

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹

¹Arbitraje Médico, CONAMED.

Síntesis de la queja

La paciente presentó inconformidad en contra del personal médico que la atendió en hospital público, refiriendo que no diagnosticaron tumoración abdominal, por ello tuvo que ser intervenida quirúrgicamente en medio privado.

Resumen clínico

Expediente clínico, hospital público

27 de abril de 2005, 17:00 horas: Femenino de 28 años de edad, gesta cuatro, cesáreas 2, aborto 1; embarazo de 26.4 semanas, ruptura de membranas de 24 horas de evolución. Niega actividad uterina, refiere salida de líquido vaginal. Presión arterial 120/80, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36 °C. Fondo uterino a 26 centímetros, feto único, frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto; cérvix posterior, formado, salida franca de líquido vaginal claro. Se solicita ultrasonido, reporte verbal de oligoamnios severo. Se inicia manejo con maduradores pulmonares antibioticoterapia, vitamina K. Muy mal pronóstico del feto a esta edad gestacional, se informa a la paciente y familiares. Inductores de madurez pulmonar, posteriormente interrupción del embarazo. *28 de abril de 2005, Resultado de laboratorio clínico:* Hemoglobina 11.2, hematócrito 32.4, leucocitos 13,900, plaquetas 192,000.

29 de abril de 2005, 9:00 horas, nota de evolución: Embarazo de 26.6 semanas, ruptura prematura de membranas de larga evolución. Niega sintomatología de vasoespasmio, continúa salida de líquido vaginal, sin actividad uterina. Consciente, cardiorrespiratorio sin alteraciones. Tacto vaginal: cérvix anterior, formado, cerrado Valsalva y Tarnier positivos. Continúa mismo manejo, a las 22 horas se aplicará sexta dosis para inducción de madurez pulmonar, mañana interrupción del embarazo por cesárea. Pronóstico reservado.

30 de abril de 2005, nota quirúrgica: Diagnóstico preoperatorio. Ruptura prematura de membranas de larga evolución. Operación proyectada. Cesárea y oclusión tubaria bilateral. Técnica quirúrgica. Previo bloqueo peridural, se realiza resección de cicatriz previa en línea media, se localiza segmento uterino y se realiza incisión tipo Kerr, feto en situación

transversa, dorso inferior con dificultad para su extracción, por lo que se convierte en cesárea segmento corporal, se obtiene feto pequeño, masculino, peso 1,050 g, Apgar 7/8, se pasa a pediatría e inmediatamente a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; extracción de placenta (300 g), se realiza revisión de cavidad uterina; histerorrafia por planos, se corrobora hemostasia. Se localiza trompa de Falopio derecha, la cual se liga y corta. Se corrobora hemostasia y se realiza mismo procedimiento del lado contralateral. Revisión de correderas parietocólicas sin sangrado, histerorrafia sin sangrado, ambos ovarios en parámetros normales, se cierra por planos.

1° de mayo de 2005, 10:00 horas, nota de evolución: Refiere dolor en herida quirúrgica, al movilizarse el dolor aumenta. No quiere levantarse debido a que se produce dolor sobre herida quirúrgica, es aprensiva. Pálida, hidratada, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, útero con fondo a nivel de cicatriz umbilical, dolor a la palpación de abdomen, pérdidas vaginales escasas. *Reporte de biometría hemática:* Hemoglobina 7, hematócrito 21.8, plaquetas 183,000.

2 de mayo de 2005, 8:45 horas, nota de evolución: Tolera vía oral, deambulación y evacuaciones presentes, refiere astenia, adinamia y epigastralgia. Presión arterial 120/80, frecuencia respiratoria 22, frecuencia cardíaca 80 por minuto, temperatura 36 °C. Consciente, hidratada, palidez marcada de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, herida quirúrgica limpia. Tacto vaginal vagina elástica, eutérmica, involución uterina, escasos loquios serohemáticos. Su último laboratorio reporta hemoglobina 7, por lo que se requiere transfundir paquete globular, pues presenta sintomatología y anemia marcada. Buena evolución clínica, sin datos de complicaciones por lo que se decide su egreso. Alta por mejoría.

