

ANEXO 3

Caso 3. Expediente: CDHDF/II/121/XOCH/16/P5640

Víctima directa: [Víctima directa 3]

1. Nota médica de 31 de agosto de 2016, signada por el doctor Salvador López Ramírez adscrito al servicio de Medicina Interna del Hospital General Torre Médica Tepepan (en adelante HGTMT), dependiente de la entonces Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (en adelante DGSMU) de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (en adelante SEDESA), de la cual se desprende lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

APP. [...]. Refiere padecer Feocromocitoma diagnosticado hace más de 30 años y en tratamiento médico, hipertensión arterial en tratamiento y de difícil control, rectorragia de más de dos meses de evolución y en estudio al momento. Manejo por medicina general (penal de Santa Martha) y Endocrinología (Hospital Belisario Domínguez), con ingesta diaria de medicamentos sin suspender.

Refiere sintomatología de tipo cefalea recurrente, vértigo, sangrado rectal al evacuar, epistaxis recurrente, en tratamiento y control aparente.

PA. Cefalea y vértigo, afebril, tolerando la vía oral, uresis y excretas presentes, deambulando, a la Exploración Física tranquila, consciente, orientada, cooperadora, con facies no características, actitud libremente escogida, sin alteraciones a la marcha, adecuada hidratación de piel y mucosas, con edad aparente igual a la referida, adecuada higiene y aliño personal, signos vitales estables; TIA: 120/60 mmHg. FC: 90 lpm, FR: 18 lpm, Tem: 36 °C, Peso: 64 Kg. Talla: 1.55 mts. IMC 26; cráneo normocéfalo, sin endostosis ni exostosis palpables, ojos asimétricos, pupilas isocóricas fotorreactivas, nariz sin alteraciones, sin restos hemáticos aparentes, cavidad oral con pérdida de piezas dentarias y caries dental, cuello cilíndrico, tráquea central desplazable, no ingurgitación yugular, sin adenopatías ni masas palpables, ambos hemitórax con movimientos de amplexión y amplexación normales, sin patología audible, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad y frecuencia sin alteraciones aparentes al momento, abdomen blando, plano, depresible, con peristalsis presente normal, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias ni masas palpables, genitales diferidos, columna lumbar sin limitación a la movilidad, sin crepitación, sin deformidad, extremidades integra, simétrico y funcionales con arcos de movilidad presentes, sin limitación a la movilidad, pulsos distales presentes, llenado capilar inmediato, reflejos osteotendinosos presentes, restos sin agregados.

A: Paciente la cual cursa con enfermedad crónica de base de más de 30 años de evolución con múltiples complicaciones hasta el día de hoy, diversas hospitalizaciones y en estado crítico de salud (terapia intensiva) durante este lapso, se encuentra bajo tratamiento por medicina general y endocrinología en conjunto (durante su estancia en prisión), al día de hoy cuenta con tratamiento médico se surten medicamentos faltantes para completar indicaciones establecidas, se encuentra estable, debe continuar por manejo de alta especialidad (endocrinología) con lo que no se cuenta en este hospital (debe seguir siendo trasladada a sus citas a Hospital Belisario Domínguez), cuenta con laboratorios recientes (este hospital) por lo que se envía a valoración y manejo conjunto con Medicina Interna, se solicita Papanicolaou, colposcopia y mastografía, se envía a valoración por Odontología. Por el momento NO se cuenta con expediente clínico de Santa Martha (aún no es enviado) para mejor continuidad en tratamiento establecido y citas programadas.

IDx. Pb. Feocromocitoma / Pb. Rectorragia aguda/ Hipertensión arterial sistémica de difícil control/ Dislipidemia mixta / Caries dental severa.

PLAN:

- Se envía a valoración y manejo conjunto por Medicina Interna, así como continuidad en las citas y manejo por Endocrinología.
- Se envía a valoración por odontología.
- Se solicita Papanicolaou y mastografía.
- Debe continuar con mismo tratamiento indicado por endocrinología (se otorgan recetas).
- Pendiente cita por proctología (la envía endocrinólogo, falta expediente con hoja de referencia otorgada, así como cita programada por trabajo social).
- Pendiente envío de expediente clínico (Santa Martha) para integración de expedientes y continuidad en tratamiento ya establecido.
- Se inicia tratamiento para Dislipidemia.
- Cita abierta a medicina general en caso necesario.
- Cita abierta a Urgencias.

2. Nota Médica de las 01:01 horas del 18 de septiembre de 2016, signada por el doctor Zaragoza adscrito al servicio de Medicina Interna del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

NOTA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente del sexo femenino [...]

Conocida por los siguientes problemas clínicos:

1. Feocromocitoma

Con resección quirúrgica a través de suprarrenalectomía hace 23 años. Ha quedado la duda si se logró la resección completa del tumor cromafín (la paciente refiere que no).

La evidencia es la siguiente:

1.- En todas las ocasiones que ha acudido a consulta las tensiones arteriales tomadas han sido normales.

El Dr. Hernández Arzaluz la mantuvo ayer en urgencias durante 10 horas, encontrando las siguientes determinaciones: 134/82 mmHg, 123/82 mmHg, 123/79 mmHg, 104/71 mmHg, 120/70 mmHg, 116/80 mmHg.

2.- No contamos con el expediente de Santa Martha, ni el resumen clínico del endocrinólogo del Hospital Belisario Domínguez que a decir de la paciente, la ha estado tratando, con nifedipina 60 mg. cada 8 horas, losartán 100 mg. cada 8 horas, enalapril 20 mg. cada 8 horas metoprolol 100 mg, cada 8 horas y 5 tabletas de prazosin de 1 mg. cada 6. horas.

3.- El examen cardiaco es normal a la exploración física.

4.- El electrocardiograma en reposo es normal, sin evidencia de cardiopatía hipertensiva.

5.- El oftalmólogo Dr. Ramírez, solo encontró retinopatía hipertensiva grado I.

2.- Hemorragia gastrointestinal baja:

Sangrado de color rojo transrectal que refiere la paciente de más de dos meses de evolución.

La evidencia es la siguiente:

En la evaluación por el Dr. Jerónimo González Pacheco no encontró anormalidad abdominal ni al tacto rectal. A pesar de que la paciente refería evacuaciones con sangre, el guante de exploración salió limpio sin sangre. En la evaluación del Cirujano General Dr. Rodríguez Castellanos, refiere "sin sangrado al tacto rectal". Tomografía de abdomen en donde aprecia "aparentemente un par de divertículos" con resto de la tomografía normal.

La hemoglobina actual es de 13.5 g/dL, con 40.31% de hematocrito. 4,380,000 glóbulos rojos.

Tiene cita a coloproctología el 5 de octubre del año en curso.

En conclusión, un caso de difícil definición por la falta de correlación en la mayor parte de los datos entre lo que la paciente refiere y los datos clínicos objetivos, que prácticamente son negativos.

El número y dosis de medicamentos antihipertensivos es muy alto y representa por tanto riesgo de complicación o colapso cardiovascular por la multiplicidad de efectos al sumar todos estos fármacos individuales.

El plan es el siguiente para establecer si hay existencia de hemorragia gastrointestinal, así como establecer si hay feocromocitoma residual con buen control de los efectos periféricos de catecolaminas tumorales por parte de los fármacos o si no hay feocromocitoma residual y la hipertensión arterial es esencial o la paciente no toma en realidad esta cantidad exorbitante de medicamentos.

- a) Seguimiento semanal por Cirugía General del aspecto de la hemorragia transrectal
- b) Después de la rectosigmoidoscopia, solicitaré Panendoscopia alta.
- c) Solicito catecolaminas en orina de 24 horas.
- d) Medición de la presión arterial en el turno matutino, vespertino y nocturno en urgencias, con registro.
- e) Solicitar expediente completo de Santa Martha
- f) Solicitar expediente completo del servicio de Endocrinología del Hospital Belisario Domínguez
- g) Valoración por Psiquiatría

3. Resumen Médico de 05 de octubre de 2016, signado por el doctor Antonio Jiménez Montoya, adscrito al de medicina interna del HGTMT de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Se trata de femenino [...] la cual ingresa a esta unidad el 2 de Marzo de 15 (según primer nota de expediente clínico), [...], refiere diagnóstico de feocromocitoma hace 30 años para la cual fue sometida a resección parcial del mismo, con tratamiento antihipertensivo farmacológico y valoración por servicio de Endocrinología del Hospital Dr. Belisario Domingo", rectorragia de 3 meses de evolución sin tratamiento, actualmente la paciente se encuentra siendo valorada por servicio de Cirugía General por el problema de la rectorragia con fecha del 04 de Octubre de 2016., a la exploración física se le encontró despierta, tranquila, hidratada, con buena coloración de tegumentos íntegra bien conformada, marcha normal, sin facies características, con funciones mentales superiores sin alteraciones, con tensión arterial de 130/70 mmHg, 82 latidos por minutos, 18 ventilaciones por minutos, temperatura de 36°C, peso 64 Kg. Talla 155 cm, IMC 26 cm/m²; pupilas normorrefléxicas, cavidad oral hidratada, cardiopulmonar sin compromiso agudo, abdomen plano, blando, depresible, sin áreas dolorosas ni visceromegalias, peristalsis - normal, extremidades íntegras sin compromiso, al tacto rectal en tres ocasiones sin datos de sangrado. Estudios de laboratorio reportan del 13 de Septiembre de 2016 reporta Hb 13.5, Ht 40.3, leucocitos 6.9, neutrófilos 79.7% Linfocitos 14.2%, 265000 plaquetas, glucosa 104 mg/dl, creatinina 0.7, colesterol 210, triglicéridos 113, ácido úrico 3.0, urea 23.4, Sodio 139, Cloro 106, Potasio 4.3, Calcio 9.1. TP 13.5, TPT 25.5 INR 1.16, del 26 de septiembre de 2016 Sangre oculta en heces: negativo del, 03 de Octubre de 2016 reporta Hb 12.3, Ht 36.4, leucocitos 5.8, neutrófilos 49.7%, linfocitos: 39.2%, 360 plaquetas.

Impresión Diagnostica

Hipertensión Arterial esencial contra secundaria por el antecedente de efectos residuales de la feocromocitoma
Sangrado transrectal de etiología a determinar

Su tratamiento actual es:

Bezafibrato 200 mg Vía Oral una tableta cada 24 hr
Nifedipino tabletas 30 mg Vía Oral dos tabletas cada 8 hr
Losartán tabletas 50 mg, Vía Oral dos tabletas cada 8 hr
Enalapril tabletas 10 mg Vía Oral dos tabletas cada 8 hr
Metoprolol tabletas 100 mg Vía oral dos tabletas cada 8 hr
Prazocin tabletas 1mg Vía Oral 5 tabletas cada 6-8 hr

4. Nota Médica de las 08:54 horas del 30 de octubre de 2016, signada por el doctor Zaragoza, adscrito al servicio de Medicina Interna del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

NOTA DE VALORACION CLÍNICA POR MEDICINA INTERNA

Paciente del sexo femenino [...].

La paciente refiere antecedente de haber tenido un feocromocitoma, con resección quirúrgica través de adrenalectomía hace 23 años. Refiere que no se logró la resección completa del tumor cromafín, quedando con hipertensión y de la misma manera, refiere que ha requerido de terapia intensiva en varias ocasiones por crisis hipertensiva. No ha tenido ninguna crisis en forma de emergencia ni urgencia aparentemente en toda su estancia en prisión.

La paciente ha estado siendo valorada por el endocrinólogo del Hospital Belisario Domínguez, con fecha más reciente el día 15/08/2016. El tratamiento actual consiste en prazosin tabletas 1 mg 5 cada 6 horas, metoprolol tabletas 100 mg: 2 cada 12 horas i oral, nifedipina tabletas 30 mg 2 cada 12 horas, enalapril tabletas 10 mg: 2 cada 12 horas. Losartán tabletas 50 mg: 2 cada 12 horas, vía oral.

Tiene cita pendiente en cuanto se cuente con gammagrama suprarrenal con MIBG (meta yodo bencil grandina).

Llama la atención lo siguiente que es atípico de la evolución de feocromocitoma:

En todas las ocasiones que ha acudido a consulta externa, solo el día 17/10/2016 se registró una tensión arterial de 160/80 mmHg.

Los demás registros del 11 de septiembre del año en curso hasta hoy han sido de: 110/60 mmHg 110/60 mmHg. 130/70 mmHg., 110/60 mmHg. 110/70 mmHg., 120/70 mmHg. 130/70 mmHg 130779 mmHg, 130780 mmHg. En la valoración por consulta externa, el endocrinólogo la encontró con tensión arterial de 130/80 mmHg El Dr. Hernández Arzaluz la mantuvo ayer en urgencias durante 10 horas, el 17/09/2018 encontrando las

siguientes determinaciones: 134/82 mmHg. 123/82 mmHg, 123/79 mmHg 104/71 mmHg, 120/78 mmHg 116/80-mmHg.

