



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD  
XOCHIMILCO**

**LICENCIATURA EN MEDICINA**

**EJEMPLO HIPOTÉTICO DE LA RESOLUCIÓN DE UN  
CASO MÉDICO-LEGAL EN LA COMISIÓN NACIONAL DE  
ARBITRAJE MÉDICO**

**PRESENTA:**

**FLORES BARRERA LIZBETH ABIGAIL**

**IBARRA NAVARRO CHRISTIAN ARTURO**

**ORTEGA SALAZAR PAOLA**

**RODRIGUEZ GARDUÑO ERICK JAIR**

**ASESOR: DR. SERGIO LÓPEZ MORENO**

## **I.INTRODUCCIÓN**

En el presente documento se desarrollará un caso hipotético con el fin de ejemplificar el proceso que se lleva a cabo dentro de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para la resolución de conflictos médicos-legales presentados entre prestadores de servicios médicos y las personas usuarias de los mismos, la CONAMED busca ser un medio alternativo de solución de controversias, cuando éstas se deriven de un acto médico presumiblemente negligente, es decir, cuando sospeche que hubo negativa o irregularidad de atención médica o un mal diagnóstico, tratamiento o procedimiento quirúrgico, etc, que haya ocasionado un daño a su salud y éste haya sido originado por el prestador de servicios médicos. En este mismo, se realizará un análisis de las conductas médicas y se comparará con lo expresado en la literatura médica con el fin de determinar si el actuar médico estuvo o no apegado a la *lex artis* y a la *lex artis ad hoc*; así mismo, se entenderán las áreas por las que pasa una queja hasta su resolución, utilizando este caso para ejemplificar el último elemento al que puede llegar una queja dentro de la CONAMED, el cual es el laudo.

## **II.SOBRE LA CONAMED**

### **MISIÓN**

Es la institución pública que a través de mecanismos alternativos de solución de controversias propicia la avenencia entre usuarios y prestadores de servicios médicos; colaboramos con autoridades de procuración e impartición de justicia; generamos investigaciones, recomendaciones y acciones educativas para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. <sup>1</sup>

### **VISIÓN**

Ser referencia nacional e internacional en la atención de controversias médicas, generando conocimiento para mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.<sup>1</sup>

## **OBJETIVOS**

La CONAMED, tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios. Es un organismo creado por el Ejecutivo Federal con el fin de contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de estos servicios, con lo cual, se contribuye a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos; garantizando a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca. Asimismo esta Comisión, cuenta con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. De igual forma responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de servicios médicos.<sup>1</sup>

## **OBJETIVOS PRIORITARIOS**

- Impulsar la solución de quejas derivadas de la utilización de los servicios de salud a través de orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje para contribuir a mejorar la atención y seguridad del paciente.
- Analizar las causas y consecuencias de los incidentes en salud generando proyectos de investigación, recomendaciones y acciones educativas para contribuir a forjar una cultura de prevención y mejora del ejercicio médico en los profesionales de la salud.
- Fortalecer la gestión institucional a través de la mejora continua de procesos y procedimientos para elevar la eficiencia, eficacia y la calidad en la atención a la ciudadanía.<sup>1</sup>

## **NATURALEZA ¿CÓMO SURGE?**

La CONAMED surge como una respuesta a una demanda social originada por todo el movimiento de personas y de pacientes que se habían inconformado con la atención médica, no sólo en nuestro país sino a nivel internacional. México responde a esta manifestación también planteando una serie de inconformidades en contra de la atención médica, derivado de esta situación en 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que atiende tanto a entidades públicas como a entidades privadas, haciendo eco también al nivel internacional.

La CONAMED es una institución única por la forma en la que resuelve los conflictos ya que derivado de la aplicación de los Mecanismo Alternos de Solución de Controversias, es una institución que no sólo resuelve los conflictos entre los profesionales de la salud y los pacientes o sus familiares, sino, que incluso restaura relación entre el médico y el paciente o entre el profesional de la salud los pacientes e incluso los familiares, la propia estructura de la CONAMED nos da a conocer que puede llevar a cabo todos esto a través de los diversos procedimientos que se han establecido para la atención de las inconformidades.

El 3 de junio de 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por decreto, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y con una plena autonomía técnica, para emitir las opiniones, acuerdos y laudos que esto representa, la CONAMED tiene como objeto fundamental dentro de su creación, el contribuir a resolver los conflictos entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de estos servicios.

Los usuarios de los servicios médicos, son todos los pacientes que solicitan atención médica, pudiendo ser preventiva, curativa, de rehabilitación o paliativa, mientras que los prestadores de salud, se contemplan en los sectores públicos, sociales y privados; son tanto instituciones públicas como privadas; como todos lo conocemos IMSS, ISSSTE, SEDENA, MARINA, etcétera y también instituciones privadas como puede ser desde la consulta privada hasta hospitales de carácter privado.<sup>1</sup>

## **ESTRUCTURA**

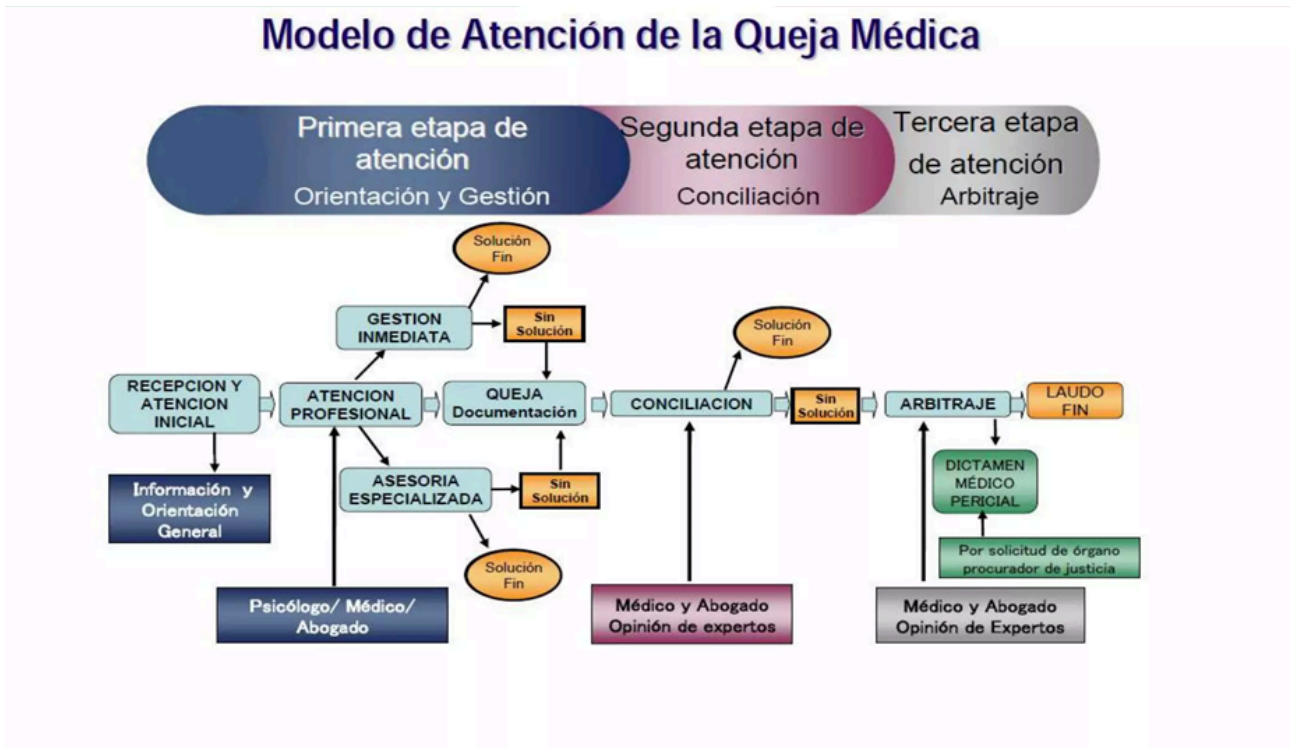
Para el cumplimiento de sus funciones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) cuenta con:

- Un Comisionado
- Dos Subcomisionados
- Cuatro Direcciones Generales (*Orientación y Gestión, Conciliación, Arbitraje, Difusión, Investigación e Informática*)

## **CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE LA CONAMED**

El arbitraje médico es aquel proceso mediante el cual se resuelven conflictos extrajudicialmente, derivados de la prestación de servicios de salud. Estos mecanismos alternos de solución de controversias que derivan de un acto médico, tienen múltiples ventajas sobre el proceso judicial, permitiendo el acceso a la impartición de justicia, con procesos más ágiles, económicos, objetivos, humanos y dignos, atendiendo siempre a los intereses de las partes.

