



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Licenciatura en medicina humana**

**BIOETICA**

**Casos clínicos: iatrogenia, negligencia e impericia**

**Dr. Gustavo Armando López Cruz**

**Carlos Emilio Ocaña Vázquez**

**3er semestre grupo único**

**Tapachula Chiapas de Córdoba y Ordoñez**

**13 de noviembre del 2020**

**IATROGENIA:** Caso clínico, Sede: hospital de tercer nivel de atención. Diseño: descripción de caso. Descripción del caso: mujer de 59 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, así como enfermedad renal crónica de larga evolución. Ingresó al Servicio de Admisión Continua Adultos con diagnóstico de enfermedad renal crónica agudizada, lesión renal aguda AKIN-3, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica E2 JNC 7. Con indicación para sustitución de la función renal por hiperazoemia severa y acidosis metabólica descompensada. El Servicio de Nefrología procedió a la colocación de catéter mahurkar para hemodiálisis con acceso a nivel de vena subclavia izquierda. Se solicitó interconsulta al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular para valorar disfunción de catéter de hemodiálisis. En la radiografía de tórax se observó colocación inadecuada de catéter de hemodiálisis con irrupción del mismo hacia tórax con velamiento basal izquierdo y neumotórax izquierdo de 30%, por lo que se procedió a evaluación en sala de fluoroscopia, realizándose flebografía, arteriografía del sitio de colocación del catéter sin datos de fuga, por lo que se decidió el retiro del catéter de hemodiálisis subclavio izquierdo, evidenciando salida de material hemático abundante con alta presión, por lo que se realizó punción de vena braquial izquierda y nueva flebografía de control con evidencia de fuga de medio de contraste a nivel de vena subclavia izquierda y solución de continuidad a nivel de sus paredes, concluyéndose desgarro de vena subclavia izquierda iatrogena secundario a colocación de catéter mahurkar con sangrado profuso. A través de vena braquial izquierda se pasó sistema liberador de Stent recubierto y bajo visión fluoroscópica se liberó sin datos de fuga o migración sellándose sitio de fuga previo mediante control fluoroscópico y flebografía de control. Se colocó sonda pleural a nivel de hemitórax izquierdo, y bajo punción guiada por ultrasonido y fluoroscopia se colocó catéter mahurkar yugular derecho. La evolución posquirúrgica fue adecuada, sin datos de compromiso vascular de la extremidad; al cuarto día se retiró sonda endopleural por disminución de los gastos de la misma y se decidió alta del Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. La paciente quedó a cargo del servicio tratante para continuar manejo sustitutivo de función renal con adecuada evolución vascular hasta su egreso. Conclusiones: Tener la honestidad y principios éticos para reconocer los límites de nuestra preparación y experiencia permitirá disminuir las complicaciones iatrogénicas que pudieran sufrir nuestros pacientes.

**NEGLIGENCIA:** Caso clínico, Dejan ciego a un bebe por error Hace apenas dos días, la madre de un bebé de apenas un año y dos meses de edad denunció que su hijo quedará ciego, porque médicos del IMSS le extirparon su único ojo sano, el del lado derecho, cuando lo estaban operando para extraerle el ojo izquierdo por un tumor. Los padres afirmaron que se trata de una negligencia médica ocurrida en el área de oftalmología de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Obregón, Sonora. Fue hace tres meses cuando el pequeño Fernando Jonathan Valdez Ayala comenzó un tratamiento médico por un tumor maligno en el ojo izquierdo, por el cual se sometió a varias sesiones de quimioterapia que no arrojaron resultados positivos. El caso se dio a conocer a través de las redes sociales, donde María Marlene Ayala Quijano y su esposo Fernando Valdez Gastélum hicieron público que ya presentaron una denuncia penal en contra del oftalmólogo que operó a su hijo. Por su parte, el IMSS, a través de un

posicionamiento, confirmó que el niño fue intervenido quirúrgicamente en dicho hospital, además que la propia institución ha iniciado una investigación por estos hechos, pero niega más detalles del caso para no entorpecer las investigaciones

IMPERICIA: 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 cardiaca 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.

#### COMPARACION DE CASOS

En la iatrogenia sabemos que ocurre una alteración como efecto secundario a algún medicamento o alguna intervención quirúrgica en la cual no es deseado, que a diferencia de la negligencia e impericia, porque esta es a causa de una mala intervención, dado a los pocos conocimientos de parte de un médico lo cual lo puede llevar a casos legales.