

La importancia de la

preoperatoria en cirugía programada

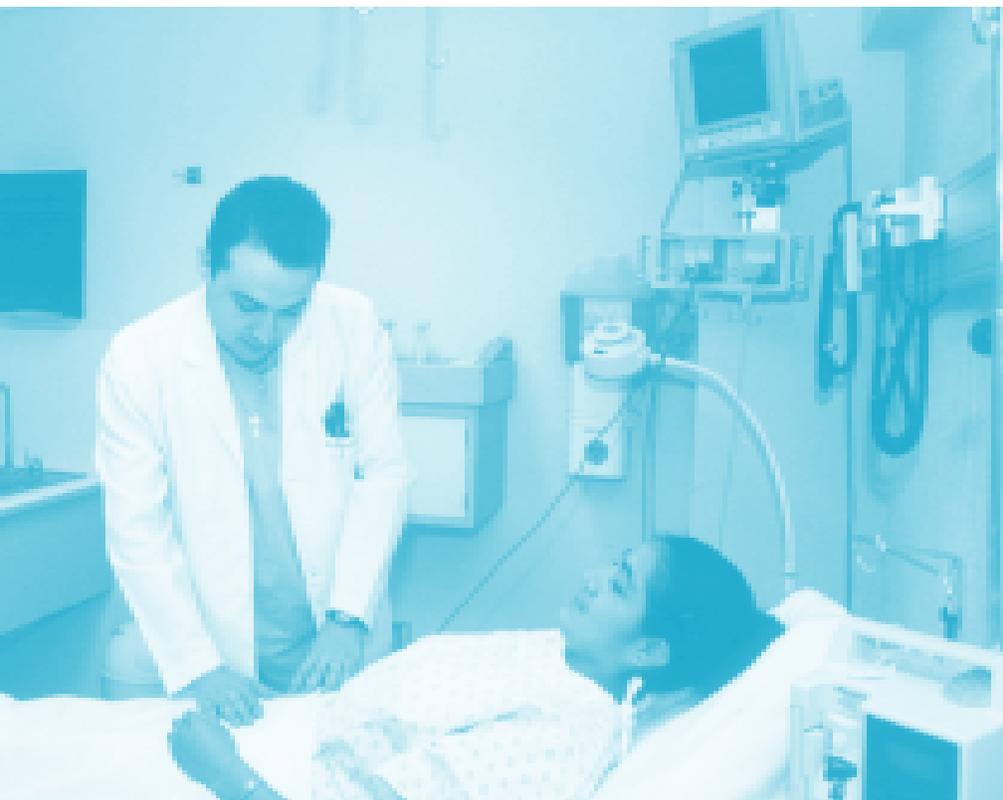
DR. RENÉ LEAL GUERRERO Y
DR. RENALDO GUZMÁN GARCÍA

Síntesis del caso

Paciente femenina de 45 años de edad, con el antecedente de haber sido atendida inicialmente en medio privado, con sospecha diagnóstica de miomatosis uterina de grandes elementos y probable tumoración anexial, produciéndose en forma espontánea retención urinaria, por tal motivo es ingresada a un hospital regional institucional el 16 de abril de 1998. Es valorada por los servicios de ginecología y urología, en donde se corrobora clínicamente la presencia de globo vesical, por lo que se inicia manejo con antimicrobianos, antiinflamatorios y se le instala sonda de Foley a permanencia; se solicitan estudios de laboratorio de biometría hemática, química sanguínea, grupo y Rh, así como examen general de orina.

El 18 de abril del mismo año se realiza ultrasonografía de abdomen y pelvis, encontrándose el útero deformado con repercusión inflamatoria y datos de miomatosis uterina de grandes elementos. Una urografía excretora del 19 de abril de 1998 mostró sombras renales de tamaño, forma y situación normales, existiendo eliminación pronta y bilateral con dilatación de sistemas colectores y rechazo hacia debajo de la cúpula vesical secundaria a compresión.

El 23 de abril de 1998 se realiza valoración preoperatoria indicando que existe riesgo quirúrgico grado 1 de Goldman; el 24 de abril del mismo año se programa cirugía de histerectomía radical, la que se realiza bajo anestesia general, encontrándose sangre libre en cavidad (500 cc), la cual provenía de sangrado en capa de tumoración esfacelada de cara anterior de colon sigmoides, que formaba parte de un proceso adherencial, que comprendía ambos ovarios y formaba una masa quística en el fondo de saco de Douglas ocluyéndolo, el útero formaba parte de éste en su porción media y baja comprimiendo la vejiga; se tomó biopsia, se



colocó gelfoan sobre la zona sangrante, se dejó pen-rose y se cerró.

