

La *lex artis* como criterio valorativo en atención ginecológica

Caso de la CONAMED

*Maria del Carmen Dubón Peniche^a, Laura Alejandra Mendoza Larios^b,
María Eugenia Romero Vilchis^c*



Foto Archivo

El modelo de atención de inconformidades médicas de CONAMED, privilegia que las partes en conflicto, puedan resolver sus diferencias a través de medios alternos especializados, arraigando una cultura de entendimiento social.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente refirió que en junio de 2010 se realizó una intervención quirúrgica debido a miomatosis, y durante esta le fue resecado el ovario derecho sin su autorización. Dijo que el procedimiento, lejos de solucionar el problema hemorrágico-vaginal, lo incrementó, por lo que fue necesario acudir con un especialista, quien informó que no le habían realizado operación alguna y que ameritaba histerectomía.

RESUMEN CLÍNICO

Femenino de 31 años de edad, con antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 12 años, ritmo irregular, 2 embarazos, 2 cesáreas, 0 partos, 0 abor-

tos, el 30 de abril de 2010 se realizó ultrasonido pélvico-ginecológico que reportó útero con fibromiomas uterina, miomas intramurales de medianos y pequeños elementos, uno de ellos desplazando al endometrio en sentido anterior; imagen localizada hacia región infraumbilical dependiente del tejido celular subcutáneo sugestiva de hernia de pared frente a fibrolipoma; ovario izquierdo poliquístico; ovario derecho con características ecográficas normales.

El 26 de mayo del mismo año, la biometría hemática reportó hemoglobina, 11.8; hematocrito, 36.0; leucocitos, 4,300; segmentados, 70.0; bandas, 0; linfocitos, 21.0; monocitos, 7.0; eosinófilos, 2.0; basófilos, 0; neutrófilos absolutos, 3.0; linfocitos absolutos, 0.9; monocitos absolutos, 0.3; eosinófilos absolutos, 0.1; basófilos absolutos, 0; plaquetas, 258,000. Tiempo de sangrado, 2 min; tiempo de protrombina, 11.3; testigo, 11.3; porcentaje de actividad, 100; INR, 1; TTPA, 29.

^aDirección de la Sala de Arbitraje. CONAMED. México, DF.

^bFacultad de Medicina. UNAM. México, DF.

^cSubdirección jurídica de la Sala Arbitral. CONAMED. México, DF.

El 8 de junio de 2010, ingresó al hospital para la realización de laparotomía exploradora. En la hoja quirúrgica, el facultativo demandado señaló diagnóstico pre y postoperatorio: cistoadenoma de ovario izquierdo más oclusión tubaria bilateral. Se reportó que previa asepsia y antisepsia de abdomen y colocación de campos, se realizó incisión tipo Pfannenstiel, disecando por planos hasta encontrar útero y localizar la fimbria izquierda, se encontró cistoadenoma de ovario izquierdo y se realizó cuña en dicho ovario. Se efectuó ooforectomía tubárica bilateral tipo Krone (sic) y se verificó hemostasia. Hallazgos: cistoadenoma de ovario izquierdo, fimbrectomía bilateral.

Al día siguiente, el demandado la reportó asintomática, que toleraba la vía oral, con abdomen despresible, herida quirúrgica limpia, peristalsis presente, y el 10 de junio de 2010, fue dada de alta; la nota de egreso hospitalaria señaló: pulso, 80 por min; presión arterial, 110/70, respiración, 20 por min; temperatura, 36° C. Diagnósticos: quiste de ovario izquierdo/paridad satisfecha. Se indicó reposo relativo, dieta normal, vendaje abdominal, ketorolaco 10 mg cada 8 h por 5 días y ampicilina 500 mg cada 8 h por 7 días y cita en 8 días.

