

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **44**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2001**

Artículo:

Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Caso de responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche,¹ Edgar Díaz García¹

¹Departamento de Arbitraje.

Queja

La enferma de 80 años de edad, con arritmia cardiaca de año y medio de evolución; asistió a hospital público al norte de la República; como consecuencia del tratamiento presentó sueño, disminución del apetito y pérdida de la memoria; al no observar mejoría, los familiares decidieron continuar su tratamiento en hospital particular, donde se diagnóstico derrame pleural, se ordenó tomografía y se llamó al cardiólogo quien indicó ecocardiografía. La paciente fue por su propio pie a efectuarse dichos estudios; 20 minutos después, la enferma comenzó a sentirse muy mal, con dolor intenso en abdomen y al solicitar ayuda, no había personal profesional, ni equipo para su atención, la cual no recibió en más de dos horas, a pesar de encontrarse en un hospital. Finalmente, una radióloga, la revisó, y al no encontrar presión arterial la envió a observación, de donde a su vez, fue trasladada a terapia intensiva. Ahí se detectó falla múltiple y la paciente falleció, informándose a la familia que todo se debió a choque anafiláctico, situación que no se hizo evidente en el certificado de defunción.

Resumen clínico

Femenino de 80 años de edad, con antecedente de padecimiento cardíaco, manifestado por arritmia de año y medio de evolución. Trazo electrocardiográfico de reposo en 1996, rítmico, frecuencia cardiaca 90 por minuto y complejo QRS 0.12 seg., ensanchado. En 1997 por disnea súbita, acompañada de estertores, fue llevada a urgencias de hospital público, donde se diagnosticó cardiopatía aterosclerosa en fibrilación auricular con respuesta alterna. Los reportes médicos señalan que el electrocardiograma mostró datos de bloqueo avanzado de rama izquierda, así como carreras de fibrilación auricular; fue manejada con digoxina.

Ultrasonografía de 1997, reporta: “imagen que sugiere derrame pleural bilateral de predominio derecho. Litiasis vesicular múltiple.” Examen de líquido pleural: “líquido sinovial: volumen 2.5 mL., pH 8, aspecto transparente, color amarillo.”

Ocho días después, la paciente fue atendida en el hospital particular No. 1; biometría hemática: leucocitos 5,3000; segmentados 77%; hemoglobina 13.9; hematócrito 42%; plaque-

tas 128,000; glucosa 10; urea 55; creatinina 1.6; bilirrubina total 1.9; directa 0.9; indirecta 1.; proteínas totales 6.4; albúmina 3.5; globulinas 2.9; TGO 26; TGP 19; fosfatasa alcalina 60; DHL 241; sodio 146; potasio 3.9; cloro 117; examen general de orina; densidad 1,030; pH 5; cuerpos cetónicos (+); leucocitos 1 a 2 por campo; células epiteliales escasas; bacterias moderadas”. Se solicitaron tomografías de tórax y abdomen.

Ese mismo día, la enferma fue referida al cardiólogo, quien reportó telefónicamente al médico tratante, que la paciente presentaba cardiomegalia; derrame pleural, probable ascitis, ictericia, desnutrición extrema y pérdida de más de 15 kg en dos meses. Se solicitó ecocardiograma.

Cinco días después de esta atención, los familiares informaron al médico tratante que la paciente tenía dos días sin comer ni tomar líquidos, un día sin orinar y presentaba dificultad respiratoria. Al día siguiente, la enferma fue llevada al hospital particular No. 2.

Según los registros del expediente, a las 13:00 horas la enferma asistió al Departamento de Radiología, donde se le indicó ingerir solución de medio de contraste hidrosoluble (235 cc de agua por 15 mL de Telebrix TC). Se informó a los familiares que el estudio se realizaría en hora y media. Veinte minutos después de la ingestión, la paciente presentó dolor abdominal intenso, con deseos de vomitar y evacuar.

Posteriormente la enferma entró caminando pero al momento de acostarla en la camilla del aparato y darle la posición, el personal decidió que la paciente no se encontraba en condiciones para realizar el estudio, pues presentaba incipiente insuficiencia respiratoria y tensión arterial debajo de lo normal. Se informó a los familiares que el estudio debía ser suspendido y que dadas las condiciones de la enferma, era necesario pasarla a urgencias para su estabilización.

