

## Responsabilidad profesional

## Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche<sup>1</sup><sup>1</sup>Arbitraje Médico, CONAMED

## Síntesis de la queja

Los familiares de la paciente presentaron inconformidad, manifestando que falleció por falta de atención médica oportuna del facultativo demandado.

## Resumen clínico

*24 de junio de 2005, nota de consulta, facultativo demandado:* Temperatura 36.2 °C, tensión arterial 100/60, peso 40.400 kg. Acude refiriendo retraso menstrual; fecha de última menstruación 9 de mayo de 2005. Delgadez extrema, palidez de tegumentos, abdomen blando, depresible, sin dolor, sin sangrado transvaginal. Impresión diagnóstica: probable embarazo, probable infección de vías urinarias. Se solicitan estudios de laboratorio. Tratamiento: butilhioscina, hierro y ácido fólico.

*25 de junio de 2005, resultados de laboratorio:* HEMOGLOBINA 10.4, hematócrito 30.5, leucocitos 5,100, segmentados 52%, linfocitos 44%, monocitos 4%. Prueba inmunológica de embarazo positiva. Examen general de orina: densidad 1,020, pH 5.0, color Vogel III, aspecto turbio, glucosa negativa, cetona negativa, albúmina huellas, hemoglobina positiva (+++), nitritos positivos (++); células epiteliales escasas, leucocitos más de 100, eritrocitos más de 100, cristales de urato amorfo escasos, bacterias moderadas, acúmulo leucocitario 1-3 por campo.

*25 de julio de 2005, nota de consulta, facultativo demandado:* Refiere mejoría en cuanto a infección de vías urinarias. Palidez de tegumentos, no sangrado transvaginal. Peso 40.800 kg, temperatura 36.0 °C, presión arterial 110/60. Ultrasonido del 23 de julio: movimientos activos, latido cardíaco en parámetros normales, placenta grado 1, líquido amniótico en cantidad normal. Fecha probable de parto 2 de febrero de 2006. Impresión diagnóstica: embarazo de 11 semanas, infección de vías urinarias. Macrodantina, incrementar líquidos, continuar hierro y ácido fólico.

*26 de agosto de 2005, nota de consulta, facultativo demandado:* Refiere dolor suprapúbico, no sangrado transvaginal. Temperatura 36.4 °C, tensión arterial 90/60, peso 46.500 kg, hemoglobina 10.4. Diagnóstico: embarazo de 15

semanas, anemia que no responde al tratamiento, infección de vías urinarias. Hierro, multivitamínicos, ampicilina, pase a Gineco-obstetricia. *4 de septiembre de 2005, Gineco-obstetricia:* Percibe movimientos fetales, no pérdidas transvaginales. Producto único, vivo, intrauterino, líquido amniótico en parámetros normales. Se dan indicaciones precisas.

*2 de octubre de 2005, Gineco-obstetricia:* Movimientos fetales en parámetros normales, no sangrado transvaginal; caquexia, se solicita interconsulta a Medicina Interna, peso 46.6 kg. *Nota de consulta:* 21.3 semanas de gestación, lleva control prenatal, Gineco-obstetricia solicitó valoración por Medicina Interna informando que la paciente estaba caquéctica, fue valorada indicándose tratamiento con albúmina (laboratorio muestra hipoalbuminemia sérica 3 puntos debajo de lo normal). La paciente no está de acuerdo con el tratamiento indicado, argumentando que siempre ha sido delgada. Se brinda explicación acerca de los riesgos de desnutrición y embarazo. Exploración física: delgadez (+++), palidez (+), hidratada, no edemas, no actividad uterina, no pérdidas transvaginales, fondo uterino acorde a fecha de última menstruación. Plan: programa de alimentación, continuar atención por Medicina Interna, antianémicos, multivitamínicos, repetir biometría hemática.

