



COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO DE OAXACA

MEJORANDO LA PRÁCTICA MÉDICA

El Anestesiólogo Hoy.

Linfangioma Quístico Mesenterico, en
Paciente Asintomático. **Reporte De Un Caso.**

Las Diferentes Vías de Resolución de los
Conflictos Derivados del Acto Médico.



Enero - Marzo 2015

Contenido

EDITORIAL	3
EL ANESTESIÓLOGO HOY	4
LINFANGIOMA QUISTICO MESENTERICO, EN PACIENTE SINTOMATICO.	9
LAS DIFERENTES VIAS DE RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS DERIVADOS DEL ACTO MÉDICO.	15

EDITORIAL

- ▶ En este primer número 2015 de la revista de Arbitraje Médico, nos es muy grato presentar al nuevo comité editorial, encabezado por la Dr. Rosa Magdalena Márquez Castillo, quien funge como editora de la revista. El contenido de esta edición viene a reforzar la temática relacionada con el compromiso de la CEAMO de promover las mejores prácticas, para los cual se prepararon tres artículos que esperamos sean de utilidad, el primero relacionado con los retos que enfrenta la práctica clínica de Anestesiología, en la que cada vez con mayor frecuencia se observa stress y discomfort debido a la sobrecarga de trabajo, la exigencia de buenos resultados y los conflictos generados en el área laboral por ambiente no saludable en el desempeño de su profesión. En el segundo artículo se presenta un caso clínico en el que se lleva a cabo un protocolo de abordaje apegado a la lex artis médica, concluyendo con un procedimiento a que aumenta la seguridad del paciente mejorando los resultados postoperatorios, dando énfasis a la relevancia del uso correcto de los estudios paraclínicos y de imagenología. Finalizamos la presente edición con un ensayo acerca de las diferentes vías que existen en materia de resolución de conflictos médicos haciendo del conocimiento público una vez más las grandes ventajas que existen para utilizar los medios alternativos como las Comisiones de Arbitraje Médico, en la actualidad de uso indispensable para el proceso acusatorio adversaria, agregando que deben dejar de ser vistas estas instituciones como un medio de la procuraduría, para ser vistas como la instancia especializada en conciliación que no utiliza medidas coercitivas sino la voluntad para resolver los conflictos. De manera que concluimos que el presente número será de gran utilidad en la práctica médica cotidiana lo que redundará en mejora de la prestación de la atención médica.

▶
DR OMAR CALVO AGUILAR
PRESIDENTE CONSEJERO DE LA CEAMO

EL ANESTESIÓLOGO HOY...

@DCM Rosa Magdalena Márquez Castillo

Medico Anestesiólogo

Objetivo: Identificar los factores que repercuten en el desempeño profesional y de satisfacción en médicos anestesiólogos y residentes:

Resumen

EL ANESTESIÓLOGO HOY

La anestesiología es una especialidad, que demanda compromiso académico, vocación y carácter para pensar y actuar objetivamente en situaciones de estrés, no obstante a los avances tecnológicos y nuevos fármacos de los últimos años, el desarrollo de técnicas anestésicas sofisticadas y el tratamiento diferenciado durante el perioperatorio.¹ La práctica anestésica sigue siendo riesgosa, a pesar del desarrollo de estrategias para minimizar eventos adversos y el error humano.² La excesiva regulación jurídica de la medicina, es otro factor importante de estrés que afecta el desempeño de los anestesiólogos; originando una práctica de medicina defensiva al encontrarse inmerso en estrés laboral con mayor incidencia respecto a otras especialidades, relacionado con aspectos médico-legales, problemas clínicos y sistemas de trabajo, derivando en desgaste permanente, deterioro emocional y retiro prematuro de la profesión.³ Los residentes, reflejan un alto grado de Burnout e ideas suicidas así como Depresión predominante en mujeres y riesgo de

Agotamiento afectando su atención y la seguridad del paciente.⁵ Y la asociación de errores médicos al no ser supervisados con consecuencias negativas para el paciente.⁶ ¿Qué requiere el anestesiólogo de hoy para desarrollarse satisfactoriamente? Una formación científica de calidad, desarrollo de habilidades para responder en situación de urgencia y administrar recursos ya no es suficiente. La actualidad exige participación activa en la revisión de normas y guías de práctica clínica e iniciativas de ley que se adapten a la realidad de nuestros sistemas de salud, con soporte jurídico para garantizar un adecuado desarrollo profesional dirigida a una medicina asertiva de calidad.

Summary

Anesthesiology is a specialty that demands academic commitment, dedication and character to think and act objectively in stressful situations, however technological advances and new drugs in recent years, the development of

sophisticated anesthetic techniques and differential treatment for the perioperatorio.¹ The anesthetic practice remains risky, despite the development of strategies to minimize adverse events and errors humano.² Excessive legal regulation of medicine, is another important factor of stress that affects the performance of anesthesiologists; causing a practice of defensive medicine to be immersed in work stress with higher incidence compared to other specialists, medical-related legal, clinical problems and work systems, resulting in permanent wear, emotional deterioration and premature retirement of profesión.⁸ The residents, reflect a high degree of burnout, suicidal ideation and depression in women predominant Depletion risk affecting their care and safety of paciente.⁵ And the association of medical errors not being monitored with negative consequences for the paciente.⁶ ¿ which

requires the anesthesiologist to develop successfully today? Quality scientific training, skills development to respond in emergencies and managing resources is not enough. Currently it requires active participation in the revision of standards and clinical practice guidelines and legislative initiatives that fit the reality of our health systems, with legal support to ensure adequate professional development aimed at an assertive quality medicine.