Hoy con tensión arterial de: 150/90 mmHg

El examen cardiaco es normal a la exploración física. Los ruidos cardiacos rítmicos, con intensidad, tono y timbre normal, sin fenómenos agregados. La radiografía de tórax con índice medio-torácico limítrofe.

El electrocardiograma de ayer con ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 75 a 79 por minuto, con eje eléctrico medio aQRS a 35°, la conducción aurículo/ventricular normal con intervalo PR de 016 segundos, Q7 de 0.36 segundos, sin ninguna evidencia de Isquemia, testón, necrosis hipertrofia ni bloqueo de rama principales o fasciculares.

(EL METOPROLOL ACTUAL REDUCIENDO LA FRECUENCIA CARDIACA) Entonces llama mucho la atención que, con las dosis tan altas de metoprolol, la frecuencia cardiaca y la conducción auriculo/ventricular no se ha modificado nada). El oftalmólogo del hospital, Dr. Ramírez, al examen del fondo del ojo, solo encontró retinopatía hipertensiva grado I.

La paciente refiere epistaxis en varias ocasiones, pero no se tiene registro en el expediente ni se puede correlacionar por tanto con su nivel de control tensional.

Se concluye lo siguiente:

- 1.- Probabilidad de que haya cursado con sangrado transrectal el julio del presente año.
- 2.- Con evidencia actual de que este sangrado está inactivo. Los hallazgos referidos no corresponden a lo referido de hemorragia diaria durante más de dos meses, con tactos rectales negativos para sangre, 2 exámenes negativos de sangre oculta en heces y hemoglobina conservada en 19,0 g/dt Desde el punto de vista diagnóstico, se solicita reagendar las citas para coloproctología para estudios pertinentes.
- 3.- La presión arterial ha estado controlada, como se puede ver con los registros en el expediente clínico y referidos antes. Llama la atención que no hay evidencia de vasculopatía hipertensiva y cardiopatía hipertensiva en el grado que supuestamente debería de haber de acuerdo con la intensidad de la hipertensión y el tiempo de evolución de la misma. También llama la atención la dosis muy alto de metoprolol, sin traducción sobre la frecuencia cardiaca a la exploración ni electrocardiográficamente (600 mg/día y frecuencia de 75-78 por minuto) Las dosis de prazasin, losartán, metoprolol están por arriba del máximo recomendado en el uso de estos fármacos.
- 4-La paciente ha estado recibiendo puntualmente sus fármacos

El plan es el siguiente:

- a) Requiere ser manejada por las siguientes especialidades:
Cirugía General de nuestro hospital y coloproctología de hospital externo.
Se elaborará nuevamente solicitud de valoración por coloproctología.

b) Dado que su problema principal es hipertensión y de que está tomando fármacos hipertensivos o dosis muy altas con grandes probabilidades de efectos secundarios e intoxicación medicamentosa este aspecto debe ser manejado y seguido en su evolución por el especialista del hospital o en su caso por la especialidad de cardiología de hospital externo.

c).- Se realizará nuevamente solicitud de gammagrama con metayodobencilguanidina.

En cuanto se cuente con resultados, envía nuevamente a Endocrinología del Hospital Belisario Domínguez

d) Ya solicité y tiene autorizado estudio de catecolaminas en orina de 24 horas, en el INNSZ En cuanto la paciente o el centro paguen el costo del estudio, se realizarán

d) Medición de la presión arterial en el turno matutino, vespertino y nocturno en urgencias, con registro.

e) Continuar con el siguiente tratamiento;

Prazosin tabletas 1 mg: 5 cada 6 horas metoprolol tabletas 100 mg: 2 cada 12 horas, vía acal nifedipina tabletas 30 mg: 2 cada 12 horas, enalapril tabletas 10 mg: 2 cada 12 horas. Losartán tabletas 50 mg: 2-code 12 horas, vie oral.

5. Nota Médica de las 10:40 horas del 31 de octubre de 2016, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

P: HAS, Feocromocitoma, STDA

S: Se refiere con "taquicardia" por problemas en su estancia, acompañada de disnea, de momento, dolor fuerte en el brazo izq, también momentáneo, no otros.

O: Consciente, ambulante, orientada, pálida, bien hidratada, integra bien conformada, parámetros vitales dentro de lo normal, (TA sistólica elevada), cardiorrespiratoria estable, abdomen SPA, MsPs sin edemas.

A: Al momento no se encuentra con taquicardia, se muestra ansiosa, no otros.

P: Se dan los medicamentos en base a la modificación que medicina interna sugiere.

Prasozone 1 mg 5-5-5-5 VO (5 cajas)

Metoprolol 100mg 2-0-2 VO (una caja)

Nifedipino 30 mg 2-0-2 VO

Enalapril 10 mg 2-0-2 VO (una caja)

Losartán 50 mg 2-0-2 VO

Prednisona de 50 mg 1-1-1 (dos cajas)

Paracetamol 500mg 1-1-1 VO (una caja)

Omeprazol 20mg 0-0-1 VO (una caja)

6. Nota Médica de las 11:02 horas del 04 de diciembre de 2016, signada por el doctor Zaragoza, adscrito al servicio de Medicina Interna, del HGTMT, dependiente de la DGSMUSEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

NOTA DE VALORACIÓN CLÍNICA POR MEDICINA INTERNA

Paciente del sexo femenino [...].

Refiere antecedente de feocromocitoma izquierdo, con resección quirúrgica (adrenalectomía) que primero dijo fue realizada hace 23 años y el día de hoy dice que fue hace 10 años. Refiere que no se logró la resección completa del tumor cromafín, quedando con hipertensión y de la misma manera, refiere que ha requerido de terapia intensiva en varias ocasiones por crisis hipertensiva. No ha tenido ninguna crisis en forma de emergencia ni urgencia aparentemente en toda su estancia en prisión, ni durante su estancia en Tepepan.

La paciente ha estado siendo valorada por el endocrinólogo del Hospital Belisario Domínguez cuyos diagnósticos 1.- Antecedente de feocromocitoma y 2.- Hipertensión de difícil control. Fecha más reciente de valoración el día 15/08/2016, El tratamiento actual que recomendó consiste en prazosina tabletas 1 mg: 5 cada 6 horas, metoprolol tabletas 100 mg: 2 cada 12 horas, vía oral nifedipina tabletas 30 mg: 2 cada 12 horas, enalapril tabletas 10 mg: 2 cada 12 horas. Losartán tabletas 50 mg: 2 cada 12 horas, vía oral. Además la paciente refiere que se le prescribió prednisona de la cual actualmente está tomando una tableta de 50 mg cada 24 horas. Por nuestra parte en este aspecto hemos solicitado gammagrama suprarrenal con MIBG (meta yodo bencil guanidina) y catecolaminas en orina de 24 horas (desde el 18/09/2016), que son requisitos para constatar objetivamente que la paciente tiene feocromocitoma residual y ser nuevamente vista por el endocrinólogo. Se tiene, las autorizaciones para ser efectuados en el Instituto Nacional de la Nutrición, pero la paciente no ha pagado las cuotas para realización de los estudios.

Como segundo problema, la paciente se ha quejado de sangrado de color rojo transrectal desde el mes de julio. En la primera entrevista conmigo el 18 de agosto, refiere sangrado diario, abundante. En la evaluación de ese día por el Dr. Jerónimo González Pacheco de Cirugía General, no encontró anomalía abdominal ni al tacto rectal A pesar de que la paciente refiere evacuaciones con sangre, el guante de exploración salió limpio sin sangre. En la evaluación posterior del Cirujano General, Dr. Rodríguez Castellanos, refiere "sin sangrado al tacto rectal". Tomografía de abdomen en donde aprecia "aparentemente un par de divertículos", con resto de la tomografía normal.

Los niveles de hemoglobina del 11/11/2015 a la fecha actual, han sido los siguientes: 14.85 g/dL, 15.06 g/dL, 14.73 g/dL, 14.40 g/dL, 14.32 g/dL, 13.5 g/dL, 13.5 g/dL, 13.4 g/dL, 12.3 g/dL, 13.68 g/dL, g/dly 13.0 g/dL Examen para sangre oculta en heces negativa en los exámenes de 26709/2016 y 05/10/2016.

Acudió a Panendoscopia el 30/09/1, lo cual reporta insuficiencia hialal biliar y reflujo biliar.

Tiene pendiente reagendar cita a coloproctología del Hospital General de Tláhuac, porque le realizarán de nuevo endoscopia alta y colonoscopia.

En repetidas ocasiones se le ha tomado la tensión arterial, encontrándola con tensión arterial sistólica máxima de 150 mmHg. y tensión arterial diastólica máxima de 90 mmHg.

No se ha reportado en el expediente consulta de urgencia por epistaxis, como ella refiere.

Los exámenes cardiacos en todo momento. han sido normales a la exploración física. Los ruidos cardiacos rítmicos, con intensidad, tena y timbre normal, sin fenómenos agregados.

Hoy se aprecia con aspecto hinchado facial, que aparentemente se debe a hipercortisolismo farmacológico.

El oftalmólogo del hospital, Dr. Ramírez, al examen del fondo del ojo, solo encontró retinopatía hipertensiva grada I.

La radiografía de tórax con índice medio torácico límite

En dos electrocardiogramas se ha encontrado ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 75 a 79 por minuto, con eje eléctrico medio aQRS a 35° la conducción auriculo/ventricular normal con intervalo PR de 0.16 segundos, CT 0.36 secundar sin ninguna evidencia de isquemia, lesión, necrosis, hipertrofia ni bloqueo de rama principales o fasciculares

Exámenes de laboratorio

Glóbulos rojos, 4,750,000/mm³ Hemoglobina: 14.19 g/dl. Hematocrito: 42.91 % Glóbulos blancos 7,700/mm³ Neutrófilos 3,360/mm³ Linfocitos 3,350/mm³ 215-000-Plaquetas/mm³ Tiempo de protrombina 13.3. Tiempo Glucosa 86 mg/dl. Acido úrico: 3.1 mg/d Triglicéridos: parcial de tromboplastina: 26.1" INR: 112 Colesterol 295 mg/el-Albumina: 3.8 g/dl. Globulinas: 3.0 g/dl Creatinina 0.9 mg/dl, Fosfatasa alcalina: 68 mg/dl. Bilirrubina indirecta: 0.6 mg/dl. Bilirrubina directa: 0.1 mg/dl. Bilirrubina total: 0.60.1 mg/dl Gamma-glutamyl-transpeptidasa cct: 22 mg/dl. Transaminasa glutámico oxalacética AST 33 mg/dl Transaminasa glutámico-pirúvica ALT: 26 mg/dl. Amilasa sérica: 56 UI/L Deshidrogenasa láctica 90.8 UI/L Sodio: 139 mEq/L potasio: 4-mEq/L. Cloro: mEq/L.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- 1- Historia de feocromocitoma Referido por la paciente.
- 2- Sangrado transrectal de 2 meses y medio de evolución. Referido por la paciente Exámenes de laboratorio (biometría hemática) y examen físico por 2 cirujanos, sin evidencia de este problema.
- 3- Hipertensión arterial sistémica

- A descartar origen secundario
- 4- Uso de fármacos antihipertensivos en dosis muy altas, cercanas al nivel tóxico

Ya que se quejó de insuficiencia médica para el nivel de enfermedades que padece y que considero muy altos los niveles de fármacos antihipertensivos que toma con alta probabilidad de toxicidad y efectos colaterales, se le ha ofrecido a este paciente e dos ocasiones hospitalización para vigilancia y atención adecuado de sus problemas, así como encontrar bajo monitorización estricta de la presión arterial las mejores dosis de fármacos antihipertensivos, con el menor riesgo de toxicidad y efectos secundarios cardiovasculares.

Sin embargo, la paciente no acepta la ayuda que le ofrecemos en forma de hospitalización.

Tampoco acepta que se le suministre en forma controlada los fármacos antihipertensivos con tonos de presión arterial 3 veces al día en el servicio de urgencias.

No ha completado el trámite para realización de estudios solicitados (determinación de catecolaminas en orina de 24 horas y gammagrama de glándulas suprarrenales con metayodobelcilguanidina), esenciales para establecer con bases firmes si hay feocromocitoma residual.

Prácticamente únicamente acepta la prescripción de medicamentos antihipertensivos

PLAN DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

1. Ya que no aceptó la ayuda de mi parte en la forma que considera conveniente, solicito valoración del cardiólogo del hospital y de cardiología en hospital externo.
2. Le recomiendo a la paciente retiro paulatino de la prednisona para evitar insuficiencia suprarrenal a) 3/4 de tableta de 50 mg, durante 7 días. b) 1/2 tableta durante otros 7 días. c) 1/4 de tableta durante otros 7 días d) 7.6 cada 24 horas durante 7 días.
3. La paciente exige los medicamentos en las cantidades indicadas antes y no hay forma de hacerle entender la necesidad de ajustar la dosis que mejor controlen la hipertensión y con mejor riesgo de toxicidad. Ya que durante su estancia en Tepepan no ha tenido urgencia ni emergencia hipertensiva ni hipotensión, considero prudente continuar con la ministración de los medicamentos como se mencionó antes, y hasta la valoración por Cardiología.
4. Requiere hospitalización por 7 días para los efectos mencionados de tipo diagnóstico, control tensional adecuada y ajuste de medicamento, porque la paciente tiene alto riesgo de mortalidad por efectos tóxicos colaterales farmacológicos.

