ANALISIS CASO 1

Dirección General de Arbitraje

Dra. Martha E. Arellano G.

Octubre 2010.

SALUD

Identificación de la litis

La madre del menor manifestó:

Inició el 04/08 a las 23 hrs, con vómito.

El 05/08, médico de farmacia, diagnosticó infección en el estómago, y de continuar, debería *hacerse un ultrasonido para descartar apendicitis.* Recetó TMP y medicamento líquido.

El 06/08 a las 02:00 h, Urgencias del Hospital **A**, ordenaron Rx y valorar por Cirugía General para descartar apendicitis. Pediatría revisó al menor hasta las 08:00 h, sólo aumentó la dosis de suero.

SALUD

Identificación de la litis

A las 13:00 hrs, un cirujano la interrogó, revisó a su hijo y las radiografías; dijo que no podía ser apendicitis, pues de ser así el niño no aguantaría el dolor y ordenó nuevos estudios. No le hicieron análisis, ni tomaron muestras de sangre y orina.

A las 16:30 solicitó el alta pues no lo estaban atendiendo, y se dirigió Urgencias del Hospital **X**. La doctora que lo revisó dijo que estaba grave. Después, informaron había fallecido. Solicitó se investigaran los hechos.

SALUD

Identificación de elementos relevantes

- Médicos
- Jurídicos
- Administrativos
- Otros

Identificación de elementos relevantes

- Médicos - Administrativos
  - Retraso de atención por los especialistas.
  - Retraso en disponibilidad de resultados de laboratorio.
  - Falta de diagnóstico de certeza.
  - Criterios de lex artis.

SALUD

Identificación de elementos relevantes

- Jurídicos
  - Egreso voluntario (validez jurídica).
  - Negativa de atención.
  - Lesiones.
  - Homicidio.

SALUD

Reconocimiento expreso de la denunciante

Al momento de su egreso tenía la piel blanca y rosada. Al solicitar consulta el niño permaneció sentado junto a la hermana de la madre, sólo se percata del cambio de color de la piel de su hijo como a 2 m de distancia, fue atendida en 10 min, mientras tanto el menor no se quejó. Tenía apendicitis porque fue el diagnóstico establecido por dos médicos, el alta voluntaria fue un requisito que le impusieron para poder sacar a su hijo a otro lugar donde le dieran atención médica.

SALUD

Reconocimiento expreso del prestador

T.S. La señora pidió el egreso. Los médicos informaron que no estaba en condiciones de egresar. Firmó el egreso voluntario.

Pediatra: Hasta las 12:00 horas fueron entregados los estudios de laboratorio. Cirugía, lo valoró a las 14:00 horas. No hay cirujano adscrito al servicio de Urgencias. No tenía alteraciones de gravedad

SALUD

Reconocimiento expreso del prestador

Cirujano: fue llamado a Urgencias a las 12:58. No tenía datos clínicos de un cuadro abdominal agudo que requiriera resolución quirúrgica urgente. Anotó alta por la tarde previa valoración, dicha revaloración ya no fue posible debido al alta voluntaria y le fue imposible completar el proceso de diagnóstico, haciendo notar que no lo operó por que en esos momentos no había nada que operarle.

SALUD

Dictámenes previos

Necropsia: 6 de agosto de 2006, a las 22:30 hrs.

Cronotanatodiagnóstico: 4-6 horas.

Tórax: Cavidades pleurales (sic), pulmones y corazón congestivos.

Abdomen: infiltrados seropurulentos, al nivel de la región hepática, peritoneo parietal con natas de tejido seropurulento, con natas de fibrina adosadas al intestino delgado, hígado, vesícula, bazo y riñones congestivos. Estómago con contenido hemático digerido, asas intestinales con placas de fibrina adosadas a su pared.

Causa de muerte: congestión visceral generalizada de causa a determinar.

SALUD

Dictámenes previos

Anatomía Patológica.

Tejido cerebral: con encefalopatía hipóxica aguda, edema cerebral.

Pulmón: Al corte muestra numerosas zonas obscuras con ligero aumento de su consistencia. Tejido pulmonar congestivo, enfisema paraacinar y hemorragia intersticial ligera.

Hígado: congestivo y con hepatopatía hipóxica aguda.

Bazo: congestivo y con hemorragia acentuada.

Riñones: congestivos, edematosos, con hemorragia intersticial.