El vertiginoso progreso de los últimos 30 años en medicina, aunados a los avances tecnológicos y nuevos fármacos, ha permitido que la anestesiología, haya crecido a pasos agigantados con un sin número de adelantos: técnicas anestésicas, nuevas que han permitido un sustancial avance en las técnicas quirúrgicas, antes impensables. La anestesia de hoy es un cruce de todas las sub-especialidades médicas, con fundamentación científica y un alto margen de seguridad. Técnicas anestésicas sofisticadas que permiten un tratamiento diferenciado durante el perioperatorio, dependiendo de sus exigencias médicas. La relación médico-paciente y la satisfacción de los pacientes son los principales aspectos de la atención perioperatoria para los anesthesiólogos

incluso en el conflicto por la presión económica. No obstante, el prestigio de los anesthesiólogos dado por otros médicos y el público; en general es inadecuada, resultando difícil contratar honorarios médicos adecuados. Incorporar asignaturas bioéticas y humanísticas en la formación de anesthesiólogos, actualmente dirigidos a la ciencia, mecanismos anestésicos y aspectos epidemiológicos de la medicina perioperatoria¹. La prioridad en los sistemas de salud modernos se basa en la atención segura de los pacientes, evitando resultados adversos, iatrogénicos y debidos a que la práctica anestésica es inherentemente riesgosa, la especialidad ha desarrollado una amplia gama de estrategias para minimizar el error humano y el riesgo para los pacientes. El análisis detallado

de los métodos utilizados en la anestesia muestra la eficacia de los enfoques que integran globalmente todas las dimensiones del modelo de prevención de accidentes². La anestesiología es una especialidad completa y apasionante de la Medicina Humana; demanda compromiso académico, vocación de servicio y carácter para pensar y actuar objetivamente en situación de estrés. La formación de médicos anesthesiólogos en México requiere la aprobación del examen nacional de aspirantes a residencias médicas, para cursar un programa académico en alguna sede Hospitalaria³. El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2014, arrojó un total de 24512 aspirantes registrados, la especialidad de anestesiología reportó un puntaje mínimo de 66.66 y un máximo de 84.66, para concursar por una de las 776 plazas a nivel nacional, 764 para mexicanos y 12 para extranjeros³.

Burnout entre anesthesiólogos

Preocupados por el adecuado desempeño y formación de residentes se han hecho estudios evaluando los programas de estudio y su desarrollo, Monthé-Segan y cols. Realizaron una encuesta de satisfacción de la manera en que los residentes de anestesiología aprenden su especialidad en el noroeste de Francia, en un periodo de seis meses, con una tasa de respuesta del 61%, de los cuales el 95% no buscaría cambio de especialidad, el 90% de los encuestados calificaron como buena o muy buena la enseñanza teórica. La formación práctica dio entera satisfacción y solicitaron formación adicional en anestesia regional, intubación difícil y ecocardiografía. La enseñanza general cumplió las expectativas de los estudiantes⁴. Sin embargo no todos los estudios resultan halagadores respecto a la formación de futuros anesthesiólogos; En Illinois,

De Oliveira, Chang y Almeida reportan la prevalencia de Burnout y depresión en residentes de anestesiología que no había sido reportada, además de cómo puede afectar la atención y seguridad del paciente y la hipótesis de que los residentes con alto riesgo de agotamiento y depresión podrían reportar más errores médicos. 2773 residentes ingresaron a un estudio transversal en 3 grupos agotamiento, agotamiento y aprensión y solo aprensión. Los resultados reflejaron que 41% de los residentes con alto grado de burnout, trabajan más de 70Hrs/semana, ingieren más de cinco bebidas/semana y el sexo femenino se asoció con mayor riesgo, 22% dieron positivo para depresión con trabajo de más de 70Hrs/semana, tabaquismo, ingesta de más de cinco bebidas/semana y predominio en mujeres fue asociado a mayor riesgo de depresión; el 17% calificó con alto riesgo de agotamiento y depresión, 23% con alto riesgo de burnout y el 4% con alto riesgo de depresión. 33% de los encuestados con niveles altos de desgaste y riesgo de depresión reportó múltiples errores de medicación en comparación con 0,7% de los encuestados de menor riesgo ($P < 0,001$) Su conclusión fue que el Síndrome de Burnout, presión e ideas suicidas son muy frecuentes en residentes de anestesiología. Estos efectos sobre la salud de los alumnos de anestesiología también pueden afectar la atención y seguridad del paciente⁵. También reportaron en otro estudio la asociación entre la frecuencia de errores médicos en anestesia y la supervisión; de 1000 residentes, 604 respondieron a la encuesta (60.4%) el 7.5% reportaron haber realizado procedimientos para los que no fueron debidamente capacitados, 4% cometieron errores con consecuencias negativas para el paciente y 3% errores de medicación ocurridas varias veces o con frecuencia. La puntuación de supervisión se relacionó inversamente con la frecuencia de errores. Los alumnos que

reportaron mayor incidencia de errores médicos, con consecuencias negativas para el paciente y los errores de drogas reportaron puntuaciones bajas para la supervisión por parte del profesorado⁶. Todo ello nos conduce a preguntarnos ¿Qué está sucediendo con los médicos anestesiólogos? Si bien la anestesiología es una especialidad que ha sido testigo de enormes avances desde sus orígenes, con complementos avanzados en vías respiratorias, analgesia controlada por el paciente, fibra óptica, monitores índice bispectral (BIS), puestos de trabajo, simuladores y cirugía robótica, entre muchos otros⁷. Permitted la realización de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos con mayor seguridad y calidad para el paciente, el médico anestesiólogo se ha visto inmerso en ambiente de estrés laboral con una incidencia notoriamente más elevada respecto a otras especialidades, siendo del 50% en Europa y de 59 a 95% en Latinoamérica. Esta realidad se ve a la mala praxis y a problemas legales, pérdida de la imagen profesional y el retiro prematuro de la especialidad⁸.

