

Investiga casos clínicos que ejemplifiquen cada uno de los siguientes conceptos:

Iatrogenia

Lesiones vasculares por iatrogenia. Descripción de un caso y su manejo

CASO CLÍNICO

- Sede. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (tercer nivel de atención).
- Diseño. Descripción de caso. Descripción del caso Mujer de 59 años de edad con los siguientes antecedentes:
 - Diabetes mellitus de 15 años de evolución tratada con insulina, con complicaciones neuropáticas.
 - Hipertensión arterial sistémica de 20 años de evolución en manejo médico antihipertensivo con beta bloqueadores.
 - Cáncer de mama diagnosticado en marzo 2010. Mastectomía radical derecha en septiembre 2010.
 - Pericarditis: diciembre 2010 con pericardiocentesis.
- Historia de enfermedad renal crónica desde diciembre 2010.

La paciente ingresó al Servicio de Admisión Continua refiriendo al momento padecimiento de tres semanas de evolución caracterizado por astenia, adinamia asociado a hiporexia, hasta intolerancia a la vía oral. Refería, asimismo, una semana de evolución con disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, oligoanuria. El Servicio de Admisión Continua Adultos solicitó interconsulta al Servicio de Nefrología para valoración del inicio de terapia sustitutiva de la función renal. La paciente fue ingresada al Servicio de Nefrología con diagnósticos de enfermedad renal crónica agudizada, lesión renal aguda AKIN-3, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica E2 JNC 7. Candidata en dicho internamiento para sustitución de función renal por hiperazoemia severa y acidosis metabólica descompensada. El Servicio de Nefrología decidió y procedió a la colocación de catéter de hemodiálisis con acceso a nivel de vena subclavia izquierda. Se solicitó interconsulta para valorar colocación de catéter de hemodiálisis por disfunción del mismo. En la placa radiográfica de tórax se observó catéter con irrupción del mismo hacia tórax, con velamiento basal izquierdo y neumotórax izquierdo de 30% (Figura 1) por lo que el servicio decidió realizar estudio de imagenología dinámica para descartar lesión vascular arterial y/o venosa. En sala endovascular y bajo efectos de anestesia general (intubación orotraqueal) se realizó punción a nivel de vena superficial de antebrazo izquierdo realizándose flebografía (Figura 2) sin aparente fuga del medio de contraste, por lo que se procedió a realizar punción de arteria braquial izquierda y realización de arteriografía evidenciando adecuado paso del medio de contraste a nivel de arteria braquial, axilar y subclavia izquierda (Figura 3). Ante los hallazgos se decidió el retiro del catéter de hemodiálisis subclavio izquierdo, evidenciando al retiro salida de material hemático abundante con alta presión, por lo que se puncionó la vena braquial izquierda realizando nueva flebografía de control (Figura 4) con

evidencia de fuga de medio de contraste a nivel de vena subclavia izquierda a nivel de tercio medio y solución de continuidad a nivel de sus paredes, concluyéndose desgarro de vena subclavia izquierda iatrógena secundario a colocación de catéter mahurkar 13.5 Fr con sangrado profuso de alta presión. Se retiró introductor de vena braquial izquierda y a través de la misma se pasó sistema liberador (Figuras 5 y 6) de Stent recubierto (Fluency Plus de 13.5 x 60 mm) el cual –bajo visión fluoroscópica– se liberó (Figura 7) sin datos de fuga o migración, sellándose sitio de fuga previo mediante control fluoroscópico y flebografía de control (Figura 8). En el mismo acto quirúrgico se colocó sonda pleural 36 Fr a nivel de hemitórax izquierdo (Figura 9), con salida de material hemático en cantidad de 500 cc a su colocación; se confirmó su posición adecuada por fluoroscopia. Por último, se decidió la colocación de catéter mahurkar yugular derecho guiado por ultrasonido y fluoroscopia, con adecuado posicionamiento del mismo (Figura 10). Paciente con evolución posquirúrgica adecuada, hemodinámicamente estable, sin datos de choque ni compromiso vascular de la extremidad; al cuarto día se retiró sonda endopleural con adecuada reexpansión pulmonar, disminución del gasto de la misma. Se decidió alta del Servicio de Angiología, Cirugía Vascul y Endovascular; la paciente quedó a cargo del Servicio de Nefrología para continuar manejo sustitutivo de función renal con adecuada evolución vascular hasta su egreso.

