REVISTA CONAMED
Rev CONAMED 2011; 16(2):91-95

Obligaciones de diligencia: Seguridad en un caso de histerectomía

Diligence obligations: Safety in a hysterectomy case

María del Carmen Dubón-Peniche[1]

Síntesis de la Queja

La paciente refirió que ingresó al hospital demandado para realización de histerectomía; durante la cirugía efectuaron transfusión sanguínea. En recuperación, escuchó que el paquete de sangre que le estaban administrando no era de ella y lo retiraron, presentando en ese momento una fuerte reacción que ocasionó paro respiratorio. Este grave error le produjo daño renal.

Resumen clínico

Expediente clínico, Hospital demandado

Paciente femenino de 34 años de edad, el 21 de julio de 2010 asistió al Servicio de Ginecología, donde se diagnosticó miomatosis uterina de grandes elementos (útero 12x9 centímetros, mal delimitado), indicándose histerectomía total abdominal.

El 24 de julio, se realizó valoración preanestésica, reportándose: tensión arterial 120/70, frecuencia cardiaca 92 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Laboratorio del 9 de julio: glucosa 86, creatinina 1.0, sodio 141, potasio 3.60, cloro 106, leucocitos 8,200, hemoglobina 10 g. hematocrito 30.7, plaquetas 342,000, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina en parámetros normales. ASA II, Mallampati II, plan de manejo: anestesia regional versus general.

La hoja de operaciones fechada el 25 de julio de 2010, establece que mediante anestesia general, se realizó el procedimiento quirúrgico, lavado de cavidad y cierre por planos, sin reportarse complicaciones, pasando la paciente al área de Recuperación con signos vitales estables. La nota de valoración, conducción y recuperación anestésica, reportó que la cirugía inició a las 12:05 horas y terminó a las 14:30 horas, transfundiéndose paquete globular sin complicaciones.

La hoja de enfermería, señala que se empleó paquete globular folio 1839 más 250 mililitros de solución fisiológica, iniciando a las 13:30 horas. Nota de Enfermería de las 14:45 horas, reporta que la paciente fue recibida procedente de Sala, inquieta con efectos residuales de la anestesia; sonda Foley con franca hematuria, así como sangrado transvaginal moderado, lo cual se informó al personal médico. Nota postanestésica refiere que durante el transanestésico se transfundió paquete globular previamente corroborado en Banco de Sangre por parte de Anestesiología que correspondiera al grupo sanguíneo de la paciente.

Ginecología, reportó Sonda Foley con coágulos y realización de lavados vesicales, sin obtener orina; manejo de hipotensión arterial mediante cargas rápidas de soluciones, 20 mg de furosemide.

[1] Dirección de Sala Arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Folio:-133/11 Artículo Recibido: 11 de abril de 2011 Artículo Aceptado: 8 de junio de 2011

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla, 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

Anestesiología en su nota de las 17:35 horas, reporta que la paciente estaba en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, que se revisó la hoja de conducción anestésica y postanestésica encontrándose: 2 horas 25 minutos de tiempo quirúrgico; 3 horas de tiempo anestésico; sangrado total 650 cc; diuresis total 130 cc. Carga de solución Hartmann 1,100 cc, Haemacel 500 ml, solicitud de unidad de concentrado eritrocitario para transfusión. Tensión arterial 80/37, frecuencia cardiaca 75 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, temperatura 36.5° C, saturación 96%, consciente, orientada, palidez importante de tegumentos (++++). Enfermería y Ginecología informaron que el concentrado eritrocitario que se transfundió durante transanestésico era de diferente grupo al de la paciente, por lo que se suspendió la transfusión, habiéndose administrado sólo 50 cc. Se informó a Banco de Sangre para corroborar datos, se indicó metilprednisolona, hemodiálisis de urgencia e interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Cuidados Intensivos reportó que se transfundió paquete globular tipo B positivo, siendo la paciente tipo A positivo, presentando reacción anafiláctica a grupo sanguíneo, solicitándose: prueba de Coombs, biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático, examen general de orina e interconsulta a Nefrología y Cirugía Vascular. Banco de Sangre, reportó Coombs negativo, grupo A positivo y franca hemólisis; Cirugía Vascular instaló catéter Mahurkar, y Nefrología efectuó hemodiálisis.