# FLUJO DE LA QUEJA (PROCEDIMIENTO)

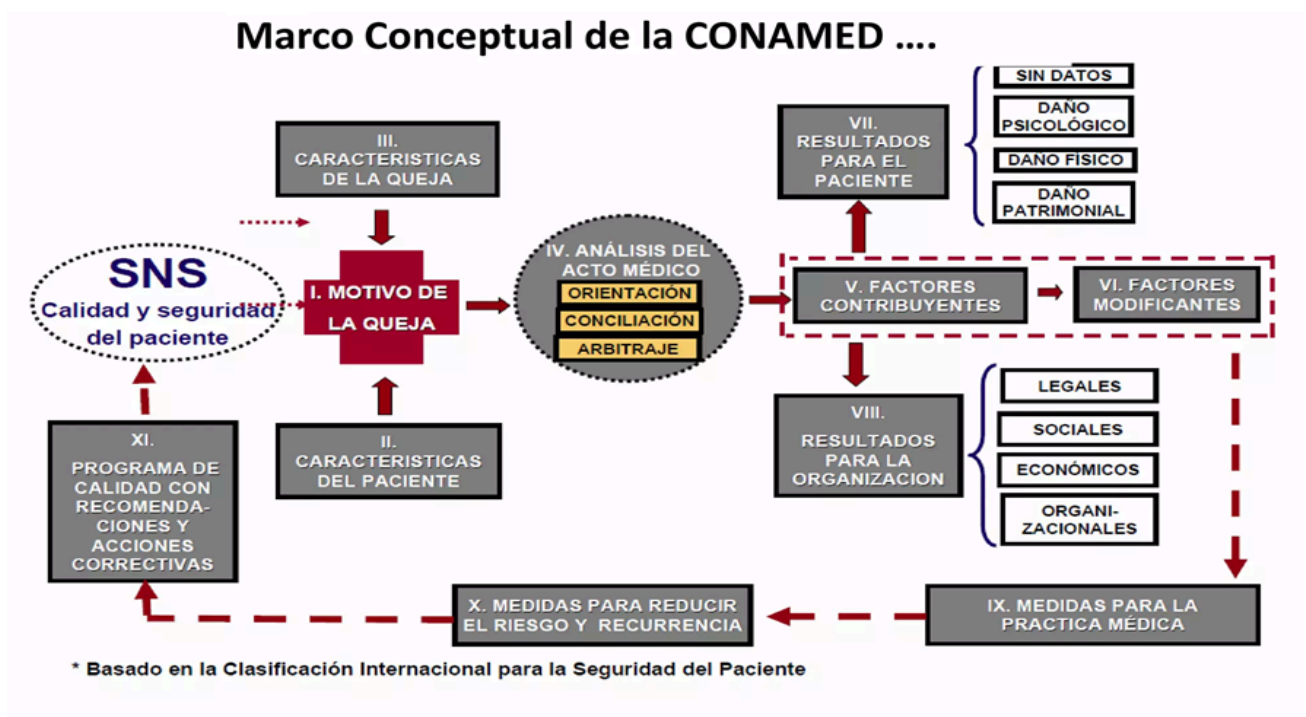


## PROCESO DE ATENCIÓN DEL MODELO DE ARBITRAJE MÉDICO EN LA CONAMED

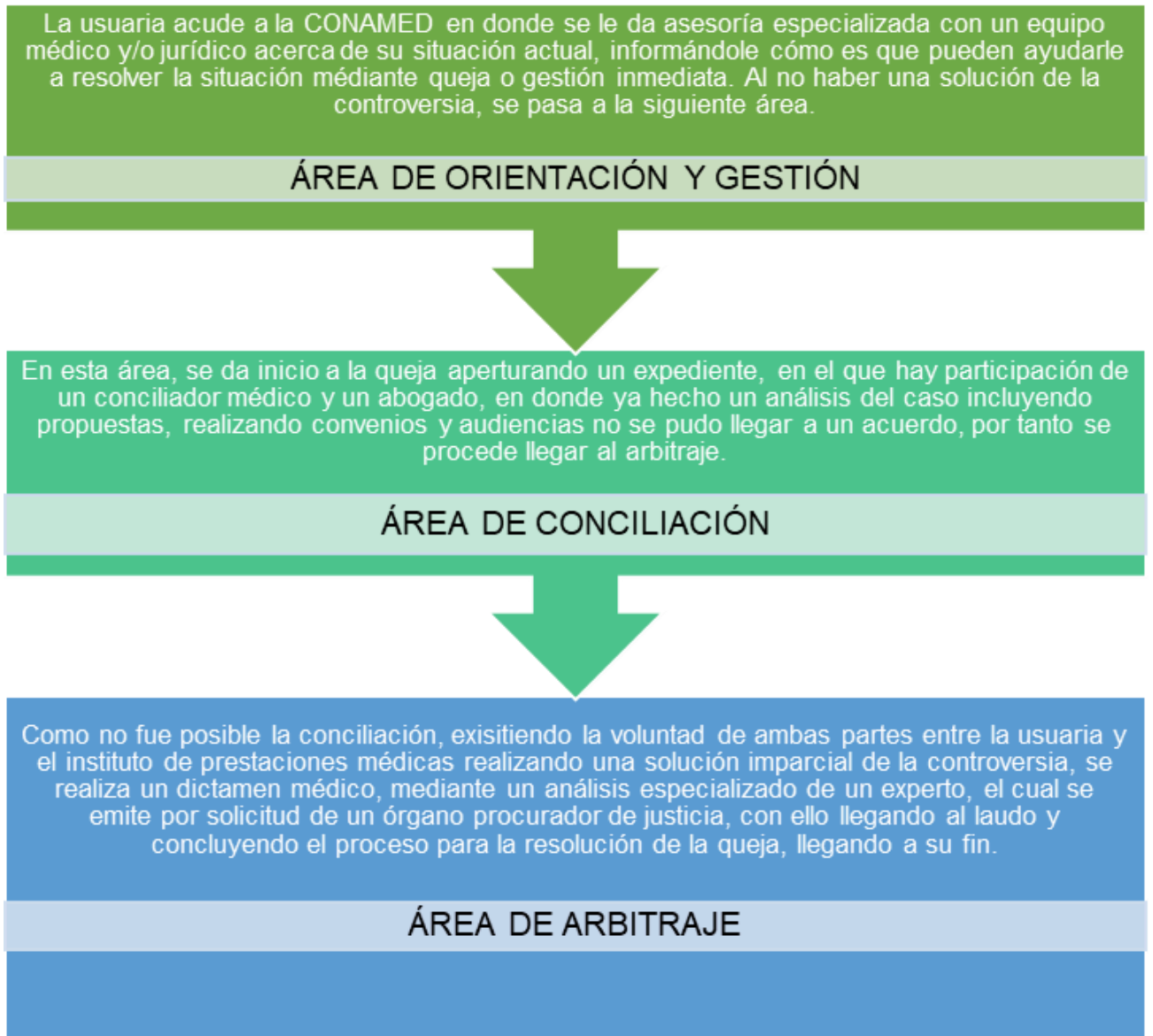
Procesos de Atención del Modelo de Arbitraje Médico en la CONAMED.

NECESIDAD	PROCESO	ACCIONES	FRECUENCIA
El usuario acude a CONAMED	ORIENTACIÓN Y GESTIÓN	Orientaciones, asesorías especializadas, gestiones inmediatas	85-90%
La queja ingresa	CONCILIACIÓN	Inicio de la queja, apertura de expedientes, audiencias, convenios.	10-15%
No concilian pero desean resolver el conflicto	ARBITRAJE	Solución imparcial, proceso arbitral, laudo	2-5%
ANÁLISIS DE LA QUEJA	INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN	Opiniones técnicas, recomendaciones, reportes de investigación, cursos de prevención del conflicto y propuestas de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.	

- **ORIENTACIÓN:** Después de conocer el asunto, se informa a los usuarios de qué forma, cómo o quién puede ayudarle a resolver su problema.
- **ASESORÍA ESPECIALIZADA:** Se proporciona con la participación de médicos y/o abogados según se trate.
- **GESTIÓN INMEDIATA:** Después de valorar técnicamente el caso se realizan trámites ante las instituciones públicas para dar solución al problema.
- **CONCILIACIÓN:** Busca la avenencia de las partes, con la participación de un conciliador médico, auxiliado por un abogado, previo análisis técnico del caso, incluyendo una propuesta de arreglo.
- **ARBITRAJE:** Cuando no fue posible la conciliación, con la voluntad de las partes, a través del análisis especializado de un experto resuelve la controversia, la que se expresa en el laudo.<sup>1</sup>



De acuerdo con el procedimiento de atención a quejas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el siguiente esquema se explica brevemente la ruta que siguió el caso médico-legal que a continuación se presentará:



### **III. ANTECEDENTES**

#### **QUEJA**

Se trata de paciente femenino de 30 años de edad quién el día 16 de septiembre de 2021 acudió a consulta en Centro de Salud "A" por presentar ultrasonido que reportaba aborto diferido así como cuantificación de beta hCG (gonadotropina coriónica humana) del 09/01/2021 de 100,000 mUI/ml, motivo por el cual fue hospitalizada y se le comentó a la paciente la necesidad de descartar "un cáncer" (sic, mola); más tarde se realizaron los procedimientos de legrado uterino instrumentado y aspiración manual endouterina como tratamiento del aborto, mismos que tuvieron como complicación hemorragia obstétrica que ameritó la colocación de balón Bakri y gasas en vagina; permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos y fue dada de alta al siguiente día, permaneciendo en vigilancia en piso de Ginecología y Obstetricia egresando el 18 de septiembre del mismo año. El día 31 de septiembre de 2021 la paciente acudió a Centro de Salud "B" por presentar dolor vaginal, dispareunia y "mal olor vaginal", donde al realizar la exploración física se identificó una gasa en "cavidad uterina" (sic). Secundario a los eventos previamente mencionados la paciente denuncia una indemnización económica de \$200,000 MXN como consecuencia de la atención médica proporcionada a la compareciente, misma que debido a la mala práctica efectuada dieron como consecuencia los diagnósticos de: vaginosis bacteriana, anemia y dislipidemia; así mismo, la implicación psicológica que representó para ella el "falso diagnóstico" de cáncer.

### **IV. CONSIDERACIONES**

Previo al análisis puntual del motivo de controversia, se efectuará breve reseña de los hechos que dieron origen a la misma, los cuales únicamente serán explicados de forma general por no ser motivo de la *Litis*.

La paciente en cuestión fue atendida el día **14 de septiembre de 2021** en el **Centro de Salud "B"**, donde se realizó el diagnóstico de **aborto diferido** de acuerdo a ultrasonido que reportaba embarazo de 7 semanas de gestación sin frecuencia cardíaca fetal, por lo que se envió a Centro de Salud "A" para su abordaje y tratamiento.

A fin de comprender la patología por la cual la paciente fue referida al Centro de Salud "A" se comentará información relevante del **aborto**, el cual se define como la pérdida o interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso menor a 500 gr, dicha pérdida puede ser consecuencia de una expulsión espontánea (aborto espontáneo) o una expulsión inducida (aborto inducido); se estima que la incidencia del aborto espontáneo es del 11 al 22%<sup>2</sup>, de manera que el 80% de estos abortos son tempranos, es decir, que ocurren en las primeras 12 semanas de gestación.<sup>3</sup> Existen diversos factores de riesgo entre los cuales se encuentran los factores fetales que incluyen las anomalías cromosómicas, de las cuáles las más comunes con las trisomías (13, 16, 18, 21 y 22) en un 60% de los casos seguidas de las monosomías (45 X) en un 13% y finalmente las triploidías en un 11 a 12% de los casos<sup>2</sup>. Entre factores maternos se encuentran la edad materna, incrementando el riesgo en mujeres mayores de 40 años<sup>3</sup>; así mismo, algunos trastornos médicos pueden jugar un papel importante en la pérdida temprana del embarazo como lo son la Diabetes Mellitus mal controlada, obesidad, enfermedad tiroidea, miomatosis uterina, síndrome antifosfolípidos y Lupus Eritematoso Sistémico<sup>2</sup>; finalmente, algunas actividades dentro del estilo de vida representan un factor de riesgo para el aborto espontánea entre las cuales se encuentran el consumo de alcohol y tabaco, así como el uso de drogas ilícitas. eso debido a sus efectos teratogénicos; así mismo, el consumo excesivo de cafeína se ha asociado con un mayor riesgo de aborto (5 tazas al día o 500 gr)<sup>3</sup>. Los factores paternos están relacionadas a la edad paterna, representando un mayor riesgo de aborto con el incremento de la misma<sup>2</sup>.

El aborto se puede clasificar dependiendo su presentación clínica, siendo las siguientes sus presentaciones:

- **Amenaza de aborto:** se define como la presencia de flujo vaginal sangriento con un cérvix cerrado durante las primeras 20 semanas de gestación, este puede ir acompañado de molestias suprapúbicas, calambres o dolor lumbar persistente.<sup>2</sup>
- **Aborto incompleto:** se define como la presencia de sangrado acompañado de dilatación cervical y la expulsión incompleta producto de la concepción (feto y placenta), quedando el resto en cavidad uterina.<sup>3</sup>
- **Aborto completo:** se define como la expulsión completa del producto de la concepción que típicamente se caracteriza por sangrado abundante y la expulsión de tejido.<sup>2</sup>
- **Aborto diferido:** se define como la presencia de productos muertos de la concepción que no han sido expulsados en presencia de un cérvix cerrado.<sup>2</sup>
- **Aborto inevitable:** se define como una hemorragia genital intensa acompañada de ruptura de membranas sin modificaciones cervicales, lo cual hace imposible continuar la gestación.<sup>3</sup>
- **Aborto séptico:** es la infección uterina o pélvica que ocurre como consecuencia de un aborto inducido o espontáneo en cualquiera de sus variantes.<sup>3</sup>
- **Aborto recurrente:** se define como la pérdida espontánea del embarazo en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.<sup>3</sup>

El ultrasonido transvaginal ha mostrado tener un valor predictivo del 98% para el diagnóstico de aborto; los hallazgos ultrasonográficos indicativos de aborto son: un saco intrauterino con diámetro promedio menor de 20 mm sin huevo o feto, longitud cefalocaudal menor a 6 mm sin actividad cardíaca<sup>3</sup>, ausencia de embrión con latido cardíaco 11 días o más después de un escaneo que mostró un saco gestacional con saco vitelino.<sup>4</sup>

La paciente acudió el día **16 de septiembre de 2021** al **Centro de Salud “A”** donde fue atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia y que, de acuerdo a la información contenida en la nota de ingreso, se mencionó que la paciente había sido referida del Centro de Salud “B” por contar con ultrasonido que reportaba

aborto diferido de 10.4 sdg; de sus antecedentes gineco obstétricos destacaba que era su Gesta 4, Cesárea 2 y **Aborto 1**, con antecedente de parto pretérmino de 36 sdg, fecha de última menstruación del 01/11/2020, contó con 4 consultas de control prenatal y una amenaza de aborto el 12/12/2020, sin otros antecedentes de importancia. Se realizó exploración física que revelaba dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo, sin pérdidas transvaginales. Contaba con **cuantificación de beta hCG** del 09/01/2021 de **100,000 µUI/ml**, este último resultado llamó el interés del médico tratante debido a que dicho valor era mayor al esperado en un embarazo normal y era necesario descartar **enfermedad trofoblástica gestacional**.

La **enfermedad trofoblástica gestacional** es el término para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto, mismo que produce hCG, por lo que la medición de esta en suero es esencial para el diagnóstico; esta enfermedad se divide por sus características histológicas en:<sup>2</sup>

<b>Mola hidatiforme (con vellosidades)</b>	<b>Neoplasias malignas trofoblásticas no molares (sin vellosidades)</b>
Mola completa benigna Mola parcial Mola invasiva maligna	Coriocarcinoma Tumor trofoblástico del sitio placentario Tumor trofoblástico epitelioides

Fuente: Enfermedad Trofoblástica Gestacional D y. T. Guía de Práctica Clínica. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-228-09/ER.pdf>

Se han identificados diversos factores de riesgo para la enfermedad trofoblástica gestacional, entre los que se encuentran: el diagnóstico previo de mola, **aborto previo**, embarazo ectópico previo y edad mayor a 40 años.

En pacientes con antecedente de un evento obstétrico y sangrado anormal deben determinarse los valores séricos de hCG, se ha observado que en los casos de mola completa dichos niveles suelen estar por encima de los esperados alcanzando cifras de 100,000 µUI/ml.<sup>5</sup>

Factores pronósticos	Puntuación			
	0	1	2	3
Antecedente de embarazo molar	Mola parcial	Mola completa	Recurrente	-
Tamaño uterino para la edad Gestacional (meses)	≥ 1	>1	>2	>3
Niveles de fracción β hCG (mUI/ml)	<50,000	>50,000-100,000	>100,000-1000,000	>1000,000
Diámetro de Quistes tecaluteínicos (cm)	-	<6	6-10	>10
Edad de la paciente (años)	-	<20	≥ 40	>50
Complicaciones asociadas: Hipertiroidismo, hiperémesis, preeclampsia, embolización trofoblástica, coagulación intravascular diseminada	-	≥ 1	-	-

**Interpretación: pacientes con < 4 puntos BAJO RIESGO para desarrollar NTG ≥ 4 = ALTO RIESGO para desarrollar NTG**

Fuente: Enfermedad Trofoblástica Gestacional D y T. Guía de Práctica Clínica. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-228-09/ER.pdf>

La **ecografía** es un pilar para el diagnóstico, sin embargo, no en todos los casos se puede confirmar por este medio, la mola completa suele aparecer como una masa uterina ecogénica con **numerosos espacios quísticos anecoicos sin la presencia del feto o saco amniótico**. El tratamiento de elección de la mola completa es la **evacuación mediante AMEU** o histerectomía en bloque,<sup>5</sup> para la cual se recomienda la dilatación cervical previa al procedimiento.<sup>2</sup>

Correlacionando lo anterior mencionado con el caso de la paciente en cuestión, se identificaron 2 elementos que hacían necesario descartar enfermedad trofoblástica gestacional: un aborto previo y los niveles elevados de la fracción beta de hCG.

Durante el mismo día, en nota agregada se mencionó la realización de un nuevo ultrasonido, el cual reportó: “saco gestacional intrauterino con diámetro medio del saco de 32 mm, **no se observa saco vitelino ni embrión**; en polo inferior de saco gestacional se aprecia **zona con áreas quísticas y sólidas**, sin flujo Doppler”. Más tarde se reportó en nota médica la aplicación de misoprostol 400 mg vía

vaginal para dilatar el cérvix y conforme a lo reportado en notas quirúrgicas y anestésicas se describe que la paciente pasó a sala de Expulsión para la realización del AMEU, cubriendo la necesidad terapéutica del aborto y la obtención de material para su estudio histopatológico para descartar enfermedad trofoblástica gestacional.