Una lesión iatrogénica es aquella causada por la intervención del médico en procedimientos de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas o al administrar medicamentos o drogas de manera profiláctica o terapéutica.¹ Con el desarrollo acelerado que ha experimentado la medicina en todas sus áreas ha aumentado considerablemente el número de complicaciones iatrogénicas que se producen a consecuencia de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se realizan en todos los órganos y regiones del cuerpo.⁸ Un factor muy importante de este incremento de lesiones vasculares es la utilización –con mayor frecuencia– de abordajes con fines terapéuticos, monitoreo clínico y diagnóstico, y que por errores técnicos, falta de conocimiento o por manejos inadecuados producen lesiones o complicaciones vasculares iatrogénicas. Se debe tener cuidado especial cuando se introducen catéteres en las venas o arterias, ya que está reportado que las punciones subclavias mal ejecutadas comúnmente ocasionan hemotórax, neumotórax o grandes hematomas que muchas veces pasan inadvertidas en el momento de la colocación.⁹ Cuando se colocan agujas o catéteres en los vasos sanguíneos se deben seguir todas las recomendaciones técnicas para evitar complicaciones y deberán ser de vital importancia la clínica del paciente, así como la radiografía de control de tórax para valorar su adecuada colocación. De acuerdo con la literatura nacional e internacional es difícil conocer la frecuencia de iatrogenia vascular, debido a que en el expediente clínico sólo se reportan las lesiones que son graves y que representan problemas de morbi-mortalidad,⁹ como en el caso presentado. Sin embargo, estudios reportados¹⁰ describen una incidencia de complicaciones que oscila entre 8 y 15% de todos los intentos de canalizar una vena central; no obstante, la gran diversidad de catéteres y patologías en las que se utilizan hacen muy complejo determinar una cifra de incidencia global.

IMPERICIA

Una crisis de ansiedad...que terminó en muerte.

M.U.D. de 28 años de edad con antecedentes de trombocitosis sin diagnóstico etiológico y medicada habitualmente con un anillo vaginal Nuvaring® (etinilestradiol/etonogestrel), acudió el día 14 de agosto de 2008, a su médico de atención primaria para la revisión de una cirugía reciente por fístula sacro-coccigea. La paciente refirió disnea, opresión precordial y cierto nerviosismo.

En esta ocasión se le prescribió bromazepan de 1.5 mg cada 8 horas por vía oral; por lo que de este hecho se desprende que se realizó un diagnóstico de ansiedad intensa, dado el fármaco prescrito y su dosificación.

Tres días después, se recibió una llamada en el Servicio de Emergencias, sobre las **10:27 horas**, en la que se indicó que M.U.D. presentó un cuadro de mareos, tos y asfixia. Se señaló que fue la primera vez que ocurrió, que apareció súbitamente y se señaló la existencia de antecedentes de cirugía reciente.

Se solicitó hablar con la paciente de forma reiterada, ella accedió a esto y se le preguntó acerca de su estado de salud, ante lo cual comunicó la dificultad para respirar en tres oportunidades.

El médico coordinador le preguntó sobre su medicación actual y la paciente le contestó que estaba tomando Lexatín® (bromazepam) para la ansiedad; el facultativo le preguntó si “le paso algo” ó “tuvo algún disgusto”, a lo que la paciente contestó que no.

El médico coordinado pidió hablar con la hermana de la paciente y le dijo que en su opinión, **M.U.D.** estaba padeciendo una “**crisis de ansiedad**”. Indicó que le enviaría una ambulancia para llevarla al Centro de Salud y colocarle un calmante. Dio indicaciones para tranquilizar a la paciente y para que respire despacio.

A las 10.42 horas, se volvió a recibir una nueva llamada al Servicio de Emergencias, en la que se indicó el mal estado general de la paciente con mucha dificultad para respirar, una coloración morada y su falta respuesta verbal. Se comunicó la situación al médico coordinador. Se llamó al técnico-conductor de la ambulancia, quien indicó que ya estaba en el domicilio delante de la paciente y confirmó la coloración morada y la ausencia de respiración en la paciente.



Se decidió enviar la Unidad de Soporte Vital Avanzada que llegó al domicilio a las **10:51 horas** y se encontró a la paciente en situación de **parada cardiorrespiratoria**. El examen neurológico mostró un estado de inconsciencia, con ambas pupilas en midriasis sin reacción motora. Se efectuó un electrocardiograma que indicó una disociación electro-mecánica y una asistolia. Ante estos hallazgos se decidió iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 35 minutos; se procedió a la intubación orotraqueal de la paciente y se trasladó al Hospital de referencia.

