



Cirugía innecesaria, fenómeno que atenta contra los principios éticos y científicos de la medicina. Un caso de histerectomía abdominal

Rafael Gutiérrez-Vega,* Germán Fajardo-Dolci**

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer que fue sometida a histerectomía abdominal de manera innecesaria. Lo que se originó en el desapego a los derechos de la paciente, y los principios éticos y científicos de la medicina, dando origen a un conflicto entre el médico y la paciente.

Palabras clave: Cirugía innecesaria, principios éticos, conflicto médico-paciente.

ABSTRACT

The case of a female patient is presented that was submitted to abdominal hysterectomy in an unnecessary way. It was originated in the impartiality to the rights of the patient, and the ethical and scientific principles of the medicine; causing a conflict between the doctor and the patient.

Key words: Unnecessary surgery, ethical principles, medical-patient conflict.

INTRODUCCIÓN

La presentación de conflictos entre prestadores y usuarios de servicios se origina por diversas razones. En un análisis de las causas que motivaron quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de 1996 a 2007, se encontró que los tres motivos específicos de queja más frecuentes son: diagnóstico erróneo, resultados no satisfactorios y tratamiento inadecuado. En cuanto a la especialidad origen de las quejas en el área de Arbitraje de la Comisión, las tres especialidades más frecuentemente observadas son: ginecología, ortopedia y traumatología, y cirugía general.¹ Los motivos específicos de queja traducen problemas en alguno o varios

de los siguientes aspectos: en la calidad en el proceso de atención, falta de oportunidad, competencia profesional deficiente, incumplimiento de la normatividad vigente y desapego a los principios científicos y éticos de la medicina. El caso que se presenta refleja lo que en el análisis de las quejas presentadas en la CONAMED se observó en los motivos específicos de queja.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 50 años de edad, asintomática, quien acudió a consulta con su ginecólogo y obstetra, como lo hacía desde hacía cinco años, para su revisión ginecológica periódica y realización de citología cervicovaginal. Una semana después de la consulta, el médico la llamó para informarle que el resultado de la citología cervicovaginal había reportado infección por virus del papiloma humano, por lo que solicitó acudir a consulta médica nuevamente. La paciente se presentó a consulta a los dos días, el

* Dirección General Adjunta, Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

** Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Recibido para publicación: 16/04/09. Aceptado: 27/05/09.

médico tratante le explicó que la infección que portaba implicaba que tenía cáncer en el cuello uterino, por lo que era necesario realizarle histerectomía total abdominal. La paciente decidió solicitar una segunda opinión, por lo que acudió con segundo ginecólogo y obstetra, quien realizó nueva citología cervicovaginal para verificar el diagnóstico emitido. Cinco días después le informó el resultado del estudio a la paciente, el cual reportó: índice de maduración 0-80-20, valor estrogénico 60, flora bacteriana bacilar, inflamación leve, células endocervicales presentes, células de metaplasia ausentes, eritrocitos ausentes; con diagnóstico negativo a células neoplásicas y dentro de límites normales. El médico le explicó que al reportarse normal y consecuentemente negativo para infección por virus del papiloma humano, no requería de ningún tratamiento, y que de hecho si el resultado hubiera resultado positivo para dicho virus no implicaba que fuera portadora de cáncer cervicouterino; que sí representaba un factor de riesgo ya demostrado para el desarrollo de dicha patología y que, en ese caso, podían ofrecerse diversas alternativas terapéuticas y no necesariamente la histerectomía total abdominal. Una semana después la paciente acude nuevamente a consulta con el primer médico tratante con el resultado del estudio realizado por el segundo médico tratante; ya que existía una relación médico-paciente sólida, y durante los años que le había atendido previamente siempre se había conducido de manera profesional y respetuosa. Al revisar el primer médico tratante el estudio, le informó a la paciente que seguramente se trataba de un error, y que le tenía que realizar una nueva revisión ginecológica, o de lo contrario no se responsabilizaría de las consecuencias que le condicionaría dicha infección, insistiendo nuevamente que el diagnóstico de cáncer de cuello uterino para él era indiscutible. La paciente aceptó que le realizara nueva exploración ginecológica, expresándole el médico que, aunado a los diagnósticos de infección del virus del papiloma humano y del cáncer de cuello uterino, había detectado que también era portadora de miomatosis uterina. Le informó que los miomas condicionaban sangrados transvaginales masivos que pondrían en riesgo su vida, ante lo cual la paciente le refirió que nunca había tenido sangrados transvaginales anormales, que sus ciclos menstruales habían empezado a ser de menor duración y con sangrado escaso. El médico le indicó que ante la duda que la paciente le expresó, le solicitaría un ultrasonido uterino para confirmar dicho diagnóstico. Tres días después la paciente acudió a realizarse el estudio, entregándosele a las 48 horas las imágenes

