

FISIOPATOLOGÍA JURÍDICA:

"Abdomen agudo. Demora en la atención. Peritonitis séptica. Muerte".

Según constancias de la historia clínica de la atención brindada hasta el deceso de quien en vida fuera F.R.A., éste habría sufrido un cuadro de abdomen agudo en el mes de agosto de 202..., el que se tradujo primero por constipación e hipo esporádico, que alcanzó los diez días. y luego hipo incoercible junto con deshidratación y dolor abdominal, que determinaron su internación el día jueves 15 de ese mismo año.

La internación del entonces paciente se extendió desde el jueves 5 al miércoles 21 de agosto, día en el cual se produjo su óbito. La auditoría médico-legal de la copia de historia clínica fragmentaria aportada por los interesados han permitido efectuar las siguientes consideraciones:

1. EL DIAGNÓSTICO: Debemos conceptualizar en primer lugar que la internación se produjo como consecuencia de la imposibilidad del señor A. de ingerir líquidos y/o alimentarse, lo cual le produjo un estado de deshidratación. Dicha internación se produjo en servicio de clínica del sanatorio en que actuaban los accionados y donde estuvo hasta la noche del día sábado 17 de agosto.

La evolución posterior a dicha noche fue manifiestamente desfavorable con tal agravamiento que se decidió su pase a terapia intensiva con diagnóstico de abdomen agudo severo a punto de partida en una perforación intestinal CHIC provocó una peritonitis fecal seguida de sépsis sistémica, fallo pluriparenquimatoso y óbito.

2. CONCEPTOS PREVIOS: La obstrucción intestinal o íleo es un síndrome clínico multicausal caracterizado por un impedimento, dificultad, estorbo u obstáculo al paso del contenido intestinal. Cuadro clínico frecuente, grave, que compromete la vida del enfermo y que exige diagnóstico precoz y pronta actuación terapéutica.

Hay obstrucción por causas mecánicas, es la obstrucción o íleo mecánico, y otra por causas no mecánicas, por parálisis de la pared intestinal, íleo paralítico o adinámico.

A su vez, el íleo mecánico u obstrucción mecánica puede ser debida a una oclusión del intestino, además, presentar bloqueo de la vascularización de la pared intestinal. La obstrucción intestinal puede obedecer a un obstáculo en la luz del intestino y entonces se habla de obturación intestinal, o una enfermedad de la pared del intestino —tumor, estenosis— o a un proceso extrínseco al intestino —bridas, hernias, adherencias, compresiones. Con criterio terapéutico hay que considerar la obstrucción del intestino delgado —hernias o adherencias como causas frecuentes— o intestino grueso —vólvulo del sigma, carcinoma del colon, diverticulitis.

Fisiopatología: La primera consecuencia de la obstrucción es la distensión intestinal por acumulación de gases y líquidos por encima del obstáculo que da lugar a la aparición de vómitos y consecuentemente la pérdida de líquidos y de iones. El gas acumulado es en gran parte el deglutido. La distensión y pérdida de líquidos es más precoz e intensa en los casos de obstrucciones del intestino delgado. La interrupción paraliza rápidamente la absorción de agua y de sodio, desde la luz intestinal a la sangre, y si persiste se produce intensa secreción de agua y sodio; en sentido contrario, desde la sangre a la luz intestinal, lo que incrementa mucho la existente distensión por no haberse absorbido los gases deglutidos, lo que se une a un fallo de la peristalsis para concluir

distalmente el contenido intestinal. Si la distensión persiste, la presión intraluminal puede igualar a la presión de perfusión arterial, lo que determina isquemia, y de persistir, necrosis y gangrena. la gran distensión eleva el diafragma y dificulta la ventilación de las bases pulmonares, posibilitando la atelectasia.

En las asas distendidas pueden quedar abundantes líquidos que son resultado de la circulación y de los tejidos (deshidratación).

