



Colecistitis aguda que evolucionó a perforación vesicular por mala práctica médica

Rafael Gutiérrez-Vega*

RESUMEN

Introducción: El incumplimiento de los principios científicos y éticos de la medicina condicionan mala práctica médica, que puede resultar en conflicto entre usuarios y prestadores de servicios. **Presentación del caso:** Paciente del sexo femenino de 60 años de edad, quien se presentó con dolor abdominal. Recibió servicio médico deficiente por lo que evolucionó hacia el deterioro. Solicitó una segunda opinión médica, se estableció el diagnóstico de colecistitis aguda y sepsis peritoneal, dando origen a conflicto médico-paciente. **Discusión:** La legislación vigente en nuestro país señala que el paciente espera el resultado y podrá obtenerlo, pero no exigirlo, aunque puede exigir que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia, y que los medios empleados sean los idóneos en términos de la *lex artis médica*.

Palabras clave: Mala práctica médica, conflicto médico-paciente.

ABSTRACT

Introduction: The breach of the scientific and ethical principles of the medicine, condition bad medical practice that can be in conflict between users and care givers. **Case report:** Female patient, 60 years old, that presented abdominal pain. She received deficient medical service reason why she evolved to the deterioration. She asked for one second medical opinion, settled down the diagnosis of acute cholecystitis and peritoneal sepsis, giving origin to conflict doctor-patient. **Discussion:** The effective legislation in our country indicates that the patient waits for the result and will be able to obtain it, but not to demand it, although can demand that the medical attentions is lent with skill and diligence, and the average services are the suitable in terms of *lex artis medical*.

Key words: Bad medical practice, conflict doctor-patient.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente a 9% de todos los pacientes admitidos en centros hospitalarios por dolor abdominal se les diagnostica con colecistitis aguda y requieren tratamiento quirúrgico para resolver la patología de base, y evitar las complicaciones de esta entidad nosológica.¹ De acuerdo con el Instituto de Salud de los Estados Unidos de América, los cálculos vesiculares afectan a 12% de su población. Se han identificado diversos factores asociados con el incremento en la frecuencia de litiasis vesicular, entre ellos: obesidad, pérdida de peso en periodos cortos

de tiempo, pérdida de peso en forma cíclica, multiparidad, resección ileal, género femenino, entre otros. La mayoría de los pacientes que cursan asintomáticos, permanecen de esta manera por varios años. Sin embargo, el 10% de ellos desarrollará sintomatología en los primeros cinco años después de establecerse el diagnóstico. En 1995, el Grupo para la Epidemiología y Prevención de Colelitiasis en Estados Unidos de América reportó que los pacientes inicialmente asintomáticos tienen 25.8% de probabilidad de desarrollar síntomas en los siguientes 10 años. Una vez que los síntomas se presentan, es común el dolor recurrente, y las complicaciones como la colecistitis y la pancreatitis que se presentan con más frecuencia. El 20% de los pacientes diagnosticados y manejados bajo observación tie-

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

nen dolor biliar recurrente y requieren de hospitalización. Cuando se hace un seguimiento por 67 meses, el 4% de este grupo de pacientes desarrolla alguna complicación, comparado con el 1% que se observa en los pacientes que son sometidos a tratamiento quirúrgico. La colecistitis aguda se presenta hasta en el 10% de pacientes con litiasis vesicular sintomática. El retraso en el diagnóstico de la colecistitis aguda puede condicionar colecistitis gangrenosa, perforación vesicular y peritonitis biliar. Datos obtenidos de 17 estudios no identificaron hallazgos clínicos o de laboratorio con suficiente sensibilidad y especificidad para confirmar o descartar dicho diagnóstico; por lo que el diagnóstico de colecistitis aguda debe ser realizado utilizando una combinación de hallazgos clínicos, estudios de laboratorio e imagenología.² Se ha observado que el porcentaje de complicaciones se incrementa en pacientes que no responden a manejo médico conforme se prolonga el tiempo de evolución del cuadro clínico; resalta el hecho de que de los pacientes tratados médicamente, más del 20% no responden al mismo. Ellison reporta complicaciones relacionadas con colecistitis aguda en 19% de los sujetos que fueron intervenidos tempranamente versus 36% de enfermos que se mantuvieron bajo observación.³ Resulta evidente la importancia de establecer el diagnóstico tempranamente, y proceder al tratamiento quirúrgico, si las condiciones del paciente lo permiten, en un momento oportuno para evitar que se incremente el riesgo de complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 60 años de edad, quien inició con dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, irradiado al resto del abdomen, tipo cólico, que aumentaba de intensidad con los cambios de posición y con los movimientos respiratorios. La intensidad del dolor se incrementó, por lo que acudió al servicio de urgencias de una unidad hospitalaria, en el cual sólo la interrogaron, sin haber tomado signos vitales ni haber realizado exploración física. El médico tratante le informó que era portadora de una gastritis, le prescribió bloqueador H-2 y antiespasmódico por vía oral, y la envió a su domicilio. En las siguientes 12 horas, la sintomatología se incrementó, a pesar del manejo médico establecido, por lo que la paciente acudió de nuevo al servicio de urgencias de la misma institución médica. Fue atendida por el mismo médico tratante, quien indicó se le realizara placa simple de abdomen,

obviando la toma de signos vitales y la exploración física. Con el estudio radiológico realizado, el médico tratante le informó a la paciente que confirmó el diagnóstico de gastritis, y le refirió que también era portadora de una colitis. Agregó al tratamiento médico metoclopramida, sucralfato, gel de hidróxido de aluminio, y dieta sin irritantes por una semana. La paciente fue enviada a su domicilio. La paciente se apegó al manejo médico indicado por 36 horas, sin notar mejoría, se agregó fiebre de 39 °C, así como náusea, intolerancia a la dieta vía oral y vómito de características gastrobilíares, motivo por el cual decidió solicitar una segunda opinión médica. Acudió a otro centro hospitalario, donde fue evaluada por un segundo médico tratante, quien realizó interrogatorio y exploración física de la paciente, reportándole que encontró datos clínicos que le hicieron sospechar una colecistitis aguda; por lo que procedió a realizarle estudios de laboratorio que incluyeron: biometría hemática y examen general de orina. Reportando leucocitos de 15,500/mL, con bandemia y examen general de orina sin datos relevantes para el cuadro actual. Así mismo, realizó placa simple de abdomen y ultrasonido hepatobiliar. Se encontró vesícula con litos en su interior en el ultrasonido, y datos de sepsis peritoneal en la placa simple de abdomen, que incluyen: líquido libre en la cavidad peritoneal y datos de íleo. Por el deterioro de las condiciones generales de la paciente, el segundo médico tratante consideró conveniente iniciar con tratamiento médico, que incluyó rehidratación, succión nasogástrica, antimicrobianos y analgésicos. A las 12 horas realizó procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica, encontró sepsis peritoneal generalizada, por lo que decidió la conversión a cirugía abierta. Realizó colecistectomía, identificó perforación vesicular en el fondo sellada con epiplón y aproximadamente 500 mL de material purulento en la cavidad peritoneal que se drenó y se procedió a lavado de la cavidad peritoneal. En el postoperatorio, la paciente presentó evolución insidiosa, con fiebre y sin resolverse el cuadro de íleo. A las 48 horas se le realizó tomografía de abdomen, encontrando abscesos, en la fosa pélvica, en el espacio subfrénico derecho y en la corredera parietocólica derecha e izquierda. La paciente fue reintervenida para drenar dichas colecciones, se realizó un nuevo lavado de la cavidad peritoneal. Evolucionó paulatinamente hacia la mejoría, permaneció 14 días hospitalizada y fue dada de alta por mejoría para continuar manejo en su domicilio.

La paciente acudió a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), solicitando reembolso de los gastos condicionados con motivo de su atención médico-quirúrgica. Se realizó audiencia de conciliación entre la usuaria y el primer médico tratante, sin llegar a un convenio, se acordó someterse al arbitraje en estricto derecho de la CONAMED. En igual sentido, se fijaron como objeto del arbitraje: a) establecer si el prestador del servicio médico actuó o no con negligencia, impericia o dolo, en la atención proporcionada a la paciente; b) determinar si el prestador del servicio médico, por la atención que estima irregular la paciente, en términos de ley, en especial a lo previsto por los artículos 1915, 2108, 2109, 2110 del Código Civil Federal, debe acceder a rembolsar los gastos erogados con motivo de su atención médico-quirúrgica; c) establecer si, por el contrario, el prestador del servicio médico actuó correctamente en la atención brindada; o el efecto adverso que presentó la paciente, no guarda relación de causa-efecto con la atención que le brindó, y por ello debe ser absuelto del cumplimiento y pago de la prestación reclamada.

Bajo este marco legal, fue procedente la vía arbitral para resolver la controversia surgida entre la paciente y el primer médico tratante, resolviendo que en función de la mala práctica demostrada, por negligencia, y dadas las facultades de la CONAMED, se condenó al primer médico tratante a rembolsar la cantidad erogada por la paciente para su tratamiento médico-quirúrgico.

DISCUSIÓN

La presencia de dolor abdominal es una causa común que condiciona la asistencia de pacientes a las instituciones de salud. En Estados Unidos de América, en el año 2002, el dolor abdominal fue la causa principal de atención en los servicios de urgencias, correspondiendo al 6.5% de los 7 millones de pacientes que acudieron a recibir atención médica. El dolor abdominal puede ser un síntoma de una enfermedad grave, por lo que debe evaluarse en forma integral. Las vísceras abdominales están inervadas con aferentes nociceptivas en el mesenterio, en la superficie peritoneal, y en la mucosa y muscularis de los órganos huecos. Estas aferentes responden a estímulos mecánicos y químicos, lo que produce la sensación de dolor. El principal estímulo mecánico es la distensión; sin embargo, una variedad de estímulos químicos, incluidos la sustancia P, serotonina, prostaglandinas, hidrogeniones, son percibi-

dos como agentes nocivos por los quimiorreceptores viscerales. El dolor abdominal ocurre en tres amplios patrones: visceral, parietal y referido. La nocicepción visceral típicamente incluye la distensión de los órganos abdominales, pero la torsión y la contracción también contribuyen. Generalmente el dolor visceral de órganos cercanos al ligamento de Treitz, incluyendo los órganos hepatobiliares y el bazo, se localiza en el epigastrio. El dolor visceral de órganos entre el ligamento de Treitz y el ángulo hepático del colon se localiza en la región periumbilical; y el dolor visceral generado de órganos distantes al ángulo hepático del colon, es percibido en el hipogastrio. El dolor parietal es agudo y bien localizado, debido a la irritación directa de la superficie peritoneal. Las aferentes peritoneales viscerales son fibras delta A, con velocidad de conducción rápida, condiciona una sensación de dolor agudo similar al dolor muscular o de la piel. Debido a que la inervación parietal es unilateral, se presenta la lateralización del dolor. El dolor referido ocurre cuando las aferentes viscerales transportan estímulos de un órgano con patología, y entran al cordón espinal al mismo nivel de aferentes somáticas de localización anatómica remota; típicamente es bien localizado. Un solo órgano enfermo puede producir los tres tipos de dolor; por ejemplo, cuando un paciente desarrolla colecistitis aguda, la inflamación de la vesícula biliar es percibida inicialmente como un dolor visceral en la región epigástrica. Eventualmente, la inflamación se extiende al peritoneo parietal, por lo que el enfermo experimentará dolor parietal que se lateraliza al cuadrante superior derecho. El dolor vesicular también puede referirse al hombro derecho. Aproximadamente el 75% de los pacientes que desarrollan colecistitis aguda han tenido una historia de cólicos biliares. El dolor causado por cólico biliar es un dolor visceral que resulta del espasmo tónico del conducto cístico. Se localiza más frecuentemente en el epigastrio y puede irradiarse al hombro derecho. El dolor tiene un inicio súbito, incrementa su intensidad en los primeros 15 a 30 minutos hasta alcanzar una meseta, y posteriormente tiende a remitir en las siguientes seis horas. El dolor puede desencadenarse por la ingesta de alimentos abundantes en grasa, lo que estimula la contracción de la vesícula biliar a través de la liberación de colecistoquinina. Se asocia frecuentemente a náusea y vómito. Si el dolor dura más de seis horas, se debe sospechar la presencia de colecistitis. Como la inflamación aguda de la vesícula biliar irrita el peritoneo parietal, el dolor puede cambiar del epigastrio al

cuadrante superior derecho.⁴ Es por ello fundamental realizar una adecuada semiología del dolor abdominal, ya que sus características y evolución brindan gran información clínica, que ayudan a establecer un diagnóstico adecuado y oportuno, situación que en este caso fue omitida en dos ocasiones.

En Estados Unidos de América se estima que más del 20% de las mujeres y 8% de los hombres mayores de 40 años de edad son portadores de cálculos vesiculares. De estos pacientes, se estima que el 10% tendrá dolor biliar en los siguientes cinco años, 15% a los 10 años, y el 18% a los 15 a 20 años. Realizan 500,000 colecistectomías cada año, y se registran entre 6,000 a 10,000 muertes relacionadas con enfermedad gastrobiliar.⁵ Es por ello que se ha tratado de identificar la efectividad de los componentes de la historia médica, la exploración física y los exámenes de laboratorio para determinar cuáles pacientes requieren de estudios adicionales para confirmar la presencia o ausencia de colecistitis aguda. En un estudio reciente, Roe utilizó datos obtenidos de cuatro fuentes: una búsqueda en MEDLINE de enero de 1966 a noviembre de 2000, el *Science Citation Index*, la biblioteca Cochrane, y una búsqueda manual del *Index Medicus* de 1950 a 1965. Adicionalmente, la búsqueda en MEDLINE fue repetida en julio de 2002 para identificar estudios relevantes recientes. Diecisiete de 195 estudios identificados reunieron los criterios de inclusión estipulados, ocho de los cuales fueron prospectivos. Ningún hallazgo clínico o de laboratorio empleado como información aislada demostró un nivel de probabilidad suficientemente alto o bajo para confirmar o descartar el diagnóstico de colecistitis. Es decir, se requiere analizar conjuntamente la información clínica y de los auxiliares de diagnóstico, para tener una mayor probabilidad de certeza diagnóstica.⁶

Rubens reporta que del 90 al 95% de los casos de colecistitis aguda son causados por obstrucción debida a cálculos en el cuello de la vesícula o el conducto cístico. La colecistitis aguda ocurre en el 20% de los pacientes con litiasis vesicular. Para establecer el diagnóstico de colecistitis aguda, se requiere realizar una evaluación clínica integral, y apoyarse en auxiliares de diagnóstico y tratamiento; de éstos, el más frecuentemente utilizado es el ultrasonido del árbol hepatobiliar. Los datos que sugieren colecistitis aguda en el estudio ultrasonográfico, incluyen: signo de Murphy ultrasonográfico positivo, engrosamiento de pared vesicular de más de 3 mm, vesícula biliar distendida o hidrópica y