El reto de ser anestesiólogo

El reto de ser Anestesiólogo en esta nueva era llena de tecnología, innovaciones en medicamentos, complejidad de patologías, normas oficiales, iniciativas de ley, publicidad encaminada a demandas y el estrés de la vida diaria, colocan al anestesiólogo en un cable de equilibrio donde se está ejerciendo una medicina defensiva. De ahí la importancia de mantenernos actualizados no solo en el ámbito médico, ahora también debemos preocuparnos por las reformas a la ley que involucra la responsabilidad profesional y la pertenencia a los Colegios Médico, los cuales deben actuar como promotores de cambios que favorezcan una medicina segura y de calidad tanto

reflejada en gran número de estudios, es así que se le relaciono con la falta de control de su tiempo en el 83% , interferencia con la vida familiar en el 75%, aspectos médico-legales en el 66%, problemas clínicos en 61%, a sistemas de trabajo en 58%, contacto con pacientes graves en 28%, a decisiones de urgencia 23%, contacto con la muerte 1%, problemas de organización laboral en 42%, a responsabilidades administrativas en 41%, conflictos en la esfera privada 35%, conflictos de relaciones laborales 25%, conflictos extra laborales 23% y problemáticas medico legales 2.8%. El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste permanente de los sistemas provocando enfermedades físicas, deterioro emocional, trastornos de conducta y alteraciones intelectuales. Todo ello conlleva a la falta de interés laboral, insatisfacción, pobre calidad de trabajo que contribuyen a cometer errores que en algunos casos pueden llegar

para el paciente como para el anestesiólogo ante las comisiones de salud del legislativo. Por otra parte la labor que hagamos cada uno de nosotros al favorecer la comunicación con pacientes y familiares, donde reconozcamos no solo las expectativas de los pacientes, también debemos llevarlas hasta el límite de lo posible, cumpliendo con las obligaciones de medios y seguridad que la ley nos obliga, haciendo de su conocimiento que no tenemos obligaciones de resultados, así se ampliara el conocimiento de nuestra especialidad y esclarecerán los alcances de nuestra especialidad.

Al igual que en tiempos pasados, presentes y futuros la anestesiología seguirá siendo parte central para resolver: urgencias, diagnósticos y tratamientos quirúrgicos. Sin embargo, los cambios profundos se llevarán a cabo en los próximos años con la promoción del anestesiólogo como gerente de flujo perioperatorio,

administrador y proveedor del servicio. Por otro lado médicos y científicos visionarios reforzando habilidades blandas y duras como: organización, líderes de equipo, optimizando costos y gestión global de calidad serán obligatorios. La selectividad de la farmacología, la vigilancia en la anestesiología y la reducción de la morbilidad perioperatoria también deben promoverse activamente. Con la finalidad de proporcionar la independencia de los objetivos comerciales, permitiendo la evolución de la investigación básica hasta las aplicaciones clínicas basadas en la evidencia, la concentración de los conocimientos y los recursos financieros disponibles en los centros de excelencia será imprescindible⁸.

Conclusión: El reto de ser anestesiólogo hoy, requiere además de una formación de calidad científica, ética y humana, comprometida con el respeto a la dignidad y autonomía de los pacientes, desarrollo de habilidades para responder en situaciones de urgencia, administrar recursos humanos y materiales, conocedores de sus obligaciones y derechos e interpretación de las leyes como parte de la responsabilidad profesional. Sin olvidar que el anestesiólogo tiene derecho a cumplir sus expectativas de ser reconocido y gozar de buen prestigio, remuneración adecuada y desarrollarse en un ambiente de trabajo adecuado.

BIBLIOGRAFIA

1) Blobner M., Kochs E. Anaesthesia today, *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2003;38:241-254

2) Haller G. Improving patient in medicine: is model of anaesthesia care enough?. *Swiss Med Wkly*. 2013;19;143:w13770.

3) XXXVI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, Comité de posgrado y educación continua de la Dirección de educación en salud.2012.

4) Monthé-Sagan K, Leclerc C, Hanouz JL, Fallahi JL. How do residents in anesthesiology learn their future speciality? A resident satisfaction survey in de Northwest of Frace. *Ann Fr Anesth Reanim*.2013; 16.Pil:50750-7658(13)00147.

5) De Oliveira GS Jr. Chang R. Fitzqerald PC et all. The prevalence of Bournout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: A survey of United States Anestehesiology Trainees. *Anesth Analg* 2013;117:182-193.

6) De Oliveira GS Jr. Rahmani T. et all The association between frequency of self-reported medical errors and anesthesia trainee supervision: a survey of United States anesthesiology residents-on-training. *Anesth Analg* 2013;116:892-897.

7) Aganwal A. The future of anaesthesiolgy. *Indian J Anaesth*. 2012; 56:524-528.

8) Calabrese G. Impacto del estrés laboral crónico en la salud del anestesiólogo. *Revista Mexicana de Anestesia* 2010;33:(Supl 1):S183-S185

LINFANGIOMA QUISTICO MESENTERICO, EN PACIENTE ASINTOMÁTICO.

