

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **46**

Número
Number **1**

Enero-Febrero
January-February **2003**

Artículo:

Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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*



Medigraphic.com

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹ Arbitraje Médico, CONAMED

Motivo de la queja

Paciente internada en hospital público para cirugía por quiste ovárico izquierdo, durante la cual, refiere que presentó dolor y escuchó al médico mencionar "esto no me lo esperaba", posteriormente en la sala de recuperación se enteró que el cirujano tomó entre sus manos quiste de diez por doce centímetros con líquido en el interior, el cual al ser extirpado se reventó cayendo líquido en la cavidad abdominal. Así mismo, requirió otra cirugía por intestino perforado y heces en toda el área, aduciendo que la segunda intervención, se debió a negligencia del primer cirujano, en razón de que perforó intestino.

Resumen clínico

Notas del expediente clínico del hospital público:

19 de marzo de 2001: Femenina de 45 años de edad, ingresa a piso refiriendo antecedentes: Gestación IV; Para III; Aborto I; histerectomía total abdominal, apendicectomía, transfusión (hace 12 años). Inició con dolor en fosa iliaca izquierda hace dos años, actualmente se agudizó el cuadro, siendo programada para ooforectomía. A la exploración física: hidratada, cardiopulmonar sin alteraciones; abdomen blando, depresible, dolor en fosa iliaca izquierda. Diagnóstico: tumoración de ovario izquierdo. Plan: se interna para cirugía.

20 de marzo, 8:00 horas: Diagnóstico preoperatorio: tumor de ovario izquierdo. Operación proyectada: tumorectomía. Diagnóstico posoperatorio: cistadenoma de ovario izquierdo. Nota quirúrgica: Disección por planos hasta cavidad, múltiples adherencias, encontrando por debajo de mesenterio, intestino y epiplón masa quística de 12 x 10 x 10 cm, durante la disección se rompió la cápsula, drenando 100 mL de líquido seroso con características de cistoadenoma; se envió la pieza para estudio histopatológico. El procedimiento se efectuó mediante bloqueo peridural y anestesia general intravenosa, sin accidentes ni incidentes.

Nota de evolución sin fecha, 21:40 horas: Presión arterial 130/80, frecuencia cardíaca 80 por minuto, temperatura

36.5°C. Refiere cólico intestinal moderado, no ha canalizado gases, diuresis presente, palidez (+), abdomen distendido (+), sin datos de irritación peritoneal, peristalsis (+), herida quirúrgica sin problemas. Se agregó antiácido y estimulante de motilidad gastrointestinal.

26 de marzo de 2001, reporte de estudio anatomicopatológico: Cistadenoma seroso de ovario izquierdo, totalmente resecado. **1º de abril, reporte de estudio citológico:** Líquido de ovario izquierdo con material proteináceo amorfo y escasos linfocitos; no se observan células malignas.

22 de marzo de 2001, Nota de evolución: Segundo día de posoperatorio; no ha evacuado gases, hipertermia 38.5°C. A la Exploración física: cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen distendido con peristalsis audible pero disminuida. Se inicia manejo para ileo metabólico, (sonda nasogástrica, metoclopramida) y se solicitan exámenes de laboratorio. **23 de marzo:** Abdomen distendido, timpánico, disminución de ruidos peristálticos, disnea. Continúa mala evolución; se cambia antibiótico, resto de tratamiento igual. **23 de marzo, 22:50 horas:** Radiografía de abdomen con datos de oclusión intestinal; se solicita valoración por cirugía. **24 de marzo, 2:45 horas:** Cuadro de suboclusión, abdomen doloroso, distendido, peristalsis presente, aumentada en frecuencia, principalmente en cuadrante superior izquierdo; tacto rectal con ampolla vacía. Se indica manejo mediante sonda nasogástrica a succión, para valorar conforme evolución manejo quirúrgico. Se informa a familiares.

24 de marzo de 2001, Nota quirúrgica: Diagnóstico: Oclusión intestinal. Cirugía programada: laparotomía exploradora. Hallazgos: necrosis recto-sigmoidea aproximadamente 15 cm; adherencias regionales múltiples; perforación sigmoidea con pelviperitonitis fecal; hematoma pélvico 100 mL (organizado); líquido libre en cavidad tipo hematopurulento 800 mL; ausencia quirúrgica de útero, anexos y apéndice. Se realizó resección de recto sigmoides, colostomía más bolsa de Hartmann (tejido friable), lavado y drenaje de cavidad. Complicaciones: contaminación fecal durante maniobra de exteriorización de colostomía, hipotensión transoperatoria.

25 de marzo, 3:00 horas: Durante el transoperatorio se realizó descompresión intestinal retrógrada de 3,900 mL de material intestinal. Diagnóstico posoperatorio: necrosis de sigmoideas más pelviperitonitis fecal. Pronóstico: sepsis residual 20%; absceso de pared 30%; ileo prolongado. No existe reporte de estudio histopatológico de la pieza quirúrgica obtenida el 24 de marzo de 2001.

