

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche ¹¹ Arbitraje Médico CONAMED

Síntesis de la queja

La paciente manifestó que por no sentirse bien y presentar hemorragia vaginal, asistió al hospital, donde diagnosticaron tumor en la matriz. Fue valorada por ginecólogo, quien confirmó la presencia del tumor, el cual se estaba desprendiendo y causaba la hemorragia, por ello indicó operarla de inmediato. Sin embargo, debido a mala práctica, la cirugía duró cuatro horas y no cuarenta y cinco minutos como se le había informado. Así mismo, finalizada la operación, el especialista comunicó al esposo de la paciente que no sólo fue necesario extraer el tumor, sino también la matriz y que se había rasgado la vejiga debido a que estaba pegada, teniendo que suturarla.

Resumen clínico

27 de junio de 2008, nota de valoración inicial, Ginecología: Femenino de 45 años de edad, acude por presentar sangrado uterino anormal y ataque al estado general. Tensión arterial 90/60, frecuencia cardíaca 102 por minuto, sangrado transvaginal activo y continuo debido a mioma. Se solicitan estudios de laboratorio.

Nota de ingreso, Ginecología: Inició en mayo con sangrado transvaginal disfuncional caracterizado por metrorragias, sin respuesta a tratamiento indicado por facultativo. Desde hace 15 días presenta disnea de medianos esfuerzos. Exploración física: consciente, orientada, palidez de tegumentos (++), ruidos cardíacos con reforzamiento del segundo ruido y soplo funcional. Abdomen blando, no doloroso, peristalsis presente. Especuloscopia: tumoración ulcerada en canal vaginal, la cual protruye el cérvix. Tacto vaginal: tumoración firme de 4 centímetros que protruye a través del cérvix, presenta sangrado transvaginal. Laboratorio: hemoglobina 5.4, hematócrito 18.5, plaquetas 449,000, leucocitos 9,600, tiempos de coagulación dentro de límites normales. Grupo «A» positivo. Diagnóstico: hemorragia uterina anormal, trabajo de aborto de mioma, anemia severa, hipocrómica microcítica. Plan: interconsulta con Anestesiología y Terapia Intensiva.

22:30 horas, nota de evolución: Después de la valoración por Anestesiología y Terapia Intensiva, se decide esta-

bilizar a la paciente. Se indican dos paquetes globulares, colocación de catéter central para control de líquidos y posteriormente pasar a quirófano.

Historia clínica: Programada para histerectomía total abdominal. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 12 años, 28 x 5, dismenorrea; anticonceptivos orales por veinte años. Gestaciones 3, cesáreas 3 debido a desproporción cefalopélvica. Padecimiento actual: sangrado transvaginal escaso desde los primeros días de mayo, el cual ha persistido hasta el momento. Desde hace quince días con disnea de medianos esfuerzos hasta la fecha. Estudios: ultrasonido del 2 de mayo de 2008: datos compatibles con mioma submucoso. Exploración física: tensión arterial 120/70, frecuencia cardíaca 82 por minuto, temperatura 36.7 °C, frecuencia respiratoria 21 por minuto. Hidratada, pálida (++); sangrado transvaginal, mioma submucoso protruyente a 3 centímetros del cérvix. Diagnóstico: sangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina. Plan: histerectomía. *Indicaciones:* Exámenes básicos de laboratorio, solución Hartmann para 6 horas, preparar para cirugía.

