

Caso de responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹Departamento de Arbitraje Médico, CONAMED

Motivo de la queja

La quejosa manifiesta que el paciente presentó dolor abdominal, fue llevado a un hospital público, en donde la atención fue deficiente, se realizó apendicectomía pero fue necesaria nueva intervención quirúrgica y traslado a otro hospital.

Merced a lo anterior solicitó:

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

Resumen clínico

Paciente masculino de 12 años de edad, sin antecedentes de importancia amigdalectomizado a los 2 años de edad. Padecimiento de cinco días de evolución, manifestado por dolor abdominal tipo cólico, generalizado, intenso en mesogastrio y fosa ilíaca derecha, vómito en tres ocasiones, el cual disminuía el dolor; los familiares no refirieron la presencia de fiebre. Fue medicado por su madre, administrándole "ranitidina y peptobismol".

Primer día: El menor ingresó al servicio de urgencia de un hospital público, la nota refiere: "hipertermia (39°C), paciente en posición antiálgica, a la exploración sin datos de irritación peritoneal, la radiografía de abdomen muestra niveles hidroaéreos; la biometría hemática reportó hemoglobina 14.3, leucocitos 14,700, segmentados 81% y 2 bandas". Se integró diagnóstico de "apendicitis dudosa".

Segundo día: El paciente fue intervenido quirúrgicamente: se halló "apéndice cecal edematoso, hiperémico, líquido peritoneal aumentado". Se efectuó apendicectomía, no se reportan complicaciones.

Tercer día: Evolución satisfactoria, peristalsis disminuida; las indicaciones fueron: ayuno, soluciones parenterales, antibióticos y vigilancia. Al día siguiente reportan mejoría en la peristalsis, iniciándose la vía oral.

Quinto día: Ante la evolución favorable y haber completado el esquema profiláctico de antibióticos se decidió el alta del servicio con cita a la consulta externa de cirugía.

Sexto día: El enfermo reingresó al hospital con dolor cólico generalizado y dolor a nivel de herida quirúrgica, agregándose además, evacuaciones líquidas, fétidas, abundantes, sin referir el número, acompañadas de vómito de contenido gástrico, con ello disminuía el dolor.

Los exámenes de laboratorio fueron reportados normales y en la radiografía de abdomen se refieren niveles hidroaéreos generalizados con leve borramiento del psoas. Fue valorado por el servicio de cirugía general, que solicitó nuevamente exámenes de laboratorio y tomografía axial computarizada de abdomen, de esta última no se encuentra en el expediente su resultado.

El menor permaneció hospitalizado, con manejo conservador, sin modificación del cuadro clínico hasta tres días después, en que súbitamente presentó distensión abdominal, dolor cólico intenso, evacuaciones disminuidas de consistencia y febrícula: el drenaje por sonda orogástrica con disminución del gasto (en el expediente clínico no se había referido la instalación de la sonda, ni las características), además presentó aumento de volumen de la herida quirúrgica, reductible a la presión con borborigmos a ese nivel. La radiografía de abdomen mostró dilatación de asas de intestino delgado, imagen de vidrio despulido y rechazado de asas hacia la izquierda. Se establecieron los diagnósticos de oclusión intestinal y hernia incisional con absceso de pared.

Noveno día: Se realizó laparotomía exploradora, encontrándose absceso residual, pericecal, de aproximadamente 20 cc de material purulento, adherencias en íleon terminal; se realizó drenaje de absceso, lisis de adherencias y lavado de cavidad. Al día siguiente la evolución posoperatoria era tórpida, drenando por sonda orogástrica líquido en posos de café, de bajo gasto, drenaje de Penrose aproximadamente 20 cc de líquido peritoneal serosanguinolento, no fétido, presentaba canalización de gases. Refieren radiografía de abdomen con mejoría en la distribución de asas, aun con edema. El laboratorio reportó hemoglobina 13.1, hematocrito 41, leucocitos 19,000, linfocitos 16, monocitos 4, segmentados 80%, glucosa 111, urea 20, creatinina 0.5, Na 136, K 4.0, Cl 101, TGO 11, TGO 15, DHL 200. Se manejó mediante ayuno, soluciones intravenosas, alimentación parenteral, antibióticos y transfusión de plasma fresco.

Décimo primer día: Se reportó mejoría en su evolución, con alimentación parenteral, triple esquema antibiótico (ceftriaxona, amikacina, metronidazol), ketorolaco, ranitidina y plasma, la radiografía de control mostró edema interasa importante con dilatación de asas de intestino delgado, por ello, se agregó albúmina al manejo.