A la llegada al Servicio de Urgencias del Hospital, se realizó un **ecocardiograma** que mostró una contractilidad cardíaca global severamente deprimida, sin derrame pericárdico ni líquido libre en la cavidad abdominal ni signos de sospecha de disección aneurismática de la arteria aorta.

Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos con una perfusión continua de noradrenalina a dosis altas y con una severa inestabilidad hemodinámica; al examen físico se constató la presencia de estado de coma, palidez mucocutánea y cianosis acral.

Se sospechó la existencia de un tromboembolismo pulmonar masivo que planteó el uso de fibrinolíticos, pero se descartó dados los signos de coagulación intravascular diseminada severa. Así mismo, fue imposible realizar pruebas de imagen específicas dado que persistió en todo momento la inestabilidad hemodinámica.

Desde el ingreso M.U.D. presentó signos de **encefalopatía anóxica severa**, existió un progresivo deterioro funcional a todos los niveles, con una situación de acidosis láctica severa y refractaria

hasta el fracaso multiorgánico irreversible. La paciente falleció a las 11.45 horas del 18 de agosto del 2008.

El día 19 de agosto de 2008, se realizó el estudio necrópsico del cadáver de la paciente, que evidenció como causa de la muerte un **tromboembolismo pulmonar bilateral con edema y hemorragia pulmonar**; así como alteraciones sistémicas secundarias a una hipoperfusión derivadas del shock cardiogénico.

Se procedió al estudio de los estados de coagulabilidad primarios. Existió normalidad en los niveles de homocisteína, con negatividad para los anticuerpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico y mutaciones en los factores II y V.

Negligencia

Cristina G. salió a la calle este martes, en Vitoria, después de 22 días de aislamiento. Es la única buena noticia que puede contar tras superar dos positivos consecutivos en SARS-CoV-2. Acaba de comprar el pan en un mundo muy diferente al que dejó cuando le comunicaron, a principios de marzo, que toda su familia estaba contagiada. [Su padre ingresó en el hospital vitoriano de Txagorritxu](#) el 17 de febrero con una hemorragia en el estómago y ahora está aislado con el coronavirus, tras sufrir una “neumonía salvaje” la noche del 1 al 2 de marzo, en el hospital de Eibar, Gipuzkoa. Su madre dio positivo el 7 de marzo y está aislada en su casa desde entonces, y su hermana ha vivido 20 días muy duros con fiebre muy alta. Todos se han contagiado en la habitación 731 a la que iban a visitar a su padre. [“Salgo al balcón todos los días a homenajear a los sanitarios](#) por su esfuerzo, pero mi padre se contagió en Txagorritxu por una decisión negligente, y después hemos caído toda la familia”, dice emocionada. El 29 de febrero trasladaron a su habitación a un enfermo tratado por uno de los médicos que 24 horas antes había dado positivo en el virus.

- [Últimas noticias sobre el coronavirus, en directo](#)

Solo ha pasado un mes, pero a esta mujer, funcionaria foral de 53 años, le ha parecido una eternidad. [A finales de febrero había dos positivos en Álava, dos médicos, y ahora son ya más de 3.946 los infectados en Euskadi y 180 han fallecido.](#) Solo en Vitoria hay más de 325 hospitalizados, de los que 37 están en la UCI. El aislamiento, los equipos de protección y los geles y guantes que ahora son imprescindibles, no formaban parte de las rutinas, ni siquiera de los sanitarios. Un miembro del equipo de urgencias ha confirmado que el día 29 de febrero, 24 horas después de los dos primeros positivos en el centro hospitalario, una de las directrices fue la de no utilizar, en general, las mascarillas, porque “iban a generar alarma entre los usuarios del servicio”. “Mi padre se tuvo que contagiar ese mismo día 29”, relata la funcionaria, porque apenas 24 horas después de llevarle a su nuevo compañero comenzaron los problemas. El departamento de Salud del Gobierno vasco ha rehusado hacer comentarios: “No podemos entrar a

analizar casos particulares cuando tenemos 3.946 infectados”, han asegurado fuentes oficiales del departamento.