El líquido, estancado por encima del obstáculo, cargado de bacterias, no se absorbe; luego, de momento, no resulta tóxico para el enfermo. Pero cuando se produce estrangulación, dicho líquido estancado pasa al peritoneo y desde éste si se desarrolla un grave cuadro tóxico, por absorción en la serosa peritoneal. La distensión juega importante papel fisiopatogénico en los casos de estrangulación de un asa intestinal en un anillo herniario, y producción de la llamada obstrucción en asa cerrada, lo que también sucede en el vólvulo y en la obstrucción del colon cuando la válvula ileocecal es competente (entonces queda una zona de colon cerrada, por el lado proximal en la válvula ileocecal competente, es decir, cerrada, y por otro, en el distal, la estenosis que provoca el obstáculo). La distensión es rápidamente progresiva por falta de absorción y por hipersecreción hacia el área obstruida y cerrada, se incrementa la presión intraluminal, superando a la presión de perfusión arterial, y sobreviene la necrosis, la gangrena y la perforación y el cuadro tóxico, tanto más intenso cuanto mayor sea la proliferación de la flora, la presencia de anaerobios, etc. Solamente el diagnóstico precoz que permita rápida intubación o la intervención, con el fin de vaciar y descomprimir el intestino, puede salvar al enfermo.

Otro grupo de consecuencias depende de la pérdida de líquidos y de iones hacia el interior del tubo digestivo y al exterior por los vómitos. Varían las alteraciones fisiopatológicas según el lugar de la obstrucción. Cuando se localiza alta, por ejemplo en el píloro, se pierde agua, ácido clorhídrico y por tanto, ácidos, cloro y potasio; por ello lo lógico es encontrar alcalosis, hipocloremia e hipokalemia.

Si la obstrucción es más baja, no sólo se pierde jugo gástrico, si-o biliar, pancreático e intestinal. Entonces la pérdida es de agua, sodio, bicarbonatos, cloro, potasio, llegando a situaciones de grave deshidratación, hipocloremia, hiposodemia, disminución de la reserva alcalina a veces e hipokaliemia. La deshidratación y la hiposodemia con hemoconcentración e hipovolemia pueden ser acentuadas, con hipotensión arterial y defectuosa oferta y perfusión renales, oligoanuria e hiperazoemia que incrementan la acidosis. En esta situación la primitiva hipokaliemia puede compararse con reasenso del potasio por salida de éste desde el interior de las células por acidosis. Pero de persistir la hipokalemia, todavía paraliza más al intestino, cerrándose así un importante círculo vicioso.

Es de destacar que en estas situaciones de obstrucción del intestino se interrumpe el ciclo de absorción de líquidos. Por la parte superior del tubo digestivo penetran desde la sangre varios litros de líquidos, con sus solutos, que normalmente se reabsorben en las zonas distales del intestino. En la obstrucción intestinal se interrumpe este ciclo y se exagera la hipersecreción por encima del obstáculo, no absorbiéndose nada por debajo del mismo. De esta forma se acumulan progresivamente sobre el obstáculo litros de líquido, de que resulta (aunque no hubiere vómitos) una grave deshidratación hemoconcentración (aumento del hematocrito, etc.), hiperosmolaridad, oligoanuria e insuficiencia renal.

Si por alguna razón llegaran gérmenes al peritoneo nos hallaríamos ante la posibilidad de una peritonitis séptica y septicemia, con fracaso renal agudo.

3. CLINICA: Los síntomas fundamentales de la obstrucción intestinal son el dolor abdominal, los vómitos, la paralización del intestino, la distensión abdominal. El dolor, suele ser el síntoma inicial; puede ser intenso, de tipo cólico, en principio por el peristaltismo de lucha, si se trata de un íleo mecánico. Cuando el dolor de tipo cólico se hace intenso, constante, debe sospecharse la estrangulación o la perforación. Se localiza en el centro del abdomen o en los cuadrantes superiores, en obstrucciones del intestino delgado y en los cuadrantes inferiores de las obstrucciones crónicas.

Los vómitos son tardíos en las obstrucciones bajas y más precoces en las altas. La existencia de vómitos en las obstrucciones del colon de anden de si la válvula ileocecal es o no competente (para que los haya ha de ceder la válvula ileocecal), el producto del vómito es orientador de jugo gástrico y, por tanto, claro y ácido en las estenosis pilóricas. La obstrucción de la unión duodeno yeyunal promedia y distal del íleon producen vómitos con mal olor (vómitos fecaloideos) por la estasis y la proliferación de la flora y la alteración del contenido intestinal.

La falta de eliminación de gases y de heces por el ano completa o incompleta, precoz o tardía, en la obstrucción completa solo al principio puede eliminarse el contenido colónico que existiera por debajo de la obstrucción; después de ello, el obstáculo es absoluto.