7. Nota médica de las 10:15 horas del 13 de diciembre de 2016, signada por el doctor Alejandro Frías Camargo, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Paciente [...] la cual acude por referir, temblor en el ojo izquierdo de 3 días de evolución. EF despierta con facies pálidas, Cavidad Oral con regular estado de hidratación Cavidad Oral sin cambios. Cardiopulmonar sin cambios aparentes. MS IS sin cambios.

IDX Parestesia en ojo izquierdo
Feocromocitoma

Plan:

Prasozone de 1 mgrs X c 6 hrs 5 cajas 1 sm
Losartán 50 mgrs tba 2 1-1-1 2 cajas
Metoprolol 100 mgrs tbs 2-1-0-1 una caja
Enalapril 10mgrs tbs 2-2-2 un frasco
Nifedipino 10mgrs 2-0-2 un frasco
Omeprazol 20mgrs cápsulas 1-0-1 2 frascos
Paracetamol 500mgrs tbs 1-0-1 PRN un frasco
Complejo B grageas 1-0-1 una caja
Prednisona de 50 mgrs tbs 1-0-1 2 cajas

8. Nota médica de las 12:47 horas del 19 de febrero de 2017, signada por el doctor Zaragoza adscrito al servicio de Medicina Interna del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

RESUMEN CLÍNICO

Paciente del sexo femenino [...].

Se me entrega resultado del estudio que solicité anteriormente, catecolaminas en orina de 24 horas, el cual fue procesado en Barcelona, España.

Hasta ahora las conclusiones diagnósticas del caso son las siguientes:

SIMULACIÓN DE SANGRADO TRANSRECTAL:

Ocurrido en agosto del 2016, cuando refería que había tenido hemorragia por esta vía por un tiempo mayor a 2 meses, frecuencia diaria, cantidad variable de sangre en las heces. En la evaluación entonces por el Dr. Jerónimo González Pacheco de Cirugía General, no encontró anormalidad abdominal ni al tacto rectal. A pesar de que la paciente refería evacuaciones con sangre el guante de exploración salió limpio sin sangre. En la evaluación posterior del Cirujano General, Dr. Rodríguez Castellanos, refiere "sin sangrado al tacto rectal". Tomografía de:

abdomen en donde aprecia aparentemente un par de divertículos", en resto de la tomografía normal.

Los niveles de hemoglobina del 11/11/2015 a la fecha actual han sido los siguientes 13.68 g/dl, fram 14.85 g/dL, 15.06 g/dL, 14.73 g/dL, 14.40 g/dL, 14.32 g/dL, 13.5 g/dL, 13.5 g/dL, 13.4 g/dL, 12.3 g/dl, 13.0 g/dL. El examen más reciente del 25/01/2017, con Hb. de 14.05. Het de 42.15% MCV de 88.49 fL. INR de 1.11, con TP de 13,8", TP Ta de 39. Examen para sangre oculta en heces negativa en los exámenes de 26/09/2016 y 05/10/2016. Acudió a Panendoscopia el 30/09/2016 la cual reportar insuficiencia hialal, gastropatía biliar y reflujo biliar,

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA:

La paciente refiere que tiene antecedente de haber tenido una feocromocitoma, con resección quirúrgica incompleta de modo que pretende que sigue con tumoración residual cromafín, quedando con hipertensión. La paciente ha estado siendo valorada por el endocrinólogo del Hospital Belisario Domínguez, con fecha más reciente el día 15/08/2016. El tratamiento actual consiste en prazosin tabletas 1 mg: 5 cada 6 horas, metoprolol tabletas 100 mg: 2 cada 12 horas la oral, nifedipina tabletas 30 mg: 2 cada 12 horas, enalapril tabletas 10 mg: 2 cada 12 horas, losartán tabletas 50 mg: 2 cada 12 horas, vía oral.

EL CUADRO CLÍNICO NO ES DE FEOCROMOCITOMA.

En todas las ocasiones que ha acudido a consulta externa, la máxima tensión sistólica es de 150 mmHg y la máxima diastólica es de 90 mmHg. El examen cardiaco incluyendo lo reportado por el cardiólogo es normal con ruidos cardiacos rítmicos, con intensidad, tono y timbre normal, sin fenómenos agregados. La radiografía de tórax con índice medio torácica limítrofe. El electrocardiograma de ayer con ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 75 a 79 por minuto, con eje eléctrico medio aQRS a + 35°, la conducción aurículo/ventricular normal con intervalo PR de 0.16 segundos, QT de 0.36 segundos, sin ninguna evidencia de isquemia, lesión, necrosis, hipertrofia ni bloqueo de rama principales o fasciculares. A PESAR DE QUE REFIERE QUE SE ESTÁ TOMANDO 4-6 TABLETAS DE METOPROLOL AL DÍA (LA FRECUENCIA CARDIACA ES NORMAL A PESAR DE QUE SABEMOS QUE EL BETABLOQUEANTE METOPROLOL ACTÚA REDUCIENDO LA FRECUENCIA CARDIACA) y cualquier paciente que toma 400-600 mg. de metoprolol al día debe tener un efecto sobre la frecuencia cardiaca. EL ESTUDIO DE CATECOLAMINAS EN ORINA DE 24 HORAS QUE SE REALIZÓ EN BARCELONA, ESPAÑA SE REPORTA NORMAL: Noradrenalina de 25.2 mcg/24 horas (normal 80 mcg/día). Dopamina de 295 mcg/24 horas. (normal 400 mcg/día) y sin detectarse Adrenalina.

En conclusión, NO HAY EVIDENCIA HASTA AHORA DE EFECTO HORMONAL DE FEOCROMOCITOMA, quedando pendiente solamente realización de gammagrama con metayodobencilganidina (para detectar sitios de feocromocitoma suprarrenal y extra-suprarrenal), que no se ha hecho la paciente a pesar de que está solicitado desde el 30 de octubre de 2016.

a).- Es preocupante la dosis tan alta de los fármacos antihipertensivos (y por ende exposición a efectos cardiovasculares colaterales) que la paciente refiere tomar y que se le suministran en la consulta externa y en la farmacia semanalmente. En consultas previas, detecté que además, la paciente había estado tomando también prednisona a dosis de 100 mg/24 horas, presentando y quejándose de efectos de hipercortisolismo. De inmediato le mencioné que estas son dosis peligrosas, muy altas de corticoide y que no tiene ninguna condición que requiera de este medicamento. Le indiqué la forma de reducir paulatinamente la dosis para evitar insuficiencia suprarrenal en caso de retiro brusco. **NO SE LE DEBE MINISTRAR PREDNISONA A LA PACIENTE.**

b).- La solución para esto, dadas las características de la paciente y su actitud ante los aspectos médicos, es internar a la paciente para registro hipertensivo y cardiovascular estricto y determinar con bases reales y objetivas las dosis más efectivas que requiere y debe tomar, con las que se controle la presión arterial y con el menor riesgo de toxicidad. **LA PACIENTE HA RECHAZADO TAJANTEMENTE en 3 ocasiones HOSPITALIZARSE PARA ESTE FIN.**

Se informa a la subdirección y dirección del Hospital.

[...]

9. Nota Médica de las 06:35 horas del 12 de marzo de 2017, signada por el doctor Zaragoza adscrito al servicio de Medicina Interna del HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

NOTA DE CONSULTA EXTERNA

Paciente del sexo femenino [...].

Con antecedente de simulación de sangrado transrectal.

Con antecedente de feocromocitoma suprarrenal y suprarenalectomía izquierda.

Insiste en que tiene feocromocitoma residual, pero hasta ahora con catecolaminas en orina de 24 horas normal y dos tomografías, una de ellas contrastada normal.

Pendiente para resolución completa del caso de gammagrama con metayodobencilguanidina (MIBG) para búsqueda de feocromocitoma suprarrenal y extra suprarrenal.

Tiene citas en esta semana con hematología y coloproctología.

Ha tenido algunos exámenes de laboratorio con TP aumentado, por ejemplo, en el del 06/03/17 con 17.6" (INT de 1.48). De acuerdo con la

valoración de hematología, solicitaré TP corregido con plasma para descartar, anticoagulante plasmático.

Con los mismos diagnósticos, inicio reducción de enalapril, considerando que en su tratamiento tiene también betabloqueante de angiotensina (telmisartán).

Sigue con monitoreo cada 12 horas de la presión arterial:

El tratamiento actual consiste en prazosina tabletas 1 mg: 5 cada 6 horas, metoprolol tabletas 100 mg: 2 cada 12 horas, vía oral, amlodipino tabletas 5 mg: 2 cada 8 horas, enalapril tabletas 10 mg: 1 cada 12 horas. Lozartán tabletas 50 mg: 2 cada 12 horas, vía oral.

Se le otorga receta.

[...]

10. Nota médica de las 12:44 horas del 22 de marzo de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

P: HAS de difícil control, Feocromocitoma

S: Se concerta reunión con la paciente, Subdirección médica representante de la mesa de DH, con indicaciones de la forma y manejo de la paciente, se le proporcionarán los medicamentos sugeridos por los diferentes especialistas, (Hematólogo, Endocrinólogo, Nefrólogo), proporcionando los medicamentos para c/ semana.

O: Consciente, ambulante, orientada, pálida, cardiorrespiratorio estable, abdomen SPA, MsPs sin edema.

A: se explica lo necesario.

P: Nifedipino 30 mg. 2-2-2 Vo (una caja)

Losartan 50 mg. 2-2-2 VO (dos cajas)

Enalapril 10 mg. tab. 1-1-1 VO (una caja)

Metoprolol 100 mg. tab. 2-0-2 VO (una caja)

Prazocin 1 mg. 5-5-5-5 VO (cinco cajas)

Prednisona 50 mg. tab. 1 ½ -0-1 ½ VO (una caja)

Omeprazol 20 mg. 0-0-1 VO

Ho de Al y Mg PRN VO

Diclofenaco 100mg 1-0-1 VO (una caja)

Hidroclorotiazida 1-0-0 VO (una caja)

11. Nota Médica de las 10:55 horas del 17 de abril de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Acude por medicamentos, comenta haberse comunicado con su "Cardiólogo", por haber presentado "taquicardia +" recomienda aumentar una tab. de Metoprolol desde el 12-04-17 y sentirse mejor, actualmente se refiere presentar edema de cara, no otros.

EF: consciente, ambulante, orientada, pálida, con edema de cara (de luna llena), parámetros vitales dentro de lo normal, cardiopulmonar estable, abdomen SPA, MsPs sin edemas, resto dentro de lo normal.

IDX.- HAS de difícil control, Sec. Feocromocitoma

Plan.- Nifedipina 30 mg. 2-2-2 Vo (dos caja)

Losartan 50 mg. 2-2-2 VO (tres cajas)

Enalapril 10 mg. tab. 2-2-2 VO (una caja)

Metoprolol 100 mg. tab. 2-1-2 VO (una caja)

Prazocin 1 mg. 5-5-5-5 VO (cinco cajas)

Prednisona 50 mg. tab. 1-0-1 VO (una caja)

Paracetamol 500mg tab 1-1-1 VO

Omeprazol 20 mg. 0-0-1 VO

Oleoderm crema

Cita 24-04-17

12. Nota Médica de las 12:10 horas del 22 de mayo de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

La paciente acude por medicamentos de control y comenta sobre la IC con Hematología, presenta nota "contrarreferencia: con comentario de tener alteraciones de la coagulación, la paciente agrega en 4 de los factores de la coagulación, por el tipo de problema elabora Referencia al INSZ.

Recomendaciones:

- 1) Hemosin K 5 mg 1X1X15 VO
- 2) Cita en Hematología en un mes. 16-06-17 con laboratorios: Tp y TTP.

Se refiere con astenia adinamia, cuerpo pesado, cefalea a decir de ella sube y baja la presión, acufeno, cefalea, náuseas y vómitos, calambres de MsPs, al igual de edema maleolar y cara, no otros.

EF: Consciente, ambulante, orientada, pálida, bien hidratada con edema en cara (de luna llena), parámetros bilaterales dentro de lo normal, RsCs rítmicos de buen tono, no agregados, MsPs con edema maleolar.