La evolución inmediata a la cirugía fue mala, requiriendo atención en la unidad de cuidados intensivos. Presentó sangrado postoperatorio importante con síndrome purpúrico en abdomen y miembros pélvicos. Necesitó transfusión de paquetes globulares, oxigenación y colocación de cánula orotraqueal. Posteriormente, presentó dos paros cardiorrespiratorios, siendo el segundo irreversible a maniobras de resucitación, falleciendo la paciente el 25 de abril de 1998.

El estudio histopatológico de la biopsia de la tumoración, reportó fragmentos de adenocarcinoma infiltrante poco diferenciado.

Motivo de la queja

Intervención quirúrgica de tumoración abdominal por miomatosis uterina de grandes elementos, que producía obstrucción de vías urinarias. Fallece por choque hipovolémico, anemia aguda y coagulopatía por consumo, sin

explicársele al quejoso cuáles fueron los motivos de estas complicaciones.

Pretensiones

Investigación para determinar la existencia de posible mala práctica en la atención médica recibida.

Análisis del caso

Se trata de paciente femenina en la quinta década de la vida, portadora de enfermedad neoplásica intra-abdominal (adenocarcinoma infiltrante poco diferenciado), no diagnosticada clínicamente en forma inicial, sospechándose de miomatosis uterina y a descartar tumoración anexial, quien en forma espontánea presenta obstrucción de vías urinarias, requiriendo internamiento, colocación de sonda vesical e intervención quirúrgica programada (histerectomía radical), enfocada a la sospecha diagnóstica, sin embargo, durante la intervención se tiene el hallazgo de una gran tumoración que afecta órganos del sistema reproductor,

así como de tubo digestivo, misma que presenta sangrado en capa, por lo que se decide tomar biopsia y cerrar sin resecar, finalmente la paciente cursa con mala evolución por hemorragia trans y post operatoria, falleciendo en terapia intensiva con los diagnósticos de choque hipovolémico, anemia aguda, coagulopatía por consumo, tumoración abdominal con obstrucción de vías urinarias y miomatosis uterina de grandes elementos.

En el presente caso probablemente el origen de la neoplasia sea en el endometrio. El adenocarcinoma es una neoplasia que puede afectar al ser humano en diferentes tejidos y localizaciones, siendo el responsable en aproximadamente el 40 a 77% de las neoplasias de sitio primario desconocido, como sucedió en el presente caso, siendo candidatos a tratamientos paliativos, pero con pobres resultados (1,2, 3).

La conducta tomada al momento del hallazgo quirúrgico, fue adecuada por tratarse de una neoplasia no resecable (1, 2, 3).

Durante el acto quirúrgico se describe como hallazgo una tumoración esfacelada que presenta sangrado en capa, dicho sangrado es característico cuando existen alteraciones en la coagulación (coagulopatía por consumo), misma que clínicamente es de difícil manejo del cirujano, ya que no se trata de un sitio específico de sangrado sino de un problema de fondo que no permite que la coagulación se lleve a cabo normalmente, debido a la presencia de múltiples factores como pueden ser la deficiencia de factores de la coagulación, consumo plaquetario, etc.

En el caso actual esta coagulopatía por consumo es del tipo de la coagulación intravascular diseminada asociada a neoplasia, manifestándose en su forma crónica ya que en estos casos el paciente puede presentar manifestaciones clínicas mínimas de coagulopatía por consumo o inclusive cursar como un padecimiento subclínico manifestado solamente por anomalías en las pruebas de laboratorio, y activarse el

sangrado cuando existe incremento en el consumo de factores de coagulación o plaquetas como es una cirugía. El tratamiento consiste en reemplazar las deficiencias en cuanto a factores de coagulación (plasma fresco, crioprecipitados) y plaquetas (concentrados plaquetarios), pero lo principal es eliminar la causa de fondo, que en el presente caso era la neoplasia, la cual no era resecable (2, 4).

Cabe señalar que a la paciente no se le practicaron estudios rutinarios de tiempos de coagulación previos a la cirugía, como se corrobora en una nota de interconsulta del servicio de hematología realizada durante su estancia en cuidados intensivos, lo que no es justificable en un hospital regional de segundo nivel (5, 6, 7).

