

Caso CONAMED

CONAMED Case

Dra. María del Carmen Dubón Peniche

Síntesis de la Queja.

El paciente refiere, que en el primer hospital donde fue atendido, no trataron debidamente el dolor abdominal agudo que presentaba, por ello tuvo que acudir a otro nosocomio, donde lo intervinieron quirúrgicamente.

Resumen clínico.

Expediente clínico, primer hospital.

19 de mayo de 2006, 10:30 horas. Urgencias: Masculino de 19 años de edad, dolor cólico, moderado a intenso, de cuatro horas de evolución. Presión arterial 110/70, frecuencia cardíaca 100 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 37.7°C, cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen globoso por panículo adiposo; resistencia muscular en ambos cuadrantes inferiores, de predominio izquierdo, palpación profunda dolorosa en cuadrantes inferiores, percusión timpánica, peristalsis hipoactiva, Mc Burney/Lanz dudosos; psoas izquierdo doloroso, obturador negativo, Bumberg dudoso. Impresión diagnóstica: síndrome de abdomen doloroso. Plan: estudio de abdomen doloroso. Ultrasonido abdominopélvico: Pielonefritis derecha agudizada, pielectasia moderada. Datos de colon espástico a correlacionar con estudios complementarios y evolución clínica.

13:00 horas, nota de valoración. Cirugía General: Abdomen agudo de 7 horas de evolución. Padecimiento actual: inicia con dolor en cuadrantes inferiores de abdomen, hiporexia. Tomó medicamentos con mejoría temporal del dolor; actualmente dolor

moderado, continuo, en cuadrantes inferiores, no síntomas urinarios. Exploración física: mucosa oral seca (+), tórax sin datos patológicos; abdomen blando, hiperestesia en fosa ilíaca derecha, fosa ilíaca izquierda y epigastrio, rebote positivo en fosa ilíaca derecha e izquierda. Psoas derecho negativo, psoas izquierdo positivo; peristalsis no audible. Hemoglobina 14.4g/dl, hematocrito 43.3%, leucocitos 12,300 x mm³, bandas 11%, examen general de orina en parámetros normales. Diagnóstico colitis vs. Apendicitis modificada por analgésicos. Plan: hospitalización, medidas generales, revalorar en tres horas. Solución fisiológica 500 ml para dos horas; solución mixta 1000 ml.

17:00 horas, nota de evolución: Refiere dolor cólico, de predominio en colon descendente, fiebre hasta 39.2°C, frecuencia cardíaca 102 por minuto, mucosa oral mejor hidratada, tórax sin datos patológicos. Dolor en marco colónico, rebote dudoso, peristalsis leve. Salmonelosis, se inicia gentamicina y metamilzol. Dieta líquida a tolerancia. Resultados de estudios de laboratorio: Hemoglobina 14g/dl, leucocitos 12,300x mm³, segmentados 70%, bandas 11%. 17:45 horas, indicaciones: Dieta líquida a tolerancia, solución glucosada 5% 1,000 para 6 horas, gentamicina 160 mg intravenosos cada 12 horas, metamilzol 1 g., intravenoso cada 6 horas, signos vitales, deambulación y baño.

20 de mayo de 2006, 9:30 horas, nota de evolución: Remiten cólicos, presenta evacuaciones diarreicas (4) por la noche, con pujo. Tolera poco líquido vía oral, tiene náusea, cede la fiebre, diuresis concentrada. Tempera-

tura 36.3°C, frecuencia cardíaca 82 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, presión arterial 90/60. Mucosa oral levemente seca, campos pulmonares sin datos patológicos; abdomen blando, no distendido, dolor en marco colónico a la palpación profunda, rebote dudoso, peristalsis leve. Indicaciones: Dieta líquida astringente a tolerancia, solución mixta 1000 ml., más 1 ampolleta KCL para 6 horas; metamilzol sólo por fiebre mayor a 38°C., caolín/pectina 10 ml., vía oral cada cuatro horas, gentamicina 160 mg. intravenosos cada 12 horas; loperamida una tableta vía oral cada 6 horas; solicitar coproparasitológico y amiba en fresco. 21:40 horas: Butilhioscina una ampolleta intravenosa cada 6 horas.