La AMEU es un procedimiento que consiste en extraer el contenido intrauterino a través de una cánula conectada a un aspirador portátil el cual permite crear un vacío manualmente. Se considera seguro, ya que es un procedimiento ambulatorio, que por el uso de anestesia local, y menor costo, existe menor riesgo de complicaciones. Está dirigido para gestaciones menores de 15 semanas y su uso puede ampliarse desde los casos de aborto incompleto, aborto retenido, mola hidatiforme, interrupción voluntaria del embarazo, biopsia endometrial a incluso aborto séptico hasta 6 a 8 horas posterior a la administración de antibióticos.<sup>6</sup>

Debe cumplir con requisitos técnicos como tamaño uterino menor a 12 centímetros y dilatación cervical menor a 2 centímetros, además de definir la posición del útero, lo que tiene implicancias técnicas en el procedimiento. Si se trata de una EG mayor de 12 semanas o un cérvix cerrado se debe realizar una preparación cervical farmacológica con el objetivo de reblandecer y dilatar el canal cervical. Esto reduce la necesidad de dilatación mecánica y sus complicaciones, como laceraciones del cuello uterino y mayor sangrado. Dentro de las alternativas, el fármaco de elección es el misoprostol en dosis de 400 microgramos, de preferencia por vía sublingual por su alta biodisponibilidad y pico plasmático precoz.<sup>6</sup>

Todas las pacientes deben recibir profilaxis antibiótica ya que su uso ha demostrado una reducción significativa de infección post procedimiento y es más costo-efectiva que realizar pruebas diagnósticas sistemáticas. Se recomienda el uso de nitroimidazoles o tetraciclinas vía oral 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento.<sup>6</sup>

Para el manejo del dolor se usa anestesia local a través de un bloqueo paracervical y éste es complementado con alternativas farmacológicas sistémicas administradas 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento, tales como antiinflamatorios no esteroidales, narcóticos o ansiolíticos.<sup>6</sup>

La AMEU es llevada a cabo por un obstetra entrenado, bajo técnica aséptica en un pabellón o sala adecuada que cuente con una camilla ginecológica. El procedimiento se realiza a través de especuloscopia con una jeringa de 60 centímetros cúbicos armada en base a 7 piezas, cuyo émbolo genera vacío al ser jalado; y cánulas semirígidas enumeradas de 4 a 13 según su grosor en milímetros, elegidas en correlación a la altura uterina.<sup>6</sup>

Al instalar el espéculo y visualizar el cérvix se infiltran 2 ml de lidocaína 1% a las 12 o a las 6 del reloj en el cuello uterino, dependiendo de la posición del útero (a las 12 si es anteversión o a las 6 si es retroversión) y se pinza en el punto infiltrado. Se infiltran 2 ml en los siguientes puntos del reloj: 2, 4, 8 y 10. Se arma la jeringa, se comprueba el vacío y se conecta a la cánula. Ésta se introduce a través del canal cervical con movimientos rotatorios suaves hasta tocar el fondo uterino, momento en el cual se retira 1 centímetro (guiado por puntos ubicados en cánula), se libera el vacío y se gira la cánula en 360° para distribuirlo en toda la cavidad uterina, seguido de movimientos giratorios hacia adelante y hacia atrás en el sentido del reloj. Se visualizará el contenido intrauterino tras ser aspirado por la jeringa.<sup>6</sup>

El procedimiento está completo ante los siguientes signos: presencia de espuma roja o rosada, sensación áspera, escuchando el paso de la cánula, movilidad de la cánula dificultada por útero contraído y dolor cólico. El aspecto del contenido debe ser caracterizado e informado, ya que orienta a la necesidad de biopsia en caso de que se sospeche la ausencia de tejido trofoblástico, o éste sea sugerente de enfermedad molar.<sup>6</sup>

Los signos vitales son evaluados al finalizar el procedimiento y se mantiene a la paciente en observación por al menos 1 hora, monitorizando el sangrado y el

dolor. Se debe realizar educación sobre anticoncepción y, dependiendo de la disponibilidad local y del deseo de fertilidad de la paciente, priorizar y ofrecer los métodos reversibles de larga duración. El alta es otorgada en condiciones estables y sin dolor. Las revisiones sistemáticas reportan una tasa de 1.2% de complicaciones, la cual es menor a la tasa del legrado uterino. Las complicaciones mínimas reportadas requieren manejo conservador en un 1.7% de los casos y técnicas invasivas mayores en el 0.6% de los casos. Estas comprenden la evacuación incompleta, desgarro cervical, perforación uterina, hemorragia e infección.<sup>6</sup>

Se reportaron en notas quirúrgicas y anestésicas la realización de los procedimientos de **AMEU**, **LUI** y **colocación de balón Bakri** con 8 cc, estos dos últimos realizados como complicación del AMEU y persistencia del sangrado y ambos justificados; la cuantificación de sangrado fue de **1,000 cc** y se hace referencia al conteo completo de gasas, compresas e instrumental; es de destacar que las notas mencionadas no cumplen con lo determinado NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico en los elementos de que las notas médicas sean escritas con letra legible en lenguaje técnico médico y sin abreviaturas, por lo que no fue posible rescatar toda la información contenida en dichas notas.

El **legrado uterino** se define como el raspado o limpieza de la cavidad uterina mediante unos instrumentos llamados legras o curetas; existen 2 tipos de legrado: el legrado obstétrico y el ginecológico, el primero es aquel que se realiza en la gestante o en la puérpera, ya sea para limpiar la cavidad después de un aborto o tras el parto o cesárea; el segundo es aquel que se realiza en cualquier paciente femenino que no está embarazada o sin patología relacionada a la gestación.<sup>7</sup>

INDICACIONES DE LUI	
Ginecológicas	Obstétricas
<p>Hemorragia uterina anormal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfuncional (alteración hormonal que no responde a tratamiento médico)</li> <li>• Orgánica (pólipos endometriales, miomatosis uterina submucosa)</li> </ul> <p>Hiperplasia endometrial</p> <p>Biopsia endometrial</p> <p>Legrado fraccionado bajo sospecha de cáncer</p> <p>DIU traslocado</p>	<p>Aborto incompleto</p> <p>Aborto diferido</p> <p>Retención de restos placentarios</p> <p>Enfermedad trofoblástica gestacional</p> <p>Deciduitis posterior a cualquier evento obstétrico</p>

**Tabla 1. Indicaciones de LUI obstétrico y ginecológico.** Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Williams Obstetricia 25a Edición. Mc Graw Hill; 2019.

El legrado es un procedimiento que debe ser realizado exclusivamente en un hospital y debe ser manejado con anestesia ya sea regional o general. La paciente debe ser colocada en posición ginecológica y se realizará la asepsia y antisepsia de genitales externos y cavidad vaginal, posteriormente se colocarán los campos estériles y se procederá al vaciamiento de la vejiga. Posteriormente se realizará una exploración bimanual de útero y anexos para determinar las características de los mismos, como lo son la longitud cervical y su dilatación, tamaño del útero, forma, posición, consistencia y ocupación, presencia o no de tumoraciones en los

anexos, distensión en los sacos que sufriera presencia de líquido libre; una vez realizada la exploración se expondrá el cérvix con valva vaginal con o sin peso, haciendo pinzamiento del labio anterior del cérvix con pinza tentáculo y se realizará una tracción suave; se procederá a la inserción del histerómetro de forma sutil siguiendo la dirección del útero hasta sentir el fondo del mismo; en caso de que el orificio cervical interno esté cerrado y no permita el paso del histerómetro se debe proceder a la dilatación del mismo. Una vez que el orificio cervical interno es permeable a las legras, se procederá al curetaje, introduciendo de forma cautelosa y delicada hasta llegar al fondo uterino sin pasar la medida hecha con el histerómetro, el curetaje se realiza en dirección de las manecillas del reloj con fuerza moderada contra la pared uterina y por último se pasa la legra a nivel de los cuernos uterinos; una forma de verificar que la cavidad ha quedado limpia es la producción de un sonido característico llamado como “llanto de útero” y la presencia de un sangrado escaso, espumoso y de color rojo vivo; finalmente se verifica que no existe hemorragia persistente; se realiza la limpieza de genitales y periné y se da por finalizado el procedimiento.

<b>COMPLICACIONES</b>		
<b>Inmediatas</b>	<b>Mediatas</b>	<b>Tardías</b>
Perforación uterina Sangrado por atonía Lesión cervical	Deciduitis	Sinequias

**Tabla 2. Complicaciones del LUI.** Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Williams Obstetricia 25a Edición. Mc Graw Hill; 2019.

Es importante informar a la paciente acerca de las complicaciones del procedimiento y firmar un consentimiento informado que haga constar que tanto la paciente como el familiar conocían los riesgos inherentes del procedimiento.<sup>8</sup>

La **hemorragia obstétrica** es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml post-parto o 1000 ml post-cesárea proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos). Actualmente, se considera hemorragia masiva cuando una paciente requiere la reposición de 10 o más paquetes globulares para su manejo en un término de 24 horas. Entre las complicaciones de la hemorragia obstétrica se encuentra el **choque hipovolémico**, el cual es el síndrome que resulta de una inadecuada perfusión tisular por una caída aguda del volumen circulante y del gasto cardiaco, con un flujo sanguíneo insuficiente para mantener las demandas celulares, metabólicas y nutricionales. Se clasifica de la siguiente manera:

CLASE	% DE PÉRDIDAS DEL VOLUMEN CIRCULANTE
I	Menos del 10%
II	10 al 20%
III	20 al 40%
IV	Más del 40%

Salud S. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [Internet]. gob.mx. [citado el 5 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>

De acuerdo a la cantidad de hemorragia, existen tres etapas con sus respectivos signos clínicos y su tratamiento y pronóstico son diferentes para cada uno de ellos.

