

Introducción

Son objeto de la prueba pericial los hechos controvertidos que requieren de explicación científica, auxiliando a las autoridades de administración y procuración de justicia en la percepción de los hechos, indicando los principios científicos o técnicos que le permitan deducir las consecuencias jurídicas.

Sin embargo, la naturaleza misma de la relación e interrelación médico – paciente y los hechos motivo de controversia, requieren que la prueba pericial vaya mas allá del aspecto científico y tecnológico que exige el contrato genérico de prestación de servicios profesionales, y aún más del cuestionamiento “mercantil” de la salud, que dejan de lado los aspectos éticos y legales que subyacen al ejercicio profesional.

No debemos olvidar que la norma jurídica nace de las necesidades sociales con vista a la realización de ciertos fines, así no podemos distanciar el contrato como negocio jurídico de su objeto: la prestación de servicios de atención médica y de la normativa sanitaria que nace de la necesidad de garantizar el derecho a la protección de la salud.

Resumen clínico:

Paciente femenino de 78 años de edad. A quien once años antes de la atención reclamada, se le diagnosticó sarcoma de partes blandas en el muslo derecho, fue sometida a intervención quirúrgica; el estudio histopatológico reportó histiocitoma fibroso maligno, con invasión vascular, sin tumor residual. Se realizó seguimiento a largo plazo que descartó enfermedad recurrente local y metástasis mediastinales.

En abril de 2003, se reportó actividad tumoral franca en mama derecha. La mastografía bilateral, reportó: Gran masa multilobulada de situación retroareolar de alta densidad y naturaleza sólida, corroborada por ECO, sin componente líquido. La citología de punción mamaria (aspiración con aguja fina), reportó: células de tejido conectivo con atipia sospechosa de malignidad.

Las radiografías de tórax las áreas pulmonares con múltiples nódulos, disseminados a ambos hemitórax, de 7 a 20 mm de diámetro. El ecosonograma de abdomen, mostró nódulos hepáticos.

Se realizó mastectomía izquierda, el estudio histopatológico de glándula mamaria derecha reportó: Sarcoma de células fusiformes. El estudio inmuno-

histoquímico reportó: tumoración de glándula mamaria positiva para actina de músculo liso, proteína S-100 en forma focal, calponina y vimentina concordante con lesión con diferenciación muscular de tipo liso.

Se otorgó quimioterapia por 3 meses. La paciente y sus familiares optaron por suspender el tratamiento ante la nula respuesta. Se realizó ecosonograma hepático que mostró lesiones metastásicas.

El 8 de septiembre del mismo año, ingresó al servicio de Urgencias por disnea de 12 horas de evolución, vómito de 3 días de evolución, mal estado general, TA 130/90, FC 72x', FR 23x', T 37° C. La paciente aceptó su ingreso para corregir la deshidratación. En nota agregada se reportó: gran actividad tumoral a nivel pulmonar, no tiene prácticamente pulmón, su ECO con gran actividad abdominal.

Se indicó: Ayuno, soluciones parenterales, antibiótico profiláctico, Dolac 1 amp. de 30 IV cada 6 horas. Oxígeno a 3 litros por minuto. Tele de tórax y ECO abdomen. SemiFowler. Pantozol 1 amp. IV cada 12 horas.

El 9 de septiembre, se reportó con dificultad para conciliar el sueño, diuresis presente. TA 90/70, FC 105x', FR 20x', T 36.5° C, consciente, orientada, cooperadora, mejor estado de hidra-

tación, más reactiva. Campos pulmonares con disminución de ruidos ventilatorios, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, sin compromiso aparente. Abdomen blando, depresible, no dolor a la palpación, resto sin compromiso aparente. Se inició la vía oral con dieta blanda y Ensure, y se agregó al manejo imipramina tabletas de 25 mg 1 cada 24 horas.

El 10 de septiembre, se reportó progresión de la dificultad respiratoria y broncoespasmo, los familiares *no quieren más medidas heroicas, la mantendremos con vigilancia*. Se indicó nebulizador intermitente, Alín 8 mg IV dosis única y Alprazolam 50 mg dosis única (si ella lo quiere tomar). Enfermería reportó mejoría de la dificultad respiratoria con el nebulizador. En observaciones de Enfermería del turno nocturno se reportó: paciente grave a la entrega de turno, familiar rehúsa aplicación de medicamentos.