28 de junio de 2008, nota prequirúrgica, Ginecología: Diagnóstico preoperatorio: mioma de 5 centímetros en trabajo de aborto, sangrado activo, anemia. Intervención programada: histerectomía total abdominal. Ingresó por sangrado transvaginal activo, de un mes de evolución, el cual se incrementa en las últimas 24 horas. Exploración física: mioma en canal cervical, en fase de aborto; paciente en malas condiciones generales, hemoglobina 5.4, refiere que hoy presentó lipotimia. Se coloca catéter subclavio y vía periférica. Dado el sangrado activo se decide realizar histerectomía de urgencia, se informa que existe riesgo elevado para la paciente, así como posibilidad de lesiones a vejiga, uréteres y órganos adyacentes por antecedente de tres cesáreas previas. Riesgo quirúrgico: ASA IV con posibilidad de fallecimiento. Plan terapéutico preoperatorio: soluciones endovenosas, estudios preoperatorios y dos paquetes globulares. *Carta de consentimiento bajo información:* Se autoriza la realización de histerectomía total abdominal.

3:20 horas, nota postquirúrgica: Diagnóstico postoperatorio: mioma abortivo con sangrado activo, lesión vesical. Cirugía efectuada: histerectomía total abdominal más reparación vesical en cara posterior. Descripción de la técnica

ca: colocación de sonda Foley, incisión media infraumbilical, se localiza útero, se disecan ligamentos, se pinzan, cortan y ligan ligamentos redondos, trompas y ligamentos útero-ováricos de manera bilateral, se disecan hojas anterior y posterior de ligamento ancho, se esqueletizan arterias uterinas, se pinzan, cortan y ligan; disección de cérvix, pinzamiento, corte y ligadura de Mackenroad, se pinzan cortan y ligan útero sacros, se extrae la pieza quirúrgica (sangrado abundante de arterias vaginales, las cuales se ligan del lado izquierdo). Se detecta lesión en pared posterior de vejiga de 4 centímetros, la cual se repara en tres planos; se corrobora hemostasia, marsupialización, cierre por planos. Hallazgos: útero de 11 x 10 x 8 centímetros, mioma cervical de 5 centímetros protruyendo hacia vagina, a 2 centímetros del orificio cervical externo, el cual se encontraba borrado y dilatado, el mioma distorsionaba la anatomía de la región, vejiga muy adherida, ovarios normales, tejidos sumamente lábiles sangrantes al mínimo estímulo. Incidentes: lesión vesical posterior de 4 centímetros reparada. Plan: pasa a Terapia Intensiva.

5:00 horas, *nota de ingreso, Terapia Intensiva*: Proviene de quirófano en postoperatorio inmediato. Ligera palidez, ventilación espontánea, tensión arterial 145/90, frecuencia cardíaca 110 por minuto, saturación 97%. 6:30 horas: Tensión arterial en parámetros normales. Exámenes de laboratorio de control. 11:30 horas: Uresis a través de sonda Foley.

28 de junio de 2008, *Ginecología*: Dolor en herida quirúrgica, hemoglobina 10.3, signos vitales estables. 29 de junio de 2008, *Terapia Intensiva*: Hemodinámicamente estable, leve dolor en herida quirúrgica que cede con analgésico; puede egresar a piso. *Nota de Ginecología*: Evolución favorable, signos vitales en parámetros normales, no datos de infección ni de sangrado, cardiopulmonar sin compromiso, peristalsis presente. *Reporte de estudio histopatológico*: Útero de 7.7 x 5.8 centímetros, cervicitis quística crónica, endometrio hipotrófico, adenomiosis difusa, mioma uterino pediculado con protrusión transcervical, ulcerado.

30 de junio de 2008, *Ginecología*: Signos vitales en parámetros normales, puede ser egresada con cita a consulta en una semana para curación y retiro de puntos; interconsulta a Urología. 7 de julio de 2008, *Ginecología*: Se retiran puntos de sutura, no existen complicaciones, la paciente se encuentra en buen estado general. 11 de agosto de 2008, *Ginecología*: Fue valorada por Urología, se reporta evolución satisfactoria.

Análisis del caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, los miomas uterinos son tumoraciones benignas formadas por músculo liso.