IDX.- HAS de difícil manejo

Plan.- Nifedipina 30 mg. 2-2-2 Vo (dos caja)

Losartan 50 mg. 2-2-2 VO (dos cajas)

Enalapril 10 mg. tab. 2-2-2 VO (una caja)

Metoprolol 100 mg. tab. 2-0-2 VO (una caja)

Prazocin 1 mg. 5-5-5-5 VO (cinco cajas)

Prednisona 50 mg. tab. 2-1/2-2 VO (una caja)

Ciprofloxacino 250 mg. 2-0-2 Vo (una caja)

Oleoderm crema

Omeprazol 20 mg. 1-0-1 VO

Paracetamol 500mg tab 1-1-1 VO

13. Nota Médica de las 12:00 horas del 08 de junio de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrita al Hospital Torre Médica Tepepan, dependiente de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Acude refiriendo presentar "paroxismos" elevando y bajando la TA. Presenta lesiones púrpuras en MsTs y Ps, escasas, aumenta somnolencia, anorexia, astenia adinamia, poliuria, epifora "cuenado la TA aumenta", calosfríos, epistaxis esporádicas, no otros.

EX: consiente, ambulante, orientado, pálido, bien hidratada, TA elevada, RsCs rítmicos de buen tono, no agregados, CsPs bien ventilados sin agregados, abdomen SPA, MsPs sin edemas cara y cuerpo con edema.

IDX.- Has de difícil control.

Feocromocitoma

Sx Cuchin (sic)

Plan.- Continúa con mismo manejo se disminuye prednisona

Prednisona 50 mg 2-2-2

La paciente comenta que se está tomando la prednisona de la siguiente manera: por que así se la habían indicado 4 - ½ - 4

Se le sugiere:

4 - ½ -2 VO por una semana

2 - ½ -2 VO por una semana

2 - ½ -1 VO por dos semanas

1 - ½ -1 VO por dos semanas

14. Nota médica de las 10:15 horas del 19 de junio de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

P: HAS difícil control, P. Feocromocitoma, Sx Cushing

S: Refiere haber tenido dificultad para orinar el día de ayer aumento la dosis de Furosemida, con diuresis, calambres orina fétida, cefalea total intensa, no otros.

O: Consiente (sic), ambulante, orientada, íntegra mal conformada por edema generalizado de predominio en cara, parámetros vitales dentro de lo normal, cardiorrespiratorio estable, abdomen globoso por panículo adiposo, no puntos dolorosos, no megalias, no Sx de irritación peritoneal Giordano+, dolor ardoroso costado izquierdo. MSPs con edema maleolar.

A: Actualmente continúa con Tx para IVU, continuamos con mismo manejo, presenta, dolor ardoroso en costado p. neuritis.

P: Nifedipina 30 mg. 2-2-2 Vo (una caja)

Losartán 50 mg. 2-2-2 VO (dos cajas)

Enalapril 10 mg. tab. 2-2-2 VO (una caja)

Metoprolol 100 mg. tab. 2-2-2 VO (dos cajas)

Prazocin 1 mg. 5-5-5-5 VO (cinco cajas)

Diltiazem, 30 mg. 1-0-1 Vo una caja

Prednisona 50 mg. tab. 2--2 VO (una caja)

Ciprofloxacino 250 mg. 2-0-2 Vo (una caja)

Omeprazol 20 mg. 0-0-1 Vo (una caja)

Oleoderm crema

15. Nota médica de las 11:19 horas del 23 de junio de 2017, signada por el doctor Fernando Diez Canseco López, adscrito al Hospital General Dr. Enrique Cabrera (HGDEC en adelante), dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Valorada por hematología por un probable mielodisplásico

Insuficiencia renal sin datos de estadificación en valoración por Nefrología

Farmacoterapia: Metoprolol 100mg 2-0-2 Prazosina 1mg 5 tabletas cada

6 horas, Prednisona 50 mg 4 - ½ - 4 Nifedipina 30mg 2-2-2 Losartán 50mg

2-2-2, Enalapril 10mg 2-2-2 Furosemida 40mg cada 12 horas, omeprazol

un día Dilatasen 30mg cada 12 horas.

EA: hipertensión arterial diagnosticada desde los 13 años cuando se embaraza (preeclampsia) desde entonces controlada con antihipertensivos. Refiere valoración en medio particular y en el IMSS siglo XX, por feocromocitoma, bilateral, cirugía de glándula suprarrenal izquierda 2005 y por complicaciones transoperatorias, no se realiza exéresis del lado derecho requiere de cuidados intensivos por 3 meses, desde entonces control de TA con polifarmacia.

El 21 de junio de 2016 refiere haber presentado sangrado de tubo digestivo alto y desde entonces se administra prednisona en dosis creciente y actualmente toma 425mg día.

Objetivo:

Consciente, lúcida, orientada, facies cushinoide, piel seca con elasticidad y turgencia conservada, no limitaciones, no diplopía, campimetría; mucosas orales normohidratadas, giba y cojinete supraclavicular cuello con acantosis moderada, tiroides granular y consistencia +/+++, no se palpa adenopatías, no ingurgitación yugular, corazón RR con tonos conservados sin soplos, pulmones con murmullo vesicular, conservado, no se integra síndrome pleuropulmonar, abdomen globuloso doloroso no masas ni megalias no estrías rojo violáceas, peristaltismo normoactivo, extremidades con edema leve fovea positivo REMs normales FG negativo.

Análisis:

Maneja Sistólica 140 a 190 media 160 diastólica 90 a 126

TSH 0.39 T4 libre 0.67 (basal)

Rastreo suprarrenal con MIBC zona de captación leve cerca del hilio esplénico. La zona de captación en hilio esplénico es sugestiva de bazo accesorio, sin embargo, se sugiere correlación clínica para descartar restos de tejido cromafín.

Paciente que presenta administración de corticoides exagera por causa no esclarecida de manera precisa durante el interrogatorio (sangrado de tubo digestivo sic) lo que condiciona incremento de la presión arterial, en caso de no ser necesaria la administración de la prednisona iniciada por la especialidad que comenzó este medicamento debe ser discontinuada de manera gradual. Refiere un intento de descenso de la dosis de prednisona de 25 mg cada semana que no es tolerada por la paciente por lo que se sugiere descensos más graduales, reducción de 25 ug en un mes por lo que se puede intentar bajar 25 ug cada 3 semanas, en caso de presentar baja tolerancia regresar a la última dosis tolerada y disminuir 12.5 mg cada tres semanas incluso puede ser necesaria la reducción de 5 mg cada 3 a 3 semanas. Tiene cita en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán paciente que cumple criterios para continuar manejo en el centro de tercer nivel.

Clínicamente eutiroides se recomienda nuevo perfil tiroideo para que pueda ser evaluado en agosto durante la cita en el Instituto Nacional de Nutrición.

[...]

Plan de Manejos:

Prednisona de acuerdo a indicación comentada en análisis
Resto de medicamentos sin cambios

Diagnóstico:

1. Hipertensión secundaria a) probable Feocromocitoma bilateral Dx en 2005 IMSS siglo XX b) Suprrenalectomía izquierda
2. Cushing iatrogénico
3. Obesidad grado I IMC 34.2 kg/M2

16. Nota Médica de 02 de octubre de 2017, signada por la doctora Anaclara Michel Chávez, Encargada del área de Semi-críticos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (en adelante INNSZ), dependiente de la Secretaría de Salud Federal (en adelante SSF), en la cual consta lo siguiente:

[...]

La paciente [Víctima directa 3] [...]. Cuenta con los diagnósticos de Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus secundaria a uso de esteroides, antecedente de feocromocitoma (Postoperado de Adrenalectomía), antecedente de sangrado de tubo digestivo alto.

Acudió a urgencias el 27 de septiembre de 2017 referida de la consulta externa al encontrarse con hipertensión de 213/140 asociado a cefalea generalizada. Ingresó a área de RCP donde se administró Labetalol intravenoso y posteriormente nitroglicerina con adecuado control de la TA. No se encontró daño a órgano blanco por medio de TAC de cráneo y radiografía de tórax. Ingresó a área de Democráticos para continuar vigilancia y manejo donde presentó requerimiento de Nitroglicerina hasta el 30 de septiembre, posteriormente se realizó rotación a la vía oral, manteniendo adecuado control con 5 fármacos antihipertensivos.

El día de hoy se decide su egreso para continuar seguimiento por la consulta externa.

Indicaciones a su egreso:

- Prednisona 45mg vía oral por 1 semana y posteriormente esquema de reducción semanal hasta suspender totalmente (se extiende receta con detalles).
- Nifedipina 60mg vía oral cada 8 horas
- Prazocin 4 mg vía oral cada 4 horas
- Enalapril 10mg vía, oral cada 12 horas.
- Metoprolol 150mg vía oral cada 12 horas.
- Hidroclorotiazida 25mg vía oral cada 12 horas.
- Espironolactona 50mg vía oral cada 24 horas
- Insulina NPH 20-0-10
- Insulina rápida 5-5-5

Citas de seguimiento:

- Medicina Interna en 2 semanas

- Endocrinología en 1 mes
[...]

17. Nota Médica de las 08:20 horas del 09 de noviembre de 2017, signada por el doctor Carlos Abel Rojas Aquino, adscrito al Hospital General Tláhuac (en adelante HGTL), dependiente de la DGSMU Secretaría de salud de la Ciudad de México (SEDESA, en adelante), en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Acude al servicio de urgencias acompañada de personal de seguridad y custodia, presenta cifras tensionales altas (174/120), nuevamente se le recomienda quedarse para estabilizarla, así como de tomar la Prednisona, negándose y retirándose del servicio.

[...].

Me informan que la [Víctima directa 3], se negó a asistir a la consulta agendada el día de hoy a Hematología, aparentemente su negativa lo hace por escrito.

[...]

18. Nota Médica de las 20:32 horas del 09 de noviembre de 2017, signada por el doctor Carlos Abel Rojas Aquino, adscrito al HGTL, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Síntomas:

Femenino [...] con el diagnóstico de síndrome de Cushing iatrogénico

La paciente se encuentra tomando prednisona en reducción con prednisona actual de 25mg al día desde hace 10 días.

Ha persistido con edema con facies de luna llena.

La paciente solicita la atención con su servidor para atención de reducción y retiro de prednisona.

Se refiere con disestesias así también con evacuaciones líquidas, descontrol hipertensivo.

Objetivo:

A la EF con mente orientada, facies Cushing, cardiorrespiratorio sin compromiso a Parente, abdomen (sic) rna nodatsod, e irritación peritoneal Tx (ilegible), llenado capilar de 3 segundos.

Análisis:

Se prosigue manejo médico de reducción esteroide si bien la reducción en la paciente fue forma tan abrupta que condiciono sintomatología generalizada que condiciona disestesias, cefalea principalmente.

Se reducirá dosis de prednisona aproximadamente 5 miligramos cada dos semanas, dejamos manejo médico antinefrítico por las características clínicas.

Se envía interconsulta al servicio de endocrinología médica de nuestra unidad, nos comunicamos con jefatura para ver disponibilidad de dicho servicio.

[...]

Plan de Manejo:

Prednisona 250mg cada 24 hrs distribuidos de la siguiente forma:
prednisona 50mg tabletas 5 -media tableta- 3 en la noche.

Metoprolol 2 tabletas cada 12 hrs 10 y 22

Losartán 50mg 2 tabletas cada 8 hrs 8-16 y 24 hrs

Prazosina 1mg 5 cada 6 hrs 7, 13, 20 hrs y 24 hrs

Nifedipina 30mg vo 2 tab cada 8 hrs 7, 15 hrs 23 hrs

Furosemida 40 mg toimar 2 tabletas cada 12 hrs 07 y 19 hrs

Cita en 15 días

Interconsulta endocrinología

Diagnóstico:

Síndrome de Cushing iatrogeno

Feocromocitoma

DM 2 de probable origen esteroide

[...]

19. Nota Médica de las 08:00 horas del 17 de noviembre de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Acude a toma, registro de TA, y aplicar Insulina, la enfermera me informa que nuevamente presenta la TA alta (184/132) y que le hace saber a la paciente, invitándola a quedarse para su control, al no aceptar, acude a mí para informarme sobre el descontrol hipertensivo que presenta la paciente, nuevamente se le hace ver los riesgos que puede presentar sin embargo rechaza la propuesta.

La paciente viendo que no contamos con tiras reactivas para el glucómetro, comenta si se le puede autorizar que ella compre y tenga su

glucómetro con las tiras reactivas, le comento que se hará saber a la Subdirección Médica si es posible que ella puede tener en su poder el glucómetro.

Se informa a la Subdirección de la petición de la paciente, indicando que es un instrumento con que contamos y no haber la necesidad de que ella lo tenga se informa a la paciente por medio de personal de seguridad y custodia, la negativa a su solicitud.

20. Receta Médica del 26 de noviembre de 2017, signada por el doctor Ramón Guillermo de los Santos Aguilar, adscrito al servicio de Medicina Interna del INCMNSZ, dependiente de la Secretaría de Salud Federal, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Prednisona 32.5mg tabletas 50mg, 6 ½ tabletas por un MO c/24 hrs.
Después 6 tabletas (30 mg) en un mes c/24 hrs.

