

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **47**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2004**

Artículo:

Caso CONAMED

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

Arbitraje Médico, CONAMED

Síntesis de la queja

Deficiente aplicación de bloqueo del plexo braquial que ocasionó perforación de arteria subclavia, derrame pleural y colapso pulmonar izquierdo.

Resumen clínico

Expediente clínico primer hospital.

14 de mayo de 2003, 10:40 horas: Masculino de 39 años, refiere caída de su propia altura golpeándose muñeca izquierda; cuatro horas de evolución, presenta dolor y limitación de movimientos; consciente, orientado, cardiorrespiratorio sin compromiso; refiere dolor a nivel de muñeca izquierda, se observa deformidad, resto dentro de límites normales. Se sospecha fractura de radio. Se solicita radiografía anteroposterior y lateral de muñeca izquierda. Indicaciones: ayuno, solución glucosada, electrocardiograma, radiografía de tórax, interconsulta a traumatología y ortopedia, cuidados generales, signos vitales.

Ortopedia: Requiere procedimiento quirúrgico. **17:00 horas, hoja de operaciones:** Diagnóstico preoperatorio: fractura de cabeza cúbito izquierdo. Operación proyectada: reducción cerrada. Descripción: Bajo bloqueo de plexo braquial, se realiza reducción cerrada de cabeza de cúbito izquierdo con maniobras de tracción hasta tratar de recuperar su anatomía; se coloca férula. Pasa a recuperación en buenas condiciones generales.

17:20 horas, nota posquirúrgica: Diagnóstico prequirúrgico: fractura de cúbito izquierdo. Diagnóstico posquirúrgico: reducción de fractura de cúbito izquierdo. Bajo bloqueo de plexo braquial se realiza reducción, se coloca férula en pinza de azúcar. **17:45 horas:** Pasa a urgencias para recuperación, se valorará su egreso. Indicaciones: antiinflamatorios, analgésicos y cita a consulta externa en tres semanas con radiografía.

15 de mayo de 2003, receta médica: Refiere dolor en región torácica y dificultad para respirar, se indica metilprednisolona un ampulla intramuscular dosis única; diclofenaco tabletas 100 mg vía oral cada 12 horas.

8 de junio de 2003, nota de evolución: Paciente con hemoneumotórax iatrogénico (sic), posterior al bloqueo braquial para la resolución quirúrgica de fractura de cúbito iz-

quierdo; se reportó con dolor y fue dado de alta. En su domicilio el 15 de mayo de 2003, presentó desmayo y fue llevado a otro nosocomio donde detectaron hemotórax y por punción extrajeron dos litros de sangre. Acude con tos seca y odinofagia. Manejo: se solicita radiografía simple de tórax; cultivo de secreción faríngea y antibiograma. Indicaciones: benzonatato, omeprazol y difenidol.

29 de junio de 2003, nota de evolución: Acude para control de hemotórax traumático iatrogénico (sic) con buena evolución; continúa seguimiento por el servicio, se valorará en julio con radiografía de control. Movilización con evolución satisfactoria. Indicaciones: diclofenaco y omeprazol. **2 de julio de 2003:** Ocho semanas de evolución de fractura; se retira yeso y se envía a terapia física. **6 de agosto de 2003:** Rehabilitación, se indican doce sesiones.

13 de septiembre de 2003, medicina interna: Presión arterial 140/80, frecuencia respiratoria 19 por minuto; campos pulmonares con parámetros normales, ritmos cardíacos rítmicos, abdomen sin alteraciones. La secuela va mejorando, hasta el momento no existe compromiso respiratorio, se solicita radiografía de tórax y exámenes de control.

17 de octubre de 2003, nota de evolución: Acude para control radiográfico de tórax: campos pulmonares hiperventilados; espacios intercostales aumentados; hemidiafragma izquierdo elevado considerando el derecho; fibrosis basal izquierda; aire en hemitórax izquierdo, incluye tórax y cavidad abdominal (condensación basal izquierda). Área cardíaca con parámetros normales; se valorará revisión por neumología. Astemizol y omeprazol. **14 de diciembre de 2003, nota de evolución:** Asiste a control de fractura cubital izquierda. Se solicita radiografía.

3 de enero de 2004, nota de evolución: Asintomático, dolor ocasional con cambios de temperatura; auscultación en parámetros normales. Nueva radiografía muestra engrosamiento pleural en base pulmonar izquierda. Se informa al paciente y se indican ejercicios respiratorios. Control con su médico familiar.

Informe médico segundo hospital: El paciente fue atendido el 15 de mayo de 2003, por hemoneumotórax secundario a punción pleural, pasándose a quirófano para colocación de sello de agua, obteniéndose 900 mL de sangre. Estuvo internado a cargo de cirugía general, siendo valorado por neumología con seguimiento hasta el 23 de mayo de 2003. Durante su estancia presentó derrame pleural que se infectó, se detec-

tó empiema basal izquierdo, siendo manejado mediante antibióticos de amplio espectro, con respuesta satisfactoria. La última consulta con neumología fue el 16 de julio de 2003, en la cual presentó empiema enquistado manejado con rifampicina, quedando con paquipleuritis residual.

Análisis del caso

Con el objeto de caracterizar la patología del caso, es necesario hacer las siguientes precisiones:

El objetivo fundamental en el tratamiento de las fracturas, es restaurar la longitud, alineación y forma primitiva del hueso; incluye tres principios fundamentales: reducción e inmovilización de los fragmentos óseos e inmovilización de las articulaciones involucradas. Uno de los métodos para reducir e inmovilizar las fracturas, es la reducción manual e inmovilización con vendaje enyesado. En el caso de la inmovilización, a veces debido a las condiciones locales de las fracturas, pueden emplearse vendajes temporales o provisionales (férulas), pero el tratamiento definitivo que mantiene en su sitio la reducción, es el molde enyesado cuidadosamente moldeado. Así mismo, la literatura especializada refiere, que cuando se efectúa reducción cerrada debe emplearse algún método anestésico (bloqueo regional o anestesia general).

En ese sentido, es necesario recordar algunos aspectos relacionados con el bloqueo del plexo braquial, pues dicho plexo se forma principalmente por las ramas primarias anteriores de los nervios espinales C5, 6, 7, 8 y T1; desde la columna vertebral se dirige entre la clavícula y la primera costilla al miembro superior; en la axila se divide en cuatro ramas terminales principales: los nervios mediano, radial, cubital y musculocutáneo. El plexo braquial discurre en el cuello, entre los músculos escaleno anterior y medio; la vaina perivascular que lo contiene, se puede alcanzar a la altura de la sexta vértebra cervical, es decir, al mismo nivel que el cartílago cricoides; en este lugar, se encuentra a cierta distancia la subclavia y el vértice pleural.

El plexo se puede bloquear mediante anestésico local en cualquier punto de su recorrido, desde el cuello hasta la axila. Las tres vías de abordaje más comunes son: interescalénica, supraclavicular y axilar. El tejido conjuntivo que rodea al plexo, forma un tubo y la vaina perivascular contiene los nervios de los principales vasos sanguíneos del miembro superior. El anestésico local puede extenderse hacia arriba y hacia abajo dentro de la vaina, con independencia del punto de inserción de la aguja. Según reporta la literatura especializada, la elección entre las tres vías depende de cada paciente y del tipo de cirugía a realizar. En ocasiones, se requieren grandes dosis de anestésico local, por ello, es aceptable emplear medicamentos de baja toxicidad como prilocaína o mepivacaína.

Entre las complicaciones posibles del bloqueo braquial se encuentran: reacciones al medicamento anestésico emplea-

do así como punción pleural, que debe tenerse presente al aplicarse dicho bloqueo; su diagnóstico se establece mediante radiografía de tórax y el tratamiento depende de la cantidad de aire dentro de la cavidad pleural, así como de la función respiratoria del paciente. Así mismo, debido a la disposición anatómica de la arteria subclavia, puede presentarse hemotórax, además de neumotórax, el cual según refiere la literatura, ocurre en 0.5% a 6% de los casos.

Por lo anterior, para que la atención se brinde con razonable seguridad, es necesario mantener al paciente en observación en las horas siguientes al procedimiento (la literatura recomienda 24 horas), pues la sintomatología no es inmediata, la disnea y el dolor torácico por colapso pulmonar o acumulación de sangre en el espacio pleural, generalmente aparecen después de doce horas de realizado el bloqueo. Ante la presencia de la citada sintomatología, está indicado efectuar radiografía de tórax. La literatura describe ampliamente las complicaciones del hemotórax, entre ellas: empiema, paquipleuritis y restricción pulmonar; merced a ello, cuando se sospechan debe evaluarse integralmente al paciente.

En el presente caso, el 14 de mayo de 2003, el paciente ingresó al Servicio de Urgencias del hospital demandado refiriendo caída de su propia altura con traumatismo en muñeca izquierda, existiendo dolor, deformidad y limitación de movimientos, por ello se efectuaron radiografías y se solicitó interconsulta al Servicio de Ortopedia.

En esos términos, no se observan irregularidades por parte del personal médico que lo atendió en el citado servicio, pues ante la patología que presentaba (traumatismo en muñeca izquierda), estaba indicada la realización de estudios radiográficos, así como solicitud de interconsulta con el especialista, lo cual fue realizado.

Según se refiere en la nota posquirúrgica del Servicio de Ortopedia, ese mismo día bajo bloqueo del plexo braquial, se efectuó manipulación cerrada de fractura de cabeza del cúbito izquierdo, colocándose férula en pinza de azúcar. Así mismo, del expediente clínico se desprende, que el paciente fue egresado el mismo día con antiinflamatorio, analgésico, y cita en tres semanas con radiografía de control.

Sobre el particular, es necesario señalar, que atendiendo a la literatura especializada, es aceptado que la reducción de una fractura se realice mediante anestesia regional; es decir, en el presente caso, no se observan irregularidades por cuanto hace a la decisión de aplicar en el paciente bloqueo del plexo braquial, para que se efectuara reducción de la fractura que presentaba. Así lo establece la literatura universalmente aceptada.

Ahora bien, el personal de anestesiología no atendió sus obligaciones de diligencia; en efecto, en el expediente clínico no existe nota preanestésica, hoja de registro anestésico, ni nota postanestésica; ello contraviene lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM 170 SSA-1998 para la prácti-

ca de la anestesiología, la cual establece los lineamientos para el cuidado preanestésico, transanestésico y posanestésico, así como el debido registro en el expediente clínico.

Así mismo, quedó demostrado que el paciente presentó hemo neumotórax, complicación que, si bien es riesgo inherente al procedimiento, no fue diagnosticada ni tratada por el personal médico del hospital demandado; en la especie, el enfermo al día siguiente del procedimiento quirúrgico, regresó a dicho hospital por dolor en región torácica y dificultad para respirar, indicándole esteroides y antiinflamatorios; es decir, el personal médico que lo atendió fue omiso al no explorarlo físicamente ni efectuar estudios auxiliares para detectar complicaciones. En esos términos, el personal médico que atendió al enfermo, incurrió en mora, por negligencia en la atención, pues es evidente que el paciente no recibió atención oportuna ni de calidad para corregir el efecto adverso que presentaba, el padecimiento debió ser diagnosticado y tratado en otra unidad hospitalaria. Ello se califica de mal praxis, por negligencia, observada por el personal médico del hospital demandado.

Al respecto, el informe médico del segundo hospital, es concluyente al señalar, que el enfermo presentaba hemo neumotórax secundario a punción pleural, por ello fue hospitalizado, siendo necesario colocar sello de agua. Así mismo, el citado informe acredita que durante el internamiento, el enfermo presentó derrame pleural y empiema basal izquierdo, siendo manejado mediante antibióticos, presentando paquipleuritis residual.

Apreciaciones finales

- El personal médico que brindó la atención inicial al paciente, cumplió con sus obligaciones de medios, pues estaba indicada la realización de estudios radiográficos, así como solicitud de interconsulta con el especialista, lo cual fue realizado.
- Atendiendo a la literatura especializada, es aceptado que la reducción de una fractura se realice mediante anestesia regional, por ello no se observan irregularidades por cuanto hace a la decisión de aplicar bloqueo del plexo braquial.
- El paciente fue egresado el mismo día que se efectuó el procedimiento quirúrgico, regresando al día siguiente con sintomatología sugestiva de complicaciones, concretándose

se el facultativo que lo atendió a prescribir medicamentos; es decir, mostró actitud contemplativa, pues ante el cuadro clínico que presentaba era necesaria su valoración integral.

- La presencia de hemo neumotórax en el paciente no constituye mala práctica, pues la literatura universalmente aceptada considera que se trata de riesgo inherente al procedimiento; la mal praxis en que incurrió el personal médico del hospital demandado, estriba en no haber detectado ni tratado la multicitada complicación, ocasionando así la necesidad de que el enfermo recibiera atención en otra unidad hospitalaria.
- El personal de anestesiología no atendió sus obligaciones de diligencia, es decir, no elaboró nota preanestésica, hoja de registro anestésico, ni nota posanestésica; de igual forma, según quedó demostrado, el paciente presentó hemo neumotórax secundario al procedimiento anestésico, el cual no fue diagnosticado ni tratado, contraviniendo así lo establecido en la lex artis especializada.

Referencias

1. Baranca A, Myrna H. Unconsciousness and apnea complicating paraescalene brachial plexus block: Possible subarachnoid block. *Anesthesiology* 1992; 77(5): 1046-1047.
2. Crenshaw AH. Campbells operative orthopaedic 8Th Ed. Tomo II, Capítulo 22, Principios generales en el tratamiento de las fracturas. Mosby Year Book 1992: 679-736.
3. Creschaw AH. Campbells operative orthopaedic 8Th. Ed. Tomo II, Capítulo 25, Fracturas de la cintura escapular, brazo y antebrazo, Mosby Year Book 1992: 931-991.
4. Dee R. Principles of orthopaedic practice, international Ed. Chapter 24, Fractures and dislocations of the hand and wrist. The McGraw-Hill, 1997: 429-442.
5. Jenkner FL. Peripheral nerve block, pharmacologic by local anesthesia, brachial plexus block, Springer-Verlag New York, 1977: 34-38.
6. Orkin FK. Complications in anesthesiology, complications of diagnostic and therapeutic nerve blocks, J.B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto. 1983; 6: 106-116.
7. Watson J. Fracturas y heridas articulares, reducción e inmovilización de las fracturas, Tomo I. capítulo 12, 257-282. 3a Ed. J.N. Wilson. Salvat, 1982.
8. Bruce S. Técnicas de anestesia regional. Editorial Panamericana, Madrid, 1995.
9. Molina DE. Sensibilidad de la auscultación pulmonar en el traumatismo torácico. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*. Artículo No 577. 2003; 3(3).