Se encuentran aproximadamente en 20 a 25% de las mujeres en edad reproductiva; suelen ser múltiples, individuales y esféricos, o irregularmente lobulados; pueden desarrollar pedículos, los cuales hacen protrusión completa al interior de la cavidad uterina y en ocasiones logran pasar a través del conducto cervical, estando todavía fijos al cuerpo por un largo tallo; cuando esto sucede, puede ocurrir torsión e infección.

Los miomas submucosos están situados inmediatamente por debajo del endometrio, tienden a comprimirlo al crecer hacia la luz uterina; su impacto sobre el endometrio y su riego sanguíneo con frecuencia genera hemorragia uterina irregular. Los miomas intramurales o intersticiales, están situados dentro de la pared uterina y los subserosos o subperitoneales, se sitúan en la superficie serosa del útero y pueden protruir hacia el exterior del miometrio.

Los síntomas dependen del tipo, localización, tamaño, estado general de salud de la paciente, entre otros. La hemorragia uterina anormal, es la manifestación clínica más importante y está presente aproximadamente en 30% de los casos. En miomas submucosos, la hemorragia puede producirse por interrupción del riego sanguíneo al endometrio, distorsión y congestión de los vasos circundantes, particularmente las venas, o bien, por ulceración del endometrio suprayacente. La metrorragia puede presentarse en pacientes con tumores que tienen zonas de trombosis venosa endometrial y necrosis en su superficie, en particular, cuando son pedunculados y tienen protrusión parcial a través del canal cervical.

Los miomas pueden producir dolor, el cual generalmente se asocia con degeneración, oclusión vascular, infección, torsión o contracciones miometriales para expulsar un mioma subseroso de la cavidad uterina.

La mayor parte de los miomas pueden detectarse mediante exploración bimanual o palpación del abdomen inferior. El ultrasonido pélvico es auxiliar para establecer el diagnóstico. En los datos de laboratorio, es muy común encontrar anemia por deficiencia de hierro cuando la hemorragia uterina es severa y prolongada. También puede existir leucocitosis, fiebre y elevación de la eritrosedimentación, principalmente en casos de degeneración aguda o infección. Las transfusiones de sangre pueden ser necesarias para corregir la anemia, y estabilizar a la paciente para intervenirla quirúrgicamente.

La histerectomía es el tratamiento quirúrgico definitivo. En términos generales, para decidir la intervención quirúrgica, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Hemorragias con repercusiones hemodinámicas, entre ellas hemoglobina menor de 10 g/dL o datos de síndrome anémico en forma clínica.
- Diámetro del mioma mayor a 6 centímetros o crecimiento global del útero equivalente a 12 ó 14 semanas de gestación.

- Síntomas graves de compresión a órganos vecinos.
- Las situaciones antes mencionadas, pueden relacionarse con dolor.

También es necesario mencionar, que en términos de la literatura especializada, las afectaciones del tracto urinario en procedimientos quirúrgicos ginecológicos, ocurren en 0.5 a 3% de los casos. La afectación quirúrgica de uréteres y vejiga en intervenciones ginecológicas, es un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico que se produce con mayor frecuencia durante cualquier histerectomía, ya sea abdominal, vaginal o laparoscópica. De igual forma, puede ocurrir en otras operaciones ginecológicas (extirpación de absceso tubo-ovárico o neoplasia ovárica, entre otras).

Estas afectaciones son más frecuentes cuando existen procesos adherenciales, grandes tumoraciones uterinas, endometriosis o alteraciones anatómicas de las estructuras pélvicas, ya que ocasionan dificultades técnicas durante el procedimiento quirúrgico. El sangrado excesivo, es otro factor asociado, pues el pinzamiento y las suturas, deben ser aplicados de manera extensa para el control del sangrado. Así mismo, la literatura especializada refiere, que repetidas cesáreas, aumentan el riesgo de afectación a estructuras vecinas, pues causan adherencias y distorsión de la anatomía pélvica. Las repetidas cesáreas originan afectaciones ureterales en más del 45% de los casos, mientras que las causadas por histerectomía están cerca del 50%.

La afectación del domo vesical, se presenta frecuentemente durante la histerectomía abdominal; es decir, pese a una disección meticulosa, la afectación vesical puede ocurrir.

En ese sentido, las notas médicas indican que la paciente presentaba hemorragia transvaginal, que no había respondido satisfactoriamente a tratamiento médico, por ello, al persistir el sangrado y agregarse otra sintomatología (lipotimia, disnea y ataque al estado general), decidió acudir al hospital, donde se estableció que el origen del sangrado transvaginal era un mioma abortivo. El facultativo demandado, en su valoración inicial refirió que al momento de su exploración, la paciente presentaba tensión arterial 90/60 (hipotensión) y frecuencia cardíaca 102 por minuto (taquicardia), sangrado activo y continuo. Por ello, estimó necesaria la realización de exámenes de laboratorio y mejorar las condiciones generales en cuanto al estado de salud de la enferma, para efectuar el tratamiento quirúrgico (histerectomía total abdominal).

Esto demuestra que el demandado, cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, en la atención preoperatoria, pues realizó los estudios necesarios para establecer el diagnóstico y de manera previa a la intervención quirúrgica, inició manejo para corregir el volumen circulante, así como la anemia severa, según lo acreditan las notas médicas previas a la cirugía. De igual

forma, fue demostrado que el tratamiento quirúrgico estaba plenamente justificado para atender la patología que presentaba la enferma, quien de manera previa a la cirugía fue informada acerca del procedimiento a realizar, así como de los riesgos.

Atendiendo a la historia clínica, entre los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente se reportan tres embarazos, los cuales fueron resueltos mediante operación cesárea; es decir, existía antecedente de cirugías pélvicas, en las cuales la técnica quirúrgica implica separar la vejiga de la cara anterior del útero, y que al ser realizada en tres ocasiones, condiciona el desarrollo de procesos adherenciales y fibróticos de la vejiga hacia el útero. Esto es de importancia para el caso en estudio, tal y como se analizará más adelante. De igual forma, la historia clínica refiere un reporte de ultrasonido del 2 de mayo de 2008, el cual señaló la presencia de dos miomas uterinos, uno de ellos en el cérvix.

En este orden de ideas, en el presente caso, la miomatosis uterina se asoció a un evento hemorrágico mayor, crónico y agudo, que ocasionó anemia severa, como lo demuestra el estudio hematológico al ingreso hospitalario que reportó hemoglobina de 5.4 mg/dL (parámetros normales 12 a 14 mg/dL), además de un cuadro clínico de bajo gasto cardíaco, manifestado por palidez de tegumentos, ruidos cardíacos con reforzamiento del segundo ruido y soplo funcional, lo cual indicaba choque hipovolémico grado I-II. Por ello, la necesidad de transfusión era necesaria, así como la atención quirúrgica de la miomatosis uterina que generó el evento.

Las notas médicas acreditan que el facultativo demandado realizó histerectomía total abdominal, durante la cual ocurrió afectación del tracto urinario (lesión de vejiga), misma que fue reparada. Al respecto, la nota postquirúrgica de las 3:20 horas del 28 de junio de 2008, establece que al extraer la pieza quirúrgica, se presentó sangrado abundante de las arterias vaginales, siendo necesario aplicar ligadura del lado izquierdo. Así mismo, que se detectó lesión en pared posterior de la vejiga de 4 centímetros, la cual se reparó en tres planos con material de sutura, reportándose como hallazgos de la intervención: útero de 11 x 10 x 8 centímetros, mioma cervical de 5 centímetros protruyendo hacia vagina, orificio cervical externo borrado y dilatado; mioma que distorsionaba la anatomía de la región, vejiga muy adherida, tejidos sumamente lábiles que sangraban al mínimo estímulo.

