

Influenza A H1N1

Caso de la CONAMED

*María del Carmen Dubón Peniche**



Clara Natoli

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) cumple su décimo quinto aniversario. Fue creada mediante un Decreto del Ejecutivo Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, como una institución imparcial y especializada para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de los servicios de atención médica.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

El paciente refirió que en 2 ocasiones asistió a Urgencias del hospital demandado, donde le diagnosticaron faringoamigdalitis y rinoftaringitis; sin embargo, a pesar del tratamiento empeoró su situación. Posteriormente asistió a la clínica también demandada, donde se integró el mismo diagnóstico. Al no mejorar e incrementarse los síntomas fue atendido en otro hospital, donde se diagnosticó influenza A H1N1, por lo que ameritó hospitalización. Por lo anterior, considera que la atención otorgada en las unidades médicas demandadas fue negligente.

RESUMEN CLÍNICO

De las notas clínicas del hospital demandado, se desprende que el 8 de mayo de 2009, el paciente de 45 años de edad asistió al Servicio Urgencias refiriendo mialgias, artralgias y mal estado general, de 24 h de evolución.

En la exploración física se reportaron amígdalas hiperémicas, hipertróficas, ruidos cardíacos de buena intensidad y frecuencia, campos pulmonares ventilados, abdomen sin datos patológicos, extremidades íntegras. Frecuencia cardiaca 76 por minuto, respiratoria 24 por minuto, tensión arterial 130/80, temperatura 38° C. La impresión diagnóstica era faringoamigdalitis, por ello se indicó penicilina G procaínica de 800,000 unidades (una ampolla intramuscular cada 24 h), paracetamol de 500 mg, vía oral cada 8 h y cita abierta a Urgencias.

*Directora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED.
correo electrónico: mdubon@conamed.gob.mx



PKurhan

El paciente refirió que en 2 ocasiones asistió a Urgencias del hospital demandado, donde diagnosticaron faringoamigdalitis y rinofaringitis; sin embargo, a pesar del tratamiento empeoró su situación. Posteriormente asistió a la clínica también demandada, donde se integró el mismo diagnóstico. Al no mejorar e incrementarse los síntomas fue atendido en otro hospital, donde se diagnosticó influenza A H1N1, por lo que ameritó hospitalización. Por lo anterior, considera que la atención otorgada en las unidades médicas demandadas fue negligente.

El 11 de mayo de 2009, asistió al Servicio de Urgencias del hospital demandado, reportándose cuadro clínico de 8 días de evolución, manifestado por cefalea, otalgia, hipertermia no cuantificada y rino-rrea hialina; tensión arterial de 130/80, frecuencia cardiaca de 76 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 37.9° C. En la exploración física: buen estado general, conjuntivas y pupilas en parámetros normales, narinas permeables, cuello sin adenomegalias, cardiorrespiratorio sin compromiso. La impresión diagnóstica fue rinofaringitis agudizada, y el tratamiento indicado fue clindamicina 300 mg, vía oral cada 12 h por 7 días; naproxeno 1 cada cada 8 h por 5 días; paracetamol 500 mg, cada 8 h por 5 días; líquidos calientes a libre demanda y cita abierta a Urgencias.

Ese mismo día (11 de mayo de 2009) el paciente fue atendido en la clínica demandada; la nota de Consulta Externa establece: tensión arterial de 110/80, frecuencia cardiaca de 88 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura de 39.5° C. Fiebre de 38° C., de 5 días de evolución, mialgias, artralgias y cefalea, en la exploración física se encontró: faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas grado II, cardiopulmonar sin compromiso. El diagnóstico fue faringoamigdalitis y el tratamiento gentamicina 80 mg intramusculares cada 24 h por 7 días, paracetamol 500 mg, cada 6 h y naproxeno una cada 8 h vía oral.

El 12 de mayo de 2009, el paciente fue trasladado en ambulancia a otro hospital distinto al demandado. La nota de ingreso establece que presentaba 5 días con fiebre de hasta 39° C., gran ataque al estado general, rino-rrea hialina, tos con expectoración transparente, escasa. En la exploración física: diafrosis, orofaringe hiperémica, tórax con estertores crepitantes subescapulares, bilaterales; área cardiaca con taquicardia, sin fenómenos agregados; abdomen con peristalsis; extremidades sin edema. Saturación de oxígeno de 89%, tensión arterial de 114/70, frecuencia cardiaca de 105 por minuto, frecuencia respiratoria de 26 por minuto, temperatura de 39.5° C. Radiografía de tórax mostró opacidad heterogénea parahiliar derecha. Gasometría arterial: PCO₂ 21, PO₂ 52, estado ácido-básico con alcalosis respiratoria (PH 7.49). Se integró diagnóstico de: insuficiencia respiratoria tipo I; neumonía adquirida en la comunidad ATS 3B de etiología

La influenza es una enfermedad respiratoria causada por alguno de los virus A, B o C.