*5 de noviembre de 2005, resultados de laboratorio:* Hemoglobina 10.9, hematócrito 31%, concentración media de hemoglobina globular 35.2%, leucocitos 8,100, segmentados 69%, linfocitos 26%, monocitos 5%. *7 de noviembre de 2005, nota de consulta, facultativo demandado:* Asintomática, refiere buena movilidad fetal. Peso 51.300 kg., tensión arterial 100/60. Embarazo de 25.5 semanas. Plan: antianémicos, multivitamínicos, programa de alimentación, cita en cuatro semanas con ultrasonido de control.

*6 de diciembre de 2005:* Refiere cuadro gripal (rinorrea hialina, lagrimeo), sin tos, afebril, buena motilidad fetal. Presión arterial 107/75, ultrasonido: producto único, vivo, frecuencia cardíaca fetal en parámetros normales, movimientos (++), líquido amniótico en parámetros normales. 29.4 semanas de gestación. Plan: antianémicos, multivitamínicos, laboratorio de control. *2 de enero de 2006, nota de consulta, facultativo demandado:* Asintomática, refiere buena motilidad fetal, no datos de vasoespasmo. Exploración física sin

datos patológicos. Embarazo de 34 semanas. Plan: antianémicos, biometría hemática y HIV, cita en tres semanas.

*4 de febrero de 2006, nota de consulta, facultativo demandado:* Refiere dolor en epigastrio e hipogastrio, tipo cólico, intensidad moderada; buena motilidad fetal, no datos de vasoespasmo; edema de extremidades inferiores (+++). Peso 59 kg, tensión arterial 110/70. Cérvix cerrado, reblandecido, 80% de borramiento, presentación cefálica, abocada, rechazable, membranas íntegras, contracciones uterinas de poca intensidad. Embarazo de 38.2 semanas, se hospitaliza. *Nota de ingreso:* Referida de consulta externa por trabajo de parto inicial, cesárea previa. Exploración física: producto único, vivo, cefálico, frecuencia cardíaca fetal 138 por minuto, buena motilidad fetal. Tacto: cérvix posterior, un centímetro permeable, membranas íntegras. Impresión diagnóstica: embarazo a término, cesárea previa, trabajo de parto inicial. Laboratorio: hemoglobina 11.7, HIV negativo.

*4 de febrero de 2006, nota posquirúrgica, facultativo demandado:* Se realiza cesárea Kerr sin complicaciones, obteniéndose femenino que lloró y respiró al nacer, peso 3,600 g. Apgar 8/9. Revisión de cavidad sin anomalías; se realiza salpingoclasia bilateral; sangrado 500 mL. Impresión diagnóstica: puerperio quirúrgico. *Indicaciones:* Ayuno, solución glucosada al 5% 1,000 mL más 20 unidades de oxitocina para 8 horas, solución Hartmann 1,000 mL más 15 unidades de oxitocina para 8 horas; solución glucosada al 5%, 500 mL para 8 horas; ampicilina 1 gramo intravenoso cada 6 horas; ketorolaco una ampolla intravenosa cada 8 horas; sonda Foley libre drenaje; vendaje abdominal compresivo; signos vitales tres veces por turno; vigilar sangrado transvaginal y herida quirúrgica.

*Nota de evolución, 19:25 horas, facultativo demandado:* Presenta sangrado transvaginal abundante con coágulos, se indica ergonovina ampolla intramuscular dosis única y 10 unidades de oxitocina intravenosa, pasar solución glucosada 1,000 mL más 20 unidades de oxitocina para 4 horas. Se extraen coágulos manualmente, con ello se contrae el útero, continúa en observación estrecha. *Nota de evolución, 23:30 horas, facultativo demandado:* Nuevamente sangrado, se realiza extracción de coágulos y revisión de cavidad, descartando restos placentarios, sólo se encuentran coágulos abundantes e hipotonía uterina, la cual cede después de revisión y limpieza de cavidad, se indican oxitócicos en bolo, dos dosis de 10 unidades cada una, hielo (en bolsa) en área abdominal, masaje por razón necesaria. Se solicitan exámenes de laboratorio y unidad de sangre, se informa ampliamente a los familiares.

*5 de febrero de 2006, nota de evolución:* Asintomática, útero contraído, involucionado, sangrado transvaginal muy escaso, continuar manejo establecido. *Nota de evolución:* Hemoglobina 6.8 gramos, hematócrito 20%, clínicamente estable, frecuencia cardíaca 108 por minuto, útero contraído, loquios normales. *Indicaciones:* hemotransfundir unidad de

sangre total para 4 horas; hidrocortisona 100 mg intravenosos dosis única. *Nota de evolución:* Unidad de sangre total para 4 horas, previamente 100 mg hidrocortisona intravenosos dosis única.

*6 de febrero de 2006, nota de evolución:* Asintomática, tensión arterial 110/80, frecuencia respiratoria 20 por minuto, frecuencia cardíaca 87 por minuto, tolera vía oral, deambula, útero involucionado. Hemoglobina 9.9, hematócrito 28.5%, concentración media de hemoglobina 34.6%. *Nota de egreso:* Signos vitales en parámetros normales, tolera vía oral, excretas normales, herida quirúrgica limpia, útero contraído, loquios escasos. Se da de alta con receta (ampicilina, paracetamol, hierro) cita para retiro de puntos de sutura. *13 de febrero de 2006:* Evolución satisfactoria, retiro de puntos sin problemas, herida quirúrgica con buen proceso de cicatrización, loquios escasos, cita a los 40 días.

*11 de marzo de 2006, nota de consulta, (facultativo distinto al demandado):* Acude por presentar vómito, mareo, evacuaciones diarreicas de más de tres días de evolución. Hoy cuatro evacuaciones líquidas en el transcurso de la mañana, hipertermia no cuantificada. Facultativo particular indicó medicamento y suero intravenoso hace tres días. Exploración física: mucosas orales secas, palidez de tegumentos (+++), probablemente anémica, ligera disnea, campos pulmonares ventilados, frecuencia cardíaca 90 por minuto, tensión arterial 100/80, frecuencia respiratoria 23 por minuto; abdomen blando, peristalsis presente, no sangrado transvaginal, ni leucorrea. Se explica a la paciente y familiares la necesidad de referirla a hospital para su atención y tratamiento. Impresión diagnóstica: gastroenteritis infecciosa, desequilibrio hidroelectrolítico, probable anemia.

*Resumen clínico, atención subsecuente:* Fue llevada a primer Hospital, donde se reportó síndrome diarreico, síndrome anémico, insuficiencia cardíaca grado II, probable infección de vías aéreas bajas, trombocitopenia y sepsis, manejada por Medicina Interna y posteriormente Cuidados Intensivos, egresó por alta voluntaria el 19 de marzo de 2006. Ingresó a segundo hospital con falla cardíaca, clase funcional III/IV, laboratorio al ingreso: hemoglobina 7.53, leucocitos 10,200, plaquetas 436,000, tiempo de protrombina 15", tiempo parcial de tromboplastina 33". Gasometría arterial: pH 7.37, PCO<sub>2</sub> 17.4, PO<sub>2</sub> 115, HCO<sub>3</sub> 10 meq, saturación de oxígeno 98%. La evolución fue tórpida, radiografía de tórax mostró cardiomegalia grado III/IV, aparente derrame pleural derecho 20%, redistribución de flujo. Ecocardiograma: hipocinesia generalizada, hipertensión arterial pulmonar, insuficiencia mitral y tricúspida severa, insuficiencia pulmonar, disfunción sistólica, datos compatibles con tromboembolia pulmonar o infarto de ventrículo derecho, fracción de eyección menor de 30%, estimándose que requería manejo especializado en Hospital de tercer nivel. Se informó a los familiares el estado de salud de la paciente.

De los documentos aportados para el estudio del caso, se desprende que los familiares llevaron a la enferma a un tercer Hospital, donde permaneció dos semanas; estabilizándose su estado de salud, fue dada de alta con medicamentos y cita de control. Así mismo, se desprende que la paciente presentó recaída y falleció el 19 de abril de 2006. *Acta de defunción:* Causa de la muerte.- Neumonía crónica agudizada bilateral. *Dictamen de autopsia:* La causa de muerte fue neumonía crónica agudizada bilateral.

### Análisis del caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura especializada, la hemorragia posparto se define como pérdida sanguínea mayor de 1,000 mL. después del nacimiento, sea por parto o cesárea. Sin embargo, cualquier pérdida sanguínea que genere signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica, sin conocimiento de la cantidad exacta que se ha perdido o disminución de más del 10% del hematócrito en el puerperio con relación a los valores prenatales, se estima hemorragia posparto.

La hemorragia puerperal puede deberse a causas uterinas: atonía, inversión, retención de restos placentarios, acretismo placentario, así como a causas extrauterinas: desgarros o laceraciones del tracto genital. Debe realizarse palpación bimanual del útero, explorar cérvix y vagina; se debe revisar la placenta con objeto de descubrir si los cotiledones están incompletos. Los estudios de laboratorio deben incluir: biometría hemática completa, tiempos de coagulación, protrombina y tromboplastina, productos de degradación del fibrinógeno, grupo y Rh. De manera inicial, debe realizarse masaje uterino bimanual, verificando previamente que no exista retención de restos placentarios, acretismo o desgarros de cérvix, vagina o vulva. Otro método reportado en la literatura especializada, es el taponamiento uterino mediante la introducción de una compresa de gasa en la cavidad uterina, a fin de hacer presión sobre el lecho placentario.

El tratamiento médico consiste en aplicar oxitocina 20 a 40 unidades en 1,000 mL de solución Hartmann o salina a goteo rápido, sin exceder de 100 mil unidades por minuto. Puede emplearse metilergonovina 0.2 mg por vía intramuscular o intravenosa. Así mismo, debe manejarse la hipovolemia, la literatura generalmente aceptada refiere empleo de cristaloides (solución salina o Hartmann); coloides (expansores de plasma tipo almidones); transfusión de sangre fresca o paquetes globulares y plasma; colocar al paciente en posición Trendelenburg; monitoreo constante de signos vitales y oximetría; colocación de sonda Foley para valoración de diuresis, entre otros.

Cabe mencionar, que la atonía uterina consiste en la incapacidad del útero para mantener contracciones suficientes

para desprender la placenta, cortar el aporte sanguíneo arterial y producir hemostasia, su causa es agotamiento de la fibra muscular uterina al final del parto, y entre los factores predisponentes se encuentran: trabajo de parto prolongado, miomatosis, macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple, amnionitis, multiparidad.

Atendiendo a la nota de consulta del 27 de junio de 2005, la paciente presentaba infección de vías urinarias y anemia, por ello se indicó ampicilina. Cabe mencionar, que durante la atención prenatal brindada por el facultativo demandado, la paciente presentó signos de desnutrición y bajo peso corporal; en efecto, al iniciar el embarazo el peso era 40.400 kg, según lo reporta la nota del 24 de julio de 2005. Así mismo, las biometrías hemáticas mostraron hemoglobina y hematócrito en parámetros bajos, por ello fue tratada mediante hierro, ácido fólico y multivitamínicos, según lo demuestran las notas de consulta.

El 2 de octubre de 2005, la paciente fue referida al Servicio de Medicina Interna, la nota de dicha fecha señala que presentaba caquexia e hipoalbuminemia. Ahora bien, dicha nota establece que la paciente no estuvo de acuerdo con el tratamiento, argumentando que ella siempre había sido delgada. Por lo anterior, se le explicaron los riesgos de desnutrición y embarazo.

La paciente continuó en control prenatal, hasta el 4 de febrero de 2006, fecha en la cual asistió con el facultativo demandado, pues se encontraba en trabajo de parto inicial. La nota de consulta, señala que presentaba contracciones uterinas y cérvix reblandecido con 80% de borramiento, por ello se indicó su hospitalización.

En términos de lo antes expuesto, está demostrado que el facultativo demandado, cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, en la atención prenatal brindada a la paciente.

Ahora bien, la nota posquirúrgica, señala que el demandado realizó cesárea Kerr, sin complicaciones, obteniéndose femenino que lloró y respiró al nacer, peso 3.600 kg. Apgar 8/9. En ese sentido, está demostrado que el procedimiento quirúrgico se realizó satisfactoriamente, obteniéndose al recién nacido en buen estado general, según lo demuestra la citada nota. En ese sentido, no se observan elementos de mala práctica, atribuibles al facultativo demandado, pues quedó demostrado que se ajustó a lo establecido por la *lex artis* de la especialidad.

De las notas de evolución, se desprende, que pese a que el demandado en el posoperatorio indicó oxitocina, vendaje abdominal compresivo y vigilancia, la paciente presentó sangrado transvaginal. La nota de evolución del 4 de febrero de 2006 a las 19:25 horas, señala que la paciente presentó sangrado transvaginal abundante, por ello el demandado indicó ergonovina intramuscular, oxitocina y soluciones parenterales, efectuando extracción de coágulos manualmente, logrando la contracción uterina.

Sobre el particular, es necesario mencionar, que el demandado cumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues el manejo instituido se aplicó con oportunidad y se siguieron los procedimientos establecidos para el manejo de la patología que presentaba la paciente, no observándose elementos de mal *praxis*, por cuanto hace a esta atención.

Pese al manejo antes referido, la paciente nuevamente presentó sangrado transvaginal por hipotonía uterina. En efecto, nota médica del 4 de febrero de 2006 a las 23:30 horas, establece que se realizó extracción de coágulos y revisión de cavidad, descartándose presencia de restos placentarios. La citada nota también establece, que ante el cuadro clínico de la paciente, se indicaron oxitócicos, consiguiéndose la contracción del útero. Más aún, atendiendo a las notas del 5 de febrero de 2006, por hemoglobina de 6.8 g, se transfundieron unidades de sangre total. En esos términos, tampoco se observan elementos de mala práctica, por cuanto a este rubro se refiere, pues las complicaciones que presentó la paciente (hipotonía uterina y sangrado transvaginal) no tuvieron relación con el procedimiento quirúrgico, siendo su tratamiento oportuno y acorde con la *lex artis* especializada.

La evolución puerperal de la paciente fue satisfactoria, recuperándose la hemoglobina hasta 9.9 gramos, siendo egresada la paciente el 6 de febrero de 2006. En efecto, la nota médica de dicha fecha así lo confirma, al reportar evolución hacia la mejoría, signos vitales en parámetros normales, herida quirúrgica limpia, útero contraído y loquios escasos. La paciente egresó con indicaciones médicas y cita para retiro de puntos de sutura.

La nota de consulta externa del 13 de febrero de 2006, señala que se realizó retiro de puntos de sutura sin complicaciones, estando la herida quirúrgica en proceso de cicatrización, así como loquios escasos. Esto confirma que la atención de la paciente fue en términos de la *lex artis*, no observándose elementos de mala práctica, pues tanto al egreso, como en la consulta para retiro de puntos, no existían complicaciones atribuibles al manejo gineco-obstétrico, siendo la evolución hacia la mejoría, esto lo acreditan las notas de egreso y de atención subsecuente para retiro de puntos.

El 11 de marzo de 2006, la paciente asistió a consulta siendo atendida por facultativo distinto al demandado, pues presentaba evacuaciones diarreicas numerosas y vómito, de más de tres días de evolución, así como hipertermia no cuantificada. La nota de consulta de dicha fecha, establece que la paciente había sido atendida por médico particular con medicamentos y suero intravenoso tres días antes. Así mismo, dicha nota reporta, que la paciente presentaba mucosa oral seca, palidez de tegumentos (+++), ligera disnea cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando con peristalsis, sin sangrado transvaginal o leucorrea. Integrándose diagnósticos de gastroenteritis infecciosa, desequilibrio hidroelectrolítico, proba-

ble anemia. Por lo anterior, la paciente fue referida a Hospital, para que recibiera la atención que el caso ameritaba.

El cuadro clínico que presentó la paciente un mes después, no guarda relación con la atención del demandado. En efecto, la paciente presentaba datos de gastroenteritis infecciosa severa, lo cual fue estimado durante la consulta por otro facultativo, quien correctamente refirió a la enferma a tratamiento hospitalario. Así las cosas, la paciente ingresó a Hospital donde se integraron distintos diagnósticos, entre ellos: insuficiencia cardíaca e infección de vías respiratorias bajas. Lo anterior, confirma que no existían trastornos gineco-obstétricos atribuibles a la atención del facultativo demandado.

La evolución posterior fue tórpida, la paciente fue atendida por Medicina Interna y Cuidados Intensivos, en condiciones de gravedad; sin embargo, sus familiares solicitaron alta voluntaria el 19 de marzo de 2006, ese mismo día ingresó a otro Hospital. Del resumen clínico de la atención subsecuente, se desprende que durante el internamiento se solicitaron diversos exámenes de laboratorio, radiografía de tórax que mostró cardiomegalia grado III-IV y aparente derrame pleural derecho (20%), redistribución de flujo. Así mismo, se efectuó ecocardiograma, el cual reportó: hipocinesia generalizada, hipertensión arterial pulmonar, insuficiencia mitral y tricúspide severa, insuficiencia pulmonar, disfunción sistólica. Por lo anterior, se estimó necesario que la paciente fuera atendida en Hospital de tercer nivel.

Ahora bien, los familiares manifestaron que llevaron a la paciente a un tercer Hospital, donde permaneció dos semanas, siendo dada de alta con medicamentos y cita posterior. Así mismo, manifestaron que la paciente presentó recaída, falleciendo el 19 de abril de 2006; el dictamen de autopsia estableció que la causa de muerte fue neumonía crónica agudizada bilateral.

En esos términos, quedó demostrado, que el fallecimiento de la paciente, aconteció dos meses después de la cesárea realizada por el facultativo demandado, sin que existiera relación alguna con la atención que le brindó, pues según se mencionó, la necropsia estableció como causa de muerte neumonía bilateral.

### Apreciaciones finales

- El facultativo demandado brindó la atención ajustándose a lo establecido por la *lex artis* especializada.
- Durante la atención del demandado se presentaron complicaciones que fueron debidamente diagnosticadas y tratadas.
- En la atención subsecuente de la paciente, no hubo mala práctica del facultativo demandado.
- No existió relación causal entre la atención brindada por el demandado y el deceso de la paciente, pues atendiendo

a las constancias aportadas para el estudio del caso, este último fue a consecuencia de neumonía bilateral, la cual fue tratada por facultativos distintos al demandado.

## Referencias

1. Ahlquist D et al. Diarrea y estreñimiento. Harrison Principios de Medicina Interna, capítulo 35, vol. I, 16ª edición 2005, pp. 254-256.
2. Alamia VJr et al. Controversies in labor management. Obstetrics and Gynecology Clinics, vol. 26, number 2, June 1999.
3. García ALA, Izquierdo P. Mortalidad materna. Ginecología y obstetricia aplicadas, capítulo 54, pp. 561-566, México, 2003.
4. Ferrer AL y cols. Análisis de la tendencia de mortalidad materna durante 10 años de seguimiento en una región urbana. Ginecol Obstet Mex 2005, vol. 73, no. 9, sep 2005. pp. 477-483.
5. Llaca RV, Fernández AJ. Puerperio. Obstetricia Clínica, capítulo 35, México, 2000, pp. 450-456.
6. Munford R. Septicemia grave y choque séptico. Harrison, Principios de Medicina Interna, capítulo 254, Vol. II, 16ª edición, 2005, pp. 1773-1780.
7. Motta ME. Hemorragia posparto. Ginecología y Obstetricia Aplicadas, capítulo 64, pp. 659-666, México, 2003.