En la exploración clínica destaca la distensión abdominal intensa, tardía en cualquier tipo de íleo, y desde el principio, en las obstrucciones del intestino delgado inferior y en el colon distal, con válvula ileocecal incompetente. Es de pequeña intensidad e intermitente en la del píloro y obstrucciones altas del delgado, con frecuente descompresión por vómitos reiterados. La distensión muy evidente en el epigastrio sugiere dilatación aguda gástrica. En la obstrucción íleal distal la distensión de las asas se aprecia en el centro del abdomen como tubos de órgano. Cuando se localiza en el asa sigmoidea aparece el colon distendido como un marco.

En los íleos mecánicos aparece el abdomen distendido y con ondas peristálticas visibles (peristaltismo de lucha). En el íleo adinámico hay distensión abdominal sin verse ondas peristálticas. En uno y otro caso la percusión pone de manifiesto un intenso timpanismo (meteorización abdominal). En el inicio cabe observar un meteorismo solamente de las asas proximales al obstáculo (signo de von Wahl).

La aparición recoge cierto grado de resistencia de la pared abdominal distendida, pero no hay verdadera defensa muscular. Se trata de una pared abdominal, tensa y distendida, pero sin contractura muscular. Cuando hay estrangulación o el íleo es complicativo de un abdomen agudo perforativo, entonces hay, además de distensión abdominal, defensa muscular. El abdomen distendido de un íleo mecánico o paralítico no es doloroso a la palpación, lo que sí sucede cuando hay estrangulación.

La auscultación abdominal, puede evidenciar signos importantes. En el íleo mecánico, en tanto se conserva el peristaltismo, se oyen ruidos hidroaéreos intensos y reiterados (borborigmos coincidentes con retorcijones dolorosos). Decrecen al sobrevenir el íleo paralítico, cuando se establece la estrangulación y la peritonitis, o desde el principio en los casos de íleo adinámico con silencio abdominal (en más de tres minutos).

Es fundamental y obligatoria la revisión meticulosa de los orificios herniarios y de cicatrices abdominales para evitar que pase desapercibida una estrangulación, lo que sería desastroso o catastrófico para el enfermo. De igual forma hay que decir del tacto rectal que nunca debe ser omitido en estos cuadros obstructivos. Puede darnos la clave diagnóstica de una obstrucción rectal, de una invaginación distal, de la existencia de una masa pélvica, etc. También la rectosigmoidoscopia y colonoscopia pueden prestarnos mucha ayuda en el diagnóstico de causas distales de obstrucción colónica.

El enfermo deshidratado, a medida que pasan las horas, con o sin fiebre, con taquicardia e hipotensión arterial ve empeorar su cuadro clínico. La presencia de fiebre, taquicardia y shock, leucocitosis neutrófila y defensa muscular son signos seguros de participación o contaminación peritoneal. Es imperativo solicitar radiografía de tórax y simple de abdomen en varias posiciones (erectas y decúbitos). El estudio radiográfico en todo caso ofrece resultados definitivos para el diagnóstico y para la decisión terapéutica. En el íleo mecánico sin estrangulación del delgado, la placa simple de abdomen proporciona datos seguros: distensión de asas del delgado por gas y niveles líquidos dispuestas en forma de escalera de mano sin gas en el colon.

En el íleo adinámico, la imagen puede ser muy similar a la indicada en el íleo mecánico; ahora bien, en éste último no hay gas en el colon, lo que sí sucede en el íleo adinámico.

La radiografía simple abdominal en posición erecta Puede evidenciar neumoperitoneo en zona subdiafragmática, lo que sugiere íleo consecutivo a perforación visceral. La obstrucción del colon distal ofrece imagen de distensión del marco cólico (más anchura del colon distendido que las asas del delgado, presencia de haustras cólicas) siempre que la válvula íleocecal sea competente, pues si no lo es, también en estas circunstancias habrá distensión del delgado

4. PRONÓSTICO: La obstrucción intestinal es un síndrome de grave pronóstico que se ensombrece aún más si se difiere su diagnóstico, si recae en ancianos, diabéticos, etílicos crónicos, nefrópatas, depauperizados, cardiópatas etcétera.

