

Inconformidades por tratamiento de miomatosis uterina

**Carlos Fernández del Castillo-Sánchez,¹
Esther Mahuina Campos-Castolo,²
Jorge M. Sánchez-González,²
Guillermo Santibáñez-Moreno,¹
Miguel Ángel Mancera-Reséndiz,¹
Carlos Tena-Tamayo²**

RESUMEN

Se revisaron las inconformidades relacionadas con miomatosis uterina, atendidas por Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) entre 2001 y 2005. Las pacientes que se inconformaron fueron atendidas en instituciones de seguridad social (51.7 %), servicios médicos privados (34.5 %) y públicos (13.8 %); unidades de tercer nivel (48.3 %) y de segundo nivel (44.8 %). Las quejas fueron sugeridas por otro médico (10.3 %), y la causa más frecuente fue la percepción de tratamiento quirúrgico inadecuado (69 %). Los expedientes estuvieron incompletos en 60.3 % y sólo 24 % incluyeron una carta de consentimiento informado completa. La información que se dio a pacientes y familiares fue inadecuada en 48.2 %. Se realizó histerectomía a 84.5 %. Complicaciones más frecuentes: hemorragia, 25.7 %; lesiones urológicas, 25.7 %; infecciones, 12.7 %; 36.4 % sin complicaciones. Principales secuelas: alargamiento del tiempo de hospitalización, 15 %; y pérdida de un órgano (diferente al útero) o función (no reproductiva), 13.8 %. Hubo una muerte (1.7 %). Se encontró mala práctica en 29.3 %. Las principales desviaciones fueron problemas de comunicación, 29.6 %; diferimiento injustificado de cirugía, 29.4 %; diagnóstico tardío de complicaciones (vigilancia deficiente o alta prematura), 29.4 %.

SUMMARY

Complaints related to uterine myomatosis treatments received by the National Commission of Medical Arbitration (Conamed) between 2001 and 2005 were analyzed. Complaints were from patients affiliated to social security institutions (51.7 %), private providers (34.5 %) and public health care services (13.8 %). A medical doctor suggested to fill in the complaint in 10.3 % of cases. Perception of inadequate treatment was the most frequent cause (69 %), incomplete medical charts were 60.3 % and only 24 % included the informed consent form. Medical information given to patients and relatives was inadequate (48.2 %). Hysterectomy was performed to 84.5 % of patients. The most frequent surgical complications were hemorrhage (25.7 %), urologic injuries (25.7 %) and surgical infections (12.7 %). 36.4 % of cases had no surgical complication. Main sequelae were: elapsed length of hospital stay (15 %) and loss of an organ (other than uterus) or function (not reproductive) (13.8 %). There was one death (1.7 %). Medical malpractice was found in 29.3 % of cases. Principal deviations: communication problems (29.6 %), unjustified delayed surgery (29.4 %) and delayed diagnosis of complications due to poor post-surgical care or premature hospital discharge (29.4 %).

Introducción

Las inconformidades relacionadas con ginecología son 15 % de los asuntos que atiende Conamed, y la miomatosis uterina es un padecimiento común en la especialidad. Por ello se consideró pertinente analizar las inconformidades relacionadas con miomatosis, para proponer recomendaciones y mejorar la atención médica a las pacientes con ese padecimiento.

La miomatosis uterina es una proliferación del músculo liso y tejido fibroso conectivo denso del útero, que en 2004 representó 1.3 % de los egresos hospitalarios.[†] Son los tumores más comunes en la mujer; no se conoce la incidencia real porque suelen ser asintomáticos; se calcula que afectan a 1:5 mujeres en edad reproductiva; en necropsias se han detectado en 50 % de los úteros.¹⁻⁴ El leiomioma se origina por una mutación unicelular, y su crecimiento resulta

¹Grupo de Validación Externa para la Emisión de Recomendaciones
²Comité para la Emisión de Recomendaciones de la Conamed

Comunicación con:
Esther Mahuina Campos-Castolo.
Tel: (55) 5420 7143.
Correo electrónico:
mahuina@conamed.gob.mx,
cfcs@data.net.mx,
juevesm@yahoo.com

La estadística correspondiente a la Conamed puede consultarse en
<http://www.conamed.gob.mx/estadística.htm>.

Palabras clave

- ✓ neoplasias uterinas
- ✓ mioma
- ✓ errores médicos
- ✓ responsabilidad profesional
- ✓ mala práctica

Key words

- ✓ uterine neoplasm
- ✓ myoma
- ✓ medical errors
- ✓ professional misconduct
- ✓ malpractice

de la acción de esteroides ováricos, progesterona y patrones hereditarios (genes BRCA1 y BRCA2), lo cual incrementa los factores de crecimiento tisular y estimula el gen Bal-2 (evita la muerte celular)³⁻⁶ (cuadro I).