SIGNO CLÍNICO	TEMPRANOS	INTERMEDIOS	IRREVERSIBLE
ESTADO MENTAL	alerta, ansiosa	confundida	extremadamente desorientada
ASPECTO GENERAL	normal, afebril	pálida y fría	cianótica y fría
PRESIÓN	normal o	hipotensión	hipotensión

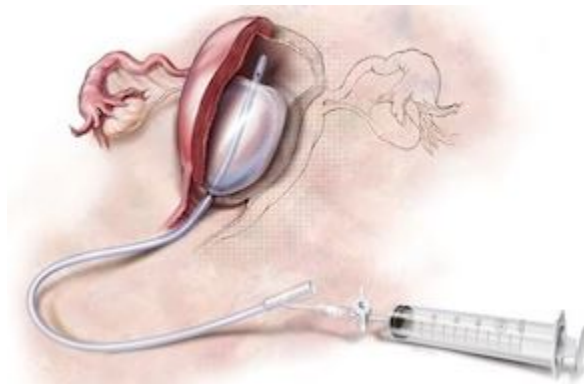
<b>ARTERIAL</b>	ligeramente elevada		grave
<b>RESPIRACIÓN</b>	taquipnea leve	taquipnea	disnea. cianosis
<b>DIURESIS</b>	30-60 ml/hora	<30 ml/hora	anuria

Salud S. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [Internet]. gob.mx. [citado el 5 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>

La reanimación y tratamiento del choque hipovolémico requieren la evaluación simultánea de la causa del choque y la restitución del volumen circulante. Los objetivos terapéuticos inmediatos y mediatos son los siguientes: Instituir el principio ABC, restaurar y mantener una adecuada perfusión tisular, corregir el estado acidobásico y los trastornos de coagulación, identificación de la causa e intensidad de la hemorragia, evaluar de forma continua la respuesta al tratamiento, evitar la progresión al daño sistémico.<sup>9</sup>

El **balón de Bakri** fue diseñado para su aplicación intrauterina en caso de **hemorragia obstétrica**. el cual consiste en un balón de silicona de 24 Fr con 54 cm de longitud, que tiene un extremo proximal para drenaje y un globo con diseño anatómico para la cavidad uterina. Su mecanismo de acción se basa en el incremento de la presión intraluminal sobre las paredes uterinas contra la presión hidrostática capilar, resultando en la reducción de la hemorragia capilar y venosa persistente del endometrio.<sup>10</sup>

El uso del balón de Bakri es seguro, sencillo de aplicar y no requiere experiencia para su uso. Es de gran utilidad en el manejo conservador de la hemorragia obstétrica, con alta tasa de éxito sin complicaciones debidas a su uso.<sup>10</sup>



De acuerdo a lo plasmado en la literatura y a lo reportado en las notas médicas, no obran elementos de mala práctica dado que la hemorragia obstétrica que presentó la paciente es atribuible como complicación del procedimiento realizado y a la propia respuesta del útero, así mismo, en las notas médicas no obran registros acerca de la colocación de gasas, sin embargo, existe documentación que corresponde a la fecha y hora del procedimiento en donde se glosa lo siguiente: “Pasa a sala de expulsión, previa asepsia y antisepsia, se realiza AMEU bajo sedación. Se extraen abundantes coágulos, se coloca Balón de Bacri (sic, balón de Bakri) con 180 cc de solución, se dejan 8 gasas en vagina. Pasa al área de choque. Pasa a UCIA “.

Como consecuencia de los eventos previamente mencionados, la paciente pasó al **Área de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA)** donde se continuó con su **manejo hídrico con coloides y hemoderivados**, donde no se identificaron elementos de mala práctica ya que las acciones corresponden al tratamiento de la hemorragia obstétrica. La paciente cursó con buena evolución clínica por lo que fue dada de alta de UCIA el 17 de septiembre de 2021 e ingresada Área de Vigilancia Obstétrica, donde estuvo en vigilancia, se realizaron estudios en los cuales destacó el valor de hemoglobina de 10.2, y dada su mejoría clínica fue dada de alta por mejoría con los diagnósticos de puerperio post AMEU + LUI, hemorragia obstétrica remitida, anemia y asintomática, dando como tratamiento ambulatorio ácido fólico 0.5 mgs a cada 24 hrs y sulfato ferroso 200 mg 1 cada 24 horas.

Es de señalar que en las notas posteriores a los procedimientos quirúrgicos no se describe en ningún momento el retiro de las gasas reportadas por enfermería ni el retiro del balón Bakri, por lo que existen **deficiencias documentales** por parte de los médicos del **Centro de Salud “A”**, las cuales denotan mala calidad de la atención e inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

El día **31 de septiembre de 2021** la paciente acudió al **Centro de salud “B”** por presentar “olor vaginal fétido”, dolor pélvico y dispareunia, obra la siguiente nota médica: Signos vitales y somatometría Peso 75 kg, Talla 162 cm, IMC (sic. índice de masa corporal) 28.578, Perímetro Abdominal 86 cm. Temperatura 36.6 °C, FC 68 lpm, FR 19 rpm, TA 110/80. Diagnósticos: anemia, diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro y por deficiencia de vitamina B12, anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)(sic), vaginosis, cuerpo extraño, gasa en cavidad uterina posterior a AMEU. Diagnóstico y tratamiento de vulvovaginitis, vaginitis aguda. Femenino de 32 años de edad acude a cita de control con laboratorios posterior a aborto/AMEU (sic, aspiración manual endouterina). Refiere dispareunia y dolor vaginal, leucorrea fétida, sin presencia de fiebre, solicita valoración vaginal ya que hace 15 días se realizó legrado vaginal por aborto diferido, nos refiere la paciente la noche de anoche (sic) al realizar actividad sexual, dolor localizado en cavidad uterina y mal olor vaginal, por lo que solicita revisión de cavidad vaginal. Tranquila consciente, orientada, ubicada, hidratada, normocéfala, ojos simétricos, narinas permeables, orofaringe normal, campos pulmonares limpios bien ventilados, ruidos cardiacos normales, abdomen blando, depresible, no doloroso, genitales de acuerdo a edad y sexo. Se coloca a la paciente en posición ginecológica, se inserta espejo vaginal y se observa presencia de gasa putrefacta con olor fétido y sangre vieja que se extrae con pinzas de anillo, se revisa nuevamente cavidad uterina, que ya se encuentra limpia y se retira espejo y se finaliza procedimiento sin complicaciones. Laboratorios: colesterol 215 mg/dl, TGD (sic, triglicéridos) 230 mg/dl, HDL (Sin resultados), Hb 10.9, Hto 34.6, Plaquetas 509 mil, Leucos 6.6, Glucosa (sin resultados), PFH (sic, pruebas de función hepática) normales. Biopsia: material de

legrado transvaginal, vellosidades coriales del primer trimestre, decidualización estromal. Pronóstico bueno para la vida y para la función.

El día **31 de septiembre de 2021** la paciente acudió al **Centro de Salud “B”** por presentar “olor vaginal fétido”, dolor pélvico y dispareunia, obra la siguiente **Diagnóstico y tratamiento de vulvovaginitis, vaginitis aguda**. Femenino de 32 años de edad acude a cita de control con laboratorios posterior a aborto/AMEU (sic, aspiración manual endouterina). **Refiere dispareunia y dolor vaginal, leucorrea fétida, sin presencia de fiebre, solicita valoración vaginal** ya que hace 15 días se realizó legrado vaginal por aborto diferido, nos refiere la paciente la noche de anoche (sic) al realizar actividad sexual, dolor localizado en cavidad uterina y mal olor vaginal, por lo que solicita revisión de cavidad vaginal.

La vulvovaginitis se define como la inflamación del tracto reproductivo inferior femenino. Se manifiesta como una secreción anormal, irritante o no, con olor desagradable que provoca molestias locales (picazón y ardor), que puede ir acompañada o no de dificultad para orinar y/o dispareunia. Las vulvovaginitis suponen el 15-20% de las consultas al ginecólogo, de las cuales el 90% son infecciosas.<sup>11</sup>

**Tabla I. Clasificación de las vulvovaginitis según las edades**

**Premenarca**

- Por falta de higiene
- Por irritantes químicos
- Por cuerpo extraño
- Por enfermedades cutáneas: eccema atópico, psoriasis, dermatitis seborreica, etc.
- Infecciosas:
  - Parasitaria
  - Por estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A
  - Vaginosis bacteriana
  - Infección por *Trichomonas vaginalis*
  - Infección por *Candida albicans*

**Adolescencia y mujeres en edad fértil**

- Infecciosas:
  - Vaginosis bacteriana (40%-50%)
  - Infección por *Candida albicans* (20%-25%)
  - Infección por *Trichomonas vaginalis* (15%-20%)
- Por irritantes químicos

**Posmenopausia**

- Vaginitis atrófica

Nota: en todas las edades pueden presentarse diferentes enfermedades sistémicas o cutáneas susceptibles de desencadenar una vulvovaginitis (dermatitis atópica, eccemas, dermatitis seborreica, psoriasis, pénfigo por Ig A, liquen plano erosivo, enfermedad de Behçet, pénfigo vulgar, etc.).