y su interpretación. El ultrasonido reportó: útero en anteversión, de ecogenicidad heterogénea, con dimensiones de 6.4 por 3.2 por 3.7 cm en sus ejes mayores, el endometrio es ecogénico y lineal con diámetro de 3 mm. Se identificó en el fondo uterino una imagen bien delimitada de contenido heterogéneo con diámetro máximo de 2 cm, otras de similares características hacia la porción anterior de 1.2 cm en relación a miomas intramurales. Ambos ovarios de forma, tamaño y ecogenicidad conservada, el ovario derecho con dimensiones de 1.4 x 0.9 x 1.9 cm y volumen de 1.2 cc. El izquierdo de 1.6 x 1.5 x 1.8 cm y volumen de 2.3 cc. Estableciéndose el diagnóstico de miomas intramurales. Dos días después acudió nuevamente a consulta con el primer médico tratante con el ultrasonido, comentándole el médico que se confirmaba su diagnóstico de miomatosis uterina y que era urgente que le realizara la histerectomía abdominal para evitar que presentara un sangrado transvaginal masivo que pondría en riesgo su vida. Se programa para histerectomía total abdominal a la siguiente semana, misma que se realiza con técnica abierta, sin accidentes ni incidentes. Se mantiene hospitalizada 48 horas, y fue dada de alta por mejoría. Regresa a valoración con el médico que realizó la cirugía, refiriendo la paciente disuria, pujo y tenesmo vesical, explicándole el médico que había desarrollado una infección de vías urinarias, lo que era habitual en este tipo de cirugía, y que le indicaría antimicrobiano para su manejo. Diez días después, la paciente acude nuevamente a consulta con el médico que realizó la cirugía, refiriendo que la disuria persiste, indicando el médico otro esquema antimicrobiano a base de ampicilina, ante lo cual la paciente le cuestiona si no le va a solicitar un urocultivo, el médico le informa que es innecesario y que se apegue a sus indicaciones, ya que de persistir la infección podría ascender a nivel renal. La paciente se adhiere al tratamiento, sin notar mejoría a los seis días de tratamiento, por lo que consulta vía telefónica al médico, quien le insiste que deberá concluir el tratamiento por diez días para que la sintomatología ceda. La paciente concluye el tratamiento por diez días, persistiendo la disuria. Acude a consulta informándole al médico que la disuria persiste, ante lo cual le indica gentamicina intramuscular por diez días. Después de tres días de manejo, la paciente no nota mejoría, por lo que decide acudir con el segundo médico tratante, a quien le solicita que le explique el estudio de anatomía patológica de la pieza quirúrgica, el cual reportó en descripción macroscópica: útero sin anexos de 53.97 gramos, piriforme, que mide en sus ejes habi-