El 18 de junio de 2010, se retiraron los puntos de sutura y el demandado indicó Recoverón crema una vez al día. Asimismo, el 25 de junio prescribió parecoxib sódico intramuscular cada 12 h y butihioscina/metamizol intramuscular cada 12 h. El 9 de julio de 2010, el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reportó como diagnósticos: cuña de ovario izquierdo, cuerpo lúteo hemorrágico.

El facultativo demandado atendió a la paciente los días 14 de julio y 25 de octubre de 2010, indicando garamicina grageas una diaria por 20 días, ibuprofeno 600 mg cada 12 h por 7 días.

Por hiperpolimenorrea, la paciente consultó facultativo distinto al demandado, quien indicó biometría hemática que reportó hemoglobina 8.9 g/dL, hematocrito 25.4. Así mismo, se realizaron diversos estudios, reportándose el 29 de enero de 2011, colposcopia con lesión intraepitelial cervical de alto grado probable fase transformante. Citología en base líquida: cervicitis crónica. Vaginosonografía: ausencia quirúrgica de ovario dere-

La paciente refirió que en junio de 2010 se realizó una intervención quirúrgica debido a miomatosis, y durante esta le fue resecado el ovario derecho sin su autorización. Dijo que el procedimiento, lejos de solucionar el problema hemorrágico-vaginal, lo incrementó, por lo que fue necesario acudir con un especialista, quien informó que no le habían realizado operación alguna y que ameritaba histerectomía.

cho; ovario izquierdo de 3.04 × 2.19 cm, con 2 formaciones quísticofoliculares de 1.69 y 1.37 cm respectivamente. Fondos de saco libres. Hidrosonografía: cérvix incompetente en orificio cervical interno, endometrio basal tipo proliferativo inicial con espesor de 0.28 cm, cavidad uterina ocluida casi en su totalidad con gran formación de aspecto polipoideo de 7.39 × 2.05 con base de implantación en cara posterior lateral izquierda.

El 14 de febrero de 2011, con diagnósticos preoperatorios de sangrado uterino anormal, síndrome anémico secundario, miomatosis uterina sintomática, poliposis endometrial múltiple, se realizó histerectomía total abdominal, encontrándose durante la intervención quirúrgica granuloma de pared (endometrioma), útero en anteversión de 12 × 12 × 10, ausencia quirúrgica de ovario derecho, hidrosalpinx derecho, salpinge y ovario izquierdo firmemente adheridos a colon izquierdo. El sangrado fue de 400 cm³, por lo que se transfundió paquete globular y en el postoperatorio se indicaron hematínicos.

El estudio histopatológico reportó hipertrofia miometrial difusa, adenomiosis florida, endometrio proliferativo complejo; cérvix con lesión intraepitelial de bajo grado asociada a infección por



Foto: Archivo

Los quistes funcionales no neoplásicos, son tumoraciones que no poseen capacidad de crecimiento propia. Los más comunes son los quistes foliculares y del cuerpo lúteo. Se deben a falla en la regresión del folículo o del cuerpo amarillo. Normalmente después de la ovulación, en los quistes luteínicos la sangre se acumula en la cavidad central, formando el cuerpo hemorrágico y en la gran mayoría de los casos, se produce regresión espontánea. En ocasiones un quiste del cuerpo lúteo puede medir entre 3 y 8 cm; al romperse, la sangre drena hacia la cavidad abdominal y produce un cuadro de abdomen agudo. Estos quistes son benignos, de tipo funcional.

virus del papiloma humano, cervicitis quística crónica; pared abdominal endometrioma.

La evolución fue satisfactoria, por ello fue egresada a su domicilio el 17 de febrero de 2011.

ANÁLISIS DEL CASO

Para su estudio, se estiman necesarias las siguientes precisiones:

La literatura especializada menciona que los quistes funcionales no neoplásicos, son tumoraciones que no poseen capacidad de crecimiento propia. Los más comunes son los quistes foliculares y del cuerpo lúteo. Se deben a falla en la regresión del folículo o del cuerpo amarillo. Normalmente después de la ovulación, en los quistes luteínicos la sangre se acumula en la cavidad central, formando el cuerpo hemorrágico y en la gran mayoría de los casos, se produce regresión espontánea. En ocasiones un quiste del cuerpo lúteo puede medir entre 3 y 8 cm; al romperse, la sangre drena hacia la cavidad abdominal y produce un cuadro de abdomen agudo. Estos quistes son benignos, de tipo funcional.

