

Demanda por mala *praxis* en el diagnóstico de apendicitis aguda

Caso de la CONAMED

Dra. María del Carmen Dubón Peniche*

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ofrece a la ciudadanía un proceso especializado para la resolución de controversias en materia de prestación de servicios de atención médica. En este espacio, aprovechamos estos casos, como una experiencia formativa para quienes trabajan en esta profesión.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

Una paciente refirió que, por presentar fiebre y dolor abdominal, asistió al Servicio de Urgencias del hospital demandado, donde se le indicó un tratamiento médico y se le citó para 48 h después. En la consulta de revaloración se le informó que no tenía nada. Sus síntomas empeoraron y asistió a otro hospital, donde le diagnosticaron apendicitis en fase III. Por ello, estima que existió negligencia por parte del primer hospital, ya que no se realizó el diagnóstico ni el tratamiento oportuno, lo que le ocasionó múltiples complicaciones.

RESUMEN CLÍNICO

El 13 de febrero de 2009, la paciente de 25 años de edad, asistió al Servicio de Urgencias del hospital demandado, donde refirió fiebre, disuria y dolor abdominal. La nota médica señala que presentaba una frecuencia cardiaca de 120 lpm, tensión arterial 120/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 16 rpm y temperatura de 39.5° C; en la exploración física se observó abdomen con peristaltismo adecuado y leve dolor a la palpación suprapúbica.

Exámenes de laboratorio: hemoglobina 12.3, leucocitos 4,400, neutrófilos 93, linfocitos 6, monocitos 2, bandas 0, plaquetas 292,000; examen general

de orina con pH 6.5, densidad 1,008, Nitritos (+), hemoglobina (++++), cetonas (+++), leucocitos 1-2, bacterias 79, eritrocitos 0-2.

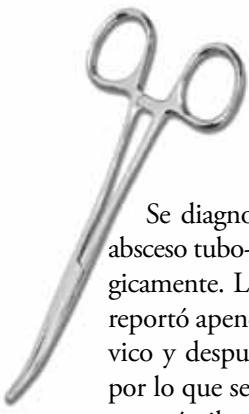
Diagnóstico: infección de vías urinarias. Se le indicó un tratamiento mediante ceftriaxona y metoclopramida.

La paciente egresó al día siguiente con una receta médica en la que se le indicó cefixima, paracetamol, metoclopramida y se le citó en 48 h.

El 16 de febrero de 2009 fue revalorada, sin embargo, no existe ninguna nota de dicha atención, sólo una receta médica en la cual se le indicó cefixima, contumax y trimebutina.

La sintomatología persistió, por lo que el 17 de febrero de 2009 consultó a un facultativo particular, quien le indicó una tomografía computarizada que reportó un absceso apendicular *vs* absceso tubo-ovárico. Ese mismo día ingresó a otro nosocomio, y en la exploración abdominal se reportó resistencia muscular; dolor a la palpación media y profunda en la fosa ilíaca derecha; Mc Burney, Capurro, obturador, psoas y rebote positivos; perístasis en parámetros normales. El laboratorio reportó leucocitosis (14,300) y neutrofilia (79.9).

*Arbitraje médico de los casos que se revisan en la CONAMED



Se diagnosticó apendicitis abscedada a descartar absceso tubo-ovárico, por ello fue intervenida quirúrgicamente. La nota postoperatoria del 18 de febrero reportó apendicitis en fase III, absceso en hueco pélvico y despulimiento de asas de intestino delgado, por lo que se efectuó un lavado de cavidad, apendicetomía, ileostomía y cierre distal de ileon. Las notas de seguimiento de los días 19 al 25 de febrero de 2009, refieren que su evolución fue satisfactoria, y egresó por mejoría el día 26 del mismo mes.

En el expediente clínico existe una nota postoperatoria del 25 de junio de 2009, la cual establece que se realizó el cierre de ileostomía sin complicaciones, con una evolución ulterior satisfactoria.

ANÁLISIS DEL CASO

En términos de la literatura especializada, la etiopatogenia de la apendicitis se atribuye a obstrucción de la luz apendicular, seguida de infección; la obstrucción puede estar dada por hiperplasia de folículos linfáticos, fecalito, cuerpo extraño, tumor, entre otros. En la luz apendicular se acumula moco y aumenta la presión intraluminal, por acción bacteriana el moco se convierte en pus, y se genera un aumento en la presión y obstrucción del flujo linfático, lo que lleva a edema apendicular, diapedesis bacteriana y úlceras mucosas; en este periodo la enfermedad se localiza en el apéndice y el dolor se refiere al epigastrio o la región umbilical, acompañándose de anorexia y náusea.

La persistencia en la presión intraluminal ocasiona obstrucción venosa, edema, isquemia del apéndice y diseminación bacteriana a través de la pared apendicular, con lo que se presenta apendicitis aguda supurativa, que involucra al peritoneo parietal y genera un desplazamiento del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. Después se desarrolla trombosis venosa y arterial con gangrena apendicular, infartos locales y perforación con dispersión del pus acumulado.

Mediante anatomopatología se pueden distinguir varios tipos de apendicitis en función de los hallazgos macroscópicos e histológicos. En la apendicitis simple, sólo existe edema y congestión de la mucosa; si el proceso evoluciona, aparecen erosiones y exudados que pueden tornarse hemorrágicos y constituyen la apendicitis flemonosa; posteriormente, se



Foto: Wax115

forman áreas de necrosis y destrucción de la pared (apendicitis gangrenosa); finalmente, al extenderse la necrosis, se perfora el fondo de saco, lo que da lugar a absceso o plastrón apendicular. La inflamación puede permanecer junto a las asas de intestino delgado, ciego y epiplón, o bien, extenderse y causar peritonitis difusa con múltiples abscesos intraperitoneales (pélvicos, subhepáticos y subdiafrágmaticos).

El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, entre sus manifestaciones se encuentran: dolor, náusea, vómito, hipersensibilidad abdominal y fiebre; sin embargo, en ausencia de otros signos, el dolor persistente en fosa ilíaca derecha, debe ser sugestivo de apendicitis aguda.

Habitualmente, el cuadro comienza con anorexia, dolor abdominal localizado a epigastrio o región periumbilical, seguido de náusea y vómitos que reflejan distensión apendicular; después, el dolor se desplaza al cuadrante inferior derecho, aumenta con los movimientos, al caminar y al toser. En la exploración física, generalmente existe taquicardia, puede encontrarse hipersensibilidad localizada, datos de irritación peritoneal y signos apendiculares positivos, entre ellos: el de rebote o Von Blumberg (dolor a la descompresión brusca del área apendicular), punto de Mc Burney (sensibilidad dolorosa a 2 tercios de la línea entre el ombligo y la cresta ilíaca antero-superior), signo de Rovsing (dolor en cuadrante inferior derecho, generado al palpar el cuadrante contralateral), signo de psoas (predomina cuando el apéndice

se localiza a nivel retrocecal), y la temperatura no es mayor de 38.5° C., a menos que existan complicaciones (perforación, absceso).

En el diagnóstico temprano de apendicitis los estudios de laboratorio son de escaso valor. Al evolucionar el padecimiento puede presentarse leucocitosis moderada de 11,000 a 12,000. La biometría hemática debe incluir un recuento diferencial, pues el desvío de estos elementos tiene mayor valor diagnóstico que el recuento total de leucocitos; la presencia de bandas inmaduras refleja un proceso inflamatorio, donde se debe valorar el tratamiento quirúrgico.

Las radiografías simples de abdomen pueden mostrar niveles hidroaéreos en el cuadrante inferior derecho, borramiento del psoas, aumento en la densidad de los tejidos blandos y, ocasionalmente, fecalitos. En casos atípicos, el ultrasonido tiene eficacia diagnóstica de 85 a 90% y es de utilidad para el diagnóstico diferencial. La apendicetomía, es el tratamiento de elección del cuadro apendicular.

Al interrogar al paciente, se debe anotar si empleó analgésicos, pues éstos enmascaran el cuadro clínico; si los recibió, es conveniente esperar hasta que pase el efecto y revalorarlo. También se debe preguntar acerca del uso previo de antibióticos, pues el paciente con apendicitis aguda que los recibió puede presentar pocos o ningún síntoma. Por esta razón, si se sospecha apendicitis no debe indicarse tratamiento hasta descartarla.

En el presente caso, el 13 de febrero de 2009, la paciente asistió al Servicio de Urgencias del hospital demandado por presentar dolor abdominal y fiebre, fue valorada por un médico residente de Medicina Interna, quien diagnosticó infección de vías urinarias e indicó un tratamiento.

Lo anterior demuestra que durante la atención se incumplieron las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues se diagnosticó infección de vías urinarias y se inició con antibiótico y analgésico, sin valorar debidamente a la paciente.

En efecto, la nota médica del 13 de febrero de 2009, acredita que ante el cuadro de dolor abdominal, se omitió explorar de manera suficiente a la enferma, y realizar la semiología del dolor; tampoco se efectuaron estudios de gabinete, y se apli-

có un tratamiento con antibiótico y analgésico, así como con un medicamento que aumenta el tránsito intestinal, contraviniendo lo establecido por la *lex artis* médica.

La literatura médica refiere que en los casos de dolor abdominal, debe realizarse un examen clínico cuidadoso para integrar el diagnóstico y reducir complicaciones, lo que no ocurrió en este caso: no se realizó semiología del dolor ni exploración abdominal. Además, no deben emplearse analgésicos ni antibióticos que modifiquen el cuadro clínico.

En términos de lo expuesto fue demostrada la mala *praxis* por negligencia en que incurrió el personal médico del demandado, al no diagnosticar ni tratar debidamente la patología de la paciente.

En su queja, ella indicó que se le dio una cita para revaloración, en la que se informó que todo estaba bien. El demandado en su informe médico manifestó que el 16 de febrero de 2009, la paciente refirió que no había podido evacuar y que en la exploración física se encontró abdomen ligeramente distendido, sin ningún dato de abdomen agudo; pero no demostró estas aseveraciones. Al contrario, reconoció que no existe una nota médica que avale esta consulta.