21 de mayo de 2005, 22:00 horas: Diagnóstico. Infección de vías urinarias, más colitis. Acude por disuria y distensión abdominal; excretas al corriente. Radiografía de abdomen reportó distensión de asas, secundaria a material fecal. Se realiza enema evacuante hasta tener efecto. *Reporte de ultrasonido:* Vejiga urinaria a media repleción, no se definen sus bordes ni contenido. Útero aumentado de tamaño, no se logran definir sus bordes debido a falta de repleción de vejiga.

Las dimensiones uterinas 84 x 52 x 53 mm, en sus ejes longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente. Miometrio aparentemente homogéneo. Cérvix de morfología habitual, de contornos regulares y definidos, con presencia de imagen hiperecogénica en su interior. No se logran visualizar más estructuras por falta de repleción de vejiga urinaria. Indicaciones: trimetoprim con sulfametoxazol dos tabletas cada 12 horas por diez días; metronidazol óvulos, aplicar uno cada 24 horas por siete días; nistatina óvulos uno cada 12 horas por siete días, cita abierta a urgencias.

Expediente clínico, hospital privado

22 de mayo de 2005, nota inicial: Sin compromiso cardiovascular. Cesárea en hospital público, cursó con anemia, requiriendo transfusión sanguínea en el puerperio inmediato. Fue dada de alta el 4 de mayo con dolor abdominal que se incrementó, por ello fue nuevamente internada el 21 de mayo, fue dada de alta a su domicilio con ultrasonido que reportó útero subinvolucionado. Continuó con dolor abdominal, por lo que consultó facultativo privado, diagnosticándose sangrado uterino anormal, anemia, dolor abdominal agudo. Ultrasonido con tumoración gigante de anexo izquierdo, hematoma vs absceso. Tratamiento: Laparotomía exploradora. *19:00 horas, nota preoperatoria:* Signos de abdomen agudo, dolor, hiperestesia e hiperbaralgesia. Exploración física: tumoración gigante de 20 cm en anexo izquierdo. Se efectúa ultrasonido observándose útero lateralizado a la derecha; tumoración mixta gigante en anexo izquierdo. Se efectúa segundo ultrasonido que corrobora el diagnóstico y se prepara laparotomía exploradora, por probable hematoma gigante de ligamento ancho izquierdo vs absceso.

22 de mayo de 2005, nota posoperatoria: Diagnóstico preoperatorio. Dolor abdominal; tumoración de anexo izquierdo; probable hematoma vs absceso. Operación planeada. Laparotomía exploradora. Operación realizada. Drenaje y lavado de hematoma. Diagnóstico posoperatorio. Hematoma gigante de ligamento ancho izquierdo. Descripción. Bajo anestesia general balanceada previo sondeo vesical, asepsia y antisepsia, se realiza incisión media ampliada, disección por planos hasta cavidad, se encuentra útero lateralizado a la derecha, tumoración de 20 cm en ligamento ancho, renitente, se realiza drenaje por vía vaginal extrayéndose abundantes coágulos viejos, se deja sonda Foley. Por vía abdominal se drenan abundantes coágulos, aproximadamente 400 mL, se efectúa lavado, se liberan adherencias, se corrobora hemostasia y se cierra por planos, dejando Penrose.

