

## Responsabilidad profesional

# Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,<sup>1</sup> Edgar Díaz García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arbitraje Médico, CONAMED

### Síntesis de la queja

La paciente presentó sangrado transvaginal leve, por ello asistió a hospital público donde realizaron legrado uterino y la dieron de alta; sin embargo, permaneció embarazada, requiriendo estudios, así como atención especializada por otros facultativos, debido a las deficiencias en el servicio brindado por el citado hospital.

### Resumen clínico

#### Atención en hospital público

*19 de octubre de 2004, hoja de urgencias:* Femenino de 30 años de edad con aborto incompleto de 7.4 semanas de gestación. Refiere sangrado transvaginal escaso, el cual comenzó hace una hora, acompañado de dolor cólico en hipogastrio; niega otra sintomatología. Menarca a los 12 años, 28 x 3, dismenorreica, sin control de la fertilidad. Gestación I, fecha última menstruación 30 de agosto de 2004; prueba inmunológica de embarazo en orina positiva. Exploración física: consciente, orientada, hidratada, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen depresible, no doloroso, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal. Especuloscopia: cérvix posterior, restos de material organizado en canal vaginal y cérvix, orificio cervical externo abierto; al tacto vaginal útero de 7 centímetros, en anteverosflexión, salida de guante explorador con manchado hemático. Ingresa para realización de legrado uterino instrumentado.

*Hoja de operaciones:* Diagnóstico pre y posoperatorio. Aborto incompleto de 7.4 semanas. Operación proyectada. Legrado uterino complementario. Descripción: Se coloca paciente en posición de litotomía, sonda Nélaton, drenando orina de características normales. Bajo bloqueo peridural, se colocan valvas de Sims se visualiza cérvix, se toma labio anterior con pinza de Pozzi, se rectifica útero y se protege uretra; se realiza curetaje en sentido horario con legra Nº 3, obteniéndose moderados restos de material organizado hasta dejar virtualmente limpio; histerometría final 10 cm, pasa a recuperación. Indicaciones: ayuno, solución Hartmann 1,000 cc para 8 horas, butilhoscina 1 ampolla intravenosa cada 8 horas, ampicilina 1 g intravenoso cada 6 horas. Cirujano: (R1GO); ayudante: (R2GO).

*20 de octubre de 2004, nota de evolución y alta:* En buen estado general, tolerancia a la vía oral, sin sangrado transvaginal. Signos vitales estables, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente, loquios escasos no fétidos. Indicaciones: abstinencia sexual por treinta días; recabar reporte de patología en 45 días; acudir a urgencias en caso de dolor y/o sangrado transvaginal.

*21 de octubre de 2004, reporte de estudio histopatológico:* Decidua con necrosis y hemorragia. Endometrio hipersecretor.

#### Atención subsecuente en medio particular

*28 de enero de 2005, reporte de prueba inmunológica de embarazo:* Positiva. *9 de febrero de 2005, reporte de ultrasonido obstétrico:* Embarazo de 24.5 semanas de gestación por somatometría; placenta grado I de maduración según Grannum; líquido amniótico normal; producto en presentación pélvica; peso aproximado 758 g.

*27 de febrero de 2005, receta médica privada:* Trexen duo óvulos vaginales, uno por la noche; Autrin 600 cada 24 horas, Osteomin 500 cada 12 horas. *19 de marzo de 2005.*

*14 de mayo de 2005, constancia expedida por médico privado:* Se obtuvo producto único, vivo, de 37.5 semanas, Apgar 9/9.

### Análisis del caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones: Atendiendo a la literatura especializada, para diagnosticar alguna complicación durante el embarazo, primero debe diagnosticarse la gestación, historia que revele retraso menstrual, o bien, menstruación anormal, pues estas entidades pueden ser sugestivas de embarazo. Otros síntomas que acompañan la probabilidad de embarazo son irritabilidad vesical, sensibilidad, ingurgitación mamaria, sensación de astenia, náusea, vómito. Los signos de Hegar y Chadwick son generalmente positivos; así mismo, el útero está simétricamente aumentado de tamaño como corresponde con la edad gestacional.

La conducta a seguir ante la presencia de hemorragia al principio de la gestación debe ser: confirmar y localizar el

embarazo, verificar su vitalidad, establecer pronóstico y tratar las posibles causas.