El 26 de julio de 2010, nota de evolución matutina reportó que después de seis horas de hemodiálisis, la paciente estaba sin dificultad respiratoria con ruidos cardiacos rítmicos; gasto por sonda Foley 50 ml. Laboratorio: glucosa 173, creatinina 1.2, sodio 145, potasio 2.8, cloro 112, alanino aminotransferasa 57, aspartato aminotransferasa 41, deshidrogenada láctica 538.0, bilirrubinas 2.66, fibrinógeno derivado 137.0; leucocitos 14,200, hemoglobina 7.4, plaquetas 175,000. Impresión diagnóstica: insuficiencia renal aguda en tratamiento, secundaria a anafilaxia postransfusional.

Hematología y Banco de Sangre, en nota conjunta, reportaron que se revisó el proceso desde la solicitud hasta que la paciente presentó reacción postransfusional, encontrándose: a) se cruzaron dos unidades A positivo 2389 y 2390; b) se transfundió la unidad 1839 B positivo, la cual se cruzó para otra paciente que ese día también se encontraba en quirófano, es decir, la unidad transfundida estaba destinada a otra paciente; c) este tipo de reacciones inmunológicas son graves y afectan seriamente al riñón; d) requiere atención permanente por Nefrología en intento de recuperar al máximo la función renal. e) se recomienda pulso de metilprednisolona.

El 8 de agosto de 2010, estimaron que el manejo podría ser ambulatorio, la hoja de egreso hospitalario, señala diagnósticos: reacción postransfusional a hemoderivados por incompatibilidad a grupo, insuficiencia renal aguda. Plan: acudir a sesiones de hemodiálisis por parte del Servicio de Nefrología. Cita en dos semanas a Consulta Externa de Ginecología; cita abierta a Urgencias en caso de datos de alarma.

En enero de 2011, el gammagrama renal reportó perfusión y concentración renal deficientes para ambos riñones, los cuales se encontraron disminuidos de tamaño y las fases de tránsito por el parénquima prolongadas. Se observó nula eliminación con abundante material radioactivo de fondo. Filtración 37.16 ml/min. Riñón derecho: 16.54 ml/min (44.51%); riñón izquierdo: 20.6 ml/min (55.49%). Impresión diagnóstica: Deterioro funcional severo.

Análisis del Caso

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

En términos de la literatura especializada, la prevalencia de anemia en pacientes a quienes se les efectuará cirugía electiva va de 5% a 75%, dependiendo de la comorbilidad asociada. La mayor parte de los pacientes son mujeres y de éstas, la tercera parte presenta deficiencia de hierro.

La anemia preoperatoria se asocia con incremento en la morbilidad después de la cirugía, comúnmente relacionada con terapia transfusional. En ese sentido, existen distintas estrategias encaminadas a reducir la morbi-mortalidad post-transfusional entre ellas: evitar transfusiones innecesarias al apegarse a lo establecido en los lineamientos transfusionales para reducir complicaciones; reducir riesgo de afectación aguda pulmonar relacionada a transfusión de plaquetas, así como prevenir reacciones hemolíticas transfusionales, mediante procedimientos de identificación de pacientes.

Por lo anterior, en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en forma electiva, debe tenerse en cuenta: a) contar con biometría hemática de al menos 30 días previos a la cirugía, y b) las cifras de hemoglobina mínimas aceptables para efectuar la intervención son: mayor o igual a12 g/dL en mujeres y mayor o igual a 13 g/dL en hombres.

Las reacciones transfusionales se clasifican en dos grandes categorías: inmunológicas y no inmunológicas, ambas pueden ser inmediatas o tardías; la reacción es inmediata, cuando se presenta en las primeras 24 horas, y tardía después de este lapso.