El 11 de septiembre, a las 09:00 horas, se reportó: TA 90/60, FC 100x', FR 30x', T 37° C, consciente, tendencia a la somnolencia, buena hidratación, diaforesis, peores condiciones, presenta dificultad para respirar, datos de disociación tóraco-abdominal. La paciente no tolera la vía oral. Ruidos cardiacos ligeramente disminuidos de intensidad. Campos pulmonares con

sibilancias y rudeza respiratoria. Hemitórax derecho, ruidos velados, disnea. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en cuadrantes inferiores, peristalsis presente. Extremidades sin compromiso aparente. En peores condiciones, ha aumentado la disnea, tiende a estar somnolienta. Los familiares están conscientes de la gravedad de su estado de salud. No se realizarán medidas heroicas. Refiere la enfermera encargada que no se administraron los medicamentos del día de hoy (Ciproflo, Dolac y Pantozol), ya que la hermana de la paciente no se lo permitió.

A las 18 horas, se reportó: presenta paro cardiorrespiratorio, no se efectúan maniobras de reanimación. Diagnóstico de egreso: sarcoma sinovial metastásico, metástasis pulmonares, metástasis generalizadas, insuficiencia respiratoria.

Motivo de la denuncia ante el Ministerio Público

El hijo de la paciente manifestó que su madre se encontraba en perfecto estado de salud porque no mostraba gravedad derivada del cáncer que padecía. Sin embargo, en los días siguientes a su internamiento, fue empeorando su salud; sus familiares y el médico a cargo dieron indicaciones de que se suspendiera la administración de algunos medicamentos que habían prescrito para estabilizarla y obtener su control, pues *la finalidad de las intervenciones médicas eran para prolongar su vida*. Así mismo, aplicaron los medicamentos Alprazolam e Imipramina que disminuyeron sus funciones fisiológicas; además, ordenaron que no se hicieran mayores esfuerzos para mantenerla viva, *resultado de lo anterior la muerte de su madre ya que dichos medicamentos son sustancias depresivas, las cuales aumentaron el riesgo de la insuficiencia respiratoria que le ocasionó la muerte*.

Agregó, si su señora madre estaba tan grave debieron ingresarla a Terapia Intensiva. Además, al ocurrir su fallecimiento, no dieron aviso al Ministerio

Público sobre la defunción y no se realizó la necropsia para que quedaran determinadas las causas reales del fallecimiento.

Análisis.

El objeto del dictamen médico institucional fue el de establecer:

- Si la atención médica otorgada a la paciente, se ajustó a la *lex artis*.
- La finalidad de la atención médica.
- Si la defunción fue secundaria a mal praxis.

Para esclarecer lo anterior, fueron necesarias las siguientes precisiones en términos de la literatura especializada generalmente aceptada y en la normativa sanitaria aplicable.

Los sarcomas de tejidos blandos son un grupo, relativamente raro, de neoplasias de origen histopatológico y anatómico distinto. Estos tumores tienen en común su origen embriológico. Representan el 1% de los cánceres en los adultos y 15% en los niños. Se estima que 3,900 pacientes mueren anualmente debido a estos tumores.

Se presentan, virtualmente, en cualquier sitio anatómico, pero, aproximadamente la mitad se presenta en las extremidades. Los subtipos histopatológicos bien diferenciados, mixomas y liposarcoma representan el 28%. El histiocitoma fibroso maligno el 24% y los retroperitoneales el 15%.

Los sarcomas de tejidos blandos pueden ser divididos en los que crecen a partir de una víscera (gastrointestinal, genitourinaria o ginecológica) y los que crecen de tejidos blandos no viscerales (músculo, tendón, tejido adiposo, pleura y tejido conectivo).

Los pacientes, se presentan con una masa tumoral, el dolor está presente sólo en la tercera parte de los casos. El retraso en el diagnóstico de los sarcomas es común, pues se confunde con lipoma o hematomas. La biopsia del tumor primario es esencial en toda tumoración asintomática o en crecimiento, mayor de 5 centímetros o per-

sistente después de 4 a 6 semanas. La biopsia puede ser incisional o excisional.

La incidencia poco frecuente, la heterogeneidad anatómica y la presencia de más de 30 subtipos histológicos hace difícil establecer un sistema funcional para la estadificación integral.