Resultados de estudios de laboratorio: Amiba en fresco.- Trofozoítos de Entamoeba histolytica ausentes. Coprológico.- Leucocitos 0-1 por campo, eritrocitos 0-1 por campo. pH 8.5, parásitos de Entamoeba histolytica.

21 de mayo de 2006, 9:15 horas, nota de evolución: Vómito (único evento en 24 horas). Temperatura 36.2°C, frecuencia cardíaca 77 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, presión arterial 100/70. Campos pulmonares sin datos patológicos; abdomen blando, depresible, no hiperestesia, leve hiperbaralgia colon descendente, rebote (-), peristalsis (+/++); evacuaciones líquidas. Indicaciones: Dieta líquida sin lácteos, blanda al medio día; solución mixta 1000 ml., más 1 ampolleta KCL para 12 horas; gentamicina 160 mg intravenosa cada 12 horas, metamilzol, caolín/pectina 10 ml., vía oral cada cuatro horas, loperamida vía oral cada 6 horas. Prealta.

21 de mayo de 2006, 16:00 horas, nota de egreso: *Diagnóstico de ingreso.- Colitis vs. apendicitis modificada por analgésicos. Diagnóstico de egreso.- Enteritis, probable Shigella. Pronóstico favorable. Plan.- Dieta astringente, loperamida por razón necesaria, gentamicina 160 mg., intramusculares cada 24 horas por tres días, antiespasmódicos por razón necesaria. Cita en siete días.*

22 de mayo de 2006, Consulta Externa: *Evacuaciones líquidas, vómito, dolor cólico esporádico. Se solicita rotavirus en heces. Cita a la brevedad posible.*

Expediente clínico, segundo hospital.

23 de mayo de 2006, nota postquirúrgica: *Diagnóstico pre y postoperatorio.- Absceso pélvico secundario a apendicitis complicada. Cirugía efectuada.- Apendicectomía, lavado y drenaje de cavidad. Hallazgos.- Colección purulenta en hueso pélvico (200 ml.), abundante fibrina, sigmoides y vejiga maceradas, adherencias múltiples interasa, apéndice perforado. 27 de mayo de 2006, nota de egreso: Alta por mejoría. Diagnóstico definitivo.- Apendicitis aguda complicada, absceso pélvico.*

29 de mayo de 2006, Reporte de estudio histopatológico: *Muestra enviada.- Apéndice cecal. Diagnóstico.- Apendicitis aguda necrótica, fibrinopurulenta. Periapendicitis aguda fibrinosa. Reporte de Cultivo: Staphylococcus aureus coagulasa positivo. Proteus mirabilis.*

Análisis del Caso.

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

Atendiendo a la literatura especializada, la apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente del abdomen, ocurre a cualquier edad, siendo el rango mayor entre 15 a 30 años, afecta igualmente ambos sexos.

En su inicio, la apendicitis aguda puede ser difícil de identificar; sin embargo, si se realiza el estudio cuidado-

so del paciente, se reducen las complicaciones, tales como perforación, absceso o peritonitis, las cuales se deben principalmente a retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

Por cuanto a su etiología, la obstrucción de la luz, es factor determinante en la producción de apendicitis, el fecalito es causa común de obstrucción, menos frecuente la hipertrofia del tejido linfoide, otras causas pueden ser vegetales, semillas o parásitos.

Inicialmente la obstrucción comprime los conductos linfáticos, genera isquemia edema y acumulación de moco, el cual es transformado en pus por las bacterias, presentándose úlceras en la mucosa (apendicitis focal grado I). Posteriormente, las bacterias colonizan y destruyen la pared apendicular, el proceso inflamatorio alcanza la serosa y el peritoneo parietal; en esta etapa existe apendicitis aguda supurada (grado II).