colección líquida perivesicular. El signo ultrasonográfico de Murphy se define como un punto doloroso reproducible sobre la vesícula biliar cuando el transductor aplica presión sobre la pared del abdomen; se ha reportado que tiene 87% de especificidad para diagnosticar colecistitis aguda, cuando se asocia a dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis. Cuando se asocia a la presencia de litos vesiculares tiene un valor predictivo positivo del 92%. Los cálculos vesiculares se diagnostican por la presencia de ecos en el interior de la vesícula, móviles, dependientes de la gravedad, los cuales condicionan una sombra sónica posterior. Sin embargo, en algunas ocasiones pueden no observarse la presencia de litos; estos resultados falsos negativos ocurren en pacientes con cálculos que son menores de 1 mm, en cálculos suaves que no producen ecos fuertes, y en cálculos impactados en el cuello vesicular o en el conducto cístico que pueden resultar no visibles. Para mejorar la resolución de cálculos pequeños, puede utilizarse imágenes armónicas; en ellas se emplea alta frecuencia para mejorar la resolución. En el caso de cálculos suaves de pigmentos biliares, pueden aparentar masas de tejidos blandos, y se pueden confundir con lodo biliar. El engrosamiento de la pared vesicular se define como un grosor de la pared de más de 3 mm y se presenta en el 50% de los pacientes con colecistitis aguda. Sin embargo, la pared vesicular puede observarse engrosada por otras causas, que incluyen: insuficiencia cardíaca derecha, o en cuadros de edema generalizado por hipoproteinemia. Así mismo, también puede presentarse cuando existe proceso inflamatorio adyacente, como sucede en la hepatitis, enfermedad ácido péptica, pancreatitis, perihepatitis y pielonefritis. Consecuentemente, la colección líquida pericolecística, es un hallazgo no específico, ya que se puede presentar por la presencia de ascitis o por procesos inflamatorios localizados de otros órganos circundantes.⁷

Conway reporta que los síntomas de los cálculos vesiculares tienden a recurrir y pueden condicionar complicaciones serias, como la pancreatitis y la colecistitis; la frecuencia anual de complicaciones se reporta del 1%.⁸ Otra complicación es la colecistitis gangrenosa, la cual evoluciona a perforación vesicular y sepsis peritoneal, su incidencia varía del 18 al 41%; la presencia de dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre, leucocitosis y la alteración en las pruebas de funcionamiento hepático, resultan datos inespecíficos que no ayudan a diagnosticar esta

complicación oportunamente. A pesar de que los estudios radiológicos incrementan la sensibilidad y especificidad de su diagnóstico, no son completamente exactos; por lo que se han tratado de identificar factores predictivos de la colecistitis gangrenosa. Se ha reportado que pacientes con leucocitosis mayor de 17,000, historia de padecimientos cardiovasculares y edad mayor de 50 años incrementan el riesgo de desarrollarla. Estudios previos sólo han podido identificar esta complicación en 7.5% de sus pacientes en el periodo preoperatorio, a pesar del uso de hallazgos clínicos, de laboratorio y radiográficos. El ultrasonido tiene una sensibilidad del 90 al 95% cuando es utilizado para diagnosticar colecistitis aguda; sin embargo, su utilidad para detectar colecistitis gangrenosa es incierta. Aun con el empleo de tomografía, la sensibilidad para detectar esta complicación es de sólo el 29%, por lo que se han estructurado diferentes estrategias para identificar los datos que orienten a su diagnóstico oportuno, ya que se asocia a un incremento en la morbilidad, como sucedió en esta paciente. Previamente se han identificado preoperatoriamente factores predictivos para la colecistitis gangrenosa, utilizando estos factores Nguyen y colaboradores desarrollaron una ecuación por análisis de regresión multivariado. Con esta ecuación se obtiene especificidad del 93%, sensibilidad del 83%, valor predictivo positivo de 71% y valor predictivo negativo de 96%, concluyendo los autores que la ecuación puede ser útil en pacientes con colecistitis aguda que desarrollan colecistitis gangrenosa.⁹

El tratamiento indicado en la colecistitis aguda, cuando las condiciones del paciente lo permiten, es la colecistectomía. En general, es aceptado que en las primeras 72 horas de evolución, tanto el procedimiento abierto como el laparoscópico, pueden desarrollarse con seguridad para el paciente.¹⁰ Es conveniente identificar factores de riesgo para los pacientes sometidos a cirugía, para optimizar el abordaje terapéutico y prevenir complicaciones perioperatorias. Para pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, los factores que se han identificado incluyen: colecistitis aguda, género masculino, peso corporal mayor de 90 kg, calificación de riesgo de la Sociedad Americana de Anestesiología de III/IV, edad del paciente, duración de la cirugía. Si el procedimiento quirúrgico dura más de dos horas, el riesgo acumulado de complicaciones es cuatro veces mayor que el de intervenciones con duración menor de una hora; basados en este hecho, debe tenerse en mente que la conversión a procedimiento abierto puede ser benéfico en dichas situaciones.¹¹ La base na-

