

## La Calidad en la atención médica (un caso de retención de restos placentarios)

### Quality in the healthcare (a placental remains case)

María del Carmen Dubón-Peniche<sup>1</sup>

#### Síntesis de la Queja

La paciente refirió que en enero de 2010, acudió al hospital demandado para atención de parto y presentó complicaciones que hicieron necesaria la realización de histerectomía, pues dejaron restos placentarios.

#### Resumen clínico

#### Expediente clínico, Hospital demandado

El 23 de enero de 2010 a las 3:50 horas, la paciente asistió al hospital demandado, siendo valorada por el Servicio de Gineco-Obstetricia, quien diagnosticó: embarazo de 40.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación, producto único, vivo, intrauterino, trabajo de parto, indicándose su ingreso a Sala de Labor.

Conforme a la nota de Atención del parto, empleando anestesia local se realizó episiotomía media lateral derecha, obteniéndose recién

nacida viva con peso 3,400 kilogramos, Apgar 8/9, siendo el alumbramiento dirigido. Se realizó revisión de cavidad uterina, reportándose loquios, así como canal del parto en parámetros normales. Sangrado 350 mililitros. Se indicó ayuno, soluciones parenterales, oxitocina y ketorolaco.

En el Servicio de Gineco-Obstetricia se reportó asintomática, consciente, orientada, hidratada; cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, útero con involución, cavidad vaginal eutérmica, loquios hemáticos moderados. Se indicó dieta normal, soluciones parenterales, metamizol (dosis única), suspender oxitocina y ketorolaco.

Ese mismo día (23 de enero de 2010) fue egresada por mejoría, la nota señala que presentaba tensión arterial 110/70, frecuencia cardíaca 68 por minuto, temperatura 36.5°C. Encontrándose asin-

tomática, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen depresible, levemente doloroso a la palpación, fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical; vagina eutérmica, cérvix cerrado, íntegro, salida de loquios hemáticos, no fétidos, en cantidad moderada; miembros inferiores sin alteraciones, siendo las indicaciones: dieta normal y ketorolaco.

El 1° de febrero de 2010, en medio privado, se efectuó ultrasonido pélvico que reportó: eco endometrial, heterogéneo, de contornos irregulares; ecográficamente sugestivo de restos placentarios.

Por lo anterior, el 2 de febrero de 2010, asistió al hospital demandado, donde fue valorada por Gineco-Obstetricia, presentaba fiebre no cuantificada, loquios escasos, oscuros, fétidos, útero subinvolucionado. Se diagnosticó puerperio patológico tardío secundario a retención de restos placentarios, indicándose su ingreso a Sala de Labor.

<sup>1</sup> Dirección de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio:-136/11      Artículo Recibido: 18 de mayo de 2011      Artículo Aceptado: 20 de octubre de 2011

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla, 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

La nota de evolución reportó al tacto vaginal cérvix dehiscente en todo su trayecto, sangrado transvaginal fétido. Se indicó clindamicina y gentamicina; sin embargo, el hospital no contaba con dichos medicamentos, por lo que se solicitaron para realizar impregnación y posteriormente legrado uterino instrumentado. También se realizó ultrasonido pélvico, el cual reportó útero subinvolucionado, imágenes compatibles con retención de restos placentarios. Se inició oxitocina y se efectuó legrado uterino.

En el expediente existe nota preoperatoria, la cual señala que después del citado procedimiento quirúrgico, se detectó sangrado transvaginal persistente, diagnosticándose atonía uterina, se inició manejo mediante oxitocina, ergonovina, gluconato de calcio y prostaglandinas, sin lograr revertirla, realizándose histerectomía.

La paciente ingresó a Terapia Intensiva, donde presentó picos febriles y turgencia mamaria, siendo tratada con antibióticos y analgésicos. Evolucionó hemodinámicamente estable, se inició la vía oral y la deambulación, estimándose que podía continuar su manejo en hospitalización. Ese mismo día (4 de febrero de 2010) ingresó al Servicio de Ginecología, con diagnósticos de: puerperio tardío patológico por histerectomía total abdominal obstétrica, secundaria a atonía uterina y retención de restos placentarios.

La evolución fue satisfactoria, egresando por mejoría el 5 de febrero de 2010, otorgándose cita de control en Consulta Externa y para retiro de puntos de sutura.

