

Caso CONAMED

CONAMED case

Dra. María del Carmen Dubón Peniche

Síntesis de la Queja.

Paciente femenino de 38 años de edad, asistió al Hospital demandado por dolor abdominal, se diagnosticó apendicitis y se efectuó tratamiento quirúrgico. Después del egreso asistió al citado hospital en diversas ocasiones, habiéndose diagnosticado infección de herida quirúrgica. Posteriormente, presentó deterioro en el estado de salud, fiebre, evacuaciones diarreicas, distensión abdominal y dolor intenso, sin que en el hospital de referencia recibiera atención la necesaria, por ello tuvo que acudir a otro nosocomio.

Resumen clínico.

Expediente Clínico, Hospital demandado.

17 de enero de 2007, 19:05 horas, Nota de ingreso, Urgencias: Paciente del género femenino de 38 años de edad, que acude por dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea. Frecuencia respiratoria 28, frecuencia cardíaca 145 por minuto, temperatura 39° C. Padecimiento: inicia el día de ayer con dolor abdominal localizado en mesogastrio y fosa ilíaca derecha, irradiado a región lumbar, dos meses antes presentó la misma sintomatología. Cursa con náusea, vómito en varias ocasiones (más de 20) y evacuaciones diarreicas, sin moco

ni sangre; tratada con ranitidina sin presentar mejoría; el dolor se intensificó hoy por la tarde. Exploración: palidez de tegumentos, facies de dolor, deshidratada; cardiopulmonar sin alteraciones; abdomen con dolor a la palpación media y profunda, dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, psoas positivo, rebote positivo, peristalsis disminuida dolor a la percusión en fosas renales, Giordano positivo. Diagnóstico: abdomen agudo, descartar apendicitis aguda. Plan: Ingresar para hidratación, realización de estudios de laboratorio y gabinete, interconsulta a Cirugía General.

18 de enero de 2007, 2:30 horas, Nota de valoración, Cirugía General: Facies álgida, en abdomen dolor intenso a la descompresión de la pared abdominal, dolor, dolor intenso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha, signos del obturador y del psoas positivo, dolor a la puño percusión en fosas renales. Laboratorio: glucosa 101, creatinina 1.2, urea 30, tiempo de protrombina 13.9 seg. Examen general de orina: aspecto amarillo, ligeramente turbio, densidad 1.010, pH 5.0 glucosa (+). Leucocitos 4-8 por campo, bacterias (++++). Cuadro de abdomen agudo, persiste dolor en fosa ilíaca derecha, se explica la necesidad de apendicectomía. Pasar a quirófano en cuanto se solicite. Radiografías de abdomen con niveles hidroaéreos, opacidad en fosa ilíaca derecha.

5:00 horas, Nota postoperatoria: Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda. Diagnóstico postoperatorio: apendicitis aguda más quistes de ovario. Operación realizada: laparotomía exploradora, apendicectomía y destechamiento de quistes ováricos. Técnica: anestesia general, incisión media infraumbilical, exploración de cavidad abdominal, encontrando líquido de reacción peritoneal citrino 10 cc en hueco pélvico y corredera parietocólica derecha. Apéndice cecal hiperémica, edematosa; quistes de ovario bilaterales de 4x5x4 centímetros, a tensión, por ello se realiza destechamiento y cierre de los mismos. Se realiza apendicectomía, sin encontrar colecciones, se procede al cierre. Indicaciones médicas: Ayuno, control de líquidos, soluciones parenterales, ceftriaxona 1 g intravenoso cada doce horas, omeprazol 40 mg intravenosos cada 24 horas, metami-zol 1 g intravenoso cada 8 horas.

18 de enero de 2007, Nota de Ingreso, Cirugía General: Refiere dolor en herida quirúrgica. Abdomen blando, no doloroso, peristalsis disminuida. Evolución satisfactoria, mismo manejo.

19 de enero de 2007, Notas de enfermería: Signos vitales en parámetros normales. Hidratada, tolera vía oral. Abdomen blando, herida quirúrgica sin datos de infección. Sonda vesical a derivación.

