

Caso CONAMED



REVISTA MEDICA DEL
HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO, S.S.

Vol. 70, Núm. 3 • Jul.-Sep. 2007
pp 135 - 140

Presentación de un caso de apendicitis aguda que condicionó conflicto con el paciente por mala práctica médica

Rafael Gutiérrez-Vega*

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 18 años de edad con diagnóstico de apendicitis aguda, en el que durante su proceso de atención médica se observan hechos que condicionaron retraso en el diagnóstico y en la resolución de su patología, lo que ocasionó conflicto entre el médico y el paciente.

Palabras clave: Apendicitis, conflicto médico-paciente.

ABSTRACT

The case of a masculine patient 18 years old, with diagnosis of acute appendicitis appears, in which during their process of medical attention facts are observed that conditioned delay in the diagnosis and resolution of their pathology, causing themselves conflict between the Doctor and the Patient.

Key words: Appendicitis, conflict doctor-patient.

INTRODUCCIÓN

Debemos estar conscientes que, en el análisis del acto médico, debe revisarse la actuación del personal de salud, lo que implica la repercusión de sus acciones u omisiones en el estado de salud del paciente, conforme a lo establecido en el marco jurídico vigente en nuestro país. Así mismo, es fundamental resaltar que los actos que el médico realiza con un paciente llevan implícitos un conjunto de deberes que traen aparejadas obligaciones; lo que implica que habrá responsabilidad cuando medie una acción u omisión cometida con plena libertad y capacidad voluntaria o involuntaria, que ocasione un determinado daño. En este sentido, se habla de responsabilidad profesional, entendida como el conjunto de deberes y obligaciones a los que el médico y todos los integrantes del equipo de salud se encuentran sujetos con moti-

vo de su práctica profesional, para preservar la vida, proteger la salud y respetar la dignidad de la persona. La atención médica debe brindarse conforme a los principios científicos y éticos que rigen la práctica médica, en término de los artículos 51 de la Ley General de Salud y 9º de su Reglamento en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

El presente caso, trata de un paciente con apendicitis aguda, que es la causa más frecuente de intervención quirúrgica en servicios de urgencias. Se presenta en aproximadamente el 10% de la población occidental.¹ Los datos del paciente como de los médicos involucrados son anónimos, ya que los expedientes clínicos de la CONAMED son totalmente confidenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 años de edad quien acude a consulta médica por presentar dolor abdominal agudo de siete horas de evolución, localizado en hemi-

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

abdomen inferior sin especificarse en el expediente el tipo de dolor, intensidad, irradiaciones, fenómenos que lo exacerbaban o lo disminuyan. El paciente es manejado con analgésico no especificado y se le indica dieta normal y analgésico en caso de dolor. A las seis horas regresa con el cuadro clínico de dolor abdominal en misma localización el cual disminuyó transitoriamente de intensidad con el analgésico; sin embargo, el paciente refiere mayor intensidad, hipo-rexia y náusea. El médico tratante decide hospitalizarlo para observación y tratamiento médico, se reporta en el expediente: abdomen blando, depresible, hiperestesia en hipogastrio, fosa iliaca derecha e izquierda, signo de descompresión negativo, signo del psoas positivo del lado izquierdo y negativo del lado derecho, peristaltismo no audible. Indica realizar ultrasonografía abdominal, que mostró: hígado y vías biliares normales, riñón derecho con discreta ectasia piélica y ureteral, con pérdida de la relación corteza médula, concluyendo: pielonefritis derecha agudizada y datos de colon espástico. Biometría hemática, que reporta: hemoglobina (Hb) 14.4, hematocrito (Ht) 43.3, leucocitos totales 12,300, bandas 11%, con rangos normales para su laboratorio de 3,500 a 10,000 leucocitos y 0% a 5% bandas. Examen general de orina se reporta normal. Con lo anterior establece el diagnóstico presuncional de colitis versus apendicitis aguda, indica mantenerlo hospitalizado, manejo con gentamicina y analgésico por vía oral, así como dieta líquida. A las cuatro horas de internamiento el paciente presenta fiebre de 39.9°C, continúa refiriendo dolor abdominal de misma localización, sin mayor información en el expediente clínico. Al día siguiente en la mañana no ha presentado mejoría de la sintomatología y se agregan evacuaciones diarreicas, cuatro en 12 horas, sin especificar características de las mismas ni tampoco si modificaban el cuadro doloroso. Refieren en el expediente poca tolerancia a los líquidos, ya que persistía la náusea, con mucosa oral mal hidratada. Realizan tacto rectal, el cual se reporta sin datos patológicos. Refieren que el abdomen se encuentra blando, signo de descompresión dudoso, sin distensión abdominal, peristaltismo disminuido en intensidad y frecuencia. Continúa manejo establecido, se agrega antiespasmódico y antidiarreico. Solicita ameba en fresco que se reporta negativa. En su segundo día de hospitalización, refieren en el expediente clínico mejoría del cuadro doloroso abdominal, pero persiste, sin mayor semiología. Persisten las evacuaciones diarreicas, seis en 24 horas sin especificar características, vómito de los líquidos indicados. Se reporta afebril. A la exploración física de