Estos tumores son causantes de una cantidad enorme de consultas y hospitalizaciones por hemorragias uterinas anormales que impresionan y preocupan a las pacientes y sus familiares, y suelen recibir múltiples tratamientos hormonales, a veces infundados, e incluso cirugías innecesarias. Aunque la mayoría son asintomáticos, cuando superan cierta cantidad y tamaño y comprimen órganos vecinos, también producen síntomas: hemorragia uterina anormal (hiperpolimenorrea, metrorragias), dolor u opresión pélvica, plenitud o pesadez en hipogastrio, disuria, polaquiuria e incluso incontinencia de esfuerzo, dispareunia y alteraciones de la motilidad intestinal.^{7,8}

La detección clínica se realiza mediante palpación abdominal media y profunda bimanual, pero la mayor parte se identifica mediante ultrasonografía. También son encontrados con frecuencia en laparotomías por alguna urgencia abdominal.⁹ El ultrasonido es el estudio más confiable en el diagnóstico de miomatosis; permite hacer diagnósticos diferenciales (gestación, otros tumores genitales o extragenitales); tiene una sensibilidad y especificidad de hasta 99 % con transductores intravaginales, equipos de alta resolución y personal especialmente capacitado. La histerosalpingografía y la histeroscopia son útiles para visualizar anomalías en la cavidad uterina y en miomas submucosos.^{8,9}

Desde principios del siglo XX, la premisa ha sido "...el manejo más conservador posible...".¹⁰ Primero hay que establecer las características y necesidades personales de la paciente, y luego analizar factores como número y tamaño de los miomas, localización, edad de la paciente, plan obstétrico futuro y, especialmente, los síntomas que ocasiona.¹¹⁻¹³

La *conducta expectante* es el tratamiento electivo en miomas uterinos asintomáticos, con revisión semestral o anual para detectar datos de alarma.¹¹⁻¹⁵

El *tratamiento médico* no es curativo, lo cual debe informarse a la paciente. Los progestágenos, análogos de gonadotropinas, danazol, mifepristona, raloxifeno y otros, no han muestra-

do utilidad real en la experiencia institucional mexicana, además de tener indicaciones relativas, resultados variables y efectos secundarios indeseables. Sus objetivos son aliviar los síntomas y reducir el tamaño del tumor, por lo que es razonable como parte del protocolo preoperatorio, para reducir el riesgo de hemorragia transquirúrgica y simplificar la cirugía.^{12,13,16-18}

El tratamiento *quirúrgico* de la miomatosis uterina es el más efectivo: miomectomía o histerectomía, abdominal o vaginal, laparoscópica o por laparotomía tradicional. Algunas mujeres lo prefieren como primera elección, para terminar con los síntomas. La cirugía debe ser bien indicada y realizada por personal calificado.¹²⁻¹⁹ En 60 % de los úteros extirpados no hay lesiones anatomopatológicas, lo que obliga a replantear el estado del arte y aplicar técnicas menos agresivas y de menor costo.²⁰⁻²⁵ La experiencia clínica ha demostrado que el mejor momento para la cirugía es la primera semana posmenstrual, y así evitar el sangrado catamenial sobre las suturas recientes y mejorar la evolución posoperatoria de la paciente.[‡] Además existen otras técnicas novedosas.²⁵⁻³⁰

Los siguientes datos de alarma sugieren intervención quirúrgica inminente:

- a) Hemorragia con repercusiones hemodinámicas, como hemoglobina menor a 10 g/dL o anemia sintomática.
- b) Diámetro del mioma > 6 cm o crecimiento global del útero equivalente a 12-14 semanas de gestación.
- c) Síntomas graves de compresión a órganos vecinos.
- d) El dolor por sí mismo podría indicar cirugía por degeneración aguda, torsión o prolapso de miomas submucosos pediculados.

Ante anemia preoperatoria es recomendable tener sangre disponible para transfusión autóloga o heteróloga, así como utilizar análogos de GnRH por tres ciclos antes de la cirugía o misoprostol vaginal o vasopresina-arginina sintética para contraer el músculo liso de los vasos (evitar en pacientes con coronariopatía).^{31,32}

Sea cual fuere el tipo de cirugía, se deberá realizar una consulta preanestésica para revisar los exámenes preoperatorios, la valoración cardiovascular y establecer el riesgo de la técnica

†SINAIS.
Egresos hospitalarios.
[http://
sinais.salud.gob.mx/
egresoshosp/
danossalud.htm](http://sinais.salud.gob.mx/egresoshosp/danossalud.htm).

‡ En la monografía que puede ser descargada gratuitamente en <http://www.conamed.gob.mx> en el apartado "Recomendaciones", se analizan con mayor amplitud las indicaciones, ventajas y riesgos de realizar miomectomía o histerectomía

que se empleará; también una consulta prequirúrgica con el cirujano responsable para ratificar la cirugía, despejar las dudas de la paciente, solicitar al paciente que firme el consentimiento bajo información y entregarle la orden de internamiento con todas las indicaciones y cuidados que debe seguir. También debemos reiterarle su derecho a desistirse antes que la intervención inicie. Se debe dar la premedicación indicada por anestesiología y la propia del cirujano, sin omitir la profilaxis tromboembólica cuando esté indicada.

Es conveniente incluir a la pareja u otro familiar, previo permiso expreso de la paciente, en el proceso de consentimiento y autorización quirúrgica para mejorar la comunicación y resolver dudas específicas. La autonomía de la paciente no excluye el respeto y protección a sus valores culturales y emocionales.

La miomatosis uterina puede producir infertilidad, asociación cada vez más frecuente y que aumenta conforme avanza la edad de la mujer.^{33,34} Cuando se logra el embarazo, suelen presentarse complicaciones obstétricas (abortos espontáneos, rotura de membranas, parto prematuro, etcétera), por lo que las embarazadas se deben someter a un control prenatal riguroso.³⁵⁻³⁷ Gracias al control ecográfico, hoy sabemos que durante la gestación 20 % de los miomas aumenta de volumen pero 80 % no crece e incluso algunos se reducen.³⁸ Como en nuestras instituciones públicas no es factible el seguimiento ultrasonográfico de todos los embarazos, un mioma no sintomático puede no ser diagnosticado hasta el momento de la resolución obstétrica.

