

## Responsabilidad profesional

# Caso de la CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arbitraje Médico.

### Síntesis de la queja

Paciente de siete meses de edad, fue atendido en el primer hospital por más de quince horas, siendo egresado con la misma sintomatología, sin que se estableciera el diagnóstico y el tratamiento correspondiente, por ello lo llevaron al segundo hospital, donde se diagnosticó invaginación de intestino delgado.

### Resumen clínico

#### Expediente clínico, primer hospital

*5 de junio de 2007, 23:00 horas, Nota de admisión, Urgencias:* Ingresa paciente de siete meses de edad, presenta evacuaciones semipastosas y sanguinolentas. Exploración física: consciente, tranquilo, evacuación con rasgos sanguinolentos, muy fétida; buen estado de hidratación. Diagnóstico: melena a determinar. Se interna en Pediatría con interconsulta para valoración.

*6 de junio de 2007, 00:50 horas, Pediatría:* Peso 8.450 kg, inicia por la mañana con evacuaciones verdes, fétidas, hiporexia y vómito en dos ocasiones, no fiebre. Exploración física: hidratado, faringe ligeramente congestiva y edematosa, sin exudado; campos pulmonares en parámetros normales; abdomen doloroso a la palpación profunda, timpanismo y meteorismo, sin megalias palpables. Probable colitis amibiana e infección de vías respiratorias superiores. Plan: seno materno y dieta astringente en papilla, acorde a su edad. Registro de evacuaciones, curva térmica, observación en urgencias a cargo de Pediatría, valoración con resultados, metronidazol suspensión 250 mg, 2 mililitros cada 8 horas por 10 días. Búsqueda de amiba en fresco y citología de moco fecal. *3:45 horas, nota de evolución, Pediatría:* Presenta pico febril de 38.5 °C, no ha evacuado. Se agrega paracetamol en gotas y vigilancia de curva térmica. Pendientes resultados de laboratorio.

*7:15 horas, Nota de evolución, Pediatría:* Con diagnóstico de probable colitis amibiana, cuadro de un día de evolución con evacuaciones fétidas, vómito en dos ocasiones de contenido alimentario. Exploración física: acepta seno materno, orofaringe en parámetros normales, área cardiaca y

pulmonar sin cambios, abdomen blando, depresible, no doloroso, no visceromegalias ni plastrones; meteorismo. Se solicitó biometría hemática completa y examen general de orina. Continúan pendientes estudios de búsqueda de amiba en fresco y citología de moco fecal. Mismo tratamiento.

*15:00 horas, nota de evolución, Pediatría:* Quince horas de estancia, evolucionando estable, sin fiebre, sin evacuaciones diarreicas, acepta la vía oral a base de líquidos y sólidos en poca cantidad. No existen complicaciones por el momento. Biometría hemática con leucocitosis 15,000 a expensas de segmentados 78%, linfocitosis 20%, bandas 2%, hemoglobina y hematocrito disminuidos moderadamente, plaquetas en parámetros normales. Examen general de orina con albuminuria (++) . Se agrega al diagnóstico: anemia hipocrómica microcítica. Plan: realizar exámenes solicitados. Registro de evacuaciones y vómito; curva térmica; continuar suero oral y seno materno. Pronóstico: Bueno en ausencia de complicaciones. *18:00 horas:* No ha presentado evacuaciones y no hay material para realizar búsqueda de amiba en fresco y citología de moco fecal, según informa el Laboratorio. Sale con receta: metronidazol suspensión de 250 mg, tomar 2 mililitros cada 8 horas por diez días; paracetamol 24 gotas cada 8 horas vía oral; alimentación habitual, líquidos a libre demanda, cita abierta a Urgencias. Pronóstico: Bueno en ausencia de complicaciones.

#### Expediente clínico, segundo hospital

*7 de junio de 2007, Historia clínica:* Hace cuatro días inició con evacuaciones semilíquidas con moco, no se dio tratamiento; el día de ayer fue hospitalizado en otro nosocomio, donde estuvo en observación, sin canalización pese a hematoquexia. Actualmente decaído, distendido, sin peristalsis, ojos hundidos, irritable. Se interna para valoración y manejo. Diagnóstico: síndrome oclusivo de origen a determinar. Soluciones parenterales, valoración por Pediatría.