En el posoperatorio inmediato ingresó a terapia intensiva, las notas médicas reportan: Evolución estable, colostomía funcionando, ruidos intestinales presentes. Se maneja mediante triple esquema (metronidazol + amikacina + cefotaxima), anti-trombóticos, fisioterapia pulmonar, bloqueadores H₂, control de líquidos; se coloca catéter para nutrición parenteral total (NPT). Pronóstico: reservado por los hallazgos quirúrgicos.

27 de marzo: Evolución hacia la mejoría, colostomía funcionando, signos vitales dentro de lo normal; hemoglobina 7.3; hematocrito 23; leucocitos 9,940; glucosa 170. **28 de marzo, Nota de cirugía 9:35 horas:** Se transfundieron dos paquetes globulares. Gasto por colostomía 940 mL en 24 horas, semilíquido; se retira sonda nasogástrica. 29 de marzo, 9:15 horas: Gasto 1,290 mL, se decide tratamiento conservador para controlarlo.

30 de marzo: Tolera vía oral mediante líquidos claros. Egreso de terapia intensiva para continuar manejo en hospitalización.

31 de marzo: Se inicia dieta blanda y se retira drenaje izquierdo. **1º de abril:** Paciente sin cambios, se realiza ultrasonido abdominal, el cual no reporta datos de colecciones intra-abdominales. **2 de abril:** Secreción purulenta en punto de contención el cual fue retirado, además se retiró drenaje derecho. **3 de abril:** Se inicia retiro de puntos de sutura en herida quirúrgica. **4, 5 y 6 de abril:** Evolución con tendencia a la mejoría.

7 de abril, 12:45 horas: Dehiscencia de herida quirúrgica con escasa cantidad de material fibrinopurulento; posible egreso en 48 horas atendiendo a la evolución. **8 de abril:** Evolución satisfactoria. **9 de abril, Nota de alta:** Egreso del hospital para continuar manejo en consulta externa, cita diaria a curación de herida quirúrgica.

27 de abril: Evolución satisfactoria, herida quirúrgica en vías de cicatrización, excretas normales. Se solicita valoración por proctología en hospital de tercer nivel, para manejo y posterior reconexión de colon.

Notas del expediente clínico del hospital de tercer nivel:

4 de junio de 2001, Nota de cirugía 23:00 horas: Aumento de volumen, dolor en fossa iliaca izquierda, así como hiperemia y edema de la región. Se realiza ultrasonido pélvico, el cual no mostró colecciones en pared abdominal; ingresa para manejo, con diagnóstico de absceso de pared en formación. **5 de junio:** Se aprecia salida de material purulento por colostomía, se trata

conservadoramente, mediante curación local y antibióticos. Continúa mismo manejo. La evolución de la paciente fue satisfactoria, siendo egresada el 11 de junio de 2001.

Notas del expediente clínico del hospital público:

16 de junio: Asiste a curación, apreciándose salida de materia fecal por herida quirúrgica, boca de colostomía y tejido de granulación, mucosa invaginada pero funcional. Se decide tratamiento quirúrgico para remodelar colostomía y resecar fistula, se solicita a medicina interna valoración preoperatoria. **19 de junio:** Diagnóstico preoperatorio invaginación de colostomía y fistula de colon; se realiza reconstrucción de colostomía y resección de trayecto fistuloso.

20 de junio: Paciente estable, inicia deambulación. **21 y 22 de junio:** Continúa evolución satisfactoria, colostomía funcionando. **23 de junio:** Alta con indicaciones y cita abierta a consulta externa en tres semanas. **17 de agosto:** Se realizó cierre de colostomía con entero-entero anastomosis término-terminal, sin complicaciones. Evolución satisfactoria.

Análisis del caso

El problema estriba en determinar:

1. Si existió mala práctica atribuible al cirujano del hospital público que atendió a la paciente.
2. Si existió relación entre la cirugía del 20 de marzo y el efecto adverso, necrosis del recto sigmoideas con perforación.
3. Si la atención brindada en el hospital de tercer nivel, se ajustó a la lex artis médica.

Para el estudio del caso, se estiman necesarias las siguientes precisiones técnicas:

Refiere la literatura especializada que la obstrucción intestinal consiste en interrupción del tránsito intestinal con imposibilidad para expulsar gases y heces por el recto. La etiología es variable: intraluminal (cálculo biliar, parásitos, fecalomomas, bezoares, cuerpos extraños, invaginación, entre otros); parietal (patologías congénitas, neoplasias, entre otras) y extraintestinal (tumores de órganos vecinos, hernias, volvulus, bridás, entre otros). Francisco López-Kostner y cols., reportan que la obstrucción del colon rara vez se origina por adherencias, siendo la incidencia del 0.5 a 8.3 %.^{1,4}

El reconocimiento preoperatorio de necrosis intestinal, es esencial cuando los pacientes se manejan de forma conservadora; pues si la necrosis no se puede excluir en forma confiable, el riesgo es alto y el tratamiento médico estaría contraindicado. El retraso en el diagnóstico y tratamiento puede lle-

var a daños irreparables del intestino, con importantes complicaciones e incluso la muerte.^{2,5}

