

Cumplimiento de las obligaciones en la atención médica y comunicación efectiva

Accomplishment of obligations in medical care and effective communication

Esther Vicente-González,¹ Francisco Vicente Venegas-Páez,¹ Dante A. Barrón-Saldaña,¹ Guadalupe Consuelo Palomo-Monroy,¹ Jorge Martínez-López¹

RESUMEN

Masculino de cuatro años de edad. Refirió la madre que en julio de 2011, fue ingresado a Neurocirugía de un hospital de tercer nivel de atención con el diagnóstico de quiste aracnoideo temporal izquierdo; se indicó tratamiento farmacológico y fue egresado con cita para resonancia magnética nuclear (RMN), pero ante la persistencia de los síntomas, acudió a un hospital pediátrico público donde se aplicó sistema de derivación subduperitoneal por hematoma subdural.

Palabras clave: comunicación médica, quiste aracnoideo, queja médica.

ABSTRACT

Four years old male. His mother reported that in July 2011, he was admitted in Neurosurgery service of a tertiary care hospital, with diagnosis of left-temporal arachnoid cyst; it was indicated drug treatment and

the patient was discharged with an appointment to nuclear magnetic resonance (NMR), but symptoms persisted, so they went to a public pediatric hospital where a subdural peritoneal derivation system was applied to solve a subdural hematoma.

Key words: Medical communication. Arachnoid cyst. Medical complaint.

Resumen del caso

25/julio/11: Hospital de 3er Nivel de Atención. Antecedente de caída hace dos meses de un metro de altura, por lo que sufrió traumatismo en la cabeza, sin deterioro neurológico. Hace un mes refirió visión borrosa, diplopía, estrabismo convergente del ojo izquierdo y cefalea occipital moderada de predominio nocturno. Acudió con un neurocirujano particular 15 días previos; se realizó tomografía axial computada (TAC) y

se refirió a la institución. Exploración Física (EF) sin focalización. Reporte de TAC del 13/julio/11 con Quiste aracnoideo temporal izquierdo Gallasi tipo II, con Higroma frontoparietal izquierdo asociado, con escasa desviación de la línea media. Se ingresó para tratamiento esteroideo con dexametasona y preparación para fenestración endoscópica y derivación cistoperitoneal.

26/julio/11: Afebril, con Signos Vitales (SV) estables, toleró dieta. EF sin alteraciones. El día siguiente le sería realizado un electroencefalograma (EEG), por lo cual debía desvelarse a partir de las 02:00 horas.

29/julio/11: Nota de egreso. Durante su estancia cursó sin deterioro neurológico. Se realizó EEG que reportó: 1) Actividad de base con disminución en la amplitud en la región frontal y central izquierda. 2) Lentificación generalizada con brotes delta y lentificación de alto voltaje en

¹ Dirección General de Conciliación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio 214/12 Artículo recibido: 02-11-2012 Artículo reenviado: 04-12-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Dr. Francisco Vicente Venegas-Páez, Dirección General de Conciliación, CONAMED, Mitla, 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx

región occipital de hemisferio cerebral izquierdo. 3) Menor integración de grafoelementos de sueño en hemisferio cerebral izquierdo. Sin presencia de actividad paroxística. Se programó RMN para el 12/ago/11, por lo que se egresó a la Consulta Externa de Neurocirugía; se informó de datos de alarma neurológica.

02/agosto/11: Urgencias de Hospital Pediátrico. Antecedente de Trauma de cráneo de dos meses. Contaba con TAC del 13/julio/11, donde se observaron imágenes sugestivas de Hematoma subdural frontal izquierdo. Estuvo hospitalizado en tercer nivel, donde se realizó diagnóstico de Quiste aracnoideo, en ese momento no presentaba sintomatología neurológica, pero acudió por segunda opinión. Despierto, reactivo, Glasgow 15 puntos, sin movimientos anormales, reflejos pupilares adecuados; neurológicamente estable. Se solicitó nuevo control tomográfico y valoración por Neurocirugía quienes decidieron manejo quirúrgico. Impresión Diagnóstica: Hematoma subdural crónico. Ingresó para derivación subduroperitoneal.