SALUD

Dictámenes previos

Ampliación del dictamen de necropsia:

Con el diagnóstico macroscópico resultado de la necropsia y el resultado histopatológico, el menor **falleció por proceso hipóxico y congestivo.**

A la pregunta de si se percató de la presencia de alguna perforación en los intestinos, contestó: Que no se percató.

SALUD

Dictámenes previos

Dictamen emitido por la Dra. Á y el Dr. O.

Análisis: se realiza necropsia "congestión visceral generalizada de etiología a determinar", se toman muestras de los siguientes órganos: cerebro, pulmón, hígado, bazo y riñones, los cuales son estudiados por el anatomopatólogo, "siendo los resultados compatibles con sepsis (infección generalizada) la cual es ocasionada por la ruptura de la apéndice".

SALUD

Dictámenes previos

Dictamen emitido por la Dra. Á y el Dr. O.

1.- El médico particular no realiza un buen diagnóstico, prescribiendo un mal tratamiento, que enmascara la apendicitis. <u>El médico particular incurre en negligencia, impericia e imprudencia.</u>

2.-El tiempo de evolución desde su ingreso es mucho (sic) para el diagnóstico, el síndrome doloroso abdominal en niños y sobre todo sospechando de una apendicitis es urgencia quirúrgica (sic). Los médicos responsables del servicio de Pediatría incurren en negligencia, impericia e imprudencia.

SALUD

Dictámenes previos

Dictamen emitido por la Dra. Á y el Dr. O.

El tiempo desde su ingreso a Urgencias, como a Pediatría, es mucho para el diagnóstico. Además la nota médica no concuerda con la nota de Enfermería.

A las 17:00 horas (4 hrs ,después de su valoración por Cirugía) el menor ingresa al Hospital **X** en estado comatoso, y en donde después de 30 minutos de maniobras de reanimación se da por fallecido.

Por lo antes mencionado el médico cirujano (sic) incurrió en negligencia, impericia e imprudencia.

SALUD

Dictámenes previos

Ampliación de la Dra. Á y el Dr. O.

La apendicitis aguda como en el caso que nos ocupa sí era una urgencia quirúrgica, ignoran los indicadores de tiempo para llevar a un paciente a quirófano, pero por ser un menor de 2 años era una emergencia quirúrgica.

De acuerdo a los hallazgos de necropsia sí se debió haber llevado a cirugía de manera inmediata…siendo también importante corregir el estado de hidratación.

Los resultados de laboratorio no son compatibles con apendicitis aguda, sin embargo en ningún momento la nota manifiesta que se interpretaron los resultados de laboratorio.

SALUD

Dictámenes previos

Dictamen emitido por la Dra. M y el Dr. S.

La atención brindada por los médicos de Urgencias del Hospital **A** fue la adecuada.

La atención brindada por el médico cirujano **B**, no fue la adecuada para el padecimiento del menor.

A pesar de haber prescrito un analgésico al menor RTGL, la doctora de la farmacia no fue la causante del fallecimiento del menor.

SALUD

Dictámenes previos

Dictamen suscrito por los peritos Dr. J y el Dr. R.

Durante su internamiento y estancia hospitalaria de acuerdo a las notas médicas y de enfermería, no presentó datos de abdomen agudo, ni se corroboró en los estudios de laboratorio realizados.

Los datos de proceso hipóxico y congestivo generalizados están relacionados con eventos de apnea e hipoxia o estado de hipoperfusión condicionado por el proceso de sepsis y/o posible choque séptico de causa por determinar.

SALUD

Dictámenes previos

Dictamen suscrito por los peritos Dr. J y el Dr. R.

La necropsia no corroboró apendicitis, y no se determina como causa de muerte peritonitis generalizada, no se reporta estudio histopatológico de este órgano.

El alta voluntaria, ante un estado hemodinámico descompensado, dejaron al menor sin oportunidad de vigilancia y manejo con las consecuencias ya conocidas.

No se aprecian elementos de mal praxis del Dr. **B,** no tuvo la oportunidad de concluir una revaloración debido al egreso voluntario, su única intervención apegó a *lex artis*.

SALUD

Descripción de contenido de documentos

-Expediente clínico Hospital A.

-Nota de egreso voluntario.

-Resumen clínico de Hospital X.

SALUD

II.- Análisis del caso, establecer:

- *Determinar si la atención médica se ajustó a la lex artis.*
- *Si se aprecian lesiones en el menor debidas a mal praxis.*
- *Si la defunción de debió a mal praxis.*
- *Determinar la causa de la defunción.*

SALUD

Evaluación de atención médico-quirúrgica.