Para lograr lo anterior, es imprescindible efectuar interrogatorio y exploración física completos, así como la realización de dos pruebas complementarias: a) Determinación de hormona gonadotropina coriónica (hGC), en particular la subunidad beta. b) Ecografía pélvica, preferentemente endovaginal.

En el interrogatorio deben investigarse la fecha de inicio del sangrado, volumen y duración de las hemorragias, dolor, desaparición de los signos acompañantes del embarazo, entre otras. En la exploración física completa deben obtenerse: a) Signos generales (coloración de tegumentos, frecuencia cardiaca y presión arterial, permiten valorar la importancia y repercusión de la hemorragia); b) Exploración de mamas (si están turgentes, evidencian embarazo en evolución); c) Exploración de abdomen para descartar abdomen agudo por embarazo ectópico; d) Exploración con espéculo, la cual es indispensable, pues permite confirmar presencia de sangrado, así como su aspecto, cantidad y origen. Si el sangrado es activo, la exploración permitirá establecer sus características, pudiendo identificarse, en ocasiones, existencia de restos de placenta, decidua o vesículas molares, tomando las muestras correspondientes para estudio anatomo patológico; e) Tacto vaginal, permite valorar el estado del cuello uterino.

Según se mencionó, para confirmar el origen de la hemorragia, es necesario efectuar estudios complementarios, la determinación de gonadotropina coriónica permite identificar rápidamente el embarazo. El umbral de detección depende de la técnica y del laboratorio; por lo general, es positiva la tasa superior a 25 UI, o una tasa más baja que se duplica cada 48 horas. Por ello, midiendo esta hormona, se puede diagnosticar precozmente embarazo. Ahora bien, para el diagnóstico de localización y vitalidad, es imprescindible recurrir a la ecografía.

El ultrasonido endovaginal es importante para valorar el cuadro clínico, porque puede evidenciar saco gestacional intrauterino, su integridad, así como la presencia de embrión con actividad cardiaca o sin ella. En el primer trimestre puede estimarse la edad gestacional y la viabilidad estudiando las características del saco embrionario, el cual, alrededor de la cuarta a quinta semana aparece como estructura anular claramente definida y existe concentración de gonadotropina coriónica superior a 1,000 UI/mL. Cabe mencionar, que la presencia de saco con embrión que presenta actividad cardiaca, es signo pronóstico favorable, según reporta la literatura de la especialidad.

Existen algunos datos, los cuales pueden orientar para estimar si un embarazo terminará en aborto espontáneo. La falta de actividad cardiaca embrionaria después de la sexta semana de amenorrea, sugiere que el embarazo carece de embrión, o bien que éste presenta alguna patología y proba-

blemente se producirá aborto. En otros casos, el saco gestacional sufre distorsiones en su forma y posición, el volumen y la reacción coriodecidual disminuye en intensidad ecogénica y espesor global. Así mismo, el embrión no viable, suele estar en posición declive fija. En ese sentido, si existe duda razonable acerca de la vitalidad embrionaria, debe efectuarse segundo examen después de 7 a 10 días.

Por cuanto hace al aborto, la literatura especializada refiere que su tipo y la presentación clínica dependen del estado de evolución alcanzado. Atendiendo a su evolución, los abortos se dividen en amenazante (amenaza de aborto), inevitable, incompleto, completo y diferido. El término séptico se añade a estas denominaciones, siempre que algún signo de infección complique el cuadro clínico.

El diagnóstico de amenaza de aborto debe plantearse cuando existen metrorragias asociadas a dolores abdominales o lumbosacros. El cuello permanece cerrado y no se ha expulsado tejido ovular alguno. Las gonadotropinas se encuentran en niveles normales y el ultrasonido confirma la integridad del saco y vitalidad del embrión. La amenaza de aborto puede culminar de diferentes formas: en la mayoría de los casos el embarazo continúa en forma normoevolutiva; en otros, el cuello puede modificarse, abrirse el orificio interno y convertirse en aborto inevitable o incompleto. Se considera aborto inevitable, cuando el orificio cervical interno está dilatado hasta el punto de permitir el paso del dedo índice, así como la presencia de contracciones uterinas dolorosas y hemorragia vaginal.