abdomen, se refiere blando y depresible, con dolor en marco cólico derecho, sin hiperestesia, discreta hiperbaralguesia, signo de descompresión negativo. A pesar de la evolución tórpida que presenta el paciente, es dado de alta a su domicilio con indicaciones de dieta líquida sin lácteos y posteriormente blanda, antidiarreico, gentamicina y antiespasmódico, con cita en siete días para revisión. A las 24 horas de haber sido egresado, tercer día de evolución, continuó con el mismo cuadro clínico, reapareció la fiebre, por lo que se establece comunicación telefónica con el médico tratante, quien indica suspender la dieta blanda y volver a iniciar la dieta líquida. Se mantiene con el manejo indicado sin mostrar mejoría, por lo que al cuarto día de evolución acude con otro médico quien indica realizar rectoscopia, la cual se refiere normal, y solicita tomografía abdominal, la cual se realiza al sexto día de evolución, estableciendo el diagnóstico de apendicitis complicada con absceso pélvico, se informa al paciente y familiares de la necesidad de realizar tratamiento quirúrgico de urgencia. Al séptimo día de evolución se realiza procedimiento quirúrgico, reportando el cirujano responsable: absceso pélvico de 300 mL de material purulento, apéndice vermiforme perforado en su base sellado por ciego y vejiga; realizó ligadura del muñón, drenaje del absceso y lavado de cavidad. El paciente evoluciona hacia la mejoría, fue dado de alta al quinto día del postoperatorio en buenas condiciones.

En función de los hechos narrados, se interpuso una queja en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), solicitando el reembolso de los gastos médicos ocasionados. Ante lo cual el primer médico tratante presenta documentación que confirma su formación académica como Cirujano General, egresado de una sede con curso universitario, con cédula del Consejo de la Especialidad no vigente, ya que no había realizado recertificación. El expediente clínico que entregó no cumplía los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico; y se negó llegar a una conciliación con los demandantes, por lo que prosiguió el procedimiento en la CONAMED en su etapa de arbitraje médico, cuyo objeto fue el de pronunciarse acerca del cumplimiento o incumplimiento del médico tratante, de las obligaciones inherentes al servicio médico, en la atención del paciente del caso referido. Para lo cual se solicitó a médicos especialistas en cirugía general emitieran una opinión técnica del caso clínico, evaluando si el actuar del primer médico tratante fue apegado a la deontología y ciencia médica.