Inicialmente sólo se contaba con un diagnóstico presuncional principalmente orientado a una miomatosis uterina, la cual puede dar este cuadro clínico cuando se trata de una miomatosis uterina de grandes elementos de localización en subserosa (8, 9, 10); el adenocarcinoma puede cursar en forma asintomática o con síntomas mínimos, dando la tumoración datos clínicos hasta el momento en que por su crecimiento se hace visible,

palpable o compromete función de otros órganos vitales por infiltración o compresión. Por otra parte, por tratarse de una cirugía mayor de histerectomía programada, se debió prever la disponibilidad de paquetes globulares en el banco de sangre de la unidad.

De haberse contado con estudios preoperatorios que incluyeran tiempos de coagulación, seguramente se hubieran encontrado alargados y así revalorarse el caso para determinar la conducta a seguir o bien preparar hematológicamente a la paciente para la cirugía con la transfusión previa de concentrados plaquetarios, plasma fresco y/o crioprecipitados.

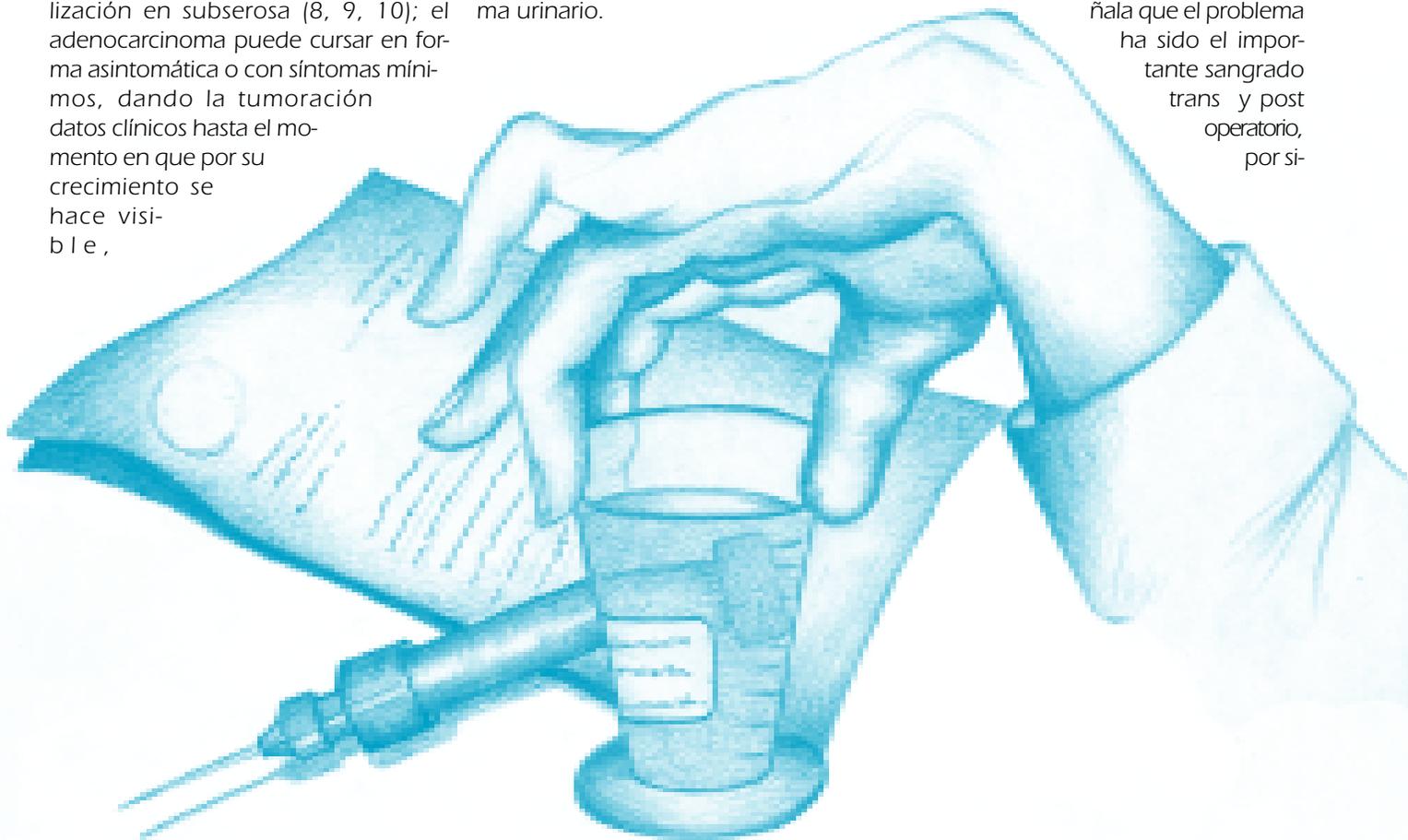
Hay que recalcar que en el presente caso, el pronóstico era malo a corto plazo y que probablemente no se hubiera modificado a pesar de haber podido contar con los elementos y recursos necesarios, debido a la patología de fondo, el volumen tumoral de la misma, el estadio clínico avanzado, con compresión a estructuras del sistema urinario.