La trombosis de vasos sanguíneos apendiculares, produce necrosis de la pared y gangrena, ocurriendo finalmente la perforación. A través de la perforación, escapa el contenido purulento, ello origina peritonitis. Cuando las asas cercanas y el epiplón mantienen aislado el foco, persiste como peritonitis localizada y se forma plastrón o absceso localizado (grado III). Si el apéndice es retroperitoneal, el proceso tiende a mantenerse localizado. Si la perforación no es sellada por asas o epiplón, se produce peritonitis generalizada (grado IV).

En cuanto al diagnóstico, debe atenderse a los datos clínicos, así mismo, existen exámenes auxiliares, entre ellos: biometría hemática, radiografía simple de abdomen y ultrasonido pélvico.

La secuencia clínica clásica consiste en dolor, vómito y por último fiebre. El dolor inicia en epigastrio o región periumbilical, después se localiza en fosa ilíaca derecha. Casi siempre existe anorexia, el vómito está presente en más de 75% de los casos. En pacientes de edades extremas (neonatos y ancianos), la fiebre puede estar ausente, incluso puede haber hipotermia. De igual

forma, puede existir diarrea en uno de cinco pacientes.

En la exploración física, se pueden encontrar los siguientes signos:

- Punto de Mc Burney, localizado a 4-5 cm de la apófisis espinosa del ileon, en una línea recta trazada desde dicha apófisis hasta el ombligo. Este signo es positivo cuando existe hipersensibilidad al rebote.
- Rovsing, se presenta dolor en cuadrante inferior derecho al hacerse presión en el izquierdo.
- Resistencia muscular a la palpación de la pared abdominal, es indicador de la intensidad del proceso inflamatorio. En la fase temprana, existe resistencia defensiva y voluntaria; conforme avanza la enfermedad, se intensifica el espasmo muscular, tornándose involuntaria (rigidez refleja).
- Psoas, indica foco de irritación en su proximidad; este signo se busca con el paciente en decúbito lateral izquierdo, extendiendo lentamente el muslo derecho. Si la extensión produce dolor, el signo es positivo.
- Obturador, se realiza mediante rotación interna, pasiva, del muslo derecho flexionado, con el paciente en decúbito supino; es positivo cuando ocurre dolor hipogástrico, al distenderse el músculo.

En presencia de peritonitis localizada o generalizada, es posible encontrar dolor al rebote; es decir, a la descompresión brusca (signo de Von Blumberg).

En la exploración física puede identificarse masa palpable, la cual es signo de plastrón o absceso. Finalmente, cuando el apéndice se perfora, el paciente se agrava de inmediato, se incrementa la fiebre, existe taquicardia y mal estado general. En ocasiones, el cuadro clínico se puede enmascarar, principalmente cuando los pacientes han recibido tratamiento mediante analgésicos y/o antibióticos, los cuales pueden modificar el cuadro y presentarse sólo algunos síntomas e incluso ninguno.

En los estudios de laboratorio, la biometría hemática puede mostrar leucocitosis y/o neutrofilia en más de 70% de los casos de apendicitis aguda. Este dato sirve para confirmar el diagnóstico, pero su ausencia no lo excluye. El examen general de orina tiene utilidad, si se sospecha infección urinaria como alternativa diagnóstica. La presencia de leucocituria, puede observarse si el proceso inflamatorio del apéndice se encuentra en vecindad con el uréter o la vejiga.

Los principios básicos del manejo incluyen: mejorar las condiciones del paciente, antibiótico (para cubrir Gram negativos y anaerobios) e intervención quirúrgica. En caso de absceso y destrucción total del apéndice cecal, debe realizarse drenaje del absceso, dejando drenes por la posibilidad de fístula enterocutánea. Si el cuadro es de peritonitis generalizada, una vez realizada la apendicectomía, debe lavarse la cavidad peritoneal hasta que el líquido de retorno sea de aspecto claro.