### **Análisis del Caso**

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura de la especialidad, el tercer estadio del trabajo de parto es el alumbramiento, el cual comprende tres eta-

pas sucesivas: a) desprendimiento de placenta y hemostasia, b) migración de la placenta hacia el segmento inferior y la vagina, c) expulsión de la placenta y membranas fuera de la vulva.

Se distinguen dos tipos de alumbramiento: 1) Normal.- El desprendimiento y la migración responden a la retracción y contracciones uterinas; se denomina espontáneo, cuando la expulsión de la placenta se produce por simple efecto de gravedad de las contracciones musculares reflejas del perineo y los esfuerzos maternos y, natural, cuando la expulsión depende de la ayuda de un tercero. 2) Dirigido.- La retracción y las contracciones uterinas se refuerzan artificialmente con medicamentos uterotónicos, inmediatamente después del nacimiento.

Cuando la placenta se extrae prematuramente por tracción del cordón, expresión uterina, etc., puede ocurrir desprendimiento parcial o inversión uterina, generándose complicaciones.

Al alumbramiento, el obstetra debe examinar inmediatamente la placenta, para asegurarse que esté completa. Ante cualquier duda sobre la integridad placentaria o de las membranas, debe efectuarse revisión del contenido uterino.

Respecto de la conducta a seguirse en el alumbramiento, la literatura Gineco-obstétrica refiere lo siguiente: a) Tratamiento totalmente conservador en casos normales, no se debe realizar ninguna maniobra antes del alumbramiento, ni durante el mismo; b) Reprimir todo afán intervencionista con maniobras innecesarias, por pequeñas que sean (tracción del cordón, expresión uterina) que pueden ocasionar complicaciones; c) Examinar inmediatamente la placenta para asegurarse que el alumbramiento sea completo.

En ese sentido, para la atención del alumbramiento normal, se debe propiciar el desprendimiento es-

pontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial de la paciente sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso, pudiéndose aplicar oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si se estima necesario.

El puerperio comprende los cuarenta y dos días posteriores al nacimiento. Es una etapa en la cual el organismo femenino corrige la mayoría de los cambios anatomo-funcionales que originó el embarazo en los diferentes sistemas: cardiovascular, endócrino, reproductivo, etc. Al final del puerperio, en el organismo materno prácticamente sólo persisten cambios orgánicos y endocrinos relacionados con la lactancia.

Atendiendo a su duración, el puerperio se clasifica en tres etapas: a) Inmediato (las primeras 24 horas posteriores al nacimiento); b) Mediano (a la semana siguiente) y, c) Tardío (a las cinco semanas restantes). Los cambios uterinos son progresivos en cada una de las etapas, así que, después del alumbramiento (expulsión de la placenta), inician una serie de contracciones uterinas vigorosas, pues la fibra muscular al carecer de contenido en la cavidad uterina, se contrae fácilmente y estas contracciones se presentan durante todo el puerperio, predominando en el inmediato y mediano.

La secreción de oxitocina estimulada por la dilatación cervical, el llanto del recién nacido y el estímulo del pezón en la lactancia, ocasiona que las contracciones uterinas sean de mayor intensidad, por ello las dimensiones uterinas disminuyen considerablemente con relación al final del embarazo, la altura del fondo uterino puede encontrarse entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical. Estas contracciones son

importantes, para favorecer la contracción de los vasos nutricios en el lecho placentario y, por consiguiente, para el proceso hemostático secundario; en el puerperio mediato las contracciones continúan disminuyendo las dimensiones uterinas, llegando a ser el útero intrapélvico a las dos semanas del nacimiento, para continuar su involución, que termina a las seis semanas; es decir, al final del puerperio.

El puerperio, también se clasifica conforme a la evolución, en fisiológico y patológico, siendo la infección el proceso más frecuente en el puerperio patológico.

La hemorragia tardía postparto, generalmente se debe a retención de restos placentarios, subinvolución del lecho placentario o endometritis hemorrágica. La hemorragia tardía, consiste en excesiva pérdida sanguínea que ocurre después de veinticuatro horas del parto.

La retención placentaria no advertida, expone a inercia uterina (subinvolución uterina) y/o complicaciones hemorrágicas, así como a endometritis puerperal. La retención de restos placentarios, se puede manifestar en el puerperio tardío en forma de sangrado genital intermitente, presencia de loquios fétidos, endometritis y subinvolución uterina. El ultrasonido pélvico es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de esta entidad. La sensibilidad y especificidad del estudio ultrasonográfico como método de detección de retención de restos es alta. En el puerperio tardío, el legado uterino tiene mayores riesgos, pues el útero puerperal es extraordinariamente friable y su perforación es sumamente fácil.