tuales 7 x 5 x 1.5 cm. La serosa sin alteraciones. El cérvix de 2.5 cm de diámetro, con orificio externo de 0.5 cm. La mucosa cervical sin alteraciones. Al corte la cavidad uterina de 2.5 x 3 cm, libre, con endometrio de 0.1 cm, y miometrio con promedio de 1 cm. Se aprecia un nódulo subseroso fúndico de 0.8 cm de diámetro, bien delimitado, de aspecto arremolinado, blanquecino y firme. El canal endocervical de 3.3 cm. La descripción microscópica reportó: el endometrio está adelgazado, con glándulas pequeñas revestidas por epitelio cúbico simple, en ocasiones dilatadas. El nódulo miometrial descrito está constituido por haces irregulares de células musculares lisas, sin atipias ni mitosis. En el endocérvix hay sustitución focal del epitelio columnar por epitelio plano poliestratificado inmaduro. La lámina propia cervical con algunas glándulas recelosas. No hay cambios neoplásicos malignos. Se establecieron los siguientes diagnósticos: leiomioma corporal subseroso fúndico, endometrio con atrofia quística y metaplasia escamosa endocervical inmadura; túneles glandulares (benigno). Al estar en conocimiento la paciente de que los diagnósticos preoperatorios establecidos por su primer médico tratante no se encontraban fundamentados, y que fue sometida a una intervención quirúrgica innecesaria, presenta queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, por probables irregularidades en la atención médica proporcionada. La paciente solicitó del demandado una indemnización.

Resultó procedente condenar al demandado al pago de la indemnización, con fundamento en el artículo 35 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, el cual ordena en lo conducente que si el laudo arbitral fuere adverso al profesionista, deberá indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufriere. Por lo que, a efecto de calcular el monto de indemnización a pagar, resulta procedente aplicar lo dispuesto en el artículo 1915 del Código Civil Federal, en concordancia con los artículos 492, 495 y 514, apartado 385, de la Ley Federal del Trabajo.

DISCUSIÓN

Estudios moleculares, clínicos y epidemiológicos han establecido más allá de cualquier duda que los virus del papiloma humano (VPH) causan cáncer del cuello uterino. Este grupo de virus también están asociados a otros padecimientos como verrugas genitales y otros tipos de cáncer menos frecuentes en orofaringe, vulva, vagina y pene. A nivel mundial los genotipos 16, 18 y 33 son los más comunes de alto riesgo,

detectados en cerca del 70% de las pacientes con cáncer cervical.² La familia de virus de papiloma humano está compuesta por gran número de tipos diferentes, cada uno de ellos asociados con un tipo característico de lesión epitelial. Cada uno de los tipos identificados ha mostrado especificidad considerable de diferentes sitios anatómicos. VPH 6 y 11 están frecuentemente asociados con condilomas; mientras que VPH 16, 18 y 33, como se mencionó anteriormente, son los más frecuentemente asociados con lesiones de progresión hacia la malignidad y consecuentemente a cáncer cervicouterino.³ Es por ello que VPH se ha clasificado de bajo riesgo para los tipos 16 y 18, y de alto riesgo para los tipos 16, 18, 31, 33 y 51; ya que todos ellos pueden condicionar cáncer de cuello uterino, y su prevalencia cambia en las diferentes zonas geográficas a nivel mundial.⁴

VPH es miembro de la familia de los *Papovirus* y se conocen aproximadamente 100 tipos diferentes. Puede producir dos tipos de infección: latente y reproductiva. La oncogénesis que produce es el resultado de la interacción entre las oncoproteínas E6 y E7 del virus, y los genes supresores del huésped p53 y 105Rb. Múltiples cofactores son contribuyentes de las lesiones precancerosas y de las lesiones cervicales invasivas, incluyen: inmunosupresión, inicio de relaciones sexuales sin protección a temprana edad, varios compañeros sexuales, otras infecciones de transmisión sexual y tabaquismo.⁵ Consecuentemente, las células premalignas y malignas se presentan como resultado de la integración de ADN del VPH en el genoma de las células del huésped, y por la sobreexpresión de los oncogenes E6 y E7. Las células adquieren un patrón proliferativo, escapando al control ejercido por p53 y 105Rb, ambas proteínas son inactivadas respectivamente por las proteínas E6 y E7; anomalías cariotípicas y aneplóides también son eventos claves en la progresión de las lesiones cancerosas.⁶ La historia natural incluye progresión a lesión cervical escamosa intraepitelial clase 3 en 10% de las lesiones cervicales escamosas intraepiteliales clase 1, y en 20% de las lesiones cervicales escamosas intraepiteliales clase 2; y al menos 12% de lesiones cervicales escamosas clase 3 progresan a carcinoma invasor.⁷ Cuando se establece diagnóstico de infección por VPH se tienen diversas alternativas para su manejo: escisión electroquirúrgica con asa, crioterapia, terapia con láser y conización. No se justifica realizar histerectomía en estos casos, ya que no ofrece mayores beneficios a las pacientes y se incrementan las posibilidades de complicaciones que se asocian con mayor morbilidad en este procedi-