En el presente caso, el 19 de mayo de 2006, el paciente asistió al primer hospital por presentar dolor abdominal. La nota inicial, señala que el paciente presentaba síndrome de abdomen doloroso, estimando necesario su estudio.

A las 13:00 horas, el paciente fue valorado por Cirugía General, reportándose abdomen agudo de siete horas de evolución. La nota de dicho servicio, refiere que el padecimiento inició con dolor en cuadrantes inferiores de abdomen e hiporexia, y que el enfermo tomó medicamentos con mejoría temporal del dolor. Así mismo, la citada nota refiere que el paciente presentaba: temperatura 37.6° C, frecuencia cardiaca 120 por minuto, mucosa oral seca; hiperestesia en fosa ilíaca derecha, izquierda y epigastrio; rebote positivo en fosa ilíaca derecha e izquierda, psoas izquierdo positivo, peristalsis no audible; por ultrasonido abdominal riñón derecho con discreta ectasia piélica y ureteral, pérdida de la relación corteza-médula; biometría hemática que reportó leucocitos 12,300, bandas 11, y examen general de orina en

parámetros normales. Integrándose diagnóstico de colitis vs. apendicitis modificada por analgésicos, por ello se indicó la hospitalización del enfermo, medidas generales, observación y revaloración en cuatro horas, lo cual estaba indicado debido al cuadro clínico que presentaba.

El paciente fue revalorado por Cirugía General; en efecto, la nota de las 17:00 horas, señala que el enfermo presentaba dolor tipo cólico de predominio en colon descendente, fiebre hasta 39.2° C., frecuencia cardiaca 102 por minuto, dolor en marco colónico, signo de rebote dudoso, peristalsis leve.

Con los datos clínicos anteriores, estimaron que se trataba de salmonelosis y se inició tratamiento mediante gentamicina, metamizol y dieta líquida a tolerancia. En ese sentido, quedó demostrado que el personal médico del servicio de Cirugía General del hospital demandado, incurrió en mala práctica, por negligencia, pues incumplió sus obligaciones de medios en la atención del paciente, al indicar tratamiento, sin que estuviera debidamente sustentado.

En efecto, el expediente clínico demuestra que el paciente desde su ingreso a Urgencias (19 de mayo de 2006), tenía datos clínicos sugerentes de abdomen agudo; en efecto, de las notas médicas, se desprende que presentaba taquicardia, febrícula, resistencia muscular en hemiabdomen inferior, signos apendiculares dudosos, entre otros. Así mismo, se desprende, que la biometría hemática reportó leucocitosis ($12,300 \times \text{mm}^3$) con bandemia importante (11%), y durante su estancia, ese mismo día presentó fiebre (39.2° C), persistencia del dolor y rebote dudoso.

Más aun, las notas del expediente clínico, acreditan que Cirugía General sospechó apendicitis modificada por medicamentos, y pese a ello, indicó antibiótico y analgésico antipirético, lo cual contribuyó a la modificación del cuadro clínico. Esto demuestra, la mala praxis, por negligencia, en que incurrió el personal médico.

Al respecto, es necesario mencionar,

que en términos de la literatura especializada, los pacientes con apendicitis aguda, pueden presentar síntomas atípicos, los cuales pueden deberse, entre otras cosas, a las diferentes posiciones anatómicas del apéndice, al grado de inflamación que exista durante la valoración médica, así como a la modificación del cuadro clínico por empleo de antibióticos y/o analgésicos. Por lo anterior, cuando se sospecha apendicitis, la atención debe ser cautelosa, antes de iniciar medicamentos que puedan modificar la historia natural de la enfermedad y retrasar el diagnóstico, favoreciendo la aparición de complicaciones. En el presente caso, fue acreditado que el paciente presentó apendicitis aguda; en la especie, el reporte de estudio histopatológico así lo demuestra.

