

Responsabilidad profesional

Casos que requieren enfoque pericial

Ma. del Carmen Dubon Peniche¹

¹Departamento de Arbitraje CONAMED

Hace algunos años, en su afán de velar por los intereses de los pacientes a la vez que por los derechos de los trabajadores de la salud, el gobierno de México creó la Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED) para recibir quejas de usuarios de servicios médicos, institucionales o privados, investigar las posibles irregularidades, solucionar las controversias, conciliar o arbitrar conflictos, todo con la finalidad de elevar la calidad de los servicios médicos.

La COMISIÓN cuenta con un órgano de difusión en que trata habitualmente de temas de ética profesional, de legislación sanitaria, asuntos deontológicos o derechos humanos. Presenta además, casos típicos en que ha existido queja y la forma de analizar todas las opiniones, revisar con detalle los procedimientos utilizados en el diagnóstico y en el tratamiento, y dictaminar.

Por su interés, se publicarán regularmente en estas páginas, casos de este tipo que, con seguridad, ilustrarán a los lectores de la forma adecuada del proceder clínico o la mala práctica. La encargada de esta nueva Sección permanente de la Revista será la Dra. MA. DEL CARMEN DUBON PENICHE, que se desempeña como árbitro en la Comisión.

CASO PRESENTADO A LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO

Motivo de la queja

El quejoso manifiesta que la paciente tuvo que reingresar al hospital, por presentar problemas abdominales, y fue intervenida quirúrgicamente, lo cual, a su juicio, empeoró la enfermedad y finalmente falleció.

Paciente femenino de 93 años de edad, que sufrió caída, lesionándose la cadera del lado izquierdo. Acudió a hospital particular, en donde se integró el diagnóstico de fractura intertrocantérea completa, grado II, no desplazada. Se practicaron estudios preoperatorios, electrocardiograma, valoración cardiológica, y se realizó artroplastia total, con un tiempo quirúrgico aproximado de 100 minutos, sangrado de 300 mL, sin incidentes ni complicaciones. En el postoperatorio evolucionó con signos vitales normales, movilizó adecuadamente la pierna, presentó sangrado leve por la herida quirúrgica, y se le transfundió un paquete globular. El mismo día, refirió molestias abdominales difusas, encontrándose a la exploración únicamente edema de miembros inferiores, por lo cual

fue movilizada fuera de la cama a reposo. Al quinto día egresó del hospital, puesto que podía deambular con andadera, no presentaba problemas circulatorios, sus signos vitales eran estables, toleraba la vía oral, la diuresis y evacuaciones eran normales.

Segundo ingreso.- Dos días después fue hospitalizada por presentar constipación, encontrándose dilatación aguda del colon, integrándose el diagnóstico de síndrome de Ogilvie. Se practicó colonoscopia, dejándose sonda rectal. En placa de tórax, se observó atelectasia izquierda. Además, le practicaron estudio ultrasonográfico, que mostró derrame pleural mínimo, por lo cual se decidió evitar la punción y observar respuesta a diuréticos. La paciente cursó con disnea leve, discreta distensión abdominal, ruidos peristálticos disminuidos, refiriendo la nota: *postoperada de prótesis de cadera por fractura; por otra parte se ha visto complicada por leucocitosis, síntomas respiratorios y confusión mental.*

Las condiciones generales se fueron deteriorando, no toleraba líquidos, continuaba con somnolencia y apareció fiebre de 38.5°C, persistencia de leucocitosis, abdomen con dolor a la palpación, con rebote, ruidos intestinales metálicos. Placa simple de abdomen mostró ileo persistente en fossa ilíaca, dilatación en ciego y colon transverso. Se diagnosticó obstrucción por probable *isquemia o trombosis intestinal*. Se comentó el caso con sus familiares, informándoles la necesidad de intervención quirúrgica, así como los riesgos anestésico y quirúrgico. Se practicó laparotomía exploradora y se realizó cecostomía. La paciente cursó con buena evolución postoperatoria; sin embargo, manejaba bajos volúmenes urinarios, se instaló insuficiencia cardíaca congestiva venosa, mayor congestión pulmonar y derrame pleural bilateral, permaneciendo con buen estado de conciencia y se instaló iniciándose nutrición parenteral.