*Nota de valoración, Pediatría:* Hace 72 horas inició con irritabilidad, vómito y diarrea sanguinolenta. Exploración física: decaído, irritable, distensión abdominal importante, pálido, regular estado de hidratación, llanto sin lágrimas,

fontanela anterior normotensa, faringe con leve hiperemia, campos pulmonares con rudeza respiratoria, ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial, rebote positivo, peristalsis ausente, difícil palpar megalias. En malas condiciones, letárgico, llenado capilar retrasado, taquicárdico. Biometría hemática: leucocitosis con neutrofilia. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, distensión importante de asas, ausencia de aire en hueco pélvico. Cuadro clínico sugestivo de oclusión intestinal; se revisa el caso con cirujano pediatra, se sospecha invaginación intestinal, se reporta grave.

*Nota postoperatoria:* Diagnóstico preoperatorio: invaginación intestinal. Diagnóstico postoperatorio: invaginación intestinal íleo-cólica. Operación planeada: laparotomía exploradora, desinvaginación intestinal por taxis. Operación realizada: laparotomía exploradora, desinvaginación, resección intestinal, anastomosis término-terminal. Descripción de la técnica: Bajo anestesia general inhalatoria, previa asepsia y antisepsia, se realiza incisión media supra- infraumbilical, disección por planos hasta cavidad peritoneal, donde se aprecian abundante líquido de reacción (citrino) el cual es aspirado; se aprecian asas de intestino delgado dilatadas en forma importante, se identifica segmento intestinal invaginado que corresponde a segmento de íleon hacia colon, la válvula íleo-cecal íntegra, se procede a realizar desinvaginación por taxis, lográndose en forma parcial, pues aproximadamente a 20 centímetros de la válvula íleo-cecal, el segmento está violáceo con adherencias firmes; durante la maniobra de taxis, se despule y presenta evidencia de ruptura inminente, por ello se decide realizar resección y anastomosis término-terminal; se verifica permeabilidad de la anastomosis y ausencia de fugas, se realiza apendicectomía aséptica invaginante; se verifica hemostasia e integridad de estructuras, dejándose drenajes *Penrose* dirigidos a hueco y corredera parietocólica derechos, se cierra por planos, sin complicaciones ni eventualidades. Hallazgos: invaginación íleo-cólica, segmento ileal a 20 centímetros de la válvula ileocecal, necrótico, se reseca y se realiza anastomosis término-terminal, se encuentra válvula ileocecal íntegra, se realiza apendicectomía invaginante.

*8 de junio de 2007, 11:30 horas, Nota de evolución:* Primeras horas de postoperatorio. Hemoglobina 14.3; hematócrito 39.7; leucocitos 12,000; linfocitos 34%, segmentados 61%, bandas 3; plaquetas 432,000. Triple esquema de antibióticos. Hidratado, quejumbroso, campos pulmonares con rudeza respiratoria, sin fenómenos agregados, área cardiaca sin falla, abdomen con vendaje, peristalsis disminuida, dolor a la palpación superficial, herida quirúrgica limpia, *Penrose* drenado escaso material serohemático, sin datos de alarma peritoneal. *21:30 horas:* Canalizó gases y presentó evacuación de contenido amarillo, transparente, no fétido; evolución estable.

*9 de junio de 2007, 10:00 horas, Nota de evolución:* Se mantiene estable, incipientes ruidos peristálticos. *12:00 horas:* Eutérmico, signos vitales dentro de parámetros normales; en ayuno. Canalizó gases. Campos pulmonares ventilados, sin datos de falla hemodinámica; abdomen doloroso en forma difusa, no datos de alarma peritoneal. Se mantiene estrecha vigilancia. *15:00 horas:* Inquieto, leve distensión abdominal, hipersensible en abdomen derecho, temperatura 37.3° C, peristalsis presente, disminuida en hemiabdomen izquierdo.

Las notas médicas del 10 al 13 de junio de 2007, señalan que la evolución del paciente fue satisfactoria.

*14 de junio de 2007, Nota de evolución:* Estable, tolera bien la vía oral, canaliza gases, evacuaciones pastosas, no datos de compromiso cardiopulmonar, abdomen asintomático, puede egresar.