5. RESPECTO DEL TRATAMIENTO: Enunciadas las posibilidades de diagnóstico diferencial que permitan afirmar la existencia del cuadro de íleo Pasamos a mencionar las posibilidades terapéuticas. La obstrucción intestinal es un problema de urgencia y más aún si hay estrangulación. Los minutos y las horas tienen gran importancia en el provenir del enfermo. La decisión terapéutica es vital.

Las directrices esenciales a seguir según las reglas del arte y conforme los conocimientos de la ciencia médica son:

a) Resolver la obstrucción: en el íleo mecánico hay que resolver quirúrgicamente la obstrucción (menos en los casos producidos por adherencias, que a veces se solucionan sólo con la intubación, aspiración y reposición de pérdidas). Hay que decidir la intervención y cuándo se realiza ésta.

Se fundamentará la urgente decisión terapéutica en la clínica y en la situación fisiopatológica, pero es primordial que el cirujano vea pronto al enfermo y que se adopten conjuntamente todas las medidas a realizar; en suma, que se establezcan todas las pautas terapéuticas, y decidida la intervención, sea ésta acometida inmediatamente.

En la intervención deben solucionarse las hernias, la invaginación, las adherencias.

Si se encuentra gran distensión muchas veces porque el tubo de intubación no ha llegado bien o no resuelve aquélla, se efectuará la descompresión quirúrgica mediante inserción de un trocar en el asa distendida para extraer todo el contenido retenido. Deben resecarse los segmentos de intestino cuya viabilidad sea dudosa. Es aconsejable dejar en la cavidad abdominal antibióticos para prevenir la infección peritoneal.

b) Tratar la distensión: Tan pronto se diagnostica la obstrucción intestinal hay que efectuar la intubación nasogástrica, con tubo de Miller-Abbot, que al quitar la distensión, mejorará el pronóstico de la obstrucción del intestino delgado. Cuando se trata de una obstrucción del grueso, la distensión hay que corregirla quirúrgicamente, ya que no se puede hacer ni aun utilizando un largo tubo de intubación.

c) Corregir las pérdidas líquidas y el desequilibrio jónico: Si la de hidratación se acompaña de anemia con disminución del hematocrito, la reposición hay que iniciarla con transfusiones de sangre, para continuar después con plasma, albúmina humana (si hay hipoproteinemias) y, sobre todo, generoso aporte de fluidos en forma de sueros endovenosos. La obligada estimación diaria de las pérdidas líquidas por el aspirador de intubación, sumadas a la orina y a las pérdidas de sudor, respiración, etc., nos darán la cifra de líquidos a administrar, distribuidos en las veinticuatro horas. Se hace con suero salino, glucosado preferentemente, al que añadiremos los iones necesarios para conseguir equilibrar o modificar alteraciones fisiopatológicas y mantener una diuresis eficaz. El control de la diuresis, de la tensión arterial y de la presión venosa son fundamentales para continuar con la terapia de sustitución o reposición. El largo tratamiento de fluidoterapia parenteral de estos pacientes justifica plenamente la alimentación parental, ayuda importante a esta situación.

d) Antibioticoterapia: Es de suma importancia si se comprueba estrangulación. También está indicada luego de la intervención y una vez realizado el lavado y aspiración de la cavidad peritoneal con suero. Se emplean localmente diversos antibióticos y se fuerza la acción de los administrados por vía intramuscular y endovenosa. Ello estaría sujeto al hallazgo de algún germen en la sangre y/o líquido peritoneal, según cultivo.

Los lineamientos enunciados corresponden al íleo en forma general. Digamos que, en el caso de las obstrucciones del intestino grueso, corresponde todo lo anterior y que su causa más frecuente es el cáncer de colon y siguen en frecuencia la diverticulitis, intususcepción, el megacolon tóxico, las hernias y la oclusión vascular (la endometriosis en las mujeres). Son raras las adherencias como causa de obstrucción del intestino grueso. En la clínica se destacan el dolor y la distensión. La radiografía y el enema opaco son diagnósticos. En las obstrucciones completas del colon con competencia de la válvula ileocecal se establece la denominada obstrucción de asa cerrada, con el peligro de perforación del ciego. Si es incompetente, la distensión se hace progresiva y ascendente. El tratamiento de la obstrucción a nivel ciego o del colon ascendente es la resección inmediata en un solo tiempo. Si la obstrucción recae en el colon izquierdo, colostomía de urgencia y después de una segunda operación, practicar la resección.