Posteriormente, se incrementó el derrame pleural izquierdo, cardiomegalias grado II-III, aspecto congestivo y oliguria, (por laboratorio, azoados normales), respuesta parcial a dosis bajas de furosemida, y aumento de los leucocitos a 22,000. El ecocardiograma, reveló 1.- Aortoesclerosis con estenosis valvular ligera. 2.- Calcificación del anillo mitral sin lesión orgá-

nica en las válvulas. 3.- Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo de grado importante. 4.- No hay trastornos segmentarios en la movilidad parietal del ventrículo izquierdo. 5.- Disfunción diastólica del ventrículo izquierdo con alteración en su relajación. 6.- Derrame pericárdico ligero cercano a 90 -100 c.c. Presentó súbitamente cuadro de angustia, dificultad respiratoria, así como dolor mal definido en región abdominal. Se administró oxígeno, isosorbide sublingual, con tensión arterial 130/100.

En la unidad de cuidados intensivos, se instaló sonda de alimentación enteral en segunda porción del duodeno, que fue bien tolerada. Posteriormente aumentó el deterioro de la función cardiopulmonar. Se discutió el caso con los familiares, quienes decidieron “*en caso de paro no se realizaran maniobras.*” La paciente falleció al día siguiente.

Análisis del caso

1. Fractura de cadera

La paciente, el día de su ingreso, fue atendida por el ortopedista, quien estableció el diagnóstico, planeó la cirugía, solicitó valoración cardiovascular, en la que no existieron datos que contraindicaran la intervención. La solución a la fractura de cadera fue adecuada, la cirugía estaba indicada, no hubo complicaciones transoperatorias y su evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria. La actuación médica fue correcta.

2. Complicaciones abdominales

La evolución en los días subsecuentes hubo distensión abdominal, y se planteó el diagnóstico de síndrome de Ogilvie. Fue tratada con medicamentos mostrando mejoría clínica, con evacuaciones y tolerancia a la vía oral.

El síndrome de Ogilvie es una pseudo obstrucción aguda del colon, sin lesión que obstruya mecánicamente su luz. Es una forma de ileo intestinal, que se presenta en pacientes confinados a la cama y en pacientes con trastornos extraintestinales como: padecimientos cardíacos, respiratorios, trauma, aerofagia y trastornos de la motilidad colónica por medicamentos.

La radiografía simple de abdomen contribuye al diagnóstico, pues la distensión es típicamente localizada al colon derecho. La colonoscopia es uno de los procedimientos de elección; la descompresión colónica es exitosa en el 90% de los casos. La recurrencia es frecuente por arriba del 20%. La cecostomía se hace cuando falta la colonoscopia. El manejo médico fue correcto.

3. Reingreso

La paciente vuelve al hospital 24 horas después con dilatación aguda del colon, se le practica colonoscopia y se deja sonda rectal. La placa de tórax muestra atelectasia izquierda;

con derrame en mínima cantidad, que se decide no evacuar, pues sólo existe disnea mínima; se establece el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestivo venosa, y se prescriben digital y diuréticos.

La recurrencia de la dilatación del colon, se presenta por lo menos en uno de cada cuatro pacientes por lo que, en este caso, no es de extrañar. El derrame pleural era mínimo, no producía compromiso respiratorio, y existe insuficiencia cardíaca congestivo venosa, para la cual se dio tratamiento. No existen elementos para atribuir mala práctica al personal médico actuante.

4. Atelectasia

La paciente fue observada somnolienta, dato que puede ser sugerente de mala oxigenación. Continuó así durante todo el día; respondía a las preguntas; pero en la tarde presentó fiebre de 38.5° C y leucocitosis. Estos datos podrían sugerir un proceso infeccioso respiratorio. Sin embargo, la paciente también presentó dolor a la palpación en abdomen, rebote, distensión y ruidos intestinales metálicos. La radiografía simple de abdomen mostró ileo persistente en asas de delgado, ciego, colon ascendente y transverso.

Este es un punto crucial en la evolución de esta paciente: por un lado, la falta de buena ventilación en una anciana de 93 años, produce atelectasia, favorecida por la distensión abdominal y elevación de los hemidiaphragmas. La somnolencia, acompañada de fiebre y leucocitosis, puede hacer pensar un cuadro neumónico. El dolor abdominal con rebote, ruidos metálicos e intolerancia a los líquidos hace pensar en un cuadro de isquemia intestinal, situación no rara en pacientes de esa edad. Esta condición indica la laparotomía exploradora y la cecostomía.