Fuente:Puig L, Gallardo C. Vulvovaginitis. Profesor Agrícola (Internet) [Internet]. 2003 [citado el 26 de junio de 2024];17(2):58–65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472>

Los cambios que se dan en el puerperio que lleva a cambios en el equilibrio entre ellos la flora vaginal y se caracteriza por uno o más de los siguientes signos y síntomas: **aumento en la cantidad de la secreción vaginal (flujo), prurito, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez o mal olor vagina** la cual se caracteriza por crecimiento excesivo de organismos anaeróbicos y pérdida de lactobacilos, perdiendo su acidez vaginal incrementándose el  $\text{ph} >4.5$ .<sup>12</sup>

## MICROBIOTA VAGINAL

En la flora vaginal normal se encuentran abundantes bacterias aerobias y anaerobias, que están en equilibrio con el epitelio vaginal. Estos agentes bacterianos pueden llegar a tener una relación sinérgica o antagonista, ser comensales o potencialmente patógenos. Los mecanismos de defensa dependen de numerosos factores, entre ellos la flora láctica vaginal (*Lactobacillus* y *Corynebacterium*) y los bacilos de Döderlein. flora vaginal cumple la función de proteger la vagina de las agresiones externas. Junto al epitelio vaginal forma el

denominado «ecosistema vaginal». La alteración de su equilibrio puede ser el primer paso para el inicio de una vaginitis, ya que puede favorecer la penetración de agentes patógenos extrínsecos o la proliferación exagerada de la microflora endógena.<sup>13</sup>

Entre los factores que alteran este ecosistema encontramos factores propios del huésped como la edad, los cambios hormonales (ciclos menstruales, embarazo, actividad sexual), enfermedades sistémicas; y factores externos, como la ingesta de antibióticos durante un tiempo prolongado, hábitos higiénicos exagerados, etc.<sup>14</sup>

### **VAGINOSIS BACTERIANA**

La vaginosis bacteriana es un síndrome clínico polimicrobiano, resultado de la sustitución de las especies de *Lactobacillus* productoras de peróxido de hidrógeno por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas (p. ej., *Prevotella sp.*, *Mobiluncus sp.* y *Atopobium vaginae*), *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y numerosos anaerobios fastidiosos o no cultivables.

La microbiota vaginal normal en mujeres en edad reproductiva está dominada por especies de *Lactobacillus*, especialmente aquellas que producen peróxido de hidrógeno como lo son *L. crispatus*, *L. gasseri* y *L. jensenii*, las cuales son dominantes y alcanzan valores de  $10^7$  a  $10^4$  UFC/g de secreción vaginal. La vagina de mujeres sanas está colonizada por entre 0 y 4 especies de lactobacilos y las distintas especies cambian entre mujeres; estos lactobacilos protegen la vagina contra la colonización de patógenos, interrumpiendo la adhesión de dichos patógenos al epitelio vaginal mediante el bloqueo de sus receptores e inhibiendo su propagación mediante la producción de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, ácido láctico y bacteriocinas.<sup>11</sup>

La vaginosis bacteriana afecta a millones de mujeres en edad reproductiva. Está asociada a diversos problemas, tales como parto prematuro, enfermedad inflamatoria pélvica y **endometritis posparto y postaborto**, así como a un

aumento en la susceptibilidad a diversos patógenos causantes de infecciones de transmisión sexual (ITS): *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, virus del papiloma humano y virus de la inmunodeficiencia humana, y otras infecciones como candidiasis.<sup>14</sup> Se estima que alrededor del 40% - 50% de las mujeres con vaginosis bacteriana cursan asintomáticas, sin embargo en los casos de mujeres con síntomas suele manifestarse por secreción vaginal con “**olor a pescado**”, más notoria después de un coito sin protección. La secreción generalmente es no irritante y al examinarla se aprecia homogénea de color blancogrisáceo. La vaginosis bacteriana es una causa común de **flujo vaginal fétido** en mujeres en edad reproductiva.<sup>14</sup> En la nota del día **31 de septiembre de 2021** la paciente acudió al **Centro de salud “B”** por presentar “**olor vaginal fétido**” que es causado por las aminas, estas aminas se volatilizan cuando aumenta el pH, lo cual sucede en presencia de semen, por lo que el olor puede intensificarse después de una relación sexual.<sup>14</sup>

Los cultivos vaginales se reservan para casos especiales de sospecha de *Trichomona vaginalis* ó en los siguientes casos: la paciente solicita un diagnóstico preciso, existe un riesgo alto para presencia de enfermedad de transmisión sexual, hay síntomas de infección de tracto reproductivo alto, no hubo respuesta a un tratamiento previo y si los síntomas se presentan en las 3 primeras semanas posterior a la inserción de DIU. Solo deben tratarse las vaginosis bacterianas sintomáticas. Por tanto, los diagnósticos incidentales, como los que surgen en el curso de la práctica de una citología de cribado, no requieren tratamiento.<sup>13</sup>

**Tabla IV. Diagnóstico diferencial entre las vulvovaginitis infecciosas**

	<i>Candida albicans</i>	Vaginosis bacteriana	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Flujo normal
Síntomas	Prurito vulvar; secreción escasa o moderada disuria, cistitis, dispareunia	Prurito, disuria, dispareunia poco frecuente	Cistalgias, polaquiuria, irritación vulvar; prurito, dispareunia	–
Características clínicas del flujo	Escaso o moderado, blanco, grumoso	Moderado, blanco-grisáceo, maloliente («olor a pescado»), homogéneo, adherente	Abundante, amarillo-verdoso, homogéneo, espumoso	Blancuzco, no adherente, no mancha
Vulva y vagina	Eritema, edema, muguet, a veces pústulas en introito, vulva	Rara vez eritema, edema	Eritema, inflamación, cuello en frutilla	Normal
Circunstancia de aparición	Terapia hormonal, embarazo, ingesta de antibióticos, otras ETS, diabetes mellitus	A veces , ETS <sup>b</sup>	ETS, promiscuidad, ausencia de contraceptivos de barrera	Embarazo
Relación con el ciclo menstrual	Exacerbación premenstrual		Exacerbación durante la menstruación	–
Complicaciones y observaciones	Extensión a raíz de miembros inferiores y transmisión perinatal por el canal del parto	Abortos, infertilidad, prematuridad, etc.	Celulitis poscesárea y transmisión perinatal por el canal del parto	–
Diagnóstico	Examen micológico directo Cultivos	Secreción aumentada pH vaginal > 4,5 Secreción «olor a pescado» con KOH 10% Presencia de <i>clue cells</i> <sup>a</sup>	Examen en fresco con fondo oscuro Examen directo Cultivo Elisa	pH < 4,5 Examen en fresco: <i>Lactobacillus</i> KOH negativo

<sup>a</sup> Células vaginales recubiertas por abundantes bacilos gramnegativos o gramvariables, cortos, pleomórficos, que impiden ver los bordes. También llamadas «células guía».

<sup>b</sup>ETS: enfermedad de transmisión sexual.

Fuente:Puig L, Gallardo C. Vulvovaginitis. Profesor Agrícola (Internet) [Internet]. 2003 [citado el 26 de junio de 2024];17(2):58–65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472>

## TEXTILOMA

Gossypiboma o textiloma, es un término que deriva del latín gossypium que significa algodón y del Swahili boma, lugar de ocultación. Es usado para describir una masa remanente formada por textiles, como compresas de algodón o tela de tejido, abandonadas durante una intervención quirúrgica, junto a la reacción inflamatoria que las rodea. Actualmente, se ha introducido el concepto de “elementos quirúrgicos retenidos”, dado el amplio espectro de materiales utilizados durante los procedimientos y las distintas composiciones de éstos.<sup>16</sup>

Su real incidencia es difícil de cuantificar, dado los aspectos legales y sociales que rodean el reporte adecuado de una complicación quirúrgica de estas características.

Los textilomas son hallazgos postquirúrgicos no deseables, que ocurren con mayor frecuencia en procedimientos de cirugía general (52%), siguiéndole en frecuencia **la cirugía ginecológica (22%)**, urológica (10%), vascular (10%), ortopédica (6%) y neuroquirúrgica (6%).<sup>17</sup>

Esta entidad, representa un desafío diagnóstico para médicos clínicos y radiólogos debido a su presentación inespecífica y hallazgos radiológicos, fácilmente, mal interpretables como otras entidades patológicas (hematomas, abscesos, neoplasias entre otros).<sup>16</sup>

La reacción a un cuerpo extraño es determinada en gran medida por su composición y grado de antigenicidad, además de factores propios del huésped y la intensidad de la respuesta inmune. Se describen dos posibles reacciones en el caso de los textilomas.<sup>16</sup>

Esta situación provoca 2 tipos de reacciones: 1) la respuesta fibrinosa aséptica que crea adherencias y se encapsula formando un granuloma por cuerpo extraño, y 2) la respuesta es exudativa, que favorece la formación de absceso, con o sin infección bacteriana agregada, que **se manifiesta por descarga vaginal fétida y dolor**.<sup>17</sup>

Se describen como factores de riesgo los procedimientos de emergencia, los cambios inesperados durante un procedimiento, pacientes con IMC elevado, múltiples subprocedimientos mayores durante la intervención y el conteo inadecuado, entre otros. Nuevas revisiones no han encontrado relación significativa entre elementos quirúrgicos retenidos y algunos de estos factores, como el horario de la cirugía, el carácter de emergencia del procedimiento, los cambios de personal durante el procedimiento y el IMC del paciente.<sup>16</sup>