Durante la cesárea, la miomectomía está contraindicada porque la gran vascularización induce hemorragia intensa y hemostasia difícil en el lecho miometrial. Sólo deben extirparse los miomas que dificulten la extracción fetal y los subserosos pediculados. Estos puerperios tienen más riesgo de infección y tromboembolismo.³³⁻³⁸ Puede presentarse recurrencia cuando el abordaje es laparoscópico, miomas múltiples o si se usaron agonistas GnRh en el preoperatorio, debido a núcleos pequeños no detectables.³⁹

Inconformidades ante Conamed

Se detectaron 103 casos concluidos entre 2001 y 2005. Con el programa estadístico STATS

se calculó un tamaño de muestra representativo de 58 casos, con 95 % de índice de confianza (IC) y 1 % de margen de error. Se seleccionaron aleatoriamente los expedientes y se realizó su análisis documental.

La edad fue de 40.7 ± 7.1 años, con rango de 24 a 54 años. Una cuarta parte ($n = 14$) estaba en edad reproductiva; 30 pacientes (51.7 %) fueron atendidas por instituciones de seguridad social; 20 (34.5 %) por servicios privados y ocho (13.8 %) por públicos; 28 en unidades del tercer nivel (48.3 %), 26 en segundo (44.8 %) y cuatro (6.9 %) en primer nivel.

El tratamiento quirúrgico representó 70.7 % de los motivos de inconformidad (cuadro II). Las pretensiones más frecuentes fueron: reembolso ($n = 36$) e indemnización ($n = 28$) (figura 1). Las quejas fueron motivadas por sugerencia de otro médico en 10.3 % ($n = 6$) de los casos. Los diagnósticos clínicos iniciales se detallan en el cuadro III.

Se ofreció manejo médico conservador inicial a 24 pacientes (41.4 %); de ellas, 15 (62.5 %) recibieron tratamiento hormonal. Se propuso miomectomía a cuatro (13.8 % del total) e hysterectomía a 24 (41.4 %). En seis expedientes (10.3 %) no se pudo determinar el tratamiento inicial ofrecido. El manejo definitivo fue: 49 hysterectomías (84.5 %), cinco miomectomías (8.6 %), un legrado (1.7 %) y manejo médico en tres (5.2 %). En 39 pacientes (79.6 %) la hysterectomía fue total abdominal, en ocho (16.3 %) combinada con salpingectomía o salpingooforectomía uni o bilateral; en dos (4.1 %) fue obstétrica.

Cuadro I
Clasificación de los miomas¹³⁻¹⁵

Por su tamaño o volumen

- Pequeños (diámetro < 2 cm)
- Medianos (2-6 cm)
- Grandes (diámetro > 6 cm o volumen total del útero, similar o mayor a un embarazo de 14 semanas)
- Gigantes (> 20 cm)

Por su localización

- Intramurales (espesor del miometrio sin afectar endometrio ni serosa), los más frecuentes (75 %)
- Submucosos (origen en el miometrio con protrusión hacia la cavidad endometrial)
- Subserosos (crecen bajo la serosa uterina, protruyen hacia la cavidad abdominal)

De 55 pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos, en 35 (63.6 %) los resultados de laboratorio se encontraron en el expediente y en 20 (33.4 %) no se incluyeron. Los resultados fueron comentados y analizados en las notas preoperatorios sólo en un caso (1.8 %). Se presentaron complicaciones en 35 casos (63.6 %) (cuadro IV). En 20 (36.4 %) no hubo complicación ni en los tres no quirúrgicos.

En las 23 pacientes sin complicación se observaron las siguientes fallas en la atención médica: a siete les faltó información sobre su padecimiento o tratamiento (30.4 %); 6 (26.1 %) fueron motivados por controversia de criterios de manejo; cinco (21.7 %) tenían la expectativa de ser operadas en cuanto se les hizo el diagnóstico; en una (4.3 %) el reporte anatomopatológico fue erróneo y en otra (4.3 %) el resultado de patología no confirmó el diagnóstico preoperatorio. Otra paciente (4.3 %) fue egresada sin complicaciones luego de legrado hemostático-biopsia, pero al alta no se le dio cita a consulta externa de ginecología sino a su clínica; en otra (4.3 %) la cirugía se difirió por falta de instrumental. El desabasto de medicamentos (progestágenos) ocasionó otra inconformidad.

En 17 pacientes (29.3 %) no hubo secuelas; 15 (25.9 %) requirieron más estancia hospitalaria por complicaciones; hubo pérdida total o parcial de órgano diferente al útero o de función no reproductiva en ocho (13.8 %); cinco (8.6 %) necesitaron más consultas. Hubo una muerte por hemorragia no controlada (cuadro V).

De acuerdo con la *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico*, 35 expedientes (60.3 %) estuvieron incompletos, 15 (25.9 %) cumplieron con la NOM y en ocho casos (13.8 %) no se entregó expediente a Conamed. De los 50 entregados, en 12 (24 %) se incluyeron cartas de consentimiento bajo información que cumplían los requisitos de la NOM, 20 (40 %) incompletos y ocho (16 %) sin carta de consentimiento; 10 pacientes (20 %) recibieron manejo no quirúrgico (cuadro VI).

En 28 casos (48.2 %) la información a las pacientes y sus familiares fue inadecuada, por omisión, explicación contradictoria, insuficiente o equivocada, e incluso ocultada. En 23 (39.7 %), el personal de salud dio información correcta, amplia y oportuna; en siete expedientes (12.1 %) no hubo datos suficientes para clasificar.

Sólo ocho (14.3 %) médicos contra quienes se interpusieron las inconformidades mostraron estar certificados o recertificados.

