

Voces Conamed

Ma. del Carmen Dubón Peniche

Estudio de caso

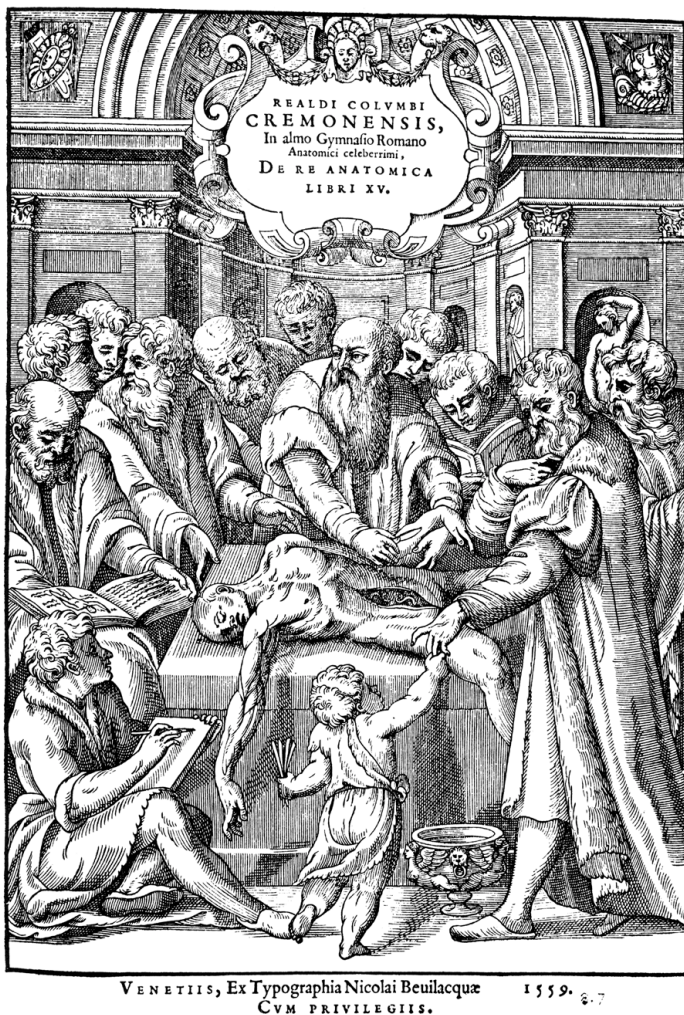
Antecedentes

Paciente femenino de 93 años de edad, que sufrió caída, lesionándose la cadera del lado izquierdo. Acudió a hospital particular, en donde se integró el diagnóstico de fractura intertrocanterica y se le practicó artroplastía. Durante su estancia en el hospital, presentó sintomatología abdominal que fue resuelta, evolucionando satisfactoriamente, egresando en buenas condiciones.

Motivo de la Queja

La paciente reingresó al hospital, refiriendo problemas abdominales, por lo que fue intervenida quirúrgicamente, empeorando su enfermedad y finalmente falleció. La quejosa solicitó a CONAMED:

- Informe detallado de la atención proporcionada y explicación de los motivos que ocasionaron la defunción de la paciente.



- Determinar si existió negligencia médica.

Resumen Clínico

Primer ingreso.- La paciente ingresó el día 24 de abril de 1999, refiriendo dolor. A la exploración física se encontró limitación funcional con imposibilidad para la marcha, manifestó signos vitales normales, y estado consciente; cardiopulmonar sin compromiso. Por radiografía, se identificó fractura intertrocanterica izquierda completa grado II, no desplazada. Se practicaron estudios preoperatorios, electro-

cardiograma, valoración cardiológica, y se hospitalizó para corrección quirúrgica con prótesis total.

En la cirugía se confirmó el diagnóstico y se realizó artroplastía total de cadera izquierda, con un tiempo quirúrgico aproximado de 100 minutos, sangrado de 300 ml., sin incidentes ni complicaciones. En el postoperatorio evolucionó con signos vitales normales, movilizó adecuadamente la pierna, presentó sangrado leve por portovac y herida quirúrgica, por lo

que se solicitó formula roja y se le transfundió un paquete globular. El mismo día, refirió con molestias abdominales difusas, encontrándose a la exploración únicamente edema de miembros inferiores, por lo que se movilizó fuera de la cama a reposet.

Por continuar con buena evolución egresó del hospital el día 29 de abril, ya que podía deambular con andadera, no presentaba problemas circulatorios, sus signos vitales eran estables, toleraba la vía oral y presentaba diuresis y evacuaciones normales.

Segundo ingreso.- Dos días después fue hospitalizada por presentar constipación, encontrándose dilatación aguda del colon, por lo que fue valorada por gastroenterólogo y geriatra, integrándose el diagnóstico de Síndrome de Ogilvie. Se practicó colonoscopia y se dejó sonda rectal. En placa de tórax, se observó atelectasia izquierda. Además, se le practicó estudio ultrasonográfico en el que se encontró mínima cantidad de derrame pleural, por lo cual se decidió evitar la punción y observar respuesta a diuréticos. La paciente curso con mínima disnea, discreta distensión abdominal, ruidos peristálticos disminuidos, señalando la nota: *postoperada de prótesis de cadera por fractura; por otra parte se ha visto complicada por leucocitosis, síntomas respiratorios y confusión mental.*

Las condiciones generales se fueron deteriorando, no toleraba líquidos, continuaba con somnolencia y apareció fiebre de 38.5°C, persistencia de leucocitosis, abdomen con dolor a la palpación y con rebote, ruidos intestinales metálicos. Placa simple de abdomen

mostró ileo persistente en fosa ilíaca, dilatación en ciego y colon transverso. Se diagnosticó *condición abdominal aguda. Isquemia o trombosis intestinal. Obstrucción.* Se comentó el caso con sus familiares, informándoles de la indicación de cirugía y riesgo anestésico y quirúrgico.

El servicio de cirugía decidió realizar exploración quirúrgica basado en el cuadro descrito, estableciendo el diagnóstico

postoperatorio de: *dilatación abdominal del colon con obstrucción mecánica incompleta a nivel de ángulo hepático.* Se le practicó laparotomía exploradora y se realizó cecostomía, con los siguientes hallazgos: *dilatación colónica en ciego ascendente y transverso, múltiples adherencias del ángulo hepático entre sí y a la pared abdominal.*

La paciente cursó con buena evolución postoperatoria; sin embargo, manejaba bajos volúmenes urinarios, dándose tratamiento médico. Se instaló insuficiencia cardíaca congestiva venosa, con mayor congestión pulmonar y derrame pleural bilateral, permaneciendo con buen estado de

conciencia, se inició nutrición parenteral.

Posteriormente, se incrementó el derrame pleural izquierdo, presentando cardiomegalia grado II-III, ensanchamiento mediastinal, aspecto congestivo, presentando además oliguria, (por laboratorio azoados normales). Señala la nota médica *respuesta parcial a dosis bajas de furosemide, aumentan los leucocitos a 22,000.* Se solicitó ecocardiograma, que reportó lo





siguiente: 1.- Aortoesclerosis con estenosis valvular ligera. 2.- Calcificación del anillo mitral sin lesión orgánica en las válvulas. 3.- Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo de grado importante. 4.- No hay trastornos segmentarios en la movilidad parietal del ventrículo izquierdo. 5.- Disfunción diastólica del ventrículo izquierdo con alteración en su relajación. 6.- Derrame pericárdico ligero cercano a 90 -100 c.c. Presentó súbitamente cuadro de angustia, aparentemente dificultad respiratoria, así como dolor mal definido en región abdominal. Se administró oxígeno, isosorbide sublingual tensión arterial 130/100. Con el Tratamiento médico mejoró, pero continuó con hipoventilación basal bilateral y estertores diseminados.

Se consideró necesario continuar su atención en la unidad de cuidados intensivos, en donde se colocó sonda de alimentación enteral en segunda porción del duodeno, que fue bien tolerada. Más tarde aumentó el deterioro de la función cardiopulmonar. Se discutió el caso con los familiares, quienes optaron por solicitar en caso de paro no se realizaran maniobras. La paciente falleció al día siguiente.

Finalmente, se extendió certificado de defunción con los siguientes diagnósticos: 1.- Insuficiencia

cardiaca. 2.-Cardiopatía isquémica 3.- Ateroescle-
rosis. 4.- Síndrome de Ogilvie. 5.- Postoperada de
Fractura de Cadera.

Análisis del Caso

El análisis se realiza con el siguiente enfoque pericial:

1.- Fractura de Cadera.

La paciente, el día de su ingreso, fue atendida por el ortopedista, quien estableció el diagnóstico, planeó la cirugía para corregir el problema mediante una prótesis de cadera y solicitó electrocardiograma y valoración cardiovascular, en la que no existieron datos que contraindicaran la intervención. La solución a la fractura de cadera fue adecuada, la cirugía estaba indicada, no hubo complicaciones transoperatorias y su evolución postoperatoria inmediata fue satisfactoria en relación al procedimiento; no se presentó infección de herida quirúrgica ni datos de sangrado postoperatorio.

2.- Complicaciones Abdominales.

La evolución en los días que siguieron a la cirugía, se complicó por distensión abdominal, por lo que el ortopedista a cargo, solicitó la opinión de un gastroenterólogo, quien hizo el diagnóstico de Síndrome de Ogilvie.

Fue tratada con medicamentos y la paciente mostró evidencia de mejoría clínica, presentando evacuaciones y tolerando la vía oral de acuerdo con las notas de evolución.

Es importante mencionar que la distensión abdominal es frecuente en pacientes ancianos con vida sedentaria o confinados a la cama, y más aún en personas que presentan otros motivos para permanecer en reposo, en cama, como el trauma con la fractura de cadera. Las placas de abdomen mostraron distensión del colon que se extendía del ciego al colon transverso y no mostraron datos radiológicos de una oclusión intestinal mecánica; la paciente mostró además mejoría 2 días después, evacuando y toleando la vía oral. Posteriormente, utilizó la andadera, se encontraba sin fiebre y no presentaba datos de insuficiencia respiratoria.

El síndrome de Ogilvie es una pseudo obstrucción aguda del colon, masiva y con ausencia de lesión, que

obstruye mecánicamente su luz. Es una forma de ileo intestinal que se presenta en pacientes confinados a estar en cama y en pacientes con trastornos extra intestinales como son: padecimientos cardiacos, respiratorios, trauma, aerofagia y trastornos de la motilidad colónica, producida por algunos medicamentos. La radiografía simple de abdomen es característica para el diagnóstico. La distensión es típicamente localizada al colon derecho, y dicha dilatación se detiene en el ángulo esplénico o hepático. La colonoscopia es uno de los tratamientos de elección. La descompresión colónica es exitosa en el 90 % de los casos. La recurrencia es frecuente por arriba del 20%. Se practica la cecostomía cuando falta la colonoscopia. En el expediente no se encontraron datos de que la valoración y el manejo de éste problema fue incorrecto.

3.- Alta del hospital.

El egreso, de acuerdo con las notas del expediente, se llevó a cabo en una paciente sin fiebre, con signos vitales normales, tolerando la vía oral y en la que coinciden el médico tratante ortopedista y el gastroenterólogo, que la paciente estaba en condiciones de ser dada de alta a su domicilio. No existía ninguna alteración que impidiera que la paciente fuera enviada a su domicilio. Los familiares tampoco objetaron el llevarse a su paciente y en la nota de alta se indicó dieta normal. En este punto no se observa que hubiera existido algún acto negligente de parte de los médicos que estaban a cargo de la paciente.

4.- Reingreso.

La paciente vuelve al hospital con dilatación aguda del colon 24 horas después de su egreso, por lo que el médico tratante le practica colonoscopia y deja sonda rectal demostrando que sólo presentaba dilatación colónica. La placa de tórax la reportaron con atelectasia izquierda; le efectuaron ultrasonido que mostró mínima cantidad de derrame.

El médico tratante decidió no evacuar el derrame ya que la cantidad era pequeña y sólo existía mínima disnea; esta opinión fue compartida por el médico geriatra, que fue llamado para valorar a la paciente a su reingreso, quien hizo el diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva venosa e inició su manejo con digital y diuréticos.