Las neoplasias del epitelio celómico, incluyen una variedad de tumores ováricos verdaderos, entre ellos el cistoadenoma, el cual tiene cierta po-

tencialidad maligna y en 20 a 30% de los casos es bilateral. Su tamaño es muy variable, desde pocos cm hasta grandes tumores pélvicos. La mayoría son multiloculados y su contenido varía de acuerdo a su estirpe histológica (seroso, mucinoso, endometriode). Generalmente aparecen entre los 20 y 50 años de edad.

Por su parte, la adenomiosis consiste en la presencia de glándulas endometriales y estroma en el miometrio, distribuidas al azar, de localización variada: superficial, profunda, focal, difusa o extensa. Su etiología y mecanismo patológico se relaciona con concentraciones elevadas de estrógenos. Suele aparecer en multíparas mayores de 30 años, puede ser asintomática o acompañarse de menorragia y dismenorrea progresivas.

Se trata de una enfermedad no maligna, de diagnóstico casi siempre retrospectivo; es decir, se encuentra como hallazgo en 8 a 40% de úteros obtenidos por histerectomía. Contribuyen al diagnóstico clínico la histerosalpingografía y el ultrasonido vaginal, así como la resonancia magnética, que muestran hiperplasia del miometrio, nódulos, endometrio engrosado y quistes o focos hemorrágicos en el músculo uterino. El tratamiento de adenomiosis es la histerectomía, la cual permite establecer el diagnóstico de certeza mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

En relación a los pólipos endometriales, es necesario mencionar que en términos de la literatura especializada, se trata de tumores de tejido que sobresalen de las estructuras circunvecinas sanas del endometrio. Son tumores ovoides, lisos, color rojizo o pardo, más frecuentes entre los 29 y 59 años. Pueden ser aislados o múltiples, pediculados o sésiles y su tamaño varía de 1 a 2 mm de diámetro, hasta tumores que llenan la cavidad uterina.

Los pólipos suelen sufrir una transformación maligna, se manifiestan fundamentalmente por menorragia recurrente con útero de tamaño normal. El diagnóstico fundamentalmente es por histeroscopia. El tratamiento debe valorarse conforme al cuadro clínico de cada paciente, pues éste puede ser mediante histerectomía, extirpación del pólipos por torsión del pedículo, o bien, legrado fraccionado, debido a su relación con carcinoma endo-

Quedó demostrado que el facultativo demandado incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención de la paciente, pues no la estudió de manera previa a la intervención, con lo que incurrió en mala práctica por negligencia.

El estudio histopatológico fue concluyente al establecer que el ovario izquierdo presentaba cuerpo lúteo hemorrágico; es decir, se confirmó la inexistencia del cistoadenoma aducido por el demandado.

metrial. Cabe mencionar que mediante el legrado puede existir recurrencia.

En el presente caso, la paciente fue operada por el facultativo demandado, y se estableció en la hoja quirúrgica un diagnóstico preoperatorio de cistoadenoma de ovario izquierdo más oclusión tubaria bilateral, por lo que se programó laparotomía exploradora. Durante el procedimiento quirúrgico, el demandado refiere que encontró cistoadenoma del ovario izquierdo, por lo cual realizó cuña de éste, así como fimbriectomy bilateral, según lo acreditó la hoja quirúrgica.

Ahora bien, en el juicio quedó demostrado que el demandado no estudió suficientemente a la paciente antes de efectuar la cirugía, pues no aportó notas de consulta previa a la intervención quirúrgica, historia clínica, ni estudios complementarios que sustentaran el diagnóstico de cistoadenoma.