La nota de ingreso a urgencias de las 17:00 horas refiere: “Paciente en la novena década de la vida, procedente de radiología donde se realizaría tomografía abdominal, se le dio medio de contraste vía oral; ingresa a la unidad con datos de dificultad respiratoria, y en estado de choque, con cifras tensionales de 00/00, hemodinámicamente inestable, gasométricamente con acidosis metabólica, probablemente secundaria a insuficiencia renal crónica, se coloca venoclisis y se pasa a terapia intensiva para monitoreo estrecho, se colocó sonda Foley, la cual se encuentra bien colocada, pero sin salida de

orina. Diagnósticos: choque distributivo; insuficiencia cardíaca congestiva; insuficiencia renal crónica; acidosis metabólica secundaria; síndrome consuncional en estudio. Manejo: ayuno, semifowler, sonda Foley a derivación, oxígeno por puntas nasales (3L/min.), soluciones parenterales, pentalmidón (500 cc en carga), dopamina dos ampollas. Estado de salud grave. Pronóstico reservado”.

Una hora después, nota de ingreso a terapia intensiva menciona: “problemas insuficiencia cardíaca congestiva con congestión hepática, hiperbilirrubinemia, derrame pleural bilateral, choque mixto (distributivo y séptico), trastornos del ritmo cardíaco, bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BCRIHH). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con proceso infeccioso agregado. Insuficiencia renal crónica agudizada. Tensión arterial no audible; frecuencia cardíaca 79, frecuencia respiratoria 28, temperatura 36.5°C, anuria; Glasgow 15/5, mala distribución de líquidos; ingurgitación yugular; tórax con hipotrofia muscular, con uso de músculos accesorios de la respiración, ruidos cardíacos poco audibles, rítmicos; electrocardiograma BCRIHH, frecuencia cardíaca 63 por minuto, AQRS-40°; estertores crepitantes y subcrepitantes bilaterales diseminados, sibilancias; abdomen con resistencia muscular voluntaria, blando y depresible, hepatomegalia, hipomotilidad; edema (+++)”. Laboratorio: “Hemoglobina 15, hematócrito 46%, leucocitos 18,5000, linfocitos 6%, neutrófilos 91%, banda 8% y segmentados 83%, plaquetas 117,000; TGO 823 UI, DHL 1227 UI, CPK 316 UI, fracción MB 41 UI; glucosa 129, nitrógeno ureico 83, creatinina 3.6, ácido úrico 9.5, colesterol 132; electrolitos séricos: sodio 136.9, potasio 5.7, cloro 96.

Una hora con veinte minutos después, otra nota señala: “paciente que persiste con acidosis metabólica a pesar de administración de bicarbonato de sodio, por ello se continúa administrando éste, así como dopamina por hipotensión persistente, persiste anúrica, desarrolla bradicardia y apnea sin respuesta, por ello, se dan por terminadas las maniobras de reanimación con los diagnósticos finales de: insuficiencia cardíaca crónica con congestión hepática crónica y aguda pulmonar. Insuficiencia renal aguda. Acidosis mixta.

El certificado de defunción reporta como causas de la muerte: a) Insuficiencia cardíaca. b) Insuficiencia hepática. c) Cardiopatía isquémica de tres años de evolución”.

Análisis del caso

La insuficiencia cardíaca es la incapacidad del corazón para enviar la cantidad de sangre suficiente que cubra los requerimientos del organismo. Una de las formas de la insuficiencia cardíaca, es de corazón derecho, con estado hipoperfusorio pulmonar y llenado deficiente a cavidades izquierdas del corazón, esto conduce a hipoperfusión sistémica, así como a estado congestivo venoso, caracterizado por ingurgitación

yugular, y en casos crónicos ascitis y edema de miembros inferiores.