20 de enero de 2007, Nota de enfermería: Distensión abdominal y dolor a la palpación. Campos pulmona-

res ventilados; abdomen ligeramente distendido. Refiere dolor abdominal al toser.

21 de enero de 2007, Nota de enfermería: Se retira venoclisis, acepta el desayuno. Temperatura 36° C, frecuencia cardíaca 72 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto.

Hoja de Egreso Hospitalario 20 de enero de 2007: Fecha de ingreso: 18 de enero de 2007. Días de estancia: dos. Se encuentra en buenas condiciones generales; cardiopulmonar sin compromiso; abdomen blando, depresible, peristalsis presente, dolor a nivel del sitio quirúrgico, herida quirúrgica afrontada. Tolerar vía oral, por lo que se decide su alta. Cita abierta a Urgencias, cita a Consulta Externa en dos semanas, retiro de puntos en el área de Curaciones, gatifloxacina 1 tableta cada 24 horas, paracetamol 500 mg cada 8 horas.

23 de enero de 2007, 14:43 horas, Nota de Cirugía General: Acude por presentar secreción por herida quirúrgica, tipo hemático, no fétido. Herida con tercio inferior hiperémico, edematoso, hipertérmico, se realiza curación, retirando punto de vértice inferior extrayendo 15 cc de material purulento. Se indican dos curaciones diarias y cita a Curaciones para revisión. Plan: egreso a su domicilio, cefalexina 500 mg cada 8 horas.

16:47 horas, Urgencias: En el Servicio de Cirugía se realizó curación de herida. Indicaciones para su clínica: cefalexina 500 mg cada 8 horas, paracetamol 1 cada 8 horas por 5 días, curaciones cada 12 horas, medidas generales, datos de alarma, cita abierta a Urgencias, control subsecuente en Unidad Médica Familiar.

24 de enero de 2007, Reporte de estudio histopatológico: Diagnóstico: apendicitis aguda y crónica inespecífica; periapendicitis; datos de peritonitis mínima; hiperplasia linfocítica.

29 de enero de 2007, 10:00 horas, Hoja de Urgencias: Valoración previa por infección de un punto en herida quirúrgica hace 4 días, ahora

se agregan evacuaciones diarreicas, espumosas, sin moco ni sangre. Distensión abdominal, dispepsia y flatulencia, sin tratamiento médico. Exploración: marcha con dificultad por dolor y distensión abdominal, mal hidratada. Abdomen distendido timpánico, zurridos, peristalsis aumentada, dolor sobre herida quirúrgica con hiperemia e hipertermia en los últimos puntos con secreción escasa. Diagnóstico: herida quirúrgica infectada, celulitis local en últimos puntos, gastroenteritis infecciosa. Tratamiento: ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas; paracetamol una cada 8 horas, metoclopramida una cada 8 horas; prebióticos, dieta astringente estricta. Curaciones diarias dos a tres veces al día. Cita abierta en caso de cualquier eventualidad.

30 de enero de 2007, Hoja de Urgencias, hora de admisión 13:30 horas y hora de alta 22:00 horas: Acudió a valoración por aparente infección de herida quirúrgica, se realiza cultivo de secreciones resultando negativo a crecimiento bacteriano. Hoy asiste por presentar dolor abdominal difuso, evacuaciones líquidas en cuatro ocasiones y rechazo a la vía oral, ingresó al Servicio para tratamiento. Se solicitan estudios paraclínicos y ultrasonido de abdomen para descartar colecciones; sin embargo, el familiar solicita egreso voluntario. Hoja de alta voluntaria: Retiro a mi familiar debido a que no recibió la atención debida.

Expediente Clínico, atención subsecuente.