Sobre el particular, el reporte de ultrasonido pélvico fechado el 30 de abril de 2010 es concluyente al señalar que la paciente presentaba útero con fibromiomas uterina con presencia de miomas intramurales de medianos y pequeños elementos, uno de ellos desplazaba al endometrio en sentido

Las causas de tumores pélvicos, varían según la edad de la mujer, de ahí la importancia de realizar una historia clínica completa, una exploración física detallada, así como emplear los medios de laboratorio y gabinete apropiados, conforme al cuadro clínico.

anterior; imagen localizada hacia región infraumbilical dependiente del tejido celular subcutáneo sugestiva de hernia de pared frente a fibrolipoma; ovario izquierdo poliquístico; ovario derecho de características ecográficas normales. En ese sentido, dicho estudio acredita que la paciente no presentaba el cistoadenoma ovárico referido por el demandado, pese a lo cual efectuó resección en cuña, actuando en desapego a lo establecido por la *lex artis* especializada.

Así, quedó demostrado que el facultativo demandado incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en la atención de la paciente, pues no la estudió de manera previa a la intervención, incurriendo en mala práctica por negligencia.

El estudio histopatológico fue concluyente al establecer que el ovario izquierdo presentaba cuerpo lúteo hemorrágico; es decir, se confirmó la inexistencia del cistoadenoma aducido por el demandado.

Más aun, si se atiende a la literatura de la especialidad, el cuerpo lúteo hemorrágico se reabsorbe de manera espontánea y generalmente no requiere tratamiento quirúrgico, lo cual es un elemento más, para tener por cierta la negligencia observada por el demandado.

El demandado en su hoja quirúrgica omitió describir las características del ovario izquierdo (aspecto, dimensiones, consistencia, etc.) y del ovario contralateral, exploración obligada ante la presencia de cualquier tumor ovárico; también omitió reportar las características del útero.

El demandado rindió informe médico, el cual lejos de favorecerle aportó elementos para tener por

cierta su negligencia, pues reconoció que la paciente informó telefónicamente que presentaba hipermenorrea, por ello indicó tratamiento, incurriendo nuevamente en mala práctica, pues ni siquiera la valoró clínicamente para identificar la causa del sangrado transvaginal, lo cual acredita incumplimiento de las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento. De igual forma, el demandado afirmó que en más de 2 ocasiones indicó tratamiento vía telefónica, pese a que la evolución de la paciente no era satisfactoria.

El demandado también manifestó, que solicitó ultrasonido pélvico y biometría hemática; sin embargo, no demostró su realización, pues como se ha venido razonando en este análisis, no estudió ni trató debidamente la patología que presentaba la paciente, quien evolucionó desfavorablemente y presentó hiperpolimenorrea, lo que ocasionó anemia severa.

Debido a la negligencia observada por el demandado, la paciente, de forma justificada, optó por atenderse con otro facultativo, quien indicó estudios de laboratorio clínico y gabinete (biometría hemática, colposcopia, colpocitología, vaginosonografía, hidrosonografía, entre otros), y realizó tratamiento quirúrgico.

El informe del médico que brindó la atención subsecuente establece que la paciente presentaba hiperpolimenorrea. Asimismo, que con diagnóstico preoperatorio de miomatosis uterina de medianos elementos, poliposis endometrial múltiple y síndrome anémico secundario, realizó hysterectomía total abdominal, liberación de adherencias y excéresis de granuloma de pared.

Por su parte, el reporte de estudio histopatológico del 3 de abril de 2011, establece diagnósticos de útero con hipertrofia miometrial difusa, adenomiosis florida, endometrio proliferativo complejo, cérvix con lesión intraepitelial de bajo grado asociada a infección por virus del papiloma humano, cervicitis quística crónica. Pared abdominal con endometrioma.

En ese sentido, el citado estudio histopatológico demuestra que la paciente presentaba adenomiosis (la cual es generadora de sangrado uterino anormal). Así mismo, que el tratamiento quirúrgi-

co efectuado (histerectomía) estaba justificado.