Obligaciones previstas en las normas de derecho sanitario y en términos de la literatura médica

A. Obligaciones del establecimiento o institución involucrada.

a. De medios.

1. En una nota de evolución del 23 de abril de 1998, previa a la cirugía se comenta "que los familiares ya consiguieron sangre, por lo que continúa la programación para el día siguiente". En la nota de anestesiología del 24 de abril del mismo año a las 20:10 hrs., se reporta que encontraron 400 ml de sangre en cavidad abdominal más 100 ml que sangró por la cirugía, haciendo un total de 500 ml y se le pasaron una unidad de hemacel, 800 ml de solución glucosada al 5%, 1000 ml de solución Hartman y una unidad de sangre, pero que posteriormente la paciente cursa con hipotensión por sangrado. En una nota conjunta del 25 de abril de 1998 a las 2:45 horas, posterior a la cirugía, se señala que el problema ha sido el importante sangrado trans y post operatorio, por si-



tios de venopunción en las extremidades, cursando con hipotensión y se transfundieron dos bolsas más de sangre donadas por el personal del hospital. Una nota de interconsulta del servicio de hematología, incluida en la anterior, comenta que no se tienen estudios de coagulación previos a la cirugía (TP, TPT y Plaquetas) y los tiempos de coagulación posteriores se encuentran alargados, así como las plaquetas disminuidas a 50,000 y 24,000 y se concluye como trastornos adquiridos

La institución esta obligada a contar con paquetes globulares disponibles en el banco de sangre de la unidad, más aún si se trataba de una paciente programada para una cirugía mayor con un grupo sanguíneo "A" positivo, que es más difícil de conseguir. Si bien es cierto que los familiares de los pacientes deben de contribuir a conseguir donadores, se debió dar aviso por parte de los responsables del banco de sangre de la unidad, para que el equipo quirúrgico tomara la medidas perti-

hubiera podido corroborar esta situación. La hoja del reporte de laboratorio con fecha 17 de abril de 1998 no cuenta con resultados de dichos estudios. En ninguna nota médica, incluyendo de los servicios de ginecología, urología, anestesiología y medicina interna, se hace alusión a la omisión de dichos estudios previos a la cirugía.

La institución está obligada a realizar los estudios preoperatorios mínimos indispensables para poder programar una cirugía mayor. Tampoco se comenta en el expediente que no se hubiera contado con los reactivos de laboratorio para dichos estudios.

B. Obligaciones del personal.

b. De medios.

1. En varias notas de evolución previas a la cirugía, específicamente de los días 20 y 21 de abril de 1998, se asienta que existe retención urinaria secundaria a compresión extrínseca vesical, a la cual se le adjudicó como factor causante a la miomatosis uterina de grandes elementos, así mismo en algunas notas médicas se comenta la presencia de una tumoración anexial, como es la nota del 16 de abril de 1998. El diagnóstico de miomatosis uterina se apoyo en el resultado de un estudio de ultrasonografía realizado el 18 de abril de 1998. Es conocida la limitante de la certeza diagnóstica de dichos estudios, si bien es cierto que la miomatosis uterina de grandes elementos, sobre todo de localización en subserosa, puede ocasionar compresión a vías urinarias extrínsecas, probablemente requirió un estudio más preciso de las posibilidades diagnósticas, entre las que se encuentran las neoplasias malignas, al parecer no se cuenta en la unidad involucrada con tomógrafo, pero se pudo pensar en trasladar a la paciente a otra unidad. Los médicos tratantes están obligados a agotar los recursos diagnósticos en lo posible.

2. El cirujano responsable estaba obligado a contar con estudios de coagulación preoperatorios, como tiem-



de la hemostasia, activados probablemente por la cirugía. Una nota de anestesiología del 25 de abril de 1998 a las 9:00 hrs., comenta el fallecimiento de la paciente y en la misma nota se dice que "transfundieron tres unidades de sangre fresca donadas por el personal de la unidad, ya que los familiares actuaron de manera irresponsable a pesar del aviso de "emergencia" de adquirir sangre fresca oportunamente".

