

Parálisis facial secundaria a ritidectomía

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche^a, Luis Eduardo Bustamante Leija^b, Yaraví Cecilia Covarrubias González^c

Los mecanismos alternativos de solución de controversias son procesos que pueden ser utilizados para la solución de diferencias de forma amigable, flexible y sin la necesidad de recurrir a métodos completamente adversariales.



Foto: Archivo

SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente de 55 años de edad, refirió que el 8 de febrero de 2015, el médico demandado le efectuó cirugía de párpados, rostro y cuello en un hospital privado. Al salir del procedimiento estaba muy inflamada, con asimetría facial, y a pesar de ello no diagnosticó la lesión neural que presentaba. Fue hasta principios de abril de 2015 que inició rehabilitación del nervio facial. Según la última electromiografía, presenta lesión de ambos nervios faciales. Considera que la atención otorgada no fue de calidad, al retrasar el diagnóstico temprano de la complicación, ya que hubo ausencia de un tratamiento médico oportuno e incluso no se le dio información que le

permitiera otorgar su consentimiento bajo información, lo que contribuyó a su afectación física, funcional, complicaciones y secuelas en su salud.

RESUMEN

La paciente consultó al demandado por presentar ritidosis facial e inconformidad respecto al aspecto estético palpebral superior e inferior. Se propuso tratamiento quirúrgico con: blefaroplastía (superior e inferior), ritidectomía y pexia de cola de ceja. El 8 de febrero de 2015, la paciente ingresó a un hospital privado donde, previa Carta de Consentimiento Bajo Información, el especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva la intervino quirúrgicamente, dándola de alta al día siguiente por mejoría, sin complicaciones, con antibiótico, analgésico y los cuidados correspondientes al procedimiento efectuado. Hasta el 5 de marzo de 2015, el demandado indicó sesiones de ultrasonido faciales y gotas oftálmicas, debido a que la paciente presentó parálisis

^aDirectora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. Ciudad de México.

^bDirector Médico. Sala Arbitral CONAMED. Ciudad de México.

^cServicio Social. Posgrado de Anestesiología. UNAM. Ciudad de México.

facial a expensas de la rama bucal terminal y frontal de forma parcial, ambas del lado izquierdo.

La paciente consultó distintos facultativos a fin de obtener el movimiento normal de su cara. La electromiografía del 24 de abril de 2015 reportó neuropatía y axonotmesis con alto potencial de recuperación; la electromiografía de nervio facial del 13 de junio de 2015 reportó anoxopatía bilateral de predominio izquierdo que, comparada con el estudio anterior, mostró evidente mejoría de la conducción del facial izquierdo.

ANÁLISIS DEL CASO

Antes de entrar al fondo del asunto, es necesario realizar las siguientes apreciaciones:

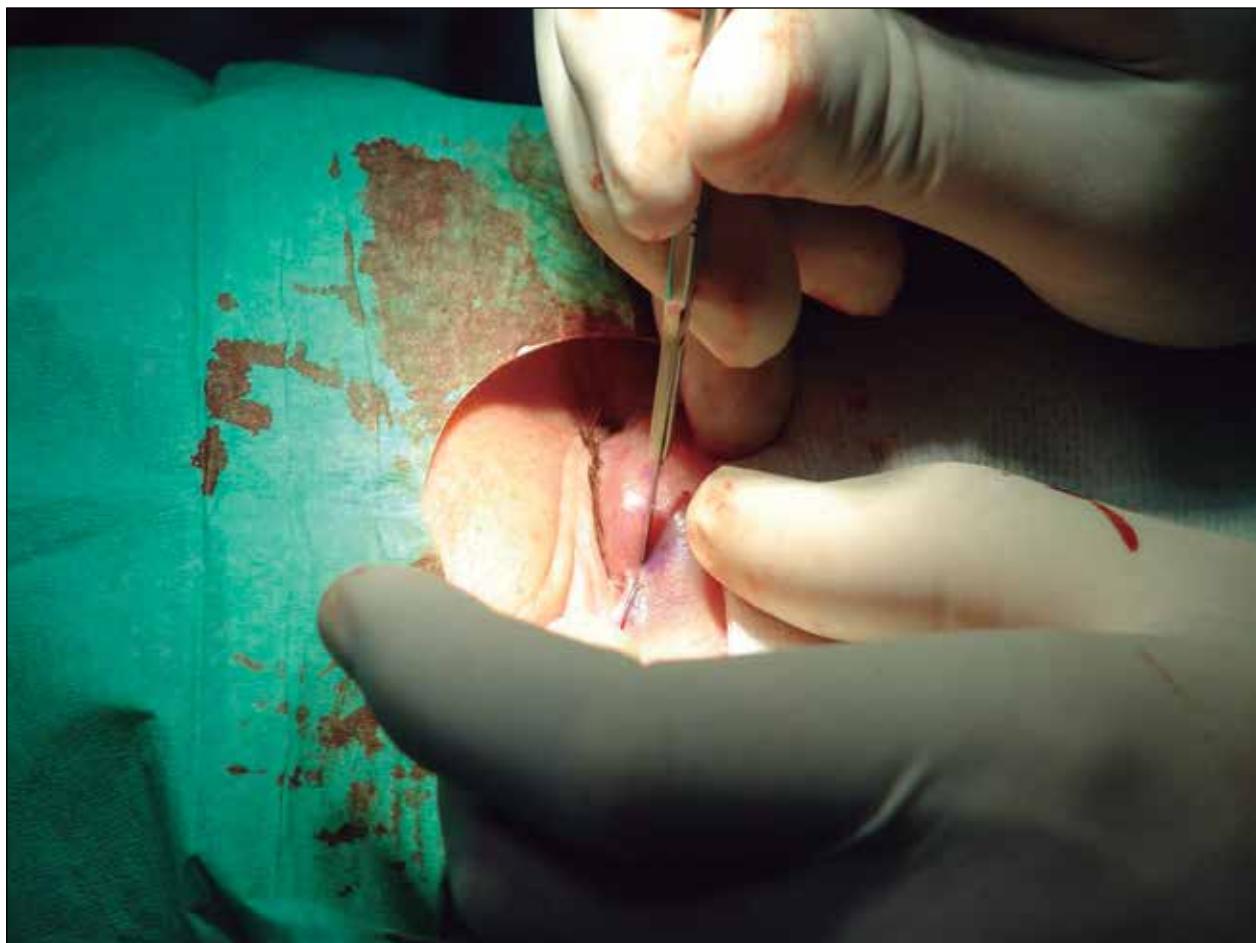
Atendiendo a la literatura especializada, la evaluación preoperatoria está orientada a conocer el estado de salud del paciente e identificar patologías desconocidas o alteraciones momentáneas que puedan incrementar el riesgo quirúrgico. Esta evaluación debe incluir exploración física, estudios de laboratorio clínico e imagenología, así como las intervenciones terapéuticas necesarias. En este período debe informarse al paciente sobre la conducta a adoptar y solicitar su consentimiento¹.

La blefaroplastía consiste en la corrección quirúrgica de los párpados, a fin de mejorar los efectos del envejecimiento mediante cirugía escisional de tejidos redundantes (piel, grasa, músculo), o cirugía remodeladora (suspensiones, cantopexias). Por el mismo abordaje, durante este procedimiento se puede realizar levantamiento o pexia de cejas, con la finalidad de reposicionarlas por arriba del borde orbitario superior, con lo cual se disminuye la piel redundante del párpado superior y las arrugas periorbitarias. Por su parte, la ritidectomía o ridectomía se refiere a la resección de las rítmidas o arrugas, implica estiramiento de la piel facial. El término más usado para eliminar las arrugas faciales, piel colgante, depósitos de grasa u otros signos visibles de la edad con fines estéticos es *face lift* o *lifting* (rejuvenecimiento). De acuerdo con el plano anatómico para realizar la suspensión de los tejidos, existen diferentes tipos de ritidectomías: a) cutánea, b) compuesta, que incluye piel, sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS), *platysma*