Al análisis arbitral de los expedientes se encontró que la mayoría de los médicos actuó de acuerdo con la *Lex Artis* médica; 28 (48.3 %) fueron calificados con buena práctica, 17 (29.3 %) con mala práctica y en 13 (22.4 %) no hubo suficientes elementos para la evaluación. En 26 (44.8 %), no se realizó un protocolo diagnóstico-terapéutico completo.

Discusión

Poco más de la mitad de las pacientes fueron atendidas por instituciones de seguridad social; 34.5 % por servicios privados y 13.8 % por servicios públicos, proporción que concuerda con las estadísticas del Sistema Nacional de Información en Salud, donde se reporta que en 2004,* 50.4 % de la población mexicana estaba asegurada, y en 2005** 27 % fue atendida por medicina privada.⁴⁰ Podría pensarse que los usuarios de servicios médi-

* Salud: México 2004. <http://evaluación.salud.gob.mx/saludmex2004/anexo.pdf>

** SINAIS. http://sinais.salud.gob.mx/recursos/rec_ser2003/R01-2003.xls

Cuadro II
Motivos de inconformidad manifestadas en relación a la atención por miomatosis uterina

	Motivo de inconformidad	Frecuencia	%
Submotivos	Tratamiento quirúrgico	41	70.7
	Sin especificar	20	50.0
	Erróneo o inadecuado	6	15.0
	Complicaciones quirúrgicas del transoperatorio	4	10.0
	Secuelas al tratamiento quirúrgico	3	7.5
	Diferimiento del tratamiento quirúrgico	3	7.5
	Alta prematura de los cuidados posoperatorios	2	5.0
	Insatisfactorio	2	5.0
	Accidentes e incidentes	1	2.5
Submotivos	Tratamiento médico	11	19.0
	Inadecuado	6	54.5
	Sin especificar	4	36.4
	Incompleto	1	9.1
	Diagnóstico erróneo	6	10.3
	Total	58	100.0

cos privados son más propensos a inconformarse, aunque para establecer una relación sólida se requieren estudios multicéntricos sobre la prevalencia de las inconformidades en toda la población.

La miomatosis uterina debe ser tratada por ginecoobstetras, salvo en situación de urgencia. En nuestra revisión, 89.6 % de las pacientes fueron atendidas en unidades de segundo o tercer nivel. Los resultados sugieren que las pacientes se inconforman por que no se les proporciona la información que requieren, pues en 39.7 % no se cumplieron sus expectativas y 48 % se quejaron de información insuficiente o contradictoria. En los relatos de queja se encontró que con frecuencia las pacientes solicitaban segundas opiniones en medicina privada, ya que esperaban ser operadas en breve, lo cual no conseguían en las instituciones públicas y de seguridad social. Los médicos privados sugerían la necesidad de “cirujías urgentes”, reforzando la percepción de pacientes y familiares acerca de un error en la medicina institucional, la cual no fue contrarrestada con un consentimiento informado que explicara los protocolos de manejo recomendados y los factores de riesgo particulares.

Se encontró que una décima parte de las quejas fueron motivadas por sugerencia de otro médico, lo cual refleja cuatro grandes problemas:

1. La ligereza de algunos médicos al emitir comentarios desconociendo las circunstancias de la atención médica previa, mostrando con ello falta de ética.⁴¹
2. En combinación con los datos sobre la información insuficiente o contradictoria, en 44.8 % de los casos no se desarrolló un protocolo de diagnóstico y tratamiento adecuado, revelando la necesidad de guías diagnóstico-terapéuticas para el manejo de la miomatosis en nuestro país.
3. La deficiente documentación de las consultas y actos médicos en general, con expedientes clínicos incompletos en 60.3 % y sin expediente en 13.8 %, cuando su elaboración es una obligación declarada en la *Ley General de Salud* y en la *NOM-168-SSA1-1998*. Las historias clínicas o notas de admisión y de evolución se encontraron completas en poco más de la mitad de los

expedientes, mientras las notas preoperatorias, posoperatorias y transquirúrgicas o dictados de operación estuvieron completas en 1:3 casos. No se incluyeron los resultados de laboratorio preoperatorios en 33.4 % de los expedientes y apenas 1.8 % incluía comentarios en las notas médicas sobre los resultados de dichos estudios. Los reportes histopatológicos se encontraron en 61.8 % y en 38.2 % no se identificó si hubo revisión de la pieza y no se incluyó el reporte o si, simplemente, no fue solicitada.

**Carlos Fernández del Castillo-Sánchez et al.
Inconformidades por miomatosis uterina ante Conamed**

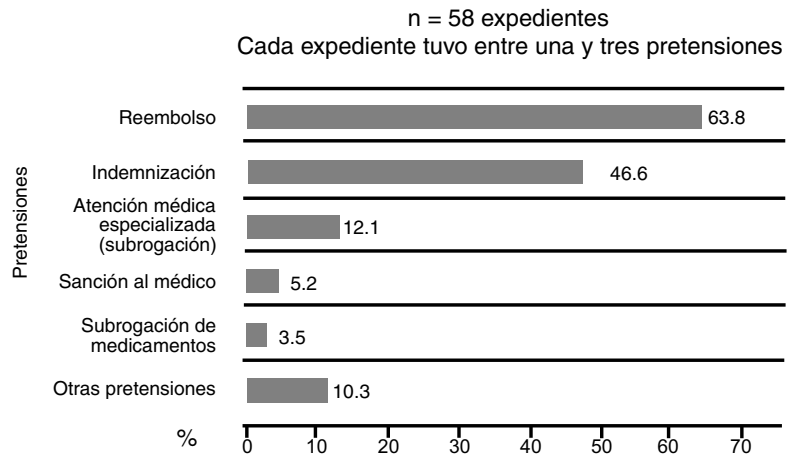


Figura 1. Pretensiones de los usuarios que interponen quejas debido a atención por miomatosis uterina