En mérito de lo expuesto y fundado con apoyo de los artículos 34 y 35 de la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de profesiones en el Distrito Federal; 1803, 1807, 1810, 1817, 1828, 1915, 2027, 2104, 2107, 2108, 2109, 2110, 2606, 2613 y 2615 del Código Civil Federal, y artículos 50, 51 y 53 de la Ley General de Salud, artículos 9, 10, 48, 51, 52, 69, 77, 80, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestaciones de servicios de atención médica, se resolvió lo siguiente: fue procedente la vía arbitral para resolver el fondo de la queja interpuesta en estricto derecho; el paciente probó su acción, su derecho y la legitimidad de su reclamación y, por lo tanto, el derecho que le asiste para obtener del facultativo demandado, las prestaciones reclamadas, en los términos razonados; el primer médico tratante no probó sus excepciones ni sus defensas y, por el contrario, se demostró su mala práctica, por negligencia; merced a la mala práctica demostrada en el juicio y dadas las facultades de la CONAMED para resolver en estricto derecho, se condenó al primer médico tratante a reembolsar al paciente los gastos condicionados por su mala atención médica.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico de la apendicitis aguda se acompaña de un cortejo sintomático que ha sido publicado en innumerables textos y artículos; pero resalta un dato clínico que es el dolor. El dolor abdominal agudo es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias, resulta lo más importante diferenciar aquel cuadro que requiere tratamiento médico *versus* aquel que requiere un manejo quirúrgico. Aproximadamente de 5 a 15% de la población que acude a consulta médica por dolor abdominal agudo de más de dos horas de duración requerirá de tratamiento quirúrgico.² El cuadro clínico de abdomen agudo no traumático representa el 7% del total de los ingresos hospitalarios, y la patología que más frecuentemente lo condiciona es la apendicitis aguda; por lo que es obligado realizar una evaluación clínica integral y, de acuerdo a los hallazgos clínicos, se establecerá la conducta a seguir. Cuando existe sospecha clínica puede incluir: hospitalizar al paciente para observación, indicar estudios auxiliares de diagnóstico o proceder a realizar el procedimiento quirúrgico.³ Sabemos que la apendicitis aguda puede asociarse a morbimortalidad; reportándose por algunos autores una morbilidad asociada hasta del 37% y una mortalidad del 1%. La tasa de morbilidad está asociada directamente con la demora en establecer el diagnóstico.

co clínico. Pacientes con menos de 48 horas de evolución tienen menos complicaciones y prácticamente no se presentan fallecimientos vinculados directamente con la patología; en pacientes con más de 48 horas de evolución se reporta una mortalidad hasta de 2.4% y morbilidad de 37%.⁴ También se ha reportado que un retraso en el tratamiento quirúrgico menor a 24 horas a partir del inicio del cuadro clínico, no se asocia a un incremento significativo en la morbilidad y mortalidad.^{5,6} Es por ello fundamental recordar que el tiempo en el que se realice el tratamiento quirúrgico incidirá sobre la evolución del paciente; por lo que es fundamental que el médico indique el procedimiento quirúrgico en el momento oportuno, lo que evitará o disminuirá la presentación de las posibles complicaciones asociadas.

El retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda puede condicionar su perforación y la producción de absceso periapendicular en 2 a 6% de los casos. Una vez que la perforación ocurre, se incrementa la morbilidad y el riesgo de mortalidad asociada.⁷ El diagnóstico de apendicitis aguda implica una cuidadosa evaluación clínica y, de acuerdo al criterio del médico, la necesidad de realizar estudios auxiliares de diagnóstico. Debido a la dificultad de establecer diagnóstico clínico, principalmente en las primeras horas de evolución, se han publicado diversas propuestas, que incluyen: métodos de puntuación diagnóstica, ultrasonografía abdominal, colon por enema, tomografía computarizada de abdomen, estudios de laboratorio y laparoscopia diagnóstica, entre otros.⁸

Los métodos de puntuación diagnóstica se han desarrollado como instrumentos sencillos, amigables y costo efectivos para mejorar el diagnóstico temprano de apendicitis aguda. Se han publicado varias propuestas, que incluyen la de Beltrán y Villar, la cual es realizada por personal de salud no médico.⁹ La de Alvarado, reporta que cuando se obtiene una calificación de 3 o menor, la sensibilidad es de 96.2% y la especificidad de 67%, en pacientes que no tienen apendicitis y presentan abdomen agudo; calificación de 7 o mayor, dan una sensibilidad de 77% y especificidad del 100%; calificación de 4 a 6 sugiere presentación clínica dudosa de apendicitis aguda y propone la realización de tomografía abdominal para confirmar el diagnóstico.¹⁰ El método de Omán reporta un índice de apendicectomías negativas de 14.3% y laparotomías negativas de 12.3%, casos no diagnosticados de 0.9%, se sugiere aplicarlo cuando no se dispone de auxiliares de diagnóstico.¹¹ El método publicado por la Escuela de Medicina de Harvard, utiliza un sistema prospectivo de cohortes, y concluyen

que no tiene un valor predictivo positivo suficiente para ser empleado en la práctica clínica como un método único para determinar la indicación de cirugía.¹² Ninguno de los métodos comentados proveen suficiente valor predictivo positivo para ser utilizados en la práctica clínica como métodos únicos para determinar la necesidad de cirugía; sin embargo, pueden ser empleados como parte de la evaluación del paciente, sin que sustituyan la evaluación clínica integral del enfermo.

