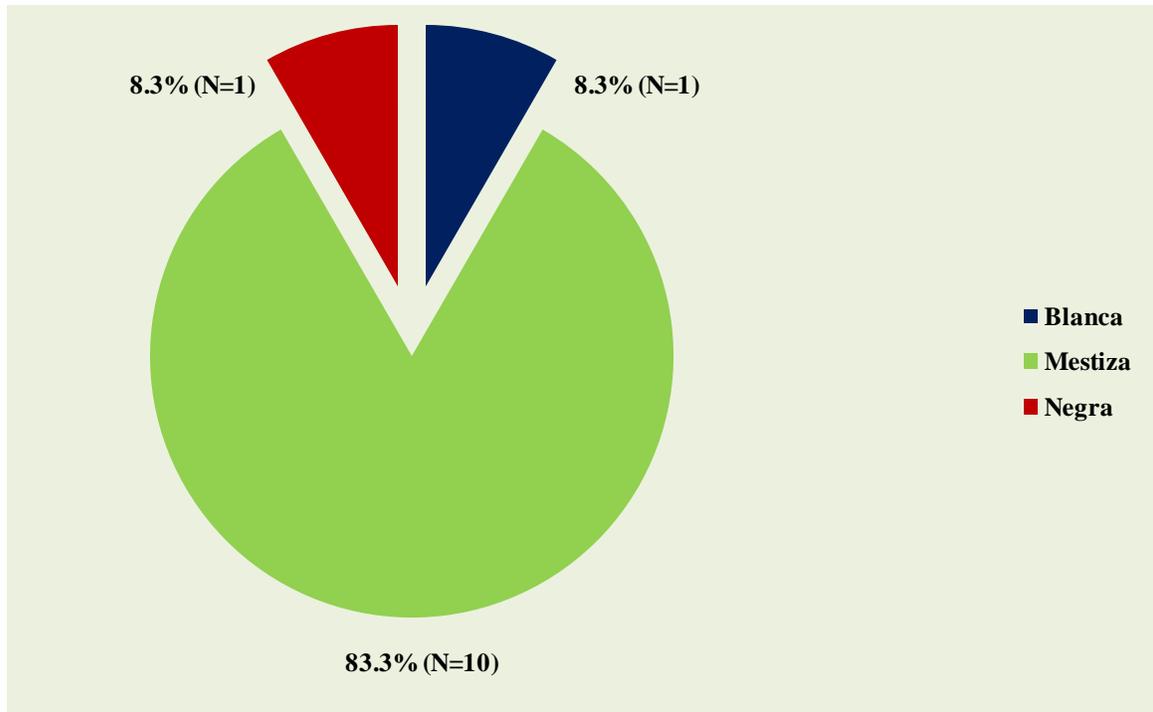


Fuente: Tabla No. 37



Gráfico No. 38

Grupo Étnico de las pacientes en casos de presunta Responsabilidad Médica en Muerte Materna, peritados en el IML. Período 2005-2013.