La secuencia de acontecimientos desde la internación del entonces paciente F.A comprende los momentos inmediatos a la misma el día viernes 15 de agosto de 202... y hasta el día domingo 17 del

mismo mes en el cual resultó con gravísimas lesiones subsecuentes a maniobras instrumentales imperitas al intentar realizar un colon por enema.

Día viernes 15 de agosto: El señor A.F.R. ingresó a la institución accionada a la hora 09.45, a la habitación 10.372, siendo registrado con historia clínica n° ...; se trató de admisión n°...

El médico que efectuó la internación fue el doctor Julio A.S., especialista en gastroenterología, el cual luego de examinar al entonces paciente y describir que padecía "dolor abdominal - hipo incoercible - deshidratación" de más de diez días de evolución y que al momento de la internación era incompatible con la ingesta líquida, procede a formular el diagnóstico de "suboclusión intestinal". Es este médico quien describe al paciente "lúcido, buen estado general, piel, mucosas y tejido celular sin particularidades". Las medidas instrumentadas por el especialista mencionado incluyeron: solicitud de análisis de rutina, hepatograma, radiografías de tórax, radiografías de abdomen, ecografías de abdomen y como indicaciones terapéuticas, hidratación parenteral y administración de clorpromazina (ampliactil).

El paciente fue internado en el sector de clínica médica de la institución.

En el mismo día viernes 15 de agosto el paciente fue examinado por el doctor Alejandro G., médico clínico que efectuó por su parte la siguiente descripción: "15 de agosto de 202... Paciente de 61 años, sin antecedentes de patología de importancia, que ingresa por distensión abdominal e hipo para su evaluación. No elimina materia fecal desde hace diez días... suboclusión intestinal, se indica sonda nasogástrica y plan de hidratación parenteral. Interconsulta con cirugía. Consulta pedida por el doctor S.".

Como puede apreciarse este último médico efectúa la solicitud de interconsulta con cirugía, posiblemente entendiendo la gravedad del cuadro que aquejaba al señor A. Es de destacar que ya siendo el día sábado 16 de agosto el médico S., evaluó nuevamente al paciente constatando: "Paciente con hipo persistente. Síndrome febril (38 °C), normotenso, abdomen blando con moderado aumento de tensión en flanco y fosa ilíaca derecha coincidiendo con timpanismo y ruidos hidroaéreos aumentados; coincide con lo observado en la radiografía de abdomen. Indico antibióticos (ampicilina + gentamicina). Solicito interconsulta con cirugía". El paciente así descripto no estaba en el mismo estado que a su ingreso. Efectivamente; no había retrogrado la distensión abdominal y más bien se había hecho más notoria, el hipo persistía y era más intenso, le costaba a los médicos por las radiografías obtenidas el carácter y tipo de oclusión, y finalmente por entonces el paciente estaba febril, lo que hizo que el médico S. decidiera medicar al paciente de manera empírica con antibióticos de amplio espectro. La demorada consulta con cirugía es nuevamente solicitada por el médico S. el día sábado, para un paciente que había comenzado a perder chances desde su ingreso al establecimiento.

La intervención del cirujano G., se realiza según los términos siguientes: "Cirugía- Paciente con cuadro suboclusivo de diez días de evolución. Presenta abdomen distendido, blando, depresible e indoloro a la palpación superficial y profunda. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos. Ruidos hidroaéreos (+++) (Nota: +++ equivale a muy intensos). Tacto rectal ampolla libre. Solicito colon por enema a baja presión ". Esta evolución anotada por el médico G., confirma que los médicos podían conocer por radiografías la existencia del íleo obstructivo que por entonces y que desde su ingreso presentaba el paciente.

Más aun, los ruidos hidroaéreos descriptos por el cirujano no son sino el peristaltismo de lucha instalado en las asas intestinales próximas a la obstrucción y descritas como meteorismo localizado por los otros profesionales.

A pesar de que el diagnóstico no ofrecía dificultades a los ojos de un especialista de mediano prestigio, diligente y observador de sus deberes, el estado general del paciente se deterioraba hora a hora desde el ingreso, los signos objetivos como la fiebre y la distensión eran fuertemente indiciarios de oclusión intestinal —íleo-- ya complicado.