30 de enero de 2007, 11:00 horas, Nota de Ingreso: Inició cuatro días después de la realización de apendicectomía más resección de quistes ováricos, presentando salida de material purulento por herida quirúrgica, se agregaron al cuadro clínico evacuaciones líquidas, espumosas, sin moco o sangre. Exploración física: presión arterial 120/70, frecuencia

cardíaca 64 por minuto, temperatura 38.3° C. Mal estado de hidratación; distensión abdominal, abdomen timpánico, herida quirúrgica con salida de material seroso, dolor a la palpación superficial y profunda, peristalsis ausente. Resultados de laboratorio y gabinete: leucocitos 12 900/mm³, hemoglobina 12.5 g/dL, hematocrito 36%, plaquetas 562,000/mm³, bandas 2%, neutrófilos 11.6%; glucosa 98 mg/dL, sodio 141 mmol/L, amilasa 99 mU/dL, potasio 3.7 mmol/L, creatinina 0.7 mg/dL; albúmina 2.8 g/dL, urea 19 mg/dL. Radiografía de tórax sin alteraciones. Radiografía de abdomen con múltiples asas de intestino delgado en hueco pélvico, hipogastrio, mesogastrio e hipocondrio izquierdo, niveles hidroaéreos en hueco pélvico e hipogastrio. Ultrasonido: pared de sigmoides engrosada, colección de 3.5 ml, probable diverticulitis en sigmoides, ovarios con presencia de quiste. Valorada por los servicios de Medicina Interna, Cirugía y Gastroenterología, se decide internamiento. Impresión diagnóstica: dolor abdominal en estudio, probable diverticulitis. Plan: ayuno, soluciones parenterales, hemocultivo; vigilar datos de alarma abdominal.

31 enero 2007, 10:00 horas, Gastrocirugía: Tomografía muestra diverticulitis en sigmoides Hinchey III, absceso fosa ilíaca izquierda. Por laboratorio presenta leucocitosis, neutrofilia y bandemia. Plan: se dará oportunidad de manejo médico en espera de evolución, de no ser satisfactoria se realizará tratamiento quirúrgico.

13:00 horas: Dolor cólico generalizado, náusea posterior a ingesta de medio de contraste para tomografía. Abdomen distendido, dolor a la palpación y rebote positivo. Se espera resultado de tomografía. Coprocultivo en parámetros normales.

Reporte de ultrasonido: Probable diverticulitis aguda. Hacia fosa ilíaca izquierda colon sigmoides con engrosamiento de su pared, pequeña colección adyacente a la misma.



Reporte de tomografía: *Cambios compatibles diverticulitis de sigmoides complicada con formación de absceso paracólico. Formación de colección paracólica con líquido y gas, la grasa mesentérica se encuentra infiltrada, existe líquido en ambas correderas parietocólicas.*

1° de febrero de 2007, 10:00 horas, Gastrocirugía: *Refiere dolor en hemiabdomen inferior izquierdo, constante, no canaliza gases, no ha evacuado, signos vitales estables. Abdomen depresible, muy doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha y mesogastrio, rebote positivo con dolor, compromiso abdominal (plastrón) inflamatorio a lo largo del sigmoides, probablemente secundario a diverticulitis. Tiempos de coagulación alargados, se da manejo, para efectuar cirugía.*

Nota de Valoración, Anestesiología: *Riesgo ASA III.*

12:00 horas: *Tensión arterial 100/70, frecuencia cardíaca 78 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, dolor en abdomen de predominio en mesogastrio 8/10 a la palpación media y profunda.*

2 febrero de 2007, Nota postoperatoria: *Diagnóstico preoperatorio: diverticulitis aguda. Operación planeada: sigmoidectomía por laparoscopia, colostomía y bolsa de Hartmann. Operaciones realizadas: las programadas más adherolisis y drenaje de absceso. Técnica: colocación de puertos, neuromoperitoneo, se realiza adherolisis; identificación de colon descendente y sigmoides, el cual se encuentra con adherencias, orificio en su pared anterior con salida de líquido blanquecino espeso, el cual se envía a cultivo. Se realiza sigmoidectomía y bolsa de Hartmann, se madura colostomía. Revisión de cavidad abdominal, verificando hemostasia, colocación de drenaje tipo Jackson Prat en bolsa de Hartmann y corredera parietocólica izquierda. Cierre por planos. No complicaciones. Indicaciones: ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas, me-*

tronidazol 500 mg intravenosos cada 8 horas, ketorolaco intravenoso cada 8 horas, omeprazol intravenoso cada 12 horas, sonda nasogástrica.

