

Responsabilidad profesional

Caso del Departamento de Arbitraje, CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹

¹Departamento de Arbitraje CONAMED

Motivo de la queja

La paciente presentó traumatismo en cráneo y tórax al caer de una escalera de dos metros, perdiendo el conocimiento durante 3 minutos. Fue llevada al hospital, en donde siete horas después del ingreso, informaron a los familiares que sólo tenía golpes contusos y una cortada en la cabeza, la cual se había suturado; sin embargo debía permanecer en observación.

Durante la hospitalización, la enferma permaneció en una camilla de escasos centímetros de ancho y se quejaba de dolor en el tórax. Al segundo día presentó intolerancia a la luz, así como tendencia a permanecer dormida; sin embargo los médicos comentaron que esa sintomatología era normal por el golpe que recibió. En la queja se señala que el estado de la enferma era deplorable, con evolución hacia el deterioro; asimismo las condiciones de higiene eran inadecuadas, pues no le habían limpiado la tierra del cuerpo y sólo después de mucha insistencia cambiaron las sábanas. Además existió discrepancia en relación al internamiento de la paciente en piso, el cual no se llevó a cabo, el médico informó que sería trasladada a otro hospital para realizarle estudios, pero por ser fin de semana, esto se efectuaría hasta el lunes; por tal situación, los familiares solicitaron el alta voluntaria y la paciente fue trasladada a hospital privado, ahí le efectuaron estudios y se diagnosticó traumatismo craneoencefálico severo, hemorragia frontoparietal, edema cerebral, derrame pleural y fractura de cuatro costillas; la enferma ingresó a terapia intensiva, posteriormente pasó a hospitalización y egresó del hospital.

La quejosa solicitó:

- Informe detallado de la atención proporcionada
- Determinar si existió negligencia médica

Resumen clínico

Primer día. Paciente femenino de 55 años de edad, ingresó al servicio de urgencias de un hospital público; la nota de ingreso señala: presentó caída de 2 metros de altura, cinco horas antes del ingreso. A la exploración física se encontró: paciente alerta, bien orientada, sin datos neurológicos, herida en cuero cabelludo. Se indicó reposo en decúbito

dorsal, signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería, vigilar estado de conciencia, solución mixta 1,000 mL para 12 hrs, ranitidina, metoclopramida, metamizol y se solicitaron radiografías de cráneo, tórax y lateral de cuello. El diagnóstico fue de traumatismo craneoencefálico, se indicó pasar a medicina interna.

A las 6 horas posteriores al ingreso, se refiere que la paciente estaba neurológicamente estable, con persistencia de cefalea y tensión arterial elevada. Se indicó difenilhidantoína, diclofenaco y dicloxacilina. Ese mismo día se reportó herida en cuero cabelludo, suturada y radiografías sin lesión ósea.

Segundo día. Nota de las 8: 55 horas consigna: paciente reactiva, con sensación de mareo, cefalea moderada. No hay lesión evidente en tórax y abdomen; tensión arterial 150/110. El laboratorio reportó: leucocitos 14,100; glucosa 202. Se agregó difenidol al manejo y se efectuó curación de herida en cuero cabelludo.

A las 10:30 horas, se reportó paciente despierta, orientada, sin datos de focalización, con vértigo postural y fotofobia, Glasgow de 13 puntos, por lo que se solicitó nuevamente ingreso a medicina interna.

Según la nota de las 21:10 horas, la paciente se encontraba en sueño fisiológico, sin datos neurológicos, tensión arterial 160/100, se menciona que se reinició manejo antihipertensivo.

Tercer día. A las 7:20 horas, se señala: paciente somnolienta, orientada, cooperadora, con cefalea global; presión arterial diastólica 80 mmHg. Pendiente realización de Tomografía Axial Computarizada (TAC). A las 17:15 horas, la nota refiere: pendiente la tomografía de cráneo, por ello los familiares solicitaron el alta voluntaria.

Cuarto día. La paciente fue trasladada a un hospital privado, en donde a su ingreso se integró el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico de 48 horas de evolución. A la exploración física se encontró: paciente somnolienta, con desorientación en tiempo y espacio, bradipsiquia leve, nervios craneales normales; hemiparesia izquierda de 10-15%, con reflejos exaltados, sin Babinski, ni Hoffman, rigidez de nuca por contracción muscular; Glasgow 13; herida de cuero cabelludo suturada; equimosis en maxilar inferior derecho y región submentoniana. Se indicó su ingreso al servicio de terapia intensiva. Se solicitó valoración por neurocirugía. Radiografía de cráneo, columna cervical, tórax y TAC de cráneo.

Se reportó radiografía de cráneo sin evidencia de fractura; radiografía de columna cervical con espondilosis cervical C5-C6 y radiografía de tórax con fractura de la tercera a la séptima costillas del lado izquierdo. La TAC mostró imagen hipodensa, difusa, frontal y temporal derecha, compatible con hematomas parenquimatosos; halo hipodenso compatible con edema perilesional; borramiento de circunvoluciones y parcialmente de cisternas ipsilaterales; colapso ventricular ipsilateral con desplazamiento de estructuras de línea media.

Posteriormente, integraron los diagnósticos siguientes: politraumatizada, traumatismo craneoencefálico severo grado III, hemorragia intraparenquimatosas fronto-temporal derecha, contusiones parenquimatosas frontal y temporal derechas, edema cerebral severo, contusión en maxilar inferior, herida suturada en región temporo-occipital derecha y fractura de parrilla costal izquierda de la tercera a la séptima costillas.

Se estableció terapéutica mediante soluciones parenterales, anticonvulsivos, diuréticos, nebulizador con oxígeno, protectores de la mucosa gástrica, antivertiginosos y collarín Filadelfia.

Quinto día. Se reportó con tendencia a la somnolencia y signos vitales normales.

Sexto día. La reportaron neurológicamente estable, con tensión arterial 160/100, por lo que se inició manejo con antihipertensivos sublinguales; la paciente refirió dolor en cuello y espalda. En radiografía de control se identificó neumotórax izquierdo del 37%, se colocó pleurokyt, con lo que se obtuvo mejoría, según control radiológico. Se estimó que podía continuar el manejo en hospitalización, por lo que egresó de terapia intensiva.

Séptimo día. Señalan resolución parcial del neumotórax; TA 145/90; pleurokyt con función adecuada.

Octavo y noveno días. La paciente se mantuvo estable.

Décimo día. La paciente fue dada de alta con resolución total del neumotórax y se indicó difenilhidantoina, diurético, antiinflamatorio, reposo relativo y cita en una semana.

Análisis del caso

El asunto pericial estriba en establecer:

Si existió mala práctica en la atención proporcionada a la paciente en el hospital público.

En los pacientes politraumatizados, deben establecerse las prioridades de tratamiento según las lesiones, la estabilidad hemodinámica, los signos vitales y el mecanismo del accidente traumático.

Durante la evaluación primaria, se deben identificar las condiciones que amenazan la vida aérea (ventilación), control de la columna cervical; mantener una adecuada circulación, control de hemorragia e identificar el déficit neurológico.

En la evaluación secundaria, debe efectuarse un minucioso examen del paciente, que incluya signos vitales, examen

de todo el cuerpo a fin de identificar lesiones que pongan en peligro la vida, examen neurológico y efectuar radiografías de cráneo, columna cervical y tórax

En la atención definitiva, deben tratarse todas las lesiones y condiciones del enfermo; esta etapa, incluye reducción de fracturas, intervenciones quirúrgicas necesarias, estabilización de constantes y evaluación de la necesidad de traslado a otra unidad de mayor poder resolutivo.

Refiere la bibliografía especializada que las radiografías de cráneo, tienen poco valor en el manejo temprano de los pacientes con lesión craneoencefálica, (excepto lesiones penetrantes); pues generalmente es más útil el examen clínico; sin embargo, recomienda efectuarlas en cuanto sea posible.

Generalmente, los enfermos que presentan trauma craneoencefálico, requerirán en un momento dado tomografía axial computada (TAC); entre más seria es la lesión, mayor urgencia y prontitud hay en realizar el estudio.

En este caso, la paciente presentó traumatismo craneoencefálico y torácico posterior a una caída; por ello, fue trasladada en ambulancia al hospital, donde se reportó herida en cuero cabelludo, la cual fue suturada; sin embargo, en el expediente no existe nota que describa el tamaño de la lesión y el procedimiento empleado.

Durante el internamiento, se solicitaron radiografías de cráneo, lateral de cuello y de tórax; empero, no existe evidencia de que se hayan efectuado, pues sólo aparece nota del servicio de ortopedia y traumatología, que dice estudio radiográfico sin lesión ósea.

Se indicó internamiento en medicina interna, mismo, que no se efectuó, ni se ofrece.

La evaluación neurológica es cardinal en pacientes politraumatizados, como en este caso; la enferma debió tener valoración y seguimiento de neurología, debiéndose practicar además del examen clínico, estudios de laboratorio y gabinete, como son: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, gases sanguíneos arteriales, radiografías de cráneo, columna cervical, tórax y tomografía axial computada de cráneo. En este caso, la enferma no fue valorada por neurocirugía y no se realizó el control por laboratorio que el caso ameritaba.

Conforme a las notas del expediente clínico, en el servicio de urgencias se otorgó tratamiento para el dolor, vértigo, así como protectores de la mucosa gástrica y difenilhidantoina; empero, no se solicitó valoración por neurología. Se indicó tomografía axial computada de cráneo, la cual tampoco se realizó.

Cabe señalar, que no se identificaron las fracturas costales, por haberse omitido un estudio clínico integral, por parte del servicio de ortopedia y traumatología.

Por lo antes expuesto se hace la precisión pericial siguiente:

El personal médico del hospital público, incumplió con las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento; pues en

el servicio de urgencias se estudió insuficientemente a la enferma. En igual sentido, el servicio de ortopedia y traumatología no estudió integralmente a la enferma pues ni siquiera identificó las fracturas costales.

En la atención médica proporcionada a la paciente en hospital privado, encontraron hemorragia intraparenquimatosa fronto-temporal derecha; contusiones parenquimatosas frontal y temporal derechas; edema cerebral; contusión en maxilar inferior; fractura de parrilla costal izquierda de la tercera a la séptima costilla y neumotórax. Lo anterior corrobora que los médicos del hospital público, estudiaron insuficientemente a la enfermera y no se otorgó el tratamiento que requería.

Por otra parte, no se observaron elementos de mala práctica en la atención proporcionada en el hospital privado, pues se realizaron los estudios necesarios y se otorgó el manejo terapéutico que resolvió el problema de salud de la paciente.

Merced a lo anterior, se puede establecer que el alta voluntaria fue plenamente justificada, pues la familia observó la falta de atención en perjuicio de la paciente.

Conclusiones

En este caso, se observaron elementos de mala práctica atribuibles al personal médico del hospital público, pues incumplió con las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Se soslayó la práctica de estudios de laboratorio y gabinete y hubo diferimiento injustificado para la realización de tomografía axial computada de cráneo, pues se trataba de paciente politraumatizada, con traumatismo craneoencefálico, siendo necesaria su realización, en términos de la ex *lex artis* médica.

No se observaron elementos de mala práctica, en la atención proporcionada a la paciente en el hospital privado.

La familia optó justificadamente por la atención en el hospital privado, pues se percató de la falta de acuciosidad en el manejo médico del hospital público.

Referencias

1. Flannery Ann Mary, Head Trauma en Current Therapy in Critical Care por Parrillo JE, Mosby, St Lois Missouri, third edition, 1997: 301-5.
2. Ramos GA. Trauma craneoencefálico en Manual de urgencias médico-quirúrgicas por Guzmán CC y Robles GJ, Mc. Graw-Hill-Interamericana, México, 1998: 437-41.
3. Cruz J. Severe Acute Brain Trauma en Neurologic and Neurosurgical Emergencies por Cruz J Saunders, Philadelphia Penn, 1998: 405-36.
4. Marion DW, Siegel TP. Changes in the management of severe traumatic brain injury: 1991-1997. Crit Care Med 2000; 28: 16-25.
5. Kamik AM. Neumotorax en Current Therapy in Critical Care Medicine por Parrillo JE, Third edition Mosby, St Lois Missouri, 1997: 227-34.