23 de mayo de 2005, 9:00 horas, nota de evolución: Primer día posoperatorio, refiere dolor en herida quirúrgica; consciente, hidratada, presión arterial 120/80, temperatura 37.5 °C. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda, herida quirúrgica en buen

estado, peristalsis presente. Se efectúa curación de herida quirúrgica, Penrose drena líquido seroso, sonda vaginal drenando escaso líquido café oscuro. Sonda Foley 300 mL. Buena evolución. Continúa mismo manejo. *16:00 horas:* Deambulación. Fiebre, se agrega clindamicina. Realizar biometría hemática. *24 de mayo de 2005, 7:45 horas, Nota de evolución:* Presión arterial 120/80; frecuencia cardíaca 78 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 37 °C. Primeras 36 horas, evolución satisfactoria, deambulando, diuresis en parámetros normales, afebril, tolera líquidos, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente. Penrose escaso líquido seroso. Se retira drenaje vaginal, se saca Penrose 4 cm. Se realiza curación.

26 de mayo de 2005, nota de evolución y alta: Consciente, hidratada, signos vitales en parámetros normales, sin fiebre; cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, sin pérdidas transvaginales. Cuarto día de posoperatorio, buenas condiciones generales, tolera vía oral. Alta por mejoría. Diagnósticos finales: Drenaje de hematoma gigante de ligamento ancho izquierdo con infección secundaria.

Análisis del caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, el término infección puerperal se emplea para describir cualquier infección bacteriana del tracto genital después del parto. Las infecciones pelvianas son las complicaciones severas y comunes del puerperio, junto con la preeclampsia y hemorragia obstétrica, han formado la tríada de causas de muerte materna.

La elevación de la temperatura puede ser debida a otras causas; cuando persiste en 38 °C o más durante el posparto, la paciente debe ser evaluada en busca de causas extra-pelvianas que produzcan fiebre, entre las que se encuentran:

- Congestión mamaria. Habitualmente causa breve elevación de la temperatura y se presenta en aproximadamente 15% de las pacientes en puerperio. La fiebre no dura más de 24 horas, en contraste con la mastitis, en la cual la fiebre se desarrolla en forma tardía, asociándose con otros signos y síntomas de infección mamaria.
- Complicaciones respiratorias. Son frecuentes dentro de las primeras 24 horas siguientes al parto y casi invariablemente en pacientes con operación cesárea. Entre las más frecuentes están atelectasia y neumonía.
- Pielonefritis. La bacteriuria, piuria, aumento de sensibilidad a la palpación en el ángulo costo-vertebral y temperatura elevada, indican presencia de infección renal.

- Tromboflebitis. La trombosis venosa superficial o profunda de las piernas, puede causar elevaciones de temperatura. En estos casos, debe buscarse pierna inflamada, dolorosa, con aumento de sensibilidad en el área del triángulo femoral.

La infección uterina posparto, denominada endometritis, endometriometritis, endoparametritis, así como metritis con celulitis pelviana. Es frecuente en mujeres con cesárea. Según refiere la literatura especializada, la infección pelviana es más común en pacientes de nivel socioeconómico bajo, en comparación con las de clase media o superior.

Entre los factores que condicionan mayor prevalencia de infecciones puerperales se encuentran:

- Preoperatorios: anemia, obesidad, tactos repetidos, trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, monitorización interna, nacimiento pretérmino, entre otros.
- Transoperatorios: hemorragia, laceraciones uterinas, prolongación de histerotomía, tiempo quirúrgico prolongado, anestesia general, hipotensión arterial sostenida, extracción manual de placenta, manipulación excesiva.
- Posoperatorios: anemia, poca movilidad, distensión abdominal.

Cuando en el posparto las pacientes desarrollan fiebre, debe sospecharse infección uterina. La fiebre es proporcional a la extensión de la infección, en ese sentido, cuando el proceso infeccioso se limita al endometrio (decidua) y al miometrio superficial, los casos son moderados y se asocian con fiebre mínima.