En la mayoría de los pacientes, el tratamiento consiste en cirugía, una vez manejada la hipovolemia, haber efectuado descompresión intestinal y administración parenteral de antibióticos de amplio espectro; la estrategia quirúrgica depende de la variedad de oclusión y abarca, entre otras: enterólisis; reducción de saco herniario; resección y anastomosis primaria; enterotomía; ileostomía o colostomía.⁵

Atendiendo a la información aportada en el presente caso, la cirugía programada que se realizó el 20 de marzo de 2001, estaba indicada, pues se trataba de tumoración de ovario, este diagnóstico fue corroborado mediante estudio histopatológico del 26 de marzo del mismo año, el cual reportó cistadenoma seroso de ovario izquierdo totalmente resecado.

Ahora bien, atendiendo a la evolución de la paciente después de esta cirugía, todo señala perforación de sigmoides por accidente, no advertida en el transoperatorio; no está reportada en la nota quirúrgica; sin embargo, este accidente está descrito en la literatura en cirugías complicadas por múltiples adherencias secundarias a cirugías previas y patología abdominal, como era el caso de la paciente. Merced a lo anterior, no se observan elementos de mala práctica atribuibles al cirujano que intervino quirúrgicamente a la enferma el 20 de marzo de 2001.

Después de la operación, la paciente permaneció bajo cuidado del personal médico de la institución; en esos términos, no se observa abandono de la paciente por parte del citado cirujano.

Por cuanto hace a la etapa posoperatoria, la evolución fue tórpida, con distensión abdominal, peristalsis de lucha, hipertermia, sin canalización de gases, la enferma incluso presentó dificultad respiratoria; la atención fue contemplativa, existió retraso en la realización de estudios auxiliares de diagnóstico y el manejo conservador fue insuficiente, pues está descrito en la literatura que los pacientes con perforación, sospecha de la misma o isquemia, requieren laparotomía urgente.⁴

En este caso, existió retraso en el tratamiento quirúrgico y las medidas conservadoras, fueron insuficientes, la enferma presentó cuadro de abdomen agudo que obligó a la reintervención. Merced a lo anterior, se observa incumplimiento a las obligaciones de medios por parte del personal médico responsable de la paciente en el hospital público. Sin embargo, este hecho no generó daño alguno a la enferma, pues el cuadro abdominal derivó de complicación referida en la lex artis y fue resuelto posteriormente.

La segunda cirugía, efectuada el 24 de marzo, estaba indicada, pues se trataba de abdomen agudo, merced a ello, la

paciente necesitaba intervención de urgencia. Ahora bien, atendiendo a la evidencia disponible, no se observan elementos de mala práctica, pues la realización de colostomía fue para desfuncionalizar el colon y buscar el restablecimiento de la paciente.

A pesar del manejo, la enferma presentó retracción con invaginación de la colostomía, formación de absceso y luego fistula colónica, esto ameritó manejo quirúrgico para remodelación de colostomía y resección de fistula; sin embargo, tal hecho no es atribuible a mala práctica.

Conclusiones

- En términos de la evidencia disponible, no se observan elementos de mala práctica atribuibles al cirujano del hospital público, quien intervino quirúrgicamente a la paciente el 20 de marzo de 2001.
- Existió mala práctica por parte de los médicos del hospital público, responsables de la paciente durante el posoperatorio de la citada cirugía, pues incumplieron con sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, este hecho no generó daño alguno a la enferma, pues el abdomen agudo que presentó derivó de complicación referida en la lex artis y fue resuelta posteriormente.
- La segunda cirugía estaba plenamente justificada, pues se trataba de abdomen agudo y no se observaron elementos de mala práctica atribuibles al cirujano que realizó este procedimiento quirúrgico.
- En términos del presente análisis, la complicación que presentó la paciente, consistente en necrosis de recto sigmoides que generó abdomen agudo, fue riesgo inherente a la cirugía, en tanto la patología de base y los antecedentes quirúrgicos de la paciente.
- La tercera cirugía de remodelación de colostomía y resección de fistula se ajustó a la lex artis médica.

Referencias

1. Gutiérrez SC. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 2^a Edición. Editorial El Manual Moderno. México D.F. 1996: 209-232.
2. Perea CRA. Factores pronósticos de necrosis en la obstrucción intestinal: Revista Cirujano General de la Asociación Mexicana de Cirugía General, 1996; 18(1): 28-31.
3. Maingot. Operaciones abdominales. Tomo II 10^a Edición. Editorial Médica Panamericana, México D.F. 1998: 1297-1318.
4. López-Kostner F. Tratamiento y causas de obstrucción aguda del intestino grueso: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Editorial McGraw-Hill, Interamericana México D.F. 1997; 6: 1227-1250.
5. Flores RAR. Tratamiento quirúrgico de 100 pacientes con oclusión intestinal en un hospital general. Revista Cirujano General de la Asociación Mexicana de Cirugía General, 1993; 15(2): 71-73.