El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie, hemaglutinina (H) y neuroaminidasa (N), de la cual depende su capacidad de producir formas graves de la enfermedad; puede tener múltiples combinaciones, ya que se han identificado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuroaminidasa.



Fotografía: Comunicación Social Gobierno de Jalisco

viral, estimándose alta sospecha para infección por virus de la influenza, por ello se inició tratamiento con antiviral (oseltamivir), cefalosporina de tercera generación, oxígeno suplementario y se solicitaron estudios básicos de laboratorio, muestra para PCR de influenza y cultivo de expectoración.

Durante su internamiento, cursó con falla renal, acidosis metabólica y dificultad respiratoria progresiva, ameritando asistencia mecánica ventilatoria y atención en la Unidad de Cuidados Intensivos. El 13 de mayo de 2009, se efectuó tomografía computarizada de tórax, la cual mostró numerosas opacidades heterogéneas, de aspecto nodular, predominando en la periferia de ambos campos pulmonares. La fibrobroncoscopia del 19 de mayo, reveló abundantes secreciones purulentas, a nivel de lingula, tronco de basales y segmento 6. El 20 de mayo de 2009, se confirmó influenza A H1N1. Durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, se brindó tratamiento mediante 75 mg de oseltamivir cada 12 h por 5 días, ceftriaxona, claritromicina y amikacina. Conforme al resultado de los cultivos, se ajustaron los antibióticos. La evolución fue satisfactoria, el paciente ingresó a piso y posteriormente fue dado de alta (12 de junio de 2009) con diagnósticos finales de: neumonía atípica grave por Influenza A H1N1; insuficiencia respiratoria aguda, delirio, miopatía del paciente en estado crítico.

ANÁLISIS DEL CASO

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

Según la literatura de la especialidad, la influenza es una enfermedad respiratoria aguda, causada por alguno de los virus A, B o C.

El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie, hemaglutinina (H) y neuroaminidasa (N), de la cual depende su capacidad de producir formas graves de la enfermedad; puede tener múltiples combinaciones, ya que se han identificado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuroaminidasa.

El virus causante de la influenza es un virus RNA; el tipo A es el de mayor importancia por su capacidad de infectar aves, cerdos y felinos. Los virus de influenza A son diseminados entre los humanos y ocasionan la influenza estacional epidémica cada año.

El 4 de mayo de 2009, la Secretaría de Salud emitió un boletín en el cual se establecen acciones para contener la transmisión de la influenza A H1N1. El objetivo de este boletín fue proporcionar información básica al personal de salud, sobre riesgos y medidas para prevenir y controlar la intensificación de la transmisión de influenza en el país.

La transmisión de humano a humano, se efectúa mediante: contacto con gotitas de saliva o superficies y materiales contaminados. Los signos y síntomas son: inicio súbito, fiebre mayor de 38° C., cefalea, fatiga, tos, faringodinia, rinorrea hialina, congestión nasal, mialgias, artralgias, diarrea y ataque al estado general.

En el citado boletín, la figura 1 referente al tamizaje de pacientes a su llegada al servicio médico, establece que en el primer contacto al existir síntomas y/o signos respiratorios, debe valorarse al en-

fermo en consulta de Urgencias, considerarse como probable influenza al manifestar fiebre (38°C), cefalea, mialgias y rincorría; si presenta datos de insuficiencia respiratoria indicar su hospitalización, oseltamivir y el tratamiento médico requerido, o bien, de no existir datos de insuficiencia respiratoria, brindar tratamiento ambulatorio mediante oseltamivir, medidas sintomáticas y evaluación de contactos.