04/agosto/11: Valoración Anestésica. Riesgo ASA BE1, técnica propuesta anestesia general balanceada. Se realizó derivación subduroperitoneal sin complicaciones. En la Descripción de la técnica de la Solicitud y Registro de Intervenciones Quirúrgicas se asentó: "Observando salida de LCR [líquido cefalorraquídeo] (Hematoma subdural crónico), presión aumentada" [sic]. Reporte de citología del líquido obtenido en la cirugía: incoloro, transparente, células 1, glucosa 59, microproteínas 18, cloruros 119, lactato 1.7, pH 7.8.

05/agosto/11: Evolución Neurocirugía. Hematoma subdural crónico, postoperatorio de colocación de sistema de derivación subduroperitoneal. Despierto, Glasgow 15 puntos. Neurológicamente íntegro, se inició vía oral, tolerada adecuadamente.

Nota de Egreso. Se realizó Derivación subduroperitoneal sin incidentes, reporte de Citológico: Incoloro, transparente, células 1, glucosa 59, microproteínas 18, cloruros 119, lactato 1.7, pH 7.8, Pandy negativo. Clínicamente sin datos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Cefalexina 250 mg tomar 5 ml c/8h por siete días, Paracetamol 2ml c/8 h por tres días. Se informó sobre datos de alarma neurológica y se egresó con cita a la Consulta Externa de Neurocirugía.

Resumen de la Audiencia de Conciliación

La quejosa ahondó en que su menor hijo fue referido al tercer nivel de atención por un neurocirujano, por la necesidad inmediata de cirugía de drenaje del hematoma; empero, fue egresado sin tratamiento porque en esa institución no funcionaba la RMN.

El representante médico del hospital de tercer nivel, jefe del servicio de Neurocirugía, explicó a la quejosa los hallazgos referidos en el expediente clínico, así como el fundamento clínico de quiste aracnoideo, además de los criterios clínicos y de imagenología para diferenciarlo de un hematoma. Explicó que el tratamiento indicado era la fenestración endoscópica y expuso las complicaciones asociadas a la colocación de un sistema de derivación. Mencionó que la justificación del egreso era la ausencia de sintomatología y la programación de la RMN; asimismo, refirió desconocer que en ese momento no servía el aparato.

La explicación médica proporcionada, no satisfizo a la promotora; ésta, amplió la información respecto a que, posterior al procedimiento quirúrgico, el médico tratante en el hospital pediátrico "le mostró un frasco con sangre, asegurándole que era el hallazgo quirúrgico"; notificó que, entonces, solicitaría un informe por escrito al médico tratante

que diera sostén científico al hallazgo mencionado.

Con la finalidad de proteger la salud del menor, los representantes de esta Comisión pidieron a la quejosa su autorización para solicitar el seguimiento del caso a la parte prestadora, pero no fue aceptado aduciendo pérdida de la confianza en la institución.

La Audiencia de Conciliación se concluyó como no conciliada, dejando a salvo los derechos de las partes.

En la evaluación por parte de los conciliadores, se identificaron como causas que generaron la queja: explicación del médico e indemnización.

Análisis Médico

En su revisión de 2010, Vega-Sosa concreta: los quistes aracnoideos intracraneales (QA) son colecciones extracerebrales benignas (cavidades con un contenido similar al LCR), frecuentemente comunicados con el espacio subaracnoideo, rodeadas por una membrana aracnoidea indistinguible histológicamente de la aracnoidea sana.

Representan el 1% de las lesiones intracraneales ocupantes de espacio y predominan en niños. Aunque se han descrito en todas las edades, son característicos de la infancia.

La hipótesis etiológica con mayor aceptación es la embrionaria, otras hipótesis indican que se producen por la secreción de sustancias al espacio subaracnoideo desde el sistema venoso. Su distribución es variada.

Las manifestaciones clínicas dependen de diversos factores como la edad, la localización, el tamaño y la forma de presentación; la distinción con otras patologías intracraneales se establece a partir de la correlación con los estudios de imagen. Los signos y síntomas se producen por diversos mecanismos:

1. Compresión o irritación de estructuras adyacentes,

2. Efecto de masa intracraneal,
3. Trastornos en la circulación del líquido cefalorraquídeo.

Los OA se clasifican según criterios radiológicos, de localización o de la comunicación o no con el espacio subaracnoideo. Galassi y colaboradores, estratificaron los quistes aracnoideos de la fosa media en tres tipos:

- Tipo I: quistes situados en la cara anterior del lóbulo temporal sin aparente efecto de masa.
- Tipo II: quistes de tamaño medio localizados en la parte anterior y media de la fosa temporal; con frecuencia comprimen el lóbulo temporal.
- Tipo III: quistes de gran tamaño, de forma oval o redonda, que ocupan la totalidad de la fosa temporal y tienen un gran efecto de masa.