**Cuadro III
Diagnósticos clínicos con los que 58 pacientes con miomatosis fueron atendidas**

Diagnóstico	Frecuencia	%
Miomatosis clasificada	21	36.2
De pequeños elementos	7	12.1
De medianos elementos	6	10.3
De grandes elementos	7	12.1
Mioma único	1	1.7
Miomatosis uterina no clasificada	24	41.4
Sangrado uterino disfuncional	5	8.6
Miomatosis vs. adenomiosis	3	5.2
Miomatosis y embarazo	1	1.7
NIC-II	1	1.7
Infertilidad primaria secundaria multifactorial	1	1.7
Fístula vesicovaginal	1	1.7
Amenorrea secundaria (se comprobó embarazo)	1	1.7

4. Sólo 24 % incluyó una carta completa de consentimiento bajo información.

Un tema preocupante es que 41.4 % tenía diagnóstico de miomatosis uterina sin clasificar, al menos si era sintomática o asintomática o por el tamaño de los fibromas, lo cual requiere habilidad clínica básica en interrogatorio y exploración, exigible a cualquier médico general y más a un especialista en ginecoobstetricia, quienes representaron 75.8 % (68.9 % médicos especialistas y 6.9 % residentes de ginecoobstetricia). Sólo 14.3 % de los médicos estaba certificado o recertificado. Dicha validación gremial no es obligatoria en nuestro país, aunque muestra el interés del profesional en

mantener actualizados sus conocimientos. En estos días, la certificación representa una fuente de orgullo para los médicos, una referencia y un requisito para el ejercicio profesional, especialmente en la medicina privada. En otros países, los pacientes empiezan a reconocer la importancia de la certificación de especialidad como parte del movimiento de *Pacientes por la Seguridad del Paciente*.^{42,43}

El manejo definitivo en 84.5 % fue histerectomía (total abdominal 79.6 %). Se ha comprobado que el manejo de las pacientes con miomatosis debe individualizarse, ya que en un número importante basta con vigilancia cada tres a seis meses. También se pueden ofrecer alternativas no mutilantes, con excelente efectividad en el control de los síntomas y con una relación riesgo/beneficio más segura.⁴⁴⁻⁴⁶

A pesar de las deficiencias clínico-metodológicas señaladas, la calidad de la atención médica tiende a estar dentro de lo aceptado por la *Lex Artis* médica, ya que 48.2 % de los casos se encontró sin evidencia de mala práctica, 82.4 % con congruencia anatómico-clínica y una incidencia de complicaciones de 36.4 % en casos quirúrgicos y cero en los no quirúrgicos. Se identificó 29.6 % de problemas de comunicación y 1.7 % de complicaciones quirúrgicas intrínsecas al procedimiento, documentadas en las notas operatorias; 18.5 % de inconformidades estuvo relacionado con problemas administrativos sin relación con la atención médica. En 22.2 % no se encontró desviación, manifestándose las inconformidades por expectativas irreales de los pacientes o sus familiares. Este fenómeno ha sido descrito antes:⁴⁷ la mayoría de las quejas por atención ginecoobstétrica se genera por percepciones derivadas de resultados inevitables, es decir, por consecuencia de la propia historia natural del padecimiento. Conforme las cifras obtenidas en este análisis y en otros,⁴⁸⁻⁵⁰ podemos afirmar que las quejas se derivan de errores de comunicación y deficiencias en el protocolo de estudio, tratamiento y seguimiento.^{51,52} Consideración especial merecen los casos de miomatosis relacionada con infertilidad, ya que las expectativas de las pacientes van más en función del embarazo, por lo que requieren atención especializada en medicina reproductiva. En ellas es imprescindible la intervención de

**Cuadro IV
Complicaciones en los casos de miomatosis tratados quirúrgicamente**

Complicaciones	Frecuencia	%
Hemorragia	9	16.4
Lesiones urológicas	9	16.4
Infecciones	7	12.7
Lesiones intestinales	3	5.4
Afectación en función reproductiva	2	3.6
Otras complicaciones	5	9.1
Ninguna	20	36.4
Total	55	100.0

**Cuadro V
Secuelas identificadas en 58 mujeres con miomatosis**

Secuelas	Frecuencia	%
Evolución favorable	17	29.3
Alargamiento del tiempo de hospitalización	15	25.9
Pérdida de un órgano o de su función (diferente al útero)	8	13.8
Alargamiento del tiempo de tratamiento en consulta externa	5	8.6
Afectación parcial de la función	5	8.6
Esterilidad no deseada	4	6.9
Sin información de seguimiento	2	3.5
Afectación psicológica	1	1.7
Muerte	1	1.7
Total	58	100.0

psicólogos clínicos y la orientación específica durante el consentimiento informado.

Sólo 29.3 % de los casos fueron calificados con evidencia de mala práctica. Las desviaciones identificadas con mayor reiteración fueron diferimiento injustificado de cirugía 29.4 %, diagnóstico tardío de complicaciones por vigilancia deficiente o alta prematura 29.4 %, y errores en la técnica quirúrgica que produjeron complicaciones no inherentes al procedimiento y no justificables 11.8 %. Estos resultados indican deficiencias tanto en los protocolos diagnóstico-terapéuticos como en la eficiencia de la formación médica.

Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia durante o posterior al evento quirúrgico, 25.7 %; lesiones urológicas, 25.7 %; infecciones, 12.7 %. Estos datos son afines a los reportes generales de complicaciones más frecuentes en procedimientos quirúrgicos ginecológicos. Es recomendable que se explique claramente a las pacientes los riesgos individuales, mediante un consentimiento informado y que se extremen las precauciones necesarias para incrementar la seguridad de las pacientes. Se ha descrito que la histerectomía vaginal y el uso de antibióticos, el tratamiento preoperatorio con dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel, la administración pre y posoperatoria de misoprostol, son capaces de atenuar el riesgo de hemorragia e infección, reduciendo la morbilidad después de una histerectomía.^{29-31,53,54}

Resulta interesante el análisis de los 23 casos en que no hubo complicaciones: 30.4 % de los relatos mostraron que a las pacientes les faltó información, 26.1 % de las quejas estuvieron motivadas por controversia de criterios de manejo, 21.7 % por expectativas de ser operadas en cuanto se les hizo el diagnóstico, y en el resto hubo problemas administrativos. Esto evidencia defectos de comunicación médico-paciente, y entre el equipo de salud, sumados a problemas organizacionales que deben ser resueltos por las autoridades hospitalarias.

En 70.7 % de los casos hubo secuelas: hospitalización más prolongada, 25.9 %; pérdida de algún órgano (diferente al útero) o de su función (excluyendo la función reproductiva), 13.8 %; 8.6 % requirió más consultas e incluso hubo una muerte (1.7 %), revelando daños

físicos y emocionales a las pacientes y familiares, sin olvidar los efectos económicos directos o indirectos —derivados de los daños, incapacidades, etcétera— que afectan tanto a pacientes, familiares e instituciones de salud.

En 2002 una encuesta mostró el efecto de la histerectomía sobre el afecto y comunicación de la pareja y la satisfacción sexual conyugal,⁵⁵ por lo cual es importante involucrar a la pareja, siempre y cuando la paciente lo acepte, en la decisión terapéutica.

La frecuencia de los problemas reproductivos se incrementa rápidamente en nuestro medio, por lo cual la asociación de ambas patologías y sus complicaciones deben considerarse. Estas pacientes y sus familiares (10.3 % en nuestro estudio) tienen características particulares de personalidad que pueden dificultar la relación médico-paciente.

En conclusión, la mayoría de las inconformidades de pacientes con miomatosis se derivan de problemas de comunicación, falta de seguimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos y vigilancia posoperatoria deficiente. Estas situaciones derivan de la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos por personal no capacitado. Estos errores personales y organizacionales generan daños a la salud y a la economía por complicaciones y alargamiento de los tratamientos y la hospitalización. Las pacientes tienen expectativas elevadas no resueltas por los médicos mediante el proceso de consentimiento informado. Estos problemas por sí mismos y de manera

Cuadro VI
Documentación del acto médico en 50 expedientes
de mujeres que recibieron atención por miomatosis

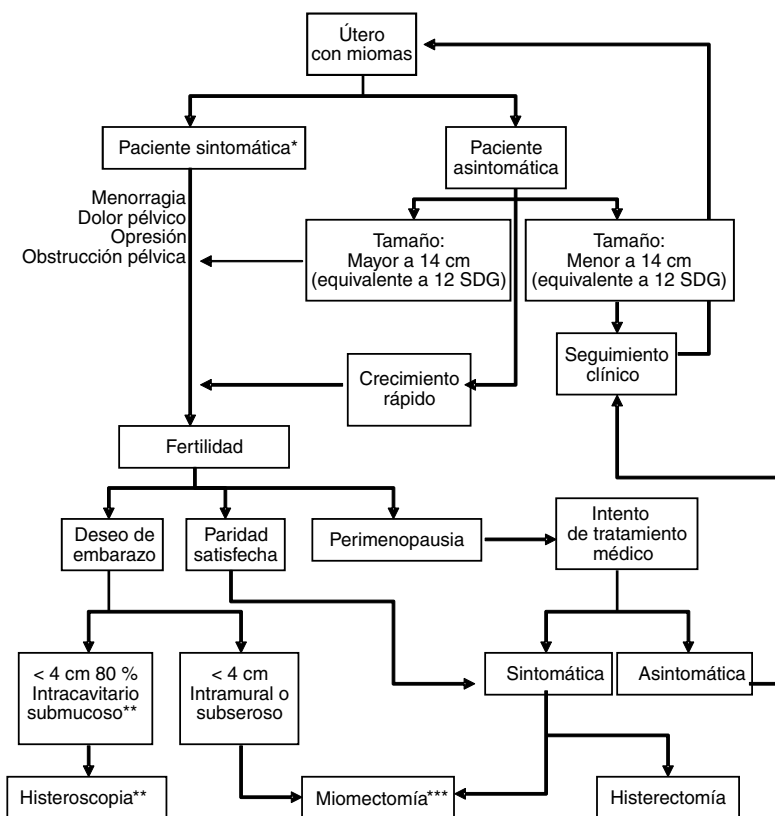
Documento	Completo %	Incompleto %	Ausente %	No aplica %
Carta de consentimiento informado	24	40	16	20
Historia clínica/nota de admisión	54	22	24	-
Notas de evolución	58	38	4	-
Notas preoperatorias	32	48	12	8
Notas quirúrgicas	38	44	10	8
Notas posoperatorias	34	42	16	8

individual no producen complicaciones mayores, pero cuando “se alinean” ocasionan grandes eventos adversos para las pacientes, con secuelas graves.⁴⁸⁻⁵²

Nos corresponde a los profesionales de la salud implicados en la atención de las pacientes, identificar las posibles deficiencias para ir subsanándolas y ofrecer a la sociedad una medicina más segura y satisfactoria. Como sugerencia, se puede utilizar el algoritmo para manejo de miomas uterinos que aquí aparece,⁵⁶

así como reflexionar sobre las siguientes recomendaciones:

1. Procurar que la atención de las pacientes sea por personal médico especializado y capacitado.
2. Solicitar la valoración de las pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina por médicos especialistas en ginecoobstetricia, preferentemente certificados.
3. Valorar a la paciente de manera individualizada, analizando los factores de riesgo y patología concomitante.
4. Explicar las diferentes posibilidades terapéuticas que se pueden aplicar en el caso particular, propiciando que en la toma de decisión se observen los valores y preferencias de la paciente, con base en una información clara, suficiente y oportuna.
5. Explicar detalladamente el protocolo diagnóstico-terapéutico que se seguirá para la atención de la paciente.
6. Prevenir las posibles complicaciones quirúrgicas conocidas.
7. Vigilar el posoperatorio de manera estrecha y evaluar de manera integral a la paciente al momento de la alta médica.
8. Mantener un seguimiento clínico eficiente en las pacientes con manejo expectante y tratamiento médico.
9. Las pacientes infértiles con miomatosis uterina requieren atención interdisciplinaria.
10. Documentar siempre el acto médico en el expediente clínico.



Nota importante: este algoritmo es una recomendación, no una guía clínico-terapéutica.

En todos los procedimientos quirúrgicos especialmente los endoscópicos se requiere capacitación, destreza, experiencia clínica y quirúrgica.

*Las pacientes sintomáticas deben ser manejadas o al menos estudiadas por un médico especialista en ginecología y obstetricia

**Al elegir el abordaje recordar que se trata de pacientes que no han tenido embarazo

*** Abdominal o laparoscópica

Grupo de Validación Externa para la Emisión de estas Recomendaciones

Juan Carlos Hinojosa-Cruz, Luis S. Alcázar-Álvarez, Antonio Zaldívar-Neal, Jesús Leal-del Rosal y Ernesto Castelazo-Morales.

Comité para la Emisión de Recomendaciones de la Conamed

José Antonio Moreno-Sánchez, Luis E. Hernández-Gamboa, Salvador Casares-Queralt, Rebeca Victoria-Ochoa, Gabriel R. Manuell.

Algoritmo para manejo de miomas uterinos (fibroleiomiomas)

Referencias

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Miomatosis uterina. Documentos de Consenso SEGO. Disponible en http://www.schering.es/varios/publicaciones/documentos_de_consenso_SEGO/html/consenso98/miomatosis.htm
2. Spellacy WN. Leiomioma uterino. En: Scout JR, Di-Saia PJ, Hammond ChB, Spellacy WN, editors. Tratado de obstetricia y ginecología. 8ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
3. Cook JD, Walker CL. Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation. *Semin Reprod Med* 2004;22(2):105-111.
4. Berek JS. Ginecología de Novak. 13ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
5. Stewart EA, Morton CC. The genetics of uterine leiomyomata: what clinicians need to know. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):917-921.
6. Kumar V, Robbins SL. Patología estructural y funcional. Aparato genital femenino. 7ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
7. Committee on Patient Education of the American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Uterine fibroids. ACOG Patient Education Pamphlet. February 2005. 12345/98765.
8. Hospital General de México (HGM). Miomatosis uterina. Guías diagnósticas del HGM. Disponible en http://hgm.salud.gob.mx/servmed/u_general_guías_5a.html.
9. Ahued-Ahued JR, Fernández del Castillo C. Obstetricia y ginecología aplicadas. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2003.
10. Guerrero CD. Hace 55 años: Terapéutica médica y quirúrgica del mioma uterino. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69(12):492-499. Disponible en http://scielo-mx.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412001001200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0300-9041.
11. De Cherney AH, Pernoll MK. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 8ª ed. México: El Manual Moderno; p. 3-6.
12. ACOG. Treatment of uterine leiomyomas. ACOG UptoDate in Obstetrics, Gynecology and Womens' Health. Washington DC, USA: ACOG; 2005.
13. Farquhar C, Arroll B, Ekeroma A, Fentiman G, Lethaby A, Rademaker L, et al. Working Party of the New Zealand Guidelines Group. An evidence-based guideline for the management of uterine fibroids. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41(2):125-140.
14. ACOG. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. ACOG practice bulletin 16. Washington DC, USA: ACOG; 2000.
15. Walker ChL, Stewart EA. Uterine fibroids: the elephant in the room. *Science* 308 (5728): 1589-1592. Disponible en <http://stke.sciencemag.org/cgi/content/abstract/sci;308/5728/1589>.
16. De-Leo V, Morgante G, La Marca A, Musacchio MC, Sorace M, et al. A benefit-risk assessment of medical treatment for uterine leiomyomas. *Drug Safety* 2002;25(11):759-779.
17. Steinawer J, Pritts EA, Jackson R, Jacoby AF. Systematic review of mifepristone for the treatment of uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2004;103:1331.
18. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002126. DOI: 10.1002/14651858.CD002126.pub2. Disponible en <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002126/frame.html>.
19. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD003677. Disponible en <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003677/frame.html>
20. Foulot H, Chopin N, Malartic C, Fauconnier A, Chapron C. Miomectomía por laparotomía. EMC, Techniques chirurgicales. Gynécologie. París, Francia: Elsevier SAS; 2005. p. 41-662.
21. Agostini A, Colette E, Rponda I, Bretelle F, Cravello L, Blanc B. Miomectomía por vía vaginal. EMC, Techniques chirurgicales. Gynécologie. París, Francia: Elsevier SAS; 2005. p. 41-662.
22. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; Apr 19;(2):CD003677. Disponible en <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003677/frame.html>
23. Marjoribanks J, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD003855. Disponible en <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003855/frame.html>.
24. Conde-Agudelo A. Intrafascial abdominal hysterectomy: outcomes and complications of 867 operations. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;68(3):233-239.
25. Thompson JD, Rock JA. Ginecología quirúrgica. 9ª ed. México: Médica Panamericana; 2003.
26. Visvanathan D, Connell R, Hall-Craggs MA, Cutner AS, Bown SG. Interstitial laser photocoagulation for uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:382-384.
27. Bachmann G. Expanding treatment options for women with symptomatic uterine leiomyomas: timely medical breakthroughs. *Fertil Steril* 2006; 85(1):46-47.
28. Gupta JK, Sinha AS, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. The Cochrane Database of Systematic