### **Análisis del caso**

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

Atendiendo a la literatura especializada, la invaginación intestinal o intususcepción, se manifiesta por dolor abdominal y síntomas gastrointestinales, entre los que se encuentran vómito y diarrea.

La invaginación se establece cuando existe prolapso de una parte del intestino dentro del lumen del segmento contiguo distal. El tipo más común es la invaginación íleo-cólica, otras son íleo-ileal y colo-cólica; durante la invaginación, el mesenterio es retraído a lo largo del lumen distal y el retorno venoso es obstruido, se produce edema, sangrado de la mucosa, incremento de la presión en el área y, eventualmente, obstrucción al flujo arterial, pudiendo generarse gangrena y perforación.

La causa es idiopática en la mayoría de los casos; sin embargo, la literatura de la especialidad reporta, que en ocasiones se relaciona con infecciones por adenovirus y puede ocurrir como complicación de gastroenteritis. La invaginación es más frecuente entre los 3 meses y 5 años de edad, con mayor incidencia entre los 6 y 10 meses de edad.

Por cuanto hace al cuadro clínico, la literatura especializada refiere que la tríada clásica está constituida por dolor abdominal intermitente, vómito y evacuaciones sanguinolentas, mucosas, que se presenta en 20 a 40% de los pacientes. En las primeras horas, las evacuaciones son de aspecto normal, después son pocas heces, la sangre generalmente se expulsa en las primeras 12 horas, aunque en ocasiones en uno a dos. En 60% de los lactantes, las heces presentan sangre roja y moco (heces en jalea de grosella). En la palpación abdominal suele descubrirse una tumoración en forma de salchicha, do-

lorosa, mal definida, que puede aumentar de tamaño y consistencia con crisis de dolor. La existencia de moco sanguinolento en el guante después del tacto rectal, apoya el diagnóstico.

La radiografía simple de abdomen puede mostrar zona densa en el lugar de la invaginación. El ultrasonido aporta elementos para integrar el diagnóstico y es de utilidad para confirmar la reducción después del tratamiento.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con gastroenteritis, apendicitis, colitis y diverticulitis, entre otras. Un cambio en la evolución de la enfermedad, en cuanto a las características del dolor, del vómito, o bien, la aparición de hemorragia rectal, deben alertar al médico para estimar una condición de mayor gravedad.

Atendiendo a la literatura especializada, el manejo de la intususcepción intestinal, debe ser mediante reducción del intestino obstruido. En algunos casos, el enema de bario actúa como estudio diagnóstico y terapéutico; sin embargo, no todos los pacientes son candidatos a la reducción intestinal mediante bario. Los datos clínicos de peritonitis, perforación, choque hipovolémico, entre otros, son contraindicaciones para la aplicación de enemas. Quirúrgicamente, debe realizarse desinvaginación manual, y cuando ello no es posible, es necesario efectuar resección intestinal y anastomosis.

En el presente caso, el paciente fue llevado al Servicio de Urgencias del primer Hospital, el 5 de junio de 2007, por presentar evacuaciones semipastosas y sanguinolentas. La nota de admisión, señala que se hospitalizaría para valoración y tratamiento.

La nota de Pediatría de las 00:50 horas del 6 de junio de 2007, establece que el paciente había presentado evacuaciones verdes fétidas, hiporexia y vómito, reportándose a la exploración física faringe ligeramente congestiva, edematosa, abdomen doloroso a la palpación profunda, timpanismo y meteorismo, por ello se integraron diagnósticos de colitis amibiana e infección de vías respiratorias superiores, indicándose metronidazol, seno materno y dieta astringente en papilla.

En ese sentido, el personal médico que atendió al paciente en el primer Hospital, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues no efectuó la semiología que el caso ameritaba y omitió la realización de diagnóstico diferencial (atendiendo al cuadro clínico y a la edad del enfermo), indicándose alimentos por vía oral, sin haberlo estudiado suficientemente.

La nota de evolución de las 3:45 horas, establece que el paciente presentó fiebre (38.5 °C), motivo por el cual, el personal médico se concretó a indicar paracetamol.