El diagnóstico puede confundirse con neumonía basal que simula un cuadro de abdomen agudo; pero la posibilidad de pasar por alto un problema abdominal más severo, obliga a buscar la explicación del dolor, pues el rebote, la distensión, la fiebre y la leucocitosis, pueden ser consecuencia de un proceso intraabdominal.

La conducta médica fue correcta.

5. Laparotomía

Como se comenta en el punto anterior, la laparotomía se indicó con fundamento en los datos clínicos observados, ya que aun cuando radiológicamente fuera evidente un cuadro neumónico basal, un proceso intraabdominal no diagnosticado y no resuelto, representaba serio problema para la paciente. Por lo tanto, la conducta médica no es incorrecta.

6. Insuficiencia cardiaca

Un día después de la cirugía de abdomen, la paciente presentó mayor congestión pulmonar y derrame pleural bilateral; permanecía consciente y coherente, pero persistía la insuficien-

cia cardiaca congestiva y se manejó consecuentemente. Su estado general se fue deteriorando, a pesar de los intentos por mejorarla; se inició nutrición parenteral y posteriormente enteral, se instaló sonda endotraqueal para mejorar la ventilación e ingresó al servicio de terapia intensiva. Cuando se estimó que el estado de gravedad era irreversible, se explicó a los familiares, quienes solicitaron la suspensión de toda maniobra de resucitación y cualquier otro manejo activo. La paciente falleció diez días después de la laparotomía exploradora.

A pesar de una importante mejoría en todos los avances médicos, la utilización de unidad de terapia intensiva, antibióticos modernos, el uso de respiradores y otros métodos de valorar las condiciones de un paciente, la mortalidad postoperatoria en enfermos geriátricos sigue siendo elevada, ya que alrededor del 70% de los pacientes presentan complicaciones pues tienen disminuidas sus reservas fisiológicas, disminución de la elasticidad torácica, mayor volumen residual y espacio muerto en su ventilación; son muy vulnerables a la hipoxia y tienen mínima capacidad de expectorar las secreciones. En el sistema cardiovascular, toleran poco la carga de líquidos, son muy lábiles a las pérdidas de volumen, y tienden a la hipotensión postural. En el aparato renal, también la edad produce aumento en el riesgo de insuficiencia renal, con menor habilidad para excretar los medicamentos, son vulnerables a la deshidratación y sobrehidratación, tienen disminuida su defensa contra la acidosis. En el sistema nervioso central, los ancianos son lábiles para caer en estados de confusión, por el simple hecho de estar confinados a la cama durante su enfermedad y son muy vulnerables a la isquemia cerebral y estados de hipoxia.

Conclusiones

- El diagnóstico y el tratamiento establecido para el manejo de la fractura de la cadera se realizó conforme a los principios científicos y éticos de la práctica médica.
- La complicación abdominal presentada por la paciente, es común, por lo cual se estima que no existió mala práctica en la terapéutica médica quirúrgica utilizada.
- El manejo médico de las complicaciones sistémicas que presentó la paciente fue el correcto, por lo que no existe mala práctica en términos de la *lex artis* médica.

En la revisión del caso, no existen elementos que sugieran negligencia y/o impericia atribuible al personal médico que atendió a la paciente, pues recibió el apoyo de los especialistas indicados, así como los estudios requeridos durante su enfermedad inicial y su evolución, siendo en todo momento bien atendidas sus complicaciones de acuerdo a la *lex artis* médica.

Referencias

1. *Geriatrics and the limits of Modern Medicine*, The New England Journal of Medicine April 22, 1999 Vol. 340 No. 16:1-7.
2. *The Merck Manual of Geriatrics*. 1-37.
3. Way LW. *Current Surgical Diagnosis – Treatment*. Management of the older surgical patient. Appleton and Lange Editors. 10th 1994. Chapter 5 62-66.
4. Way LW. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Large intestine. Ogilvie Syndrome Appleton and Lange Editors. 10th edition 1994. Chapter 31.652-654.
5. Casa Madrid Mata Octavio. *La atención Médica y el Derecho Sanitario*. JGH Editores. 1^a Edición de México, D.F., 1999.