En relación a la hemorragia por atonía uterina, en el manejo debe iniciar con maniobras como masaje uterino, revisión del canal de parto y uso de medicamentos: oxitocina, ergonovina (intravenosa o intramuscular, su efecto se produce después de 2 a 5 minutos). En caso

de persistencia del cuadro clínico, deben emplearse prostaglandinas y gluconato de calcio, revalorando cada 15 minutos y, de no existir respuesta satisfactoria, proceder al tratamiento quirúrgico. Con las citadas medidas, la tasa de evolución satisfactoria oscila entre 84% y 94%.

Simultáneamente deben efectuarse exámenes de laboratorio (biometría hemática completa, tiempos de protrombina y trombo-plastina parcial, niveles de fibrinógeno y productos de degradación de fibrinógeno). De igual forma, debe manejarse la hemorragia (soporte vital básico) mediante cristaloides, coloides, hemotransfusión, según lo amerite la paciente, pues es uno de los elementos fundamentales en el tratamiento.

Si la hemorragia persiste después del manejo médico (conservador), no debe aplazarse el tratamiento quirúrgico, para lo cual pueden emplearse diferentes procedimientos, entre ellos: ligadura de arterias hipogástricas, ligadura de vasos uterinos, histerectomía.

En el presente caso, el 23 de enero de 2010, la paciente asistió al Hospital demandado. La hoja de Valoración inicial del Servicio de Gineco-Obstetricia a las 3:50 horas, reportó: frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto, cérvix con dilatación de 7 centímetros, membranas íntegras, altura uterina 31 centímetros, diagnosticándose embarazo de 40.1 semanas de gestación, trabajo de parto en fase activa, indicándose su ingreso a Sala de Labor.

Es necesario mencionar, que el expediente clínico carece de partograma, así como de indicaciones médicas, lo cual demuestra que el personal médico incurrió en mala práctica, por negligencia, al incumplir sus obligaciones de diligencia durante la atención de la paciente. Además, acredita desapego a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el

embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la cual establece que el control del trabajo de parto normal debe incluir: a) verificación y registro de la contractilidad uterina y latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos; b) verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y al criterio médico; c) registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas, considerando la evolución clínica; d) mantener la hidratación adecuada de la paciente y e) registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

La nota de Atención del parto, refiere que se realizó episiotomía media lateral derecha, obteniéndose recién nacida a las 6:05 horas, así como alumbramiento dirigido a las 6:10 horas, efectuándose revisión de cavidad uterina.

Al respecto, la literatura de la especialidad señala, que el obstetra debe examinar inmediatamente la placenta para asegurarse que esté completa, situación que no se acreditó en el presente caso; sin embargo, se realizó rutinariamente la revisión de cavidad, la cual evidentemente no fue satisfactoria, puesto que permanecieron restos placentarios en ella.

Cabe mencionar, que de la nota de atención del parto, se desprende que la paciente fue atendida por personal en formación (médico residente), sin que se demostrara la participación de personal adscrito al Servicio de Gineco-Obstetricia del demandado. Esto incumple lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, la cual establece que los residentes deben cumplir las disposiciones internas de la unidad médica receptora de residentes

de que se trate, informando a su inmediato superior el resultado de las acciones médicas que estén a su cargo y, en correspondencia con las responsabilidades del grado académico que cursen. Así mismo, la citada Norma, establece que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico, los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes.

Abundando sobre la conducta a seguirse en el alumbramiento, la literatura especializada refiere lo siguiente: a) Tratamiento totalmente conservador en casos normales, no debiendo realizarse ninguna maniobra antes del alumbramiento ni durante el mismo; b) Reprimir todo afán intervencionista con maniobras innecesarias, por pequeñas que sean (tracción del cordón, expresión uterina) que puedan ocasionar complicaciones; c) Examinar inmediatamente la placenta para asegurarse que el alumbramiento sea completo.

En ese sentido, fue demostrado que el personal médico que atendió el parto, incurrió en negligencia e impericia, pues no detectó los restos placentarios.

La evolución de la paciente se reportó satisfactoria, por ello fue dada de alta el 23 de enero de 2010. La nota de egreso la reportó asintomática, hidratada, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación, fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical. Al tacto, vagina con paredes eutéricas, íntegras, cérvix cerrado, íntegro, salida de loquios hemáticos, no fétidos, en cantidad moderada; miembros inferiores sin alteraciones. Por lo anterior, se indicó dieta normal, ketorolaco y alta.