21. Nota Médica de las 08:00 horas del 28 de noviembre de 2017, signada por el Dr. Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

La paciente se presenta al servicio para toma y registro de TA 179/116 mm/Hg, se le insiste que permanezca en Urgencias, para controlar su presión arterial, se le realiza glucometría capilar registrado 292 mg/dL, se le aplica 20 UI de insulina NPH y 5 de insulina rápida, cabe hacer mención que la paciente no cuenta con buen control de su glicemia debido a que no acude al servicio para aplicarla, se le cuestiona cuál es el motivo, argumentando que es el personal de seguridad y custodia quien no le permite el paso para acudir al servicio de urgencias y aplicar la insulina, se le recuerda que se debe de aplicar antes de los alimentos.

Insulina intermedia NPH 20-0-15 UIs/c
Insulina Rápida 5-5-5 UI s/c.

Se solicita al personal de seguridad y custodia que le acompaña, le apoyen permitiéndole el paso para aplicar la insulina y se le comunique a la comandancia para hacerlo saber a los otros turnos y no incurrir en misión al no permitirle el paso.



Comenta que el día de hoy cuenta con cita de control de Hematología y le va a exponer al médico la posibilidad de cambiarle la insulina por pastillas.

22. Nota Médica de las 08:37 horas del 27 de diciembre de 2017, signada por el doctor Alejandro Aguirre Fregoso, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

Acude a servicio para su valoración de TA y de glicemia, comentando la paciente que no cuenta con Prednisona 50 mg, que una de sus compañeras le ha ayudado prestándole tabletas, le cuestiono quien es la compañera, y me elude, sin responder, me pregunta ella que cuando se le llevara a la consulta con el hematólogo, se le responde que lo ignoraba, que es trabajo social quien tramita las citas con los diferentes especialistas de los hospitales externos.

Cabe aclarar que persiste el descontrol hipertensivo y de glicemia, se insiste nuevamente se interne para su control, negándose.

Aun no estando de acuerdo de seguirle proporcionando dosis tan altas de la Prednisona 50 mg, se respeta la dosificación recomendada por el Dr. Abel Rojas Aquino, Hematólogo del Hospital General Tláhuac, de acuerdo a la contra referencia del 28-11-17.

La dosis recomendada del 28 de diciembre de 2017 al 3 de enero de 2018:

Prednisona 50 mg. Tabletas: 50 - ½ - ½ VO, se le proporciona dos cajas.

23. Nota Médica de las 10:05 horas del 01 de octubre de 2019, signada por personal médico, adscrito al HGTMT, dependiente de la DGSMU de la SEDESA, en la cual consta lo siguiente:

[...]

[Víctima directa 3]

[...]

Con TA elevada y taquicardia, se le indica permanecer en el área de urgencias, para control de la TA, no lo acepta, ella sabe qué hacer para control de su presión.

Se refiere persistir dorsalgia ambos lados, dolor precordial, hombro y brazo izquierdo, con parestesias y se le acalambra el brazo, ortopnea, disnea repentina, se sale de su estancia para no estar sola, no acude a Urgencias porque no la van a tender (sic), con evolución de 6 días, al llegar se muestra quejumbrosa, conforme lleva sus comentarios va

cambiando su postura, se torna alegre, burlona con las autoridades. No otros.

EF: Consiente, ambulante, orientada, buena coloración e hidratación, íntegra mal conformada, xifosis pronunciada, Rs Cs rítmicos de buen tono, no agregados, Cs Ps bien ventilados, no agregados, al auscultar no refleja como en otras ocasiones dolor al apoyar la campana del estetoscopio, abdomen globoso por panículo adiposo, con Cx Qx antigua en buenas condiciones. No visceromegalias, no sx de irritación peritoneal. Giordano no tolera la puño-percusión. con respuesta exagerada, Ms Ps con edema hasta tercio proximal.

A partir de hoy Prednisona 10 mg. c/24 hrs. 1-1-0 VO, del 01-10-19 al 07-10-19.

I.Dx.- Hipertensión Arterial Sistémica de difícil control, Síndrome de Cushing, Probable Neuropatía vesical, Glaucoma ambos ojos, Trastorno facticio, Rasgos paranoides de personalidad, Infección de vías urinarias recurrente Cistitis no específica, Dolor torácico en estudio, Infección de vías respiratorias con Tx trunco.

Plan:

- 1.- Metoprolol 100 mg. 1-0-1 VO (9:00 y 21:00 hrs.) (1)
- 2.-Prazocina 1 mg. 5-5-5-5 VO (6:00, 12:00, 18:00 y 24:00 hrs) (5)
- 3.- Losartán 50 mg. 2-0-2 VO (10:00 y 20:00 hrs.) (1)
- 4.-Amlodipino 5 mg. 1-0-1 VO (8:00 y 21:00 hrs.) (1)
- 5.- Isosorbide 10 mg. 1-0-1 VO (9:00 y 21:00 hrs.) (1)
- 6.- Hidralazina 7.-Furosemida 40 mg. 2-0-0 VO 10 mg. 10 mg. 1-1-1 VO (6:00, 14:00 y 21:00 hrs.) (1)
- 8.- Sales de Potasio 1-0-0 VO
- 7.-Paracetamol 500 mg. 2-2-2 VO PRN (2)
- 8.- Tolterodina 2 mg. 0-0-1 VO por 6 meses
- 9.- Complejo B 1-0-0 VO
- 10.-Omeprazol 20 mg. 1-0-1 VO PRN (2) o Pantoprazol 40 mg.
- 11.- Oleoderm crema, uso el indicado (2)
- 12.- Miconazol crema (1)
- 13.-Cita abierta en urgencias medicina general 08-10-19

24. Dictamen Sobre Presuntas Violaciones del Derecho a la Salud sobre el caso de [Víctima directa 3], de 29 de abril de 2021, signado por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, del cual se desprende lo siguiente:

[...]

Discusión

De acuerdo a la documentación proporcionada, la señora [Víctima directa 3] [...], inicialmente se encontraba en estado de reclusión en el Centro

Femenil de Reinserción Social Santa Martha y posteriormente la primera valoración del Hospital General Torre Médica Tepepan el 31 de agosto del 2016, siendo desde esta fecha las atenciones principales y las referencias a diversos especialistas y Hospitales. [...].

[...].

Tomando en consideración las notas médicas, desde el momento en que la señora ingresa al Centro Femenil Tepepan, ya presentaba alteraciones en su estado de salud, principalmente Hipertensión Arterial, además de que aparentemente las mismas pensaban que era secundario al antecedente de Feocromocitoma que señala y que habían quedado residuos. Por parte del HGTMT se efectuaron los estudios para determinar si aún existía la presencia del mismo, corroborando que no había datos.

La principal causa de solicitar atención médica por la paciente era las cifras tensionales altas, y que le proporcionaran los medicamentos que ingería. Por las notas médicas, se puede visualizar que a la paciente se le brindó atención médica oportuna y adecuada para los padecimientos por los cuales acudía. La situación con ella era que se negaba a tomarlos, no regresaba cuando le mencionaban o se negaba a ser hospitalizada.

Lo que se observa de lo contenido en el expediente y que, sí derivó en afectaciones y/o agravamiento de su salud, fue la administración de la prednisona, el cual se menciona más detalladamente en el planteamiento siguiente.

Determinar si los diagnósticos de hipertensión arterial sistémica de difícil control, Síndrome de Cushing, probable Neuropatía vesical, Glaucoma de ambos ojos, trastorno facticio, infección de vías urinarias recurrente, son consecuencia de alguna mala práctica médica o mala atención recibida en el Hospital General Torre Médica Tepepan.

A fin de aclarar dicho planteamiento, es necesario hacer mención por separado de cada uno de los diagnósticos y hacer un análisis en cuanto a la atención de los mismos.

Síndrome de Cushing.

Tomando en cuenta la información contenida en las notas médicas, hablan de que la paciente presenta el diagnóstico de Síndrome de Cushing secundario en fecha 14 de mayo del 2017, esta situación clínica aparentemente determinada por la administración de prednisona. En las notas médicas contenidas en los expedientes clínicos proporcionados, se documenta que a la [Víctima directa 3] se le inició la indicación de prescribirle prednisona el día 10 de octubre del 2016, en la estructura de la nota no hacen mención del motivo por el cual se le debe de administrar, ni tampoco hay justificación para la misma, señalando administrar tabletas de 50 miligramos, una en la mañana y una en la noche, siendo un total de 100 mg por día.



A partir de esta fecha, se inicia la administración de este medicamento, del cual se fue en aumento el gramaje que se le fue proporcionando. En algunas notas hay señalamiento de que la paciente mencionaba una dosis diaria que se le administraba, pero que de acuerdo a las indicaciones no concordaba, dando un gramaje mayor y sin que los médicos verificaran la dosis diaria. Para hacer más visible cómo se fueron manejando los gramajes diarios de prednisona, es que ejemplifico las dosis en las siguientes tablas:

Fecha	Prescripción	Dosis total
10/10/2016	50 mg 1-0-1	100 mg
17/10/2016	50 mg sin que precise la dosis	
31/10/2016	50 mg 1-0-1	100 mg
14/11/2016	50 mg 1-0-1	100 mg
29/11/2016	50 mg 1-0-1	100 mg
04/12/2016	¾ tableta 50 mg por 7 días ½ tableta por 7 días ¼ tableta durante 7 días 7.5 mg por 7 días	37.5 mg 25 mg 12.5 mg 7.5 mg
13/12/2016	50 mg 1-0-1	100 mg
19/02/2017	Medicina Interna indica que no se le debe de administrar prednisona a la paciente.	
13/03/2017	5 mg 1 ½ -0-0	7.5 mg
22/03/2017	5 mg 1 ½ -0-1 ½	15 mg
29/03/2017	50 mg 1-0-1	100 mg
03/04/2017	50 mg 1-0-1	100 mg
10/04/2017	50 mg 1-0-1	100 mg
17/04/2017	50 mg 1-0-1	100 mg
24/04/2017	50 mg 1- ½ -1 (24-14-17 al 25-05-17)	125 mg
02/05/2017	50 mg 1- ½ -1 (24-14-17 al 25-05-17)	125 mg
08/05/2017	50 mg 1- ½ -1	125 mg
22/05/2017	50 mg 2- ½ -2	225 mg
29/05/2017	50 mg 2- ½ -2	175 mg

08/06/2017	En nota dice que la paciente señala que se estaba tomando 50 mg 4- ½ -4, por lo que indica: 50 mg 4- ½ -2 por una semana 50 mg 2- ½ -2 por una semana 50 mg 1- ½ -1 por una semana	425 (por la paciente) 325 mg 225 mg 125 mg
12/06/2017	50 mg 4- ½ -4	425 mg
19/06/2017	50 mg 4- ½ -4	425 mg
23/06/2017	50 mg 4- ½ -4	425 mg
26/06/2017	50 mg 4- ½ -3 ½	400 mg
03/07/2017	50 mg 4- ½ -3 ½	400 mg
09/07/2017	50 mg 4- ¾ -4	437.5 mg
10/07/2017	50 mg 4- ½ -3 ¾	412.5 mg
12/07/2017	50 mg 4- ½ -3 ½	400 mg
17/07/2017	50 mg 4- ½ -3 ¼	387.5 mg
24/07/2017	50 mg 4- ½ -4	425 mg
08/08/2017	50 mg 3- ¼ -3	312.5 mg

21/08/2017	50 mg 4- ½ -4	412.5 mg
28/08/2017	50 mg 4- ½ -4	412.5 mg
04/09/2017	50 mg 4- ½ -4	412.5 mg
20/09/2017	50 mg 4- ½ -4	412.5 mg
02/10/2017	INN 45 mg posteriormente reducción, como sigue: 5 mg= 9 tabletas X 1 semana 5 mg= 8 tabletas X 1 semana 5 mg 7 tabletas X 1 semana 5 mg= 6 tabletas X 1 semana 5 mg= 5 tabletas X 1 semana 5 mg= 4 tabletas X 1 semana 5 mg=3 tabletas X 1 semana 5 mg= 2 tabletas X 1 semana 5 mg 1 tableta X 1 semana y suspender	45 mg 40 mg 35 mg 30 mg 25 mg 20mg 15 mg 10 mg 5 mg
11/10/2017	Especifica en nota, que médico de Tláhuac, aparentemente de urgencias, autoriza volver a esquema anterior de Prednisona.	
26/10/2017	Receta del INNN (sic) indica prednisona, encimado y en espacio pequeño un 0, para completar 50 mg, lo cual no corresponde, pues ponen 6½ tabletas, y entre paréntesis 32.5 que tabletas, entre paréntesis 30 mg.	