Algunos autores han propuesto el uso preoperatorio de estudios de imagenología: ultrasonido y tomografía computarizada, en los casos sospechosos de apendicitis. Sin embargo, los resultados publicados no son concluyentes. En el caso del empleo de ultrasonido abdominal, algunos autores reportan sensibilidad del 94% y especificidad del 90%, proponiendo que su empleo incrementa la posibilidad de establecer el diagnóstico.^{13,14} Sin embargo, otros autores no han observado mayor beneficio con el empleo de este tipo de estudios.^{15,16} Lo anterior al parecer está relacionado con la experiencia de quien realiza e interpreta el estudio, y aún no puede concluirse de manera contundente y bien fundamentada que el empleo de este estudio reduzca las cirugías innecesarias o incremente la sensibilidad diagnóstica. Por otro lado, el empleo de tomografía computarizada también se ha empleado para confirmar la sospecha clínica de apendicitis aguda. Se han publicado una gran cantidad de estudios al respecto, de los cuales, algunos concluyen que su uso es útil para confirmar la sospecha clínica.¹⁷⁻²² Otros autores, refieren que el empleo de la tomografía no modificó sustancialmente la sensibilidad diagnóstica, y sólo incrementa los costos y expone a los pacientes a radiación innecesariamente.^{16,23} Otro grupo de autores postulan el empleo juicioso de estos estudios, como Birkhahn del Hospital Metodista de Nueva York, quien publicó un modelo de probabilidad de apendicitis, que permite el uso bien fundamentado clínicamente de este tipo de estudios de imagenología, y reduce el índice de laparotomías no terapéuticas.²⁴ Sin embargo, sus resultados aún no han sido validados por otros autores. Jared L. Antevil publicó su propuesta de diagnóstico basado en evidencia, incorporando un algoritmo en la evaluación preoperatoria, para tener un criterio objetivo para indicar el uso de tomografía, reportó una disminución substancial de laparotomías no terapéuticas y de perforación de la pared del apéndice. Resalta la utilidad de realizar una evaluación clínica adecuada y sistemática para indicar el uso de tomografía en pacientes con sospecha de apendicitis aguda.²⁵

Pocos estudios han evaluado el valor predictivo del recuento de leucocitos y de la proteína C reactiva en apendicitis aguda. Recientemente, Beltrán y Almonacid reportaron su experiencia con el empleo conjunto de cuenta leucocitaria y proteína C reactiva. Observaron elevada sensibilidad para diferenciar pacientes con y sin apendicitis aguda, sugiriendo que pueden emplearse para apoyar el diagnóstico clínico.²⁶ Por otra parte, cuando estos estudios de laboratorio son empleados o utilizados de manera aislada, resultan poco confiables para confirmar o descartar la sospecha clínica de apendicitis.^{27,28}

El empleo de laparoscopia diagnóstica es cada vez más frecuente, se ha demostrado su utilidad en pacientes en quienes ha sido difícil de establecer un diagnóstico clínico.²⁹⁻³³ Resulta un recurso útil para confirmar el diagnóstico clínico, cuando se emplea en el momento oportuno, antes de presentarse complicaciones, y con el beneficio de poder realizar el tratamiento quirúrgico en los pacientes en los que se confirma el diagnóstico clínico.

En este caso se observan una serie de hechos que condicionaron un retraso en la atención oportuna del paciente, lo que eleva el riesgo de presentación de complicaciones e incluso de asociarse a mortalidad. A pesar de haber dispuesto de información en estudios realizados, como la biometría hemática que reportó leucocitosis y bandemia, se evaluó clínicamente al paciente de manera incompleta e incorrecta. De hecho establece inicialmente la sospecha clínica de probable apendicitis aguda versus colitis; sin embargo, el paciente fue manejado sintomáticamente, y no se realizaron las acciones necesarias para confirmar la sospecha clínica. Por lo que el primer médico tratante no aplicó los principios de la ciencia médica, al no haber realizado las acciones adecuadas y oportunas que permitieran establecer un diagnóstico bien fundamentado y, consecuentemente, haber establecido el tratamiento adecuado en oportunidad. Resalta el hecho de que el paciente es dado de alta en malas condiciones, con deterioro de su estado de salud y, a pesar de que se estableció comunicación con él por vía telefónica, no reevalúa nuevamente al paciente y continuó manejándolo sintomáticamente. Aunado a lo anterior, la integración del expediente clínico no se apega a la Norma Oficial Mexicana, lo que infrinbió el marco legal que regula la constitución del documento más importante en el manejo de los pacientes. Desde el punto de vista ético, se presentan hechos que violentan los más elementales principios, ya que no actuó oportunamente y mostró negli-

gencia; además, en el momento de establecerse la queja, se niega a aceptar su responsabilidad.

