

Hematuria

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche*

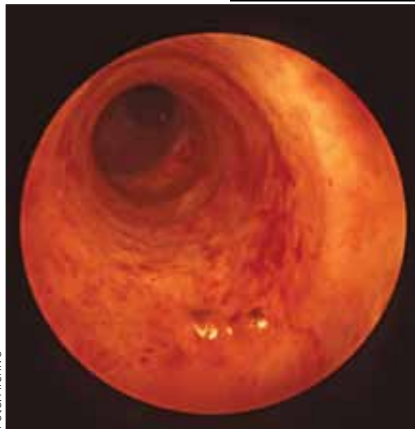


Foto: Archivo

La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, así como mantener y promover la salud de la población. En ese sentido, el objetivo de la revisión de la calidad es el mejoramiento continuo de los servicios que se brindan, así como de las formas y medios para producirlos.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

El paciente presentó una queja en contra del hospital demandado, refiriendo que por sangrado y dificultad para la micción, acudió en varias ocasiones al Servicio de Urgencias, donde se le diagnosticó hematuria macroscópica y se indicaron calmantes, sin solucionar su patología, por ello asistió a un hospital privado donde fue operado por tumor vesical.

RESUMEN CLÍNICO

Hombre de 74 años de edad, con diabetes mellitus tipo II de 3 años de evolución controlada con glibenclamida. El 24 de marzo de 2011 fue referido de la Unidad de Medicina Familiar al Servicio de Urología del hospital demandado con diagnóstico de hematuria macroscópica de 45 días de evolución, y fue tratado mediante trimetoprim sulfametoxazol y amikacina.

El 28 de marzo de ese año fue valorado por Urología, quien solicitó ultrasonografía renal y vesical.

En el expediente existe reporte de sonografía renal, realizada en medio privado el 22 de mayo de 2011, con conclusión diagnóstica de: litiasis renal bilateral, alteración inflamatoria del parénquima renal derecho, quiste simple de riñón derecho, vejiga urinaria sin alteraciones. En la misma fecha, se reportó biometría hemática con hemoglobina 15.2 g/dl y hematocrito 45.4 %.

El 26 de mayo de 2011, el paciente asistió al Servicio de Urgencias del hospital demandado, la nota médica señaló hematuria constante de 3 meses de evolución, la cual se agudizó el día anterior presentándose coágulos en orina, retención urinaria, disuria, poliuria, así como dolor abdominal. En la exploración física se reportó al paciente sin datos de irritación peritoneal con peristalsis presente; al tacto rectal no se palpó crecimiento o tumor. Por laboratorio, el 23 de mayo se reportó examen general de orina: proteínas 100 mg/dl, hemoglobina (++) , células epiteliales 2 por campo, leucocitos 4 por campo, eritrocitos incontables, cristales urato amorfo, bacterias escasas, antígeno prostático 0.32, glucosa 107, urea 39.1, creatinina 1.26, ácido úrico

*Directora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). México, DF.

La hematuria no debe ser soslayada. La cistoscopia debe efectuarse durante los episodios de hematuria macroscópica para determinar el origen del sangrado. La hematuria inicial se presenta al principio de la micción y suele indicar enfermedad de la uretra. La terminal se da al final de la micción y usualmente indica enfermedad cercana al cuello vesical o a nivel de la uretra posterior. La total se refiere a la que persiste a través del paso de orina y puede indicar alteración patológica a nivel del cuello vesical o más alta. La mancha sanguínea en la ropa interior asociada a orina clara, puede mostrar enfermedad en la uretra distal.

7, colesterol 195, hemoglobina 15.2, hematocrito 45.4, plaquetas 170,000, leucocitos 8.6. Se consultó con el urólogo, quien comentó que se trataba de cistitis y recomendó ciprofloxacino. El paciente fue dado de alta con cita abierta a Urgencias y para continuar valoración y tratamiento en Urología.