De igual manera, debe mencionarse, que se solicitó búsqueda de amiba en fresco y citología de moco fecal, estudios que no se realizaron debido a la falta de material,

según lo establece la nota de evolución del 6 de junio a las 15:00 horas.

En esos términos, fue acreditado que el Hospital demandado, no disponía de los recursos necesarios para la realización de los estudios indicados por el personal médico.

Ahora bien, ante tal situación, el personal médico mostró actitud contemplativa, pues no adoptó los medios necesarios para la debida atención del enfermo, no se intentó la realización de los citados estudios en otro laboratorio y tampoco se efectuaron estudios de imagen (radiografías simples de abdomen), que hubieran ayudado a integrar el diagnóstico.

El paciente egresó del hospital para continuar tratamiento en forma externa mediante metronidazol y paracetamol, como lo demuestra la nota de las 18:00 horas del 6 de junio de 2007, la cual es concluyente para tener por cierta la *mal praxis*, por negligencia, en que incurrió el personal médico del Hospital demandado.

El personal médico del demandado, no estudió la causa del sangrado por vía rectal, estimando que se trataba de padecimiento tipo infeccioso, siendo su abordaje incompleto, sin corroborarse el diagnóstico de amibiasis intestinal.

Por lo anterior, el paciente fue atendido en el segundo Hospital, donde se diagnosticó invaginación intestinal y fue tratado quirúrgicamente, efectuándose desinvaginación por taxis, resección intestinal y anastomosis término-terminal, como lo demuestra el expediente clínico. Cabe mencionar, que esta atención fue necesaria, debido a la negligencia observada por el Hospital demandado.

### Apreciaciones finales

- La atención brindada al menor en el hospital demandado, no se realizó en términos de lo establecido por la *lex artis* especializada. En efecto, el establecimiento no disponía de los recursos necesarios y el personal médico incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, al no estudiar suficientemente al enfermo.
- La decisión de los familiares del menor para continuar la atención en otro hospital, estaba plenamente justificada ante las omisiones observadas por el hospital demandado.
- En el caso a estudio, se incluyó la atención médica brindada en el segundo Hospital para la valoración integral del acto médico; sin embargo, no se hacen pronunciamientos de esta atención, pues el citado Hospital no fue demandado.

### Referencias

1. McCollough M, Shariieff MD. Abdominal pain in children, intussusception. *Pediatr Clin N Am* 2006; 53: 107-137.
2. Willie R. Ileo, adherencias, invaginación y obstrucción de asa cerrada. *Tratado de Pediatría. Nelson. 15ª edición. 1: 1348-51.*

3. Meza-Rodríguez J, Trejo-Bellido A, Zorrilla OJJ. Cirugía en la etapa del lactante. Invaginación. Introducción a la Pediatría. Juan Games Eternot y Jaime Palacios T. 1997: 788-90.
4. McIntosh K. Adenovirus. Tratado de Pediatría. Nelson. 15ª edición. 2: 1141-42.
5. Baum S, G Adenovirus. Enfermedades infecciosas principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett. Cuarta edición: 1549-54.
6. Dennehy Penelope, MD. Acute diarrheal disease in children: epidemiology, prevention, and treatment. Infect Dis Clin N Am 2005; 19: 585-602.
7. Amieva MR. Important bacterial gastrointestinal pathogens in children: A pathogenesis perspective. Pediatr Clin N Am 2005; 52: 749-77.
8. Langley JM. Adenovirus. Pediatr Rev 2005; 26: 238-42.
9. Sepúlveda VA, Amibiasis C. Introducción a la pediatría. Juan Games Eternot y Jaime Palacios T. 1997: 305-11.
10. Guerrant RL et al. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis 2001; 32: 331-51.
11. Ziegler MM, Azizkhan RG. Operative pediatric surgery. 1st Edition, 2003: 647-651.
12. Aschcraft KW. Pediatric Surgery. 3rd Edition, 2000: 518-526.
13. O'Neill JA. Principles of pediatric surgery. 2nd Edition, 2003: 527-530.
14. Ketzer de Souza Joao Carlos, Da Motta Ubirajara. Prognostic factors of mortality in newborns with necrotizing enterocolitis submitted to exploratory laparotomy. Journal of Pediatric Surgery. 2001; 36(3): 482-486.