Lo anterior debe llevarnos a reflexionar en lo relevante que resulta aplicar oportuna y correctamente los principios de la ciencia médica: no pretender sustituir el buen juicio clínico con estudios auxiliares de diagnóstico; realizar evaluación clínica cuantas veces sea necesario hasta establecer un diagnóstico bien fundamentado en los hallazgos clínicos; mantener una comunicación clara y permanente con el paciente y sus familiares; actuar oportunamente para resolver el problema de salud que afecta al paciente y no atender los síntomas, sino resolver el problema que origina los mismos.

La ética es considerada la ciencia de los máximos, es decir, siempre buscar y lograr el máximo beneficio para las personas. En la medicina, lo anterior reviste mayor relevancia, ya que estamos atendiendo personas, quienes nos han otorgado su confianza para resolver sus problemas de salud, y de hecho ponen en nuestras manos su propia vida. Es por ello que no podemos defraudar la confianza de los pacientes, ya que un acto médico realizado indebidamente, por la causa que fuera, puede condicionar consecuencias tan graves como la pérdida de la función de un órgano o de la vida misma.

Hablar de negligencia en un acto médico no es habitual, y menos aún publicarlo, pero no podemos evitar abordar un fenómeno que es innegable: la mala práctica médica. Que se presenta cuando no se respetan los principios de la ciencia médica y/o los principios éticos del ejercicio de la medicina; nada mejor que prevenir, para lo cual puede coadyuvar el compartir experiencias, que no quisiéramos que hubieran sucedido, pero que desafortunadamente no podemos negar que se han presentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández M, Valencia M, Jáuregui C, Mena A. Evaluación de la diferencia de temperatura axilo-rectal en el diagnóstico de apendicitis aguda. Rev Hosp Clin Univ Chile 2005; 16 (2): 124-127.
2. Hiriart J, Lasen J, Ossandón F. Acute abdominal pain: Diagnostic orientation. Pediatr 2006; 22: 30-34.
3. Covarelli P, Cristofani R, Bussotti C, Scalercio V, Boselli C, Petrina A, Noya G. Acute abdomen: Experience with 196 consecutive cases. Chir Ital 2007; 59: 291-297.
4. Covaro JA, Leiro FO, Gomez FA, Barredto C. Acute appendicitis: True morbimortality by diagnosis and treatment delayed. Rev Argent Cir 2006; 91: 65-76.
5. Abou-Nukta F, Bakhos C, Arroyo K, Koo Y, Martin J, Reinhold R et al. Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis for 12 to 24 hours. Arch Surg 2006; 141: 504-507.
6. Stahfelds K, Hower J, Homitsky S, Madden J. Is acute appendicitis a surgical emergency? Am Surg 2007; 73: 626-629.
7. Hong-Ming T, Yan-Shen S, Pin-Wen L, Xi-Zhang L, Chiung-Yu C. Clinical analysis of the predictive factors for recurrent appendicitis after initial nonoperative treatment of perforated appendicitis. Am J Surg 2006; 192: 311-316.
8. Chung-Jung L, Jen-Dar C, Chui-Mei T, Yi-Hong C, Jen-Huey C, Chen-Hsen L et al. Can ruptured appendicitis be detected preoperatively in the ED? Am J Emerg Med 2005; 23: 60-66.
9. Beltrán MA, Villar MR, Cruces KS. Puntuación diagnóstica para apendicitis: Estudio prospectivo de su aplicación por profesionales de salud no-médicos. Rev Med Chil 2006; 134: 39-47.
10. McKay R, Shepherd J. The use of the clinical scoring system by Alvarado in the decision to perform computed tomography for acute appendicitis in the ED. Am J Emerg Med 2007; 25: 489-493.
11. Zielke A, Sitter H, Rampf TA, Schäfer E, Hasse C, Lorenz W et al. Validation of diagnostic scoring system (Ohmann score) in acute appendicitis. Chirurg 1999; 70: 777-783.
12. Schnelder C, Kharbanda A, Bachur R. Evaluating appendicitis scoring systems using a prospective pediatric cohort. Ann Emerg Med 2007; 49: 778-784.
13. Dias de Oliveira RL, Ferreira G. Apendicite aguda: A importância da ultrasonografia em seu diagnóstico. Rev Med Paraná 2005; 63: 23-25.
14. Gracey D, McClure MJ. The impact of ultrasound in suspected acute appendicitis. Clin Radiol 2007; 62: 573-578.
15. Birnbaum BA, Jeffrey RB Jr. CT and sonographic evaluation of acute right lower quadrant abdominal pain. AJR 1998; 170: 361-71.
16. Flum DR, McClure TD, Morris A, Koepsell T. Misdiagnosis of appendicitis and the use of diagnostic imaging. J Am Coll Surg 2005; 201: 933-939.
17. Huwart L, Khouri MEI, Lessavre A, Phan C, Rangheard AS, Bessoud B, Menu Y. What is the thickness of the normal appendix on MDCT? J Radiol 2007; 88: 385-389.
18. Choi D, Park H, Lee YR, Kook S-H, Kim SK, Kwag HJ, Chung EC. The most useful findings for diagnosing acute appendicitis on contrast-enhanced helical CT. Acta Radiol 2003; 44: 574-582.
19. Hansen AJ, Young SW, De Petris G, Tessier DJ, Hernandez JL, Johnson DJ. Histologic severity of appendicitis can be predicted by computed tomography. Arch Surg 2004; 139: 1304-1308.
20. Schuler JG, Shortsleeve MJ, Goldeson RS, Perez-Rosello JM, Perlmutter RA, Thorsen A. Is there a role for abdominal computed tomographic scans in appendicitis? Arch Surg 1998; 133: 373-377.
21. Morse BC, Roettger RH, Kalbaugh CA, Blackhurst DW, Hines WB Jr. Abdominal CT scanning in reproductive-age women with right lower quadrant abdominal pain: Does it use reduce negative appendectomy rates and healthcare costs? Am Surg 2007; 73: 580.58.
22. Terasawa T, Blackmore CC, Bent S et al. Systemic review: Computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. Ann Intern Med 2004; 141: 537-546.
23. Vadéboncoeur TF, Heister RR, Behling CA, Guss DA. Impact of helical computed tomography on the rate of negative appendicitis. Am J Emerg Med 2006; 24: 43-47.