1. Razonamiento clínico (sustentación):

Estudio clínico (completo o incompleto).

Deficiencias.

Pruebas de diagnóstico necesarias (realización y oportunidad).

Riesgo inherente en procedimientos: diagnóstico, anestésico, quirúrgico.

SALUD

Identificar obligaciones de medios, de seguridad y, en su caso, de resultados.

Correlación clínico-diagnóstica.

Correlación diagnóstico-terapéutica.

Diagnóstico: correcto o incorrecto.

Diagnóstico diferencial: correcto o incorrecto.

SALUD

Evaluación de atención médico-quirúrgica.

2. Alternativas de tratamiento (disponibles).

Valoración de alternativas (riesgos, beneficios, particularidades).

Valoración del riesgo-beneficio.

Factores limitantes (del paciente, institucionales, disponibilidad de recursos).

Evaluación de la libertad prescriptiva (criterio médico o quirúrgico).

SALUD

Tipo de tratamiento (urgencia, elección, complacencia, preventivo, curativo, paliativo, rehabilitatorio)

Idoneidad del tratamiento.

Oportunidad en el tratamiento.

Necesidades de modificación del tratamiento (causa y justificación).

SALUD

Integrar el cuadro de obligaciones de medios o de diligencia del personal:

- Médicos.
- Enfermeras.
- Técnicos.

SALUD

Evaluación de la conducta médica:

Capacidad de previsión.

Cumplimiento de las disposiciones jurídicas.

Mostró desconocimiento o falta de habilidad o destreza.

SALUD

Obligaciones del establecimiento:

Capacidad de respuesta institucional.

Evidencia de omisiones imputables al personal administrativo.

Obligación de referencia o envío a otro establecimiento.

Obligación de interconsulta.

Evidencia de información al paciente o sus familiares.

SALUD

Fallas de origen médico:

Tratamientos no controlados o tolerados.

Medicamentos fuera de los límites de la necesidad terapéutica.

Ausencia de registro de datos.

Falta de internamiento oportuno.

Negativa de atención injustificada.

Alta prematura

Efectos adversos originados por alta prematura o vigilancia inadecuada.

SALUD

Fallas de origen hospitalario:

Negativa injustificada de admisión.

Falta insumos o de mantenimiento de equipo o instrumental

Instalaciones inadecuadas.

Condicionamiento de atención por requisitos económicos.

Retención indebida de paciente o de cadáver.

Deficiencias en unidades móviles.

Deficiencia en la información.

SALUD

Evaluación de nexo causal:

El padecimiento por sí mismo ocasionaba daños.
El evento adverso:
-No era de esperarse en ausencia de mal praxis.
-Fue originado por iatrogenia o iatropatogenia.
-Se debió a una acción voluntaria o contribuyente del enfermo o de terceros.
-Se debió a idiosincrasia u otras causas intrínsecas del paciente.
-Se debió a un accidente en el que no intervino personal de salud.

SALUD

SALUD

Delitos:

Del Código Penal.

De la Ley General de Salud.

Análisis

No hay evidencia documental de la atención prestada por la Dra. la “Farmacia”, por ello, no es posible abundar en relación a la atención otorgada; tampoco disponemos de elementos para determinar cuáles eran las condiciones clínicas en ese momento y, en su caso, si estaba justificado o no la prescripción de medicamentos.

Si sospechaba una probable apendicitis aguda, no debió indicarse medicamento alguna y el paciente debió ser enviado a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva para la valoración por personal médico especializado.

SALUD

Análisis

En la Farmacia se prescribió trimetoprim con sulfametoxazol, metamizol y quinfamida. Si bien la prescripción de estos medicamentos no condicionaron la muerte del menor, sí pudieron haber influido en la evolución, al enmascarar los signos abdominales, para establecer el diagnóstico de peritonitis.

SALUD

Análisis

Urgencias del Hospital A. Los signos vitales no evidenciaban RIS, sólo fiebre y sin reportarse datos de abdomen agudo. La Dra. adoptó las medidas terapéuticas ajustadas a la *lex artis*: soluciones parenterales para mantener el estado hídrico, ayuno y control térmico por medios físicos. Correctamente solicitó los exámenes de laboratorio y gabinete tendientes a identificar la causa del dolor abdominal y se indicó valoración por Cirugía; no hay evidencia de la solicitud de interconsulta correspondiente, era recomendable esperar a tener los resultados de los estudios solicitados para ello.