Duodécimo día: Persistió con el mismo cuadro, drenando aún material en posos de café por sonda orogástrica; se deci-

dió traslado al servicio de cirugía pediátrica de hospital público con mayor poder resolutivo.

Décimo tercer día: Ingresó al hospital señalado, donde continuó manejo médico mediante sonda orogástrica (gasto en disminución progresiva), metronidazol y amikacina. Por laboratorio se reportó hemoglobina 12.6, leucocitos 12,000; examen general de orina normal. Permaneció hospitalizado cinco días, reportándose “evolución satisfactoria, peristalsis bien instalada, sin distensión abdominal, adecuada tolerancia vía oral, alta del servicio con cita a la consulta externa”.

Análisis del caso

El asunto pericial estriba en establecer:

1. Si en la atención médica proporcionada al menor por los hospitales clínicos, existió mala práctica.
2. Si las intervenciones quirúrgicas estaban indicadas y si se realizaron
3. Si la segunda cirugía fue originada por mala práctica atribuible al personal médico que realizó la apendicectomía.

El paciente con cuadro doloroso abdominal de cinco días de evolución, de inicio en mesogastrio y fosa ilíaca derecha, acompañado de vómito, fue medicado por su madre.

Al ingresar al primer hospital, en urgencias, presentaba hipertermia, a la exploración física no existían datos de irritación peritoneal, pero el laboratorio reportó en la biometría hemática leucocitosis con neutrofilia y bandemia. La radiografía de abdomen mostró niveles hidroaéreos y el paciente presentaba posición antiálgica. Todo lo anterior pone de manifiesto un abdomen agudo, de cinco días de evolución, con medicación empírica, en la cual no se puede descartar la administración de analgésicos que enmascararan el proceso apendicular.

El cuadro al ingreso hospitalario fue de apendicitis aguda supurada y posiblemente perforada, pues había poco dolor abdominal como ocurre al perforarse éste; el apoyo del laboratorio fue determinante y la conducta quirúrgica correcta y oportuna. En esos términos no se observan elementos de mala práctica atribuibles al personal médico de urgencias y cirugía, pues utilizaron los medios correctos de diagnóstico.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente al día siguiente encontrando un apéndice cecal edematoso, hiperémico y líquido peritoneal aumentado. En el posoperatorio, la peristalsis se restableció en forma adecuada a las 48 horas y habiendo mejoría clínica se inició la vía oral, y se dio alta a las 72 horas. Así las cosas, la atención proporcionada se ajustó a la *lex artis* médica.

La nota de reingreso señala que el paciente asistió nuevamente al servicio de urgencias, presentando dolor cólico generalizado y a nivel de herida quirúrgica, además de evacuaciones líquidas, fétidas, abundantes y vómito de contenido gástrico que mitigaba el dolor. Ante los resultados de laboratorio normales e imagen radiológica con niveles hidroaéreos escalo-

nados y leve borramiento del psoas, se decidió mantenerlo en observación y practicar nuevamente exámenes de laboratorio y una tomografía axial computarizada de abdomen. En ese sentido, no se observa mala *praxis* en la conducta del personal que en esta ocasión atendió al menor, al decidir mantener al paciente bajo vigilancia con tratamiento observador.

Tres días después, súbitamente presentó distensión abdominal, intensificación del dolor cólico, disminución en la consistencia de las evacuaciones y del drenaje por sonda orogástrica. La radiografía de abdomen muestra dilatación de asas de intestino delgado, imagen en vidrio despolido, rechazo de asas a la izquierda, a la exploración física, aumento de volumen de la herida quirúrgica, que disminuía a la presión y borborigmos a ese nivel.

Con el diagnóstico de oclusión intestinal y hernia incisional, ese día se decidió intervenirlo quirúrgicamente; al no existir mejoría franca del cuadro clínico, fue trasladado a hospital de mayor poder resolutivo, donde permaneció internado con tratamiento médico y egresó por mejoría. Al respecto es necesario señalar que dada la evolución del paciente, la laparotomía exploradora fue realizada oportunamente y los hallazgos encontrados durante dicha cirugía no son atribuibles a mala práctica del personal que efectuó la apendicectomía.