Carlos Fernández del Castillo-Sánchez et al. Inconformidades por miomatosis uterina ante Conamed

- atic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005073. DOI: 10.1002/14651858.CD005073.pub2. Disponible en <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005073/frame.html>.
29. Goldbert J, Pereira L, Berghella V, Diamond J, Darai E, Seiner P, et al. Pregnancy outcomes alter treatment for fibromyomata: uterine artery embolization versus laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:18-21.
 30. Cowan BD. Myomectomy and MRI-directed cryotherapy. *Semin Reprod Med* 2004;22(2):143-148.
 31. Celik H, Sapmaz E. Use of a single preoperative dose of misoprostol is efficacious for patients who undergo abdominal myomectomy. *Fertil Steril* 2003;79:1207-1210.
 32. Ginsburg ES, Benso CB, Garfield JM, Gleason RE, Friedman AJ. The effect of operative technique and uterine size on blood loss during myomectomy: a prospective randomized study. *Fertil Steril* 1993; 60: 956-962.
 33. Benecke C, Kruger TF, Siebert TI, Van-der-Merwe JP, Steyn DW. Effect of fibroids on fertility in patients undergoing assisted reproduction. A structured literature review. *Gynecol Obstet Invest* 2005;59(4):225-230.
 34. Severo-Ochoa LH [España]. Ginecología y atención primaria: problemas clínicos. Disponible en <http://www.schering.es/variopublicaciones/ginecologiatencionprim/ginecologiatencionprim.pdf>.
 35. Jacoby AF. Uterine fibroids associated to adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;107: 376-382.
 36. Exacoutos C, Rosati A. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynaecol* 1993;82(1):97-101.
 37. Bañuelos AR. Miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. *Rev Endocrinol Nutr* 2000;8(3):94-99.
 38. Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 2006; 107:376-382.
 39. Rosseti A, Sizzie O, Soranna L, Cucinelli F, Mancuso S, Lanzaone A. Long term results of laparoscopic myomectomy: recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy. *Hum Reprod* 2001;16:770-774.
 40. Petersen FA. Foro Conmemorativo del XX Aniversario FUNSALUD "La salud de los mexicanos en el siglo XXI". Disponible en http://xxaniversario.funsalud.org.mx/index.php/info/content/download/311/1112/file/Alfonso_Petersen_Farah.pdf.
 41. Wynia MK. Performance measures for ethics quality. *Effective Clin Pract* 1999;2:294-299. Disponible en <http://www.acponline.org/journals/ecp/nov-dec99/wynia.htm>.
 42. Brennan T, Horwitz RI, Duffy FD, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004; 292:1038-1043.
 43. PAHO. Patients pledge to fight medical errors throughout the Americas. First regional workshop on patients for patient safety held in San Francisco. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/events/06/PAHO_pressrelease_may06.pdf.
 44. Vargas-Hernández VM. Leiomiomatosis uterina, la histerectomía no siempre es la mejor opción. *Rev HJ Mex* 1996;63(3):57-60.
 45. Guerrero GML, et al. Embolización de miomas uterinos. Alternativa no quirúrgica para su control. Técnica e indicaciones. *An Radiol Mex* 2003;4:213-218.
 46. Showstack J, Lin F, Learman LA, Vittinghoff E, Kuppermann M, Varner RE, et al. Ms Research Group. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:711-717.
 47. Morales-Ramírez JJ, Saucedo-González LF. La mayoría de las quejas por atención ginecológica y obstétrica se generan por percepciones derivadas de resultados inevitables. *Ginec Obstet Mex* 2001;69:108-117.
 48. Institute of Medicine (U.S.). To err is human: building a safer health system. Washington, DC, USA: National Academy Press; 2000.
 49. Elder NC, Hickner J. Missing clinical information: the system is down. *JAMA* 2005;293:617-619.
 50. Pearlman MD, Gluck, PA. Medical liability and patient safety: setting the proper course. *Obstet Gynecol* 2005;105(5, Part 1):941-943.
 51. Tena-Tamayo C, Sotelo J. Malpractice in Mexico: arbitration not litigation. *BMJ*, 2005;331: 448-451.
 52. Tena-Tamayo C, Sánchez-González JM. Génesis del conflicto médico-paciente. *Rev Soc Mex Admin Inst Salud* 2005; 1(1):13-17.
 53. Peipert JF, Weitzen S, Cruickshank C, Story E, Ethridge D, Lapane K. Risk factors for febrile morbidity after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2004;103(1):86-91.
 54. Grigorieva V, Chen-Mok M, Tarasova M, Mikhailov A. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertil Steril* 2003;79(5):1194-1198.
 55. Hernández RFA, De los Santos RH. Efecto de la histerectomía en la funcionalidad conyugal. *RES-PYN* 2002;5. Disponible en <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/fororegional/051.htm>.
 56. Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981;36(4):433-445. **rm**