miento quirúrgico.⁸ La morbilidad asociada reportada por algunos autores es del 12.2% y la necesidad de transfusión se registra en 4.2%.⁹ De las complicaciones observadas, la más frecuente es la urosepsis, pero existen otras complicaciones más severas como la lesión de los ureteros.¹⁰

En un análisis realizado de las quejas recibidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en relación al tratamiento de la miomatosis uterina, entre 2001 y 2005, se observó que la percepción de un tratamiento inadecuado fue la causa más frecuente, registrándose en 69% de los casos. Se observó expediente clínico incompleto en 60.3%, y sólo 24% de los expedientes contaban con el consentimiento bajo información. La información médica brindada a las pacientes y familiares fue inadecuada en 48.2% de los casos. La complicación quirúrgica más frecuente fue hemorragia, se presentó en 25.7%, lesiones urológicas en 25.7% e infecciones quirúrgicas en 12.7%. Las principales secuelas incluyen: prolongación de la estancia hospitalaria en 15%, pérdida de un órgano, otro distinto al útero, o función no reproductiva en 13.8%. Sólo hubo una muerte que representó el 1.7%. Se encontró mala práctica médica en 29.3% de los casos, las principales desviaciones fueron: problemas de comunicación en 29.6%, diferimiento injustificado de la cirugía en 29.4%, y retraso en el diagnóstico oportuno de complicaciones debido a deficientes cuidados postoperatorios o por alta hospitalaria prematura en 29.4%.¹¹

En este caso se incumplieron obligaciones de medios, seguridad, normatividad y resultados. De medios, al no emplear los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a la *lex artis*, es decir a los principios éticos y científicos de la medicina. De seguridad al exponer a la paciente a riesgos innecesarios que le causaron daños a su salud, en este caso la infección de vías urinarias y la hemorragia que presentó relacionados al procedimiento quirúrgico. De normatividad al no haberse apegado a los preceptos plasmados en la Ley General de Salud. De resultados al no haber ofrecido ningún beneficio a la paciente con la realización de la histerectomía abdominal.

La cirugía innecesaria es aquella que se realiza cuando no está indicada por no brindarle ningún beneficio al paciente o cuando existen otras alternativas terapéuticas que brindan los mismos o mejores resultados. Las causas que conducen a esta mala práctica médica pueden originarse en: mal juicio clínico, deficiente preparación académica o desapego a los principios éticos de la medicina. Cualquiera de las causas que provocan la realización de una cirugía innecesaria refleja una falta de responsabilidad del mé-

dico en su ejercicio profesional. Ya que si el origen se debe a un mal juicio clínico o deficiente preparación académica, puede evitarse el evento con diversas acciones como: cursos de capacitación, de actualización, tutoría por personal calificado o por la convicción de mantenerse actualizado en el campo de su especialidad a través del autoaprendizaje. Sin embargo, cuando la desviación tiene su origen en el desapego a los principios éticos de la medicina, el evento se torna más grave, ya que refleja la falta de compromiso personal y profesional al violentar el precepto fundamental de no causar daño a un paciente y respetar sus derechos; lo cual no sólo resulta inaceptable, sino también reprobable y reprochable, porque afecta la salud de los pacientes y daña la imagen de la medicina ante los ojos de la sociedad civil, lo que puede condicionar consecuencias graves para quienes ejercemos esta profesión, ya que la confianza y credibilidad que todo médico busca y valora en sus pacientes se ven dañadas. Nada más inconveniente que establecer una relación médico-paciente que no esté basada en la confianza y respeto mutuo, ya que dificulta la labor del médico y puede ser el origen de conflictos injustificados, afectando negativamente el ejercicio de nuestra noble profesión.