Ahora bien, en términos de la literatura de la especialidad, las complicaciones originadas por restos

placentarios pueden ser hemorrágicas en el puerperio inmediato o infecciosas en el puerperio mediato, como sucedió en este caso, debido a la *mal praxis* observada.

Al reingreso hospitalario el 2 de febrero de 2010, la paciente refirió fiebre no cuantificada, reportándose en la valoración inicial: útero subinvolucionado y loquios escasos, moderadamente fétidos. Mediante estudio de ultrasonografía se identificó retención de restos placentarios, efectuándose legrado uterino instrumentado, lo cual estaba indicado para atender la complicación. Esto, confirma la negligencia en que incurrió el personal médico del hospital demandado en la atención del parto.

En efecto, la paciente presentó hemorragia persistente que no cedió mediante manejo conservador, por ello fue necesario realizar histerectomía obstétrica.

### Apreciaciones Finales

La mal praxis, por negligencia e impericia del personal médico del hospital demandado, fue la causa que determinó el legrado uterino instrumentado, así como la histerectomía obstétrica, realizados a la paciente. Todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones oportunas y de calidad idónea, así como atención profesional y éticamente responsable, de la manera en que se encuentra previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud y 48 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

En este contexto, tanto la oportunidad como la calidad idónea, se rigen por la *lex artis* médica, en tal sentido, el paciente tiene derecho a recibir atención médica, insumos y en general el servicio médico, con arreglo a sus necesidades específicas.

### Comentarios

La mayoría de las afectaciones obstétricas y los riesgos para la salud

de la madre y del recién nacido, pueden ser prevenidos, detectados y tratados satisfactoriamente, mediante la realización de actividades eminentemente preventivas, la aplicación de procedimientos empleados bajo el enfoque de riesgo, así como la racionalización de algunas prácticas que, como son realizadas actualmente y en forma rutinaria, incrementan los riesgos.

El embarazo, parto y puerperio, deben ser atendidos, así como supervisados por personal capacitado, debiéndose procurar la mejor atención obstétrica.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece los criterios de manejo diagnóstico-terapéutico, así como, las pautas básicas para documentar debidamente el proceso de atención obstétrica.

### REFERENCIAS

1. CONAMED. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. México: Secretaría de Salud; 2008. 52 p.
2. Guía para la vigilancia y manejo del parto. México: Secretaría de Salud; 2009.
3. Gibbs R. Infecciones obstétricas y perinatales. En: Scott JR (ed). Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 10ª ed. España: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p.358-362.
4. Gabbe SG. Postpartum hemorrhage. En: Obstetrics: Normal and problems pregnancies. 5th ed. Churchill Livingstone: Elsevier; 2007. 1416 p.
5. Donoso E. Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000. Rev Panam Salud Pública. 2004; 15 (5): 326-30.
6. Carrera J. Profilaxis y tratamiento de las hemorragias del alumbramiento y posparto. En:

- Dexeus JS, Carrera J. Tratado de Obstetricia Dexeus. Barcelona: Salvat; 1998. p. 325-370.
7. Fuentes L, Enríquez B. Histerectomía puerperal. Estudio de 14 años. Rev Cub Obstet Ginecol. 2005 [online];31(1). [acceso 4-11-2011] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n1/gin06105.pdf>.
  8. Gabriel R et al. Alumbramiento normal y patológico. Encycl Med Chir. 1996; 5108-M-10:1-13.
  9. Magann E, Lanneau G. Third stage of labor. Obstet Gynecol Clin. 2005;32(2):323-332.
  10. Matijevic R, Knezevic M. Diagnostic accuracy of sonographic and clinical parameters in the prediction of retained products of conception. J Ultrasound Med. 2009; 28(3):295-299.
  11. Mulic-Lutvica A, Axelsson O. Ultrasound finding of an echogenic mass in women with secondary postpartum hemorrhage is associated with retained placental tissue. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006; 28(3):312-319.
  12. Gajewska M, Sidorska H. Analysis of hemorrhage of delayed postpartum involution of uterus and pathomorphological findings. Ginekol Pol. 2000. 71(3):136-140.
  13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y Del Recién nacido. México: Diario Oficial de la Federación; 6-01-1995. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
  14. Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. México: Diario Oficial de la Federación; 22-09-1994. [acceso 4-11-2011] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/090ssa14.html>.
  15. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 30-09-1999. [acceso 4-11-2011] Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma\\_oficial.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf).