

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **45**

Número
Number **2**

Marzo-Abril
March-April **2002**

Artículo:




Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹ CONAMED, Departamento de Arbitraje

Queja:

El 22 de abril de 2000, la paciente fue hospitalizada en hospital público con diagnóstico de infección de vías urinarias a descartar apendicitis; después de cuatro días de internamiento fue dada de alta. El 30 de abril del mismo año, se intervino quirúrgicamente por apendicitis complicada con perforación, cirugía en la que, aparentemente, presentaba peritonitis que no fue drenada en forma adecuada. Posterior a la intervención quirúrgica tuvo dolor abdominal intenso; sin embargo, fue dada de alta el 4 de mayo, persistiendo con dolores intensos en su domicilio a los que se agregó vómito; por ello regresó nuevamente al hospital, donde permaneció durante doce horas, aproximadamente, recibiendo además, trato despótico que decidió su alta voluntaria, para recibir atención en medio privado. Ese mismo día, por la tarde, fue intervenida quirúrgicamente en hospital particular, con buenos resultados; por ello, se estima que la atención médica recibida en el hospital público fue irregular y existió diferimiento en la resolución de su problema quirúrgico, poniendo en riesgo su vida.

Resumen clínico

El 22 de abril de 2000, por dolor abdominal la paciente fue atendida en su clínica, donde se diagnosticó probable apendicitis, y fue referida a hospital público para tratamiento. La nota de envío reportó: "femenina de 36 años de edad, presenta dolor con hiperestesia e hiperbaralgia en fosa ilíaca derecha, rebote positivo, peristalsis disminuida. Diagnóstico probable apendicitis".

Expediente clínico hospital público:

Nota del 23 de abril: paciente en su primer día de hospitalización con diagnóstico de probable apendicitis. A la exploración física palpación profunda sin dolor, no hay Mc Burney, ni rebote, radiografía de abdomen con psoas visible, no hay niveles. A las 20:45 horas, reportan: "abdomen blando depresible, radiografía normal, laboratorio con leucocitos 11,600 bandas 6." Nota del 24 de abril: "biometría hemática" 14,000 leucocitos, persiste dolor, Mc Burney (++) *sin irrita-*

ción peritoneal. Plan: pasa a piso de cirugía general. Dicho servicio reportó que la paciente no presentaba datos de irritación peritoneal, por ello decidieron su egreso, con cita abierta a urgencias. Cabe aclarar, que la enferma permaneció hospitalizada en el citado hospital durante cuatro días, siendo egresada con tratamiento de analgésicos, metronidazol, ranitidina y otros medicamentos no especificados.

Nota de urgencias del 30 de abril, refiere que la paciente acudió nuevamente, refiriendo dolor muy intenso en fosa ilíaca derecha, acompañado de náusea y febrícula de cuatro horas de evolución; antes de su ingreso fue valorada por médico particular, quien aplicó ampollita de neomelubrina y buscapina compuesta, sin obtener respuesta. Asimismo, refieren: "paciente quejumbrosa, angustiada, abdomen timpánico, Mc Burney positivo (++) rebote positivo (+++), peristalsis disminuida; integrándose impresión diagnóstica: descartar apendicitis. Cirugía a las 23:00 horas menciona: "Blumberg (++++), Mc Burney (++++), psoas y obturador (++)". Laboratorio reportó: "hemoglobina 15.5, leucocitos 15,700, linfos 5, monocitos 2, plaquetas 260,000, segmentados 90. Se diagnosticó apendicitis aguda complicada. Durante la cirugía se encontró: "apéndice cecal necrosado, se realizó apendicectomía, existió dificultad anatómica del ciego por fijación abdominal y posición apendicular latero posterior ascendente, se tomaron medidas ante la posibilidad de ocasionar lesión intestinal; se dejó drenaje en cavidad por cotrabetura. Ante la posibilidad de íleo paralítico, se dejó en ayuno 36 horas, antibioticoterapia (ceftazidima, gentamicina), metronidazol y soluciones de potasio".

Nota del 1º de mayo: "paciente en sus primeras horas de posoperada, Penrose drenando material seroso, herida quirúrgica limpia, distensión abdominal leve, no hay complicación por ahora, íleo reflejo posoperatorio; mismo manejo, se agrega metoclopramida". Nota del 2 de mayo: "paciente con buena evolución, canalizó gases pero no hubo evacuación, más tarde hubo evacuación escasa; signos vitales normales, afebril, herida quirúrgica limpia, Penrose con drenaje seroso, distensión abdominal moderada". Nota del 4 de mayo: "paciente asintomática, alta del servicio con ampicilina y metimazol vía oral, cita a urgencias en caso necesario".

Por presentar vómito intenso en su domicilio, regresó al hospital, pues no podía permanecer acostada, ni sentada. Nota de

urgencias del 4 mayo: “acude por presentar dolor abdominal generalizado, náusea y vómito en tres ocasiones, de contenido gastrobiliar. A la exploración física: quejumbrosa, mucosas secas, taquicardia y diaforesis. Abdomen con distensión abdominal importante, muy doloroso a la palpación superficial, rebote positivo, peristaltismo apenas audible. Impresión diagnóstica: abdomen agudo posapendicectomía. Plan: pasa a observación con soluciones, una ampolleta de butilioscina y dos ampulas de metamizol, difenidol IM, dosis única”. Nota de valoración de cirugía de ese mismo día: “signos vitales 130/80, frecuencia cardíaca 107 por minuto, temperatura 37.4°C, apendicectomía complicada y modificada por antibióticos. A la exploración física: quejumbrosa, regularmente hidratada, se retira Penrose, distensión abdominal (+++), timpánico, no hay ruidos peristálticos”. Radiografía de abdomen: “asas de delgado con niveles hidroaéreos”. No se tiene laboratorio. Impresión diagnóstica: “fleo posoperatorio, diarrea por despeñe. Plan: sonda nasogástrica, ayuno, metronidazol, ceftazidima, gentamicina, metamizol, soluciones para 24 horas con cloruro de potasio”.

Nota del 5 de mayo: “dolor menos intenso; se administra nalbufina media ampolleta intramuscular y media diluida, dosis única”. Nota de cirugía refiere que dicho medicamento se aplicó por dolor en región lumbar. El siguiente reporte médico, consigna: “alta voluntaria”.

Expediente clínico del hospital privado

El 5 de mayo del 2000: “paciente que fue intervenida quirúrgicamente el 1o. de mayo por apendicitis aguda, evolución tórpida. Temperatura 38.5°C, frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, T/A 90/70, malas condiciones generales, soporosa, mal hidratada, mucosas orales secas, sonda nasogástrica drenando líquido de aspecto intestinal, abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y media, ruidos timpánicos, herida quirúrgica paramedia derecha suturada, sin datos de infección. Se inicia manejo con soluciones parenterales, cefotaxima, metronidazol, bloqueadores H2. Laboratorio: Hemoglobina 13.5, hematócrito 44, leucocitos 5,000, plaquetas 282,000, glucosa 195, urea 35, creatinina 1.3, sodio 146, potasio 3.8, cloro 116. Placas de abdomen, con datos francos de obstrucción intestinal; posoperatorio de apendicectomía. Diagnóstico posoperatorio: obstrucción intestinal por adherencias. Operación realizada: laparotomía exploradora: lisis de adherencias, lavado y drenaje de cavidad. Hallazgos: Líquido seropurulento en cavidad 200 cc; muñón apendicular en buenas condiciones; asas de yeyuno proximal dilatadas con abundantes natas fibrinopurulentas interasa y firmemente adheridas, ocasionando acodamiento. Resto de órganos intra-abdominales normales. Pronóstico reservado”.

Notas de evolución de los días 6, 7 y 8 de mayo, reportan: “evolución hacia la mejoría, abdomen ligeramente distendido, afebril, canaliza gases, evacuaciones líquidas 120 cc, perma-

nece sonda nasogástrica, peristaltismo presente, se moviliza canalización”. Nota del 9 de mayo: “T.A. 140/90, frecuencia cardíaca 96 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto, temperatura 36.9°C. Continúa canalizando gases, evacuaciones líquidas, peristaltismo presente, enrojecimiento en antebrazo izquierdo”. Nota del 4 de mayo: “picos febriles por flebitis, continúa canalizando gases, evacuaciones blandas, se retira sonda nasogástrica, balance positivo, abdomen blando, depresible, peristalsis normal; se retira canalización. Tolerancia vía oral, se valora retiro de soluciones. Se cambia esquema antibiótico”. 11 de mayo: “asintomática, T/A 110/80, temperatura 36.5°C; tolera vía oral, canaliza gases y evacua; abdomen sin cambios, se retiran soluciones.” Séptimo día de posoperatorio: “T/A 110/70, frecuencia cardíaca 84 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36.2°C; tolerando dieta blanda, afebril, herida quirúrgica limpia, abdomen sin cambios, por ello se decide su egreso”.

En términos de lo anterior, el problema se centra en determinar:

- Si en el diagnóstico y tratamiento otorgado a la paciente por el personal médico del hospital público existió negligencia, impericia o dolo.
- Si las cirugías a las que fue sometida estuvieron bien indicadas.
- Si el manejo posoperatorio de las mismas, fue establecido conforme a la *lex artis* médica.

Análisis del caso

Con el objeto de caracterizar la patología del caso, es necesario hacer las siguientes precisiones:

El apéndice es considerado vestigio de un órgano, con función desconocida; existen evidencias que sugieren que es una parte altamente especializada del tracto alimentario. Es el primer tejido linfoide que aparece en el humano después de 2 semanas de nacido; comúnmente la atrofia linfoide lo convierte en fibrosis y se oblitera la luz en personas de edad mayor; el apéndice inclusive participa en el sistema inmune del intestino y es una barrera protectora del medio interno del huésped, ante las agresiones del medio externo.¹

En 1755, Heister estableció que el apéndice podía ser el sitio de una inflamación aguda primaria.² En 1886 el patólogo Reginald Fitz publicó la primera descripción detallada de la perforación del apéndice, consignando los síntomas y su relación con el proceso patológico, motivo por lo cual acuñó el término apendicitis y recomendó operar lo antes posible. En 1899 Charles McBurney, describió las manifestaciones clínicas de la apendicitis no perforada, identificó el punto de sensibilidad abdominal máxima y propuso la incisión que hoy lleva su nombre³.

El apéndice se origina en la superficie posteromedial del ciego, aproximadamente a 2.5 cm por debajo de la válvula ileocecal; sin embargo, puede estar en otras posiciones. Las diversas posiciones del apéndice son: paracólica (se ubica en el surco, en lado externo del ciego), retrocecal (por detrás del ciego y puede ser incluso parcial o totalmente extraperitoneal), preileal, postileal, promontórica (la punta del órgano hacia promontorio del sacro), pelviana (el apéndice se hunde en la cavidad pelviana) y medio inguinal (subcecal).²

La apendicitis aguda, es la patología quirúrgica más frecuente del abdomen, ocurre a cualquier edad, sin embargo, es poco común en menores de tres años y en mayores de 60; el rango mayor es entre los 15 y 30 años; afecta igualmente ambos sexos.³ Por cuanto hace a su etiología, la obstrucción de la luz, es el factor determinante en la producción de apendicitis, el fecalito es causa común de obstrucción; menos frecuente la hipertrofia del tejido linfoide; otras causas pueden ser vegetales, semillas o gusanos. La secuencia de acontecimientos, consecutivos a la obstrucción, empieza con acumulación de moco en la luz, con la consiguiente distensión del órgano; ello origina proliferación de bacterias virulentas y el moco se convierte en pus, lo que aumenta la presión intraluminal. Una vez que se excede la presión venosa, hay congestión vascular, la mucosa se ulcera y permite la irrupción de bacterias en la pared del apéndice. Se compromete la irrigación arterial y se infarta el borde antimesentérico, esto evoluciona a necrosis y perforación.

La literatura médica señala, que el principal síntoma de apendicitis aguda es el dolor abdominal, el cual clásicamente es difuso al inicio, con mayor intensidad en la parte inferior del epigastrio o la región periumbilical, moderadamente intenso y persistente, alguna vez con cólico intermitentes. Después de unas doce horas (usualmente cuatro a seis), el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho.¹ Lo anterior se explica de la manera siguiente: el dolor cólico central, es resultado del estiramiento de la pared apendicular inflamada; cuando el proceso se extiende a la serosa, se involucra el peritoneo parietal y el dolor pasa al sitio del apéndice. Más tarde la diseminación del dolor, corresponde al desarrollo de peritonitis generalizada.²

Igualmente, la bibliografía reporta que las variaciones de posición del apéndice inflamado producen cambios en los signos de exploración. En el apéndice retrocecal, los signos de la pared abdominal anterior, son menos notorios y la hipersensibilidad es más intensa en el flanco. En la exploración, está indicado el tacto rectal, para la búsqueda de signos de irritación peritoneal y muscular localizada. El signo de psoas, indica un foco de irritación en su proximidad; este signo se busca, con el paciente en decúbito lateral izquierdo, extendiendo lentamente el muslo derecho del enfermo; si la extensión produce dolor, el signo es positivo. De igual forma, el signo de obturador, se realiza mediante rotación inter-

na, pasiva, del muslo derecho flexionado, con el paciente en decúbito dorsal; el signo es positivo cuando ocurre dolor hipogástrico.

Desde que inician los síntomas hasta que se perfora, pueden pasar varias horas, y por lo general, la perforación no ocurre antes de 24 horas. Si la secuencia de acontecimientos no progresa pronto, pueden formarse adherencias inflamatorias entre las asas del intestino, peritoneo y epiplón, en este caso, la perforación origina peritonitis localizada o absceso periapendicular. En cambio, la progresión rápida, antes de que el proceso se localice, ocasiona derrame en la cavidad peritoneal y peritonitis difusa.³ En la apendicitis aguda no complicada, habitualmente, existe leucocitosis moderada (10,000 a 18,000), con predominio moderado de polimorfonucleares. Las radiografías de abdomen sólo se utilizan para diagnóstico diferencial y demostración de complicaciones, aunque en ocasiones se pueden observar algunos signos como:

1. Niveles de líquido ubicados en ciego o íleon terminal, los cuales indican inflamación local, en el cuadrante inferior derecho del abdomen.
2. Íleo localizado, con gas en ciego, colon ascendente o íleon terminal.
3. Mayor densidad de tejidos blandos en el cuadrante inferior derecho.
4. Borramiento de la banda del flanco derecho, la línea radiolúcida producida por la grasa entre el peritoneo y el transversal del abdomen.
5. Fecalito en fosa ilíaca derecha (puede confundirse con cálculo ureteral, cálculo biliar o ganglio linfático mesentérico calcificado).
6. Borramiento de la sombra del psoas en el lado derecho.
7. Apéndice lleno con gas.
8. Gas intraperitoneal libre.
9. Deformidad de la sombra gaseosa cecal, debido a masa inflamatoria adyacente.

Se acepta en la *lex artis* médica, que el único tipo de tratamiento en la apendicitis aguda es la apendicectomía inmediata y lo ideal es efectuarla antes que ocurran complicaciones, en particular la perforación. En la urgencia abdominal aguda, la demora, incluso de pocas horas para el inicio del tratamiento, puede ser la diferencia entre un curso tranquilo o tormentoso, e inclusive, colocar al paciente en peligro de muerte. Así mismo, está reportado que, en la apendicitis, diferir el manejo quirúrgico, significa perder la oportunidad de una recuperación tranquila y segura para el enfermo. En el manejo del paciente con dolor abdominal agudo, el cirujano debe confiar totalmente en la clínica, más que en estudios de laboratorio o radiológicos.²

En el presente caso, se había integrado diagnóstico de proceso abdominal agudo; merced a ello, la paciente fue referida

a unidad con mayor capacidad resolutive, con diagnóstico de apendicitis. Es menester señalar que este hecho estuvo bien indicado, pues la enferma requería ser valorada por el especialista.

En esos términos, el personal del hospital público al que fue referida, no cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, no valoró correctamente la semiología del dolor, soslayaron el diagnóstico con el cual fue enviada así como la clínica y los reportes de laboratorio; en ellos (notas del 23 y 24 de abril de 2000), reportan "leucocitos 11,600, banda 6; y posteriormente, leucocitos 14,000, persistencia del dolor, Mc Burney (++)". No obstante lo anterior, la paciente, después de permanecer cuatro días hospitalizada, fue egresada a su domicilio con tratamiento. Así las cosas, existen elementos de mala práctica, atribuibles al personal médico que atendió a la enferma, durante su primer internamiento, en el hospital público.

A mayor abundamiento, la nota del 22 de abril, señala: "paciente con dolor en fosa ilíaca derecha, que ha ido en aumento, con resistencia muscular hiperestesia e hiperbaralgia, rebote positivo". Posteriormente, se reportó Mc Burney positivo, por ello ingresó a cirugía general; empero, en el citado servicio, la actitud médica fue contemplativa, lo que originó la falta de diagnóstico y por ende del tratamiento, que en el caso era, necesariamente, de tipo quirúrgico. En ese sentido, es evidente que no se realizó diagnóstico diferencial y se demoró el tratamiento necesario.