Las disritmias cardíacas, pueden ser bradiarritmias con reducción del gasto efectivo, por disminución del volumen de bombeo del corazón, debido a menor número de latidos o bien, taquiarritmias, en las cuales esté aumentado el número de latidos del corazón, con gasto cardíaco bajo, debido a llenado incompleto de los ventrículos.

Por otro lado, la literatura señala que la fibrilación auricular es un caos eléctrico de las aurículas, que produce pérdida de la contracción sincronizada y deficiente llenado ventricular, debido a dilatación de la aurícula izquierda, que retrógradamente se transmite hacia las venas y capilares pulmonares, dificultando la hematosi, con disnea, cianosis y debilidad generalizada.

La fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida es una forma de taquiarritmia con bajo gasto cardíaco efectivo y requiere medicación con digitálicos para regular la respuesta ventricular, así como tratamiento de la etiología, a fin de solucionar el mecanismo que lo produce (daño miocárdico, hipertrofia ventricular, isquemia miocárdica, entre otros).

Otro de los riesgos es la formación de trombos en la aurícula izquierda, y la posibilidad de émbolos hacia la circulación sistémica, con infartos a diversos niveles (cerebrales, oculares, vísceras toraco-abdominales, entre otros); esto requiere tratamiento anticoagulante.

Así mismo, la bibliografía especializada refiere que la cardiopatía aterosclerosa, consiste en la formación de placas de ateroma en las arterias coronarias, con disminución de la irrigación sanguínea al miocardio y la imposibilidad de satisfacer las necesidades metabólicas del corazón, constituyéndose la cardiopatía isquémica que clínicamente puede presentarse de la siguiente forma: angina de pecho, infarto agudo del miocardio, y muerte súbita consistente en el fallecimiento dentro de una hora de iniciado el evento agudo.

En el presente caso, la paciente presentaba enfermedad crónica por insuficiencia cardíaca congestiva venosa; edemas; gran cardiomegalia; disritmia por fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y de tipo aterosclerosa. Estaba en estudio pues existía la sospecha de padecimiento neoplásico, (tenía ataque al estado general e importante pérdida de peso 15 kilogramos en 2 meses), así también, presentaba derrame pleural bilateral de predominio derecho; éste fue confirmado mediante ultrasonido.

Del expediente se desprende, que el médico tratante era sabedor del estado de gravedad de la enferma. Así mismo, sabía un día antes de la realización del estudio, que la paciente tenía 48 horas sin comer, incluso sin tomar líquidos, presentaba 24 horas de anuria y la disnea se había incrementado de manera importante, cursaba con ictericia y estaba en anasarca. Por ello, la obligación inmediata era citar a la paciente para valorar su estado de salud y corregir los problemas antes señalados. A

mayor abundamiento, el médico tratante conocía que la enferma tenía gran cardiomegalia, derrame pleural, desnutrición extrema y había perdido más de 15 kg en dos meses.

En esos términos, se puede afirmar que su estado de salud era grave y ameritaba hospitalización inmediata, por ello, resulta inexplicable la actitud contemplativa del médico tratante, al no indicar a la hospitalización, pues era imprescindible intentar estabilizarla. De igual forma, se observa una actitud inexplicable de los familiares, pues dejaron pasar seis días desde la indicación de los estudios, hasta la realización de los mismos, contribuyendo así a que el estado de salud de la paciente se agravara.

Así las cosas, la paciente fue llevada a las 13:00 horas al hospital No. 2, solicitando fueran realizados los citados estudios. La obligación del personal de dicho hospital, era valorarla antes de efectuar los estudios, pues si bien los exámenes solicitados no eran métodos invasivos, para efectuarlos era necesario que la enferma se encontrara en condiciones favorables para su realización, pues para los cortes tomográficos es necesario que el paciente se mantenga quieto; en forma intermitente, durante el estudio, se solicita permanezca en apnea por algunos segundos, sin embargo, y ante su estado (insuficiencia respiratoria), esto era imposible.

El estudio debió ser diferido hasta mejorar sus condiciones, a fin de no poner en riesgo su salud. Sin embargo, del expediente se desprende, que no había personal médico en el Servicio de Radiología, para valorar a la enferma antes de la realización del estudio. Merced a ello, incumplieron su deber de cuidado, pues soslayaron las condiciones en que se encontraba la paciente, indicándole ingiriera la solución con medio de contraste hidrosoluble.