REPORTE DE UN CASO.

Rafael Aragón, Martín. Clínica OSMO. Oaxaca, Oaxaca

RESUMEN

Los linfangiomas mesentéricos son entidades benignas raras, de comportamiento benigno, ocupan menos del 1% del total de ellos y son más comunes en la infancia, su diagnóstico es difícil por ser silenciosos en su inicio y tener presentaciones diversas. Generalmente son diagnosticados fortuitamente en estudios ecográficos y la TAC complementaría ayuda a sospechar su diagnóstico, se requiere resección quirúrgica, para corroborar el diagnóstico histopatológico. Se presenta el caso de una paciente de 32 años, asintomática con antecedentes de legrado terapéutico debido a embarazo anembrionario sin incidentes, que acude a exploración ecográfica obstétrica rutinaria, en la cual se observa masa quística multilobulada retroperitoneal de origen no determinado, ingreso a protocolo de estudio y se realizó resección segmentaria de intestino delgado de aprox. 30 cm cuyo diagnóstico histopatológico reportó linfangiomatosis mesentérica.

Palabras claves:

linfangiomatosis mesentérica, embarazo anembrionario, legrado terapéutico, masa quística multilobulada.

INTRODUCCIÓN

El linfangioma es una condición benigna poco frecuente, caracterizada por la proliferación de espacios linfáticos, La etiología es probablemente una anomalía congénita del sistema linfático, causando secuestros de tejido linfático durante el desarrollo embriológico [2]. Esta teoría explicaría por qué se producen principalmente en los niños. Se sugiere que el trauma abdominal, la obstrucción linfática, procesos inflamatorios, cirugía o terapia de radiación puede conducir a la formación secundaria de linfangiomas. El 80-90% se diagnostica en los primeros años de la vida y en adultos son raros [1]. La localización más común es en la cabeza, el cuello y axila, ocupando el abdomen el 1% y el mesenterio menos del 1%. Los linfangiomas mesentéricos son generalmente asintomáticos hasta que crecen. El dolor

abdominal y distensión parecen ser los síntomas más comunes, pueden presentarse de forma súbita y aguda o incluso ser crónica, pero la presentación clínica de los linfangiomas mesentéricos varía, y aunque su naturaleza es benigna, pueden causar morbilidad o mortalidad significativas debido a su gran tamaño y ubicación crítica, cuando comprimen estructuras adyacentes. Además, se han reportado complicaciones como infección secundaria, ruptura con hemorragia, hemorragia intestinal leve crónica que condiciona anemia de difícil diagnóstico o sangrado digestivo severo (3,4), vólvulo u obstrucción intestinal, infiltración del intestino, o la participación de la rama principal de las arterias mesentéricas u órganos adyacentes que requieren la resección segmentaria del intestino.^[2] El estudio inmunohistoquímico de antígeno relacionado con el factor VIII, D2-40, calretinina y melanoma humano negro-45 (HMB-45) son esenciales para el diagnóstico. El factor VIII relacionado con el antígeno y D2-40 son positivos en linfangioma pero negativo en el mesotelioma multiquístico benigno. Mientras que HMB-45 muestra estudio positivo en las células del músculo liso alrededor de los espacios linfáticos del linfangioma. (1*)

REPORTE DE CASO.

Femenino de 32 años de edad, Soltera, con antecedentes de embarazo anembrionario de 6.3 semanas de gestación, tratada a través de legrado terapéutico sin incidentes un mes previo a que

acudiera a consulta para rastreo ecográfico obstétrico, el cual reporta imágenes que sugieren una masa quística intraabdominal, retroperitoneal multilobulada de 11x3x7 cm aproximadamente de origen no determinado. Motivo por el cual acude a consulta particular. En la cual se refiere asintomática, no refiere trastornos en la ingesta de alimentos o de tránsito intestinal, ni en su peso corporal y aun no se presenta su período menstrual. A la Exploración Física se encuentra: TA 94/6mmHg. FC 60X', T 36.9°C, FR 20X', PESO 60 KG, TALLA 148 cm IMC 27.4 kg/m² (superficie de área corporal 1.5 m²).

Cabeza y cuello sin aparentes lesiones. Cuello sin adenomegalias cervicales. Tórax con ruidos cardiacos regulares y rítmicos, sin exudados pleuropulmonares o síndromes asociados; en abdomen se ausculta peristalsis intestinal normoactiva, a la palpación profunda se palpa tumoración no bien definida en flanco y fosa iliaca derechos, parcialmente fija y no dolorosa. No hay hepatomegalia ni esplenomegalia, tacto vaginal con discreto aumento de tamaño uterino y bordes irregulares, anexo derecho aumentado ligeramente de tamaño, no doloroso. Se realiza nuevo ultrasonido abdominal simple que muestra imagen sugestiva de tumoración retroperitoneal, de aspecto quístico con septos, de aproximadamente 7 cm de extensión.



USG abdominal muestra imagen de 7cmc aprox.

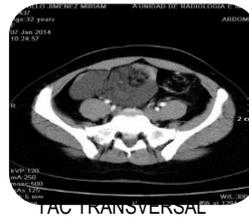
Se solicita Tomografía Axial Computada abdominal simple y contrastada. El Radiólogo reporta “presencia de colección hipodensa de aspecto irregular hacia fosa iliaca derecha cuyo origen no es posible determinar, así como sugestivas imágenes de quiste dependiente de ambos anexos”.