24. Birkhahn RH, Briggs M, Datillo PA, Van Deusen SK, Gaeta TJ. Classifying patients suspected of appendicitis with regard to likelihood. Am J Surg 2006; 191: 497-502.
25. Antevil JL, Rivera L, Langenberg BJ, Hahm G, Favata MA, Brown CVR. Computed tomography-based clinical diagnostic pathway for acute appendicitis: prospective validation. J Am Coll Surg 2006; 203: 849-856.
26. Beltrán MA, Almonacid FJ, Vicencio A, Gutiérrez J, Danilova T, Cruces KS. Rol del recuento de leucocitos y de la proteína C reactiva en niños con apendicitis. Rev Chil Cir 2007; 59: 38-45.
27. Leyba JL, Bravo C, Dehollain A, Isaac J. Proteína C reactiva y apendicitis aguda. Gac Med Caracas 2006; 114: 17-21.
28. Stefanutti G, Ghirardo V, Gamba P. Inflammatory markers for acute appendicitis in children: Are they helpful? J Pediatr Surg 2007; 42 : 773-776.
29. Salom FAO. Valor diagnóstico y terapéutico de la laparoscopia y videocirugía en la apendicitis aguda. Cir Urug 2002; 72: 124-136.
30. Bower RJ, Bell MJ, Ternberg JL. Controversial aspects of appendicitis management in children. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159: 320-325.
31. Voiculescu D, Palade R. Microbiological and immunological study of severe forms of acute appendicitis. Diagnostics and therapeutics considerations. Chirurgia 207; 102: 271-276.
32. Sherif GSE, Taylor MB. Appendicitis in children treated by pediatric versus general surgeon. J Am Coll Surg 2007; 204: 34-39.
33. David AP. Prospective evaluation of a primary laparoscopic approach for children presenting with simple or complicated appendicitis. Am J Surg 2006; 192: 750-755.

Correspondencia:

Dr. Rafael Gutiérrez-Vega
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Mitla 250 piso 4
Col. Narvarte
03020 México, D.F.
E-mail: gutierrezvega@conamed.gob.mx