Por otra parte, la paciente en su queja, manifestó que se resecó el ovario derecho sin autorización. Al respecto, el demandado en su informe médico manifestó que nunca tocó el ovario derecho y mucho menos lo extirpó sin consentimiento. Sin embargo, la vaginosonografía efectuada el 29 de enero de 2011, reportó ausencia quirúrgica de ovario derecho, lo cual fue confirmado durante la intervención quirúrgica realizada por facultativo distinto al demandado, así lo acreditaron la hoja quirúrgica, y la nota postoperatoria de dicha cirugía, al establecerse en ambas la ausencia de ovario derecho.

Por lo antes expuesto, quedó demostrado que el facultativo demandado incurrió en mala práctica por negligencia.

De igual manera, el médico demandado incumplió lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.

En este asunto, es importante recordar, que uno de los mínimos de calidad y de atención profesional y éticamente responsable exigidos en el ejercicio médico, es que todo paciente debe tener un expediente clínico y en él deben registrarse, en términos de la *lex artis* los actos médicos realizados; las notas de evolución del paciente, en su caso, las notas deliberativas del personal médico; las notas de enfermería; los resultados obtenidos mediante el concurso de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y, en general, la información clínica inherente al caso y también agregarse el conjunto de documentos inherentes a la relación jurídica médico-paciente.

APRECIACIONES FINALES

La paciente demostró la mala práctica del demandado, y que debido a sus omisiones fue necesaria la atención de otro médico.

La *lex artis*, entendida como el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, establece los medios ordinarios para la atención médica y los criterios valorativos para su empleo.

La emisión y conservación del expediente clínico es obligatoria en términos de lo que especialmente previenen el artículo 51 de la Ley General

de Salud, los artículos 9 y 32 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

No se realizaron pronunciamientos respecto de la atención ulterior, brindada a la paciente por facultativo distinto al demandado, pues no fue controvertida, sólo se incluyó para el análisis integral del caso.

RECOMENDACIONES

Las causas de tumores pélvicos, varían según la edad de la mujer, de ahí la importancia de realizar una historia clínica completa, una exploración física detallada, así como emplear los medios de laboratorio y gabinete apropiados, conforme al cuadro clínico.

Los profesionales de la salud deben actualizar sus conocimientos permanentemente y emplear todos los medios diagnóstico-terapéuticos en beneficio del enfermo, prevaleciendo siempre el criterio científico.

Las acciones que se realizan sin la pericia suficiente, o bien, sin la diligencia que obliga el deber de cuidado a cargo del profesional médico, tienen en gran porcentaje de los casos consecuencias en la integridad física del paciente, lo que evidentemente genera controversias y enfrentamientos legales. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Berek JS, Hillard PA. Ginecología de Novak. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. pp. 362-4.
- Boyle KJ, Torrealday S. Enfermedades ginecológicas benignas. Clin Quir NA. 2008;88:245-64.
- Garza RCP. Adenomiosis uterina. En Ahued AJR, Fernández del Castillo SC. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. México: JGH Editores; 2000. p. 322-3.
- Ibarra Ch V. Tumores benignos del ovario. En Ahued AJR, Fernández del Castillo SC. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. México: JGH Editores; 2000. pp. 327-31.
- Instituto Nacional de Perinatología. Norma Ginecológica N° 8: Patología del ovario. México; 1996.
- Mc Williams G, Hill M. J, Dietrich Ch S. Urgencias ginecológicas. Clin Quir NA. 2008;88:265-83.
- Medina N, Plasencia W. Adenomiosis quística uterina. Clin Invest Gin Obst. 2004;31(6):214-6.
- Pernoll ML, Benson RC. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. México: El Manual Moderno; 1989. pp. 671-8.
- Rock JA. Te Linde. Ginecología Operatoria. Argentina: Panamericana; 1993. pp. 331-33.