En el aborto incompleto existen hemorragias persistentes, en ocasiones intermitentes, asociadas a dolor abdominal tipo cólico debido a contracciones uterinas; el cuello generalmente es permeable en todo su trayecto, incluyendo el orificio cervical interno, pudiendo visualizarse, en ciertos casos, tejido ovular a través del canal cervical y en vagina. La expulsión parcial o total del producto de la concepción, puede tener lugar inmediatamente o varios días después de iniciado el cuadro clínico. Por otra parte, el aborto es completo o incompleto, dependiendo de la permanencia o ausencia de tejido ovular en útero. Cuando los dolores disminuyen, la hemorragia cesa, el cuello se cierra y el útero se contrae, se trata de aborto completo; en estos casos la ecografía reporta ausencia de saco gestacional.

Después de integrar el diagnóstico, debe elegirse el tratamiento, el cual comprende abstención terapéutica inmediata, manejo médico conservador y/o quirúrgico. La abstinencia terapéutica puede emplearse en caso de embarazo de corta edad (inferior a 8 semanas), sin metrorragias abundantes. En estos casos, se debe realizar control estricto de la paciente en los días siguientes. Si la expulsión se produce, debe confirmarse que no exista retención de material ovular en la cavidad uterina, por medio de ultrasonido. Si la expulsión no se realiza o es incompleta habrá que considerar el tratamiento

quirúrgico mediante legrado uterino instrumental, con el propósito de prevenir complicaciones derivadas de hemorragia, o bien, posible infección.

El análisis anatomopatológico del material extraído es obligatorio, para corroborar la presencia de restos de tejido óvulo-placentario. El citado material frecuentemente contiene vellosidades coriales, células trofoblásticas o ambas, incluso en ocasiones contiene fragmentos del feto. Ahora bien, en pacientes con gonadotropinas coriónicas positivas y reporte anatomopatológico del material obtenido por legrado con cambios deciduales, sin evidencia de vellosidades coriales, debe efectuarse seguimiento mediante valoración clínica, hormonal y ultrasonido, para cerciorarse de la terminación del embarazo.

En el presente caso, el 19 de octubre de 2004, la paciente asistió al hospital público por presentar sangrado transvaginal escaso. En efecto, la *hoja de urgencias* señala que presentaba sangrado transvaginal escaso, de una hora de evolución, reportándose a la exploración física: restos de material organizado en canal vaginal y cérvix, orificio cervical externo abierto; al tacto vaginal: útero de 7 centímetros, en antever-soflexión, guante explorador con manchado hemático. Se integró diagnóstico de aborto incompleto de 7.4 semanas y se indicó la realización de legrado uterino instrumental.

En esos términos, el personal médico que atendió a la paciente incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues indicaron la realización del legrado uterino, sin haber estudiado suficientemente a la paciente. Del expediente clínico se desprende que no efectuaron estudios de apoyo (determinación de gonadotrofina coriónica, ultrasonido), para confirmar y localizar el embarazo, así como para verificar su vitalidad, antes de realizar el citado legrado.

Así mismo, se desprende que la paciente cursaba con embarazo de 7.4 semanas, con escaso sangrado de una hora de evolución, lo cual no justificaba la pronta realización del legrado. Al respecto, la literatura especializada señala, que cuando no es posible realizar ultrasonido para confirmar el diagnóstico, se debe establecer conducta conservadora con vigilancia estrecha, situación que no ocurrió en el presente caso.

Atendiendo a la *hoja de urgencias*, la paciente presentaba sangrado escaso y dolor leve, de una hora de evolución, orificio cervical externo permeable (sin reportarse el orificio interno), material organizado en cérvix y vagina (sin especificar características). Sobre el particular, es necesario señalar, que la literatura especializada refiere, que en ocasiones, el material organizado en vagina, puede estar constituido por coágulos o decidua y no por restos de tejido ovular, por ello siempre deberá investigarse dicho material, siendo un procedimiento aceptado lavar con agua corriente los restos obtenidos, para eliminar la sangre y los coágulos. Si en el material existen vellosidades coriales, éstas se tornan blancas, pudiendo reconocerse fácilmente por su aspecto arborescente, livia-

no y plumoso cuando flotan en un medio incoloro; por otro lado, si el tejido presente corresponde a fragmentos de decidua, éstos aparecen densos y compactos.

Cabe destacar, que el legrado fue realizado por personal en formación (médico residente de primer año).