SALUD

Análisis

Urgencias del Hospital A. Los signos vitales no evidenciaban RIS, sólo fiebre y sin reportarse datos de abdomen agudo. La Dra. adoptó las medidas terapéuticas ajustadas a la *lex artis*: soluciones parenterales para mantener el estado hídrico, ayuno y control térmico por medios físicos. Correctamente solicitó los exámenes de laboratorio y gabinete tendientes a identificar la causa del dolor abdominal y se indicó valoración por Cirugía; no hay evidencia de la solicitud de interconsulta correspondiente, era recomendable esperar a tener los resultados de los estudios solicitados para ello. No había indicación de Cx

Análisis

Pediatría. correctamente se ajustaron las soluciones parenterales y se inició reposición de electrolitos (solución fisiológica –reposición de sodio-, cloruro de potasio) y glucosa. Indicó recabar los resultados de laboratorio y, con ellos, solicitar valoración por Cirugía.

SALUD

Análisis

Pediatría. Reportó al menor con “rebote positivo”, este es un signo difícil de valorar en un niño tan pequeño, lo esperado en un síndrome abdominal agudo es la resistencia muscular ante el dolor. Ello indica que en ese momento, sólo había un síndrome doloroso abdominal, pero no se confirma abdomen agudo.

Ignoramos en qué momento se tuvo a disposición el resultado de los exámenes de laboratorio, lo cierto es que no hay evidencia del momento en que efectivamente se solicitó la valoración por el servicio de Cirugía.

Análisis

En el momento en que se llevó a cabo la valoración por parte Cirugía, en el menor no se reportó dato clínico alguno que permitiera sospechar un síndrome de abdomen agudo que requiriera tratamiento quirúrgico y mucho menos de un cuadro de apendicitis aguda; son múltiples las causas de dolor abdominal y la mayor parte de ellas no requieren de tratamiento quirúrgico. Así también es de hacer notar que en el turno matutino los signos vitales del menor eran normales y la cifra de leucocitos se reportó en parámetros normales y sin alteraciones en la diferencial. En esos términos, los datos clínicos y paraclínicos no sustentaban una patología meritoria de intervención quirúrgica en ese momento.

SALUD

Análisis

Ante la ausencia de datos clínicos que permitan establecer un diagnóstico clínico, está aceptado por la literatura médica especializada dejar al enfermo en observación, permitiendo al prestador del servicio intervenir de inmediato en caso de una descompensación súbita, sin que se considere mal praxis.

Ponderó la posibilidad de egreso en el turno vespertino, previa valoración clínica, es decir, esta decisión dependía de los hallazgos al momento de revalorar al paciente; sin embargo, fue inhibido por la decisión de la madre del menor de egresarlo en contra de la recomendación médica.

SALUD

Análisis

En el registro de Enfermería del turno vespertino, sin hora, se reportó, por primera vez alteración en los signos vitales del menor que denotaban una respuesta inflamatoria sistémica, al presentar taquicardia y taquipnea, sin fiebre; sin embargo, reiteramos, no se señaló la hora, ni si estos cambios en menor fueron notificados al personal médico a cargo de la atención del niño.

SALUD

Análisis

En términos de lo dispuesto por el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, ante la solicitud de egreso voluntario de la madre, se relevó de responsabilidad al establecimiento en relación a la evolución y complicaciones presentadas por el niño ulteriormente.

No apreciamos mal praxis al requerir a la madre la firma de la nota de egreso voluntario, pues era obligación del personal del establecimiento en términos del artículo antes señalado, así como del parágrafo 10.1.2 de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

SALUD

Análisis

No apreciamos elementos de mal praxis en la atención médica otorgada al menor por el personal médico del Hospital A. Durante el tiempo que el menor permaneció en este establecimiento médico, no hay evidencia alguna de que ameritara intervención quirúrgica y menos de carácter urgente.

SALUD

Análisis

Diagnósticos: únicamente se puede documentar un síndrome doloroso abdominal, no meritorio de intervención quirúrgica urgente. La causa no es posible precisarla dado que el estudio *post mortem* fue incompleto, sólo podemos decir que el menor presentó **peritonitis de origen indeterminado.**

Entre las causas de peritonitis secundaria sí se encuentra la apendicitis perforada, pero no es la única, ni hay evidencia de ella en el estudio *post mortem*.

Análisis

El personal médico que realizó la necropsia y obtuvo las muestras para estudio histopatológico *post mortem* estaba obligado a buscar intencionalmente el origen de la peritonitis reportada y con los elementos aportados en el resumen clínico que le había sido proporcionado, obtener el apéndice cecal para estudio histopatológico

Análisis

Ante estas omisiones por parte del médico designado para la práctica de la necropsia, no es posible identificar el origen de la peritonitis reportada en el menor y, por ende, si era sujeta o no de corrección mediante intervención quirúrgica.