17:00 horas: *Tensión arterial 120/80, frecuencia cardíaca 72 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, temperatura 36° C. Liger dolor en abdomen, heridas quirúrgicas sin datos de sangrado, bordes afrontados, colostomía sin alteraciones.*

Resultados de laboratorio: *Muestra de líquido peritoneal: abundantes leucocitos polimorfonucleares, moderada cantidad de cocos Gram positivos. Escasos bacilos Gram negativos. Cultivo: E. Coli sensible a cefepime, amikacina, cefotetan, ceftriaxona, cefuroxima. Enterococcus faecium sensible a tetraciclina, vancomicina.*

5 de febrero de 2007, Hoja de enfermería: *Se retira sonda nasogástrica, tolera dieta líquida, afebril, dolor de moderada intensidad. Tensión arterial 110/80; temperatura. 36.5° C.*

6 de febrero 2007, 10:00 horas, Nota de evolución: *Signos vitales estables, tolerando la vía oral, diuresis al corriente, evacuaciones a través de bolsa de colostomía presentes, asintomática, sin sonda nasogástrica. Cardiopulmonar sin compromiso; abdomen con herida quirúrgica sin alteraciones, blando, depresible con peristalsis. Evolución satisfactoria.*

7 de febrero de 2007, 7:30 horas, Gastrocirugía: *Asintomática y estable. Signos vitales en parámetros normales. Herida quirúrgica afrontada.*

Reporte de estudio histopatológico: *Diagnóstico: enfermedad diverticular complicada con diverticulitis aguda perforada con absceso pericólico.*

8 de febrero de 2007, 7:30 horas, Gastrocirugía: *Tolera vía oral, diuresis y excretas al corriente, peristalsis normoactiva.*

9 de febrero de 2007, 7:00 horas, Gastrocirugía: *Estable, asintomática, afebril. Abdomen depresible, peristalsis normoactiva, sin datos de irritación peritoneal.*

10 de febrero de 2007, 20:30 horas, Gastrocirugía: *Evolución satisfactoria, tolera dieta blanda, herida quirúrgica afrontada; colostomía funcionado.*

11 de febrero de 2007, Gastrocirugía: *Asintomática, afebril, sin dolor abdominal, tolerando vía oral. Hidratada, signos vitales dentro de parámetros normales. Alta para continuar manejo por Consulta Externa.*

Análisis del Caso.

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

En términos de la literatura especializada, la etiopatogenia de la apendicitis se atribuye a obstrucción de la luz apendicular, seguida de infección; la obstrucción puede estar dada por hiperplasia de folículos linfáticos, por fecalito, cuerpo extraño, tumor, entre otros. En la luz apendicular se acumula moco y aumenta la presión intraluminal, por acción bacteriana el moco acumulado se convierte en pus, generándose aumento en la presión y obstrucción del flujo linfático que lleva a edema apendicular, diapédesis bacteriana y úlceras mucosas, en este periodo la enfermedad aun se localiza en el apéndice y el dolor se refiere a epigastrio o región umbilical, se acompaña de anorexia y náusea.

Al continuar la secreción, la presión intraluminal persiste, se desarrolla obstrucción venosa, edema, isquemia del apéndice y diseminación bacteriana a través de la pared apendicular, presentándose apendicitis aguda supurativa que involucra al peritoneo parietal, ocasionando desplazamiento del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. Al continuar el proceso, se desarrolla trombosis venosa y arterial con gangrena apendicular, infartos locales y perforación con dispersión del pus acumulado.

El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico; habitualmente, el cuadro comienza con anorexia, dolor abdominal localizado

en epigastrio o región periumbilical, seguido de náusea y vómito que refleja distensión apendicular; al transcurrir las primeras horas, el dolor se desplaza al cuadrante inferior derecho, aumenta con los movimientos, al caminar y al toser. En la exploración física, casi invariablemente existen: taquicardia, hipersensibilidad localizada, datos de irritación peritoneal y signos apendiculares positivos, entre ellos: rebote o dolor a la descompresión brusca del área apendicular, sensibilidad dolorosa a dos tercios de la línea entre el ombligo y la cresta ilíaca antero-superior, dolor en cuadrante inferior derecho, generado al palpar el cuadrante contralateral, signo de psoas (predomina cuando el apéndice se localiza a nivel retrocecal). Usualmente la temperatura no es mayor de 38.5° C., a menos que existan complicaciones (perforación, absceso).