Son factores de mal pronóstico para recurrencia local los siguientes: paciente mayor de 50 años, recurrencia local previa, margen quirúrgico microscópicamente positivo, fibrosarcoma y tumor maligno periférico nervioso.

Son factores de mal pronóstico para recurrencia distante: tamaño mayor a 5 cm, tumores de alto grado, localización profunda, con recurrencia local, leiomiomas, otros tumores de histología no liposarcomatosa.

Factores de mal pronóstico para supervivencia: tumores mayores a 10 cm, localización profunda, recurrencia local, leiomiomas, tumor maligno periférico nervioso, márgenes quirúrgicos positivos, ubicado en las extremidades inferiores.

El sitio más común de metástasis de los sarcomas de tejidos blandos es el pulmón. También son comunes las metástasis al hígado. Las metástasis usualmente se presentan como manifestación tardía de enfermedad diseminada extensa.

Para los sarcomas, en general, el tiempo promedio de supervivencia con enfermedad metastásica es de 8 a 12 meses, pese al tratamiento óptimo. La presencia de más de tres nódulos pulmonares metastásicos en la tomografía computada es un signo de mal pronóstico. En la enfermedad metastásica, se pueden emplear diversos esquemas de quimioterapia. Ninguno de ellos tiene efecto en la supervivencia.

El tratamiento paliativo se definió por la Organización Mundial de la Salud como el cuidado activo de los pacientes sin posibilidad de respuesta al tratamiento curativo (es decir, para pacientes incurables). El control del dolor y otros síntomas, así como de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales, son los elementos básicos de los cuidados paliativos.

Es menester aclarar que los cuidados paliativos deben ser abordados en forma y dimensiones distintas al modelo "curativo" tradicional en el cual se pretende obtener el tiempo máximo de supervivencia. El modelo paliativo, por el contrario, pretende el manejo del dolor y los síntomas asociados, así como evitar prolongar la agonía del paciente.

El manejo del paciente en estado terminal requiere evaluar los siguientes componentes: síntomas físicos y funcionamiento; aspectos emocionales y espirituales, historia personal, asistencia social, en su caso; planificar los cuidados paliativos y disposiciones anticipadas.

Las manifestaciones clínicas en pacientes con cáncer (enfermedad avanzada), son dolor, fatiga, anorexia, náusea, constipación y confusión, reportadas en el 60% a 90% de los casos. Sin embargo, hay otros síntomas que pueden ser resultado de la enfermedad en sí, de la toxicidad relacionada al tratamiento (quimioterapia o radioterapia), de la diseminación por compresión o invasión de estructuras adyacentes, la asociación con síndromes paraneoplásicos o la respuesta del organismo a la necrosis tumoral.

El cuidado de los pacientes en etapa agónica debe focalizarse a mejorar los síntomas, mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas. El dolor, la ansiedad, depresión, disnea y otros síntomas pueden ser disminuidos, si no eliminados en la mayoría de estos pacientes.

Náusea y vómito: son problemas comunes, su origen, generalmente, es multifactorial, puede incluir reacción adversa a medicamentos, alteraciones metabólicas, patología visceral, aumento de la presión intracraneal, problemas vestibulares y respuesta psicogénica a la enfermedad. El manejo está relacionado con el problema de base, si puede ser identificado. En muchos casos, debe emplearse tratamiento con

antieméticos y la combinación de varios puede ser necesaria en algunos pacientes.

Disnea: ocurre en el 29% a 90% de los pacientes en etapa terminal. Las causas de disnea son diversas pero pueden ser relacionadas a alguna enfermedad preexistente, enfermedad aguda sobreimpuesta, complicaciones del cáncer, efectos del tratamiento y causas misceláneas. No debe ser confundida con la respiración agónica. Si se conoce la causa debe darse tratamiento específico, en su caso (edema pulmonar, derrame pleural, dolor, ansiedad).

En el cáncer pulmonar o metástasis pulmonares, la disnea es un síntoma común, se presenta con mayor frecuencia en la enfermedad avanzada. Las causas pueden ser resultado de la invasión directa del sistema respiratorio, complicaciones respiratorias indirectas causadas por el cáncer (neumonía, derrame pleural), el resultado de tratamientos específicos del cáncer (toxicidad inducida por radiación o quimioterapia, anemia), el resultado de complicaciones respiratorias (embolismo pulmonar, neumonía), enfermedades asociadas (insuficiencia cardíaca, resección primaria, desnutrición).