En este caso se violentaron los siguientes derechos de los pacientes. 1) Recibir atención médica adecuada, que implica que el paciente tiene el derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud, y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico. 2) Recibir trato digno y respetuoso, ya que el paciente tiene el derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica se identifique y le otorgue un trato digno, con respeto a sus convicciones personales morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. 3) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; el paciente tiene derecho a que el médico tratante brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad. 4) Decidir libremente sobre su atención; el paciente tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento

diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales. 5) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; el paciente tiene el derecho de recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Así mismo se violentaron principios éticos fundamentales en la medicina: el principio de la beneficencia y no maleficencia, principio de autonomía, principio de justicia, principio de razonable seguridad, principio de información, principio de sustentación clínica, principio de participación, principio de formalidad y principio de buena fe.¹²

Este caso nos permite hacer una reflexión a quienes tenemos el privilegio de ejercer la medicina; no podemos garantizar un resultado, pero sí estamos obligados a apegarnos a los principios éticos y científicos del ejercicio de la medicina. Es por ello que quienes no estén dispuestos a adquirir y respetar este compromiso, no deben ejercer una profesión en la cual los pacientes ponen en nuestras manos lo más preciado para todo ser humano: su salud y su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre GH, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Fajardo-Dolci G. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. *Rev CONAMED* 2008; 13: 5-16.
2. O'Ryan M, Valenzuela MT. Papillomavirus and cervical cancer in Chile. *Rev Med Chil* 2008; 136: 1381-1389.
3. Kedzia W, Gozdicka-Jozefiak A. Mechanism of the cancerogenesis in cervix paraepidermal epithelium cells with chronic infection of oncogenic types of human papiloma virus. *Ginekol Pol* 2007; 78: 701-708.
4. Serra H, Pista A, Figueiredo P, Urbano A, Avilez F, De Oliveira CF. Cervix uteri lesions and human papiloma virus infection (HPV): Detection and characterization of DNA/HPV using PCR (polymerase chain reaction). *Acta Med Port* 2000; 13: 181-192.
5. Panjkovic M, Ivkovic-Kapicl T. Etiology and pathogenesis of precancerous lesions and invasive cervical carcinoma. *Med Pregl* 2008; 61: 364-368.
6. Mougín C, Daistein V, Pretet JL, Gay C, Schaal JP, Riethmuller D. Epidemiology of cervical papillomavirus infections. Recent knowledge. *Presse Med* 2001; 30: 1017-1023.
7. Arends MJ, Buckley CH, Wells M. Aetiology, pathogenesis, and pathology of cervical neoplasia. *J Clin Pathol* 1998; 51: 96-103.
8. Apgar BS, Brotzman G. Management of cervical cytologic abnormalities. *Am Fam Physician* 2004; 70: 1866-1868.
9. Sahagún QJA, Pérez RJC, Cherem B, Porras E. Analysis of 1,000 hysterectomies. Technical simplifications and reflections. *Ginecol Obstet Mex* 1994; 62: 35-39.
10. Meraz AD, Rodríguez CS, Ramírez IC, Escobar DBL, Quiroz GG. Ureteral injury at the National Institute of Perinatology. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75: 187-192.
11. Del Castillo-Sánchez CF, Campos-Castolo EM, Sánchez-González JM, Santibáñez-Moreno G, Mancera-Reséndiz MA, Tamayo CT. Complaints for treatment of uterine myomatosis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45: 629-638.
12. García CG. *Normatividad en bioética, derechos humanos, salud y vida*. México: Editorial Trillas; 2009.

Correspondencia:

Dr. Rafael Gutiérrez-Vega
Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
Mitla 250
Col. Narvarte
03020 México, D.F.
Tel: 5420 7116
E-mail: gutierrezvega@conamed.gob.mx