Por cuanto hace al tratamiento de metritis posparto, después del alta, emplear antibiótico oral puede ser suficiente. En el caso de pacientes infectadas en forma moderada a severa, debe indicarse esquema antimicrobiano de amplio espectro por vía parenteral. La mejoría generalmente se produce en 48 a 72 horas en casi 90% de los casos. Ahora bien, entre las complicaciones de metritis que causan fiebre persistente a pesar del tratamiento correcto, se encuentran: flemones parametriales o celulitis intensa, abscesos pelvianos, hematomas infectados y tromboflebitis pelviana séptica.

El tratamiento inicial después del parto por cesárea, debe estar dirigido contra la mayor parte de gérmenes y flora mixta que producen infecciones puerperales. Las pacientes que reciben esquema clindamicina-gentamicina tienen respuesta favorable (95%), según reporta la bibliografía consultada. De igual forma, reporta la combinación clindamicina y cefalosporina de segunda generación para tratar estos casos, así como empleo de penicilinas de espectro extendido (piperacilina, ticarcilina, mezlocilina) e inhibidores de betalactamasas (ácido clavulánico, sulbactam, tazobactam). Por su parte, el metroni-

dazol tiene actividad superior *in vitro* contra casi todos los anaerobios y puede utilizarse por vía intravenosa en combinación con gentamicina. El uso de metronidazol más ampicilina y aminoglucósido provee cobertura contra la mayor parte de microorganismos en infecciones pelvianas severas.

Cabe mencionar, que el absceso ovárico suele ser unilateral y se presenta en forma típica 1 a 2 semanas después del parto. En muchos casos, puede ocurrir ruptura, la cual produce peritonitis. En algunas pacientes, en quienes la metritis se desarrolla después de la cesárea, la celulitis parametrial es intensa y forma área de induración dentro de las hojas del ligamento ancho. La forma más común de extensión es lateral, a lo largo de la base del ligamento ancho, con tendencia a extenderse a la pared pelviana lateral. La extensión posterior puede afectar el septo recto-vaginal y producir masa firme posterior al cérvix. Así mismo, la celulitis intensa de la herida quirúrgica uterina puede causar necrosis y separación con extrusión de material purulento dentro de la cavidad peritoneal, así como alteración de otros órganos, entre ellos el intestino. El diagnóstico debe basarse en los datos clínicos, de laboratorio y de gabinete, siendo el ultrasonido y tomografía computarizada los más eficaces.

En el presente caso, la paciente fue atendida en hospital público por salida de líquido amniótico, la nota del 27 de abril de 2005, refiere que presentaba ruptura prematura de membranas de 24 horas de evolución, por ello se realizó ultrasonido, así como biometría hemática que reportó hemoglobina 11.2, leucocitos 13,900 y química sanguínea en parámetros normales, por ello se manejó de manera conservadora, aplicándose inductores de maduración pulmonar fetal.

El 30 de abril de 2005, se realizó operación cesárea y salpingoclasia. En la especie, la nota quirúrgica refiere que el feto estaba en situación transversa, dificultándose su extracción, por ello se efectuó cesárea segmento corporal, obteniéndose recién nacido que fue llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La paciente pasó a recuperación, indicándose transfusión de paquete de concentrado eritrocitario. Cabe mencionar, que la citada atención estaba justificada debido a los datos clínicos que presentaba la paciente.

Ahora bien, el 30 de abril de 2005, se reportó hemoglobina 9.2. Así mismo el 1º de mayo de 2005, se reportó hemoglobina 7, hematócrito 21.8%, señalando nota de dicha fecha, que la paciente no quería levantarse debido a dolor sobre la herida quirúrgica, estimándose que se trataba de paciente aprensiva. Nota del 2 de mayo de 2005, refiere astenia, adinamia y epigastralgia. De igual forma, nota del día 3 del mismo mes y año, señala que estaba pendiente transfundir y que se solicitaría laboratorio de control, y la nota del 4 de mayo de 2005, refiere el egreso.