	Notas posteriores indican que la paciente no quería tomar la dosis estipulada de prednisona.	
09/11/2017	50 mg= 5-½-3	425 mg
21/11/2017	50 mg= 5-½-3	425 mg
28/11/2017	50 mg= 5-½-2½ (29 nov al 05 dic) 50 mg= 5-½-2 (05 dic al 11 de dic) 50 mg= 5-½-1 ½ (12 al 18 dic)	400 mg 375 mg 350 mg
28/11/2017	50 mg= 5-½-2½ una semana 50 mg= 5- ½ -2	400 mg 375 mg
29/11/2017	50 mg= 5- ½ -2 ½ 50 mg= 5- ½ -2 50 mg= 5- ½ -1 ½	400 mg 375 mg 350 mg

27/12/2017	50 mg 5-½-½	300 mg
15/01/2018	45 mg al día	45 mg
27/02/2018	50 mg ¾ de tableta	37.5 mg
01/03/2018	50 mg, ¾ de tableta	37.5 mg
11/03/2018	50 mg, ½ tableta	25 mg
21/03/2018	50 mg, ¼ tableta	12.5 mg
29/03/2018	12.5 mg	12.5 mg
06/04/2018	12.5 mg	12.5 mg
11/04/2018	12.5 mg	12.5 mg
02/05/2018	10 mg	10 mg
02/06/2018	5 mg, 2 tabletas	10 mg
22/01/2019	5 mg; 1-0-1	10 mg
26/05/2019	5 mg; 1-0-0	5 mg

24/09/2019	5 mg; 1½-0-1	12.5 mg
01/10/2019	5 mg; 1-0-1	10 mg

Antes de entrar de lleno al análisis sobre esta situación de la administración de la prednisona, es importante comentar datos relevantes señalados en la literatura; como antiinflamatorios, los glucocorticoides logran la reducción de la concentración, distribución y función de los leucocitos periféricos, de la síntesis de prostaglandinas, leucotrienos, enzimas proinflamatorias, producción de peróxido por los neutrófilos, eosinófilos e inmunoglobulinas, desencadenando la apoptosis y disminuyendo factores quimiotácticos, como la IL3, IL5. Causan vasoconstricción, lo que disminuye la permeabilidad capilar, inhibiendo la actividad de kininas, endotoxinas bacterianas y cantidad de histamina liberada por basófilos.

Se listan algunas de las múltiples indicaciones de los glucocorticoides en la práctica clínica.

Indicaciones de los glucocorticoides en la práctica clínica

Insuficiencia suprarrenal aguda y crónica
 Enfermedades reumatológicas: artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis
 Síndrome necrótico, nefritis autoinmune
 Rechazo de trasplantes
 Asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 Reacciones alérgicas, como shock anafiláctico, edema angioneurótico, broncoespasmo grave, urticarias, dermatitis de contacto
 Coadyuvancia en el tratamiento de leucemias y en algunos linfomas
 Patologías del SNC: esclerosis múltiple, lesión de médula espinal, edema cerebral.
 Necrosis hepática subaguda, cirrosis no alcohólica en mujeres.
 Colitis ulcerativa
 Gota
 Sarcoidosis

El uso terapéutico de corticosteroides origina dos clases de efectos tóxicos: los que sobreviven por supresión del tratamiento esteroide, y los que aparecen por uso continuo de dosis suprafisiológicas. Los efectos adversos de esas dos categorías en potencia ponen en peligro la vida y necesitan valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios en cada paciente.

Dentro de lo encontrado en las referencias bibliográficas, se encuentra: Efectos indeseados de los glucocorticoides; si la farmacovigilancia de los glucocorticoides se hiciera de manera controlada, se encontrarían muchos más eventos adversos reportados por los pacientes y por los médicos y serían subsecuentemente relacionados con el uso de dichos esteroides. Lo que ocurre en la práctica clínica real es que moléculas de alta potencia y larga duración están generando eventos adversos hasta por doce meses después de su utilización, momento en el cual el paciente

no hace la asociación, se obvia el reporte del evento adverso y la retroalimentación que los médicos deberían recibir en torno al manejo cuidadoso y racional de los corticoides se pierde en el tiempo.

Los principales efectos indeseables de una terapia a altas dosis, por largo tiempo, o de esquemas terapéuticos inapropiados son: 1. Aumento de la gluconeogénesis y resistencia a la insulina; esto puede llevar a diabetes mellitus. 2. Aumento del catabolismo proteico; esto puede generar emaciación, osteoporosis y adelgazamiento de la piel. 3. Aumento y redistribución de la grasa corporal: se produce obesidad de predominio central, facie de luna, joroba de búfalo (acumulo dorsal de grasa), pero manteniendo las extremidades relativamente delgadas. 4. Involución del tejido linfático y disminución de la respuesta inflamatoria: se produce una disminución de la inmunidad celular y humoral, con lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones. 5. Aumento de la secreción de ácido por el estómago, lo que lleva a una predisposición a úlcera gastroduodenal. 6. Retención de sodio y redistribución de los fluidos corporales, lo que genera edema e hipertensión arterial. 7. Función gonadal: los glucocorticoides afectan la secreción de gonadotrofinas. En los hombres disminuye la concentración de testosterona. En las mujeres, suprime la respuesta LH a la GnRH, lo que produce supresión de la secreción de estrógenos y progestinas, anovulación y amenorrea.

El problema más frecuente al interrumpir el uso de corticoesteroides es la exacerbación de la enfermedad contra la cual se utilizaron. Dicha interrupción también se acompaña de otras complicaciones, y la más grave es la insuficiencia suprarrenal aguda, consecuencia de la privación demasiado rápida de corticoesteroides después de su uso duradero, mismo que suprimió el eje HPA. Hay gran variación entre los enfermos con respecto al grado de supresión suprarrenal y la duración de la misma, después de tratamiento con corticoesteroides, lo que dificulta establecer el riesgo relativo en cualquier paciente. Muchos enfermos se recuperan de la supresión del HPA inducida por corticoesteroides en el transcurso de varias semanas a meses; empero, en algunos individuos el tiempo necesario para la recuperación puede ser de un año o más.

En un esfuerzo por disminuir el riesgo de insuficiencia suprarrenal aguda iatrógena, se han propuesto protocolos para suspender la terapéutica con corticoesteroides en sujetos que la recibieron durante un periodo prolongado, por lo general sin documentación rigurosa de su eficacia. Debe considerarse que los individuos que han recibido dosis suprafisiológicas de glucocorticoides durante un periodo de dos a cuatro semanas, en el transcurso del año previo, poseen cierto grado de alteración del eje HPA ante situaciones de estrés agudo y deben tratarse en consecuencia. Además de esta forma más grave de supresión, un síndrome característico de supresión de glucocorticoides consta de fiebre, mialgias, artralgias y malestar general, que puede ser difícil de distinguir de las enfermedades fundamentales para las cuales se instituyó tratamiento con esteroides.

También, dentro de los artículos médicos consultados, encontramos que además de las consecuencias que aparecen por la supresión del eje HPA, hay varias otras complicaciones que sobrevienen por tratamiento prolongado con corticoesteroides; incluyen anormalidades de líquidos y electrolitos, hipertensión, hiperglucemia, incremento de la sensibilidad a infección, osteoporosis, miopatía, alteraciones conductuales, cataratas, interrupción del crecimiento, así como el hábito característico originado por dosis excesivas que incluyen redistribución de grasa, estrías y equimosis. **Equilibrio de líquidos y electrolitos.** Las alteraciones del equilibrio de líquidos y electrolitos pueden causar alcalosis hipopotasiémica, edema e hipertensión, particularmente en sujetos con hiperaldosteronismo primario consecutivo a adenoma suprarrenal o en quienes reciben tratamiento con mineralocorticoides potentes. De modo similar, la hipertensión es una manifestación relativamente frecuente en personas con exceso de glucocorticoides endógenos y puede observarse también en pacientes tratados con glucocorticoides que carecen de actividad mineralocorticoides apreciable. **Cambios metabólicos.** La hiperglucemia con glucosuria por lo general puede tratarse con dieta, o insulina, o ambas, y su aparición no debe constituir un factor importante en la decisión de continuar la terapéutica con corticoesteroides, o de iniciarlo en diabéticos.

Se puede presentar lo que médicamente se llama **Síndrome de retirada o privación de corticoides** al conjunto de síntomas y signos que aparecen cuando el paciente no consigue tolerar la retirada de glucocorticoides, ante la ausencia de enfermedad subyacente para la cual fueron indicados estos medicamentos, y con un eje HHA no suprimido, se considera como un síndrome de retirada de corticoides. El cuadro clínico se caracteriza por una dependencia física y psíquica. La dependencia física se manifiesta por anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, astenia, cefalea, mialgias, artralgias, hipotensión postural, taquicardia, fiebre y descamación de la piel. La dependencia psicológica se caracteriza por varios grados de efectos psicológicos adversos, entre los que se citan los cambios de humor y la labilidad emocional, como las manifestaciones más comunes, seguidas por el delirio y los estados psicóticos.

El diagnóstico se establece por la demostración de la integridad del eje HHA ante la presencia de síntomas que sugieren insuficiencia adrenal (sic). Este síndrome es autolimitado, con una duración que varía de 6 a 10 meses, y puede ser tratado fácilmente con el incremento temporal de la dosis de corticoide, seguido por una retirada lenta de este. La forma de prevenir la presentación de este síndrome **incluye la disminución gradual de las drogas glucocorticoideas en pacientes con más de 2 semanas de tratamiento.** En enfermos con hipercortisolismo endógeno, se sugiere normalizar las concentraciones de cortisol con tratamiento médico, antes de la cirugía, para suprimir la esteroidogénesis; así como también, evitar el tratamiento posquirúrgico con glucocorticoides de forma prolongada e innecesaria.

Entre las causas de suspensión del tratamiento con glucocorticoides, se encuentran los pacientes con: diabetes mellitus de difícil control,

4

hipertensión arterial severa, osteoporosis invalidante, seudotumor cerebral, inhibición del crecimiento, psicosis inducida por esteroide, úlcera péptica, y exacerbación de la queratitis herpética (menos común). Cuando está indicado suspender el tratamiento, se pueden seguir varios esquemas (6). Terapia en días alternos: reducir la dosis 5 mg de prednisona o su equivalente cada 1 a 2 semanas, hasta suspender, o hasta llegar a una dosis fisiológica (5 mg de prednisona) y cambiar a 20 mg de hidrocortisona por día. Luego de 2 a 4 semanas, reducir la dosis 2,5 mg por semana hasta llegar a 10 mg. momento en el cual se podría hacer una prueba de ACTH, y si es normal, se suspende el tratamiento. Terapia diaria: con el mismo esquema de la alternativa anterior, pero con una reducción inicial menor (2,5 mg por semana de prednisona o su equivalente). Cuando la dosis es mayor de 40 mg de prednisona, se recomienda disminuir 10 mg de la dosis cada 1 a 3. semanas. Si la dosis inicial es menor de 40 mg, reducir 5 mg por semana, y a continuación se seguirá con el esquema anterior. Si en este periodo el enfermo sufre un estrés agudo, puede necesitar un suplemento mayor de corticoides. Todo paciente que haya recibido tratamiento prolongado o con dosis elevadas, debe ser considerado de riesgo hasta 1 año después del retiro de la corticoterapia.

Una mala administración y retiro inadecuado de la prednisona, puede conllevar a la presencia de Síndrome de Cushing secundario; sobre esta condición clínica, se encuentra en la literatura médica que el síndrome de Cushing es un trastorno endocrino, causado por un exceso en los niveles circulantes de cortisol, hormona producida en las glándulas suprarrenales. Puede ser endógeno, cuando se produce por lesiones tumorales, o exógeno, debido al tratamiento con glucocorticoides a largo plazo, que puede ser secundario al consumo de hidrocortisona, prednisona, dexametasona u otros glucocorticoides sintéticos por largos periodos de tiempo. Situación frecuente en la práctica clínica, debido a diferentes condiciones médicas, inflamatorias, neoplásicas, donde tienen un efecto terapéutico óptimo pero también un importante perfil de efectos adversos, ocasionando cambios en la apariencia facial, incremento de la grasa abdominal y en dorso, debilidad muscular proximal, estrías violáceas, acné, hirsutismo, baja densidad mineral ósea, fracturas, oligomenorrea, depresión, ansiedad, ganancia de peso, infección, eventos embólicos, resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemia e hipertensión.

Los corticoides pueden producir otros **efectos sistémicos más severos diabetes, hipertensión, glaucoma** y osteonecrosis de la cabeza del fémur, e **inmunosupresión, que favorece el desarrollo de infecciones oportunistas** (como las candidiasis orales), cambios de humor, psicosis, insomnio, jaquecas, desórdenes gastrointestinales, osteoporosis y supresión del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. La supresión del eje hipotálamo - hipófisis adrenal puede ocurrir con dosis fisiológicas o mayores de esteroides, que inhiben la producción endógena de hormona liberadora de corticotropina (CRH) y hormona adrenocorticotrópica (ACTH), resultando en hipoplasia adrenal o atrofia con un tiempo indeterminado para recuperar la función del eje y tamaño de la glándula, el cual varía entre días hasta un año o más, independiente de la dosis o

tiempo de uso del esteroide. Los glucocorticoides son fármacos que requieren un control exhaustivo, revisiones y reducción gradual tanto administrados de forma sistémica como tópica.