La evolución clínica del paciente que presentó dos cuadros abdominales que ameritaron tratamiento quirúrgico, fue desafortunada; sin embargo, atendiendo a la literatura especializada no existe manera de prevenir la formación de abscesos, adherencias o bridas internas cicatrizales, ya sea entre el mismo intestino inflamado e intervenido quirúrgicamente, o bien con la pared peritoneal. Tales procesos originan cuadros suboclusivos intestinales y se pueden presentar en cualquier momento, con diversa gravedad, atendiendo a la compresión que produzcan las adherencias sobre el intestino o sobre los vasos mesentéricos.

En igual sentido, la literatura reporta que estos cuadros obstructivos, cuando no ponen de manifiesto datos clínicos de necrosis y perforación intestinal, frecuentemente se resuelven con manejo descompresivo con sonda orogástrica y antibiocioterapia, como se manejó en este caso; pero al haber poca mejoría es imprescindible la reintervención con objeto de resolver el bloqueo y evitar la necrosis intestinal. Cualquiera de estas adherencias, por compresión directa sobre el intestino, o al condicionar un volvulus al girar el intestino, puede originar cuadros suboclusivos intestinales.

La bibliografía señala que en alrededor del 25 al 30% de los pacientes pediátricos no se diagnostica apendicitis al primer contacto con el médico y sobre todo si el cuadro clínico es enmascarado por medicamentos, como fue en este caso.

La aparición de un absceso intraperitoneal, posterior a apendicectomía es impredecible; puede ocurrir entre los 4 y 15 días ulteriores a la intervención quirúrgica inicial en el 1.4% de los casos. Aproximadamente el 40% de los pacientes con abscesos intraabdominales presentan mejoría clínica y solu-

ción del absceso con terapia antimicrobiana. El 60% restante, requiere reintervención quirúrgica. La dehiscencia de la herida quirúrgica, con o sin evisceración, se presenta habitualmente en complicaciones infecciosas intraperitoneales, aunadas al catabolismo propio de estos pacientes.

En el caso a estudio, se trata de abdomen agudo, manejado en términos de la *lex artis*; pues atendiendo a la evolución clínica y los datos de laboratorio y gabinete, era necesario realizar apendicetomía; las complicaciones posoperatorias no se debieron a mala técnica quirúrgica durante la misma. El paciente presentó evolución satisfactoria en el posoperatorio, por ello fue dado de alta por mejoría clínica y tolerancia a la vía oral.

A mayor abundamiento, la evolución presentada por el enfermo, después de su segunda intervención (laparotomía exploradora), era de esperarse ante un caso de sepsis intraperitoneal; por ello, no se observan elementos de mala práctica atribuibles al personal que atendió al menor en el primer hospital, pues decidieron trasladar al paciente a otro hospital de mayor nivel resolutivo en forma oportuna, al no observar mejoría.

El manejo conservador proporcionado en el segundo hospital mediante descompresión intestinal por sonda orogástrica, antibioticoterapia con doble esquema, nutrición parenteral total y vigilancia dinámica fue idóneo y atendiendo a las circunstancias. En esos términos, tampoco se observan elementos de mala práctica atribuibles al personal médico que proporcionó dicha atención.

Conclusiones

- La atención en ambos hospitales públicos se ajustó a la *lex artis* médica.
- Atendiendo a lo reportado en el expediente clínico, la apendicetomía estaba indicada; no siendo atribuibles a mala práctica del personal médico, las complicaciones presentadas por el enfermo en el posoperatorio.
- No se observan elementos de mala práctica atribuibles al personal que atendió al paciente en su reingreso, pues ante la patología que presentaba era necesario realizar laparotomía exploradora, la cual se realizó en forma oportuna.
- En igual sentido, no se observa mala *praxis* por cuanto hace el traslado del paciente pues se estimó necesaria su atención en hospital de mayor poder resolutivo.

Referencias

1. Hofman J, Rolff M, Lomborg V, Franzmann M. Ultraconservative management of appendiceal abscess. J R Coll Surg Edinb 1991; 36 (1): 18-20.
2. Gutiérrez San-Roman C, Marco Macian A, Vila Carbo J. Conservative treatment of post-appendectomy abscesses. An Esp Pediatr 1991; 34 (4) 275-5.
3. Fry DL, Clevenger FW. Reoperation for intra-abdominal abscess. Surg Clin North Am 1991; 71 (1): 159-74.
4. Butler JA, Huang J, Wilson. Repeated laparotomy for postoperative intra-abdominal sepsis. An analysis of outcome predictors.
5. Sandy Craig, MD. Appendicitis Acute. Medine1998; 1: 14.