Así las cosas, la paciente fue atendida nuevamente en el hospital público, el 21 de mayo de 2005, la nota de dicha fecha establece que se diagnosticó infección de vías urinarias

más colitis, señalando que la radiografía de abdomen reportó distensión de asas, secundaria a material fecal, por ello se realizó enema evacuante. Así mismo, se señala ultrasonido, mismo que reportó útero de 3 x 5 x 6 cm, cérvix regular, definido, sin alteraciones. Por lo anterior, se indicó trimetoprim con sulfametoxazol, metronidazol óvulos y nistatina óvulos.

En ese sentido, se observan elementos de mala práctica, por negligencia, atribuibles al personal médico que atendió a la paciente en el hospital público, pues incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento al estudiar a la paciente de manera insuficiente y soslayar sus antecedentes. En efecto, la paciente fue egresada precipitadamente, sin haberse diagnosticado el hematoma posquirúrgico que presentaba, el cual tuvo que ser atendido en medio privado, debido a las deficiencias observadas.

En este caso, quedó demostrado que el ultrasonido efectuado fue incompleto y deficiente. El reporte de dicho estudio, señala falta de llenado vesical y falta de visualización de estructuras parauterinas (anexos). Esto demuestra el incumplimiento del deber de diligencia por parte del personal médico que brindó la atención, pues ante las dificultades para la interpretación del ultrasonido, se debió repetir el estudio bajo condiciones idóneas para ello, o bien, efectuarse ultrasonido vaginal, situación que no ocurrió.

Cabe mencionar que la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, señala 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.

Lo anterior, es un elemento más para tener por cierta la mal *praxis*, observada por el personal médico del hospital demandado, pues no estudiaron suficientemente a la paciente, y por tanto, no establecieron el diagnóstico, ni instauraron el tratamiento que el caso ameritaba, incumpliendo con lo establecido por la *lex artis* de la especialidad.

Merced a lo antes expuesto, y ante la negligencia e impericia en que incurrió el personal del hospital demandado, la paciente

se vio impelida a solicitar atención en el medio privado. En efecto, la nota inicial del hospital privado, señala que la paciente asistió por dolor abdominal agudo, efectuándose ultrasonido que reportó tumoración gigante de anexo izquierdo (hematoma vs absceso), motivo por el cual se hospitalizó y se realizó nuevo ultrasonido, mismo que reportó tumoración mixta anexial izquierda, por ello se efectuó laparotomía exploradora, durante la cual se drenó hematoma gigante de ligamento ancho izquierdo, siendo egresada por mejoría el 26 de mayo de 2005.

En ese sentido, la atención brindada en el hospital privado, confirma la mala práctica en que incurrió el personal médico del hospital público, pues atendiendo a la literatura especializada, no observaron sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, generando así que la paciente debiera ser atendida en medio privado.

Apreciaciones finales

- El personal de gineco-obstetricia del hospital demandado, brindó la atención sin ajustarse a lo establecido por la *lex artis* especializada, incumpliendo así las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.
- La decisión de la paciente para continuar la atención en medio privado, estaba plenamente justificada, era legítima ante la pérdida de confianza y la negligencia e impericia observadas por el personal del hospital público.

Referencias

1. Llaca RV, Fernández AJ. Obstetricia Clínica, Puerperio, Cap. 35, pag. 450-456, México, 2000.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion: Tubal Ligation with Cesarean Delivery, Compendium of Selected Publications 2005, num 205, agosto 1998.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Antibiotic Prophylaxis for Gynecologic Procedures, ACOG Practice Bulletin num 23, Jan 2001.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery, ACOG Practice bulletin, number 47, october 2003.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Committee Opinion. Performance and Interpretation of Imaging Studies by Obstetrician-Gynecologists, Number 243, november 2000.
6. Williams, Obstetricia. Hemorragia Obstétrica, cap. 25, p.p. 556-557, 21a. Edición, USA, 2002.
7. Williams, Obstetricia, Infección Puerperal, cap. 26, pp. 577-586, 21ª. Edición, USA, 2002.