La ansiedad y el dolor son factores que contribuyen a la disnea en pacientes con cáncer de pulmón o metástasis. Un estudio prospectivo de 100 pacientes con enfermedad terminal mostró que la disnea puede ser percibida como pánico, congestión pulmonar y sofocación. Así mismo, las sensaciones emocionales se asociaron a la apreciación de puntajes altos de disnea.

Las benzodiazepinas son útiles en el tratamiento de la ansiedad como causa de disnea y provee efecto sedante cuando se requiere tratar síntomas refractarios en los últimos días de la vida. El Alprazolam puede emplearse en pacientes geriátricos, la dosis es de 0.5 a

0.75 mg/ día, en dosis divididas. Si la disnea es muy severa puede emplearse sedación con Midazolam 5 a 10 mg en bolo subcutáneo, seguido de la infusión de 10 a 30 mg/hr.

Es necesario diferenciar, el empleo de benzodiazepinas para lograr un efecto sedante (ansiolítico) y la sedación. La sedación, en los tratamientos paliativos, se define como "sueño profundo inducido y mantenido deliberadamente para el alivio de síntomas físicos o mentales intratables".

Los sedantes (como las benzodiazepinas), se utilizan comúnmente en pacientes con cáncer al final de su vida. En la mayoría de los casos no se dan con la intención de inducir sueño y las dosis son para aliviar síntomas específicos, si bien la alteración del estado de conciencia puede ser una reacción a los medicamentos, tampoco se asocia a una disminución del tiempo de vida.¹

Las medidas generales no farmacológicas para el control de la disnea son: el oxígeno suplementario, éste puede ser benéfico para pacientes con hipoxemia. Otras medidas incluyen la posición de Fowler o SemiFowler.

El oxígeno suplementario es, tal vez, la terapia prescrita más común para aliviar la disnea en pacientes con cáncer pulmonar; sin embargo, un número limitado de estudios ha mostrado efectos benéficos de oxígeno suplementario; en general, los reportes señalan poco o ningún beneficio con su empleo.²

Para los pacientes con cáncer pulmonar y disnea, el manejo puede incluir oxígeno, broncodilatadores, esteroides, antibióticos, control de la ansiedad; sin embargo, el nivel de evidencia de su efectividad es pobre y el beneficio moderado.³

Las causas del dolor en el cáncer incluyen progresión tumoral y patología relacionada (lesión nerviosa), cirugía y otros procedimientos usados para el tratamiento y diagnóstico, efectos

¹ Nigel Sykes. Andrew Thorns. The use of opioids and sedatives at the end of life. The Lancet Oncology. May 2003. Volume 4. Number 5.

² Bruera E, de Stoutz N, Velasco-Leiva A, et al. Effects of oxygen on dyspnea, in hypoxaemic terminal-cancer patients. Lancet 1993; 342:13-14.

³ Daniel Fischberg, MD, PhD. Diane E. Meier, MD. Palliative care in hospitals. Clinics in Geriatric Medicine. November 2004. Volume 20. Number 4.

tóxicos de la quimioterapia y radiación, infección, dolores musculares por limitación a la actividad física. Aproximadamente 75% de los pacientes con enfermedad avanzada presentan dolor. El manejo efectivo del dolor se logra en, aproximadamente, 90% de los pacientes; se prefieren los analgésicos no narcóticos.

En los pacientes en quienes no es posible controlar el dolor sólo con analgésicos, pueden emplearse adyuvantes como antidepressivos, anticonvulsivantes y neurolépticos, que incrementan los efectos de los analgésicos. Si no se logra el control se utilizan analgésicos narcóticos.

La sedación paliativa, tiene como finalidad aliviar el sufrimiento intolerable. La prevalencia de la sedación paliativa va de 1% a 88%, dependiendo la definición que se utilice de sedación. Mucho se ha dicho que en los pacientes que reciben sedación puede acortarse su vida; sin embargo, en múltiples estudios se ha observado que pacientes que reciben sedación por 2 a 3 días, tienen el mismo tiempo de supervivencia que aquellos que nunca la recibieron.