La TAC continúa siendo el método diagnóstico por excelencia. La RMN es una herramienta útil para realizar un diagnóstico completo y adecuado, los quistes se aprecian como lesiones con características similares a las del líquido cefalorraquídeo.

Tratamiento: En 1923, Demel, tras una revisión de la literatura, concluyó que el mejor tratamiento era la trepanación con drenaje o la exéresis. En el manejo de los quistes aracnoideos, los aspectos fundamentales son la indicación de tratamiento (quirúrgico o vigilancia) y la elección de la técnica quirúrgica más adecuada. El objetivo principal es la descompresión del quiste, con o sin derivación asociada del contenido.

Por otra parte, la derivación cistoperitoneal permite el vaciamiento progresivo del quiste hacia el peritoneo. Aunque es un método seguro, se deben reconocer los riesgos de obstrucción, infección y dependencia del sistema valvular.

Actualmente la neuroendoscopia

se ubica como un procedimiento mínimamente invasivo y ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de los quistes aracnoideos, por lo que diversos autores recomiendan la fenestración endoscópica como procedimiento de primera elección en los quistes aracnoideos intracraneales. Las complicaciones del tratamiento quirúrgico están relacionadas con la ubicación y el tamaño del quiste, más que con el método quirúrgico empleado.¹

Por su parte, Sosa y Rodríguez coinciden que el objetivo del tratamiento de los OA sintomáticos es lograr una comunicación permanente del flujo de LCR entre el quiste y el espacio aracnoideal. Las opciones terapéuticas son: fenestración microquirúrgica, fenestración endoscópica y *shunt* desde el quiste. La ventaja de la fenestración quirúrgica, ya sea por microcirugía o endoscopia, es la baja morbilidad de ambos métodos y el poder mantener al paciente independiente de un *shunt* definitivo.²

Existen numerosos casos clínicos aislados que recogen esta relación y pocas series amplias que los analicen en detalle reportes de OA asociado con hematoma subdural crónico; Gelabert-González realiza el reporte de 12 casos, todos adultos, diagnosticados y tratados durante 25 años en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Menciona que, dado que el hematoma subdural crónico es una colección de sangre en diversas fases de degradación, localizada en el espacio subdural que crece de forma lentamente progresiva ocasionando una sintomatología, habitualmente de bajo nivel, su asociación debe hacer pensar siempre en la posibilidad de que exista algún factor sobreañadido para su desarrollo, entre los que se encuentran las válvulas de derivación ventricular, fístulas espontáneas de LCR, etcétera, o un OA y refiere que Page *et al*, propusieron dos teorías:

- a) Tras un trauma craneal se producirían cambios en el flujo del LCR que llevarían a facilitar la rotura de venas puente o de vasos en la pared del quiste, y
- b) Al tener los OA menos distensibilidad que el parénquima cerebral, favorecería que tras un traumatismo de poca intensidad las venas puente se rompiesen con mayor facilidad, ya sea *ipso* o contralateralmente, produciéndose, así, un hematoma subdural.³

Con relación a la mala práctica, Tena-Tamayo expone que de los casos que se resuelven a través de la conciliación o el arbitraje, en el 62% del total, no hay mala práctica. De los dictámenes realizados, por parte de esta Comisión, a petición de las autoridades de procuración justicia o las contralorías, en el 40% no hay mala práctica. Resalta pues que a pesar de este bajo porcentaje de quejas con mala praxis, haya un alto índice de inconformidad respecto a la atención médica. Está bien identificada la inadecuada comunicación al paciente sobre su problema de salud, pronóstico, tratamiento y estudios o expectativas, lo que constituye el “detonante primario” de las quejas. En más del 30% de los casos que atiende la CONAMED un médico opinó en contra de otro.⁴