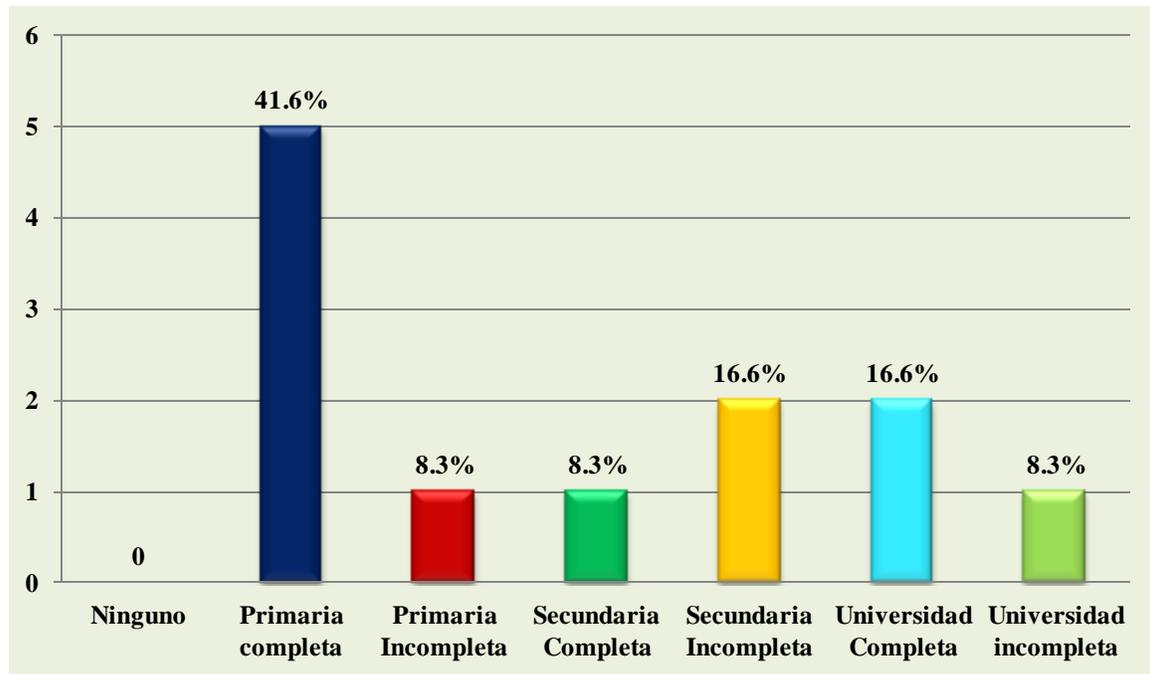


Fuente: Tabla No. 38



Gráfico No. 39

Escolaridad de las pacientes fallecidas por Muerte Materna por presunta Responsabilidad Médica, peritados en el IML. Período 2005-2013.

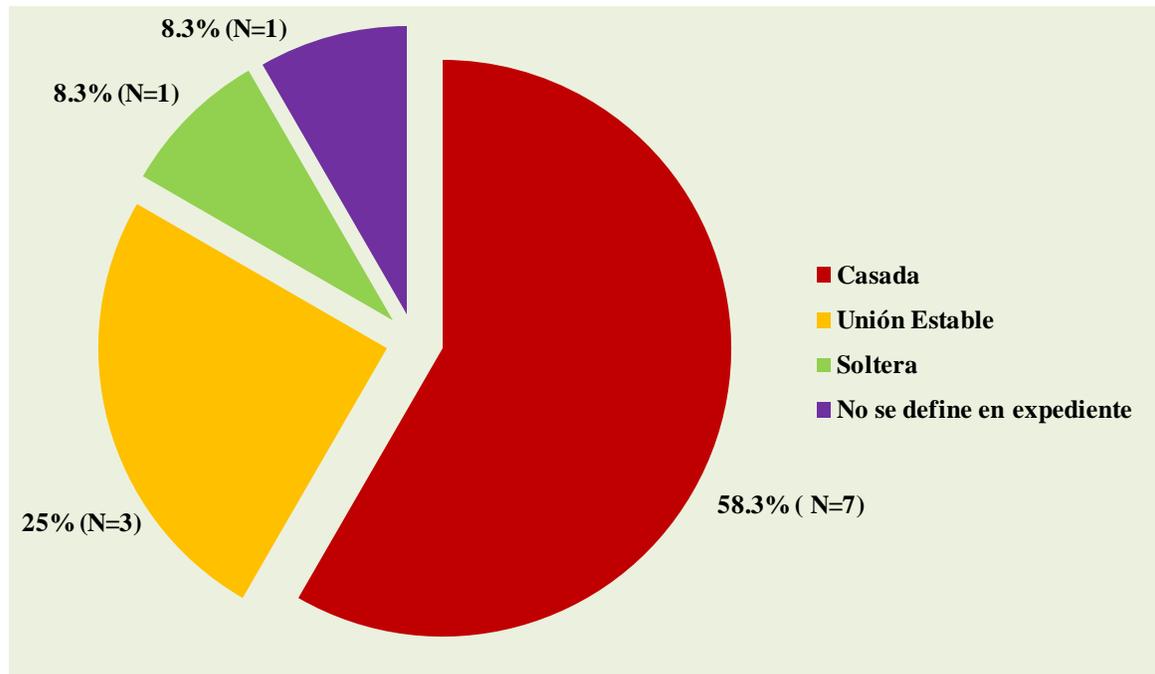


Fuente: Tabla No. 39



Gráfico No. 40

Estado civil de la paciente en los casos de Muerte Materna peritados en el IML por presunta Responsabilidad Médica. Período 2005-2013.



Fuente: Tabla No. 40