Reacciones transfusionales: a) reacción transfusional hemolítica aguda, por incompatibilidad ABO; b) reacción transfusional no hemolítica febril, cuando el receptor es sensible a los leucocitos, plasma o plaquetas del disponente; c) reac-

ción alérgica leve, debida a sensibilidad del paciente a proteínas plasmáticas de los componentes sanguíneos; d) anafilaxia, en pacientes carentes de inmunoglobulina A y anti-IgA con sensibilidad a las proteínas; e) bacteriemia aguda, debido a contaminación bacteriana del componente transfundido; f) afectación pulmonar aguda (mecanismo de reacción de anticuerpos antileucocitarios del disponente ante los leucocitos del receptor, lo cual produce aglutinación y agregación de leucocitos en pulmones y lleva a insuficiencia respiratoria).

La transfusión de hemoderivados es el procedimiento de trasplante tisular de mayor utilización en el manejo de alteraciones hematológicas; empero, su empleo exige eficiencia del personal y evaluación clínica del estado del paciente a fin de reducir los riesgos.

La indicación y uso correcto de las transfusiones de sangre y sus componentes, deben estar relacionados con las condiciones clínicas del paciente. La terapia transfusional está indicada en: a) descenso de la oxigenación tisular por capacidad inadecuada de transporte de oxígeno; b) shock hipovolémico por hemorragias masivas; c) anemias refractarias sintomáticas; d) coagulopatías por consumo de los factores de coagulación; e) sangrado activo con pérdida mayor de 20% del volumen corporal, entre otras.

La aplicación de un componente sanguíneo, siempre debe ir precedida de la comprobación inequívoca de los datos de identificación del paciente y de los de identificación del componente sanguíneo.

La Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", en su parte conducente señala:

- 10.23.- De presentarse una reacción transfusional inmediata, el Banco de Sangre o, en su caso, el servicio de transfusión, deberá llevar a cabo simultánea y comparativamente los procedimientos y pruebas de laboratorio que se indican a continuación: a) En las muestras pre y postransfusionales del receptor: se observará si el suero o plasma presenta hemólisis. Se repetirá la determinación de su grupo ABO y Rho (D). Se realizará prueba de Coombs directa; se investigará la presencia de anticuerpos irregulares, en el propio establecimiento o en otro con la capacidad técnica suficiente para el efecto; b) con el remanente de la unidad implicada en la reacción transfusional y en la muestra de ella que fue empleada para la realización de las pruebas de compatibilidad, se deberá repetir la determinación del grupo ABO y Rho (D), así como, las pruebas de compatibilidad con muestras pre y postransfusionales del receptor.
- 10.24.- La existencia de títulos bajos de anticuerpos en suero del receptor, contra antígenos eritrocíticos del disponente, pudieran no detectarse en las pruebas de compatibilidad. La transfusión de tales eritrocitos producirá rápido incremento en la síntesis de anticuerpos, generándose una reacción hemolítica tardía. En tales casos, se deberá investigar en el receptor si su suero o plasma presenta hemólisis, se ratificará su grupo ABO y Rho (D), se hará una prueba de Coombs directo y se investigará la presencia de anticuerpos irregulares y su especificidad. De conservarse muestras pretransfusionales de los disponentes y del receptor se repetirán las pruebas de compatibilidad.

En el presente caso, el 21 de julio de 2010, la paciente asistió al Servicio de Ginecología del Hospital demandado, donde se diagnosticó miomatosis uterina de grandes elementos y se propuso tratamiento quirúrgico, el cual estaba justificado atendiendo a la patología ginecológica que presentaba.

El día 24 del mismo mes y año, ingresó para realización de histerectomía total abdominal. En la valoración preanestésica, consta que presentaba tensión arterial 120/70, frecuencia cardiaca 92 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto; hemoglobina 10 g/dl., reportada el 9 de julio de 2010.

En ese sentido, fue demostrado que la paciente presentó anemia secundaria a sangrados crónicos transvaginales (cifras de hemoglobina 10 g/dl), lo cual ameritaba tratamiento previo a su intervención (hematínicos, tales como hierro y ácido fólico), medida que fue omitida por el personal médico del demandado. Al respecto, la literatura especializada, establece que para toda cirugía mayor electiva, la hemoglobina en mujeres debe ser igual o mayor de 12 g/dL.

