

Es atribución de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) resolver las controversias que le sean planteadas, cuando éstas se refieran a negativa del servicio médico o irregularidades en su prestación.



Foto: Miguel Saavedra

# Complicaciones de lipectomía

Caso de la CONAMED

*María del Carmen Dubón Peniche\**

### SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente refirió que el demandado realizó lipectomía, después de la cual la herida quirúrgica se abrió espontáneamente y la volvió a suturar. Posteriormente ingresó a quirófano para limpieza de la herida, la cual continuó abierta, por lo que aplicó grapas, pero éstas se cayeron, y le informó que cerraría por segunda intención.

Por presentar absceso, fiebre y dolor, ella consultó a otro facultativo, quien identificó un cuerpo extraño (Penrose) que fue olvidado negligentemente por el demandado, por lo que fue necesaria su extracción mediante cirugía.

### RESUMEN CLÍNICO

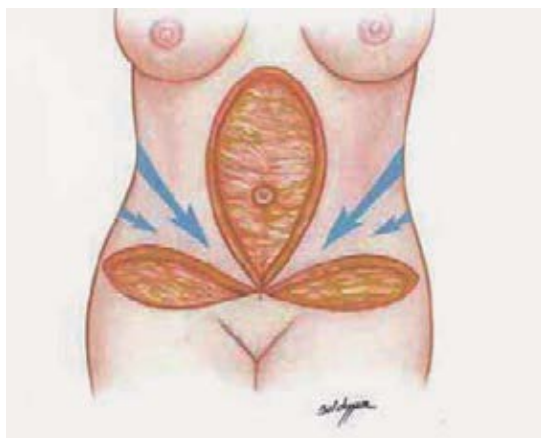
El 3 de octubre de 2009 la paciente consultó al demandado pues deseaba mejorar su apariencia, en la exploración física encontró abdomen globoso por panículo adiposo, peristalsis presente, sin visceromegalias. El diagnóstico fue obesidad mórbida, y el plan de tratamiento, lipectomía abdominal.

La nota operatoria indica que se infiltró con solución vasoconstrictora, solución Hartmann, xylocaína simple y adrenalina; se efectuó incisión suprapúbica hasta crestas ilíacas, disección supramuscular hasta apéndice xifoides y parrilla costal, resección de piel redundante, reimplante umbilical, rafia de músculos rectos, sutura en 2 planos, aplicación de Drenovac bilateral, vendaje abdominal. Abdominoplastía sin complicaciones ni accidentes. La paciente ingresó al área de recuperación en buen estado general. El 4 de octubre fue dada de alta por mejoría; se le indicó ciprofloxacino y ketorolaco.

En consulta externa, el demandado valoró a la paciente el 10 de octubre, y se reportó que la cicatriz estaba abierta por tensión, por lo que se colocaron puntos de afrontamiento. El 13 de octubre presentaba zonas abiertas, y le indicó continuar con el antibiótico y se agregó ketanserina en pomada.

El 17 de octubre se retiró el Drenovac y se re-

\*Titular de la Dirección de Sala Arbitral. CONAMED.



suturó. El día 22 se reportó herida abierta 60%, exudado y bordes necróticos, por ello se realizó limpieza quirúrgica y sutura de la herida el 24 de octubre, se indicó ceftriaxona y metronidazol por 5 días.

El demandado atendió a la paciente los días 27, 28 de octubre, 3, 7 y 8 de noviembre de 2009, encontrándose la herida abierta 40%, por ello aplicó grapas de acero inoxidable, mismas que fueron retiradas el 6 de diciembre, reportándose buena evolución.

El 7 de enero de 2010, la paciente manifestó que tenía enrojecimiento en abdomen, lo cual se atribuyó al uso de la faja.

La paciente consultó a otro facultativo, quien indicó ultrasonido de pared abdominal, que reportó abscesos subcutáneos en pared abdominal supraumbilical y paraumbilical izquierdo, probable cuerpo extraño.

Por lo anterior, fue intervenida quirúrgicamente; la nota postoperatoria del 30 de enero señala que presentaba cicatriz quirúrgica reciente, aún con sutura, induración en hemiabdomen izquierdo de 10 × 5 cm, salida de material purulento supraumbilical. Se realizó incisión transversal de 5 cm, disección de tejido celular subcutáneo hasta localizar absceso con salida de material purulento (30 ml) y se extrajo Penrose de 1 in × 20 cm de longitud; se realizó lavado mecánico; se colocó apósito y vendaje de abdomen, dándose por terminada la cirugía.

La paciente egresó del hospital al día siguiente (31 de enero), afebril, con signos vitales dentro de parámetros normales, y evolución satisfactoria.