La recurrencia de la dilatación del colon no es de extrañarse, pues se presenta por lo menos uno de cada 4 pacientes; por lo que, en este caso, la paciente que fue dada de alta en franca mejoría y presentó nuevamente la dilatación. Cabe señalar que la dilatación se puede presentar nuevamente en 12 a 24 horas, situación que no puede ser atribuida a que la paciente fuera enviada a su domicilio ya que salió del hospital presentando evacuaciones y tolerando la vía oral.

El derrame pleural que era mínimo, no necesitó en ese momento ser evacuado por ser de poca cantidad y no producir ningún compromiso respiratorio —de acuerdo a las notas de reingreso en que la ventilación no estaba comprometida y la disnea era mínima, como se menciona— podría haberse producido por la insuficiencia cardiaca congestiva, para la cual se dio tratamiento médico. En las notas subsecuentes, la paciente mostró mejoría y buena respuesta al tratamiento, con tensión arterial y frecuencia cardiaca normales.



5.- Atelectasia.

La paciente fue observada somnolienta, dato que puede ser sugerente de mala oxigenación. Continuó somnolienta durante todo el día. Aunque respondía a las preguntas, por la tarde presentó fiebre de 38.5°C y leucocitosis. Estos datos podrían sugerir un proceso infeccioso respiratorio. Sin embargo, la paciente también presenta dolor a la palpación en el abdomen, rebote, distensión con ruidos intestinales metálicos.

La placa simple de abdomen mostró ileo persistente en asas de delgado, ciego, colon ascendente y transversal. Este es un punto crucial en la evolución de ésta paciente: por un lado, la falta de buena ventilación en una anciana de 93 años está produciendo atelectasia con hipoventilación, también favorecida por la distensión abdominal, y elevación de los hemidiafragmas. La condición somnolienta que a la vez se acompaña de fiebre y leucocitosis, en estas condiciones, puede hacer pensar un cuadro neumónico; no obstante, la paciente también presentó dolor abdominal con rebote, intolerancia a los líquidos y ruidos metálicos. Este cuadro motivó al médico tratante a solicitar la evaluación del cirujano, pensando en que la paciente cursaba con un problema abdominal agudo: el cirujano también tuvo la misma impresión, teniendo la inquietud de que se tratara de un cuadro de isquemia intestinal, situación no rara en pacientes de esa edad. Esta condición motivó la laparotomía exploradora y la cecostomía.

El diagnóstico puede confundirse con una neumonía basal simulando un cuadro de abdomen agudo; pero la posibilidad de pasar por alto un problema abdominal más severo, obliga a buscar la explicación del dolor, el rebote, la distensión, la fiebre y la leucocitosis, como consecuencia de un proceso intra abdominal.

6.- Laparatomía.

Como se menciona en el punto anterior, la laparotomía se indicó con los datos clínicos mencionados, ya que aún cuando radiológicamente fuera evidente un cuadro neumónico basal, un proceso intra abdominal no diagnosticado y no resuelto, también representaba un serio problema para la paciente. Por lo tanto, no se puede considerar incorrecto el hecho de que la paciente recibiera el beneficio de la laparotomía y la cecostomía. Esta última se ha mencionado

como forma de tratamiento para el síndrome de Ogilvie, aún cuando los hallazgos fueron únicamente dilatación en ciego y ascendente, con algunas adherencias en ángulo esplénico —por colecistectomía previa—, sin que esto fuera una oclusión intestinal mecánica.

7.- Insuficiencia cardíaca.

Un día después de la cirugía de abdomen, la paciente presentó mayor congestión pulmonar y derrame pleural bilateral; estaba consciente y coherente y se considera que “aún persiste la insuficiencia cardíaca congestiva venosa”.

La paciente es manejada en la unidad de terapia intensiva, donde observan cardiomegalia, derrame pleural bilateral. Es posible que el cuadro neumónico continuara, así como la insuficiencia cardíaca. La paciente estaba recibiendo antibióticos y la valoraron con ecocardiograma.

A partir de estos hallazgos presentó mejorías temporales, con estados progresivos de gravedad y su estado general se fue deteriorando, se observó expectoración purulenta, se dio manejo para el derrame pleural bilateral.

La paciente continuó en esta progresión, a pesar de los intentos por mejorarla: le iniciaron nutrición parenteral y luego enteral; le colocaron sonda endotraqueal para ventilarla e ingresó al servicio de terapia intensiva, hasta el momento en que llegó a un estadio de gravedad que fue considerado irreversible —problema que fue explicado a los familiares, quienes según las notas solicitaron la suspensión de toda maniobra de resucitación y a cualquier otro manejo activo. La paciente falleció diez días después de la laparotomía exploradora.

8.- Conclusiones.

El deceso de esta paciente, según se observa, se debió a complicaciones respiratorias y cardiovasculares. La paciente llegó a un estadio de gravedad tal que no se consideró prudente continuar con manejo activo en una paciente senil con pocas posibilidades de respuesta.

A pesar de una importante mejoría en todos los avances médicos, la utilización de unidad de terapia intensiva, antibióticos modernos, el uso de respiradores y otros métodos de valorar las condiciones de

un paciente, la mortalidad post operatoria en pacientes geriátricos sigue siendo elevada, ya que alrededor del 70% de los pacientes presentan complicaciones y el número de muertes es alto.

Los pacientes ancianos tienen disminuidas sus reservas fisiológicas. Esto contribuye a que más fácilmente se presenten complicaciones; además de padecimientos crónicos que los ancianos pueden presentar en un buen porcentaje.

En el sistema respiratorio, los pacientes ancianos tienen disminuida su elasticidad torácica, tienen mayor volumen residual y espacio muerto en su ventilación, lo que lleva a ser muy vulnerables a la hipoxia a la vez que tienen una mínima capacidad de expectorar las secreciones.

En el sistema cardiovascular pueden tener alterada la función cardíaca, toleran muy poco la carga de líquidos, son muy lábiles a las pérdidas de volumen presentando hipotensión postural.

En el aparato renal, también, la edad produce un aumento en el riesgo de insuficiencia renal, encontrándose disminuida la habilidad para excretar los medicamentos. Son muy vulnerables a la hidratación y a la sobrehidratación, y tienen disminuida su defensa contra la acidosis.

En el sistema nervioso central los ancianos son lábiles para caer en estados de confusión con el simple hecho de estar confinados a la cama durante su enfermedad, vulnerables a la isquemia cerebral y a estados de hipoxia.



En la revisión de éste caso no existen elementos que sugieran que existió negligencia y/o impericia en el personal médico que atendió a la paciente, ya que recibió el apoyo de los especialistas indicados, así como los estudios requeridos durante su enfermedad inicial y su evolución, siendo en todo momento bien atendidas sus complicaciones de acuerdo a la *Lex Artis* médica en forma correcta.

Se concluyó respecto al caso que:

- El diagnóstico y el tratamiento establecido para el manejo de la fractura de la cadera fue correcto de acuerdo a los principios

científicos y éticos de la práctica médica

- La complicación abdominal presentada por la paciente se encuentra reportada en la literatura médica, por lo que puede considerarse que no existió mala práctica en la terapéutica médico quirúrgica utilizada.

- El manejo médico de las complicaciones sistémicas que presentó la paciente fue el correcto, por lo que no existe mala práctica en términos de la *Lex Artis*.

- En la revisión de este caso no existen elementos que indiquen que existió negligencia o impericia en el personal médico que atendió a la paciente, ya que recibió el apoyo de los médicos especialistas indicados, así como el beneficio de los estudios practicados durante su enfermedad inicial y su evolución, siendo en todo momento bien atendidas sus complicaciones de acuerdo a la ciencia médica. 

Bibliografía

- 1.- *Geriatrics and the limits of Modern Medicine*, The New England Journal of Medicine April 22, 1999 Vol. 340 No. 16:1-7.
- 2.- *The Merck Manual of Geriatrics*. Page 1-37.
- 3.- Way LW. *Current Surgical Diagnosis – Treatment*. Management of the older surgical patient. Appleton and Lange Editors. 10th 1994. Chapter 5 62-66.
- 4.- Way LW. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. Large intestine. Ogilvie Síndrome Appleton and Lange Editors. 10th edition 1994. Chapter 31.652-654.
- 5.- Casa Madrid Mata. *La atención Médica y el Derecho Sanitario*. JGH Editores. 1^a Edición de México, D.F., 1999.