Martínez-Ramírez y Chávez-Ramírez identifican que los factores de inhibición de la calidad en los hospitales públicos fueron: una deficiente coordinación y comunicación entre los servicios (áreas) en 33%, al igual que una comunicación inadecuada (no asertiva) en el mismo porcentaje.⁵

Análisis Jurídico

En todo acto de atención médica, el personal de salud debe cumplir con tres premisas fundamentales:

- Obligación de medios: la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico. Determinando éstas en término de su libertad prescriptiva y en concordancia con la *lex artis*.
- Obligación de seguridad: el deber de evitar siniestros. Uso correcto y mantenimiento de aparatos y equipos.
- Obligación de resultados: Infrecuentes en cuanto al tratamiento médico; la exigibilidad de la protección de los derechos.⁶

Además, debe fundar su actuación en los cuatro principios bioéticos:

1. Principio de no maleficencia: este principio ya se formuló en la medicina hipocrática; enuncia que, ante todo, no se debe hacer daño al paciente.
2. Principio de beneficencia: se trata de la obligación de hacer el bien, respetando la autonomía del paciente, sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.
3. Principio de autonomía o de libertad de decisión: es la obligación de respetar los valores y opciones personales, de cada individuo, en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción.^{7 8}
4. Principio de justicia: consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.⁸

De lo anterior, podemos estable-

cer que si bien en el hospital de tercer nivel de atención se realizó el estudio adecuado del caso y la valoración de los auxiliares de diagnóstico, aportados por la madre del paciente, fue inadecuada la comunicación de la decisión y la justificación del egreso temporal,⁹ es decir, no se estableció un diálogo que permitiera retroalimentaciones recurrentes y sistemáticas que fomentara el completo entendimiento por parte de la usuaria de las decisiones médicas; además que existió responsabilidad institucional al carecer de los estudios auxiliares de diagnóstico necesarios, o contar con un convenio para la realización de éstos,¹⁰ por lo que no se cumplió con la obligación de seguridad.

Aunque la atención en el hospital pediátrico no fue causa de queja,¹¹ es necesario destacar que del análisis de su expediente clínico se desprenden dos anomalías:

1. Pese a que se menciona que en el tercer nivel se diagnosticó un QA y que al momento de la atención no presentaba sintomatología neurológica, la madre optó por solicitar una segunda opinión. Este segundo prestador, solicitó nuevo control tomográfico; mediante este estudio, aunado al antecedente radiológico, se dictaminó el diagnóstico de hematoma subdural crónico; por ello, decidieron realizarle una derivación subduoperitoneal, sin agotar los estudios disponibles para descartar el diagnóstico de QA; esto constituye una falta a las obligaciones de medios.
2. En la solicitud y registro de intervenciones quirúrgicas, de la craneotomía, se asentó: "Observando salida de LCR (Hematoma subdural crónico), presión aumentada"; acorde con esta información, al momento de la realización de este

procedimiento se obtuvo LCR compatible con un hematoma. Esta afirmación, no cuenta con sustento histopatológico, dado el reporte del estudio citológico efectuado al LCR: incoloro, transparente, células 1, glucosa 59, microproteínas 18, cloruros 119, lactato 1.7, pH 7.8.

3. Resulta contradictorio el hecho de que el médico que operó al menor, haya mostrado un frasco con material obtenido del procedimiento quirúrgico, supuestamente de características hemáticas, lo que es incompatible con el estudio histopatológico ya enunciado. Esto manifestaría una falta del prestador del servicio –recordar que esta afirmación está sustentada en lo enunciado por la madre–, al soslayar los principios de beneficencia y de autonomía, ya que pretendió ajustar la evidencia a la satisfacción de su diagnóstico.

Conclusión

Tras el análisis del caso, no se establecieron elementos objetivos de mala práctica médica por parte del primer prestador del servicio médico. Con los componentes del protocolo de diagnóstico ejecutados, pudo determinarse que el padecimiento no correspondía a una urgencia calificada, por lo cual su resolución quirúrgica podía realizarse en forma electiva.

