

Neumonitis secundaria a lupus eritematoso sistémico

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche^a, César Sánchez González^b



“La mayor parte del error médico proviene no del mal raciocinio basado en hechos bien observados, sino del buen raciocinio basado en hechos mal observados”.

BLAISE PASCAL (1623-1662),
FILÓSOFO Y MATEMÁTICO FRANCÉS.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

Los familiares de la paciente refirieron que presentó padecimiento de vías respiratorias y fue atendida por un médico particular, quien le diagnosticó neumonía y le informó que de no existir mejoría la referiría al segundo nivel de atención para su tratamiento.

Debido a que su estado de salud empeoró, la paciente acudió al Centro de Salud ahora demandado, de donde fue dada de alta sin mejoría, por lo que regresó al día siguiente y fue referida al Hospital demandado, donde ingresó a Medicina Interna y se le diagnosticó neumonía y falla renal aguda, por lo que ameritó atención por Terapia Intensiva en un

hospital de tercer nivel, en el que se le diagnosticó hemorragia alveolar difusa probablemente secundaria a lupus.

Durante su estancia en Terapia Intensiva presentó paro cardiorrespiratorio, que no revirtió con maniobras de reanimación por lo que se determinó su fallecimiento.

Los demandantes consideran que la falta de atención médica oportuna en el Centro de Salud y Hospital demandados ocasionó la defunción de la paciente.

RESUMEN

El 23 de julio de 2013, la paciente acudió con un médico particular, quien prescribió antibióticos y antiinflamatorios, e indicó que en caso de continuar el cuadro clínico debía acudir a su unidad médica. El 25 de julio del mismo año, asistió al Centro de Salud por presentar malestar general; en la exploración física se reportó amígdalas hiperémicas e hipertróficas, el resto sin datos patológicos. Tensión arterial 80/45, frecuencia cardíaca y respiratoria de 90 y 32 por minuto respectivamente, peso 73 kg, estatura 1.60 m. Se diagnosticó amigdalitis, y se le otorgó tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios.

^aDirectora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. México, DF.

^bServicio Social. Licenciatura en Enfermería. Facultad de Medicina. UNAM. México, DF.

El 26 de julio regresó al citado Centro de Salud y fue referida a un Hospital de segundo nivel. El motivo de traslado fue: insuficiencia respiratoria, y los diagnósticos: faringitis y bronquitis. La hoja de referencia señaló que presentaba respiración ruda, dolor en tórax superior y fiebre; tensión arterial 110/80, frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 48 respiraciones por minuto y temperatura 37.5° C.

A su ingreso al Hospital de segundo nivel se encontró con signos vitales dentro de parámetros normales, ataque al estado general, diaforética, rudeza respiratoria y tiraje intercostal; se diagnosticó bronquitis y fue enviada al Servicio de Medicina Interna, donde en la radiografía de tórax se observó infiltrado micronodular difuso generalizado; estudios de laboratorio: hemoglobina 6, plaquetas 872,000, leucocitos 17,700, urea 161, glucosa 157.

Se diagnosticó bronconeumonía e insuficiencia renal aguda. En su estancia en Medicina Interna se realizaron estudios para influenza A y B con resultados negativos, pruebas de función hepática con resultados normales, y química sanguínea con glucosa de 128, urea de 120, BUN de 56, creatinina de 2.4, colesterol total de 104, triglicéridos de 150. En la exploración física se encontró con estertores subcrepitantes bilaterales, taquipnéica (42 por minuto), ruidos cardíacos normales, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, tensión arterial 110/60. Se solicitó su traslado a Terapia Intensiva en Hospital de tercer nivel de atención para complementación diagnóstica, determinar la causa de la falla renal aguda y probable lupus eritematoso.