El 27 de mayo de 2011 a las 12:20 h, nuevamente asistió con retención aguda de orina, colocándose sonda Foley. A las 18:10 h, el Servicio de Urgencias reportó hematuria, cefalea y dolor en extremidades inferiores, por lo que solicitó interconsulta a Urología, quien indicó el ingreso del paciente al área de Observación con diagnóstico de hematuria en estudio. A las 21:35 h, fue dado de alta del Servicio de Urgencias con diagnóstico de hematuria resuelta, infección de vías urinarias. 21:48 h, En esa fecha se reportó hemoglobina 12.1 g/dl, hematocrito 36.8%.

El paciente asistió a un hospital privado, donde se efectuó cistoscopia y se identificó un tumor en vejiga que fue resecado. Se realizó resección transuretral de próstata por hipertrofia prostática benigna. En el postoperatorio no se reportaron complicaciones y fue egresado el 2 de junio de 2011 con cita para seguimiento.

Con el estudio histopatológico se diagnosticó: carcinoma papilar superficial de células transicionales grado II, clasificación OMS, de bajo grado. Glándula prostática con hipertrofia fibromuscular.

ANÁLISIS DEL CASO

Para su estudio, se estiman necesarias las siguientes precisiones:

Atendiendo a la literatura de la especialidad, la hematuria consiste en la presencia de sangre en orina, misma que puede ser macroscópica (se advierte a simple vista) o microscópica (se advierte mediante el empleo de microscopio). Se estima que la hematuria es un dato de enfermedad genitourinaria grave, hasta no comprobarse lo contrario.

En ese sentido, la hematuria no debe ser soslayada, no importa cuan trivial sea el sangrado que se observa, pues la completa valoración urológica para identificar su causa es obligatoria.

La cistoscopia debe ser efectuada durante los episodios de hematuria macroscópica para determinar el origen del sangrado. La hematuria puede ser inicial, total o terminal. La inicial, se presenta al principio de la micción y frecuentemente indica enfermedad de la uretra. La terminal, se presenta al final de la micción y usualmente indica enfermedad cercana al cuello vesical o a nivel de la uretra posterior. Por su parte, hematuria total se refiere a la que persiste a través del paso de orina y frecuentemente indica alteración patológica a nivel del cuello vesical o más alta. La mancha sanguínea que puede observarse en la ropa interior asociada a orina clara, puede indicar enfermedad en la uretra distal.

La mayoría de los casos de hematuria, se deben a sangrado del tracto urinario medio o inferior, y de éstos un elevado número pueden ser por neoplasias vesicales. No existe relación entre el grado de hematuria, el tamaño y el tiempo de evolución de un tumor vesical.

Un tumor papilar que distiende enormemente la vejiga puede causar hematuria leve; mientras que una pequeña afectación puede causar sangrado profuso y retención por coágulos. La litiasis vesical, cistitis, várices prostáticas y de la pared vesical, divertículos que contengan tumor y los cambios post-radiación en la pared de vejiga, pueden ocasionar hematuria. La hemorragia prostática, puede ser ocasionada por afecciones benignas, generalmente debidas a várices prostáticas sangrantes en la mayoría de los varones de más de 60 años.