Con tales antecedentes, el 25 de julio de 2010, se efectuó la intervención quirúrgica, no reportándose complicación alguna. La nota de valoración, conducción y recuperación anestésica, señaló transfusión de paquete globular; de igual forma, enfermería anotó transfusión de paquete globular folio 1839 más 250 ml de solución fisiológica.

A las 14:45 horas del 25 de julio, Enfermería advirtió que la paciente estaba inquieta con efectos residuales de anestesia general; sonda Foley drenando hematuria franca y sangrado transvaginal moderado, lo cual se informó al personal médico.

Por su parte, la nota postanestésica, menciona que durante el transanestésico se transfundió paquete globular previamente corroborado en Banco de Sangre con el grupo sanguíneo de la paciente. La siguiente nota, señala que los médicos de Ginecología realizaron lavado vesical, sin obtener orina. Así mismo, que la paciente presentó

hipotensión arterial, la cual fue manejada mediante cargas rápidas de soluciones parenterales.

Anestesiología reportó que mediante los Servicios de Enfermería y Ginecología, se informó que el concentrado eritrocitario transfundido durante el transanestésico era de diferente grupo al de la paciente, por ello se suspendió la transfusión, habiéndose administrado sólo 50 cc. Se dio aviso a Banco de Sangre para corroborar datos, solicitándose muestra sanguínea para prueba de Coombs, se indicó metilprednisolona, hemodiálisis urgente, así como interconsulta a la Unidad de Cuidados Intensivos.

En ese sentido, se acreditó fehacientemente la mala práctica, por negligencia, en que incurrió el personal médico del demandado, ante el incumplimiento de sus obligaciones de diligencia.

Quedó demostrado que se transfundió paquete globular reportado como grupo B positivo, siendo la paciente grupo A positivo, ocasionándole reacción hemolítica, debido a mal praxis, por negligencia del personal.

Lo anterior, también acredita franco desapego a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos."

Ahora bien, pese a que existía hematuria franca, reacción postransfusional y resultado de laboratorio reportando hemólisis; no se efectuó en forma completa el estudio de la paciente, para determinar la gravedad de la reacción hemolítica postransfusional. El Banco de Sangre, no efectuó pruebas complementarias tales como hemopexina, haptaglobinas y hemoglobina libre, entre otras, lo cual también demuestra mala práctica, por negligencia del personal.

La nota conjunta de Hematología y Banco de Sangre, resultó concluyente al hacer constar que la paciente presentó reacción postransfusional; que se cruzaron dos unidades A positivo: 2389 y 2390; que se transfundió la unidad 1839 B positivo y que se había cruzado para otra paciente que también se encontraba en quirófano, siendo el tipo de reacciones inmunológicas graves y que afectan seriamente al riñón.

En este caso, la enferma cursó con insuficiencia renal aguda secundaria a hipersensibilidad por hemotransfusión. Las notas de la atención subsecuente, mostraron que fue atendida por los Servicios de Nefrología, Anestesiología y Hematología, siendo tratada con hemodiálisis, mediante la cual las cifras de azoados y de creatinina se mantuvieron en niveles normales, evolucionando hemodinámicamente estable, por lo que fue egresada el 8 de agosto de 2010, continuando su atención en Consulta Externa.

Es importante señalar, que el gammagrama renal de enero de 2011, reportó disminución del tamaño de los riñones, deficiencia en la perfusión y concentración renal bilateral, fases de tránsito por el parénquima prolongadas, nula eliminación. La filtración fue de 37.16 ml/min; riñón derecho: 16.54 ml/min (44.51%) y riñón izquierdo: 20.6 ml/min (55.49%). Reportándose deterioro funcional severo.