TAC AP



TAC LATERAL



TAC TRANSVERSAL



TAC TRANSVERSAL



CORTE TRANSVERSAL



CORTE TRANSVERSAL

Como protocolo se realiza colonoscopia descartando lesión intracolónica. Exámenes de laboratorio BH: Hb 14.5 gr, Hto 42.7% plaquetas de 304,000, leucocitos 7,940, con diferencial normal, QS: glucosa 88 mg, U 27.8 mg, BUN 13 mg, AU 5 mg, Cr 0.94 mg, cuantificación de HGC de 5 mUI/ml (a un mes del legrado uterino),

antígeno carcinoembrionario (CEA) 0.80 ng, Alfa Feto Proteína 1 ng, CA-125 con 6.10 y, CA 19-9 con 27.2 U (todos normales), TP 11.6”, TPT 25.9”...

En el análisis del caso, se decide en conjunto con la paciente y oncología quirúrgica realizar laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de sospecha de tumoración ovárica y llevar a cabo todo el protocolo oncológico para ésta entidad, sin embargo, durante el transoperatorio los hallazgos encontrados fue una gran tumoración de aprox. 18 cm de extensión, multilobulada de aspecto quístico, amarillenta y de

contenido lechoso blanco amarillento que se localiza en mesenterio y envuelve parcialmente al íleon proximal (localizada aprox. a 90 cm de la válvula ileocecal, transición con el yeyuno). No hay otras lesiones asociadas en el resto de intestino delgado, colon de aspecto normal, hígado y bazo

buena, refiriéndose asintomática abdominal y sin evidencia por imagen tomográfica de recurrencia.



exposición del tumor



ovario poliquístico



Resección intestinal y epiplón



cara posterior de intestino

18cmx. aprox



tumor



epiplón

de aspecto normal. Ovario derecho ligeramente crecido que igual que el ovario izquierdo presentan pequeños quistes (poli quísticos), útero con múltiples y pequeños miomas subserosos. Epiplón normal. Se toma una muestra del tejido para envío a estudio histopatológico transoperatorio que reporta únicamente negativo a malignidad. Técnicamente se realiza resección segmentaria de intestino delgado de aprox. 30 cm con anastomosis Termino-Terminal en dos planos, sin incidentes. La evolución postoperatoria curso sin problemas, se inicia vía oral a las 24 hrs. con líquidos y blanda a las 48hrs, egresando a los 3 días del postoperatorio.

Se realiza seguimiento del caso por 14 meses, fecha de cierre de este reporte, y la evolución es



epiplón



contenido lechoso intraquistico

El reporte del estudio histopatológico de transoperatorio y definitivo concluye: linfangiomatosis mesentérica. Negativo a malignidad. Se obtuvieron aprox. 100 ml de contenido lecho blanquecino al aspirar los quistes.

DISCUSION:

El linfangioma es una condición benigna poco frecuente, caracterizada por la proliferación de espacios linfáticos, se clasifican como simple, cavernoso, o quístico. El tipo simple es generalmente situado superficialmente en la piel y se compone de pequeños vasos linfáticos de pared delgada. El tipo cavernoso está compuesto por vasos linfáticos dilatados y estroma linfoide, y tiene una conexión con espacios de diversos vasos linfáticos adyacentes normales. Y el tipo quístico consta de espacios linfáticos de diversos tamaños que contiene fascículos de haces musculares lisas y de colágeno, pero no tiene ninguna relación con los linfáticos normales adyacentes. Sin embargo, el linfangioma quístico no siempre es claramente diferenciado del tipo cavernoso porque el tipo quístico también puede contener zonas cavernosas. [2]

Los linfangiomas mesentéricos son generalmente asintomáticos, cuando crecen, los síntomas más comunes que se presentan consisten en dolor abdominal y distensión y pueden presentarse de forma súbita, aguda o incluso ser crónica. Pero la presentación clínica de los linfangiomas mesentéricos puede ser variable y aunque su naturaleza es benigna, pueden causar morbilidad o mortalidad significativas debido a su gran tamaño

cuando la ubicación es crítica y comprimen estructuras adyacentes. Además, han sido reportados complicaciones como infección secundaria, ruptura con hemorragia, hemorragia intestinal leve crónica que condiciona anemia de difícil diagnóstico o sangrado

digestivo severo (3,4), vólvulos u obstrucción intestinal, infiltración del intestino o la participación de la rama principal de las arterias mesentéricas u órganos adyacentes que requieren la resección segmentaria del intestino.

Para el diagnóstico, además de la sospecha y la exploración física clínica, se requiere ultrasonografía y tomografía computada abdominal e incluso requerir RMN, la presentación ecográfica de un linfangioma mesentérico se describe como una lesión quística con tabiques delgados múltiples. En la TC, linfangiomas mesentéricos aparecen como una masa uni o multilocular con el realce de la pared y tabique por medio de contraste. [4]. Estos estudios ayudan a determinar si el tumor es quística, así como su tamaño y ubicación, pero son suficientes para establecer un diagnóstico preciso antes de la operación. Independientemente del tipo de quiste, concordamos con diferentes autores en que el tratamiento es la exéresis quirúrgica del linfangioma mesentérico, incluso en los casos asintomáticos, ya que la posibilidad de que el crecimiento produzca sintomatología o se

presenten complicaciones graves es elevada, obteniendo buenos resultados quirúrgicos por laparotomía o laparoscopia y el número de recidivas es muy reducido, por lo que se puede considerar un tratamiento curativo. En nuestro caso el diagnóstico fue fortuito durante una exploración ultrasonográfica rutinaria por patología obstétrica. Que permitió identificarlo y resolverlo oportunamente sin incidentes evitando el riesgo de complicaciones.