Este es un elemento más para tener por cierta la mala *praxis* por negligencia. La falta de notas médicas en el expediente demuestra un incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

En su informe, el demandado argumentó que continuó el tratamiento para infección de vías urinarias por el hallazgo del examen general de orina y que la paciente había tenido fiebre la primera vez que fue al hospital, por lo que le indicó un tratamiento para un probable trastorno funcional digestivo. En la receta médica del 16 de febrero de 2009 se indicó cefixima, Contumax (polietilenglicol) y trimebutina (regulador del tránsito intestinal). Esto también confirma la mala práctica al concretarse a indicar tratamiento en desapego a lo establecido por la *lex artis*.

Debido a la negligencia del personal médico, justificadamente la paciente consultó otros facultativos y, por persistencia del cuadro clínico, un médico particular diagnosticó absceso abdominal. Fue intervenida quirúrgicamente en un hospital distinto



al demandado, donde se realizó lavado de cavidad, apendicectomía, ileostomía y cierre distal de ileon.

El expediente clínico del hospital citado, refiere que la paciente ingresó con dolor en la fosa ilíaca derecha, y se integró un diagnóstico de apendicitis complicada. En la cirugía se encontró: plastrón a nivel del mesogastrio y hueco pélvico con salida de líquido purulento y fétido, comprometiendo al apéndice, las asas de ileon, y al recto sigmoides. Se drenó el absceso, se lavó cavidad, se realizó la apendicetomía, así como el cierre primario de zonas de despulimiento de asa del ileon. Se efectuó el cierre distal de ileon e ileostomía, abocándose estoma en flanco derecho. Según la nota postoperatoria, el diagnóstico fue apendicitis en fase III, absceso en hueco pélvico, despulimiento de asas de intestino delgado (ileon) y recto. El estudio histopatológico fue concluyente al reportar apendicitis aguda fibrinopurulenta y periapendicitis aguda fibrinopurulenta.

La evolución de la paciente fue satisfactoria y fue dada de alta por mejoría. La nota postoperatoria del 25 de junio de 2009, acredita que se realizó el cierre de ileostomía sin complicaciones, y la evolución fue satisfactoria.

APRECIACIONES FINALES

La apendicitis aguda es una patología muy frecuente que amerita tratamiento quirúrgico; su diagnóstico es esencialmente clínico basado en síntomas y signos, donde el dolor es el principal elemento. El interrogatorio y la exploración física son insustituibles en la valoración del paciente, y el diagnóstico incorrecto o el retraso en su integración permiten que el padecimiento evolucione y se presenten complicaciones.

En el presente caso se demostró que el personal médico que atendió a la paciente en el hospital demandado incurrió en mala práctica por negligencia, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba.

Se requirió la atención de otros facultativos debido a las omisiones del demandado.

No se realizaron pronunciamientos de la atención brindada por facultativos distintos al demandado, al no ser parte en la controversia.

RECOMENDACIONES

En la atención de pacientes con dolor abdominal debe realizarse un estudio integral (principalmente interrogatorio sobre las características del dolor y antecedentes patológicos); exploración física completa, estudios básicos de laboratorio y gabinete, y su correlación clínica. La realización del diagnóstico diferencial es fundamental para tener mayor certeza diagnóstica.

Las mujeres en edad reproductiva deben estudiarse con mayor acuciosidad para descartar algún evento gineco-obstétrico.

Atender la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento de residencias médicas, que establece que durante su adiestramiento los médicos residentes deben participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los galenos adscritos a la unidad médica.

Actuar en apego a los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 referente a la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Birkhahn RH, Briggs M, Datillo PA, et al. Classifying patients suspected of appendicitis with regard to likelihood. *Am J Surg.* 2006 Apr;191: 497-502.
- Chapron C, et al. Dolor pélvico agudo en la mujer: orientación diagnóstica y conducta a seguir. *Enciclopedia Médico Quirúrgica* 102-A-15. *Gynecologie* 1998. p. 8.
- CONAMED. Recomendaciones Específicas para el Manejo del Síndrome Doloroso Abdominal en los Servicios de Urgencias. México, noviembre 2008.
- Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. *Med Clin North Am.* 2006;90:481-503. Review.
- Mazeh H, Epelboym I, Reinherz J, et al. Tip appendicitis: clinical implications and management. *Am J Surg.* 2009;197:211-5. Epub 2008 Sep 11.
- Jones AE, Phillips AW, Jarvis JR, et al. The value of routine histopathological examination of appendectomy specimens. *BMC Surg.* 2007;10:7-17.
- Lin CJ, Chen JD, Tiu CM, et al. Can ruptured appendicitis be detected preoperatively in the ED? *Am J Emerg Med.* 2005; 23: 60-6.
- Rybkin AV, Thoeni RE. Current concepts in imaging of appendicitis. *Radiol Clin North Am.* 2007;45:411-22.
- Sabiston DC. Apendicitis. *Principios de Cirugía. Capítulo Intestino Delgado Tomo II.* p. 1033-938.