

Dificultad en diagnóstico y tratamiento oportuno en la atención de paciente privado. Reporte de un caso.

Sánchez-Valle A.A.^{1*}, Rodríguez-Ruiz G.²

¹Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México; ²Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal, Médica MIA, Toluca. México

Introducción

El advenimiento del desarrollo tecnológico ha invadido todas las áreas de la medicina. En nuestro país se cuenta con múltiples procedimientos innovadores los cuales se encuentran limitados por cuestiones económicas. Los pacientes del ámbito privado que pertenecen a seguros de gastos médicos mayores se han encontrado con limitaciones de ámbito administrativo por falta de actualización en sus bases de datos de acuerdo a sus procedimientos, tanto para el hospital como honorarios médicos.

Objetivos

Describir un caso clínico con limitaciones en tratamiento médico secundario a aseguradoras de seguros de gastos médicos mayores.

Material y métodos

Estudio descriptivo. Reporte de un caso y breve revisión bibliográfica.

Reporte de caso

Paciente masculino de 62 años de edad, antecedentes patológicos negados. Con seguro de gastos médicos mayores otorgado por su centro laboral. Acude a consulta por presentar cuadro diarreico crónico, de 1

año de evolución, con evacuaciones líquidas, sin moco ni sangre; distensión abdominal y pérdida de peso de aproximadamente 12 kg en 2 meses. Antecedente de múltiples tratamientos antidiarreicos sin mejoría. Exploración física, signos vitales en rangos normales, abdomen globoso, blando, depresible, peristalsis presente, no doloroso. Rx de abdomen con coprostasia en colon izquierdo. Se solicita examen coprológico (EC) y colonoscopia. EC con sangre oculta en heces positiva. Colonoscopia por reembolso debido a problemas administrativos de compañía laboral con aseguradora de seguro de gastos médicos mayores. En colonoscopia se identifica pólipo semipedunculado (I) (Isp) de 5 cm a nivel de unión anorrectal, lobulado, mucosa friable, con cambios en patrón vascular, de aspecto vellosa; así como pólipo semipedunculado (II) (Isp) de 2 cm, con mucosa de aspecto vellosa a los 20 cm de margen anal (Fig 1A). Debido a falta de recurso económico para realizar resección endoscópica de la mucosa, se realizó únicamente biopsia. Al solicitar reembolso de estudio endoscópico, la aseguradora no aceptó como indicación de colonoscopia el diagnóstico de diarrea crónica, después de varias justificaciones médicas y a pesar de los hallazgos endoscópicos, se aceptó cobertura del mismo por reporte de sangre oculta en heces positivo. TAC de abdomen con reporte de tumor en unión anorrectal sin invasión perirrectal ni evidencia de ganglios metastásicos (Fig 2). Se hospitalizó por urgencias para cobertura de gastos médicos mayores, sin

Autor de correspondencia:

Arturo Alón Sánchez-Valle

E-mail: arturoalonsanchez@gmail.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000057

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):89-90

www.endoscopia-ameg.com

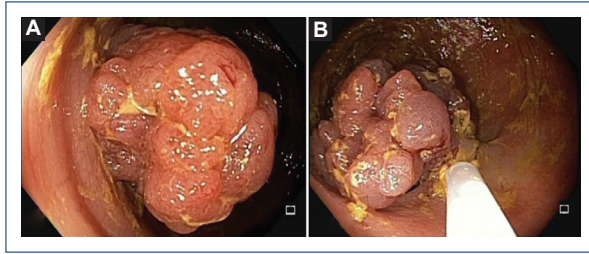


Figura 1. A) Polipo pediculado a 20 cm de margen anal. **B)** Reseccion endoscopica de la mucosa.



Figura 2. Imagen tomografica de pólipo en unión anorrectal.

embargo, fue difícil la aprobación para colonoscopia terapéutica por parte de aseguradora. Finalmente se realizó resección transanal de pólipo I y resección endoscópica de la mucosa de pólipo II (Fig 1B). Reporte histopatológico de adenocarcinoma ulcerado, moderadamente diferenciado, invasión a la muscular propia de pólipo I y adenocarcinoma in situ sin invasión a lamina propia y márgenes negativos en pólipo II (Fig 3). Se realizó resección abdominoperineal, con reporte histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2), márgenes negativos, invasión linfocascular, perineural e implantes vasculares negativos,

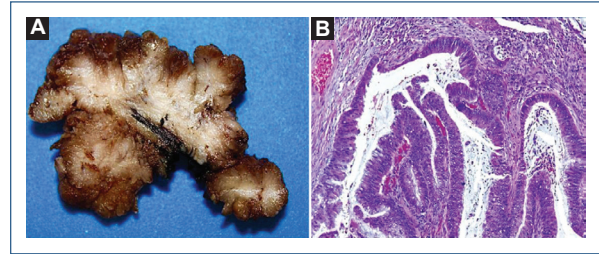


Figura 3. A) Imagen macroscópica de pólipo anorrectal, superficie externa vellosa con áreas lobuladas, de color café rojizo y granular. **B)** Imagen microscópica de pólipo anorrectal, infiltra la capa muscular propia, borde quirúrgico entintado.

27 ganglios examinados, 0 ganglios con metástasis, TNM patológico: pT2, pN0, pMX, G2, L0, V0, R0. Aseguradora nuevamente puso en tela de juicio decisiones médicas y cuestiono utilización de aditamentos necesarios durante cirugía (hemostáticos, antiadherentes, drenajes).

Resultados

El paciente se recuperó adecuadamente del procedimiento quirúrgico, con reporte de R0.

Conclusiones

En la actualidad existe una dificultad para darle solución a tratamientos en el ámbito privado, ya sean médicos o quirúrgicos respecto a la innovación y cambios tecnológicos, ahora menos invasivos acorde a tabuladores, en las cuales no existe una referencia específica de los nuevos procedimientos, tratándose de una situación administrativa que conlleva a retardo en el tratamiento oportuno de pacientes. Es necesario unir esfuerzos para crear consensos sobre estos tabuladores para poder ofrecer tratamientos más efectivos y menos invasivos en beneficio del paciente.