Considerando todo lo anterior y entrando de lleno al análisis de esta situación clínica, como ya comenté en párrafos anteriores, a la paciente se le empezó la administración de **prednisona el día 10 de octubre del 2016**, encontrándose ya en el Centro de Tepepan, de acuerdo a la nota de esa fecha, no hay una justificación médica de la prescripción de dicho medicamento, es más, en la nota de ese día, no hay ningún diagnóstico como tal, encontrándose aparentemente asintomática en ese momento.

Al momento de iniciar la administración de la prednisona, se le prescribieron 100 miligramos al día, manteniendo dicha dosis por el mes de octubre y noviembre, indicando la reducción gradual de 12.5 mg cada semana el día 4 de diciembre del 2016; pero el 13 de diciembre del 2016 nuevamente vuelven a indicar 100 mg, cuando se supone que para esa fecha ya debe de ir en reducción. En notas subsiguientes, no se especifica cómo se le estaba administrando ni la dosis diaria, hasta el 19 de febrero del 2017, donde el especialista de Medicina Interna señala en la nota que no se debe de administrar **prednisona a la paciente**".

Pero nuevamente, se desconoce la causa, no se justifica algún diagnóstico por el cual le vuelven proporcionar prednisona el 13 de marzo del 2017, en dosis de 7.5 mg al día; llama la atención que en la nota de fecha 14 de marzo del 2017 escriben que tenía manejo con prednisona hasta 300 mg al día, siendo el manejo en ese momento de 7.5 mg. Cabe hacer la aclaración de que, para este momento, en ninguna nota se encontraba prescrita esa dosis, aparentemente lo dicho es por mención de la paciente.

Por lo que en nota del 29 de marzo del 2017 se vuelve a aumenta la dosis de este medicamento a 100 mg al día nuevamente, según que esa fue la recomendación que efectuó Nefrología, sin nuevamente tener una justificación del aumento de la dosis. Continúan con esa misma dosis, hasta el 24 de abril del 2017, donde de acuerdo a la nota citan que el cardiólogo sugiere la disminución de la dosis, lo cual es contradictorio, ya que ella tenía una dosis de 100 mg al día y en esa fecha prescriben 125 mg; entonces en lugar de disminuirla, la volvieron a aumentar. Para el 22 de mayo del 2017, efectúan nota sin expediente clínico y dan dosis de 225 mg al día, aumentando nuevamente la dosis 100 mg.

Pero la nota más relevante es la de fecha 8 de junio del 2017, en la cual detallan que la **paciente les indicó que estaba tomando tabletas de 50 mg 4- % -4, haciendo un total de 425 mg diarios de prednisona**, por lo que deciden hacer la reducción, dejando inicialmente 325 mg, con una disminución gradual de la misma. Se observa nuevamente como no hay una revisión de las indicaciones anteriores, pues hasta ese momento, en ninguna nota anterior, estaba especificada una dosis de 425 mg, dejando que la paciente les señalara la dosis, sobre todo considerando lo delicado

de este medicamento y las posibles consecuencias de una sobredosis o un retiro inadecuado.

A pesar de que en la nota del 8 de junio del 2017 especificaron que se fuera haciendo la reducción por semana, para el día 12, 19 y 23 de junio del 2017 vuelven a dejar prescrito 425 mg diarios. En fechas consecutivas seguían manejando dosis parecidas del medicamento, disminuyendo hasta 312.5 mg y volviéndolo a aumentar a 412.5 mg. Es hasta el 2 de octubre del 2017 que es enviada al Instituto Nacional de Nutrición, valorada por Endocrinología, que se hace la disminución de la prednisona a 45 mg diarios con su respectiva reducción gradual semanal, hasta que llegara a 5 mg al día y la suspensión de la misma.

Posterior a esa fecha, la paciente no estaba conforme con cómo se debía manejar su dosis de prednisona, siendo llevada al HGT, pero al no encontrarse el Hematólogo que la atendía, según la nota, la médico de urgencias que la atendió indica que debe de regresar al esquema anterior que tenía del medicamento. La paciente fue llevada nuevamente a valoración al Instituto Nacional de Nutrición el 26 de octubre del 2017, en la receta que se encuentra en el expediente, se observa escrito **prednisona de 50 mg**, aunque el espacio entre el "0" y la "m" es muy pequeño, pudiendo estar sobrepuesto, además de que se indican 6 ½ tabletas, y entre paréntesis 32.5 mg y después 6 tabletas, entre paréntesis 30 mg, por lo que no concuerda que sea tabletas de 50 mg para el gramaje especificado entre paréntesis, pero si a que sean tabletas de 5 mg. Debido a esto, se pide una justificación o aclaración al Instituto, corroborando que ellos prescribieron tabletas de 5 mg, por lo que se efectuó una alteración en la receta, desconociendo por parte de quien.

Por lo que para el 9 de noviembre del 2017 la paciente ya estaba nuevamente con una dosis de 415 mg diarios, esta dosis prescrita por el Hematólogo del HGT, el cual en su referencia hace el señalamiento que la paciente manifestó que estaba tomando 250 mg desde 10 días previos, cuando esa no era la dosis establecida y nuevamente se guían por lo que la paciente manifiesta, pero otro dato importante en la nota, es que el medico prescribe 250 mg diarios, pero los reparte en 5-1/2-3 tabletas, lo que hace una dosis de 425 mg, siendo contradictoria la indicación del médico especialista. En una nueva nota de esta misma especialidad y Hospital, citan que se encontraba tomando 450 mg de prednisona, cuando ellos días previos habían puesto la dosis de 425 mg.

A partir del 28 de noviembre del 2017 hasta la prescripción del 27 de diciembre del 2017, las dosis de prednisona fluctuaban de 400 a 300 mg diarios; es hasta el 15 de enero del 2018 que ya hay una especificación de reducción de 45 mg días, las cuales se fueron siguiendo en reducción hasta la última nota que se encontró del 1 de octubre del 2019 donde están señalados 10 mg diarios.

Como se puede visualizar entonces, hay un mal manejo de la prescripción de la Prednisona, sin que se tomara en cuenta lo especificado en notas previas o en las referencias, cuando esta situación está contemplada en

la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en donde consideran:

(...)

6 Del expediente clínico en consulta general y de especialidad

Deberá contar con:

(...)

6.1.4 Diagnósticos o problemas clínicos;

6.1.5 Pronóstico;

6.1.6 Indicación terapéutica.

6.2 Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

Describirá lo siguiente:

6.2.1 Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

(...)

6.2.6 Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

(...)

6.4 Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:

(...)

6.4.3.2 Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas);

6.4.3.3 Terapéutica empleada, si la hubo.

Entonces, se observa que por parte de los diversos médicos no hay cumplimiento de lo que se especifica en la Norma Oficial, en el sentido de que no aclaran diagnósticos ni terapéutica, pero, sobre todo, el hecho primordial es que no hay un seguimiento adecuado de las valoraciones previas, a fin de verificar el tratamiento. De ahí derivó que no hubiera una reducción adecuada de la dosis de prednisona, tan así que hay consideraciones "de lo que la paciente refería", cuando estas no estaban especificadas y hacían caso de dicho señalamiento para aumentar la dosis.

Otra situación que se presentaba es que la paciente dejaba de tomarlas, en el momento en que no le daban la dosis que ella consideraba conveniente, o que le había dado el Hematólogo, especialidad que por el tipo de medicamento no era conveniente que modificara, a lo establecido por Endocrinólogo. Pero una de las cosas que pasaba también, es que en las referencias no se señalaba la terapéutica que estaba siguiendo la [Víctima directa 3] e igual que los médicos del HGTM, se dejaban guiar por el dicho de la paciente.

4

Esta situación del mal manejo, sobre dosis de la prednisona y mala reducción de la misma, conlleva a que presentara el Síndrome de Cushing secundario o iatrogénico, el cual es derivado de una mala atención y seguimiento de los médicos; coadyuvado con las referencias de la paciente que hace sobre la dosis que tomaba, y que ella haya dejado de tomarlas de manera súbita.

Hipertensión Arterial Sistémica. Desde las primeras notas que se encuentran contenidas en los expedientes clínicos proporcionados, se hace el señalamiento de que la paciente presentaba hipertensión, con manejo de hasta 3 medicamentos antihipertensivos en el 2015, considerando que la misma era derivada de presentar Feocromocitoma residual, por el antecedente que tiene de resección del mismo.

Para el momento de que ingresa al HGTMT, siendo la primera nota de atención el 31 de agosto del 2016 comentan que presenta hipertensión arterial en tratamiento y que debería de continuar con seguimiento y revisión por Endocrinología, por pensar que continuaba con Feocromocitoma residual. Para estos momentos ya manejaba como medicamentos antihipertensivos el nifedipino, losartán, enalapril, metoprolol y prazosin, los cuales fueron prescritos desde el Centro de Santa Martha. Para este momento, las presiones arteriales que presentaba estaban dentro de parámetros normales.

Durante su seguimiento en el HGTMT era valorada por el servicio de Cardiología para el seguimiento del mismo; lo que se observa en este respecto en la paciente de acuerdo a las notas, es que llega un momento en que a pesar de todos los medicamentos antihipertensivos que tenía prescritos y las dosis que manejaba empieza a salir de los rangos aceptables, viéndose este aumento primordialmente en la nota del 27 de marzo del 2017. Verificando las notas de valoraciones de urgencias y Medicina Interna, esta era una de las principales causas por las que acudía a solicitar atención. Pero también de las notas, se verifica que a la paciente se le solicitó en muchas ocasiones que requiera estar hospitalizada, a fin de dar un seguimiento adecuado de las presiones, con administración de medicamentos a horario y toma correcta, negándose en múltiples ocasiones a la misma.

Lo que llama la atención de las notas, es que la paciente acudía por este hecho, pero al momento de comentarle sobre la hospitalización, decía que ella prefería irse a su estancia y que ya sabía qué hacer para que le bajara en su estancia. Entonces, no se explica el motivo por el cual, si ella sabía qué hacer para manejar sus presiones, se le dispararan de esa forma.

Pero antes de seguir con lo que, en las notas médicas, es importante mencionar esta situación clínica conforme a lo reportado en la literatura médica; se define la hipertensión arterial (HTA) refractaria como la persistencia de niveles de presión arterial (PA) mayores o iguales a 140 mm Hg de PA sistólica (PAS) y o mayores o iguales a 90 mm Hg de PA diastólica (PAD) (o PA 2 130/80 mm Hg en diabéticos o pacientes con

enfermedad renal crónica), en sujetos tratados con al menos 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, uno de ellos diurético, con un buen cumplimiento de la medicación antihipertensiva. La importancia de este grupo de pacientes se debe a que son candidatos a búsqueda de causas potencialmente reversibles (HTA secundaria), o que se benefician de opciones diagnósticas y terapéuticas especiales.

Recientemente un documento publicado por Calhoun et al, en representación de la American Heart Association propone que aquellos sujetos tratados con cuatro o más fármacos antihipertensivos podrían ser considerados como hipertensos refractarios, aunque sus cifras de PA hayan alcanzado la meta terapéutica. La HTA refractaria es un problema clínico frecuente, no solo en unidades especializadas, sino también en el ámbito de la asistencia primaria. Es difícil conocer la prevalencia exacta de esta entidad.

Entre los factores que se asocian a la HTA refractaria cabe destacar los siguientes: edad avanzada, obesidad, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica. También se ha observado una asociación con la elevada ingesta de sal o de alcohol, y la raza negra. Se describen como causas del mal control de la presión arterial, algunos factores del estilo de vida como la presencia de obesidad, exceso en la ingesta de sal o consumo de alcohol mayor a tres tragos al día; también el consumo de algunos medicamentos, que incluso se ha considerado como la causa más frecuente de HTA secundaria, por lo que siempre debería indagarse por ellos en el interrogatorio.

También encontramos que dentro de estas referencias bibliográficas que: dentro de los medicamentos relacionados con HTA se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), anticonceptivos orales, simpaticomiméticos, drogas ilícitas, esteroides, mineralocorticoides, ciclosporina, tacrolimus, eritropoyetina, suplementos herbales, antidepresivos tricíclicos y agentes antineoplásicos como los anti-VGF, entre otros. En el diagnóstico diferencial de HTA secundaria y resistente, se deben incluir, además, causas conocidas como pseudorresistentes, entre las que se incluyen la mala toma de la presión arterial, la pobre adherencia a la terapia, la pseudohipertensión o la hipertensión de bata blanca.

