

Caso de responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹Departamento de Arbitraje. CONAMED

Motivo de la queja

Los familiares del paciente refieren que asistía a una clínica pública por molestias en pulmón derecho, brazo y pecho; por ello, solicitó reiteradamente al médico le hiciera radiografías o estudios empero, éste señalaba que sus pulmones estaban en perfectas condiciones. Posteriormente en servicios médicos particulares le diagnosticaron cáncer avanzado; regresó a la clínica pública donde le proporcionaron pase para neumología; en el hospital, el especialista indicó estudios de laboratorio y cita en dos meses por lo cual, solicitaron al Subdirector de la unidad traslado a oncología en otro hospital. Ahí le indicaron quimioterapia y radioterapia; después, las citas se establecieron cada mes; sin embargo, el enfermo se le dificultó asistir al hospital en las fechas previstas. Tiempo después se solicitó servicio de ambulancia, pues el paciente presentaba asfixia; el vehículo llegó una hora y media después, pero no tenía equipo de primeros auxilios; al llegar a urgencias, el médico le tomó la presión, pero no le puso oxígeno, dijo que iba a realizar electrocardiograma y posteriormente informó que el paciente había fallecido.

Resumen clínico

En el expediente de la Clínica Pública se registró: septiembre de 1998. "Masculino de 49 años de edad al que se diagnosticó enfermedad articular degenerativa en rodillas".

La siguiente nota del 1º de junio de 1999 señala: "El paciente refiere antecedentes de sinusitis 10 años atrás. Actualmente presenta constipación nasal, anosmia, malestar general, ardor faríngeo, mialgias y tos seca aislada; a la exploración física: peso 67.5 kg, talla 1.65 m, tensión arterial 120/70 mmHg, faringe hiperémica, semiobstrucción nasal izquierda; caries múltiples, campos pulmonares ventilados; ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia.

Diagnóstico: rinofaringitis crónica; probable desviación septal y/o rinitis. Se solicitan radiografías de senos paranasales; BAAR; eosinófilos en moco nasal; tiempo de protrombina y glucemia, se prescriben antibiótico y se da pase al servicio dental.

La radiografía del 15 de junio de 1999 reporta: "Engrosamiento de paredes de ambos senos maxilares, tabique no desviado". Laboratorio: "hemoglobina 13 g/dL; hematrocito 41, leucocitos 14,500 glucosa 98 mg/dL; eosinófilos en moco negativo". Se integró el diagnóstico de sinusitis maxilar y cuadro reumático, indicándose astemisol y piroxicam. Informa después de dificultad para respirar, disnea de pequeños y medianos esfuerzos, tos con flema amarillo-azulosa, sin sangre; elevaciones térmicas no cuan-

tificadas de dos meses de evolución; dolor en hemitórax posterior derecho; pérdida de peso 5 kg aproximadamente, astenia, somnolencia y cefalea. A la exploración física: decaído, con buena coloración de tegumentos, amígdalas hipertróficas (++); campos pulmonares con vibraciones vocales aumentadas en el lado derecho. Se solicitó radiografía de tórax, la cual muestra gran tumoración en parte media de hemitórax derecho. Se envía al paciente en forma urgente a neumología".

En el Hospital Público al que fue referido, otra radiografía de tórax encontró: "opacidad hilar redondeada, que ocupa hasta la periferia de la pared costal". Se diagnóstico cáncer pulmonar y se solicitaron exámenes de laboratorio, radiografía lateral de tórax y electrocardiograma. El paciente permaneció hospitalizado por cinco días, para estudio y tratamiento.

En el expediente no se encuentra la nota clínica de envío a oncología de otro hospital, mencionada en la queja, pues la siguiente nota es del 8 de julio de 1999 refiere que el enfermo estaba en control en esa especialidad por cáncer epidermoide de pulmón y tenía cita subsecuente. Estuvo hospitalizado del 10 al 12 de septiembre y del 5 al 7 de octubre de 1999, para recibir ciclos de quimioterapia.

Nota sin fecha señala: "La quimioterapia, no obtuvo respuesta: aparecieron metástasis en sistema nervioso central y hueso; el enfermo presenta incapacidad para deambular, encontrándose caquético, pálido, polipneico, quejumbroso, con hipoventilación pulmonar derecha; peso 52 kg. Se informó a los familiares del pronóstico del enfermo". El 3 de marzo del 2000, oncología reportó: "El paciente recibió radioterapia; el tratamiento concluyó el 27 de enero del 2000, sin embargo, presenta cuadro clínico de compresión medular, con pronóstico malo para la vida a corto plazo.

En el expediente existe solicitud de ambulancia del 11 de marzo del 2000, con indicación de llevar al paciente a urgencias. En la bitácora de ambulancias se anotó que el servicio inició a las 19:25 horas y concluyó a las 19:55 horas. Nota del mismo día a las 20:10 horas, reporta: "El paciente llegó en estado crítico, presentándose paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras de reanimación; se tomó trazo electrocardiográfico que resultó isoeléctrico; se informó al familiar y se elaboró certificado de defunción, con diagnóstico de cáncer broncogénico de 8 meses de evolución".

Análisis del caso

El asunto pericial estriba en establecer: Si existió mala práctica en el diagnóstico; Si existió demora y deficiencia en el traslado, y si ello condicionó el fallecimiento del paciente.

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones técnicas.

Atendiendo a la bibliografía, el carcinoma pulmonar constituye un problema de salud pública, pues el número de casos y muertes por dicho padecimiento van en ascenso. Se sabe que la causa principal es el tabaquismo y la sobrevida a 5 años, apenas alcanza el 13%.

