

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹

¹ Arbitraje Médico, CONAMED

Síntesis de la queja

Los familiares manifestaron que el paciente fue valorado en el hospital donde se diagnosticó fractura incompleta de cadera derecha y fue dado de alta. Despues de varios días la pierna estaba morada, por ello nuevamente asistió al hospital donde lo valoró el ortopedista, quien informó que no tenía nada y lo egresó. Posteriormente decidieron colocarle prótesis en la cadera, se programó la cirugía y se difirió en dos ocasiones. Finalmente el paciente fue operado y falleció al día siguiente debido a negligencia médica.

Resumen clínico

6 de septiembre de 2007, Hoja de Urgencias: Masculino de 57 años de edad, peso de 72 kg, talla 1.72 metros. Refiere dolor de cadera derecha de dos días de evolución, secundario a trauma indirecto de tres meses de evolución. Se realizó radiografía y tomografía. Diagnóstico: fractura de cadera derecha. Exploración física: dolor y funcionalidad disminuida. Valoración por ortopedia. *Reporte, tomografía computarizada:* Fractura incompleta en topografía del trocánter mayor. En los cortes obtenidos no se aprecia separación de los fragmentos óseos y la línea de fractura apenas es visible. *18:00 horas, Urgencias:* Caída hace tres meses, esguince de tobillo derecho más traumatismo cadera derecha. Se realizaron estudios de imagen. Conclusión: fractura transcervical incompleta. Consciente, tranquilo, signos vitales en parámetros normales. Dolor leve, incapacidad funcional; no compromiso vascular en miembro pélvico. Ingresa a ortopedia. Analgésicos intravenosos por razón necesaria. *21:20 horas, Urgencias:* Manejo establecido, se espera ingreso correspondiente.

7 de septiembre de 2007, 4:00 horas, Nota de ingreso a piso, cirugía: Consciente, tranquilo, dolor en miembro pélvico derecho; ingresa para valoración por Ortopedia; ayuno. *9:50 horas, Ortopedia:* En la exploración física dolor en miembro pélvico derecho, limitación de movimiento. Se indica reposo absoluto y cita a la consulta externa de Ortopedia en tres semanas. *10:00 horas, Nota*

de egreso: Se confirma egreso del paciente pues sólo necesita manejo conservador. *Hoja de egreso hospitalario:* Ingresó por fractura de cadera derecha, fue valorado por Ortopedia, quien indicó tratamiento conservador mediante reposo absoluto y antiinflamatorios. Cita para consulta externa de ortopedia en tres semanas; cita abierta a Urgencias.

30 de septiembre de 2007, 11:30 horas, Ortopedia: Se solicita radiografía. *13:30 horas, Ortopedia:* Acude a control por fractura cervical (base) de fémur derecho (cadera derecha) manejada conservadoramente. Actualmente la radiografía muestra fractura no consolidada, pseudoartrosis. Amerita artroplastia total de cadera, ingresa a piso. *14:00 horas, Hoja de indicaciones médicas:* Dieta normal; signos vitales por turno, cuidados generales de enfermería; una ampolla de ketorolaco cada 8 horas, en caso de dolor; laboratorio prequirúrgico. *15:30 horas, Hoja de ingreso, urgencias:* Ingresa por indicación de Ortopedia para valoración de evolución de fractura cervical del fémur derecho, fue manejado en forma conservadora. Sin antecedentes de enfermedades cronicodegenerativas. Ha estado en reposo desde el 10 de septiembre de 2007, cuando fue dado de alta de este Servicio para valorar su evolución hasta el día de hoy. Impresión diagnóstica: fractura cuello fémur derecho. Plan: protocolo prequirúrgico, se piden laboratorios. Pronóstico: bueno.

Resultados de laboratorio: Plaquetas 209,000; grupo sanguíneo «B», Rh positivo, muestra para tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina coagulada. Glucosa 87, urea 46.7, nitrógeno ureico 21.8, creatinina 1.0, sodio 14, potasio 4.9, cloro 106, leucocitos 8,030, linfocitos 30, monocitos 2.0, neutrófilos 66, eosinófilos 2.0, bandas 2.0, segmentados 64.0, eritrocitos 3.2, hemoglobina 8.9, hematocrito 28.0. *22:00 horas, Evolución urgencias:* Consciente, tranquilo, cooperador, sin alteraciones cardiorrespiratorias aparentes; abdomen blando, depresible, peristalsis presente; extremidades simétricas, pulsos periféricos presentes; no acroclanosis; no edema; por ahora continúa con plan establecido; se agrega heparina de bajo peso molecular como profilaxis para tromboembolia pulmonar, ingresa a piso de Traumatología y Ortopedia.

Hoja de indicaciones médicas: Enoxaparina subcutánea 40 mg cada 24 horas.

1º de octubre de 2007, 1:30 horas, Nota de ingreso a piso, Cirugía: Dificultad a la movilización del miembro afectado. Diagnóstico: fractura de cuello de fémur derecho (pseudoartrosis). Plan: ingresa para protocolo prequirúrgico. Pronóstico: bueno. *7:00 horas, Hoja de indicaciones médicas:* Dieta normal, signos vitales, cuidados generales de enfermería; una ampolla de ketorolaco intravenosa cada 8 horas (en caso de dolor). Enoxaparina subcutánea 40 mg cada 24 horas, solicitar laboratorio prequirúrgico. *13:00 horas, Nota de evolución:* Tranquilo, neurológico íntegro, respiratorio sin compromiso cardíaco en parámetros normales, abdomen blando, depresible, uresis y excretas en parámetros normales. Temperatura 36 °C, frecuencia respiratoria 20 por minuto, frecuencia cardíaca 74 por minuto, tensión arterial 110/80. En espera de programación para cirugía, se solicita interconsulta a Medicina Interna.

3 de octubre de 2007, 8:30 horas: En espera de valoración del médico tratante, mismo manejo. *4 de octubre de 2007, 10:40 horas, Medicina Interna:* En espera de fecha de programación y valoración prequirúrgica. Niega diabetes mellitus e hipertensión arterial. No deambula por padecimiento actual. No existen datos que sugieran falla ventricular; no edema. Exploración física: sin compromiso cardiopulmonar. Laboratorio: anemia (8.9 gramos de hemoglobina). Resto aceptable. Radiografía de tórax y electrocardiograma en parámetros normales. Riesgo grado II de Goldman. Se sugiere monitoreo continuo, no sobrecargar líquidos, dar buena oxigenación, vigilar en forma estrecha y dar terapia antitrombótica con heparina de bajo peso molecular. *5 de octubre de 2007, Hoja de egreso hospitalario, Ortopedia:* Se programó cirugía para el 12 de octubre de 2007. Cita a urgencias ante cualquier eventualidad. Ciprofloxacino 500 mg, dos tabletas cada 12 horas.

11 de octubre de 2007, 18:00 horas, Nota de ingreso a piso: Orientado, dolor en miembro pélvico derecho. Impresión diagnóstica: fractura de cuello de fémur. *Resultados de estudios de laboratorio:* Tiempo de protrombina 16.1, tiempo de tromboplastina parcial 36.6, glucosa 96.0; urea 47.5; nitrógeno ureico 22.2, creatinina 1.1, leucocitos 8.900, linfocitos 45.0, monocitos 5, eosinófilos 2.0, bandas 3.0, segmentados 45.0, neutrófilos 4.27, eritrocitos 3.06, hemoglobina 8.8, hematocrito 27.2, plaquetas 163,400. *12 de octubre de 2007, Anestesiología:* Clínicamente conjuntivas pálidas, concuerda con el laboratorio que muestra 8.8 de hemoglobina y 27 de hematocrito. Se difiere la cirugía hasta mejorar condiciones. Se solicitan dos unidades y transfundir. *13 de octubre de 2007, 10:00 horas, Nota de evolución:* Se difirió

la cirugía por presentar anemia, se programa para el 17 de octubre de 2007. Extremidad pélvica derecha sin movilización. Se transfundirán paquetes globulares para restaurar anemia. *Resultados de estudios de laboratorio:* Leucocitos 8,200, linfocitos 38.0, monocitos 10.0, eosinófilos 2.0, bandas 5.0, segmentados 43.0, neutrófilos 4.27, eritrocitos 3.44, hemoglobina 9.9, hematocrito 29.9, plaquetas 151,000.

14 de octubre de 2007, 11:00 horas, Nota de evolución: Hemoglobina 9.9, se transfundirá otro paquete. *15 de octubre de 2007, 16:00 horas, Nota de evolución:* Se han transfundido paquetes globulares y se deberá realizar fórmula roja de control para mañana. Dolor en miembro afectado, se recomienda no movilizarlo. *16 de octubre de 2007, Resultados de estudios de laboratorio:* Leucocitos 6,980, linfocitos 39.5, monocitos 8.0, neutrófilos 49.1, eosinófilos 2.7, basófilos 0.7, eritrocitos 3.93, hemoglobina 10.9, hematocrito 33.8, plaquetas 152,000.

17 de octubre de 2007, 10:45 horas, Hoja de recuperación postoperatoria, enfermería: Bajo efectos de bloqueo subaracnideo. Se difiere cirugía por falta de material. *14:55 horas:* Recibo paciente, alta de Anestesia; pasa a piso. *Nota de aviso de diferimiento quirúrgico:* Se determina diferir la cirugía programada por falta de equipo quirúrgico (cabeza femoral). Se reprograma cirugía para el miércoles 19 de octubre de 2007. *15:30 horas:* Se recibe paciente proveniente de recuperación por diferimiento de cirugía por falta de material, nueva programación.

18 de octubre de 2007, Nota de evolución: Frecuencia cardíaca 65 por minuto, frecuencia respiratoria 15 por minuto, tensión arterial 110/70, temperatura 36 °C. Ingresado desde hace 8 días. Con dolor en el área afectada; se ha localizado a proveedores, quienes confirman la llegada del material. *19 de octubre de 2007, Hoja de operaciones:* Diagnóstico preoperatorio: fractura de cadera. Operación proyectada: reducción abierta y fijación interna cadera derecha. Diagnóstico postoperatorio: pseudoartrosis de cadera derecha. Operación realizada: prótesis total de cadera derecha. Descripción de la operación: bajo bloqueo peridural, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se realiza incisión lateral en cadera derecha, se incide por planos hasta llegar a cavidad acetabular, se extrae cabeza de fémur, se raspa cápsula de acetáculo, se hacen pruebas y se coloca tornillo, cabeza acetabular, de diferentes medidas. Se revisa hemostasia, se coloca drenovac, se cierra por planos hasta llegar a piel, sin complicaciones. Sangrado 3,000 mL. Sale paciente a sala de recuperación, sin ningún accidente o incidente.

Hoja de solicitud de transfusión: 11:30 horas. – Se transfundieron 260 mL. De paquete globular. 13:00 horas. – Se inicia transfusión de paquete globular de 258 mL. *Hoja de conducción anestésica:* Pasa a sala de recuperación

con Aldrete 8. *13:00 horas, reporte de enfermería:* Termina cirugía, sale paciente bajo efectos de anestesia, tensión arterial 90/50.

Hoja de recuperación postoperatoria, Enfermería: 13:00 horas. Temperatura 36 °C, pulso 111 por minuto, frecuencia respiratoria 12 por minuto, tensión arterial 92/55. 13:15 horas. Temperatura 36 °C, pulso 110 por minuto, frecuencia respiratoria 13 por minuto, tensión arterial 91/56. 13:30 horas. Temperatura 36 °C, pulso 108 por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, tensión arterial 82/49. 14:00 horas. Pulso 115 por minuto, frecuencia respiratoria 27 por minuto. 14:30 horas. Pulso 132 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, tensión arterial 80/50. Sin hora. Pulso 140 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto, tensión arterial 70/56.

Nota postquirúrgica: Tipo de anestesia: bloqueo peridural. Complicación ninguna; sangrado 3,000 mL. Hallazgos: artrosis de cabeza de fémur. *15:00 horas:* Postoperatorio arthroplastia, Aldrete 10, signos vitales estables, pasa a piso. *16:00 horas, Nota de evolución:* Colocación de prótesis total de cadera derecha, realizada el día de hoy luego de nueve días de estancia intrahospitalaria. Entre las complicaciones quirúrgicas tuvo sangrado de 3,000 mL, por lo que aún se encuentra delicado; según referencias, se ha transfundido un paquete globular en el transoperatorio y uno pendiente (no se ha confirmado si se transfundió); se solicita biometría hemática.

20 de octubre de 2007, Nota de evolución: Quejumbroso, dolor en zona quirúrgica. Tensión arterial 120/70, frecuencia cardiaca 78 por minuto, frecuencia respiratoria 15 por minuto, temperatura 36.5 °C. Se solicitó el día de ayer por la madrugada laboratorio y radiografía de control (no fueron solicitados por la tarde). Pronóstico reservado, su estado es delicado. *7:00 horas, hoja de enfermería:* Temperatura 36 °C, frecuencia cardiaca 64 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, tensión arterial 120/70. *12:05 horas, resultados de estudios de laboratorio:* Glucosa: 191.0, urea 75.7, nitrógeno ureico 35.4, creatinina 2.7, leucocitos 8,120, linfocitos 21.0, monocitos 5.0, eosinófilos 1, bandas 17.0, segmentados 51.0, eritrocitos 2.84, hemoglobina 8.2, hematocrito 23.8, plaquetas 68,000.

15:00 horas, Hoja de enfermería: Temperatura 35 °C, frecuencia cardiaca 60 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto, tensión arterial 110/80. *17:45 horas, hoja de enfermería:* Quejumbroso, se avisa a médico interno. Cae en paro cardiorrespiratorio, cursa con tromboembolia pulmonar. Se realizan maniobras de reanimación en lapso de 15 minutos. Se da masaje cardiaco. Tres ampollas de bicarbonato, dos de adrenalina y una de atropina. Fallece a las 18:00 horas. Se realiza electrocardiograma continuo, isoeléctrico.

18:00 horas, Nota de egreso por defunción: Postoperatorio de colocación de prótesis total de cadera derecha, presenta trombosis pulmonar; se dio reanimación por más de 15 minutos, se aplicaron dos ampollas de atropina, un ampolla de dopamina, varias ampollas de cloruro de potasio,³ no respondió a reanimación, motivo que causó su defunción. *Hoja de egreso hospitalario:* Causa de la defunción: tromboembolia pulmonar, debido a pseudoartrosis de fractura de cadera derecha, prótesis total de cadera derecha. Presenta trombosis pulmonar, se dio reanimación por más de 15 minutos, se intubó exitosamente, se aplicaron dos ampollas de atropina, un ampolla de dopamina y tres de cloruro de potasio, una de ellas directo a corazón, sin éxito, no respondió a reanimación, motivo que causó su defunción.

Análisis del caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, las fracturas del cuello femoral habitualmente son a consecuencia de una caída, existiendo fundamentalmente tres mecanismos: el primero es la caída directa sobre la cara lateral del trocánter mayor, el segundo consiste en la rotación lateral con aumento repentino de la carga, este mecanismo es el responsable de la fractura cominuta, la cual ocurre en 70% de las fracturas desplazadas; por su parte, el tercer mecanismo, es la fractura espontánea por fatiga, la cual precede y puede ser causa de la caída. Las fracturas de cadera transerviculares son raras en personas jóvenes, pues ocurren comúnmente en adultos mayores a consecuencia de osteoporosis. La pseudoartrosis y la necrosis avascular, son las principales complicaciones de esta fractura.

En la cadera, las fracturas por fatiga son las que ocurren en hueso normal, el cual se expone a grandes y repetidas cargas, o bien, cuando los huesos osteoporóticos o débiles ceden ante actividades de la vida diaria. Cuando aparece la fractura, el paciente se queja de dolor en la ingle, el cual puede irradiarse a la rodilla, es exacerbado pero no limitado por el esfuerzo excesivo; el dolor empeora con el esfuerzo y se alivia con el reposo. El diferimiento en el diagnóstico y tratamiento, puede ocasionar desplazamiento de los fragmentos y necrosis avascular de la cabeza femoral. Las fracturas no desplazadas o colapsadas causan dolor; sin embargo, en algunos casos, el dolor no impide que el paciente pueda seguir caminando.

La clasificación de Garden para las fracturas del cuello femoral, establece cuatro diferentes estadios:

- I. Fractura incompleta o bien impactada en valgo.
- II. Fractura completa, no desplazada y sin impactación.
- III. Fractura desplazada.
- IV. Disociación completa de la cabeza respecto al cuello femoral.

Atendiendo a la literatura especializada, el tratamiento conservador de las fracturas no desplazadas del cuello femoral, debe ser mediante tracción esquelética, el cual debe realizarse de manera intrahospitalaria, a fin de vigilar el estado neurocirculatorio de la extremidad inmovilizada, prevenir úlceras de presión y, sobre todo, efectuar vigilancia radiográfica para detectar oportunamente complicaciones, como pueden ser: desplazamiento de la fractura y retardo de la consolidación. De igual forma, la literatura especializada refiere, que las fracturas de cuello femoral sin desplazamiento, deben ser tratadas mediante estabilización quirúrgica, pues el tratamiento conservador inicial, supone evolución satisfactoria sólo en 79% de los casos, mientras que en la fijación interna es del 96%.

Por cuanto hace a la tromboembolia pulmonar, la literatura especializada refiere, que se trata de la obstrucción parcial o masiva del árbol arterial pulmonar, por un trombo desprendido de alguna parte del territorio venoso del paciente; en 90% de los casos, proviene de extremidades inferiores, y no es excepcional que un cuadro de embolia de pulmón, sea la primera manifestación de trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores.

La repercusión que tiene la oclusión del árbol arterial pulmonar, depende de su magnitud, cuando ésta es de 50% o más, da lugar a descenso evidente del gasto cardíaco, y si la obstrucción es mayor a 70%, suele acompañarse de choque severo, se produce aumento de la presión arterial pulmonar, lo cual origina, retrógradamente, dilatación del ventrículo derecho que puede ocasionar insuficiencia valvular tricuspídea y pulmonar. Posteriormente desciende el volumen de eyección del ventrículo derecho, lo que provoca disminución de la precarga del ventrículo izquierdo, descenso del gasto cardíaco y choque. Entre los factores de riesgo, la literatura especializada refiere los siguientes:

- En pacientes mayores de 40 años sometidos a cirugía, esta complicación se presenta con mayor frecuencia, pues al envejecer las venas del sóleo pierden elasticidad, la dilatación y tortuosidad contribuyen a estasis; la disminución en la masa muscular de la bomba venosa, ocasiona reducción de la eficacia de ésta y contribuye a la estasis venosa.
- La inmovilidad incrementa dos veces la posibilidad de trombosis venosa profunda y embolismo; además de la estasis, el sistema fibrinolítico se altera provocando estado de hipercoagulabilidad.

- La trombosis venosa profunda en 35 a 86% de los pacientes hospitalizados por traumatismo; de ellos el 2% presenta embolismo pulmonar.
- En los pacientes que presentan infección postoperatoria, existe incremento para desarrollar trombosis venosa profunda, los mecanismos reportados son: agregación plaquetaria inducida por bacterias Gram positivas, formación de endotoxinas, interacción de leucocitos y células endoteliales.
- Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar previas.
- En pacientes con venas varicosas, aumenta dos veces el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica.

Por cuanto hace al diagnóstico de tromboembolia pulmonar, éste debe fundamentarse en los datos clínicos (señiología y exploración física), así como en la realización de estudios auxiliares (de laboratorio y gabinete), para indicar las medidas terapéuticas correctas y oportunas, así como para identificar y tratar las complicaciones. Los datos clínicos en la tromboembolia pulmonar aguda, dependen del tamaño del émbolo y del estado cardiopulmonar del paciente. Según refiere la literatura especializada, en una embolia pulmonar menor de la masiva, el coágulo obstruye menos de dos tercios del árbol de la arteria pulmonar. En la masiva, se presentan insuficiencia ventricular derecha aguda e hipotensión sistémica.

Los síntomas de tromboembolia pulmonar incluyen: dolor torácico, con frecuencia pleurítico, disnea, tos, hemoptisis y diaforesis; en ocasiones la embolia pulmonar se presenta como síncope, especialmente en pacientes con embolia pulmonar masiva. La disnea es el síntoma más frecuente, la taquipnea y taquicardia son signos comunes. El dolor pleurítico, la hemoptisis y la tos, también pueden ser sugestivos de tromboembolia cercana a la pleura, incluso de infarto pulmonar. En la exploración física, se pueden encontrar datos de insuficiencia cardiaca derecha, como son: levantamiento en el área paraesternal izquierda, componente pulmonar del segundo ruido cardíaco acentuado o desdoblado, fijo, así como soplo sistólico en el foco tricuspídeo, cuya intensidad se incrementa durante la inspiración.

La gasometría arterial, radiografía de tórax y electrocardiografía, son estudios auxiliares para establecer el diagnóstico. La gammagrafía pulmonar, permite confirmar el diagnóstico. Por su parte, la angiografía pulmonar, debe realizarse cuando los demás estudios no permiten integrar el diagnóstico y la vida del paciente está en riesgo. El anticoagulante de elección para la tromboembolia pulmonar aguda o trombosis venosa profunda proximal es la heparina, la cual inhibe la trombina y otros factores de coagulación mediante la potenciación de la antitrom-

bina III; no disuelve trombos establecidos, pero evita su propagación distal. Asimismo, la heparina reduce el índice de reincidencias de embolia pulmonar. Si se sospecha tromboembolia venosa y no existen contraindicaciones para emplear heparina, deben efectuarse estudios de laboratorio (tiempo parcial de tromboplastina activada, biometría hemática completa y tiempo de protrombina) antes de iniciar el tratamiento, así como estudios de control durante su empleo. El tratamiento mediante anticoagulante oral (warfarina) puede iniciarse al mismo tiempo que la heparina. Es aceptado por la literatura especializada, instituir warfarina desde el primer día de anticoagulación con heparina. La warfarina, requiere 6 a 7 días para alcanzar eficacia completa. La heparina suele suspenderse después de 4 a 7 días de sobreposición con warfarina. La terapéutica de mantenimiento con warfarina puede requerir 2 a 15 mg diarios.

En el presente caso, el 6 de septiembre de 2007, el paciente asistió al hospital demandado, donde fue valorado en el Servicio de Urgencias; la nota médica señala que presentaba dolor de cadera derecha de dos días de evolución, secundario a trauma indirecto de tres meses de evolución. Así mismo, dicha nota refiere, que se realizaron estudios radiográficos y tomografía computarizada, siendo el diagnóstico fractura de cadera derecha. Cabe mencionar, que el informe radiológico del 6 de septiembre de 2007, reporta: fractura incompleta en el trocánter mayor. La nota de Urgencias de las 18:00 horas, refiere que se indicaron analgésicos intravenosos, así como el ingreso del paciente a Ortopedia.

Ahora bien, el 7 de septiembre de 2007 a las 9:50 horas, Ortopedia indicó reposo absoluto y cita a la consulta externa en tres semanas, según lo demuestra la nota del citado Servicio. Sin embargo, no se señala el fundamento ortopédico para indicar este tratamiento. Así las cosas, el paciente fue egresado, estimándose que sólo necesitaba manejo conservador, mediante reposo absoluto y antiinflamatorios.

En esos términos, se observan elementos de mala práctica, por negligencia, atribuibles al personal médico del hospital demandado, pues incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento. En efecto, el paciente debió haber sido hospitalizado a fin de instalar tracción esquelética en la extremidad pélvica derecha y vigilar desde el punto de vista radiográfico la evolución de la fractura, o bien, valorar la necesidad de intervenirlo quirúrgicamente, situación que no ocurrió en el presente caso, debido a la negligencia observada.

El expediente clínico acredita que el 30 de septiembre de 2007, a las 13:30 horas, el paciente fue valorado por Consulta Externa de Ortopedia, reportándose que radiográficamente presentaba pseudoartrosis. Lo anterior, de-

muestra que la fractura se desplazó durante las tres semanas que el enfermo permaneció con el tratamiento conservador. Esto confirma, que el personal médico incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, pues el paciente no fue tratado conforme a lo establecido por la *lex artis* especializada. Las notas médicas ni siquiera refieren el análisis radiográfico de la fractura (localización, dirección, etc.), pues sólo se concretan a señalar, que se trataba de fractura transcervical incompleta y fractura cervical (base) de fémur, tampoco señalan el porcentaje del diámetro del cuello femoral fracturado, lo cual era indispensable para elegir correctamente el tratamiento.