Clasificación del textiloma según presentación clínica	
Aguda	Crónica

<p>Inicio posterior a la cirugía Reacciones exudativas</p> <p>Abscesos</p> <p>Fístulas entero-cutáneas</p>	<p>Inicia meses o incluso años después de la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Síntomas inespecíficos caracterizado por:</li> <li>•Adherencia</li> <li>•Formación de cápsula fibrosa gruesa</li> <li>•Granuloma aséptico</li> </ul>
--	---

Fuente: Dubón Peniche M del C, Valverde Buendía J. Textiloma relacionado con procedimientos quirúrgicos de ginecología y obstetricia. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2015 [citado el 26 de junio de 2024];58(3):30–7. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422015000300030](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000300030)

En muchas ocasiones, se mantienen asintomáticos por largos períodos de tiempo hasta ser diagnosticados como un hallazgo incidental o producto de una complicación. En caso de presentar síntomas, suelen describirse dolor abdominal, náuseas, vómitos, masa palpable, distensión abdominal, hemorragia digestiva, entre otros. También se han descrito síntomas secundarios a inflamación crónica como anorexia, baja de peso, compromiso del estado general y fiebre. Distintas complicaciones incluyendo abscesos, perforaciones, fístulas o migración transluminal, pueden manifestarse como cuadros agudos graves secundarios a obstrucción intestinal, hemorragia, peritonitis y sepsis/shock séptico.<sup>16</sup>

Después de un parto vaginal la retención de gasas es un evento raro, presentándose en **1 de 5,000 nacimientos**. Inicialmente la presencia de este cuerpo extraño ocasiona respuesta exudativa (con o sin infección bacteriana agregada) que se manifiesta por **descarga vaginal fétida y dolor**. El día **31 de septiembre de 2021** la paciente acudió al **Centro de salud “B”** por presentar **“olor vaginal fétido”, dolor pélvico y dispareunia**

Con la utilización de estudios imagenológicos el diagnóstico preoperatorio oscila entre un 50 %y 70% El antecedente de cirugía previa es el dato fundamental para su sospecha. Es reconocido el valor de la ultrasonografía y la tomografía, pero no existe imagen específica para el diagnóstico de textilomas. El diagnóstico se

facilita al usar compresas marcadas con material radiopaco, ya que este permite su localización en la radiografía simple de abdomen; sin embargo, estos marcadores pueden confundirse con otros materiales usados durante el procedimiento como clips metálicos, con restos de contraste radiopaco ingerido o con calcificaciones, disminuyendo su sensibilidad.<sup>18</sup>

La radiografía simple de abdomen es inespecífica y excepcionalmente permite observar la imagen en “panal de abejas”, signo que indica atrapamiento de aire entre las fibras textiles. El estudio radiográfico seriado con contraste de abdomen en los enfermos no ocluidos, es de valor al mostrar el defecto intraluminal de llenado y en ocasiones permite la penetración del contraste en la cavidad del absceso.<sup>18</sup> La ultrasonografía permite observar una estructura ecogénica con componentes ecolúcidos que emiten una sombra acústica y cambian paralelamente a la dirección del transductor.<sup>18</sup>

La TAC evidencia en los textilomas agudos una masa heterogénea que contiene gran cantidad de aire atrapado, la cual puede o no estar rodeada de un anillo hiperdenso periférico; mientras que los textilomas crónicos se asemejan a un tumor que no capta el contraste endovenoso, con calcificaciones en su interior simulando una masa sólida con aire atrapado a manera de burbujas de gas que persisten durante el tiempo; este hallazgo a la TAC se considera el signo más específico para la detección de textilomas. La resonancia magnética no ha demostrado mayor costo-efectividad que la TAC.<sup>18</sup>

Si se localiza en la cavidad abdominal, el tratamiento más adecuado es la intervención quirúrgica para extirparlo. **La doctora del Centro de salud B** colocó a la paciente en posición ginecológica, insertó espejo vaginal y se observó **presencia de gasa putrefacta con olor fétido y sangre vieja que se extrajo con pinzas de anillo**, revisó nuevamente cavidad uterina, que ya se encontrará limpia y retiro espejo y finalizó procedimiento sin complicaciones.

Al respecto la literatura médica señala que, ante la sospecha de un textiloma en el conducto vaginal, la paciente debe colocarse en posición de litotomía y debe

efectuarse la exploración con el empleo del espejo vaginal; generalmente éste es el único procedimiento necesario, pues el manejo consiste en **extracción de la gasa**. Usualmente, **el uso de antibióticos es innecesario**.<sup>17</sup>

## **DISLIPIDEMIA**

Las dislipidemias son afecciones frecuentes en todo el mundo, Latinoamérica y en Cuba, tanto en niños y adolescentes como jóvenes, adultos mayores y personas con enfermedades sistémicas, como hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y trastornos autoinmunes, estas se deben a factores genéticos y sobre todo ambientales relacionados con los estilos de vida. Se ha comprobado que las modificaciones en las dietas y el incremento de la actividad física, asociado al control de peso corporal o no, favorecen un perfil lipídico beneficioso y reduce el riesgo cardiovascular.<sup>19</sup>

La dislipidemia se define como los niveles elevados de colesterol total (>240 mg/dl), de triglicéridos (>200 mg/dl) y de colesterol LDL (>130 mg/dl), así como los niveles reducidos de HDL (<35 mg/dl), en personas sin embarazo.<sup>19</sup>

Durante el embarazo normal, los niveles de triglicéridos circulantes aumentan significativamente en respuesta a las necesidades específicas del feto y a los distintos procesos metabólicos adaptados a estas necesidades. Se estima que este aumento puede ser del 200-400% de los valores de triglicéridos antes del embarazo.<sup>20</sup>

Se ha determinado en estudios previos los valores del perfil de lípidos en embarazos normales, en los tres trimestres del embarazo, dentro del primer trimestre el colesterol de 196 mg/dl, triglicéridos de 88 mg/dl, HDL de 62 mg/dl, en el segundo trimestre 247, 140 y 69 mg/dl, respectivamente, en el tercer trimestre 285, 242 y 64 mg/dl, así mismo en estudios previos se ha documentado que la hipertrigliceridemia después de las 20 semanas de gestación está asociada con un alto riesgo de desarrollo temprano con preeclampsia.<sup>20</sup>

La deposición de grasa materna aumenta durante los dos primeros trimestres del embarazo debido a la hiperfagia y al aumento de la síntesis de lípidos. En esta etapa temprana, la actividad de la lipoproteína lipasa (LPL) en el tejido adiposo no cambia e incluso puede aumentar, controlando la absorción de grasas y creando así un estado anabólico. Durante el tercer trimestre del embarazo, que coincide con el crecimiento fetal máximo, la disminución de la actividad de LPL combinada con una mayor actividad lipolítica y catabólica debido a la resistencia a la insulina que ocurre durante este período conduce a una pérdida acelerada de grasa y a un aumento de la deposición de grasa con un aumento de los triglicéridos (TG) séricos maternos, siendo menores los aumentos de fosfolípidos y colesterol.<sup>21</sup>

La producción elevada de estrógeno durante el embarazo aumenta la producción hepática de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y VLDL rica en triglicéridos (TG), que, junto con una mayor actividad de las proteínas de transferencia de ésteres de colesterol a mitad del embarazo, reduce los transportadores de ésteres de colesterol hepáticos.<sup>21</sup>

Se tendrán que tener en cuenta: dieta específica muy baja en grasas, control de TG plasmáticos, habitualmente cada 1-2 semanas según la gravedad y sobre todo en el tercer trimestre, y por supuesto un control obstétrico estricto. Se recomienda ingreso en caso de concentraciones de TG > 1.500 mg/dl. Por todo ello es importante la creación de unidades multidisciplinarias para el adecuado manejo de estos casos. Tanto si existe embarazo como si no, el pilar fundamental del manejo de la HTG grave consiste en una dieta muy baja en grasas (< 20% de la ingesta calórica total). A veces, esta restricción se traduce en pérdida importante de peso, lo que puede conllevar riesgos como bajo peso al nacer, prematuridad y complicaciones maternas. En algunos casos para controlar la HTG grave gestacional es necesario el ingreso hospitalario para administración de sueroterapia y a veces nutrición parenteral total, hasta que al menos los valores plasmáticos de TG descendan en un 50%. A su vez, las dietas bajas en grasa pueden inducir déficit de los ácidos grasos esenciales; por ello, los TG de cadena media (TCM) o los ácidos grasos omega-3 son parte esencial del tratamiento.

Además, los TCM son densamente calóricos (3,8 kcal/g) y sus productos posteriores, como la acetil coenzima A, pueden desempeñar un papel en la mielinización cerebral del feto.<sup>22</sup>

Tomando en cuenta lo antes mencionado, es de destacar que el diagnóstico de dislipidemia de la paciente no fue secundario al actuar médico, siendo que los cambios plasmáticos de los niveles de colesterol y triglicéridos son esperados durante la gestación.