Por otra parte, la enferma presentó evolución tórpida, por lo que asistió, nuevamente, a urgencias del hospital público. En esta ocasión, se diagnosticó apendicitis aguda complicada, y se realizó apendicectomía, encontrándose apéndice cecal necrosado; dificultad anatómica del ciego con fijación abdominal y posición apendicular lateroposterior ascendente, además de epiplón y ciego adheridos. Se tomaron medidas ante la posibilidad de ocasionar lesión intestinal torsión o estiramiento y se dejó drenaje de cavidad por contraabertura. Ante la posibilidad de íleo, se indicó ayuno por 36 horas, antibioticoterapia, metronidazol y solución parenterales. En esos términos, no se observan elementos de mala práctica atribuibles a los facultativos demandados, el manejo posoperatorio se ajustó a la *lex artis* médica.

Es menester puntualizar que, a pesar de las indicaciones antes señaladas, se inició la vía oral tempranamente y se indicó su egreso, no obstante que en notas previas se reportaba íleo reflejo posoperatorio y distensión abdominal; la enferma fue dada de alta de manera precipitada, prueba de ello, es que el mismo día, regresó al hospital por dolor abdominal generalizado, náusea y vómito, reportando la nota de urgencias: "paciente quejumbrosa, mucosas secas, taquicardia, diaforesis. Abdomen con distensión abdominal importante, muy doloroso a la palpación superficial, rebote positivo, peristaltismo apenas audible"; por ello se diagnosticó abdomen agu-

do posapendicectomía, ingresándola a observación. Merced a lo anterior, está demostrado que el personal que atendió y dio de alta a la paciente, incurrió en mala práctica pues fue egresada de manera precipitada, sin haber sido valorada y estudiada suficientemente.

Al reingreso, nota de cirugía menciona en la exploración física franca distensión, abdomen timpánico y ausencia de peristaltismo; por ello, se integró diagnóstico íleo posoperatorio. En esa misma nota refieren radiografía de abdomen con asas de delgado con niveles hidroaéreos, indicándose manejo conservador. Al respecto, es menester puntualizar lo siguiente:

Las complicaciones más frecuentemente asociadas a apendicectomía (Douglas, revisión de 4,950 casos en 1997), que requieren reoperación son la obstrucción intestinal y abscesos residuales. De igual forma, atendiendo a la literatura especializada, la posibilidad que un paciente desarrolle adherencias después de un procedimiento quirúrgico, es ampliamente conocida y se reporta hasta en el 35% de los casos. Así mismo, refieren que la recurrencia de la citada obstrucción, después de un primer episodio, es hasta del 53%.⁶ Según lo reportado por Lohn y colaboradores, las adherencias son causa de obstrucción en 60% de los pacientes posoperados.⁷ Así mismo, está reportado que el retraso en el tratamiento quirúrgico por más de 24 horas de instalado el cuadro, incrementa al doble el riesgo de muerte por complicaciones como gangrena y perforación.⁸

En esos términos, ante la sospecha de obstrucción intestinal, es necesario el estudio del paciente para establecer el diagnóstico y el tratamiento de manera oportuna; pues la distensión y dolor abdominal, así como la ausencia de ruidos intestinales son signos de obstrucción pero también son componentes de la evolución posoperatoria después de laparotomía. En ese sentido, debe mantenerse al paciente bajo cuidadosa observación, a fin de diferenciar la obstrucción mecánica como resultado de adherencias posoperatorias tempranas, del íleo paralítico, pues éste requiere tratamiento conservador y la obstrucción mecánica exige laparotomía de urgencia.² Es necesaria la realización de estudios de laboratorio, entre ellos, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina, amilasa sérica; dependiendo de los resultados obtenidos se debe valorar la repetición de los mencionados, o bien solicitarse otros de forma específica.

En el presente caso, la paciente fue hospitalizada por tercera ocasión con diagnóstico de abdomen agudo posapendicectomía. El servicio de cirugía diagnosticó íleo posoperatorio e inició el manejo conservador referido. Al respecto, debemos señalar que la enferma presentó cuadro de complicación posapendicectomía, teniendo más de 72 horas de operada; en esos términos, era necesario efectuar diagnóstico diferencial para las patologías posoperatorias que se presentan con mayor frecuencia.

En el expediente no existe evidencia alguna de que la enferma haya sido atendida en términos de la *lex artis* médica; pues si bien, la nota de cirugía al ingreso señala manejo conservador para íleo posoperatorio, no se prueba que el personal médico haya cumplido sus obligaciones: no aparecen reportes de estudios de laboratorio y gabinete, únicamente se concretaron a realizar radiografía de abdomen, lo cual no era suficiente, pues según se mencionó es indispensable el estudio minucioso de la paciente para integrar el diagnóstico y por ende brindar el tratamiento necesario.