Atendiendo a la nota de ingreso a Urgencias del 30 de septiembre de 2007, el paciente fue hospitalizado a fin de realizar artroplastia total de la cadera derecha. De igual forma, la nota del 1º de octubre de 2007, señala que ingresó a piso de cirugía para estudio quirúrgico. Ahora bien, el 4 de octubre de 2007, fue valorado por el Servicio de Medicina Interna, quien reportó anemia de 8.9 gramos y señaló riesgo quirúrgico grado II de Goldman; sin embargo, el 5 de octubre de 2007, el enfermo fue egresado del hospital, sin corregirse la anemia y sin sustentarse el motivo del egreso. En efecto, la nota de egreso hospitalario, sólo señala que se programó la cirugía para el 12 de octubre, siendo dado de alta el paciente con tratamiento mediante ciprofloxacino. Lo anterior, es un elemento más, para tener por cierta, la mal *praxis*, por negligencia, en que incurrió el personal médico, pues su atención no se ajustó a la *lex artis* especializada.

El 11 de octubre de 2007, el paciente reingresó al hospital demandado; los exámenes de laboratorio reportaron hemoglobina de 8.8 gramos; sin embargo, el personal de Ortopedia, no tomó las medidas necesarias para su corrección. Así las cosas, el 12 de octubre de 2007, el Servicio de Anestesiología difirió la cirugía, debido a la anemia que presentaba el enfermo, y solicitó dos unidades de sangre para su transfusión. El 13 de octubre de 2007, los resultados de laboratorio mostraron hemoglobina de 9.9 gramos; asimismo, el día 16 del mismo mes y año, la hemoglobina fue reportada en 10.9 gramos.

El 17 de octubre de 2007, se realizó bloqueo subaracnóideo; empero, por no contar con la prótesis, se difirió la intervención quirúrgica. Sobre el particular, es necesario mencionar, que en el expediente aportado para el estudio del caso, no existe hoja de valoración preanestésica, hoja de registro transanestésico, ni nota postanestésica, respecto a la aplicación del citado bloqueo. Por cuanto hace al Servicio de Ortopedia, tampoco existen notas relacionadas con el citado procedimiento. La nota de diferimiento quirúrgico, sólo menciona que se determinó diferir la cirugía programada por falta de equipo quirúrgico (cabeza femoral). Esto demuestra que el personal médico incurrió en

mal *praxis*, por negligencia, al aplicar procedimiento anestésico al paciente para efectuar artroplastia total de cadera, sin corroborar previamente, la disposición de los insumos necesarios para dicha cirugía. En esos términos, quedó demostrado, que el paciente no fue estudiado ni tratado de manera correcta, sujetándolo a riesgos innecesarios debido al acto anestésico que se efectuó.

El 19 de octubre de 2007, el paciente fue intervenido quirúrgicamente; la hoja de operaciones establece que se efectuó artroplastia total de cadera derecha, reportándose sangrado de 3,000 mililitros.

Del expediente se desprende, que durante la estancia del paciente en sala de recuperación, presentó datos de inestabilidad hemodinámica, según lo demuestra la hoja de recuperación postoperatoria de enfermería, la cual a las 13:00 horas, reporta pulso de 111 por minuto, frecuencia respiratoria 12 por minuto y tensión arterial 92/55; a las 14:30 horas, pulso de 132 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto y tensión arterial 80/50, y el último reporte (sin hora), establece que el pulso era de 140 por minuto, la frecuencia respiratoria de 24 por minuto y la tensión arterial 70/56.

Pese a lo anterior, el personal médico no adoptó los medios necesarios para la debida reposición del sangrado en el paciente, pues la hoja de solicitud de transfusión sanguínea establece que sólo se aplicaron en total 518 mL en paquetes globulares, siendo que el sangrado reportado fue de 3,000 mL. Esto indica que existió déficit de 2,482 mL, teniendo en cuenta que el volumen sanguíneo circulante para el paciente correspondía a 4,900 mL, conforme al cálculo para el porcentaje de volumen circulante. Por su parte, los resultados de laboratorio del 20 de octubre de 2007 a las 12:05 horas, reportan: glucosa 191 mg/dL, urea 75.7, nitrógeno ureico 35.4, creatinina 2.7. Esto acredita que todos los valores de la química sanguínea estaban elevados, respecto de los parámetros normales, lo cual indica que el paciente se encontraba hemoconcentrado; es decir, confirma la falta de volumen sanguíneo e hídrico. La hoja de enfermería de las 15:00 horas, reporta que el enfermo presentaba hipotermia (temperatura de 35 °C.); sin embargo, en el expediente no se reportan las medidas instauradas para atender su estado de salud.