cional de datos de egresos hospitalarios de Estados Unidos de América, de 1998 a 2001, reporta que aproximadamente el 25% de todas las colecistectomías son realizadas con técnica abierta, con un índice de conversión de los procedimientos laparoscópicos entre el 5 al 10%. La concurrencia de coledocolitiasis, colecistitis y colelitiasis, se asociaron con un índice de conversión del 25%.¹² Es por ello fundamental continuar preparando al cirujano en formación en ambas técnicas quirúrgicas, ya que el procedimiento abierto sigue siendo vigente en ciertos casos, que de acuerdo con la estadística internacional, no son raros. Así mismo, a pesar de los beneficios que ofrece el abordaje laparoscópico, que incluyen: menor tiempo de estancia hospitalaria, reincorporación temprana a las actividades habituales del paciente, menor dolor en el postoperatorio, entre otros, el procedimiento laparoscópico se asocia a una mayor incidencia de lesiones de los conductos biliares. Resalta el hecho de que las evidencias sugieren que la prevalencia de las lesiones de los conductos biliares permanece alta, contrariamente a la idea de que estas lesiones estaban relacionadas exclusivamente con la curva de aprendizaje.¹³⁻¹⁸ Otra complicación observada en los procedimientos laparoscópicos son los cálculos que se dejan en la cavidad peritoneal. Una revisión de Medline de 1985 a 2005, identificó 111 reportes de casos, incluyendo ocho estudios con más de 500 pacientes sometidos a este procedimiento quirúrgico. Observando que se asocian a una baja incidencia de complicaciones, pero con una gran variedad de posibles problemas postoperatorios; entre los que se incluyen: absceso en la pared abdominal, broncolitiasis, celulitis, dispareunia, erosión hacia la espalda, necrosis grasa posterior del recto anterior del abdomen, formación de fístula, granuloma, absceso glúteo, peritonitis granulomatosa, íleo, obstrucción intestinal, abscesos intraabdominales, abscesos hepáticos, trombosis de la arteria cólica media, empiema pleural, neumonía, absceso transdiafragmático y granuloma vesical.¹⁹

En el manejo de la paciente se presentaron una serie de malas decisiones médicas, ya que a la enferma no se le tomaron signos vitales, no se realizó exploración física, no se establecieron diagnósticos diferenciales, no se solicitaron auxiliares de diagnóstico para confirmar o eliminar el diagnóstico establecido, el manejo que recibió la paciente fue para resolver la sintomatología mas no así la patología de base. Aunado a lo anterior, a pesar de haber regresado la paciente con el primer médico tratante, y de haberle informado que la sintomatología se acentuó a

pesar del tratamiento médico establecido, se repitieron las mismas omisiones y malas decisiones ya referidas. Es por ello fundamental establecer un estudio sistemático de los pacientes, iniciando con una evaluación clínica integral, solicitando los estudios auxiliares de diagnósticos que permitan sustentar o eliminar el diagnóstico presuncional establecido, e indicar tratamiento encaminado a resolver la patología de base, no sólo los síntomas referidos por el paciente. Todo ello nos debe llevar a reflexionar en lo relevante que resulta respetar los fundamentos de la práctica médica; el conocimiento técnico, un comportamiento ético, realizar una evaluación clínica integral y sistematizada, establecer una buena comunicación médico-paciente, respetar los derechos de los pacientes, apegarnos a guías diagnósticas y terapéuticas. Con ello se reduce el riesgo de brindar un servicio médico deficiente, ya que no podemos dejar de recordar que los pacientes nos confían lo más importante para todo ser humano: su salud y su vida.