Entre los cánceres pulmonares están los siguientes tipos: epidermoide; de células pequeñas; adenocarcinoma y de células grandes. El cáncer epidermoide corresponde a casi la tercera parte de todos los casos; se origina en la capa epitelial de la pared bronquial, como consecuencia de la lesión crónica o repetitiva provocada por el humo de los cigarrillos. Se localiza en las vías respiratorias de mediano y gran diámetro, crece hacia la luz bronquial causando obstrucción, a menudo el pulmón se colapsa y puede haber neumonía posobstruccionaria, pero a veces se desarrolla una cavidad en el tumor.

Los tumores suelen extenderse, por contigüidad, al parénquima pulmonar y estructuras vecinas, o invadir vasos linfáticos y alcanzar los ganglios, pero generalmente, permanecen dentro del tórax. Desde la aparición de la primera célula maligna, hasta la manifestación clínica, suele transcurrir un largo período; por ello, se ignora su existencia. Los síntomas más comunes de la enfermedad son: tos y hemoptisis, sin embargo, los fumadores soslayan o desconocen la importancia de los síntomas, en especial la tos, pues la atribuyen a bronquitis crónica originada por el tabaquismo; si se establece obstrucción bronquial aparece disnea y/o neumonía. Por otro lado, estructuras cercanas como esófago y corazón pueden ser afectados por invasión directa o compresión extrínseca.

Un método diagnóstico valioso es la radiografía de tórax, pues la presencia de nódulo o masa siempre debe hacer sospechar la existencia de cáncer, en especial, en el fumador intenso; también es posible encontrar linfadenopatía hilar o mediastinal y derrame pleural. La tomografía computarizada ayuda a definir la localización, tamaño y extensión del tumor. Por su parte, la broncoscopia, además de observar la extensión intrabronquial del tumor, permite la toma de muestras para estudio citológico e histopatológico.

Las principales formas de tratamiento del cáncer pulmonar son: cirugía, radioterapia y quimioterapia, con frecuencia se combinan dichos procedimientos, atendiendo, entre otros factores, a la localización y extensión de la lesión. Generalmente si el tumor se extendió a pleura o mediastino, suele considerarse no resecable, lo mismo si existen ganglios mediastinales contralaterales o metástasis extratorácicas. La respuesta a la quimioterapia depende de la variedad histológica; la radioterapia, en ocasiones, sólo es un tratamiento paliativo para detener o reducir el crecimiento del tumor.

En el presente caso, en el expediente analizado no se encuentra evidencia de que hubieran existido consultas previas al 1º de junio de 1999, por patología respiratoria; en esa fe-

cha, haber sospechado sinusitis y su confirmación radiológica fue acorde a la sintomatología referida por el paciente.

El hallazgo radiológico de tumoración pulmonar de grandes dimensiones, fue manejado en apego a la *lex artis* médica, pues el paciente fue referido al siguiente nivel de atención y enviado a oncología donde le dieron quimioterapia, sin embargo, el enfermo no respondió al tratamiento, sin que ello denote *mal praxis*.

En la información analizada, no existe prueba alguna, la cual demuestre que el diagnóstico de cáncer pulmonar se haya efectuado en medio privado, como aducen los familiares, por el contrario, del expediente se desprende que el citado diagnóstico se realizó en la clínica pública y por ello, el enfermo fue referido de forma urgente al hospital. No se encuentran elementos de mala práctica atribuibles al personal que atendió al paciente en esta clínica.

A mayor abundamiento, en el hospital público, se estableció control y seguimiento del paciente, se detectaron metástasis en sistema nervioso central y se complementó el manejo con radioterapia, sin embargo, la enfermedad progresó, siendo el pronóstico malo desde el momento en que se diagnosticó la neoplasia; de ello fueron informados los familiares.

Cabe destacar, lo señalado en la queja, en cuanto a que el paciente faltaba a sus citas por la dificultad para desplazarse, pues ello impidió una vigilancia más estrecha. Ahora bien, atendiendo a los registros de la bitácora de ambulancias, no se observa deficiencia en dicho servicio, ni la demora aducida por los familiares, el fallecimiento del paciente fue producto de la historia natural de la enfermedad.

Conclusiones

El paciente no había manifestado sintomatología pulmonar en las primeras consultas de la clínica pública, por ello, no se observa *mal praxis* atribuible al personal de dicha unidad.

Ante la evidencia radiológica de tumoración, el envío a neumología y oncología, así como el manejo quimioterápico se apegaron a la *lex artis* médica.

La falta de respuesta a la terapéutica no entraña *mal praxis*, pues se trata de una reacción individual impredecible.

No se observa relación causal entre la atención médica proporcionada y el deceso; se trataba de un enfermo terminal, que había omitido el autocuidado de su salud (tabaquismo y alcoholismo crónicos, así como falta de apego al tratamiento médico).

Referencias

1. Weinberger SE. Cáncer del pulmón; aspectos etiológicos y anatómopatológicos, aspectos clínicos neumología. Cap. 20-21. Pág. 248-69. 2ª. Ed interamericana McGraw-Hill, 1994.
2. Deslauriers J, Gregoire J. Clinical and surgical staging of non small cell lung cancer. Chest 2000; 117: 96S-103S.
3. Johnson B. I ocuily advanced unresectable non small cell lung cancer. Chest 2000; 117: 123S-126S.
4. Johnson D. Evolution of cisplatin based chemotherapy in non small cell lung cancer. Chest 2000; 117: 133S-137S.