A mayor abundamiento, la nota del hospital público el 5 de mayo, demuestra que únicamente se aplicó nalbufina (analgésico de alta potencia), por dolor en región lumbar. Tal hecho resulta incomprensible, pues la enferma ingresó con diagnóstico de abdomen agudo y, como se mencionó, no fue estudiada suficientemente para determinar el origen de la patología abdominal. Por ello, la paciente, ante la actitud contemplativa y la evidente pérdida de confianza de la atención proporcionada, solicitó su alta voluntaria. Es de mencionarse que el expediente aportado observa severas deficiencias en su integración, pues no obstante que la enferma fue hospitalizada en diversas ocasiones, ni siquiera aparece historia clínica y existen notas ilegibles y escuetas.

En cambio, como la paciente a su ingreso al hospital privado, se encontraba en malas condiciones generales, soporosa, con fiebre, deshidratada, taquicárdica, taquipneica e hipotensa, se solicitaron estudios de laboratorio y radiografía de abdomen, la cual reportó datos francos de obstrucción intestinal alta; fue hospitalizada para mejorar sus condiciones y ser valorada por medicina interna y anestesiología, a fin de intervinirla quirúrgicamente.

La nota quirúrgica reporta, haber liberado adherencias y resuelto el problema de obstrucción por acodamiento de asas de delgado, además, se drenó colección de material seropurulento. En esos términos, la atención proporcionada en dicho hospital, se ajustó a la *lex artis*.

Conclusiones

- La atención de la paciente por personal médico de la clínica, se ajustó a la *lex artis*, pues integraron diagnóstico pre-

suncional, refiriéndola a unidad con mayor capacidad resolutoria para estudio y tratamiento.

- El personal médico que atendió a la paciente durante su primer internamiento en el hospital público, incurrió en mala práctica, pues incumplió con sus obligaciones de medios, ello originó falta de diagnóstico y tratamiento, que en el caso, era quirúrgico.
- Durante el segundo internamiento se integró el diagnóstico, efectuándose apendicectomía. En esos términos, no existe mal *praxis* del personal médico, y sus indicaciones posoperatorias se ajustaron a la *lex artis* médica.
- Por cuanto hace al egreso de la paciente, éste se efectuó de manera precipitada, según quedó demostrado, la enferma, dado su estado de salud, debía permanecer hospitalizada.
- El personal médico que brindó la atención en el tercer internamiento, incurrió en mala práctica al mostrar actitud contemplativa ante la patología que presentaba la enferma.
- La actuación del personal médico del hospital privado fue en términos de la *lex artis*.

Referencias

1. Seymour I, Schwartz MD, et al. Principles of surgery. Edit. McGraw-Hill International edition ed. 6a. 1994; 2: 1307-1318.
2. Seymour I, Schwartz, et al. Operaciones abdominales, Maingot Edit. Médica Panamericana 9a. Ed. 1990; Vol. 2: 9533-979. 885;904.
3. Lloyd M Nyhus, et al. El dominio de la cirugía. Mastery of Surgery. Edith Médica Panamericana 2a. ed. 1992; 2: 1194-1200. 1151-1161.
4. McCall JL, et al. Systematic review of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open appendectomy. The British Journal of Surgery. Dunedin New Zealand. Aug 1997; 84(8): 1045-1050.
5. Douglas A, Hale MD, et al. Appendectomy a contemporary appraisal. Annals of surgery. Boston 1997; 225(3): 252-261.
6. Beck, David E. MD, et al. Incidence of small bowel obstruction and adhesiolysis after open colorectal and general surgery. Diseases of the colon and rectum. New Orleans. Louisiana. Texas 1999; Vol. 42(2): 241-248.
7. Lohn JWG, Austin RC, TFRCS, et al. Unusual causes of small bowel obstruction, Journal of the Royal Society of Medicine. London U.K. 2000; Vol. 93(7): 365-368.
8. Fevang Bjurg Tilde MD, et al. Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction a 35 year institutional experience annals of surgery. Bergen Norway. 2000; Vol. 231(4): 529-537.
9. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cuadro abdominal agudo. Edit. Interamericana 1988; Vol. 2: 494-390-392.