Discusión

La paciente en la octava década de la vida al momento de su defunción, tenía antecedente de sarcoma de partes blandas en el muslo derecho, diagnosticado once años antes, mediante resección tumoral, con límites quirúrgicos libres. Atendiendo a la variedad histológica reportada, el tratamiento quirúrgico fue acorde a las recomendaciones de la literatura médica especializada. Correctamente se realizó seguimiento de la paciente mediante radiografías de tórax.

En abril de 2003, la paciente presentó una tumoración en la mama derecha; correctamente inició el protocolo diagnóstico, incluyendo la mastectomía. El estudio histopatológico reportó, nuevamente un sarcoma de partes blandas, de distinto componente histológico al de la extremidad inferior, por ello, con arreglo a la *lex artis*, se

realizaron exámenes inmunohistoquímicos que mostraron componente muscular. Además, la radiografía de tórax mostró actividad tumoral, esto es, metástasis, caracterizadas por múltiples nódulos, diseminados a ambos hemitórax.

En el caso de mérito, al tratarse de metástasis pulmonares múltiples, no había indicación quirúrgica para su resección y establecía un mal pronóstico, pues la enfermedad se encontraba en estadio IV y, lo único que podía ofrecerse a la paciente era quimioterapia paliativa (se trataba de una paciente incurable), como en efecto se realizó. Sin embargo, se reportó falta de respuesta a la quimioterapia y la negativa de la paciente y la familia para continuar con este tratamiento (esto es un hecho aceptado y, en la especie, forma parte del régimen de autonomía del paciente).

La quimioterapia en la enfermedad metastásica (estadio IV), era, únicamente, paliativa, es decir, para tratar de mejorar la sintomatología de la paciente y tratar de disminuir el índice de progresión tumoral; sin embargo, ningún esquema de los disponibles (aún a la fecha), tiene efecto en el tiempo de sobrevida del paciente (en promedio 8 a 12 meses).

En la especie, el 8 de septiembre de 2003, la paciente solicitó atención médica, se reportó en mal estado general, mal hidratada, con vómito de varios días de evolución y disnea, con gran actividad pulmonar y abdominal (metástasis hepáticas), de ninguna suerte podría afirmarse que la paciente se encontraba *"en perfecto estado de salud porque no mostraba gravedad derivada del cáncer que padecía"*, como manifiesta el denunciante. En efecto, las manifestaciones clínicas reportadas eran derivadas de la enfermedad de base de la paciente (sarcoma de partes blandas), su diseminación (metástasis pulmonares y hepáticas) y sus complicaciones (deshidratación por vómito). Ello denota que la paciente se encontraba en la fase terminal de su enfermedad.

Tampoco puede afirmarse que *la finalidad de las intervenciones médicas era para prolongar su vida*, como afirma el denunciante, pues ello no es posible en una enfermedad metastásica en fase terminal. En efecto, el tratamiento prescrito a su ingreso hospitalario era únicamente paliativo.

Así mismo, es menester aclarar que el manejo paliativo de un paciente con cáncer en etapa terminal, como en la especie, de ninguna suerte incide en la sobrevida, únicamente, tiene como finalidad calmar, disminuir o aliviar (cuando ello es posible) la sintomatología asociada. Se reitera, ni siquiera la quimioterapia tiene impacto en la sobrevida del paciente.

Coincidimos en la apreciación del personal médico encargado de la atención, pues la paciente se encontraba grave, mas ello no denota la obligación de ingresarla a una Unidad de Terapia Intensiva, pues el manejo que se ofrecería, era únicamente sintomático y podía otorgarse en su habitación. En estos casos no está indicado el ingreso de los pacientes a Terapia Intensiva, pues en rigor, no se obtienen beneficios y se originan gastos innecesarios a la familia. Tampoco es permisible realizar medidas innecesarias a los pacientes (futilidad terapéutica).

En el caso de mérito, no apreciamos elementos de mal praxis en la atención paliativa otorgada a la paciente durante su internamiento del 8 al 11 de septiembre de 2003. En efecto, se otorgaron las medidas paliativas acordes a las recomendaciones de la literatura médica generalmente aceptada para el manejo paliativo de un paciente con cáncer en etapa terminal:

- Hidratación y restitución de electrolitos.
- Antibióticos profilácticos.
- Control del dolor mediante analgésicos no narcóticos y medicamentos adyuvantes; en la especie, Imipramina.
- Manejo de la disnea mediante: oxígeno, posición semiFowler, posteriormente, nebulizaciones, corticosteroides y ansiolíticos (Alprazolam) a dosis bajas.