Apreciaciones Finales

- La anemia en el preoperatorio, se asocia con incremento en la morbilidad relacionada con terapia transfusional, y en este caso no se valoró debidamente el riesgo-beneficio, así tampoco se agotaron las obligaciones de diligencia antes de la cirugía, para intervenir a la paciente con razonable seguridad.
- Dados los riesgos potenciales, cada transfusión alogénica debe estar justificada atendiendo al cuadro clínico del paciente, y deberá existir constancia de ello en el expediente clínico.
- En el momento de la transfusión, es imprescindible comprobar la coincidencia de los datos del paciente con los de la solicitud, así como con los datos de las unidades de sangre o componentes sanguíneos a transfundir.
- La negligencia observada, ocasionó deterioro funcional severo en ambos riñones de la paciente.
- En tratándose de obligaciones de carácter civil, en el presente caso, se actualizó el supuesto previsto en el artículo 2110 del Código Civil Federal, el cual establece que los daños y perjuicios deben ser consecuencia directa y necesaria, de la falta de cumplimiento de la obligación.

Comentarios

- La seguridad del paciente es prioritaria en la atención médica, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos, y en la cual no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, pues se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.
- Es necesario un cambio cultural relacionado con temas como son: gestión de riesgos, aplicación de guías de práctica clínica, comunicación entre el personal de salud, así como con los pacientes. Esto supone desarrollar procesos orientados a reducir fallas en el sistema, mal praxis del personal, así como el diseño de mecanismos para su detección y en caso de que se presenten, limitar sus consecuencias.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos" México: Secretaría de Salud;1994.

2. Goodnough LT, Nemeth E, Ganz T. Detection, Valuation and Management of preoperative anemia in the Elective Surgical Patient. Anesth Analg. 2005. 101(6):1858-1861.
3. Gruson KI, Aharonoff GB, Egol KA, Zuckerman JD, Koval KJ. The Relationship Between Admission Hemoglobin Level and Outcome After Outcome After Hip Fracture. J Orthop Trauma; 2002. 16(1):39-44.
4. Dunne JR, Malone D, Tracy JK, Gannon C, Napolitano LM. Perioperative Anemia: an Independent Risk Factor for Infection, Mortality and Resource Utilization in Surgery. J Surg Res; 2002.102:237-244.
5. Halm EA, Wang JJ, Boockvar K, Penrod J, Silberzweig SB, Siv AL et al. The Effect of Perioperative Anemia on Clinical and Functional Outcomes in Patients With Hip Fracture. J Orthop Traume; 2004. 18(6):369-374.
6. Goodnough LT. Vizmeg K, Sobecks R, Schwarz A, Soegiarso W. Prevalence and Classification of Anemia in Elective Orthopedic Surgery Patients: Implications for Blood Conservation Programs. Vox Sang; 1992; 63(2):90-95.
7. Goodnough LT, Brecher ME, Kanter MH, AuBuchon JP. Transfusion Medicine (Second of two Parts). NEJM. 1999;340(7):525-533.
8. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos. México: Secretaría de Salud, 2010.51p.
9. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP. Estrasburgo, 2004.p.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SICALIDAD

INSTRUCCIÓN 309/ 2011

Dirección General Adjunta de Calidad en Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Asunto: Recomendaciones para el correcto intercambio de información entre el equipo de salud para garantizar la seguridad de los pacientes.

Por considerarlo de interés, se publica parte de la Instrucción señalada, cuyos objetivos son:

- Brindar certidumbre sobre la correcta comprensión de las órdenes médicas, cuidados de enfermería, indicaciones de medicación, estudios y pruebas diagnósticas.
- Garantizar la continuidad de cuidados en el proceso de atención.
- Prevenir incidentes de seguridad en el paciente.
- Proteger el ejercicio profesional de los trabajadores de la salud.

Los principios de una buena comunicación en los servicios de salud, es que sea:

- Oportuna: Que responde en el momento apropiado a las necesidades de información que se requieren para una mejor atención de los pacientes.
- Precisa: La comunicación debe ser concisa, puntual y referida en exclusiva al paciente objeto de la atención y cuidados.
- Completa: La comunicación no debe omitir aspectos sustantivos del proceso de atención y debe proporcionar la información útil para la toma de decisiones.
- Inequívoca: La comunicación debe ser clara que no permita duda o equivocación en la atención al paciente.
- Comprensible para el que la recibe: Quien realiza la comunicación debe asegurarse de que los términos en los que se expresa, son entendidos por otros profesionales de la salud.

Para mayor información: **http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html**