Atendiendo a los hallazgos de necropsia y el resultado del estudio histopatológico *post mortem*, así como a la descripción de los hechos señalados por la madre del niño, el menor falleció por un estado anóxico agudo (asfixia).

SALUD

Análisis

Los hallazgos macroscópicos y microscópicos son característicos de un estado hipóxico: congestión visceral generalizada que resulta de la lesión capilar anóxica que produce vasodilatación, la cual determina la acumulación de sangre en los órganos, que en la necropsia se manifiesta por una coloración rojo obscura y de cuya superficie de sección fluye abundante sangre. Así mismo, el estudio histopatológico, evidenció encefalopatía hipóxica aguda, cambios pulmonares sugestivos de hipoxia (congestión), hepatopatía hipóxica aguda y congestión y hemorragia de bazo y riñones.

SALUD

Análisis

La madre del menor señaló que al momento de solicitar la atención en el servicio de Urgencias del Hospital X, observó que el niño “se puso morado” (señala, además, que a su egreso del Hospital A), ello, aunado al reporte de “regurgitación de líquido biliar abundante”, sin obstrucción de la vía aérea, es indicativo de que el menor presentó un estado asfíctico secundario a laringoespasmo o broncoespasmo por efecto irritativo del material biliar. Es menester señalar que estas alteraciones se presentan de manera súbita y no se observan en la necropsia pues **se trata de fenómenos vitales** (ceden al momento de la muerte).

SALUD

Análisis

No hay evidencia de choque séptico que hubiese condicionado la muerte. En la necropsia y estudio histopatológico *post mortem,* se habrían presentado otras alteraciones que no fueron descritas: esplenomegalia, membranas hialinas pulmonares, colapso alveolar, hemorragia pulmonar intersticial difusa, aumento del tamaño renal, pérdida de la relación córtico medular, degeneración tubular, necrosis epitelial y edema intersticial renales.

Identificar un foco séptico intraabdominal no es suficiente para establecer el diagnóstico de muerte por choque de origen infeccioso.

SALUD

Análisis

Diferimos de los dictámenes: señalan que la sepsis fue secundaria a ruptura del apéndice; pero en ningún momento se documentó clínicamente, ni post mortem, el diagnóstico de apendicitis. Si bien se ponderó esta posibilidad diagnóstica por el personal médico a cargo del menor, en ningún momento fue confirmada y la evolución clínica no correspondió a esta alteración.

Señalan, que el síndrome doloroso abdominal es una urgencia quirúrgica en niños. Todo indica que los peritos confunden el síndrome doloroso abdominal con el síndrome de abdomen agudo, que el caso de mérito no se presentó.

SALUD

Análisis

Señalaron que el tiempo de evolución desde el ingreso del menor “es mucho para el diagnóstico”; sin embargo, no existe en la literatura un tiempo específico para establecer el diagnóstico, pues depende de las manifestaciones clínicas del paciente y la orientación que puedan dar los estudios paraclínicos.

Olvidan que existe como alternativa terapéutica la cirugía de intervalo, es decir, aún cuando se diagnostique apendicitis el tratamiento quirúrgico puede ser diferido por varias semanas, entre tanto se otorga tratamiento médico a base de antibióticos. El criterio de apendicitis igual a cirugía de urgencia dejó de ser cierto hace varios años.

SALUD

Análisis

De ninguna suerte es posible establecer una relación causa efecto sólo por la localización anatómica y tampoco es dable establecer una relación causa efecto con una perforación intestinal que no fue observada en la necropsia, pues reiteramos, existen muchas alteraciones que pueden dar origen a peritonitis, no sólo la perforación intestinal.

SALUD

Responsabilidad del perito

Sanciones que pueden derivarse de la función de perito como auxiliar en la administración de justicia.

1.- Falsedad de declaraciones (247 fracción II CPF), dos a seis años de prisión.

2.- Suspensión definitiva o temporal para ejercer la profesión u ostentarse como perito (art. 45 CPF).

3.- Revelación de secretos, uno a cinco años de prisión (art. 211 CPF).

4.- Usurpación de profesiones, uno a seis años de prisión (art. 250 CPF y 5 I. Profesiones).

5.- Multa o arresto, desacato (medidas de apremio).

SALUD