## **ANEMIA**

Normalmente, durante el embarazo aparece una **anemia** hiperplasia eritroide, y la masa eritrocítica aumenta. Sin embargo, un aumento desproporcionado en el volumen plasmático produce hemodilución (hidremia del embarazo): el hematocrito disminuye del 38 a 45% de las mujeres sanas no embarazadas al 34% en un embarazo único a término y aproximadamente el 30% en un embarazo multifetal a término. Las siguientes concentraciones de hemoglobina (Hb) y Hto conduce al diagnóstico de anemia:<sup>23</sup>

- Primer trimestre: hemoglobina < 11 g/dL; Hto < 33%
- Segundo trimestre: hemoglobina < 10,5 g/dL; Hto < 32%
- Tercer trimestre: hemoglobina < 11 g/dL; Hto < 33%

Si la hemoglobina es < 11,5 g/dL al inicio del embarazo, las mujeres pueden recibir tratamiento profiláctico porque la hemodilución posterior generalmente reduce la hemoglobina a < 10 g/dL. A pesar de la hemodilución, la capacidad de transporte de oxígeno sigue siendo normal durante todo el embarazo. El Hct normalmente aumenta de inmediato después del nacimiento. La anemia aparece en hasta un tercio de las mujeres durante el tercer trimestre y las causas más frecuentes son deficiencia de hierro y deficiencia de ácido fólico. Los síntomas tempranos de la anemia son leves o inespecíficos como cansancio, mareos, debilidad, disnea leve durante el ejercicio y palidez; cuando la anemia es grave suele haber taquicardia o

hipotensión. El tratamiento de la anemia se basa en sulfato de hierro, un comprimido de 325 mg al día.<sup>23</sup>

Basándonos en la información previamente mencionada, la anemia diagnosticada en la compareciente no fue consecuencia del actuar médico, como antes se mencionó la anemia puede ser una cuestión fisiológica durante el embarazo; así mismo se debe tomar en cuenta que la paciente presentó hemorragia obstétrica como complicación de los procedimientos efectuados, mismo que causó una disminución en la hemoglobina.

## **V. CONCLUSIONES**

Tomando en cuenta los elementos de queja se identificaron elementos de mala práctica en la atención de la compareciente, mismos que nos permiten dar visibilidad a problemas frecuentes dentro de la práctica médica, entre ellos el conteo de gasas y material en los procedimientos quirúrgicos; los cuales se debe hacer énfasis en la importancia de la prevención, algunas recomendaciones básicas para evitar la incidencia de estos accidentes son: doble recuento del material antes de iniciarse la intervención y antes del cierre de la pared abdominal, número fijo de compresas, gasas y torundas, evitar taponamientos masivos, exploración rigurosa de la cavidad antes del cierre, evitar los recuentos apresurados (lo cual puede ocurrir en procedimientos prolongados o de urgencia), recuento adicional cuando hay cambio de personal, utilizar exclusivamente material con marcas radiopacas, evitar cambios repentinos en la estrategia quirúrgica y en intervenciones en las que han actuado varios equipos quirúrgicos.

Con respecto a los diagnósticos de anemia, dislipidemia y vaginosis bacteriana y con lo consultado en la literatura médica, concluimos que no fueron consecuencia de la práctica médica empleada en la atención de la compareciente. Como ya se mencionó anteriormente, la dislipidemia no fue causada por la presencia del textiloma, lamentablemente en este caso no es posible determinar la etiología de la dislipidemia ya que esta no se indaga de manera adecuada ya que no se interrogó a la paciente acerca de su dieta o presencia de dislipidemias en su

familia. Se puede asumir que el origen de esta fue dada por factores ambientales como la dieta y la actividad física, por ser una paciente con sobrepeso, además de pertenecer a la población de riesgo, lo cual ha tomado relevancia como factor de riesgo en la presencia de dislipidemias y enfermedades metabólicas relacionadas al sobrepeso y obesidad. Así mismo, dado a que carecemos de elementos como documentación del control prenatal, nos es posible asumir que la anemia que presentaba la paciente fue consecuencia a la hemorragia obstétrica que resultó como complicación de los procedimientos empleados, la cual es una complicación esperada al realizar los procedimientos de AMEU y LUI. Para finalizar, la vaginosis bacteriana no parece tener relación causal con la presencia del textiloma en cavidad vaginal, como se explicó anteriormente, no se ha identificado la presencia de cuerpo extraño en cavidad vaginal como factor de riesgo, así como la fluctuabilidad de la flora vaginal la cual promueve el crecimiento de microorganismos mismos que causan la enfermedad, sin embargo consideramos, que de acuerdo a la bibliografía consultada, ante cualquier procedimiento quirúrgico, se deben realizar laboratorios antes y posterior al mismo, para hacer un conteo de leucocitos, mismos que no se realizan en la paciente, así como también la administración profiláctica de antibióticos, por lo que no podemos concluir si la vaginosis bacteriana de la paciente fue a consecuencia del procedimiento quirúrgico o era una infección que ya padecía.

## **VI. BIBLIOGRAFÍA**

Orozco Montoya JA, González del Valle I, Hernández Mendoza L, Guerra Zermeño FJ. La transformación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a 27 años de su creación. Revista CONAMED [Internet]. 2023;28(2):57–71. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2023/con232b.pdf>

F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Williams Obstetricia 25a Edición. Mc Graw Hill; 2019.

Del aborto espontáneo D y. T. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Cenetec-difusion.com. 2000 [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-088-08/ER.pdf>

Early pregnancy loss [Internet]. Acog.org. [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>

De Enfermedad Trofoblástica Gestacional D y. T. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Cenetec-difusion.com. 2000 [citado el 22 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-228-09/ER.pdf>

Bombin M. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-rchog-84-06-0460.pdf>

Félix Báez CA. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. Mc Graw Hill; 2017.

Alarcón Nivia MÁ. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos [Internet]. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad de Santander. [citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: [http://file:///D:/Users/ssocial/Downloads/administrador.+Gestor\\_a+de+la+revista.+1837-4965-1-CE.pdf](http://file:///D:/Users/ssocial/Downloads/administrador.+Gestor_a+de+la+revista.+1837-4965-1-CE.pdf)

de Salud S. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica [Internet]. gob.mx. [citado el 5 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>

Vargas-Aguilar, V. M., Espino y Sosa, S., Acosta-Altamirano, G., Moreno-Eutimio, M. A., & Vargas-Hernández, V. M. (2015). Hemorragia obstétrica manejada con balón de Bakri. Clinica e investigacion en ginecologia y obstetricia, 42(3), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2013.12.004>

Puig L, Gallardo C. Vulvovaginitis. Profesor Agrícola (Internet) [Internet]. 2003 [citado el 26 de junio de 2024];17(2):58–65. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472>

CENETEC. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Vaginitis Infecciosa. Secretaría de Salud; 2014. 1-22 p.

Romero Herrero D, Andreu Domingo A. Vaginosis bacteriana. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2016;34:14–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-005x\(16\)30214-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-005x(16)30214-2)

Sandrea-Toledo, L., et al. "SP-007: Vaginitis y Vaginosis en mujeres de edad reproductiva que asisten a la consulta externa de una institución de salud de Maracaibo, estado Zulia." Investigación Clínica, vol. 58, no. 1 SI, 15 Mar. 2017, pp. 683+. Gale Academic OneFile, link.gale.com/apps/doc/A505840628/AONE?u=anon~8cca32a7&sid=google Scholar&xid=da2aa1aa. Accessed 26 June 2024.

Trejos R. Vaginosis bacteriana. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (602) 183-187, 2012

Maldonado Schoijet I, Charaf Muñoz Y, Nicolai Manaut J, Schiappacasse Faúndes G, Varela Ubilla C. Textiloma abdominal: Actualización y aporte al diagnóstico desde las imágenes. Rev Cirugía [Internet]. 2022 [citado el 26 de junio de 2024];74(5):494–503. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492022000500494](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492022000500494)

Dubón Peniche M del C, Valverde Buendía J. Textiloma relacionado con procedimientos quirúrgicos de ginecología y obstetricia. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2015 [citado el 26 de junio de 2024];58(3):30–7. Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422015000300030](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000300030)

Motta RGA, González BO, Castillo LJA, et al. Material quirúrgico olvidado: Gossypiboma, textiloma, gasoma. *Anales de Radiología México*. 2007;6(4):285-296.

Pavía LA, Aguilar SC y col. Consenso de la Sociedad Mexicana de Cardiología en el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias y aterosclerosis. *Med Int Méx*. 2020 mayo-junio;36(3):390-413. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i3.3671>

Bañuelos Martínez, I. E., Hernández de la Garza, M. A., Baez, J. D. T., & Briones Lara, E. (2018). Dislipidemia y embarazo: prevalencia y evidencia actual. *Clinica e investigacion en ginecologia y obstetricia*, 45(3), 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2016.07.008>

Mauri, M., Calmarza, P., & Ibarretxe, D. (2021). Dislipemias y embarazo, una puesta al día. *Clinica e investigación en arteriosclerosis: publicación oficial de la Sociedad Española de Arteriosclerosis*, 33(1), 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.002>

Aguilar-Cordero María José, Quirantes-Morillas María, Rivero-Blanco Tania, Rojas-Carvajal Ana María, Pérez-Castillo Íñigo María, Sánchez-López Antonio Manuel. Variación del perfil lipídico durante el embarazo y su relación con las enfermedades metabólicas. *JONNPR* [Internet]. 2021 [citado 2024 Jul 05] ; 6( 8 ): 1064-1078. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2021000800005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000800005&lng=es). Epub 25-Dic-2023. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4008>.

Friel LA. Anemia en el embarazo [Internet]. *Manual MSD versión para profesionales*. [citado el 5 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>