Del expediente clínico se desprende, que existieron distintos factores, mismos que de manera conjunta, favorecieron la lesión vesical en la paciente, pues tenía antecedentes de cirugía pélvica previa (tres cesáreas), lo cual en términos de la literatura especializada es factor de riesgo, debido fundamentalmente a adherencias y fibrosis cicatrizal de los tejidos expuestos. Otros elementos importantes fueron la alteración y distorsión de la anatomía regional por miomatosis

uterina cervical, así como el sangrado excesivo a nivel de las arterias uterinas durante la histerectomía.

Por lo antes expuesto, no se observan elementos de mala práctica, atribuibles al facultativo demandado, pues la afectación del tracto urinario que presentó la paciente es un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico que realizó y que en el presente caso, se generó debido a los factores mencionados en el párrafo que antecede, los cuales originaron que la cirugía fuera de alta complejidad.

Más aún, durante el transoperatorio la lesión vesical fue identificada y tratada mediante cierre en tres planos, según lo demostró la nota postquirúrgica, no observándose irregularidades por cuanto a este rubro se refiere, pues la actuación del demandado se ajustó a lo establecido por la literatura médica generalmente aceptada. Así mismo, al finalizar la cirugía, el facultativo informó al familiar esta situación, como fue reconocido por la propia paciente en su queja.

De igual manera, el demandado estimó necesario el ingreso de la enferma a Terapia Intensiva para atenderla con razonable seguridad en el postoperatorio, siendo la evolución satisfactoria, según lo acreditan las notas médicas de la atención subsecuente.

Por lo antes expuesto, quedó demostrado que el demandado actuó conforme a lo establecido por la *lex artis* médica, cumpliendo las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.

Apreciaciones finales

- La cirugía efectuada estaba indicada atendiendo al cuadro clínico que presentaba la enferma.
- El hecho de tener cirugías previas como cesáreas de repetición, adherencias y alteraciones anatómicas en la zona vecina a la vejiga, aumentan notablemente el riesgo de complicaciones.

- En este caso, la lesión vesical fue riesgo inherente a la cirugía, en tanto la patología de base y los antecedentes quirúrgicos de la enferma; es decir, no fue ocasionada por mala práctica.
- La paciente presentó recuperación de la función del tracto urinario.

Referencias

1. De Cherney. Parto operatorio en: Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos, Ed. Manual Moderno, México. 2003: 582-586.
2. Lefebvre Y. Fibromyomes utérins. Editions Techniques — Encycl. Med. Chir. (Paris France), Gynecologie. En: Ginecología quirúrgica. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1993: 717-725.
3. Linde T. Fístulas vesicovaginales. En: Ginecología quirúrgica. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1993: 717-725.
4. Linde T. Histerectomía. En: Ginecología quirúrgica. Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1993: 608-645.
5. Vasavada S. Ureteral injury during gynecologic surgery. E Medicine. Mayo 2006.
6. Drake JG, Hoffman MS. Incidence and outcome of ureteral injuries in obstetrics and gynecology teaching program. Obstet Gynecol Surg 2001; 56: 545-547.
7. Aronson MP, Bose TM. Urinary tract injury in pelvic surgery. Clin Obstet Gynecol 2002; 45: 428-438.
8. Briceño P. Leiomioma vaginal. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 277-81.
9. Dewaay D. Natural history of uterine polyps and leiomyomata. Obst Gynecol 2002; 100(1): 3-7.
10. Dubois R. The effect of abnormal uterine bleeding on health related quality of life. Obstet Gynecol 2006; 107(Suppl 4): 23S.
11. Matteson K et al. Factors associated with increased charges for hysterectomy. Obstet Gynecol 2006; 107(5): 1057-1063.
12. Myers E. Management of uterine leiomyomata: What do we really know. Obstet Gynecol 2002; 100(1): 8-17.
13. Walach E. Uterine myomas: An overview of development, clinical features and management. Obstet Gynecol 2004; 104(22): 393-406.