CONCLUSION.

Los linfagomas mesentéricos son entidades muy raras, y aunque por su origen son benignos, puede su misma presentación clínica conllevar alta morbimortalidad. El diagnóstico es suficiente con apoyo de ultrasonido y TC abdominal, los marcadores tumorales generalmente son negativos, el diagnóstico definitivo se efectúa por histopatología una vez efectuada la resección quirúrgica obligada, que en la mayoría de los casos requiere de resección de algún segmento intestinal junto con la tumoración; los estudios de inmunohistoquímica complementarios pueden diferenciarlos de los mesoteliomas. Los resultados obtenidos presentan un índice de recidivas poco significativas, por lo que podemos considerar la exéresis quirúrgica como un tratamiento definitivo.

Bibliografía.

1. Suthiwartnarueput, W., Kiatipunsodsai, S., Kwankua, A., & Chaumrattanakul, U. Lymphangioma of the small bowel mesentery: A case report and review of the literature. *World Journal of Gastroenterology : WJG*, 2012 18(43), 6328–6332.
2. Aprea, G., Guida, F., Canfora, A., Ferronetti, A., Giugliano, A., Ciciriello, M. B., Amato, B. Mesenteric cystic lymphangioma in adult: a case series and review of the literature. *BMC Surgery*, 2013;13(Suppl1),1186/1487 A4
3. Xiequn Xu, Wei Liu, Chaoji Zheng. Rare Cause of Repeated Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology* 2014;146-153
4. Tomizawa Y, Garner K, Sohen A. Lymphangioma of the small bowel mesentery: a rare intra-abdominal tumor causing anemia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013 Aug;11(8):e57.

QUE HACER Y QUE VIAS TOMAR CUANDO EXISTE UN CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

@DCM Rosa Magdalena Márquez Castillo; Medico Anestesiólogo, @DCM Omar Calvo Aguilar; Medico Ginecólogo Obstetra, Dr. Vitelio Monjardin Bourgette; Medico Anestesiólogo, @MDCP Lic. Salvador Christian Cruz García; Lic. Dcho. Iván Samuel Vargas Macés.

Objetivo: Conocer los recursos legales para la resolución de conflictos derivados de la atención médica.

El tema de las quejas contra los médicos y demás prestadores de servicios de atención médica, así como la aplicación de sanciones a los mismos previstas por la Ley, no forman parte exclusiva de la práctica médica contemporánea, desde épocas remotas existen documentos que muestran que la Medicina ha sido tal vez, de las profesiones con mayor regulación a lo largo de la Historia, destacada en los documentos que datan de 1700 a 1803 a. C. aproximadamente. “El código del rey Hammurabi”, relata una colección de leyes que regulaban distintos aspectos de la sociedad y de la vida, uno de sus apartados prevé sobre temas relacionados a los médicos y ciertas conductas que actualmente podrían considerarse como ilícitas en términos jurídicos para efectos de la práctica médica, con sanciones que podían llegar hasta la pena de muerte cuando no se actuaba con ética y responsabilidad¹. Cronológicamente se han derivado diversos ordenamientos jurídicos en los que se pretende dar un enfoque regulatorio a la práctica médica, particularmente en países de Europa, las autoridades han intentado encontrar

diferentes formas de solución al tema de los conflictos derivados del acto médico, un ejemplo de ello es España, donde los reyes católicos nombraban a protomédicos que se encargaban de determinar quién ejercía la medicina y vigilaban la práctica de la profesión a manera de regular el ejercicio. En América se destacó en la Nueva España a partir de la conquista este grupo de protomédicos designados ahora por el ayuntamiento para vigilar y sancionar las actividades médicas. Los avances en la formación académica, la creación y consolidación de Universidades en todo el mundo generaron la gradual desaparición de estos grupos reguladores de la Medicina. Cambios históricos que son de utilidad para el análisis del fenómeno de manera formal en México².

Actualmente, el incremento de las inconformidades por irregularidades en la atención médica presentadas ante órganos de procuración de Justicia ha tenido como resultado la formación de nuevas instituciones alternativas para dirimir estos conflictos dando origen a la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en el año 1996, con la función de proteger la vulnerabilidad de los pacientes y el respeto de sus derechos y cuya prioridad es la resolución de los conflictos, en forma justa, gratuita, eficaz, confidencial e imparcial, favoreciendo el dialogo entre las partes y evitar así procedimientos legales a través de la vía penal, civil o administrativa, las cuales no solo derivan en juicios prolongados con desgaste emocional y económico para los involucrados, afectando también su vida familiar y laboral³. Hasta el momento de manera general estas Comisiones de Arbitraje no han sido totalmente aceptadas por el gremio médico debido a la falta de información y desconocimiento de las ventajas que ofrece el procedimiento arbitral respecto al judicial, además de la poca promoción del modelo de arbitraje médico empleado para la resolución de conflictos.

