

Responsabilidad profesional

Caso del Departamento de Arbitraje, CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹¹Departamento de Arbitraje, CONAMED.

Motivo de la queja

La paciente ingresó al hospital en trabajo de parto a las 00:15 horas del 19 de abril de 1999 y fue atendida a las 1:30 horas por el ginecoobstetra, quien comentó que el latido fetal era dudoso, ordenó la instalación de equipo para monitorización de la frecuencia cardíaca fetal e indicó soluciones parenterales. Después de una hora, la paciente presentó hemorragia abundante y a las 10:50 horas del 20 de abril se efectuó cesárea. Fue dada de alta 2 días después; en ese momento se le informó que habían tenido que practicarle histerectomía.

La quejosa solicitó:

- Informe de la atención proporcionada
- Determinar si existió negligencia médica

Resumen clínico

Paciente femenino de 19 años de edad, primigesta; el 19 de abril de 1999, asistió al servicio de ginecoobstetricia de un hospital público; a las 1:20 horas la nota señala: no hay edema, ni hemorragia, las contracciones son 2-3 en 10 minutos, membranas íntegras, cuello central con 2 cm de longitud; frecuencia cardíaca fetal dudosa, pasa a monitor. Se diagnosticó embarazo de 29 semanas de gestación, presentación pélvica y amenaza de parto prematuro. El siguiente registro médico (1:35 horas) refiere: *el monitor detecta únicamente la frecuencia cardíaca materna.*

Nota de las 3:00 horas consigna: embarazo de 29 semanas de gestación; óbito. Plan: ingresa a labor; pendiente ultrasonido.

Ese día a las 6:30 horas, la nota de ingreso a piso refiere: tensión arterial 110/70; frecuencia cardíaca 100 x', frecuencia respiratoria 29 x', temperatura 36° C; 48 horas con ausencia de movimientos fetales. A la exploración se encuentra sangrado transvaginal rojo, fresco, en moderada cantidad; contracciones uterinas regulares; no se escucha frecuencia cardíaca fetal; al tacto vaginal, cérvix borrado, 1 centímetro de dilatación.

A las 7:30 horas se reportó hipertonía uterina y sangrado transvaginal activo y se ordenó pasar la paciente a la unidad tocoquirúrgica; atendiendo al reporte del ultrasonido se diagnosticó probable desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

En la unidad tocoquirúrgica, nota de revaloración de las 9:50 horas menciona: fondo uterino a 32 cm, hipertónico, san-

grado (+), no activo al momento. *Se solicita quirófano, está ocupado, se espera estén libres para pasarla a cirugía.* Impresión diagnóstica: óbito de 34 semanas; inserción marginal de placenta sangrante.

A las 12:35 horas, la nota postoperatoria señala:

Diagnóstico preoperatorio: óbito de 34 semanas. Inserción marginal de placenta sangrante.

Diagnóstico postoperatorio: el mismo más desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Útero infiltrado de Couvelaire. Operación efectuada: cesárea Kerr más histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía bilateral. Hallazgos: óbito, extracción a las 10:55 horas, producto masculino con peso 1,900 g, talla 43 cm, útero con infiltración hemática, placenta marginal, no contráctil. Complicaciones: atonía uterina que ocasionó sangrado abundante, aproximadamente 2 litros.

La paciente permaneció en hospitalización de ginecoobstetricia y egresó el 22 de abril de 1999, con cita a la consulta externa.

El resultado de histopatología reportó: útero sin anexos, de 18 x 14 x 5 cm, forma y tamaño aumentados, postgestante, con superficie azul violácea; por cara anterior muestra una herida quirúrgica de 11 cm de longitud, sin dehiscencia, reepitelizada. El cérvix de 3 x 2 cm, mucosa exocervical congestiva y hemorrágica. Al corte pared miometrial con espesor de 3 cm, la cual muestra infiltración hemorrágica y datos de vasodilatación. Cavidad endometrial de 9 x 8 cm con abundantes coágulos y restos deciduales. El diagnóstico fue: producto de histerectomía total sin salpingooforectomía. Útero postgestante con cervicitis crónica quística, útero de Couvelaire, restos deciduales en cavidad, histerorrafia sin dehiscencia.

Análisis

El asunto pericial estriba en establecer: 1) si existieron elementos de mala práctica; 2) si la muerte fetal es atribuible a mala práctica; 3) si existe relación causal, entre la atención proporcionada y el efecto adverso consistente en útero de Couvelaire, que requirió histerectomía total abdominal.

La literatura especializada refiere que entre las manifestaciones clínicas más tempranas de sufrimiento fetal agudo, se encuentran los cambios en la frecuencia cardíaca fetal; merced a ello, cuando se identifican alteraciones en ésta, deben reali-

zarse estudios auxiliares de diagnóstico, como la cardiotocografía, a fin de establecer las medidas terapéuticas necesarias.

Las causas de sufrimiento fetal agudo tienen en común alguno de los aspectos siguientes: a) reducción de la circulación uterina (hipotensión supina, inducida por fármacos, choque, insuficiencia cardíaca materna; disminución de la oxigenación sanguínea (hipoxia e hipercapnia); alteración en el aporte de sangre al espacio intervelloso (uso inadecuado de ocitocina, trabajo de parto prolongado); modificación en el intercambio feto-materno por alteraciones de la circulación en el feto o en la composición de su sangre [placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, compromiso del cordón umbilical (presión, brevedad, procidencia)].