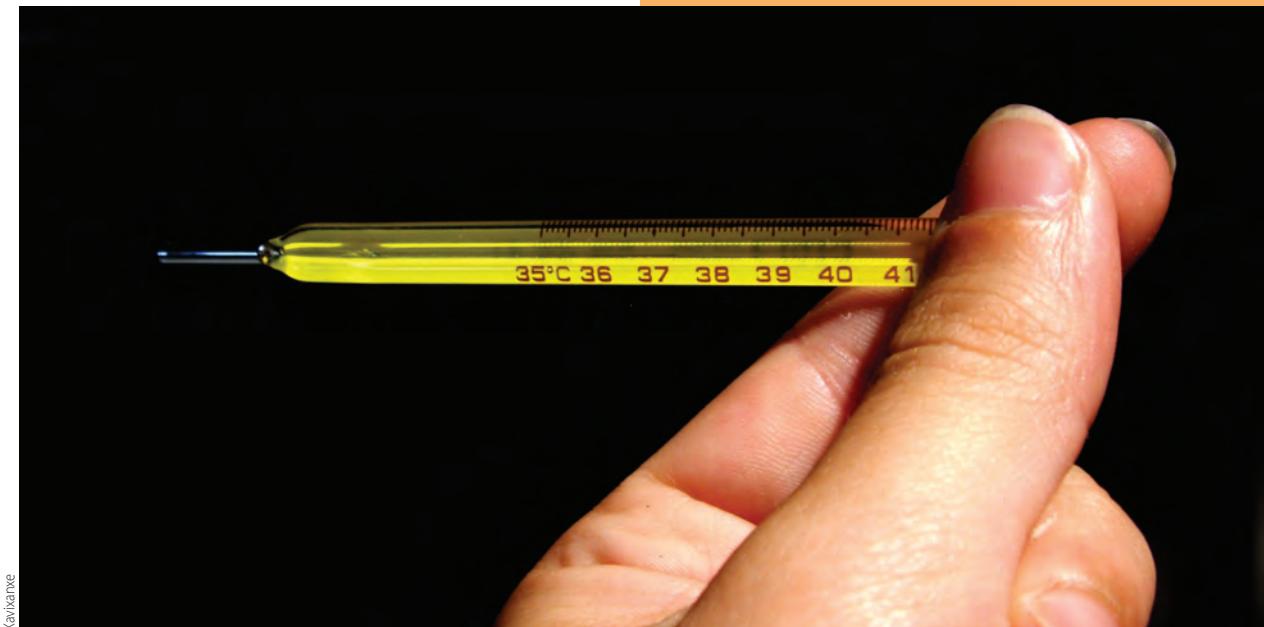
En el presente caso, el 8 de mayo de 2009, el paciente asistió al Servicio de Urgencias del Hospital demandado, refiriendo cuadro clínico de 24 horas de evolución, manifestado por mialgias, artralgias y mal estado general. En la exploración física se reportaron amígdalas hiperémicas, hipertróficas, temperatura de 38°C , siendo la impresión diagnóstica faringoamigdalitis, por lo que se indicó tratamiento mediante antibiótico y antipirético, según lo acreditó la nota de dicha atención, no observándose irregularidades, por cuanto a esta atención se refiere.

En su queja, el paciente manifestó que a pesar de seguir el tratamiento indicado, continuó con los malestares y empeoró su situación, pues el dolor de cabeza era intenso y la fiebre no cedía. Por lo anterior, el 11 de mayo de 2009, asistió nuevamente al Servicio de Urgencias del citado hospital. La

nota de esta atención establece que refirió cefalea, otalgia, hipertermia no cuantificada y rincorría hialina de 8 días de evolución. En la exploración física se reportó: buen estado general, conjuntivas y pupilas normales, narinas permeables, cuello sin adenomegalias; cardiorrespiratorio sin compromiso; temperatura de 37.9°C , tensión arterial 130/80, frecuencia cardiaca de 76 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto. La impresión diagnóstica fue: rinofaringitis agudizada, por lo que se indicó clindamicina, naproxeno y paracetamol.

En estos términos, ante el cuadro clínico que presentaba el paciente, el personal médico del hospital demandado incumplió sus obligaciones de medios

En efecto, con la sintomatología ampliamente referida por el paciente, su persistencia, así como el contexto epidemiológico de virus de influenza A, el personal médico tenía obligación de incluir dentro de los diagnósticos diferenciales influenza A H1N1, situación que no sucedió.



Xavikane



de diagnóstico y tratamiento. En efecto, con la sintomatología ampliamente referida por el paciente, su persistencia, así como el contexto epidemiológico de virus de influenza A, el personal médico tenía obligación de incluir dentro de los diagnósticos diferenciales influenza A H1N1, situación que no sucedió.

Cabe mencionar, que en las fechas en que se brindó la atención al paciente (8 a 11 de mayo de 2009), en México existía epidemia por virus de influenza A H1N1, por ello el 4 de mayo de 2009, la Secretaría de Salud emitió el boletín “Acciones para contener la transmisión de influenza A (H1N1)”, que contiene la información necesaria para identificación de casos sospechosos, así como para la evaluación de los pacientes.

Pese a lo anterior, el personal médico que valoró al paciente el 11 de mayo de 2009, sólo se concretó a cambiar el antibiótico, incurriendo en mala práctica, por negligencia.

A mayor abundamiento, ese mismo día (11 de mayo de 2009) el paciente acudió a la clínica demandada con fiebre de 39.5° C, mialgias, artralgias y cefalea. En la exploración física se reportó faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas grado II, y se diagnosticó faringoamigdalitis. Se le indicó gentami-

cina, paracetamol y naproxeno. Esto demuestra la mala práctica por negligencia, en que incurrió el personal médico, al no cumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues pese a que el paciente presentaba cuadro clínico sugestivo de influenza A H1N1, se omitió la debida atención, y sólo modificaron nuevamente el tratamiento con otro antibiótico, sin que ello estuviera debidamente sustentado.