El cólico renal en asociación con hematuria ma-

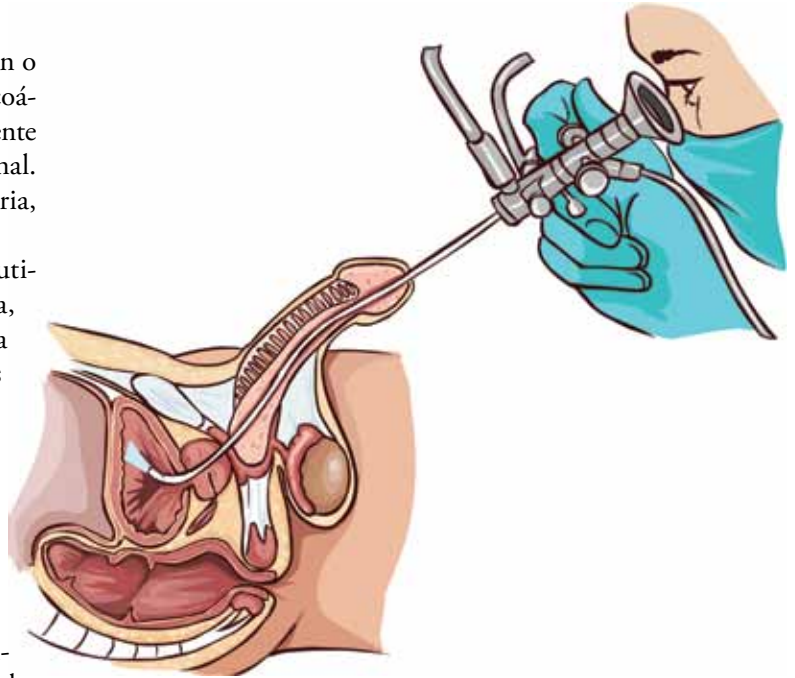
croscópica puede indicar que el origen sea riñón o uréter superior, si la hematuria está asociada a coágulos filiformes o en forma de gusanos es frecuente la presencia de neoplasias renales o de la pelvis renal. En ese sentido, todos los pacientes con hematuria, ameritan estudio urológico completo.

Además de los exámenes de laboratorio rutinarios (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, etc.), es indispensable la urografía excretora y cistoscopia, otros auxiliares de diagnóstico que pueden emplearse son el ultrasonido y la tomografía axial computada.

La sensibilidad para detectar tumores del tracto urinario con la combinación de urografía excretora, ultrasonido y cistoscopia es del 100%. Cabe mencionar, que la urotomografía axial computada multicorte (Uro-TAC), pudiera reemplazar a la urografía excretora convencional, pues es una modalidad eficaz para la valoración de pacientes con hematuria, así como para la vigilancia de patologías malignas uroteliales y cuando se sospechan anomalías en derivaciones urinarias.

Por cuanto hace al cáncer vesical, la literatura especializada refiere que se presenta entre los 50 y 79 años de edad en el 80% de los casos. Es tres o cuatro veces más frecuente en hombres. Existen factores de riesgo para su presentación, como la exposición crónica al tabaco, lo cual se relaciona hasta con 60% de los casos en ciudades industrializadas. La exposición ocupacional, que sucede particularmente en trabajadores de tinturas, pinturas comerciales, solventes y antioxidantes, usados en la manufactura del hule y otros químicos. La infección urinaria crónica está asociada al cáncer vesical, así como la presencia de cálculos o radiación. Ante la presencia de hematuria y síntomas irritativos urinarios, de manera particular en pacientes mayores de 40 años, la valoración debe ser completa.

En el presente caso, el 24 de marzo de 2011, el paciente asistió a Unidad de Medicina Familiar por presentar hematuria de 45 días de evolución que no cedía con tratamiento médico, por lo que fue referido al Servicio de Urología del hospital demandado para valoración especializada, según lo acreditó la hoja de referencia.



De igual forma, la solicitud de exámenes del Servicio de Urología, demuestra que el 28 de marzo de 2011, se indicaron estudios consistentes en ultrasonografía renal y vesical.

El 26 de mayo del mismo año, el paciente asistió al hospital demandado debido a hematuria de 3 meses de evolución que se agudizó con la presencia de coágulos en orina, retención urinaria, disuria, poliuria y dolor abdominal. En la exploración física se realizó tacto rectal, sin encontrar crecimiento ni tumoración alguna; asimismo, se refiere que el paciente contaba con estudios de laboratorio del 23 de mayo. En efecto, la ultrasonografía renal reportó alteración inflamatoria del parénquima renal y quiste simple de riñón derecho, así también examen general de orina que mostraba: proteínas 100 mg/dl, hemoglobina (+), células epiteliales 2 por campo, leucocitos 4 por campo, eritrocitos incontables, cristales urato amorfo, bacterias escasas. Antígeno prostático 0.32, glucosa 107, urea 39.1, creatinina 1.26, ácido úrico 7, colesterol 195, hemoglobina 15.2, hematocrito 45.4, plaquetas 170,000, leucocitos 8,600.