Lo anterior, confirma la mal *praxis* en que incurrió el personal médico del hospital demandado, así como el incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, la cual, entre otras cosas, establece que los residentes deben cumplir las disposiciones internas de la unidad médica receptora de residentes de que se trate, informando a su inmediato superior el resultado de las acciones médicas que estén a su cargo, y en correspondencia con las responsabilidades del grado académico que cursen.

Así mismo, la citada norma establece, que durante su adiestramiento clínico o quirúrgico, los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes.

La paciente continuó el embarazo en forma normoevolutiva. En efecto, reporte de prueba inmunológica de embarazo del 28 de enero de 2005 y ultrasonido del 9 de febrero del mismo año, realizados en medio particular, así lo confirman.

Sobre este punto, debemos mencionar, que el estudio de ultrasonido reportó edad gestacional acorde con la amenorrea (fecha de última menstruación 30 de agosto de 2004), lo cual corrobora que al momento de realizarse el legrado uterino en el hospital público, la paciente cursaba con embarazo de 7.4 semanas.

En esos términos, todo indica que debido al desarrollo del embarazo en etapas tempranas al momento del legrado uterino, la legra no se ubicó en el sitio de implantación, y sólo se legró tejido periférico, extrayéndose tejido decidual, tal como se reportó en el estudio histopatológico del material extraído.

Así las cosas, ante la pérdida de confianza en el hospital público por la mala práctica observada, la paciente decidió de manera justificada, continuar su atención en medio privado.

### Apreciaciones finales

- La atención que brindó el personal médico del hospital público, no se ajustó a la *lex artis* de la especialidad, pues ante el cuadro clínico que presentaba la paciente, era necesaria la realización de estudios de apoyo para confirmar y localizar el embarazo, así como para verificar su vitalidad, antes de realizar el citado legrado.
- El personal médico que atendió a la paciente en el hospital público, incurrió en mala práctica, al no cumplir con lo establecido por la *lex artis* de la especialidad, así como con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-

SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

- La mala práctica observada, no generó daño físico a la paciente, ni al recién nacido.
- El tratamiento subsecuente ofrecido en medio privado fue necesario ante las irregularidades observadas en el hospital público.

## Referencias

1. De Poncheville L, Marret H, Perrotin F, Lansac J. Conducta ante las metrorragias del primer trimestre del embarazo. Encycl Med Chir 2004; 5049-D-16: 1-15.
2. Mohan R, Bhatt S, Tour S. Sonographic evaluation of first-trimester bleeding. Radiol Clin North Am 2004; 42(2): 297-314.
3. Coppola P. Vaginal bleeding in the first 20 weeks of pregnancy. Emerg Med Clin North Am 2003; 21(3): 667-77.
4. Griebel C, Halvorsen J. Management of spontaneous abortion. Am Fam Phys 2005; 72(7): 1243-50.
5. Houry D, Abbott J. Problem in early pregnancy. Marx Rosen's, Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 5th ed. 2002: 2413-6.
6. Zuccala S. Spontaneous miscarriage. Ferri clinical advisor: Instant diagnosis and treatment, 2006: 795-6.
7. Rakel. Complications of early labor. Textbook of Family Practice. 6th ed. 2002: 532-4.
8. Cavanagh D, Comas M. Aborto espontáneo. Tratado de obstetricia y ginecología. 4<sup>a</sup> ed. 1987: 372-85.
9. Kaunitz A, Rovira E, Grimes D. Abortions that fail. Obstet Gynecol 1985; 66(4): 533-7.
10. Ahued AJR. Propedéutica clínica obstétrica. Ginecología y obstetricia aplicadas. México, 2<sup>a</sup> edición, 2003; 17: 195-203.
11. Fernández del Castillo C. Historia clínica en ginecología y obstetricia. Ginecología y obstetricia aplicadas. México. 2<sup>a</sup> edición. 2003; 7: 71-78.
12. García RH. Responsabilidad bioética del médico, Arbitraje médico, análisis de 100 casos. México 2000; 5: 21-23.
13. Sánchez JRM. Vigilancia prenatal en pacientes de bajo riesgo. Ginecología y obstetricia aplicadas, México, 2<sup>a</sup> edición. 2003: 223-229.
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Ultrasonography in Pregnancy, ACOG Practice Bulletin, number 58, december 2004.
15. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Performance and interpretation of imaging studies by obstetrician-gynecologists. Committee Opinion, number 243, november 2000.
16. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy, Committee Opinion, number 299, September 2004.