Al respecto, es importante hacer notar que la legislación en vigor, señala: A) En La Ley General de Salud, el Artículo 51 establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. B) El Reglamento de la Ley General de Salud para la prestación de servicios de atención médica, indica en su Artículo 7º que, para los efectos de este reglamento, se entiende por: Atención Médica, el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; el Artículo 9º señala que la Atención Médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica. C) La Ley de Profesiones para el Distrito Federal ordena, respecto a la valoración del acto médico, que es obligatorio analizar en cada caso concreto: Si se procedió correctamente atendiendo a los principios científicos y técnica aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión médica; si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso, y el medio en que se prestó el servicio; si en el curso del servicio prestado se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito; si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio médico; cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

De lo anterior se desprende que, para el análisis del caso, se atendió a los elementos objetivos del acto médico, y esto se reduce a la valoración de la idoneidad de los medios empleados, es decir, al análisis de los procedimientos instaurados en la atención médica reclamada. Así, tanto la legislación como la doctrina coinciden en que las obligaciones de medios o diligencia vinculan, no la promesa de un resultado, sino la exigibilidad de atención médica como tal. El paciente espera el resultado y podrá obtenerlo, pero no exigirlo, aunque puede exigir, según reconoce la legislación, que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia. De igual manera, y con apego a lo previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud, el paciente puede exigir que los medios empleados sean los idóneos, en términos de la *lex artis médica*, es decir el conjunto de reglas aceptadas para el ejercicio médico contenidas en la literatura generalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bingener J, Schwesinger W H, Chopra S, Richards M L, Sirinek K R. Does the correlation of acute cholecystitis on ultrasound and at surgery reflect a mirror image? *Am J Surg* 2004; 188: 703-707.
2. Bellows C F, Berger D H. Management of gallstones. *Am Fam Phys* 2005; 72: 637-642.
3. Ellison E C. What's new in General Surgery: Gastrointestinal conditions. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 748-756.
4. Flasar M H, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin N Am* 2006; 90: 481-503.
5. Shan K, Wolfe RE. Hepatobiliary ultrasound. *Emerg Med Clin N Am* 2004; 22: 661-673.
6. Roe J. Clinical assessment of acute cholecystitis in adults. *Ann Emerg Med* 2006; 48: 101-103.
7. Rubens DJ. Hepatobiliary imaging and its pitfalls. *Radiol Clin N Am* 2004; 42: 257-278.
8. Conway JD, Russo MW, Shrestha R. Endoscopic stent insertion into the gallbladder for symptomatic gallbladder disease in patients with end-stage liver disease. *Gastr End* 2005; 61: 32-36.
9. Nguyen L, Fagan SP, Lee TC, Aoki N, Itani K et al. Use of a predictive equation for diagnosis of acute gangrenous cholecystitis. *Am J Surg* 2004; 188: 463-466.
10. Stevens KA, Chi A, Lucas LC, Porter JM, Williams MD. Immediate laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: no need to wait. *Am J Surg* 2006; 192: 756-761.
11. Giger UF, Michel J, Opitz I, Inderbitzin DT, Kocher T, Krähenbühl L. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22, 953 consecutive cases from the Swiss association of laparoscopic and thoracoscopic surgery database. *J Am Coll Surg* 2006; 203: 723-728.
12. Livingston EH, Rege RV. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Am J Surg* 2004; 188: 205-211.

13. Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, Sherman S, McHenry L et al. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERPC: Experience at a large tertiary referral center. *Gastroint Endosc* 2007; 65: 247-252.
14. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. *Ann Surg* 1996; 224: 609-620.
15. McMahon AJ, Russel IT, Baxter JN et al. Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: A randomized trial. *Lancet* 1994; 343: 135-138.
16. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 101-125.
17. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14.
18. Mirza DF, Narsimhan KL, Ferraazneto BH et al. Bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy: Referral pattern and management. *Br J Surg* 1997; 84: 786-790.
19. Zehetner J, Shamiyeh A, Wayand W. Lost gallstones in laparoscopic cholecystectomy: All possible complications. *Am J Surg* 2007; 193: 73-78.

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