El trasfondo de la inconformidad se basa en una deficiente comunicación entre los prestadores de los servicios y los usuarios y al interior de las propias instituciones; de haberse expuesto detallada e inteligiblemente la situación de salud del menor, y el plan terapéutico más apropiado, probablemente no se hubiera suscitado ninguna inconformidad. De igual forma, al no contarse con la RMN, el personal encargado debió informar al personal de salud sobre

esta carencia, con el fin de tomar las providencias pertinentes y a su vez comunicarlo a los usuarios, para influir de manera favorable en la percepción de la calidad de los servicios.

Dadas estas anomalías en la comunicación interinstitucional, en el hospital de tercer nivel no se cumplieron las obligaciones de seguridad al carecer de los estudios auxiliares de diagnóstico, o contar con un convenio para realizar tales estudios.

Además, cabe destacar que en el hospital pediátrico no se cumplieron las obligaciones de medios, al no realizar todos los auxiliares de diagnóstico necesarios, como lo era la RMN, estudio indispensable para descartar el diagnóstico diferencial, esto es el OA. Ya que fue descartada la presencia de un hematoma en una unidad de mayor capacidad resolutoria, el segundo prestador del servicio médico debió cumplir con el protocolo de diagnóstico mínimo, que confirmara la ausencia del OA; esto traduce impericia.

Haciendo eco de las recomendaciones de Luna-Ballina, que postula que "el conflicto entre individuos surge cuando el satisfactor a obtener es el mismo para ambos y que puede presentarse un conflicto posterior a la acción cuando no se obtienen los resultados que se esperaban, lo que puede provocar decepción, desengaño o culpa, las crisis se pueden evitar o controlar, dependiendo de las previsiones que se tomen. Cuando no existe información suficiente, clara y oportuna; comunicación óptima, confianza, respeto y credibilidad, etcétera, las crisis puede acrecentarse, el control de la situación se pierde y por lo tanto, se generan rupturas y daños irreparables",⁹ recomendamos:

1. Los servicios auxiliares de diagnóstico deben notificar al personal operativo la disponibilidad de los mismos. Los responsables de las unidades de atención médica deben garantizar la notificación oportuna y establecer las estrategias de solución, para que se brinde continuidad a la atención ("Utilizar la técnica de construcción de escenarios, con la finalidad de construir alternativas ante futuras contingencias. La capacidad de diseñar escenarios y aprender a través de ellos, permitirá optimizar el rendimiento en el manejo de una crisis".⁹)
2. El médico tratante debe proporcionar información de manera clara y sencilla del pronóstico y del plan terapéutico, en caso de requerir un alta transitoria, deberá garantizar que la información proporcionada sea comprendida y se puntualicen las acciones del plan terapéutico.

REFERENCIAS

1. Vega-Sosa A, de Obieta-Cruz E, Hernández-Rojas MA. Quistes aracnoideos intracraneales. *Cir Cir.* 2010; 78 (6): 556-562.
2. Sosa F, Rodríguez F, Palma F, Zuccaro G. Presentación inusual de los quistes aracnoideos. *Rev Argent Neuroc.* 2006;20:121-125.
3. Gelabert-González M, Castro-Bouzas D, Arcos-Algaba A et al. Hematoma subdural crónico asociado a quiste aracnoideo. Presentación de 12 casos. *Neurocirugía.* 2010;21(3): 222-227.
4. Tena-Tamayo C. La demanda como efecto de la mala comu-

nicación médico-paciente. *Rev. CONAMED.* 2002;7(3):15-18.

5. Martínez-Ramírez A, Chávez-Ramírez S, Cambero-González EG, Ortega-Larios EK, Rojas-Jiménez Z. Factores Inhibidores de la Calidad en los Servicios de Salud. Análisis desde la perspectiva de los Hospitales privados y públicos. *Rev CONAMED.* 2009;14(4):5-14.
6. Casa Madrid-Mata O. La atención médica y el derecho sanitario. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1999. p.10-12.
7. Azulay-Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *An Med Interna.* 2001;18(12):650-654.
8. Vargas-Chávez MY, Cortes Villarreal G. Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2010;18(1-2):43-45.
9. Luna-Ballina M. Los DIEZ Principios Básicos de las Relaciones Interpersonales en la Atención Médica. México: CONAMED; 2008. p. 23-24.
10. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México: Secretaría de Salud; 1986. Disponible en [Acceso 06-01-2012]: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>.
11. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [acceso 06-01-2012] Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/re-gproc.php?seccion=78>.