Causas Secundarias de HTA refractaria
Frecuentes: <ul style="list-style-type: none">• Síndrome de apnea del sueño• Enfermedad renal parenquimatosa• Hiperaldosteronismo primario• Estenosis arterial renal
Poco Frecuentes: <ul style="list-style-type: none">• Feocromocitoma• Cushing• Hiperparatiroidismo• Coartación de aorta

4

- Tumor intracraneal

En la Tabla se pueden observar las causas de HTA secundaria que pueden manifestarse como HTA refractaria, por lo que en estos casos puede ser coste efectivo el despistaje de las mismas, si previamente se confirma que son sujetos con HTA refractaria verdadera, mediante la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA), como será tratado posteriormente.

Entre los mecanismos de que contribuyen al desarrollo de HTA refractaria, cabe descartar la expansión de volumen, secundaria a la excesiva ingesta de sal, y la retención de sodio debido a enfermedad renal crónica o al uso inadecuado de diuréticos. La elevada ingesta de sal también contribuye al desarrollo de HTA refractaria al tratamiento. En una serie de pacientes remitido a un centro de referencia por dicho motivo, la medida de ingesta de sal, valorada a través de la excreción de Na en orina de 24 horas, fue de 10 g al día.

Los artículos médicos señalan que dentro del estudio de los pacientes con posible hipertensión arterial resistente debe establecerse un algoritmo diagnóstico, de acuerdo con la orientación clínica, con el objetivo de descartar causas relativamente frecuentes de hipertensión secundaria; es importante que la clínica oriente la pesquisa de estas causas, puesto que tiene poca justificación la realización de una batería de paraclínicos en forma indiscriminada, pues su rendimiento diagnóstico es bajo. Dentro de las causas más frecuentes se incluye la apnea obstructiva del sueño, la enfermedad renal crónica, la estenosis de las arterias renales y el hiperaldosteronismo primario. Otras **causas menos frecuentes son el feocromocitoma, la enfermedad de Cushing**, el hiperparatiroidismo, la coartación de aorta y los tubos intracraneales, entre otros.

El enfoque de diagnóstico y de tratamiento de la HTA resistente hace énfasis en la identificación y realización de pruebas de laboratorio e imágenes específicas para cada una de las causas secundarias de HTA mencionadas, por lo que el paciente debe ser direccionado a un especialista con experiencia en el estudio y manejo de HTA secundaria. Una vez se han descartado las causas secundarias de HTA (incluyendo los medicamentos y factores del estilo de vida), la optimización de la farmacoterapia hace parte del tratamiento estándar de la HTA resistente, antes de considerar otras alternativas terapéuticas. Dentro de la optimización del tratamiento farmacológico se incluye la terapia diurética a dosis adecuadas, utilización de medicamentos de larga acción, dosis nocturnas de medicamentos, especialmente en quienes pierden el ritmo circadiano de las cifras de presión arterial ("non dipper"), incluir un medicamento antagonista del receptor de mineralocorticoides, espironolactona por ejemplo, combinar fármacos con diferentes mecanismos de acción o el uso de diuréticos de asa en aquellos pacientes que tienen enfermedad renal crónica con depuraciones de creatinina bajas, donde las tiazidas no están indicadas, o en los pacientes que reciben vasodilatadores potentes como el minoxidil.

Si luego de tres a seis meses de los ajustes en el tratamiento farmacológico, con adherencia adecuada por parte del paciente, las cifras tensionales continúan fuera de metas, el paciente se debería remitir a un especialista en quienes pierden el ritmo circadiano de las cifras de presión arterial ("non dipper"), incluir un medicamento antagonista del receptor de mineralocorticoides, espironolactona por ejemplo, combinar fármacos con diferentes mecanismos de acción o el uso de diuréticos de asa en aquellos pacientes que tienen enfermedad renal crónica con depuraciones de creatinina bajas, donde las tiazidas no están indicadas, o en los pacientes que reciben vasodilatadores potentes como el minoxidil. Si luego de tres a seis meses de los ajustes en el tratamiento farmacológico, con adherencia adecuada por parte del paciente, las cifras tensionales continúan fuera de metas, el paciente se debería remitir a un especialista en hipertensión de difícil control, si previamente no se había hecho, y en ese caso ser evaluado por un grupo entrenado en la realización de DSR para definir si el paciente es candidato al procedimiento.

Entonces, ya la paciente presentaba desde antes de su ingreso al Centro de Tepepan el diagnóstico de Hipertensión, con su respectivo manejo de varios antihipertensivos, considerando que era derivado de la presencia de Feocromocitoma residual. Pero se le efectuaron determinación de catecolaminas en orina y gamagrama, los cual no reportaron evidencia de que aun existiera residuos del mismo.

Durante los primeros meses de su estancia sus presiones arteriales se encontraban en límites aceptables con el tratamiento antihipertensivo prescrito, el cual eran muchos y a dosis importante, aunque hacen mención que les llama la atención que a pesar de la dosis de metoprolol (600 miligramos cada 24 horas), la frecuencia cardiaca se mantenía por arriba de las 70 pulsaciones por minuto; esto debido a que el metoprolol al ser un beta-bloqueador, reduce el consumo de oxígeno miocárdico, disminuye la frecuencia cardiaca y la contractilidad, además decrece la conductividad y el trabajo cardiaco, así como la secreción de renina y la actividad simpática.

La situación de los efectos que tiene el metoprolol y por lo cual en ocasiones es la finalidad de su administración, dudosamente no se presentaba en la paciente, por lo que podría inferirse que ella no lo ingería o no en las dosis especificadas, así como los otros medicamentos que tenía para este padecimiento. Pero cuando ya se observa que se dispara más de los valores aparentemente aceptables es para el 27 de marzo del 2017, que presentaba 180/90, y en esta fecha en la nota especifican que la paciente no quiso acudir a consulta y saliendo de la atención. Desde esta fecha es que se empiezan a registrar alzas de las tensiones arteriales a pesar de los medicamentos prescritos, pero en muchas ocasiones se le notifico que era necesario que se hospitalizara para llevar un control adecuado, con la toma correcta de los medicamentos, negándose a el internamiento.

4

Pero de lo que se puede observar en las notas médicas, es que para cuando se presenta el aumento en sus presiones, que es el 27 de marzo del 2017, ya contaba casi con 5 meses de estar tomando la prednisona, para esa fecha la dosis de la misma 50 mg, que estuvieron siendo mal manejados, pero conforme fueron pasando los meses y las dosis de prednisona iban siendo mayor, las cifras tensionales presentaban mayor descontrol. Como se menciona en los párrafos anteriores, es que el uso de los corticoesteroides como la prednisona tiene como efectos secundarios la presentación de hipertensión y que, en este caso, que la paciente ya se consideraba hipertensa, la situación clínica se agrava.

Si bien, la situación de la hipertensión arterial ya la presentaba, el hecho de que se convirtiera más en difícil control, es derivada del mal manejo que se le brindo a la paciente con la administración de la prednisona; pues ya en las últimas notas con las que se cuenta, si bien aún la presión no está dentro de valores aceptables, si se encontraba menos elevada que meses previos cuando las dosis de prednisona eran altas, a diferencia de donde ya iba en disminución progresiva con dosis de 10 mg al día. Se requería de un manejo adecuado para determinar bien las causas del descontrol, ya que la situación clínica que pensaban que tenía y que contribuía a las mismas, que era el Feocromocitoma residual fue descartado. Pero lamentablemente, por parte de la paciente, no acedia o cooperaba para que se pudiera hacer un seguimiento adecuado y poder controlar presiones arteriales.

[...]

Infección de vías urinarias recurrente

Tomando en cuenta las notas contenidas en los expedientes clínicos, la señora [Víctima directa 3] presentó Infección de Vías Urinarias desde que se encontraba en el Centro Femenil de Reinserción Santa Martha. Ya encontrándose en el Centro Femenil de Tepepan, se documenta que presenta esta situación el 13 de febrero del 2017; en ese año se presenta en repetidas ocasiones este diagnóstico.

La literatura médica detalla que las infecciones urinarias recurrentes (IUR), definidas generalmente en la bibliografía como 3 episodios de IU en los últimos 12 meses o 2 episodios en los últimos 6 meses, constituyen un problema clínico común especialmente en mujeres jóvenes sexualmente activas, en embarazadas, en mujeres posmenopáusicas y en pacientes con patología urológica subyacente. La clasificación de las IUR en recidivas y reinfecciones es fundamental para determinar la actitud diagnóstico-terapéutica de las mismas.

Las recidivas representan el 20% de las recurrencias, se presentan generalmente en las primeras 2 semanas tras la aparente curación de la infección urinaria (IU) y son debidas a la persistencia de la cepa original en el foco de la infección. Pueden ser debidas al acantonamiento del microorganismo en un lugar inaccesible al antibiótico (pacientes con patología urológica subyacente -litiasis renal- o prostatitis crónica), o ser

causadas por un tratamiento antibiótico inadecuado o demasiado corto (situación observada en ancianos o pacientes con síndrome cístico de más de 7 días de evolución que han sido tratados durante 3 días); en realidad se trata de pielonefritis poco sintomáticas. Esta complicación también debe descartarse en pacientes afectados de una pielonefritis tratada adecuadamente según antibiograma durante 2 semanas y que recidivan debido a la existencia de una pielonefritis focal o bien un absceso renal subyacente, demostrados por ecografía o tomografía computarizada.

Algunos pacientes presentan recidivas sin causa aparente, es decir, después de haber realizado un tratamiento antibiótico correcto durante un tiempo adecuado y a pesar de tener un estudio urológico normal. En esta situación se aconseja administrar tratamiento antibiótico según antibiograma durante 4-6 semanas. Es posible que algunos de estos pacientes en los que se aconsejaba un tratamiento prolongado, basado en un estudio del año 1966 (periodo anterior a la tomografía computarizada), estuvieran afectados de una pielonefritis focal, situación que en la actualidad se trata durante 3 semanas.

Las reinfecciones representan el 80% de las IUR y son nuevas IU causadas por cepas diferentes. Suelen producirse más tardíamente que las recidivas (en general, más de 2 semanas tras la IU inicial). También se considera como reinfección cuando entre las 2 IUR se documenta un urocultivo estéril (1). Se observan fundamentalmente en mujeres jóvenes sexualmente activas, mujeres posmenopáusicas y pacientes con patología urológica subyacente. La patología urológica asociada con mayor frecuencia a reinfecciones urinarias es la presencia de incontinencia urinaria, cistocele y/o residuo posmiccional.

Tomando en cuenta lo anterior, no hay determinación de si la paciente presentaba recidivas o reinfecciones del proceso infeccioso; a la paciente se le brindaba tratamiento con antibiótico, lo que nunca se consideró es que si presentaba infecciones constantes se le realizara un cultivo de orina para verificar si el tratamiento era el adecuado para el agente microbiano que presentaba. Lo que es de relevancia señalar, es que las constantes de infecciones se ven ligadas a la administración de prednisona.

Como se señala en los párrafos anteriores cuando hablamos de este medicamento, hice el señalamiento que la administración de corticoides (como la prednisona) pueden producir inmunosupresión, que favorece el desarrollo de infecciones oportunistas, haciendo este hecho que se favorezca la presencia de infecciones. Pero también era importante que fuera valorada por especialidad de Urología, a fin de que se viera si no presentaba alguno de los padecimientos ya expuestos que coadyuven que se presentara con esa frecuencia la infección.

Por lo que, si bien el origen propio de la infección pudiera derivarse de situaciones clínicas que necesitan investigarse, el hecho de la administración de la prednisona favorecía aún más a que presentara con

esa frecuencia este tipo de alteración. Por todo lo anterior se llega a las siguientes:

Conclusiones

1. Determinar si la atención médica brindada en el Hospital General Torre Médica Tepepan desde su ingreso ha sido oportuna y adecuada, o en caso contrario, si derivó en afectaciones y/o agravamiento a la salud de [Víctima directa 3].

Como se menciona en la discusión, en términos generales, a la señora se le brindó la atención oportuna y adecuada en relación a los padecimientos por los cuales acudía a solicitar atención médica. Donde se puede documentar una inadecuada atención, fue en lo referente a la administración de la Prednisona.

2. Determinar si los diagnósticos de hipertensión arterial sistémica de difícil control, Síndrome de Cushing, probable Neuropatía vesical, Glaucoma de ambos ojos, trastorno facticio, infección de vías urinarias recurrente, son consecuencia de alguna mala práctica médica o mala atención recibida en el Hospital General Torre Médica Tepepan.

De acuerdo en lo detallado en la discusión, propiamente los padecimientos que son claramente derivados de una mala práctica médica y/o mala atención es el Síndrome de Cushing secundario o iatrogénico, derivado de una mala administración de la prednisona. La hipertensión arterial e infección de vías urinarias, si bien las presentaba desde antes de que se iniciara la administración de prednisona, esta coadyuvó al agravamiento de los mismos.

[...].