El 27 de julio a su ingreso al Hospital de tercer nivel, fue valorada por el Servicio de Neumología, se le encontró con fatiga, dolor articular generalizado, diaforesis, aparente pérdida ponderal, refirió que 15 días antes presentó lesiones tipo ampollas en faringe, paladar y lengua, posteriormente se agregó dificultad respiratoria con tos en accesos, escasa expectoración, fiebre aparente. Se tomó radiografía de tórax, que mostró patrón intersticio-alveolar bilateral que afectaba 100% del parénquima derecho y 50% del izquierdo.

Los estudios de laboratorio mostraron: leucocitos, 17,700; neutrófilos, 70%; hemoglobina, 6.0;

glucosa, 128; creatinina, 2.4; BUN, 56; urea, 120; hipoalbuminemia e inversión de la relación albúmina/globulina, con acidosis metabólica compensada. Se encontró consciente con tensión arterial de 115/58, frecuencia cardíaca de 106 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 85%, aumento del trabajo respiratorio, polipnéica; lesiones tipo pápulas en lengua y carrillos; área cardíaca con ruidos rítmicos, campos pulmonares con estertores subcrepitantes y crepitantes bilaterales en ambas zonas subescapulares, sin sibilancias; abdomen globoso por panículo adiposo, hepatomegalia 2-3 centímetros debajo del reborde costal derecho; miembros inferiores con edema distal pretibial, sin acropaquias. Se diagnosticó neumonía intersticial difusa, se solicitó valoración por Terapia Intensiva. A las 19:00 ingresó a dicho Servicio con tensión arterial media de 44, saturación de oxígeno de 72%.

Fue intubada y se encontró sangrado por glotis; se colocó catéter central y fue manejada con aminas para lograr tensión arterial media de 100; se encontraron lesiones en lengua tipos vesículas; se auscultaron estertores crepitantes bilaterales; abdomen blando, no doloroso, hepatomegalia de 3 centímetros; extremidades con llenado capilar de 2 segundos y edema pretibial distal; frecuencia cardíaca de 112 latidos por minuto. Los estudios de laboratorio reportaron: glucosa, 155; urea, 59; creatinina, 2.3; ácido úrico, 9.7; triglicéridos, 156; colesterol total, 116; proteínas totales, 5.9; albúmina, 1.7; globulina, 4.2; potasio, 2.8; magnesio, 2.88; calcio, 7; DHL, 255; fosfatasa alcalina, 79; bilirrubina total, 0.57; bilirrubina indirecta, 0.41; hemoglobina, 4.9; hematocrito, 15.1; plaquetas, 638,000; leucocitos, 11,500; polimorfonucleares, 75%; linfocitos, 21%; monocitos, 4%; bandas, 1%; VSG, 58%; C3, 89; C4, 25.5; PCR, 23.2; tiempo de protrombina, 14; tiempo parcial de tromboplastina, 31; INR, 1.21. Se enviaron muestras para hemocultivo y Urocultivo; los diagnósticos fueron: probable patología de origen reumático a descartar lupus eritematoso sistémico, neumonía intersticial, insuficiencia respiratoria aguda, deshidratación.

Se solicitó interconsulta al Servicio de Reumatología, quien la valoró el 28 de julio y señaló que el cuadro clínico correspondía a hemorragia pul-

La causa más común de neumonía comunitaria es el *Streptococcus pneumoniae*, seguido en frecuencia por *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. Algunos síntomas típicos son: fiebre, tos, dolor pleurítico o sensación intensa de frío y disnea. Entre los signos se encuentran: taquipnea, matidez a la percusión, intensificación del frémito táctil y vocal, estertores crepitantes y roce pleural. El diagnóstico se debe confirmar mediante estudios de imagen (radiografía de tórax) y toma de cultivos.

monar y falla renal aguda, probable lupus frente a Goodpasture o Wegener. Dejó pendiente para mejor momento el rastreo de anticuerpos inmunoespecíficos y en función de los resultados toma de biopsia renal o pulmonar. Por gravedad del cuadro se brindó manejo intensivista. El mismo 28 de julio, Medicina Interna solicitó perfil para lupus y vasculitis considerando el tratamiento con esteroides por probable enfermedad autoinmune; sin embargo, debido al estado infeccioso se efectuó impregnación con antibiótico.

El 29 de julio a las 15:00 h, Terapia Intensiva reportó ruidos ventilatorios mínimos en hemitórax derecho, marcada rudeza inspiratoria y ruidos ventilatorios disminuidos en hemitórax izquierdo, principalmente en la base; volumen urinario mínimo. Se realizó fibrobroncoscopía diagnóstica y terapéutica aspirándose material hemático de árbol bronquial. Se realizó estudio de médula ósea por el Servicio de Hematología que reportó médula ósea reactiva. Ese mismo día Terapia Intensiva reportó insuficiencia respiratoria que condicionó paro cardíaco que no respondió a maniobras de reanimación, con lo que se determinó su fallecimiento.

ANÁLISIS DEL CASO

Antes de entrar al fondo del asunto, es necesario realizar las siguientes precisiones:

Con base en la literatura especializada, la neumonía adquirida en la comunidad consiste en una

infección de los pulmones provocada por gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario, que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares. Se desarrolla en una persona no hospitalizada o en pacientes hospitalizados que presentan infección aguda en las primeras 24 a 48 horas siguientes a su hospitalización.

La causa más común de neumonía comunitaria es el *Streptococcus pneumoniae*, seguido en frecuencia por *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*.

Las manifestaciones clínicas varían según la gravedad del caso, el inicio puede ser súbito o insidioso. Algunos síntomas típicos son: fiebre, tos, dolor pleurítico o sensación intensa de frío y disnea. Entre los signos se encuentran: taquipnea, matidez a la percusión, intensificación del frémito táctil y vocal, estertores crepitantes y roce pleural. El diagnóstico se debe confirmar mediante estudios de imagen (radiografía de tórax) y toma de cultivos.

Respecto a las imágenes radiológicas, el patrón característico de la neumonía neumocócica aguda (la más frecuente de adquisición comunitaria), consiste en consolidación homogénea no segmentaria de un lóbulo. Dado que la consolidación comienza en los espacios aéreos periféricos del pulmón, contacta casi invariablemente con una de las superficies pleurales viscerales. En ocasiones, la infección se manifiesta como un foco redondeado de consolidación que simula un tumor. También pueden observarse otros patrones, como es la presencia de áreas parchadas de consolidación y opacidades del espacio aéreo e intersticiales mezcladas. La incidencia de derrame pleural varía en función de la gravedad de la infección, la presencia o no de bacteremia, así como de la técnica radiográfica utilizada para detectarlo.

Una de las complicaciones de la neumonía es el choque séptico. En la literatura médica generalmente aceptada, se ha reportado la mortalidad hasta de 46% en comparación con 20% en pacientes con sepsis grave, 16% con sepsis y 7% pacientes con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

La fisiopatología de la hemorragia alveolar difusa se debe a afectación en la microcirculación alveolar, la causa puede ser específica del pulmón (afectación alveolar difusa o infección) o genera-

lizada (vasculitis sistémica); en este último caso, puede presentarse capilaritis alveolar, la cual se ha reportado en otras enfermedades sistémicas autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico. Entre las causas frecuentes están granulomatosis de Wegener, síndrome de Goodpasture, hemosiderosis pulmonar idiopática y otras enfermedades sistémicas autoinmunes.

Los síntomas más comunes de hemorragia alveolar difusa son: hemoptisis, disnea y tos de inicio agudo o subagudo. En los casos secundarios a una enfermedad sistémica, pueden existir signos clínicos relacionados. En los estudios de laboratorio se evidencia disminución de la hemoglobina y hematocrito con elevación de azoados y cambios en el sedimento urinario en los síndromes riñón-pulmón.

El lupus eritematoso sistémico habitualmente se manifiesta en mujeres en edad reproductiva. La relación mujer-hombre es de 11 a 1, respectivamente. La historia natural es muy variada, va desde un cuadro relativamente benigno hasta una enfermedad rápidamente progresiva y mortal. El pronóstico depende del tipo de afectación de la persona, siendo mejor en aquellos pacientes donde no existe compromiso renal ni de sistema nervioso central.

El cuadro clínico clásico se caracteriza por una triada que incluye fiebre, dolor articular y rash cutáneo en una mujer en edad reproductiva, sin embargo el lupus eritematoso sistémico, puede afectar prácticamente cualquier órgano o sistema, produciendo síntomas constitucionales, musculoesqueléticos, dermatológicos, renales, neuropsiquiátricos, pulmonares, gastrointestinales, cardiacos o hematológicos. Dentro de los síntomas musculoesqueléticos el dolor articular y las mialgias son los síntomas preponderantes. El sistema renal se afecta en aproximadamente 50% de los pacientes en grado variable. Cuando ocurre enfermedad glomerular, se manifiesta en los primeros años y si ocurre síndrome nefrótico puede existir edema, ganancia ponderal o hiperlipidemia. La falla cardíaca y el dolor torácico deben ser estudiados a fin de descartar pericarditis, en tanto que la vasculitis puede manifestarse como angina de pecho. Desde el punto de vista hematológico, es común la presencia de citopenias incluyendo anemia, leucopenia, linfopenia o trombocitopenia.

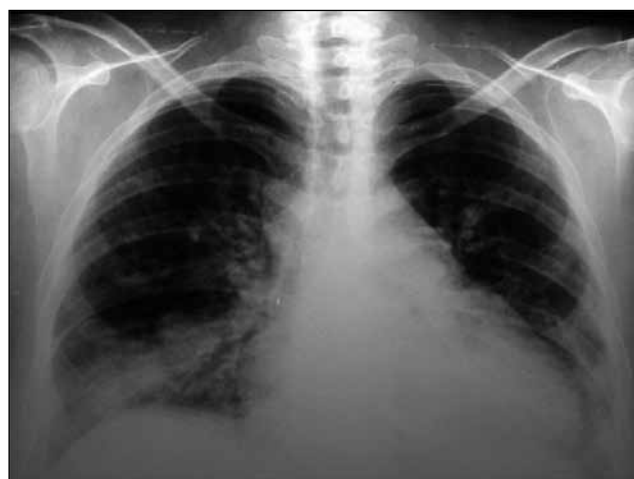


Foto: Archivo

En el diagnóstico, además de la exploración física y la historia clínica, debe descartarse uso de medicamentos que induzcan la enfermedad como son hidralazina, procainamida e isoniazida, entre otros. El diagnóstico diferencial incluye: síndrome de antifosfolípidos, enfermedad hepatobiliar autoinmune, hepatitis C, mononucleosis infecciosa, endocarditis infecciosa, enfermedad de Lyme, linfoma B, enfermedad mixta del tejido conectivo, artritis reumatoide, polimiositis, escleroderma, síndrome de Sjögren y enfermedad no diferenciada del tejido conectivo, entre otras.

Para confirmar el diagnóstico, se requiere determinación de anticuerpos antinucleares, anti DNA, Anti Sm, anti SSA y anti SSB, antiribosomales, anti RNP y anticardiolipina, así como pruebas completas de funcionamiento renal, hepático, radiografía de tórax, de las articulaciones afectadas, artrocentesis, biopsias de piel y riñón. El diagnóstico de lupus eritematoso sistémico es difícil y se basa en criterios diagnósticos.

En el caso a estudio, los familiares de la paciente refirieron que consultó a un médico particular, debido a que presentaba dolor en el pecho y le faltaba la respiración; el citado facultativo les explicó que tenía síntomas de neumonía y que si persistían debían llevarla a un hospital donde pudieran auxiliarla con oxígeno. Al día siguiente de la consulta, la paciente no podía respirar, se sentía mal y fatigada, por lo que llamó al médico, quien indicó que asistiera al Centro de Salud.

Durante el juicio arbitral, se aportó receta médica de fecha 23 de julio de 2013, en la cual se prescribió: Garamicina (gentamicina), Amobay (amoxicilina), Aero Flux (salbutamol, ambroxol), Daflofen F (naproxeno, paracetamol), Alin (dexametasona), Neo Melubrina (metamizol sódico), Salbutamol spray. El médico especificó que la paciente debía acudir a una Unidad Médica en caso de continuar con el cuadro.

Conforme al expediente clínico aportado por el Centro de Salud, la nota de evolución de 25 de julio de 2013 señaló: tensión arterial, 80/45; frecuencia cardíaca, 90 por minuto; frecuencia respiratoria, 32 por minuto; peso, 73 kg; estatura, 1.60 metros. Refiere malestar general; en la exploración física amígdalas hiperémicas e hipertroficadas, resto sin datos patológicos. Diagnóstico: amigdalitis. Tratamiento: penicilina, 800,000 unidades; trimetoprim/sulfametoxazol tabletas; paracetamol.

El personal médico que brindó esta atención, incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, dado que no realizó interrogatorio ni exploración física completa de la paciente, quien tenía como antecedente de importancia ser portadora de diabetes mellitus. En los signos vitales no reportó la temperatura corporal, ni interpretó los datos de hipotensión arterial, taquicardia, ni aumento importante de la frecuencia respiratoria, omitiendo describir los hallazgos en la auscultación de campos pulmonares, el tiempo de evolución del cuadro y la atención previa otorgada a nivel particular, tampoco indicó los exámenes de laboratorio básicos que el caso requería, por ser paciente diabética, ni los estudios de gabinete elementales, integrando diagnóstico de amigdalitis, sin realizar diagnóstico diferencial para descartar otras patologías que explicaran el cuadro clínico de la enferma, concretándose a prescribir antibióticos y analgésico, tal como consta en la citada nota de atención médica.

Los familiares de la paciente refirieron que en la atención proporcionada el 25 de julio de 2013, el médico pasó a la paciente a una cama donde la mantuvo hasta las 19:00 horas, aplicándole únicamente suero, informando que tenían que llevarla al día siguiente para tomar la decisión de enviarla a un hospital.

Por su parte, el personal médico que brindó la citada atención, confirmó lo anterior, al manifestar que viendo el estado de la paciente, la pasaron a Urgencias. Nunca vio que tuviera síntomas de neumonía, sus pulmones ventilaban perfectamente, su garganta estaba congestionada y consideró que se le podía atender en el Centro de Salud, por lo que se le canalizó y durante el día se le estabilizó, comentándose que necesitaba medicamentos externos. No la trasladó porque podían llegar al hospital directamente, sin pase y porque la paciente no quería hospitalizarse.

Cabe precisar, que tales manifestaciones no se hicieron constar, dado que la única nota médica que obra en el expediente, corresponde al 25 de julio de 2013, por lo que el personal médico incumplió lo establecido por la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012.

El 26 de julio, la paciente fue referida por el médico del Centro de Salud al Servicio de Urgencias de un Hospital de segundo nivel, señalando que presentaba respiración ruda, escasas sibilancias y estertores; fiebre, odinofagia, dolor en tórax; refirió que le había aplicado amikacina, 500 mg cada 12 horas, salbutamol, beclometasona, diclofenaco, difenidol. Condiciones de traslado: tensión arterial, 110/80; frecuencia cardíaca, 70 latidos por minuto; frecuencia respiratoria, 48 respiraciones por minuto; temperatura, 37.5° C. Diagnóstico de traslado: laringo-traqueo-bronquitis. Motivo de traslado: insuficiencia respiratoria. Según consta en la hoja de Referencia.

No es coincidente lo señalado por el médico en la hoja de referencia al Hospital de segundo nivel y sus manifestaciones acerca de que *nunca vio que tuviera síntomas de neumonía, sus pulmones ventilaban perfectamente, su garganta estaba congestionada y consideró que se le podía atender en el Centro de Salud*, ya que en la misma nota de referencia, el prestador del servicio establece el diagnóstico de insuficiencia respiratoria y señala en la exploración taquipnea (frecuencia respiratoria 48 por minuto), respiración ruda, escasas sibilancias y estertores, así como fiebre, odinofagia y dolor en tórax superior.

Así mismo, se debe puntualizar, que en la única nota de atención aportada en el expediente clínico,

no se indicó amikacina, salbutamol, beclometasona, diclofenaco, ni difenidol, tampoco se aportó constancia alguna para acreditar que se ministraran a la paciente dichos medicamentos, por lo que no puede tenerse por cierta tal afirmación.

La paciente ingresó el 26 de julio de 2013 al Servicio de Medicina Interna del Hospital de segundo nivel, se encontraba en malas condiciones generales, polipnéica, presentaba hipoventilación, tiros intercostales, ruidos cardiacos aparentemente normales, abdomen blando, depresible; extremidades inferiores con leve edema; la impresión diagnóstica fue: bronconeumonía. Se solicitaron exámenes de laboratorio, teleradiografía de tórax y prueba rápida de influenza.

El 27 de julio de 2013, la radiografía de tórax reportó infiltrado micronodular difuso, generalizado. El laboratorio mostró anemia de 6; plaquetas, 872,000; leucocitosis, 17,700; urea, 161; glucosa, 157. Esto indica que el cuadro clínico no era de simple bronconeumonía, sino de insuficiencia renal aguda.

Según la literatura de la especialidad, la bronconeumonía es una infección de inicio súbito que produce inflamación en pulmones y bronquios, lo cual genera trastornos respiratorios que deben ser tratados oportunamente.

Considerando que la paciente requería cuidados de Terapia Intensiva, decidieron trasladarla a un Hospital de tercer nivel. La hoja de referencia señaló: inicio de padecimiento, 15 días antes con úlceras orales, disfagia, odinofagia, fiebre no cuantificada, astenia, adinamia, mialgias, datos de dificultad respiratoria, utilización de músculos accesorios, avance progresivo. Radiografía de tórax: opacidad heterogénea microreticulonodular, principalmente en hemitórax derecho y prácticamente 2 tercios inferiores del izquierdo; elevación de azoados, creatinina de 2.4 a su ingreso, síndrome anémico. Tensión arterial 100/70, frecuencia cardíaca 99 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 32 respiraciones por minuto, temperatura 36.8° C.

Ese mismo día ingresó al Servicio de Terapia Intensiva del citado hospital, donde, previa intubación, se inició tratamiento con norepinefrina a 15 ml/h, logrando tensión arterial media (TAM)

Según la literatura especializada, la hemorragia alveolar difusa se debe a afectación en la microcirculación alveolar, la causa puede ser específica del pulmón (afectación alveolar difuso o infección) o generalizada (vasculitis sistémica). En este último caso puede existir capilaritis alveolar, la cual ocurre en otras enfermedades sistémicas autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico.

de 100 mm/Hg, se colocó catéter venoso central con 3 vías, en subclavia izquierda. Se reportó bajo sedación con diazepam, nalbufina y relajación con vecuronio. Fue valorada por personal de Reumatología quien consideró que el cuadro correspondía a neumonitis con datos de hemorragia pulmonar, así como falla renal aguda, sugiriendo posible lupus frente a síndrome vasculítico Goodpasture o Wegener. Se realizó fibrobroncoscopia diagnóstica y terapéutica, en la que se visualizó y aspiró material hemático del árbol bronquial, de predominio izquierdo.

Según la literatura especializada, la hemorragia alveolar difusa se debe a afectación en la microcirculación alveolar, la causa puede ser específica del pulmón (afectación alveolar difuso o infección) o generalizada (vasculitis sistémica). En este último caso puede existir capilaritis alveolar, la cual ocurre en otras enfermedades sistémicas autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico.

La paciente evolucionó en forma tórpida, cursó con agudización del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, fiebre de 38.5° C, así como acidosis mixta grave, por lo que presentó paro cardíaco, el cual no revirtió mediante maniobras de reanimación cardiopulmonar, y falleció el 29 de julio de 2013.

APRECIACIONES FINALES

Fue demostrada la mala práctica en la atención proporcionada a la paciente los días 25 y 26 de julio



Foto: Jacob Windham

de 2013 en el Centro de Salud demandado, ya que no fue estudiada suficientemente, no se indicaron los estudios de laboratorio y gabinete que requería, y por el diferimiento en su referencia a un hospital con mayor capacidad resolutive.

Se debe precisar, que las omisiones observadas, no ocasionaron la defunción de la paciente, pues ésta ocurrió debido a su patología de base, así como a la evolución atípica del cuadro clínico que presentaba.

En la atención brindada en el Centro de Salud, no se acreditó haber cumplido con lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley General de Salud, pues no se brindó una atención apropiada y oportuna, tal como estaban obligados conforme a dicho precepto legal y a la *lex artis* médica.

Debemos recordar que la semiología consiste en el estudio de signos y síntomas con el objetivo de integrar un síndrome y finalmente el diagnóstico, el cual puede ser anatómico, cronológico, etiológico, sindromático, etc. El médico debe ser capaz de captar los síntomas y signos más importantes, y sobre la base de sus conocimientos y experiencia ponerlos en perspectiva, a fin de plantear los diagnósticos que le parecen probables. Efectuar semiología acuciosa de nuestros pacientes, ayuda a integrar el diagnóstico y brindar el tratamiento apropiado.

No se realizaron pronunciamientos respecto de la atenciones brindadas por prestadores distintos a

los demandados, ya que no formaron parte en la controversia planteada.

RECOMENDACIONES

Se debe conocer la *Guía de práctica clínica para el diagnóstico de neumonía* (México: Secretaría de Salud; 2009).

En los pacientes que acuden a consulta por cuadros de vías respiratorias es indispensable la semiología completa del cuadro, así como ser acuciosos en la exploración torácica y el interrogatorio dirigido.

Los estudios de laboratorio y gabinete son de gran utilidad para apoyar los diagnósticos, por lo que es importante solicitarlos e interpretarlos de manera correcta.

Es indispensable valorar de manera oportuna la necesidad de referir al paciente a otro nivel de atención, a fin de mejorar el estudio de la patología y brindar su respectivo tratamiento.

Al elaborar las notas médicas se debe tomar en cuenta lo establecido por la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Ancochea Bermúdez J, De Miguel Díez J. Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas. Monografías NeumoMadrid. 2008;12.
- Buendía-Roldán I, Navarro C, Rojas-Serrano J. Hemorragia alveolar difusa, causas y desenlaces en un instituto de tercer nivel. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Ismael Cosío Villegas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Clin Reumatol. 2010; 6(4).
- Chapman RG. Anemia. En: Hematologic Problems. En: Problem-Oriented Medical Diagnosis. Friedman HH editor, 5ª edición. USA: Editorial A Little Brown Spiral Manual; 1991. Pp: 208-221.
- Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. México: Secretaría de Salud; 2009.
- Guías Clínicas de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Sociedad Española de Medicina Interna. Lupus eritematoso sistémico. 2011.
- Marrie TJ, Campbell GD, Walker DH, Low DE. Neumonía. En: Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J, editores. Harrison, Principios de Medicina Interna. 16ª edición. México: Editorial McGraw Hill; 2006. Pp. 1688-1703.
- Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012.