En efecto, conforme al boletín emitido por la Secretaría de Salud el 4 de mayo de 2009, inicialmente el paciente era candidato a tratamiento ambulatorio mediante antiviral (oseltamivir) y aislamiento domiciliario, lo cual fue soslayado debido a la mal *praxis* observada.

La literatura especializada establece que las manifestaciones clínicas de influenza A H1N1 son: inicio súbito de fiebre elevada (mayor de 38° C), cefalea, fatiga, tos, faringodinia, rinitis hialina, congestión nasal, mialgias, artralgias, diarrea y ataque al estado general. El paciente presentaba fiebre (38-39.5° C), rinitis hialina, mialgias, artralgias y ataque al estado general, como lo acreditaron las notas de atención, por lo que reunía datos clínicos sugestivos de influenza, conforme al boletín “Acciones para contener la transmisión de influenza A (H1N1)”.

La negligencia en que incurrió el personal médico del demandado, permitió que el padecimiento evolucionara hasta el agravamiento del paciente, quien ingresó a otro hospital el 12 de mayo de 2009, con diagnósticos de: insuficiencia respiratoria tipo I, neumonía adquirida en la comunidad ATS 3B de etiología viral, considerándolo clínica y epidemiológicamente con alta sospecha para infección por virus de influenza, por lo que se inició tratamiento con antiviral (oseltamivir), antibiótico y oxígeno suplementario, indicándose estudios de laboratorio, así como toma de muestra para PCR de influenza y cultivo de expectoración.

El expediente clínico del segundo hospital, acreditó que el enfermo presentó insuficiencia respiratoria aguda y neumonía atípica grave por influenza A H1N1, y que durante su hospitalización cursó con falla renal, acidosis metabólica y dificultad respiratoria progresiva que ameritó ventilación mecánica y manejo en Unidad de Cuidados Intensivos, permaneció hospitalizado hasta el 12 de junio de 2009, cuando egresó por mejoría.

APRECIACIONES FINALES

Fue demostrado que el personal médico de los nosocomios demandados, incurrió en mala práctica por negligencia, al incumplir las acciones emitidas por la Secretaría de Salud, en el contexto de la epidemia por virus de influenza A H1N1.

Cabe citar el artículo 181 de la Ley General de Salud, el cual dispone que en caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecte al país, la Secretaría de Salud dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud.

La mala práctica se refiere a todo acto u omisión en la atención médica, que contravenga las disposiciones que la regulan. Se trata del incumplimiento de las obligaciones de diligencia exigibles en el ejercicio de la profesión médica.

No se realizaron pronunciamientos de la atención brindada por prestadores de servicios distintos a los demandados, al no ser parte en la controversia.

RECOMENDACIONES

Una epidemia siempre es un desafío que involucra no sólo al sistema de salud, sino a la sociedad en pleno, y la importancia del médico radica tanto en su labor específica, como la que realiza con el equipo de salud y la comunidad.

La atención directa a los enfermos, es la más importante y decisiva contribución del médico durante una epidemia. De ella depende la recuperación de la salud de los pacientes, la minimización de complicaciones, secuelas y mortalidad. Adicionalmente, es fuente de conocimiento e investigación, pues los propios programas de atención se perfeccionan a partir de observaciones y resultados clínicos.

El médico debe actuar con eficiencia y oportunidad, para ello requiere estar debidamente informado acerca de la naturaleza de la epidemia, así como respecto a las medidas diagnóstico-terapéuticas de la enfermedad.

Ante una situación de emergencia sanitaria, el equipo de salud, debe acatar los lineamientos de acción y guías de manejo, establecidos por las autoridades del sector salud. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Bernard GR. Acute respiratory distress syndrome: a historical perspective. Am J Respir Crit care Med. 2005;172:798-806.
- CONAMED. Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención en pacientes con Influenza A (H1N1). Secretaría de Salud. México, 2009.
- Interim Guidance for Influenza Surveillance: Prioritizing RT-PCR Test in Laboratories. October 9, 2009.
- Interim Recommendations for Clinical Use of Influenza Diagnostic Test During the 2009 -10 Influenza Season. CDC September 29, 2009.
- Pérez Padilla R, et al. Pneumonia and respiratory failure from swine-origin influenza A (H1N1) in Mexico. N Engl J Med. 2009;361:680-9.
- Secretaría de Salud. Boletín: Acciones para contener la transmisión de influenza A (H1N1) (antes influenza de origen porcino) 4 de Mayo. México, 2009.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2-2003, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades nosocomiales. México, 2003.
- Updated Interim Recommendations for the Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season. CDC. September 22, 2009.
- WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009. Influenza and other Influenza Viruses. 20 August, 2009.