- Control de la ansiedad (Alprazolam).

- Inhibidores de la bomba de protones, para disminuir la secreción gástrica.

En la especie fue menester aclarar los siguientes rubros:

La fisioterapia pulmonar es el conjunto de técnicas y procedimientos que se efectúan en el paciente con la finalidad de eliminar secreciones del árbol traqueobronquial, para mejorar la ventilación, perfusión y difusión de gases (oxígeno y bióxido de carbono). Entre estas medidas se encuentran las nebulizaciones.

La nebulización es un procedimiento que se utiliza para el aporte de oxígeno con fracciones inspiradas variables a temperatura y humedad determinadas. Su objetivo es mejorar localmente la hidratación y fluidificación de secreciones y, en su caso, la administración de medicamentos como mucolíticos, broncodilatadores o vasoconstrictores de las vías aéreas. Se basa en el principio de que las secreciones adheridas a las vías respiratorias obstruyen el libre paso de oxígeno.

En pacientes con cáncer pulmonar y disnea se puede (no tiene carácter obligatorio) utilizar, oxígeno, broncodilatadores, esteroides, antibióticos y control de la ansiedad; sin embargo, las investigaciones clínicas han mostrado poca efectividad.

Luego entonces, el oxígeno suplementario en el caso de la paciente, fuese por puntas nasales, mascarilla o mediante nebulizaciones o la suspensión del mismo, de ninguna suerte incidió en la evolución y defunción de la paciente.

Tampoco incidió en la evolución y defunción de la paciente la suspensión de la ministración de Pantozol, Ciprofloj y Dolac. El Pantozol era con la finalidad de reducir el riesgo de úlceras por estrés, el Ciprofloj para disminuir el riesgo de un proceso infeccioso agregado y el Dolac para el control del dolor. Ninguno de estos insumos tenía como finalidad evitar el fallecimiento de la paciente, se trataba de medicamentos

empleados para disminuir (no evitar) el riesgo de complicaciones y el control del dolor, que según se desprende del expediente clínico remitido a estudio, en ese momento, ya se había logrado (sólo se refirió dolor a la palpación profunda de abdomen).

En el caso de mérito, el empleo de ansiolíticos y antidepresivos, no estaban contraindicados. El Alprazolam es una benzodicepina que se emplea para el control de la ansiedad que suele presentarse en los pacientes en etapa terminal, además, puede ser útil en el manejo de la disnea; la segunda, Imipramina, se emplea como antidepresivo, pero, además, mejora la respuesta a los analgésicos no narcóticos para el control del dolor.

Si bien puede presentarse somnolencia como reacción adversa a las benzodicepinas y a la Imipramina, ello no conlleva depresión respiratoria y menos aún acorta el periodo de sobrevivida en los pacientes con cáncer en estado terminal, como lo reporta ampliamente la literatura médica especializada.

Si bien el denunciante manifestó que los medicamentos Alprazolam e Imipramina, "*son sustancias depresivas, las cuales aumentaron el riesgo de la insuficiencia respiratoria que le ocasionó la muerte*", por el contrario, las benzodicepinas son ampliamente recomendadas en el tratamiento de la disnea en el paciente terminal; más aún se emplearon las dosis mínimas recomendadas y ajustados a la edad de la paciente (dosis geriátrica). Por otro lado, la Imipramina es un antidepresivo tricíclico que si bien puede tener como evento adverso somnolencia y efecto sedante, ello de ninguna suerte supone que hubiese condicionado o incrementado el riesgo de insuficiencia respiratoria.

Tampoco apreciamos elementos de mal praxis al indicar que no se realizaran maniobras de reanimación en caso de paro cardiorrespiratorio y no aplicar medidas adicionales (heroicas). De hecho, las llamadas medidas heroicas han sido ampliamente discutidas tanto en la *lex artis*, como en la deontología

médica; en efecto, no se estima como injusta, ilícita o falta de ética la supresión de las mismas.

En efecto, en la especie, la paciente tenía una enfermedad incurable en fase terminal y el manejo que se le podía ofrecer, insistimos, era únicamente paliativo; realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar o medidas adicionales no incidía en la enfermedad de base y, por el contrario, hubiesen prolongado, injustificadamente, su agonía. Tales medidas, en pacientes en estado agónico se tienen por supererogatorias, es decir, no son obligatorias y no sólo esto, a menudo, denotan ensañamiento terapéutico.