“Mercedes, unos gigantes me están haciendo pruebas, aquí pasa algo raro”. Jesús G, de 81 años de edad, el padre de Cristina, llamó a su mujer a las dos de la madrugada del 2 de marzo mientras sanitarios con trajes especiales que describió como gigantes, le tomaban muestras. Tenía una fiebre muy alta y problemas para respirar cuando, solo unas horas antes, le habían confirmado la fecha para intervenirle del tumor de estómago: el 11 de marzo. Lo único que había cambiado en la 731 era el ocupante de la otra cama el último día de febrero, el mismo día que [se hizo público el contagio de dos médicos internistas de la sexta planta](#). “El nuevo compañero de mi padre subió de la sexta planta”, lamenta.

“Ese día comenzamos una auténtica odisea”, recuerda. Todo se descontroló. El enemigo estaba en el corazón del sistema sanitario y los directores del centro daban palos de ciego. La familia continuó con un régimen de visitas normal, accediendo a la habitación de Jesús sin restricciones. El primer susto llegó cuando sus temores comenzaron a hacerse realidad. El 2 de marzo se llevaron al compañero de habitación. “Nos dijeron que lo aislaban porque había sido tratado por uno de los médicos contagiados”. Ya era tarde.

La familia de Jesús siguió visitándole sin ninguna restricción hasta que el día 3, pasadas 48 horas de la crisis respiratoria que le fue diagnosticada como una neumonía, lo aislaron con carácter de urgencia. Los facultativos les comunicaron que el origen de los problemas respiratorios, de las placas y de la fiebre alta se debía a que había dado positivo en coronavirus; que se aplazaba la intervención y que su situación era grave. También les recomendaron que por precaución se pusieran en cuarentena. “Quiero saber quien tomó la decisión de trasladar los enfermos de la sexta planta cuando ya se sabía que allí había un foco. Voy a quejarme, de momento en el Servicio vasco de Salud, valoraré si voy al defensor del paciente y dios quiera que mi padre no se muera, pero si sucede lo denunciaré en el juzgado”, asegura la hija de Jesús, reclamando una explicación a la sanidad alavesa.

La indignación se sumó pronto al miedo y a la soledad. El positivo de Jesús y su aislamiento coincidió en el tiempo con los primeros síntomas en las dos hijas, Cristina y Merche. Pasaron esa noche con fiebre y dolores musculares. El día 4 llamaron cada una desde su casa al teléfono habilitado para comunicar las sospechas de contagio y el 5 de marzo, tras hacerles la prueba, les comunicaron que estaban contagiadas. “Mi madre que tiene 78 años empezó con fiebre ese mismo día 5, y el 7 le confirmaron que también era positiva. No parábamos de llorar”, recuerda. Cada una encerrada en su casa y sin noticias de su padre.



Profesionales sanitarios frente al hospital de Txagorritxu el 20 de marzo ALVARO BARRIENTOS / AP

En este mes en el que todo ha cambiado en sus vidas, el virus ha dejado un rastro diferente. Los especialistas de Txagorritxu aplicaron con Jesús varios tratamientos experimentales, y el día 20 de marzo lo trasladaron al gimnasio del hospital de Eibar donde ha estado hasta este jueves, que le subieron a planta, pero sigue aislado. Ya no tiene la ropa en una bolsa como en el gimnasio. La hermana mayor de Cristina, de 55 años, ha estado 20 días con fiebre que no bajaba de 38 grados, con diarreas, dolores de cabeza y musculares, además de tos. Los médicos la llamaban por teléfono. “Ahora lleva dos o tres días solo con unas décimas”, y se encuentra mejor, describe Cristina. Ella misma pasó tres días con 37,8 grados y dolores de cabeza y musculares. Es la única de momento que tiene el alta después de dos análisis positivos. A su madre, que también ha tenido episodios de fiebre y cefaleas, espera que le den el alta en breve.

“Mi padre sigue aislado, no sabemos qué tratamientos experimentales le han dado, o las posibilidades que tiene de salir adelante, si tiene neumonía o no. Gracias a una enfermera que le cuida podemos hablar con él”, explica con la voz entrecortada. Jesús ya no ve gigantes con trajes espaciales, pero su familia está muy preocupada porque le cuesta mantener una conversación mínimamente coherente. “Voy a seguir aplaudiendo cada día a los servicios sanitarios porque sé por lo que están pasando, pero en cuanto tenga fuerzas voy a luchar para que quien dirige el sistema nos explique por qué hemos enfermado en el sitio al que vamos a curarnos”, dice.