Atendiendo a las notas médicas de los días 20 y 21 de mayo de 2006, el paciente presentó evacuaciones líquidas, sin que desapareciera el dolor abdominal; sin embargo, Cirugía General se limitó a dar tratamiento con antibiótico, analgésico, antiespasmódico y antidiarreicos. Esto es un elemento más, para tener por cierto, que la actuación, no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada, pues soslayaron las manifestaciones de abdomen agudo que el paciente presentó, y si bien se sospechó la posibilidad de apendicitis aguda, no se descartó debidamente.

El personal médico del hospital demandado, egresó al paciente el 21 de mayo de 2006, con tratamiento mediante loperamida y gentamicina, lo cual modificó las manifestaciones clínicas, retrasando el diagnóstico del padecimiento apendicular. De igual forma, el paciente fue atendido en consulta externa, el 22 de mayo de 2006, la nota de la citada fecha, refiere que presentó vómito, persistencia de evacuaciones líquidas y dolor cólico esporádico; sin embargo, no se señala la exploración física del enfermo, sólo la solicitud de búsqueda de rotavirus en heces.

Lo anterior, demuestra incumplimiento de las obligaciones de medios

de diagnóstico y tratamiento, por parte del personal médico del hospital demandado, pues pese a que el paciente continuaba con dolor abdominal y diarrea, se concretó a solicitar estudio de rotavirus (padecimiento que se presenta con mayor frecuencia en lactantes), sin efectuar el diagnóstico diferencial, que el caso ameritaba.

En esos términos, está demostrado que debido a las omisiones observadas por el personal médico del hospital demandado, fue necesario que el paciente asistiera al segundo hospital,

para atender su problema de salud, el cual era de resolución quirúrgica.

El expediente clínico del segundo hospital, demuestra que el enfermo fue intervenido quirúrgicamente el 23 de mayo de 2006, pues presentaba apendicitis complicada; en efecto, la nota postquirúrgica así lo demuestra. De igual forma, el reporte de estudio histopatológico fechado el 29 de mayo de 2006, es concluyente al señalar, que el paciente presentó apendicitis aguda necrótica fibrinopurulenta y periapendicitis aguda fibrinosa.

Apreciaciones Finales.

- La atención brindada por el personal médico del hospital demandado, no se ajustó a la *lex artis* de la especialidad, pues ante el cuadro clínico que presentaba el paciente, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, incurriendo así en mala práctica, por negligencia médica.
- El tratamiento subsecuente ofrecido en segundo hospital, fue necesario ante las irregularidades observadas en el hospital demandado.

Referencias Bibliográficas.

- Silen W. Abdominal Pain. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal medicine*. 16th edition. McGraw-Hill Professional, 2004.
- Butters J, Calderwood SB. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal medicine*. 16th edition. McGraw-Hill Professional, 2004.
- Tamamés GS, Tamamés Martínez R. *Apendicitis aguda en Cirugía*. Editorial Médica Panamericana, España: 2000.
- Bergeron E. Clinical Judgment remains of great value in the diagnosis of acute appendicitis. *Canadian J Surg*. 2006;49(2):96-100.
- Douglas Ch, McPherson NE, Davidson PM, Gani JS. Randomized controlled trial of ultrasonography in diagnosis of acute appendicitis, incorporating the Alvarado score. *BMJ* 2000;321(7226):919-922.
- Athié Gutiérrez C, Guizar Bermúdez C. Apendicitis. Capítulo 94, 785-794. En: *Tratado de Cirugía General*. Ed. Manual Moderno, México: 2003.
- Zaldivar RF y cols. Perfil de atención de la patología apendicular en el servicio de urgencias: análisis de 1,024 pacientes. *Cir Gen*. 1999;21:126-30.
- Guizar B y col. Análisis de 8,732 casos de apendicitis en el Hospital General de México. *Cir Gen*. 1999;21:105-109.