En el diagnóstico temprano de apendicitis, los estudios de laboratorio son de escaso valor. Al evolucionar el padecimiento, puede presentarse leucocitosis moderada 11,000 a 12,000; la biometría hemática debe incluir recuento diferencial, pues el desvío de estos elementos tiene mayor valor diagnóstico que el recuento total de leucocitos; la presencia de bandas inmaduras, refleja proceso inflamatorio agudo, en el cual se debe valorar el tratamiento quirúrgico. Las radiografías simples de abdomen, pueden mostrar niveles hidroaéreos, en cuadrante inferior derecho, borramiento del psoas, aumento en la densidad de tejidos blandos y ocasionalmente fecalitos. En casos atípicos, el ultrasonido tiene eficacia diagnóstica en 85% a 90% y es de utilidad para el diagnóstico diferencial.

La apendicetomía, es el tratamiento de elección del cuadro apendicular, y mientras más pronto se establezca el diagnóstico y se realice el procedimiento quirúrgico, el pronóstico es mejor.

La infección postoperatoria de herida quirúrgica, ocurre por contaminación bacteriana, confinada al tejido

celular subcutáneo, y generalmente se presenta entre el quinto y décimo día después de la operación. Clínicamente existe dolor en la herida quirúrgica y fiebre; el diagnóstico debe realizarse cuando existe salida de pus por la incisión, si el cultivo del líquido que drena o se punciona es positivo, si hay dolor, tumefacción localizada, enrojecimiento o calor, o bien, si a la palpación existen áreas firmes o fluctuantes con crepitación e hipersensibilidad. El tratamiento fundamentalmente consiste en abrir la herida quirúrgica y permitir que drene, para ello deben retirarse los puntos de sutura hasta tejido celular.

Por cuanto hace a la enfermedad diverticular de colon o diverticulosis, su frecuencia se incrementa con la edad, siendo poco frecuente en personas menores de 35 años, de tal manera que en la novena década de la vida, la incidencia es de 50% a 60% y, en 90% de los casos, está afectado el sigmoides. La diverticulosis es sintomática cuando existe inflamación producida por micro o macro perforación del divertículo; esta inflamación y perforación, se presentan en 10% a 25% de los casos, se trata de la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular.

En la diverticulitis no complicada, la micro perforación causa peridiverticulitis localizada y contenida por el tejido adiposo pericólico que condiciona flemón localizado, mientras que en la diverticulitis complicada, la macro perforación se asocia a un cuadro oclusivo, peritonitis generalizada o absceso pericólico encapsulado, el cual puede erosionar estructuras vecinas y fistulizar hacia órganos adyacentes, principalmente vejiga, intestinos y útero.

En la diverticulitis aguda, los síntomas dependen de la magnitud del proceso inflamatorio, plastrón o absceso peridiverticular. El paciente puede presentar dolor en fosa ilíaca izquierda (93% a 100%), cambio del hábito intestinal, taquicardia y eleva-

ción térmica. Los síntomas acompañantes son náusea, vómito, constipación, diarrea, disuria y polaquiuria.

La exploración física puede mostrar dolor en fosa ilíaca izquierda, empastamiento o tumoración palpable. La perforación puede originarse a partir de absceso peridiverticular y los síntomas son de peritonitis de carácter purulento (grave compromiso del estado general, fiebre, taquicardia, abdomen agudo). La perforación libre, sin absceso (peritonitis estercorácea), es poco frecuente, pero de alta mortalidad.

Entre los exámenes de laboratorio y gabinete, se encuentran: biometría hemática completa, examen general de orina, radiografías de abdomen y ultrasonido. Para corroborar el diagnóstico de diverticulitis, el estudio de elección es la tomografía, la cual puede mostrar pared colónica engrosada, así como la presencia de absceso.