El día sábado transcurrió sin que se instrumentaran medidas concretas para remediar la oclusión presente. Queda claro que las terapéuticas adoptadas tales como la hidratación parenteral, la sonda nasogástrica y los sedantes tenían un propósito meramente paliativo, toda a su vez que la obstrucción no se solucionara con tales medios. El mismo día sábado y nuevamente interviniendo el médico G., se anota:

"4/6/8/2... Clínica Paciente con suboclusión intestinal, sin antecedentes de cirujanos abdominales. Sonda nasogástrica con abundante débito. Mejoró la distensión abdominal y el hipo. Se hará colon por enema a baja presión".

El día domingo 17 de agosto ofrece alternativas que deben ser transcritas en forma textual a fin de intentar una comprensión de los hechos.

- "17/8/2... Paciente estable. No se pudo realizar colon por enema. Se repetirá hoy. Presenta abdomen menos distendido; ruidos hidroaéreos (+++). Refiere eliminar gases y dos deposiciones escasas. Continúa con iguales indicaciones".

Según la evolución anotada por el médico G., el paciente se halla mejorado, tenía menos distensión abdominal, presentaba deposiciones de materia fecal, tenía ruidos hidroaéreos, por lo que podía inferirse que se había restablecido el tránsito intestinal. Se había efectuado un intento de colon por enema fallido por causas que el médico no explica y se planeaba practicarle otro.

No obstante, el cuadro de mejoría anotado por el médico, las indicaciones farmacológicas seguían siendo las mismas.

El médico S. anota el día domingo 17 lo siguiente:

"Estacionario...???, abdomen blando, elimina gases. Efectúa cuatro radiografías. Actualizo laboratorio. Solicito radiografía directa de abdomen dado que no es factible efectuar preparación para colon por enema. Se analizará la posibilidad de colocar sustancia baritada".

No queda claro cuál era el motivo por el que no se podía efectuar el colon por enema y qué finalidad perseguía, puesto que este médico también mencionaba al enfermo como eliminando gases y efectuando deposiciones, también con el abdomen más blando. Tampoco está claro dónde se proponía colocarle sustancia baritada al paciente.

El día domingo 17 de agosto el médico G. anota en los siguientes términos:

"1718 / 2... Paciente con hipo y distendido. No se pudo realizar colon por enema. Estable. Aumento del débito por sonda nasogástrica. Se espera colon por enema".

De esta evolución anotada por el médico G., se desprende que el paciente seguía aquel domingo con hipo, distendido, y con aumento del débito por la sonda nasogástrica, por lo que parece poco probable que hubiera mejorado objetivamente. No hay noticia de que se midiera el débito por la sonda nasogástrica por lo que la reposición de líquidos se realizaba en forma estimativa. Se seguía aguardando la realización de un colon por enema y no se adoptaba ninguna medida terapéutica de fondo tendiente a resolver la patología obstructiva.

El domingo 17 de agosto, a la hora 21.20, el médico M. Daniel procede a evaluar al paciente, dejando aclarado que efectúa dicha evaluación a pedido del doctor G., describiendo un abdomen timpánico, con ruidos hidroaéreos escasos, catarsis negativa, hipotenso, indicándosele por única vez 1.000 ml de solución fisiológica fuera del plan.

Refiere el medico evaluante que no lo encontró sudoroso. No se aclara la vía de administración de los 1.000 centímetros cúbicos de solución fuera del plan.

En las siguientes horas sería evaluado por el médico cirujano Horacio DA., que en la evaluación efectuada en los primeros minutos del lunes 18 de agosto anota así:

"00.30 hs. Cirugía. Guardia. Paciente que cursa episodio de su boclusión intestinal. Se realiza colon por enema; permeable colon derecho distendido. Se realiza tacto rectal, ampolla con restos de materia fecal y bario. Enema de solución fisiológica 200 cc a pasar en 30 minutos (previa comunicación telefónica con el doctor G.). Tras el procedimiento presenta catarsis positiva y eliminación de gases. Abdomen; menor distensión abdominal, menor tensión, levemente depresible, doloroso 1/4 en forma generalizada, sin defensa y sin descompresión. Con mejoría de su cuadro actual en forma leve".

Tenemos entonces que a la hora 21.20 se le administraron al paciente 1.000 cc cúbicos de solución fisiológica fuera del plan sin aclararse la vía de administración y 200 cc de solución fisiológica por vía rectal a la hora 00.30 del día 18/8/9...