En la especie no apreciamos negativa, mora o demora en la atención médica otorgada en la institución hospitalaria, tampoco alteraciones en la salud de la paciente que sean motivo de clasificación médico forense.

La defunción se debió a la historia natural del sarcoma de partes blandas con metástasis pulmonares y hepáticas, que era un suceso esperado e inevitable.

En el caso de mérito, no había indicación para notificar al C. Agente del Ministerio Público la defunción, pues en términos del artículo 92 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, esta obligación está expresamente señalada para aquellos casos de muerte violenta o presuntamente vinculada a la comisión de hechos ilícitos, no era el caso de la paciente.

Así mismo, no apreciamos elementos de mal praxis al certificar la defunción, el personal médico estaba facultado en términos del artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; a mayor abundamiento, la enfermedad de base (sarcoma de partes blandas), el estadio de la enfermedad (IV) con actividad metastásica pulmonar y hepática y las condiciones clínicas reportadas en la paciente del 8 al 11 de septiembre de 2003, eran suficientes para establecer la causa de la muerte.

En razón de lo anterior, se emitieron las siguientes:

Conclusiones

Primera.- No apreciamos elementos de mal praxis en la atención hospitalaria del 8 al 11 de septiembre de 2003, las medidas paliativas otorgadas fueron acordes a las recomendaciones de la literatura médica generalmente aceptada para el manejo paliativo de un paciente con cáncer en etapa terminal.

Segunda.- La ministración de oxígeno suplementario o la suspensión del mismo no incidió en la evolución de la paciente.

Tercera.- El empleo de ansiolíticos y antidepressivos, no estaban contraindi-

cado. El uso de medicamentos con efectos sedante no conlleva depresión respiratoria y menos aún acorta el periodo de sobrevivida en los pacientes con cáncer en estado terminal, como lo reporta ampliamente la literatura médica especializada.

Cuarta.- Tampoco apreciamos elementos de mal praxis al indicar que no se realizaran maniobras de reanimación en caso de paro cardiorrespiratorio y no aplicar medidas adicionales (heroicas). La paciente tenía una enfermedad incurable en fase terminal; realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar o medidas adicionales no incidía en la enfermedad de base y, por el contrario, hubiesen prolongado, injustificadamente, su agonía. Tales medidas, en pacientes en estado agónico por una

enfermedad incurable en fase terminal, se tienen por supererogatorias, es decir, no son obligatorias.

Quinta.- La defunción se debió a la historia natural del sarcoma de partes blandas con metástasis pulmonares y hepáticas y no fue secundaria a mal praxis pues ninguna observamos.

Sexta.- No había indicación para notificar al C. Agente del Ministerio Público la defunción; tampoco apreciamos elementos de mal praxis al certificar la defunción. La enfermedad de base, el estadio de la enfermedad (IV) con actividad metastásica pulmonar y hepática y las condiciones clínicas reportadas en la paciente del 8 al 11 de septiembre de 2003, eran suficientes para establecer la causa de la muerte.

Bibliografía

1. Pisters W.T, Bramwell H.C. in Abeloff: Clinical Oncology Chapter 96 - sarcomas of soft tissue. 3rd ed.
2. Gatta G., Survival from rare cancer in adults: a population-based study. *Lancet Oncology*. February 2006. 7(2).
3. Zagars GK, Ballo MT, Pisters PW, et al. Surgical margins and resection in the management of patients with soft tissue sarcoma using conservative surgery and radiation therapy. *Cancer* 2003; 97: 2544-2553.
4. Hinshaw DB. Palliative care. When do we stop, and how do we do it? Medical futility and withdrawal of care. *JA Coll Surg*, Apr 2003; 196(4).
5. Friedman LL, Rodgers PE. Pain management in palliative care. *Clin Fam Pract*, Jun 2004; 6 (2).
6. Goldberg L., MD Psychologic issues in palliative care: depression, anxiety, agitation, and delirium. *Clin Fam Pract*, Jun 2004; 6 (2).
7. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 1990.
8. Steinhauer KE, Clipp E.C, McNeilly M, et al. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000; 132:825-32.
9. Balducci L, Yates J, General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology* 2000;14: 221-7.

Agradecemos a la Dra. Martha Arellano la realización del presente caso.