La diverticulitis no complicada, puede manejarse en forma conservadora mediante dieta líquida y antibióticos de amplio espectro. Cuando existen signos de inflamación significativa, debe ponerse en reposo el intestino, aplicarse soluciones parenterales y antibióticos contra bacteroides fragilis y E Coli. De no ser satisfactoria la evolución, debe estimarse el tratamiento quirúrgico. Entre las complicaciones de la diverticulitis están: peritonitis difusa, abscesos localizados, fístulas (colovesicales o colovaginales) y obstrucción.

En términos de la literatura de la especialidad, cuando el paciente tiene menos de 40 años de edad, el tratamiento quirúrgico está indicado a partir del primer episodio de diverticulitis, pues la evolución es más agresiva. La cirugía puede ser laparoscópica; si se encuentra gran cantidad de adherencias, inflamación, sangrado o algún otro inconveniente, está indicado realizar la conversión a procedimiento abierto. Cuando no se prepara el intestino, se puede realizar resección del segmento afectado, colostomía



terminal y fístula mucosa o bolsa de Hartmann, a fin de efectuar posteriormente la reconexión intestinal.

En el presente caso, el 17 de enero de 2007, la paciente asistió al Servicio de Urgencias del Hospital demandado por presentar dolor abdominal, náusea, vómito y evacuaciones líquidas. La nota de ingreso establece que el estado general de la enferma no era satisfactorio, presentaba alteración en los signos vitales: taquicardia (145 por minuto), fiebre de 39° C y polipnea de 28 por minuto. Asimismo, en la exploración física se encontraron datos abdominales sugestivos de apendicitis aguda, por ello fue hospitalizada, indicándose la realización de estudios de laboratorio e interconsulta a Cirugía General, no observándose irregularidades por cuanto a este rubro se refiere.

La nota de valoración por Cirugía General, señala que la enferma presentaba facies álgica, dolor en fosa iliaca derecha, datos de *dolor intenso a la descompresión de la pared abdominal, dolor, dolor intenso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signos del obturador y del psoas positivo, dolor a la puño percusión en fosas renales*; radiografías simples de abdomen con niveles hidroaéreos, estimando que se trataba de abdomen agudo, motivo por el cual se indicó tratamiento quirúrgico. La nota postoperatoria del 18 de enero de 2007, establece que se efectuó apendicectomía más destechamiento de quistes ováricos. El estudio histopatológico reportó: apendicitis aguda y crónica inespecífica, periapendicitis, datos de peritonitis e hiperplasia linfocitaria, lo cual confirma, que la cirugía estaba justificada.

Ahora bien, en el expediente aportado para el estudio del caso, no se encuentran notas médicas respecto a la evolución de la paciente, los días 19, 20 y 21 de enero de 2007, esto demuestra incumplimiento con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. Al respecto, es necesario mencionar, que uno de los mínimos

de calidad y de atención profesional y éticamente responsable, exigidos en la atención médica, es el de que todo paciente debe tener un expediente clínico y en el deben registrarse, en términos de la *lex artis*, los actos médicos realizados.

En esos términos, en el expediente sólo existe la nota de egreso, misma que fue elaborada el 20 de enero de 2007, y la paciente fue dada de alta el día 21 del mismo mes y año, según lo manifestó el demandado en su informe médico.

El 23 de enero de 2007, la paciente acudió al Hospital demandado por presentar secreción en herida quirúrgica, siendo atendida en el Servicio de Urgencias y valorada por Cirugía General, este último Servicio, en su nota estableció que el tercio inferior de la herida quirúrgica estaba hiperémico, edematoso e hipertérmico, por lo que se realizó curación, se retiró punto del vértice inferior y se extrajeron 15 centímetros cúbicos de material purulento, indicándose cefalexina 500 mg cada 8 horas, paracetamol, dos curaciones diarias y cita para revisión.

Lo anterior, demuestra que existió mala práctica, por negligencia, atribuible al personal médico, pues en lugar de retirar todos los puntos de sutura de la herida quirúrgica, se concretaron a retirar sólo uno de ellos y drenar pus, incumpliendo las obligaciones de medios diligencia que el caso ameritaba.