Queda claro que, a pesar de que la institución accionada tendría médico cirujano de guardia los días domingo, este profesional no actúa con autonomía, debiendo consultar telefónicamente a otros médicos para poder llevar a cabo algún procedimiento.

Queda establecido que la institución accionada no cuenta con cirujano de guardia activa los días viernes.

De acuerdo a la historia clínica auditada es aplicable el criterio de que en días no hábiles y feriados el establecimiento no cuenta con un servicio de cirugía apto para enfrentar emergencias.

La descripción siguiente la efectuó el medico Horacio D, A., apenas una hora mas tarde de la anterior:

"18/8/2..01.30 hs. Paciente que persiste taquicárdico, taquipneico, con débito porráceo por sonda nasogástrica. Abdomen: tenso, distendido, doloroso ½ -4 en forma generalizada con defensa leve descompresión. Pérdida de matidez hepática. Radiografía de abdomen en el lecho, neumoperitoneo (?), liquido extravasado (?). Se decide pase UTI. Se comunica la evolución y novedades al doctor S y al doctor G". .

Queda establecido que el paciente nunca dejó de estar taquicárdico y taquipneico a pesar de no haberse referido ello en el parte de la hora 00.30, y que el abdomen estuvo todo el tiempo tenso y distendido en forma generalizada.

Está admitido además que por la sonda nasogástrica se advertía débito porráceo. Aun cuando se anotó que se decidió su pase a terapia intensiva en aquella madrugada no fue ése el destino inmediato que tuvo el señor A.

En aquella madrugada de lunes 18 de agosto siendo ya las 07.00 se anota la siguiente evolución:

"07.00. Operado en la fecha por peritonitis fecal. Perforación del colon a nivel de tumor de sigma, se realiza la colectomía y colostomía transversa, con lavado profundo de la cavidad peritoneal. Sale de quirófano y regresa a UTI". Firma el médico G.

Del contenido de esta evolución se desprende que el paciente ingresó al quirófano traído desde UTI y volvió a ella. Está claro que estuvo en terapia intensiva desde la hora 01.30 o 02.00 en que se decidió su pase y hasta el momento de ser operado, es decir por algunas horas, no más de dos o a lo sumo tres. Se trató de una operación no planeada, y destinada a prolongar la vida de un paciente que por entonces tenía seriamente comprometidas sus posibilidades de supervivencia a corto plazo. El estado del señor A. era grave a su ingreso. pero luego del intento de colon por enema y subsecuente intervención quirúrgica urgente se tornó gravísimo.

El médico G., por su parte brindaba el siguiente informe de evolución el día 18/8/19...: "Clínica médica. Paciente que sufrió un cuadro de abdomen agudo en la madrugada. Se constató una perforación del sigmoides a nivel de un tumor en el sigma. Se realizó colectomía izquierda y una colostomía transversa y se lavó la cavidad peritoneal (peritonitis fecal). Salió hipotenso, se expandió en quirófano por hipotensión arterial... Se colocó catéter de Schwan Ganz que marcó parámetros de hipovolemia por lo que se realiza expansión controlada y mantiene a las ... Recibe DOPA (dopamina) y noradrenalina. Mantuvo ritmo diurético a expensas de manitol y furosemida que a las ... se suspenden. Cayó la saturación arterial de oxígeno y las radiografías muestran infiltrados alveolares. Antibióticos. Asistencia respiratoria mecánica...".

No deja de sorprender la descripción del médico G., puesto que describe la aparición de un cuadro agudo y/o urgente. Inclusive por entonces no se tenía noticia de cuál era la presión venosa central del paciente ya que el dispositivo para tal medición le fue colocado en el trance quirúrgico o inmediatamente después, ya entrado en la agonía medicada posterior y que se extendiera hasta su muerte.

En suma; en la madrugada del lunes 18 de agosto el señor A.F.R. se halla comatoso, séptico, con apoyo inotrópico a fin de procurar funcionalismo renal y con asistencia respiratoria mecánica cursando un posoperatorio, no por solución quirúrgica cursan de íleo mecánico, ¡sino por i peritonitis fecal!

Las dolencias y lesiones que describimos son gravísimas, cierta o probablemente incurables, y se ha llegado a ello en el ámbito de una institución asistencial a la que ingresara en el estado que se describe para el día 15/8/2..., a las 09.45 horas.