La hoja de Urgencias refiere que se interconsultó al Servicio de Urología, quien estimó que se trataba de cistitis agregada, y se recomendó tratamiento mediante antibióticos y se otorgó cita a Consulta Externa. Se estableció diagnóstico de cistitis aguda y hematuria



Foto: Archivo

en tratamiento, y se indicó: ranitidina, ciprofloxacino, bezofibrato, butilioscina, paracetamol; cita abierta a Urgencias, valoración y tratamiento en Urología.

Lo anterior acredita que el personal médico del demandado incurrió en mala práctica por negligencia al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que ameritaba el caso. El paciente presentaba hematuria crónica, por lo que era necesario realizar cistoscopia para identificar la causa y sitio del sangrado, pues el estudio de ultrasonografía renal no era concluyente. Sin embargo, durante el juicio arbitral, el hospital demandado ni siquiera acreditó que personal de Urología hubiera valorado al paciente, pues en el expediente clínico aportado para el estudio del caso no existen notas médicas de dicho servicio, con lo que se demuestra que el paciente fue estudiado y tratado de manera insuficiente.

Ahora bien, el 27 de mayo de 2011, asistió nuevamente a Urgencias del hospital demandado, en esta ocasión además de hematuria presentaba re-

tención aguda de orina, debido a lo cual se le instaló una sonda Foley. A las 18:10 h del mismo 27 de mayo fue ingresado al Servicio de Urgencias, la Hoja de dicha atención señala que presentaba hematuria, cefalea y dolor en extremidades inferiores de 3 meses de evolución. También se reportó sonda Foley funcional para el drenado de la hematuria, por lo que se solicitó interconsulta a Urología y se indicó el ingreso para observación, con lo que se estableció un diagnóstico de hematuria en estudio.

Por su parte, la nota de evolución del 27 de mayo a las 19:50 h, señaló que presentaba sensación de mareo y disuria permanente (tratada por Urología con fenazopiridina), que se encontraba afebril, consciente y orientado; se solicitaron exámenes de laboratorio no especificados e instalación de cistocistis, a la espera de los resultados para valorar una anemia debida al sangrado.

Pese a lo anterior, a las 21:35 h de ese día, el paciente fue dado de alta del Servicio de Urgencias con diagnóstico de hematuria resuelta e infección de vías urinarias. La nota de egreso señaló que fue dado de alta por mejoría con analgésico antiinflamatorio, sonda Foley e indicación de acudir a Consulta Externa de Urología.

Dicha atención, confirma la mala práctica por negligencia a cargo del personal médico del hospital demandado, pues está demostrado que el paciente fue estudiado y tratado de manera insuficiente. En la especie, durante la citada hospitalización, no fue estudiado de manera integral, y si bien es cierto que se solicitó interconsulta a Urología, también es cierto que no quedó demostrada tal atención, pues, en el expediente clínico no existen notas médicas de este Servicio.

Las pruebas aportadas en juicio acreditaron que el paciente presentaba un cuadro agudo caracterizado por hematuria macroscópica significativa de larga evolución, con retención aguda de orina y síntomas obstructivos e irritativos importantes, lo cual fue soslayado por el personal médico del demandado, quien adoptó una actitud contemplativa al egresarlo sin haberlo estudiado y tratado conforme a lo establecido por la *lex artis* médica.

Según refiere la literatura urológica, la presencia de hematuria macroscópica en pacientes de edad

avanzada (en el presente caso de 74 años de edad), puede corresponder hasta en 22% de los casos a neoplasias vesicales o neoplasias del tracto urinario superior, por ello, es necesario identificar la causa específica de la hematuria, situación que no ocurrió en este caso debido a la negligencia observada.