La paciente manifestó que ante el deterioro en su estado de salud, asistió al Área de Curaciones el 26 de enero de 2007, donde sólo retiraron dos puntos de sutura de la herida quirúrgica, y los facultativos que la atendieron pese a que presentaba fiebre, la egresaron a su domicilio. Al respecto, es menester señalar, que en el expediente clínico no existe nota médica de dicha atención; sin embargo, las constancias médicas aportadas para el estudio del caso, demostraron que la paciente estaba citada en esa fecha, en el Área de Curaciones. Esto

es un elemento más, para tener por cierto que la atención brindada a la paciente, no se ajustó a lo establecido por la *lex artis* especializada.

Así las cosas, el 29 de enero de 2007, la enferma nuevamente acudió a Urgencias del Hospital demandado, la nota de dicha atención, señala que además del proceso infeccioso a nivel de herida quirúrgica, presentaba evacuaciones diarreicas, distensión abdominal, marcha con dificultad por dolor, así como regular estado de hidratación. Pese a lo anterior, se decidió manejo ambulatorio con antibióticos y analgésicos, como lo demuestra la Hoja de Urgencias de las 10:00 horas. Más aun, dicha Hoja también demuestra, que se indicó metoclopramida, medicamento que aumenta el tránsito intestinal.

En ese sentido, está demostrado el incumplimiento de las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, en que incurrió el personal médico, pues lejos de atender debidamente la patología que presentaba la enferma, indicaron medicamento que agrava el cuadro diarreico, tal y como se desprende de la citada Hoja de Urgencias. Sobre este rubro, es necesario mencionar, que atendiendo al cuadro clínico, estaba plenamente justificado el internamiento de la paciente para observación, mejorar su estado de hidratación y solicitar estudios auxiliares de diagnóstico, situación que no ocurrió en el presente caso, debido a la mal *praxis* observada.

El 30 de enero de 2007, la paciente nuevamente acudió al Servicio de Urgencias. Por cuanto hace a esta atención, en el expediente clínico sólo existe Hoja de Urgencias, la cual establece que la enferma acudió por presentar dolor abdominal difuso, evacuaciones líquidas en cuatro ocasiones y rechazo a la vía oral, motivo por el cual ingresó para tratamiento, solicitándose ultrasonido abdominal.

Ahora bien, las constancias aportadas al expediente, acreditan que la paciente ingresó a las 13:30 horas y

egresó voluntariamente a las 22:00 horas del 30 de enero de 2007, sin que durante este tiempo, se hubiera brindado la atención necesaria para la patología que presentaba. En la especie, no se realizó el ultrasonido mencionado, no se reporta la exploración física de la enferma y menos aún, las medidas instauradas para su debida atención. En esos términos, fue demostrada la mala práctica, en que incurrió el personal médico del Hospital demandado, pues adoptó una actitud contemplativa ante el cuadro clínico de la paciente.

Debido a la negligencia del demandado, la paciente justificadamente solicitó su egreso de manera voluntaria a fin atenderse en medio privado. En efecto, la Hoja de Alta Voluntaria, es concluyente al señalar, que la paciente egresaba del Hospital por no haber recibido la atención debida.

Del expediente clínico del segundo Hospital, se desprende que la paciente ingresó a las 11:00 horas del 30 de enero de 2007, con fiebre (38.3° C), distensión y dolor abdominal, mal estado de hidratación y ausencia de peristalsis, por ello se efectuaron estudios de laboratorio clínico, radiografías de abdomen y ultrasonido abdominal, estimando que presentaba diverticulitis, motivo por el cual se inició manejo conservador (médico), sin obtener respuesta satisfactoria. La enferma fue valorada por Gastrocirugía, efectuándose tomografía abdominal, la cual reportó diverticulitis de sigmoides complicada con absceso paracólico, en los términos reportados por las notas médicas y el reporte de tomografía de 31 de enero de 2007. En razón a lo antes expuesto, se realizó sigmoidectomía laparoscópica con colostomía terminal y bolsa de Hartmann, encontrándose durante la intervención, divertículo perforado en sigmoides y

absceso pélvico, lo cual fue corroborado mediante el reporte del estudio histopatológico.

