

## Revista de la Facultad de Medicina

Volumen  
Volume **46**

Número  
Number **6**

Noviembre-Diciembre  
November-December **2003**

*Artículo:*

### Iatrogenia

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
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](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

## Caso clínico

**Iatrogenia**

Nicandro Mendoza-Patiño,<sup>1</sup> José Luis Figueroa-Hernández,<sup>1</sup> Yolanda Rojas-Mejía,<sup>1</sup> Marte Lorenzana-Jiménez,<sup>1</sup> Alfonso E Campos-Sepúlveda,<sup>1</sup> Enrique Gijón-Granados,<sup>2</sup> Samuel Santoyo-Haro,<sup>3</sup> Teresa Cortés-Gutiérrez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Farmacología.

<sup>2</sup> Departamento de Fisiología.

<sup>3</sup> Secretaría General.

<sup>4</sup> Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, UNAM.

*Los médicos usan medicamentos de los que saben poco, para tratar enfermedades de las que saben menos en pacientes de los que no saben nada.*

**Voltaire, S. XVIII**

Médico de 66 años, ingresó inconsciente a urgencias de un hospital privado de 3er nivel de atención, en el Sur del D.F. Interrogatorio indirecto: diarrea aguda, líquida, amarillo-verdosa, con restos de alimentos al principio y casi pura agua después, 6 evacuaciones/24 horas, de varios días de evolución, sin otras manifestaciones; *Automedicado* durante 3 días con ampicilina (penbritin), cápsulas de 500 mg, 1 g c/8 horas, VO, con lo que desapareció la diarrea. Cinco días después por la mañana, recayó; la diarrea fue más intensa y frecuente, y presentó sopor hasta quedar inconsciente 12 horas después. Exploración física: Paciente inconsciente con TA 130/90 mmHg, FC 90/min, FR espontánea 17/min, T 36°C, complexión gruesa y lesiones en la lengua; internado y aislado: “infectocontagioso”. Indicações: solución salina fisiológica (SSF), 1,000 mL para 6 horas, IV; estudios: BH, QS, EGO y reacciones febriles. Ocho horas después el paciente recuperó el conocimiento y la QS reveló glucosa de 160 mg/dL; durante la visita médica se le preguntó: ¿Es usted epiléptico, diabético o insuficiente renal?, lo cual fue negado y explicó: “Las lesiones en mi lengua se deben a una prótesis bucodental reciente y mal ajustada, y tomé ampicilina que produce falsos positivos en la glucemia”. Se ordenó determinar la glucemia cada 12 horas y un nefrólogo, quien resultó exalumno del paciente, al revisarlo no encontró datos de insuficiencia renal, confirmada por la recolección de orina de 24 horas. Las dos glucemias siguientes resultaron normales.

Durante tres días el paciente recibió solución salina fisiológica con dextrosa al 5%, que resultaron en exceso, ocasionándole respiración tipo Cheyne-Stokes-Adams. *El paciente, angustiado, le exigió al internista que agregara bicarbonato de sodio al líquido parenteral*; el internista contrariado agregó “una pequeña cantidad”, se retiró y 30 min después regresó con el nefrólogo quien opinó “es que están disueltos

los carbonatos de su cuerpo”. El internista preguntó “¿cuánto le pongo?” y el nefrólogo dijo “vamos a la oficina para calcular los mEq que requiere el paciente”. Enseguida la enfermera agregó el bicarbonato prescrito. En minutos, la respiración se normalizó. Además, indicaron *clorotiazida*, 40 mg c/12 horas, VO, y una sola dosis de *furosemida*, IV, lo cual produjo poliuria y polaquiuria; 24 horas después presentó retención de líquidos con distensión dolorosa en hipogastrio, por lo que suspendieron los diuréticos e indicaron sondeo vesical; al instalarle la sonda *el paciente presentó vómito alimenticio*. Se solicitó interconsulta con el urólogo, quien ya conocía al enfermo desde hacía 3 meses, por prostatismo, después de revisarlo ordenó “estudio de antígeno prostático” que resultó elevado y propuso prostatectomía de inmediato. El paciente consintió y firmó la autorización.

La cirugía se realizó con éxito; sin embargo, 6 horas después presentó hemorragia importante a través de la herida quirúrgica; fue llevado de emergencia al quirófano para ser reintervenido. Al llegar *el paciente se sintió obnubilado, no obstante se percató de que las enfermeras y los médicos no podían canular las venas periféricas y alcanzó a sugerirles que le canularan la yugular antes de quedar inconsciente*. Ya reoperado y cohibida la hemorragia, recuperó la conciencia 24 horas después y fue mantenido en terapia intensiva por 24 horas más, luego se le trasladó a piso y se le mantuvo en observación y tratamiento; por la noche el urólogo indicó una tableta de 2 mg de *terazosín* y solicitó interconsulta con el *cardiólogo*; a las 8 horas de la mañana siguiente éste le exploró y tomó un ECG, el cual mostró alteraciones del segmento ST, sugestivas de angina de pecho y probable infarto al miocardio amplio; propuso al paciente la necesidad de pasarlo a la Unidad Coronaria, realizarle un cateterismo coronario y proponía la necesidad de instalar un puente (bypass) coronario, por cirugía. *El paciente no aceptó y pidió que repitieran el ECG, ya que además de no tener síntoma alguno sugerente de infarto ni de angina, comentó “a menudo me someto a prueba de esfuerzo, ante la necesidad de subir hasta el décimo piso del edificio en que vivo, cuando se va la luz*

y no funciona el elevador, y no he tenido ningún problema; además, recuerde que el terazosín que me dieron anoche tiene una vida media de 8 horas, aún está actuando y como efectos colaterales produce constipación, taquicardia, palpitaciones y dolor precordial". El cardiólogo dijo: No, no,

yo no estoy inventando nada, vea su electro. No, yo no digo que usted invente, pero por favor revise los datos acerca del terazosín en el libro *Drug Evaluations Annual*, de la Asociación Médica Americana, de este año. Por la tarde regresaron los terapeutas, encabezados por el *Jefe de Cardiología*, quien

**Cuadro 1.** Códigos médicos internacionales.

Juramento hipocrático	Grecia, S.V a C.	
Juramento médico (declaración de Ginebra)	Ginebra, Suiza 1948	Enmienda, 1968 Sidney, Australia
Código Internacional de Ética Médica. III Asamblea Médica Mundial (AMM)	Londres, Inglaterra, 1949	Sidney, Australia, 1968
Regulaciones en tiempo de conflicto armado	Habana, Cuba, 1956	Estambul, Turquía, 1957
<b>Declaración de Helsinki (DH)</b> , guía la investigación en seres humanos, XVIII AMM. Experimentación terapéutica; experimentación no terapéutica	Helsinki, Finlandia, 1964	
Declaración de Sidney: Sobre la muerte. XXII AMM	Sidney, Australia, 1968	
Declaración de Oslo: Aborto terapéutico. XXIV AMM	Oslo, Noruega, 1970	
Declaración de Tokio. Contra la tortura. XXIX AMM. Modificaciones a la DH	Tokio, Japón, 1975	
XXXV AMM. Modificaciones a la DH	Venecia, Italia, 1983	
XLI AMM. Modificaciones a la DH	Hong-Kong, 1989	
XLVIII AMM. Modificaciones a la DH	Somerset West, República de Sudáfrica, 1996	
LII AMM. Modificaciones a la DH	Edimburgo, Escocia. 2000	
Médicos por la Paz	Siglo XX (1994?)	
Creación en México de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1997		

**Cuadro 2.** Juramento hipocrático.

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higia y Panacea y por todos los Dioses y Diosas, a quienes pongo por testigos de la observancia del siguiente juramento que me obligo a cumplir lo que ofrezco con todas mis fuerzas y voluntad. Tributaré a mi maestro de medicina el mismo respeto que a los autores de mis días partiendo con él mi fortuna, socorriéndolo si lo necesitase; trataré a sus hijos como a mis hermanos, y si quisieran aprender la ciencia se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se unan bajo el convenio y juramento que determina la Ley Médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso según mis facultades y mi entender, evitando todo el mal y toda injusticia. No accederé a las pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni induciré a sugerencias de tal especie; me abstendré igualmente de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la Talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla. En cualquier casa que entre no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos, librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras, y evitando sobre todo la seducción de las mujeres o de los hombres libres o esclavos. Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos. Si observo con fidelidad mi juramento. Séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria.

**Cuadro 3.** Normas éticas y legales de la prescripción.

1. La prescripción de medicamentos siempre debe quedar asentada en un documento (receta)
2. Utilizar sólo medicamentos con seguridad y eficacia demostradas
3. Prescribir únicamente el o los medicamentos indispensables
4. Seleccionar el medicamento que produzca el mayor beneficio y el menor daño al paciente
5. Diseñar el esquema posológico óptimo para cada paciente (dosis, forma farmacéutica, vía, intervalo, duración)
6. Sin detrimento de la eficacia terapéutica ni de la seguridad de los medicamentos, considerar la economía del paciente o sus familiares, al seleccionar el o los medicamentos.
7. Abstenerse de establecer contubernio con los sistemas de producción, distribución y venta de los medicamentos
8. Garantizar que la receta contenga los requisitos legales y las instrucciones necesarias para su uso adecuado
9. Utilizar el recetario oficial para la prescripción de "estupefacientes"
10. Cumplir con las disposiciones de la Ley General de Salud Mexicana, en relación con la prescripción de los medicamentos, utilizando siempre su nombre genérico

le dijo al paciente: *Desgraciadamente usted tenía razón, tire esas pastillas a la basura, pero no creo que le hagan daño los parches de nitroglicerina que le ordené.* A la mañana siguiente repitieron el ECG, el cual resultó normal para la edad del paciente, quien ya deambulaba, estaba en franca recuperación y en buenas condiciones generales de salud y el urólogo le dio de alta, afirmando que sus datos urológicos estaban normales; sin embargo, ya en su domicilio, el paciente requirió de sondeo intermitente por un médico, durante 72 horas más.

No obstante los errores médicos que indujeron complicaciones calificadas de *iatrogenia*, luego de ser dado de alta y después de 3 días de evolución favorable en casa, el paciente entró en franca recuperación, permitiéndole a los 30 días reanudar las actividades propias de su profesión.

### Comentario

El caso permite destacar la relevancia de establecer diagnósticos lo más juicioso y preciso posibles, para evitar los problemas de la iatrogenia, por fármacos que se prescriben de manera común y cotidiana, que pueden alterar las constantes de laboratorio, como la glucemia, y por tanto inducir diagnósticos erróneos; así mismo, que los medicamentos de alta especialidad, como los bloqueadores adrenérgicos alfa 1, pueden colateralmente alterar funciones vitales, como la cardiovascular, que de no ser reconocidas por un especialista, pueden dar lugar a más diagnósticos iatrogénicos.

En los ancianos a causa de la confluencia de diversas patologías se usa y abusa de los medicamentos; por tanto, es necesario vigilar muy de cerca los efectos colaterales, en todo paciente, más aún en los hospitalizados, pero sobre todo en áreas de urgencias y cuidados intensivos, ya que a menudo constituyen la base para la toma de decisiones, que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes.

Finalmente, el caso permite considerar que la edad avanzada es una etapa particularmente difícil tanto por las posi-

bles patologías asociadas y la escasa reserva funcional, cuanto por la necesidad de utilizar varios medicamentos simultáneamente, con posibles interacciones.

### Referencias

1. Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG. Eds. Goodman & Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics. Tenth Edition. Mc Graw Hill. New York. 2002.
2. Rodríguez C y cols. Vademécum académico de medicamentos. 3ª Ed. Interamericana-Mc Graw Hill: México. 1999.
3. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 16ª Ed. Oficina Sanitaria Panamericana, OMS, Interamericana. México. 1985.
4. Halabe J, Lifshitz A, López BJ, Ramiro M. El Internista. Medicina interna para internistas. Asociación de Medicina Interna de México. México, DF. 1ª Ed. Interamericana-McGraw Hill. 1997.
5. Tratado de Medicina Interna. Academia Nacional de Medicina Mexicana. 2ª Ed. Manual Moderno, 1994.
6. American Medical Association. Drug Evaluations Annual, 1992.
7. Alvarez-Lerma F, Palomar MY, Grau S. Management of Antimicrobial Use in the Intensive Care Unit. *Drugs* 2001; 61(8): 763-775.
8. Jinich H y Castañeda G. El médico, el enfermo y la medicina. Serie Nuestros maestros, No.1. Facultad de Medicina. UNAM. México, 1986.
9. Pérez TR. Ética Médica. Siglo XXI Eds. México, DF, 2003.
10. Bioética. Temas y Perspectivas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 527, 1990.
11. Ilich I. Némesis Médica. La expropiación de la salud. 2ª Ed. Barral Eds. 1975.
12. Cousin N. Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient. Reflections on healing and regeneration. Bantam Books. USA. 1981.
13. Dixon B. Beyond the Magic Bullet. The Real Story of Medicine. Harper & Row, Publishers. New York, USA. 1978.
14. Glasser JR. The Greatest Battle. Random House. New York, USA. 1976.
15. Rosenbaum EE. A Taste of My Own Medicine. When the Doctor is the Patient. Random House, New York, USA. 1988.
16. Glasser JR. The Body is the Hero. Random House, New York, USA. 1976.
17. Figueroa-Hernández JL. Ética formativa. 1ª Ed. Facultad de Medicina, UNAM, México, 1991.
18. Entralgo L. Historia Universal de la Medicina. Tomo II. Antigüedad clásica. Salvat Eds. México, 1972.