La institución esta obligada a contar con paquetes globulares disponibles en el banco de sangre de la unidad, más aún si se trataba de una paciente programada para una cirugía mayor con un grupo sanguíneo "A" positivo, que es más difícil de conseguir. Si bien es cierto que los familiares de los pacientes deben de contribuir a conseguir donadores, se debió dar aviso por parte de los responsables del banco de sangre de la unidad, para que el equipo quirúrgico tomara la medidas perti-

2. En las notas preoperatorias sólo se comenta que solicitaron exámenes de laboratorio preoperatorios, pero no se especifica si se incluyeron en éstos tiempos de coagulación rutinarios para cualquier cirugía mayor (TP, TPT y Plaquetas), no contamos con la hoja de indicaciones médicas, en donde se

po de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y cuenta de plaquetas. De haberse contado con éstos, probablemente se hubieran reportado alargados y se hubiera planeado mejor la cirugía con valoración por el servicio de hematología, se hubiera contado con elementos de productos sanguíneos necesarios (plasma fresco, crioprecipitados concentrados plaquetarios y paquetes globulares) para intervenir a la paciente o en su defecto trasladarla a otra unidad en donde se contara con los mismos.

3. El equipo médico quirúrgico responsable estaba obligado a corroborar la existencia de productos sanguíneos compatibles (paquete globular) con la paciente en el banco de sangre de la unidad, ya que se trataba de una cirugía con alto riesgo de hemorragia.

Conclusiones

1. La institución incurre en omisiones importantes al no tener disponibles los elementos necesarios (paquetes globulares) en el banco de sangre de la

unidad para la cirugía; así como la no realización de estudios preoperatorios básicos para una cirugía mayor programada, en los cuales se incluyen tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.

2. A su vez, los médicos tratantes incurren en omisión al no realizar un estudio diagnóstico más adecuado y profundo del caso. Por su parte, el cirujano es responsable de no ponderar el riesgo quirúrgico secundario por la omisión de la realización de estudios de coagulación preoperatorios. Por otra parte el cirujano y anesthesiólogo son responsables de no constatar antes de la cirugía, la existencia de sangre compatible con la paciente en el banco de sangre de la unidad.

Recomendaciones

PRIMERA.- Que las Instituciones tomen las medidas necesarias para que se cumpla lo dispuesto en los artículos 32, 33 y 51 de la Ley General de Salud, relacionados con los numerales 8° y 9° del Reglamento en Materia de Pres-

tación de Servicios de Atención Médica, toda vez que los usuarios de los servicios médicos deben ser atendidos con profesionalismo; para que los estudios clínicos sean exhaustivos y detallados, con la finalidad de contar con un diagnóstico temprano y de certeza y, por ende, otorgar un tratamiento oportuno y de calidad idónea.

SEGUNDA.- El prestador del servicio debe de efectuar los estudios de laboratorio y gabinete necesarios, según las condiciones preoperatorias y los hallazgos; de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 139 y 140 del Reglamento en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica.

TERCERA.- El personal adscrito a las unidades médicas de las Instituciones deberán estar recibiendo capacitación, así como información respecto a las Normas Oficiales que se emitan para el mejor cumplimiento de sus funciones y así estar en condiciones de dar una mejor atención médica, tal y como se describe en los artículos 89,90 y 91 de la Ley General de Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Robert E. Wittes: *Manual of Oncologic Therapeutics 1991/1992*, Lippincott 1991; pp. 283-286.
2. Brain McCulloch: *Current Therapy in Hematology-Oncology*, Mosby 1984; pp. 230-241.
3. Haskell: *Cancer Treatment*, Saunders, Forth Editon, 1995; pp 662-689.
4. Lee, Bithell, Athens, Lukens: *Wintrobe's Clinical Hematology*, Lea & Febiger, ninth edition, volumen 2; pp 1480-1493.
5. Wolfsthal: *Manejo clínico del Paciente Quirúrgico*, Panamericana 1992; pp 25-30.
6. Way: *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico*, Manual Moderno, Séptima Edición, 1995; pp 1-6, 1561-1562.
7. Schwartz: *Principios de Cirugía*, Interamericana McGraw-Hill, Sexta Edición, 1995; pp. 95-119.
8. Benson: *Manual de Ginecología y Obstetricia*, Manual Moderno, Tercera Edición 1973; pp. 518-523.
9. Jones, Wentz, Burmett. *Tratado de Ginecología de Novak*, Interamericana. McGraw-Hill, Onceava Edición, 1991; pp 391-401.
10. Danforth's: *Obstetrics and Gynecology*, Lippincott-Raven, Seventh Edition, 1997; pp. 925-940.
11. *Ley General de Salud*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984.
12. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación 14 de mayo de 1986.