Apreciaciones Finales.

- La apendicectomía efectuada a la paciente estaba indicada y no se observaron irregularidades por cuanto a esta atención se refiere.
- En la atención subsecuente brindada por el hospital demandado, existió incumplimiento de las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.
- El egreso voluntario de la enferma estaba plenamente justificado ante las omisiones en que incurrió el Hospital demandado.
- La literatura médica generalmente aceptada, refiere que ante un caso de diverticulitis complicada, el paso inicial debe ser manejo conservador (médico) y dependiendo de la evolución, debe valorarse el tratamiento quirúrgico, tal y como sucedió en el presente caso, al tratarse de paciente menor de 40 años con el primer ataque de diverticulitis, por ello el tratamiento brindado en el segundo Hospital, estaba justificado para tratar la patología que presentaba la paciente, misma que no fue diagnosticada ni tratada por el Hospital demandado, debido a las omisiones en que incurrió.
- No se realizan pronunciamientos respecto de la actuación por facultativos distintos al demandado, en razón a que dicha atención no forma parte de la controversia, sólo se incluyó para el análisis integral de caso.

Referencias

- Domínguez Edward P. et al. Diagnosis and Management of Diverticulitis and Appendicitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 35 (2006) 367-391.
- Jones Alun E. et al. The value of routine histopathological examination of appendicectomy specimen. *BMC Surgery*. 2007. Pp. 7-17
- Baker J. Robert. Et al. El Dominio de la Cirugía 4°. Edición. Tomo 2. 2004. capítulo 127. Fitzgibbons (h) Robert. Et al. Apendicectomía laparoscópica. Pp. 1750-1758
- Flasar Mar H. Goldberg Eric. Acute Abdominal Pain. *The Medical Clinics of North America* 90 (2006) 481-503.
- Rybkin Alexander V. Thoeni Ruedi F. Current Concepts in Imaging of Appendicitis. *Radiologic Clinics of North America*. 45 (2007) 411-422
- Aydin H. Nail. Et al. Evaluation of the risk of a nonrestorative resection for the treatment of diverticular disease: The Cleveland Clinic Diverticular Disease propensity score. *Disease of the colon and rectum*. May 2006 vol 49 no 5. 629-639
- Pessaux Patrick. Et al. Risk factors for mortality and morbidity after elective sigmoid resection for diverticulitis: prospective multicenter multivariate analysis of 582 patients. *World Journal of surgery*. Jan 28 (1) 2004.
- Cohen Jeffrey L. Procedure for diverticular disease. *ACS Surgery. Principles and practice*. Editor Souba Wiley W. et al. Cap. Editions 2007.
- Douglas W. F. Charles Brunicaudi. Et al. Schwartz Principios de Cirugía. Volumen II. Capítulo 28. Colon, recto y ano. 1055. Octava Edición 2006.
- Aydin H. Nail. Et al. Evaluation of the risk of a no restorative resection for the treatment of diverticular disease. The Cleveland clinic diverticular disease propensity score. *Disease of the colon and rectum* may 2006. Pp. 629-639.
- Guizar B y col. Análisis de 8,732 casos de apendicitis en el Hospital General de México. *Cir. Gen* 21: 105-9. 1999.
- Hunt T. K. Way: Inflammation, infection & antibiotics. Cap. 9: Postoperative wound infection: 121-123. En *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. Ed. Lawrence W. Way, 11a Ed. Lange medical book. 2003.
- Vargas -Domínguez A., Ortega-León L. H., Rodríguez Báez A. y col: Vigilancia epidemiológica de la infección del sitio operatorio superficial. Estudio comparativo en tres años. *Cir Ciruj* 69:177-180, 2001.
- Simmang C. L. Shires T. Enfermedad diverticular del colon. Cap. 106, Pp. 1921-1932. En: *Sleisenger & Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas*. 6ª edición. Editorial Médica panamericana. 2000.