Cabe mencionar, que el hospital demandado argumentó que el paciente sufrió repentinamente dificultad respiratoria y datos de tromboembolia pulmonar aguda que lo llevó a la muerte; sin embargo, en el expediente clínico no se reportan debidamente las manifestaciones clínicas del paciente, ni el debido empleo de las medidas terapéuticas para su manejo. En la especie, la hoja de enfermería de las 17:45 horas, refiere que el enfermo presentó paro cardiorrespiratorio; que se informó al médico interno y se realizaron maniobras de reanimación durante 15 minutos, aplicándose tres ampollas de bicarbonato, dos de adrenalina y una de atropina, falleciendo el paciente a las 18:00 horas.

Ahora bien, en el expediente clínico, no existen notas médicas que acrediten el debido manejo de las complicaciones que presentó el enfermo; tampoco las medidas empleadas para su reanimación cardiopulmonar, pues ni siquiera se reportan las condiciones y características de oxigenación al paciente, sólo se menciona que fue intubado. Por su parte, la nota de egreso por defunción, sólo señala que se aplicaron dos ampollas de atropina, una de dopamina y tres de cloruro de potasio; empero, no establece la dosis, vía empleada, dilución, etc. Los medicamentos referidos por la hoja de Enfermería de las 17:45, no coinciden con los señalados en la nota de egreso por defunción. A mayor abundamiento, la hoja de egreso hospitalario, establece que se aplicó ampolla de cloruro de potasio directo al corazón del paciente, esto contraviene lo establecido por la literatura médica generalmente aceptada, la cual refiere, que el cloruro de potasio produce fibrilación ventricular.

En esos términos, no puede tenerse por cierto, que la actuación del personal médico del Hospital demandado, se ajustara a lo establecido por la *lex artis* especializada.

Apreciaciones finales

- Durante la atención del paciente, el personal médico incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, incurriendo en mala práctica, por negligencia.
- Las deficiencias por falta de cumplimiento al deber de cuidado, favorecieron el agravamiento del paciente, hasta su defunción.

Referencias

1. Madore, GR Davenport M, Winkley G. Fractures, Hip. www.emedicine.com/emerg/TOPIC198.HTM. Actualizado al 31 de Mayo de 2006.
2. Ennie RS. Deep venous Thrombosis Prophylaxis in Orthopedic Surgery. www.emedicine.com/orthoped/TOPIC600.HTM. Actualizado al 7 de febrero de 2005.
3. Sharma S. Pulmonary Embolism. www.emedicine.com/med/TOPIC1958.HTM. Actualizado al 2 de Junio de 2006.
4. Gupta A. Reilly Cs. Fat Embolism. Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain 2007; 7(5): 148-151.
5. Chapman RG. Anemia. Hematologic problems. In: Problem-Oriented Medical Diagnosis. Friedman HH editor, 5^a edición. Editorial A Little Brown Spiral Manual. USA 1991: 208-221.
6. Benfell C. Cómo los hospitales aprenden lecciones de una manera difícil. American Iatrogenic Association. 23, marzo, 19097. www.iatrogenic.org
7. Kloeck W, Cummins RO, Cahmberlain D. Algoritmo universal para apoyo vital en RCP. Acta Declaratoria del Grupo Vital en RCP del Grupo Laboral del Comité Internacional de Resucitación. (Circulación: 1997; 95: 2180-2182); Anestesiología Mexicana en Internet(<http://www.anestesia.com.mx>)
8. Cloruro de Potasio. De Wikipedia, la enciclopedia libre. Handbook of chemistry and Physics, 71 editions, CRC, Ann Arbor, Michigan, 1990.