En forma general, las medidas específicas consisten en: a) eliminar la compresión del cordón umbilical (cambio de posición materna, o bien rechazo de la presentación fetal); b) aumentar el flujo sanguíneo uterino (evitar el decúbito dorsal por la compresión que el útero ejerce sobre los vasos sanguíneos, corregir hipotensión arterial, identificación de fármacos utilizados; disminuir la actividad uterina (cambio de posición de la embarazada, utilizar fármacos tocolíticos, suspender ocitocina, en su caso); aumentar la transferencia materno-fetal de oxígeno (administración de oxígeno nasal). La extracción quirúrgica, está indicada por sufrimiento fetal.

En el caso a estudio, del análisis del expediente se desprende que cuando la paciente ingresó al hospital presentaba óbito; es evidente que el feto falleció por suspensión de la circulación materno-fetal, como consecuencia del desprendimiento prematuro de la placenta. En esos términos, no se observa relación entre la atención médica y la muerte del feto, pues estaba muerto desde el ingreso de la paciente.

Ahora bien, la nota del 19 de abril de 1999, de las 3:00 horas indica: *la paciente pasa a labor*; sin embargo, ingresó a piso, señalándose a las 6:30 horas, *plan de tratamiento: vigilar actividad uterina, antibióticos y ultrasonido*. Así las cosas, la atención de la paciente fue contemplativa.

A las 7:30 horas refieren hipertonía uterina y sangrado transvaginal activo, estimando que se trataba de desprendimiento prematuro de placenta, merced a ello, indicaron que pasara a la unidad tocoquirúrgica. Pese a lo anterior, hasta las 9:50 horas regresó a labor todavía, hasta las 10:50 horas extrajeron al producto.

La frecuencia del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera es variable, refiere la literatura 1 de 150 casos, con mortalidad perinatal hasta del 20%. La interrupción por vía abdominal está indicada, cuando el feto está vivo y presenta datos de sufrimiento fetal. En este caso la indicación de cesárea, fue por hipertonía uterina y sangrado transvaginal; empero, no se pensó en las complicaciones inherentes del desprendimiento de placenta.

La cirugía se realizó 9 horas después del ingreso, en este periodo, la paciente presentó hemorragia uterina, secundaria a útero de Couvelaire. La complicación fue resuelta por histerectomía total abdominal sin salpingooforectomía.

Merced a lo anterior se debe puntualizar :

El útero de Couvelaire, es la infiltración sanguínea en el cuerpo uterino, secundaria a la formación de coágulo retroplacentario, produciendo como consecuencia, dificultad e incluso imposibilidad, para la contracción uterina adecuada. Cuando se presenta hemorragia secundaria a la citada patología, debe efectuarse histerectomía; sin embargo, existen elementos para pensar que el diferimiento de la cesárea, provocó la complicación uterina (útero de Couvelaire). Esto obligó la histerectomía, por ello la decisión de enviar a la paciente a piso fue incorrecta, pues retrasó el tratamiento, que en el caso era de tipo quirúrgico. En estos términos, se observan elementos de mala práctica, atribuibles al personal de ginecoobstetricia responsable de atender a la paciente desde que se identificó el óbito fetal, hasta el momento en que reingresó a la unidad tocoquirúrgica, pues la histerectomía era evitable si el personal hubiera actuado en términos de la *lex artis* médica.

La indicación de cesárea fue correcta, aunque no oportuna; lamentablemente se ordenó tardíamente.

No se observa mala práctica del ginecoobstetra que efectuó la cesárea y la histerectomía.

Conclusiones

El personal de ginecoobstetricia no atendió las obligaciones de medios de diagnóstico tratamiento, al actuar contemplativamente durante nueve horas, incurriendo así en mala práctica.

En términos de la evidencia disponible no existe relación entre el óbito fetal y la atención por ginecoobstetricia, pues está demostrado que el feto estaba muerto desde el ingreso de la paciente al hospital.

La muerte fetal no era indicación de cesárea, pero el desprendimiento prematuro de placenta requería tratamiento quirúrgico, atendiendo al cuadro clínico, consistente en dolor abdominal intenso, hipertonía uterina y sangrado transvaginal abundante. Este tratamiento fue realizado de manera tardía y originó la complicación denominada útero de Couvelaire.

Existe relación entre el diferimiento en el tratamiento quirúrgico y la necesidad de la histerectomía total abdominal, pues ésta se hubiera evitado, si el personal de ginecoobstetricia hubiera cumplido sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Referencias

1. Williams. *Obstetricia*. 4ª ed. Masson: 813-23.
2. Usandizaga JA. *Tratado de obstetricia y ginecología*. McGraw Hill-Interamericana. Vol I: 287-96.
3. González M. *Obstetricia*. 4ª. ed. Salvat, 467-78.
4. *Clínicas de obstetricia y ginecología. Emergencias Obstétricas*. Interamericana, 1994; Vol. I.
5. INPER. *Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología*. Marketing y Publicidad de México. N.O. 03-1 ; N.O. 09-1 ; N.O. 36-1.