Las adecuaciones legales de un paquete de reformas constitucionales en materia de Justicia Penal y Seguridad Publica; tiene destacadamente la que involucra al artículo 17: “Las leyes preverán los mecanismos alternativos de solución de controversias. En la materia penal regularan su aplicación, asegurarán la reparación del daño y establecerán los casos en los que se requerirá supervisión judicial”, esta reforma favorece la utilización de los Medios Alternativos para Solución de Conflictos como instituciones que regularán la aplicación del nuevo paradigma en la administración de Justicia en el rubro penal en la

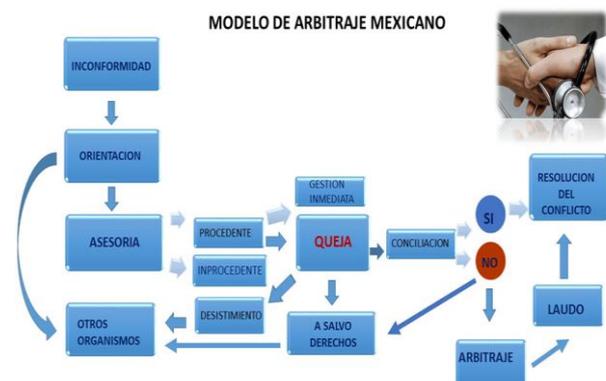
que se incluyen las medidas de no repetición la cuales ya se encuentran definidas en la Ley General de Víctimas publicada el 9 de enero del año 2013 debiendo observar los casos que requieran supervisión judicial. Se Incorpora como un nuevo derecho, la Instrumentación y búsqueda de medios alternativos para la resolución de controversias en el caso que nos interesa en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, encontramos entonces los términos “Conciliación”, “Mediación”, “Amigable Composición”, “Justicia Alternativa”, “Justicia Restaurativa” o “Justicia Reparadora” que si bien es cierto ya eran utilizados en algunas áreas de Derecho como el Mercantil y atendiendo a los resultados favorables que se han observado en su aplicación al hacer uso de la “Voluntad” de las personas y el Estado deja de representar al afectado, deja de ser también el involucrado directo. Se ha probado que la autocomposición en la resolución de los conflictos puede restaurar el daño en el afectado y promover en el sujeto activo con conductas inapropiadas un cambio en su actitud, tal situación sería eficaz para restituir el tejido social dañado, mejorando las condiciones sociales, ahora bien, esta nueva instrumentación se aplicará dentro de los procesos de corte acusatorio adversarial en materia penal como nuevas opciones que amplían las oportunidades para resolución de conflicto tipificadas como delitos, si bien es cierto se destaca la oralidad lo más sobresaliente es la intención de reparar el tejido social dañado, en el caso que nos interesa la

punibilidad en cuanto a la Responsabilidad Profesional Médica.

Prácticamente cada Estado en la República Mexicana cuenta con Comisiones de Arbitraje Médico, siendo CONAMED la institución que concentra la totalidad de la información y tiene la capacidad jurídica para atender aquellos casos que salen de la competencia de estatal. La CONAMED en el primer semestre de 2014 recibió 9123 asuntos, de los cuales se formalizaron 1000 quejas y los motivos de quejas con mayor prevalencia fueron: diagnóstico 47%; relación médico paciente 32.88%, las dos principales, en lo referente a las especialidades con mayor número de queja fue ortopedia 12.15% ginecología y obstetricia 9.38%, cirugía general 8.30%, Odontología 7.75% y Medicina Familiar 5.89%⁴.

El Modelo de Arbitraje Médico en México (flujograma 1) fue diseñado con el objetivo de lograr la solución de los conflictos derivados del actuar médico y homologado en el año 2003 al resto de nuestro país, en él se agotan todas las herramientas disponibles para que sea en “Amigable Composición” como se resuelva la controversia, por ello es importante la actitud que toman los usuarios médicos y pacientes ante la inconformidad⁵, el Modelo de Arbitraje Médico tiene dos fases, la primera en la que de manera auto compositiva las partes [médico y paciente], deciden entablar un diálogo para establecer la inconformidad que generó la queja, formulando entre ellos las propuestas de solución, que de ser

aceptadas mediante voluntad expresa y sin coacción alguna dan por concluida la controversia mediante un instrumento legal que es un convenio y, de no ser así, por la misma voluntad de las partes se pasa a una segunda fase de tipo hetero compositiva, en la que las partes solicitan y designan como árbitro a la Comisión que está conociendo de la queja, en este caso personal especializado, realiza el análisis de fondo de la controversia médica, para ello cuenta con dos modalidades que las partes eligen libremente, el procedimiento en estricto derecho o en conciencia, finalizando con la emisión del laudo que pone fin a la controversia, ajustándose a los compromisos arbitrales que las partes hayan suscrito y además con la obligación de dar cumplimiento a dicho laudo, es necesario comentar que el procedimiento está al alcance de toda la población usuaria tanto pacientes como médicos y que en cualquier momento también se puede conciliar.



flujograma 1

Abordando el problema:

En el conflicto derivado del acto médico reconocemos 2 figuras que dirigirán el rumbo de la queja: Un paciente usuario y un prestador de servicios médicos, la herramienta en la que se basa la documental del acto médico es el expediente clínico, que debe estar apegado a lo que establece la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012, aunque contemos con la herramienta la parte más importante siempre es la relación médico-paciente que juega un papel relevante en el establecimiento de una queja, ya que muchas de ellas son interpuestas por falta de comunicación con respecto a eventos adversos de tipo no previsible a los que la práctica médica se encuentra expuesta y en muchas de las ocasiones no son comentados a los pacientes y familiares ni son documentados en el expediente clínico en la hoja de Consentimiento Informado. Por lo que una vez que se presenta la inconformidad y se establece la queja queda al médico afrontar el problema con madurez y hacer una autocrítica del actuar para valorar el grado de responsabilidad que se tiene en la presentación del evento adverso.

Se debe tratar de establecer diálogo con el paciente a fin de restaurar el vínculo con el objeto de lograr la conciliación, el acudir a la invitación de las Comisiones de Arbitraje puede permitirnos ese acercamiento para la resolución del conflicto, además de que será manejado con confidencialidad e imparcialidad, evitando ser

estigmatizado y expuesto a procedimientos lascivos a la integridad física y profesional.