## ANÁLISIS DEL CASO

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

Atendiendo a la literatura especializada, la abdominoplastia (lipectomía) es un procedimiento quirúrgico orientado fundamentalmente a corregir la flacidez de la piel abdominal y mejorar el contorno corporal.

En relación a la infección de herida quirúrgica, ésta usualmente se manifiesta entre el quinto y décimo día de postoperatorio. Clínicamente puede existir fiebre, dolor en la herida, edema local, suturas de piel a tensión, y leucocitosis. A la palpación cuidadosa de la herida, pueden localizarse zonas fluctuantes con salida de material purulento a la compresión suave.

El diagnóstico se confirma si el cultivo del material que drena o se punciona es positivo, si existen datos universales de inflamación (dolor, tumefacción localizada, enrojecimiento o calor), si se palpan áreas firmes o fluctuantes con crepitación e hipersensibilidad. El tratamiento básico consiste en abrir la herida, permitir el drenaje de la secreción y esperar que una vez controlado el proceso infeccioso, la herida cierre por segunda intención, pues los antibióticos por sí solos no disminuyen el proceso infeccioso.

Respecto a los drenajes abdominales, la literatura especializada refiere que la mayoría son profilácticos, es decir, tienen como objetivo principal evitar el desarrollo de colecciones y permitir identificación precoz de complicaciones. El Penrose, es un tubo de caucho blando y aplanado; cuando se emplea, debe sujetarse a la piel mediante punto de sutura. Su retiro debe ser progresivo, al quitarse el punto de sutura, debe colocarse imperdible de seguridad, a fin de evitar que el drenaje migre.

Ahora bien, el olvido de material quirúrgico después de una operación puede ocasionar alteraciones importantes. Según la literatura médica, 80% de los cuerpos extraños olvidados en el organismo corresponden a textilomas, el resto está integrado por instrumentos metálicos y por los tubos utilizados para drenaje.

La historia natural del cuerpo extraño retenido en el organismo es la expulsión espontánea a tra-

vés de la zona que ofrece menor resistencia. En fases tempranas, este proceso se acompaña de contaminación bacteriana y forma absceso o herida exudativa; el organismo intenta mandar al exterior el cuerpo extraño. En estadios prolongados el cuerpo extraño produce encapsulación inflamatoria como respuesta a la reacción fibrosa ocasionada, y se comporta como pseudotumoración, la cual puede involucrar órganos o estructuras vecinas.

El diagnóstico debe fundamentarse en los datos clínicos y estudios de imagenología, las radiografías simples pueden orientar el diagnóstico sólo si el cuerpo extraño contiene material radiopaco; el ultrasonido permite definir la naturaleza sólida o líquida del cuerpo extraño y su volumen. La tomografía ayuda a corroborar el diagnóstico y descarta otras patologías. El tratamiento es quirúrgico: extracción del cuerpo extraño, drenaje del contenido purulento y manejo de las alteraciones acompañantes, como pueden ser fistulas.

En este caso, el demandado realizó lipectomía el 3 de octubre de 2009; la nota operatoria establece que no existieron complicaciones ni accidentes transoperatorios.

El 4 de octubre la paciente fue dada de alta por mejoría; sin embargo, el médico no reportó las condiciones de su estado de salud. Es decir, el expediente clínico no contiene notas médicas de la evolución postoperatoria ni de las condiciones clínicas de la paciente al egreso del hospital.

En ese sentido, no demostró que su atención postoperatoria se ajustara a lo establecido por la *lex artis* médica.

De las notas de consulta externa, se desprende que el 10 de octubre, la paciente presentaba cicatriz abierta por tensión, por lo cual se colocaron puntos de afrontamiento. El 13 de octubre, se reportan zonas abiertas, y el día 17 presentaba puntos de aproximación abiertos, por lo que el demandado volvió a suturar y retiró el Drenovac.

La nota del 22 de octubre refiere que la herida estaba abierta parcialmente (60%) con exudado y bordes necróticos. También se reporta que el 24 de octubre, se efectuó desbridación de bordes de la herida quirúrgica y sutura.

Sobre esto, hay que señalar que el facultativo no



demonstró sus afirmaciones, no aportó pruebas para demostrar que la segunda cirugía se efectuara conforme a lo establecido por la *lex artis*.

Abundando en esto, él debía acreditar lo que afirmó, esto es, que la segunda cirugía estaba indicada y que se efectuó sin complicaciones, pero no lo hizo. Por el contrario, se demostró que la evolución ulterior de la paciente no fue satisfactoria, en razón a que presentó complicaciones derivadas de la atención del demandado.