Al respecto, es menester señalar que el estudio solicitado era tomografía axial computada de abdomen contrastada, para ello se utilizó “tebrix TC” (15 cc), medio de contraste hidrosoluble que debe administrarse por vía oral, con la finalidad de opacificar el tubo digestivo, precisar su anatomía y contrastar con otros órganos (páncreas, hígado, riñones, entre otros), para ello se requiere un intervalo de tiempo, antes de iniciar los cortes tomográficos, por ejemplo, según reporta la literatura, para estómago y páncreas se requieren 20 a 30 min, después de haber ingerido la solución.

La paciente presentó dolor abdominal intenso. Ante este hecho, la literatura médica señala: el medio de contraste hidrosoluble es de tipo yodado, y al ser administrado por vía oral puede producir efectos adversos, transitorios. En este caso, según se mencionó, el medio de contraste administrado a la paciente estaba diluido en términos de lo reportado por la bibliografía; así mismo, la dosis y dilución eran correctas.

Del expediente se desprende que la sintomatología que presentó la enferma (dolor abdominal intenso), no parece atribuible a reacción de tipo anafiláctico. Sin embargo, es un hecho que ante el dolor intenso que presentó, no recibió ningún tipo de atención hasta una hora y treinta minutos des-

pues, lo cual demuestra falta de auxilio médico por parte del personal de radiología del hospital particular No. 2; tal hecho atendiendo a los artículos 51 de la Ley General de Salud; 19 fracción I; así como de los artículos 21, 71 y 72 del Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, por lo que es evidente la mala práctica.

Es importante hacer notar, que la paciente no debía ser sometida a ese estudio pues la paciente estaba en condiciones de gravedad, y, debió ser hospitalizada de urgencia. Sin embargo, por la mala práctica se dejó a la enferma a su libre evolución, ni siquiera asistió algún médico a revisarla por espacio de una hora treinta minutos; no se percataron que la paciente tenía un infarto en evolución, (cuadro clínico, trazo electrocardiográfico y enzimas cardíacas), de por lo menos cuarenta y ocho horas.

La familia atribuye el origen del problema a anafilaxia pero médicamente no es atribuible a reacción de tipo anafiláctico. La verdadera etiología era un infarto en evolución, con insuficiencia respiratoria aguda, y dolor abdominal intenso. Lo anterior, hace tener por cierto que el personal de radiología no revisó siquiera a la paciente cuando les fue presentada. Y que en dicho servicio, nunca recibió auxilio del personal médico.

Afirman que la paciente ingresó a la sala de aparatos por su propio pie; pero al proceder a su colocación se percataron que la enferma no se encontraba en condiciones para el mismo, dado que presentaba incipiente insuficiencia respiratoria y la presión arterial estaba por debajo de lo normal, lo cual fue confirmado en el servicio de urgencias. En ese sentido, resulta inexplicable que la paciente ingresara por su propio pie a la sala de radiología. Existen pues elementos de mala práctica atribuibles al personal de radiología del hospital particular No. 2, por su actitud contemplativa, ante la sintomatología que presentaba la paciente.

Existió también dilación para el ingreso de la enferma al servicio de urgencias pues transcurrieron dos horas con cincuenta minutos, desde que la paciente inició el dolor abdominal intenso, hasta su ingreso a urgencias. En dicho servicio, se establecieron los diagnósticos de choque distributivo, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal crónica, acidosis metabólica secundaria y síndrome consuncional en estudio. El choque es un estado que genera la incapacidad del aparato circulatorio para mantener la perfusión celular, con reducción del aporte de oxígeno y otros nutrimentos a los tejidos, lo que produce disfunción celular y finalmente orgánica, que se torna irreversible de no ser corregida a tiempo.

El choque distributivo se debe a vasodilatación periférica profunda; el gasto cardíaco puede estar normal o elevado, pero las presiones de perfusión orgánica y tisular son insuficientes. En este caso, el diagnóstico diferencial debe efectuarse con anafilaxia, sobredosificación por medicamentos o drogas, choque neurogénico, séptico o endocrinológico, pues un paciente puede presentar más de un tipo de choque al mismo tiempo.

En el caso de la anafilaxia, aparecen manifestaciones angioedematosas (proceso edematoso profundo de la piel, edema de epiglotis y laringe principalmente) y urticarianas (erupción cutánea, prurito) por la liberación de histamina endógena. El diagnóstico depende, en gran medida, de la anamnesis precisa, en la cual se demuestre la instauración de signos y síntomas atribuibles a la introducción de un antígeno, por lo general mediante inyección o, con menos frecuencia por ingestión.

El choque cardiogénico es consecuencia de grave depresión de la función cardiaca. La causa más frecuente es el infarto del miocardio asociado con pérdida considerable de masa muscular (40% del ventrículo izquierdo) aunque, el infarto extenso del ventrículo derecho, también puede precipitar el choque cardiogénico.

El estado de choque es una urgencia; en general, las pruebas habituales consisten en radiografía de tórax, electrocardiograma, gasometría arterial, electrolitos, hemograma completo, entre otras, que dependen de los problemas identificados en la exploración inicial. Así mismo, según reporta la literatura, resulta útil el cateterismo de cavidades derechas, mediante catéter con punta de balón, dirigido por el flujo (Swan-Ganz), pues los perfiles hemodinámicos varían atendiendo a las categorías del choque. El paciente debe ser atendido en la unidad de cuidados intensivos, con monitorización electrocardiográfica continua a fin de detectar los trastornos del ritmo y medición de la presión arterial latido a latido. La pulsioximetría ayuda a detectar las fluctuaciones en la oxigenación arterial. De igual forma, debe realizarse medición seriada de las presiones de llenado de ambos ventrículos y del gasto cardiaco. Para vigilar la progresión del enfermo y controlar los efectos terapéuticos, es obligado medir los gases en sangre arterial, electrolitos séricos, calcio, fósforo, magnesio y efectuar, como se mencionó, hemograma completo, pruebas de coagulación, además de otros estudios que se estimen pertinentes, atendiendo al caso en particular. La frecuencia de los estudios depende de la evolución clínica y la respuesta al tratamiento.

Atendiendo a las formas de choque, se debe instaurar tratamiento selectivo de los procesos de base. En la especie, el tratamiento del choque cardiogénico debido a infarto del miocardio, reducir la isquemia miocárdica y salvar el miocardio isquémico con daño reversible.

Las medidas iniciales deben comprender, administración de oxígeno de forma complementaria y nitroglicerina. La colocación de bomba intra-aórtica de balón, reduce la poscarga ventricular, mejora la función miocárdica y disminuye la demanda de oxígeno del miocardio, al tiempo que mejora la presión de perfusión coronaria. Está indicada ecocardiografía o cateterismo de cavidades derechas, aunque también puede realizarse angiografía coronaria de urgencia para definir la anatomía e intentar la revascularización. Otra alternativa, es la administración de preparados trombolíticos. En igual sentido, debe valorarse el soporte cardiovascular mediante la

combinación de fármacos inotrópicos (dopamina, dobutamina o amrinona), sobre todo en los enfermos que no responden a un sólo grupo terapéutico.

En el caso presente ninguna de las maniobras mencionadas en los párrafos que anteceden se realizó, por lo tanto, es notoria la mala práctica. La paciente presentó estado de choque, y fue trasladada al servicio de urgencias, donde se diagnosticó choque distributivo, insuficiencia cardiaca congestiva; insuficiencia renal crónica, acidosis metabólica secundaria y síndrome consuncional en estudio. Evidentemente, se trataba de estado de choque, pues según reportan en la nota de ingreso al citado servicio, las cifras tensionales eran 00/00 y la enferma se encontraba hemodinámicamente inestable, en acidosis y dieron únicamente expensores del plasma y dopamina. Partiendo de la base que se trataba de un infarto, también existe mala práctica. Y los registros médicos del citado servicio, no aparece nota alguna que señale el diagnóstico diferencial, con relación al tipo de choque. El manejo fue contemplativo para el estado de gravedad de la paciente, no existe evidencia del necesario monitoreo hemodinámico, durante el tiempo que permaneció en el servicio de urgencias (una hora).

Por lo que hace a la atención en la unidad de cuidados intensivos, tampoco se ajustó a la *lex artis*, pues no se valoró el estado hemodinámico, no se realizó ecocardiograma, así mismo, no se demuestra la instalación de catéter PVC, ni de flotación o Swan-Ganz. De igual forma, hablan de que la paciente presentaba choque distributivo, empero, al igual que en el servicio de urgencias, no se menciona diagnóstico diferencial para identificar el tipo de choque, por ende, tampoco se le brindó el tratamiento para tal entidad. En esos términos, el personal de cuidados intensivos observó mala práctica.

Existe evidencia de que en dicho servicio no se otorgó el tratamiento necesario, siendo el manejo contemplativo, sólo refieren la administración de dopamina a dosis no precisadas y no refieren si estudiaron la respuesta al manejo; es decir no existen reportes de monitoreo hemodinámico, pese a ser evidente el deterioro de la paciente.

En el expediente existe fotocopia de electrocardiograma, así como reporte de determinación de enzimas cardiacas, ello hace evidente que se sospechó infarto agudo del miocardio, sin embargo, pese a este hecho no brindaron el tratamiento necesario. Está, pues, demostrado que la paciente presentó choque cardiogénico por infarto agudo del miocardio. A mayor abundamiento, el trazo electrocardiográfico, muestra que la paciente presentaba bloqueo completo de rama izquierda del haz de His y desnivel positivo de ST en DI y AVL; en las precordiales derechas (V1 a V3), se observa onda R embrionaria. Este hallazgo en presencia de bloqueo completo de rama izquierda, es sugestivo de necrosis miocárdica en la región antero-septal. En ese sentido, atendiendo al cuadro clínico, el citado trazo electrocardiográfico y el reporte del perfil cardiaco (CPK 316 UI; fracción MB 41 UI; TGO 823 UI y DHL

1227 UI), se demuestra que la enferma presentó infarto en evolución extendido que originó choque cardiogénico, deterioro por insuficiencia renal y respiratoria agudas y acidosis metabólica severa, evolucionando al paro cardiorrespiratorio irreversible. Sin embargo, la paciente no falleció a consecuencia de la mala práctica; en efecto el problema cardiogénico de base existió antes de su presentación al hospital, por lo tanto no se puede atribuir a mala práctica.

Por otro lado, se hace notar que la literatura médica reporta que el 70% de los pacientes con choque cardiogénico son irrecuperables, por lo tanto y pese a todo, no se puede atribuir a mala práctica.

Conclusiones

El médico tratante incurrió en mala práctica al mostrar una actitud contemplativa ante el estado de gravedad de la paciente.

El personal del Servicio de Radiología del Hospital No. 2, observó mala práctica al no valorar a la enferma antes de efectuar los estudios.

La paciente falleció a causa de choque cardiogénico por infarto agudo del miocardio y no existió anafilaxia. En ese sentido, el personal de los Servicios de Radiología, Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital No. 2 incurrió en mala práctica, pues según se acreditó, existió omisión de auxilio médico en el primer servicio y falta de cumplimiento a los medios de diagnóstico y tratamiento por los siguientes.

Referencias

1. Smith CM, Reynard AM. "Farmacología". Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V. 1a. reimpresión. México 1998.
2. Guyton AC, Hall JE. "Fisiología y fisiopatología". Editorial: McGraw-Hill. Interamericana. 6a. edición. 1998.
3. Willis Hust J et al. "The heart". Editorial Interamericana McGraw-Hill. 7a. edición 1990.
4. Tierney LM, Mc. Phee SJ, Papadakis MA. "Current medical diagnosis and treatment". Editorial: McGraw-Hill. 39a. edición. International Edition 2000.
5. Topol EJ, et al. "Textbook of interventional cardiology". Editorial: Saunders. 3a. edición 1999.
6. Gisbert Calabuig Juan Antonio. "Medicina legal y toxicología". Editorial Masson. 5a. edición, España.