Fue demostrado que el personal médico no valoró debidamente la magnitud de la hematuria, pues la hoja de Urgencias del 26 de mayo de 2011 refiere hemoglobina de 15.2 g/dl y el día 27 del mismo mes y año se reporta hemoglobina de 12.1 g/dl, lo cual muestra descenso de más de 3 g/dl e indica que la hematuria era significativa, situación que no fue considerada por el personal médico.

Cabe mencionar que la falta de notas médicas en el expediente clínico aportado por el demandado, demuestra incumplimiento a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico.

Así las cosas, debido a la mal *praxis* del hospital demandado, el paciente justificadamente continuó su atención en el medio privado.

El expediente clínico del hospital particular, acredita que fue hospitalizado el 1° de junio de 2011. La hoja de registro de intervención quirúrgica, señaló diagnóstico preoperatorio de hipertrofia benigna prostática más hematuria en estudio.

En efecto, en dicho nosocomio, se realizó cistoscopia, mediante la cual se detectó un tumor vesical que fue reseado. Asimismo, se efectuó resección de próstata, según lo refiere la citada hoja de registro de intervención quirúrgica.

El estudio histopatológico reportó diagnósticos de: resección transuretral vesical con carcinoma papilar superficial de células transicionales grado II. Resección transuretral de glándula prostática con hipertrofia fibromuscular.

Cabe mencionar, que para el análisis integral del caso se incluyó la atención brindada por otros facultativos distintos al demandado; sin embargo, no se realizan pronunciamientos al respecto, pues no formó parte de la controversia planteada.

APRECIACIONES FINALES

En términos de lo alegado y probado por las partes durante el juicio arbitral, quedó demostrado que el

personal médico del hospital demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, al no estudiar ni tratar suficientemente al paciente.

Los pacientes con hematuria tanto microscópica como macroscópica siempre deben ser estudiados para identificar la etiología.

RECOMENDACIONES

La hematuria macroscópica es una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias, y su manejo inicial y enfoque diagnóstico es fundamental para el tratamiento y evolución.

Dado que la hematuria puede ser intermitente, incluso un solo episodio debe considerarse significativo y debe efectuarse una evaluación completa.

El personal de salud debe reconocer la importancia que tiene la integración del expediente clínico, tanto para el proceso de atención, como para acreditar su actuación en términos de los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio profesional.

En la actualidad se encuentra vigente la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Bruynincks R, Buntinx F, Aertgeerts B, Van Casteren V. The diagnostic value of macroscopic haematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. *Br J Gen Pract.* 2003;53:31-5.
- Carlton EC. Initial evaluation. Including history, physical examination and urinalysis. In *Campbell's Urology*. Four Edition. Ed. W.B. Saunders Co.; 2000. Vol. 1. P. 203-221.
- Hoffland CA, Mariani AJ. Is cytology required for a hematuria evaluation? *J Urol.* 2004;171(1):324-6
- Khadra MH, et al. A prospective analysis of 1 930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol.* 2000;163(2):524-7.
- Martínez C, Martínez J, Carballido Rodríguez J. Protocolo diagnóstico de la hematuria macroscópica. *Medicine.* 2011;10(83):5648-51.
- Sudakoff GS, et al. Multidetector computerized tomography urography as the primary imaging modality for detecting urinary tract neoplasms in patients in patients with asymptomatic hematuria. *J Urol.* 2008;179(3):862-7.
- Summerton N, Mann S, Rigby AS, Ashley J, Palmer s, Hetherington JW. Patients with new onset haematuria: assessing the discriminant value of clinical information in relation to urological malignancies. *Br J Gen Pract.* 2002;52:284-9.
- Wallace MA. Superficial bladder cancer. In *Comprehensive Urology*. Ed. Mosby; 2001. Section 5 Urologic Oncology Chapter 25. p. 363-372.