En esos términos, se encuentran elementos de mala práctica, por negligencia, atribuibles a dicho facultativo.

De las constancias médicas, se desprende que en la atención subsecuente, el demandado no identificó la causa de las complicaciones que presentaba la paciente. En efecto, si bien es cierto que en sus notas de consulta refiere buena evolución, también lo es que éstas no son concluyentes para demostrar que la evolución de la paciente no era satisfactoria, pues las mismas establecen que existían puntos abiertos, herida abierta al 40%, así como la necesidad de aplicar grapas de acero inoxidable. Más aún, la nota médica fechada el 7 de enero señala que la paciente informó que presentaba enrojecimiento en abdomen, lo cual se atribuyó al empleo de faja; sin embargo, no se efectuó ningún diagnóstico auxiliar.

Esto acredita que el demandado incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, en razón a que se concretó a manejar el problema exudativo y persistente de la herida quirúrgica,



Foto: Melodi

sin realizar los estudios necesarios para determinar su origen. Esto es un elemento más, para tener por cierta, la mal *praxis* en que incurrió.

Por lo anterior, la paciente consultó a otro facultativo, quien realizó ultrasonografía abdominal, que reportó absceso subcutáneo supraumbilical, así como imagen sugestiva de cuerpo extraño, por ello el 30 de enero fue intervenida quirúrgicamente. La nota postoperatoria, establece que se efectuó drenaje de absceso subcutáneo (salida de material purulento 30 ml), así como extracción de Penrose, calibre una pulgada, por 20 centímetros de longitud.

Después de la citada cirugía, la paciente mejoró, y egresó del hospital el 31 de enero de 2010.

### APRECIACIONES FINALES

Quedó demostrado que la paciente fue intervenida quirúrgicamente por otro facultativo, debido a la mala práctica del demandado, y fue necesario extraer cuerpo extraño (Penrose) y drenar el absceso que presentaba.

La decisión de consultar a otro facultativo para la atención subsecuente estaba plenamente justificada, ante las omisiones observadas por el demandado.

La atención ulterior brindada, se incluyó para el análisis integral del caso; sin embargo, no se efectuaron pronunciamientos al respecto, pues no fue controvertida.

### RECOMENDACIONES

La retención de material quirúrgico ocasiona importante morbilidad, por ello se deben extremar las medidas de seguridad antes de terminar la cirugía.

Se debe valorar detenidamente la necesidad real y el empleo del drenaje idóneo, así como su correcto manejo postoperatorio.

Para valorar integralmente el acto médico, se debe identificar si se cumplieron las obligaciones de medios (diagnóstico, tratamiento, seguridad, resultados) en términos de la *lex artis*.

La *lex artis* médica, se refiere al conjunto de procedimientos, técnicas y reglas generales de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, que siempre debe valorarse conforme a las circunstancias del caso (modo, tiempo, lugar).

En las obligaciones de medios, el médico compromete observar una conducta diligente (brindar la atención), mediante la cual debe procurar el restablecimiento de la salud del paciente. ●

### BIBLIOGRAFÍA

- Carvajal BJ, et al. Material quirúrgico retenido tras cirugía abdominal: importancia clínica y recomendaciones preventivas. *Mapfre Medicina*. 2005;16(4).
- Chaouat M, Levan P, Lalanne B, et al. Abdominal dermolipectomies: Early postoperative complications and long-term unfavorable results. *Plast Reconstr Surg*. 2000;106:1614-8.
- Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, et al. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003;348:229-35.
- Gibbs VC, McGrath MH, Russell TR. The prevention of retained foreign bodies after surgery. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 2005;90:12-14, 56.
- Jeroen H, Welker P, Moshe K. Complications of abdominoplasty in 86 patients *Plastic Reconstr Surg*. 2001;107:1869-73.
- Kim J, Stevenson TR. Abdominoplasty, liposuction of the flanks and obesity; analyzing risk factors for seroma formation. *Plastic Reconstr Surg*. 2006;117:773-9.
- Lauwers PR, Van Hee RH. Intraoperative gossypibomas: The need to count sponges. *World J Surg*. 2000;24:521-7.
- Rajagopal KV, et al. Radiological quiz-abdomen. *Ind J Radiol Imag*. 2002;12:129-30.
- Reno D, Lobb J. Recommended practices for sponge, sharp, and instrument counts. AORN Recommended Practices Committee. En: 2000 standards, recommended practices and guidelines: with official AORN statements. Association of operating room nurses: Denver, Colorado; 2000. p. 213-219.
- Stawicki SP, Seamon MJ, Martin ND, et al. Retained surgical foreign bodies: A synopsis. *Scientist* 2008;2(2):1-6.