Uno de los requisitos para dar cabida a la queja es que al acudir se muestre actitud conciliatoria no combativa y deseo de resolver el conflicto de manera lógica, viable y de buena fe, ya que en la primera fase del procedimiento arbitral no analiza el fondo del acto médico y para el conciliador ambas partes son considerablemente apropiadas en su actuar, fungiendo sólo como el medio para el acercamiento entre ellas a fin de establecer la comunicación suficiente para resolver el Conflicto. La resolución del conflicto en la primera fase sea mediante el diálogo en donde resulte apropiado y acordado la restauración del daño finaliza con la firma de un convenio de transacción el cual cuenta con la certeza jurídica además de hacer del conocimiento de la celebración del mismo a los Órganos de Administración de Justicia.

Denuncia, Demanda o Queja

A pesar de las reformas en materia penal [Art. 17 Const.], en la República Mexicana las personas acuden actualmente a presentar su inconformidad ante la Comisión de Derechos Humanos o bien directamente al Ministerio Público, si bien es cierto que las Comisiones de Derechos Humanos, son Organismos Públicos Autónomos, dado que el

Derecho a la Protección de la Salud se encuentra incluido en la Carta Internacional de Derechos Humanos, este organismo se encarga de analizar si existió o no la violación de algún derecho fundamental para posteriormente canalizar a los Órganos de Procuración de Justicia si este no es restituido por quien lo lesionó, habitualmente ante el Ministerio Público quien es la institución que funge como "Representante Social" que tutela e investiga sobre la punibilidad, es decir, sobre aquella conducta en la que se tiene de aplicar una sanción o una pena jurídica, también el afectado puede acudir a una Agencia del Ministerio y presentar lo que se conoce como una "Denuncia" o "Querrela", la primera puede hacerla cualquiera y la segunda es propia de la parte que se vio directamente involucrada como víctima u ofendido en lo que ya se puede considerar como una presunta mala práctica médica, el Ministerio Público investiga y recaba elementos de prueba en los cuales pueda solicitar a un Juez en materia penal le obsequie una Orden de Aprensión a efecto de tener al sujeto activo, es decir, a quien o quienes se consideren probables responsables de la comisión de uno o varios delitos dentro de los que se encuentran el de Responsabilidad Profesional, a sujeción al proceso penal el cual puede concluir con una sentencia condenatoria a reparación del daño, suspensión en el ejercicio de la profesión temporal o definitiva, multa y pena privativa de la libertad. En materia Civil el paciente inconforme puede acudir ante el Juez de lo Civil mediante un escrito de "Demanda" en el cual

puede reclamar las pretensiones derivadas de una Responsabilidad Civil en el ejercicio de la Práctica Médica Profesional; en lo que respecta a cuestiones administrativas estas versan comúnmente en situaciones en donde el Estado investiga sobre la responsabilidad que pueden tener sus Funcionarios o Servidores Públicos para el caso de Hospitales como Instituciones Gubernamentales. Por lo que respecta a los Medios Alternativos, la forma en que se puede recurrir a ellos es mediante una "Queja", que es el nuevo paradigma que implementa el Legislador en los Órganos de Administración de Justicia, y son las partes quienes debidamente asesorados deciden sobre el cumplimiento y respeto de sus derechos, el tiempo de resolución es breve y permite mayor satisfacción en la resolución de quejas, obteniendo resultados favorable en el 48 a 74% de los casos, la mayoría resueltos en la etapa de conciliación y cuando es necesario llegar al procedimiento arbitral se puede hacer en alguna de sus 2 modalidades: 1) Estricto Derecho y 2) Arbitraje en Conciencia, que por mucho es más objetiva, no inquisitoria en comparación con los procesos judiciales⁶.

Conclusión:

Por las características que fueron conferidas a estos Órganos Autónomos para la resolución de quejas médicas, las Comisiones de Arbitraje Médico adquieren gran relevancia en los procesos

de Administración de Justicia, no solo porque en la actualidad es una obligación agotar estos medios sino por la posibilidad que representan de restaurar el tejido social dañado, además del éxito en la resolución de conflictos que alcanza hasta el 74% de conciliación. El procedimiento tiene las bondades para facilitar el diálogo que lleve a la conciliación, revitalizando la relación médico paciente, evitando conflictos mayores, concientizando a quienes se ven involucrados la necesidad de mejorar la prestación de servicios de salud.

Hace falta aún un mayor reconocimiento por parte de los Órganos de Procuración de Justicia e Instituciones de Salud acerca de la importancia que tiene una Comisión de Arbitraje Médico, como el organismo facultado para la resolución de conflictos derivados de la actividad de profesionales de la salud como lo estipula la ley.

Bibliografía

- 1.- Pérez Tamayo Ruy, Historia El código del Rey Hamurabi; Ética médica laica, México: FCE, El Colegio Nacional, UNAM, segunda reimpresión 2014: pp 19-22
- 2.- Robledo Galván Héctor, Aguilar Romero Teresa. La Queja Médica, Revista CONAMED, Vol 17:4, 2012 oct-dic pp 149-155
- 3.- Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Diario Oficial de la

Federación, 3 de junio 2006; primera sección pp 78-81

4.- Portal CONAMED, Informe de labores primer semestre de 2014

5.- Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, CONAMED, 1ª. Edición, México DF 2003

6.- Vargas Macés Iván, Calvo Aguilar Omar, Actualidades en la solución de conflictos médicos en México, publicación en trámite Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca