

Caso CONAMED

Síntesis de la queja

“Que a mi hermano no se le otorgó la atención médica que requería, lo que ocasionó su fallecimiento en urgencias”.

Pretensiones

“Que le otorguen a mi madre una indemnización por los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento de mi hermano, ya que era dependiente económico de él”.

Resumen Clínico

Masculino de 41 años, portador de SIDA catalogado como estadio C3, manejado conjuntamente en medio particular y la institución involucrada en clínica de SIDA, con tres antirretrovirales. La institución sólo cuenta con notas donde se le otorgan recetas y alguna anotación esporádica relacionada a carga viral y cuenta de CD4.

El resumen del médico particular del 3 de febrero de 2003, refirió lo siguiente: “masculino, 41 años con infección por VIH en control adecuado con ZDV-LMV-ABC, CV:<50 c y CD4 arriba de 500 células. Desde hace un año, vómito e intolerancia gástrica intermitente, asociada a úlceras duodenales detectadas por endoscopia hace dos semanas en que presentó aumento de los episodios de vómito. Se ajustó dosis de

ondansetrón y pantoprazol. Sin embargo después de una mejoría inicial, presentó debilidad, fiebre de 38° C y episodios nocturnos de desorientación y actos fallidos. Por laboratorio BAAR negativo en heces, BH en límites normales, Na 124, Cr 2.9, Ca 12.9 y P 6. Se envió a institución pública para continuar estudio ya que requería realizar TAC de cráneo y serie ósea metabólica.

Idx:Infección por el VIH

Hipercalcemia en estudio

Hipernatremia isovolémica isotónica, descartar

SIHAD

Descartar Neuroinfección

Descartar Zollinger - Ellison

06/02/2003; 13:55 h: Es recibido en institución pública. Al margen los signos vitales TA 90/60, FC 70 x', FR 18 x', Temp. 37° C. En la nota inicial se menciona antecedente de SIDA y el tratamiento con tres antirretrovirales.

Se precisa el problema por el que acude que es intolerancia a la V. O, de todo tipo de alimentos, tanto sólidos como líquidos, así como evacuaciones diarreicas, astenia adinamia y malestar general. La exploración física con palidez de tegumentos, caquéctico, con mucosa oral regularmente hidratada, campos pulmonares sin condensación, abdomen sin datos patológicos. Plan. Ingresa a observación, requiere de

hidratación y vigilar tolerancia oral y se iniciará con procinético para ayudar a evitar el vómito.

06/02/2003; 23:00 h: Evolución nocturna. Primeras h en el servicio, con evolución tórpida, SV 80/50, FC 70 x', FR 18 x', Temp. 37.5°C. Laboratorio Hb 8.3, leucos 3,880; L 32, M 17, Eos 3, Seg 48, Plaquetas 129,000, Gluc 111, Ur 69, Cr 2.7, Na 132, K 4.1, Cl 106. Se reinterrogó, refirió tener episodios de diarrea alternantes con evacuaciones normales de larga duración. Sx febril intermitente de larga evolución, en últimos días ha sido persistente. También refirió dolor faríngeo, disfagia, dolor en lengua, tos en accesos con expectoración escasa, mal estado general. Se encontró en malas condiciones generales, adelgazado, pálido, mucosas orales secas, lengua agrietada, faringe hiperémica sin secreciones, ni otro tipo de lesiones. Pulmones con hipoventilación, sin estertores, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados; abdomen sin datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida. No ha presentado vómitos ni diarrea desde su ingreso, si ha tenido persistentemente fiebre. Se le agregó antibiótico, antipirético, medias de control térmico. Se ingresó a Medicina interna a clínica de SIDA, para continuar su estudio de sx febril y manejo específico.

07/02/2003; 19:00 h: Se refirió asintomático. Reactivo, íntegro, pálido, ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados, campos pulmonares, limpios, ventilados, sin integrar síndrome pleuropulmonar; abdomen blando depresible, no doloroso, sin megalias, ni datos de irritación peritoneal, extremidades sin edemas. TA 80/50 mmHg, FR 20 x', Temp. 37.2° C, FC 90 x'. Uresis 1000 cc, no evacuaciones, no tolera la v. o. (té, gelatina). Se incrementan líquidos, continúa antipirético con horario, ingresa a clínica de SIDA, delicado.

07/02/2003; 22:40 h. Masculino de 41 años, se refirió asintomático, periodos de alzas térmicas, continuamos con antibiótico, dosis ajustada, se ingresa a medicina interna a cargo de clínica de SIDA, se reportó grave, pronóstico reservado.

Evolución Jornada Acumulada.

08/02/2003; 10:40 h: Masculino de 41 años en su tercer día en el servicio con Dx de HIV, Pb STDA, es espera de ingreso a clínica de SIDA. Actualmente somnoliento, responde con dificultad, se observan huellas de sangre en lengua (hematemesis, no se reporta en hoja de enfermería) así mismo palidez generalizada TA 90/60, FC 90 x', FR 26 x', Temp. 36.8°C, mucosa oral seca, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares con hipoventilación basal derecha, no auscultan estertores, abdomen blando depresible no doloroso peristaltismo OK, aliento urémico, no coopera para tacto rectal. Se realiza lavado gástrico y solicitan control de laboratorio por elevación de azoados así como anemia, se reporta grave y pronóstico malo por patología de fondo.

08/02/2003; 13:00 h: Cabe mencionar, hace 15 días le realizaron endoscopia, reportó tres úlceras duodenales. La familiar refirió, nunca cursó con diarrea, sólo vómito y fiebre. El lavado gástrico fue negativo, no accedió a tac-

to rectal y se reportó, Hb 6.9, por lo que se solicitaron dos paquetes globulares; se reportó muy grave a familiares, pronóstico malo por patología de fondo.

08/02/2003; 18:18 h: El paciente presenta paro cardiorrespiratorio en forma súbita con TA previa de 110/70 FC 60 x', dándose maniobras de resucitación avanzada sin responder favorablemente el paciente, dándose por fallecido a las 18.30 h, avisándose a los familiares quienes comentan no se les había informado el estado de gravedad de su paciente, el cual se le informó a la mamá del fallecido en la visita de las 12:30 h con un pronóstico malo por patología de fondo.

Diagnósticos finales:

Sepsis	48 h
Úlceras Duodenales	15 días
HIV +	15 años

Análisis del caso.

Para el estudio del caso, se estiman necesarias las siguientes precisiones: atendiendo a la literatura especializada y para entender lo complejo de este caso, es necesario saber que la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) presenta un amplio espectro de manifestaciones que van desde un paciente asintomático con una cuenta leucocitaria de CD4 normales y carga viral indetectable, hasta los estadios finales referidos como SIDA propiamente con cuenta leucocitaria de CD4 muy bajas y cargas vitrales elevadas.

Discusión.

En el presente caso, el paciente en la quinta década de la vida, era manejado en forma particular con triple esquema antiviral: zidovudina, lamivudina y abacavir. En el último año, se presentó en forma intermitente: vómito e intolerancia gástrica, asociadas a úlceras duodenales detectadas por

endoscopia. Dos semanas antes, se incrementaron los episodios de vómito y se ajustaron las dosis de ondansetrón y pantoprazol; después de una mejoría inicial, presentó debilidad, fiebre de 38° C y episodios nocturnos de desorientación y actos fallidos. El laboratorio reportó BAAR negativo en heces, BH en límites normales, hiponatremia de 124, creatinina de 2.89. Ca 12.9, P 6; se envió a la institución pública correspondiente, para estudio, pues requería realizar tomografía axial computada de cráneo y serie ósea metabólica.

Fue recibido en la institución pública el 6 de febrero de 2003, 13:55 h. es decir, tres días después del envío del médico particular. En la valoración inicial, se precisa el problema por el que acude: intolerancia a la vía oral; la exploración física, lo describe caquéctico, con palidez de tegumentos, mucosa regularmente hidratada. La nota refiere ingresar para observación, requiere hidratación y vigilar tolerancia oral, se inició procinético.

El mismo día, casi diez horas después (23:00 h), se describen los signos vitales con una T.A. 80/50, FC 70 x', FR 18 x', Temperatura 37.5° C; lo refirieron con evolución tórpida, el reinterrogatorio reveló diarrea intermitente que alterna con evacuaciones normales, síndrome febril intermitente sin precisar el tiempo de evolución pero en los últimos días en forma persistente; lo vuelven a referir en malas condiciones generales, hasta ese momento no presentó vómito o diarrea, se describe también fiebre continua. Se reportaron los laboratorios siguientes: Hb 8.3, leucocitos 3,800, linfocitos 32, monocitos 17, eosinófilos 3, segmentados 48, plaquetas 129,000, glucosa 111, urea 69, creatinina 2.7, Na 132, K 4.1, Cl 106. Se decide internar al servicio de medicina interna a cargo de la clínica de SIDA, para estudio de síndrome febril y manejo específico.

Las acciones médicas hasta este momento, en el primer día de su atención, se apegan a *lex artis*, pues se atiende la causa por la que llegó el paciente, se detecta fiebre persistente y con base en cuadro clínico y laboratorio reportado, se decide ingresar al servicio de medicina interna a cargo de la clínica de SIDA, para estudio.

El segundo día de su estancia se encuentra nota hasta las 19:00 h, lo refiere asintomático pero con signos vitales: T.A. 80/50, F.C. 90 x', F.R. 20 x', Temperatura 37.2° C, no tolera la vía oral, se indica incremento de líquidos, antipiréticos y vigente su ingreso a medicina interna a cargo de la clínica de SIDA. A las 22:40 del mismo día lo refieren asintomático, con alzas térmicas, continuaron antibiótico de amplio espectro y es vigente su ingreso a medicina interna a cargo de la clínica de SIDA. Llama la atención el segundo día de su internamiento en urgencias, pues no existe nota en el turno matutino, luego entonces, no se puede documentar que recibió atención en ese turno, observamos deficiencias institucionales en este punto, pues un paciente en un servicio de urgencias debe recibir visita en cada turno.

La siguiente atención se lleva a cabo el tercer día de estancia en urgencias (día sábado), a las 10:40 h, el médico retoma el caso y se percata que existen huellas de sangre en lengua, pero no se precisa el diagnóstico de hematemesis y la hoja de enfermería no la reportó tampoco; el lavado gástrico fue negativo y el paciente no permitió la realización de tacto rectal. A las 13:00 h, el control de laboratorio reportó Hb en 6.9 por lo que se solicitaron dos paquetes globulares para transfusión. El paciente presentó alrededor de las 18 h paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras.

La última atención que tuvo el paciente en urgencias en su primera parte, es apegada a *lex artis*, pues el

médico que lo atendió tomó acciones tendientes a revalorar la hemoglobina del paciente, pues existió sospecha de sangrado, aunque no se corroboró por lavado gástrico; el propio paciente no permitió un tacto rectal que habría permitido corroborar o descartar hemorragia de tubo digestivo. La hemoglobina tan baja de 6.9 obligó a solicitar dos paquetes globulares. No observamos elementos de mala práctica, por lo mencionado previamente.

Sin embargo desde las 13:00 h, hasta las 18:00 h que presentó paro cardiorrespiratorio, no se transfundió ninguno de los paquetes globulares solicitados. Esta es una seria deficiencia institucional, pues involucra la rapidez con que cruza el laboratorio los paquetes globulares, la prestancia de estar pendiente en que estén listos los paquetes globulares por parte del médico tratante, etc. Observamos estas deficiencias sin poder atribuir las a una persona sino al proceso de transfusión sanguínea en esa institución.

Por otro lado, es menester aclarar que la clasificación de SIDA C3 en que se encontraba el paciente traduce la parte final de la historia natural de la enfermedad y que la muerte de este paciente se atribuye a la propia enfermedad. No podemos asegurar que de haberse transfundido los dos paquetes globulares, el paciente hubiera salvado la vida, pues el estadio clínico de la enfermedad era muy avanzado. Finalmente no pudo continuar su estudio en el servicio de medicina interna a cargo de la clínica de SIDA pues el paciente falleció en urgencias dos días después de su llegada.

Las posibles infecciones oportunistas agregadas, son factibles, pero ninguna se documentó por falta de tiempo, pues el paciente ya no ingresó al servicio de medicina interna. Un aspecto importante, se insiste, en el caso de mérito, se encontraba en un estadio avanzado de la enfermedad, catalogado por sus propios médicos

tratantes, tanto privado como institucional, en C3 que quiere decir fases finales de la enfermedad.

El cuadro de complicación presentado en Urgencias, fue la forma en que se presentó el final de su enfermedad. Las consideraciones que se puedan hacer ahora, después de su muerte, quedan sólo como probabilidades, es decir por la forma en que su cuadro se presentó, fiebre, aunado al triple esquema antirretroviral llevado, más uno de los exámenes de laboratorio realizados en medio particular con títulos elevados de inmunoglobulina, tuvo que descartarse la presencia de citomegalovirus en algún lugar de la economía, más frecuentemente en sistema nervioso central por las alteraciones neurológicas comentadas en medio privado. Sin embargo también es menester mencionar la anemia con que cursa el tratamiento de uno de los antivirales ingeridos; la zidovudina o AZT, tiene la particularidad de causar anemia con neutropenia y amerita valoraciones hematológicas frecuentes, inclusive las reacciones hematológicas se describe que puede exigir transfusiones. Cuando se presenta la anemia en los pacientes con SIDA tratados con este antiviral está indicado emplear eritropoyetina.

El paciente se presentó a Urgencias del Hospital mencionado con estos datos comentados. En el tiempo que estuvo en el área, era difícil llegar a algún diagnóstico, porque debería ingresarse a piso para su estudio como se indicó, la transfusión que comenta la literatura también se indicó. Valdría la pena deslindar responsabilidades dentro de la institución para saber a quien le corresponde vigilar y administrar la sangre en la forma indicada por el médico. Por lo tanto las obligaciones de medios, modo, tiempo y lugar se cumplieron de acuerdo a *lex artis* con apoyo en la bibliografía señalada.

Apreciaciones finales.

- La atención otorgada por el médico particular es apegada a *lex artis* y no encontramos elementos de mala práctica, pues detectó problemas en el paciente y lo envió a una institución pública donde sería estudiado.
- La atención inicial en urgencias de la institución pública se apegó a *lex artis* y no encontramos elementos de mala práctica, pues se atendió el motivo de ingreso y se indicó continuar su atención en el servicio de medicina interna a cargo de la clínica de SIDA.
- Ignoramos si el paciente fue atendido en el turno matutino del segundo día de su estancia en urgencias, pues no hay nota de evolución. Esta es una seria deficiencia institucional, atribuible al servicio donde se encontraba internado el paciente, urgencias en este caso.
- La atención recibida por el paciente el tercer día de su estancia en urgencias se apegó a *lex artis*, sin embargo se encuentran deficiencias en el procedimiento de transfusión sanguínea, pues se advierte que se solicitaron los paquetes globulares a las 13:00 h. A las 18:00 h que presentó el paro cardiorrespiratorio no se había transfundido ninguno.
- No podemos asegurar que de haberse transfundido los dos paquetes globulares, el paciente hubiera salvado la vida, pues el estadio clínico de la enfermedad era muy avanzado.
- Las posibles infecciones oportunistas agregadas en un paciente de este tipo, son factibles, sin embargo no se pudo documentar ninguna, pues el paciente falleció sin haber iniciado su estudio en el servicio de medicina interna.

Bibliografía.

1. Ferrer C, Crespo L. Tratamiento Antirretroviral en el Año 2000. *Medicina General* 2001;30:17-9.
2. Folgueira L. Infección del Sistema Nervioso Central por el Citomegalovirus Humano. *Control Calidad SEIMC*. 2000;P:1-5.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Preventing Opportunistic Infections Among HIV-Infected Persons - 2002 Recommendations of the U.S. Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR* 2002; 51(No. RR-8):1-60.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV. *MMWR* 2002; 51(No. RR-7):1-64.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMRW* 2001; 50(RR11):1-42.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis *MMRW* 2001; 50(RR11):1-42.
7. Ruiz-Argüelles A. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Elements* 2003;49:31-7.