La blefaroplastía consiste en la corrección quirúrgica de los párpados, a fin de mejorar los efectos del envejecimiento mediante cirugía escisional de tejidos redundantes (piel, grasa, músculo), o cirugía remodeladora (suspensiones, cantopexias). Por el mismo abordaje, durante este procedimiento se puede realizar levantamiento o pexia de cejas, con la finalidad de reposicionarlas por arriba del borde orbitario superior, con lo cual se disminuye la piel redundante del párpado superior y las arrugas periorbitarias. Por su parte, la ritidectomía o ridectomía se refiere a la resección de las rítmidas o arrugas, implica estiramiento de la piel facial.

y *orbicularis oculi*, y c) subperióstica o de planos profundos, en la que se tracciona un colgajo compuesto de piel unido al SMAS, disecando hasta los músculos cigomáticos mayor y menor².

La ritidectomía en tercio medio e inferior, consiste en retirar la piel redundante de mejillas y cuello, asociado a resuspensión de compartimientos grasos, para disminuir las arrugas y los depósitos grasos. En cuello y a través del abordaje submentoniano, preauricular y mastoideo, se retira la grasa de esa región a través de disección directa o liposucción y se llevan a la línea media los músculos (platisma). La técnica quirúrgica consiste en una incisión preauricular retrotragal con extensión a céfalo prepilosa a nivel de la patilla. Retroauricularmente la incisión va en ángulo recto a la proyección posterior del tragus, introduciéndose de 2 a 3 centímetros en el pelo. Posteriormente se realiza disección subcutánea de 2 centímetros a la medial de la región preauricular, resección de huincha de SMAS (que es la incisión mediante la cual se efectúa un colgajo que incluye el sistema músculo aponeurótico superficial) de 8 × 8 centímetros, disección a nivel de la mejilla en el plano subSMAS hasta los músculos cigomáticos mayor y menor. A nivel cervical, la disección es supraplatismal y se conecta con la del otro lado. A nivel supracigomático-malar, la disección es subcutánea



hasta el pliegue nasolabial y también subcutánea en el plano de la fascia profunda temporal. Por lo tanto, la tracción es del componente de piel y SMAS en la porción medial subcutánea a nivel cefálico y supraplatismal a nivel caudal, traccionando todo en bloque. A nivel supracigomático-malar, se ubica la grasa malar que es supraSMAS y se traciona suturándola en la región cigomática, con lo que se atenúa el surco naso labial².

Como complicaciones, pueden aparecer hematomas, infección, reacciones anómalas a la anestesia y materiales de sutura, afectación de estructuras profundas o de los nervios que controlan la sensibilidad del cuello o el movimiento de los músculos de la cara o cuello: disestesias (disminución de la sensibilidad) en el área tratada (14.4% de pacientes, que remiten en un periodo de 6 meses), paresia (pa-

rálisis parcial) de la rama frontal del nervio facial (recuperada de forma integral a los 3 meses), paresia de la rama cigomática del nervio facial (recuperada a los 6 meses), hematoma cervical, sufrimiento de piel retroauricular³.

La parálisis facial es un trastorno neuromuscular causado por alteración de las vías motora y sensorial del nervio facial, afecta el movimiento de los músculos del rostro (frente, párpados y boca) causando asimetría, también afecta la secreción de saliva, lágrimas y el sentido del gusto. La parálisis facial periférica es la más común, puede ser unilateral o bilateral, completa o parcial, es causada por afección aguda del nervio a nivel periférico; origina pérdida del movimiento voluntario en todos los músculos faciales del lado afectado. Los signos y síntomas de la parálisis facial dependen del sitio en que esté

afectado el nervio facial, mientras más periférico hay más pérdida de movimiento del lado afectado de la cara. Los pliegues y arrugas de la hemicara están ausentes o indefinidos. El párpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca se ven caídas. Existe aumento de sensibilidad a los cambios de temperatura y mayor secreción de saliva y lágrimas. A consecuencia del trastorno de movilidad o cierre palpebral, puede presentarse visión borrosa o incompleta, así como dificultad para cerrar los ojos y pérdida del reflejo de parpadeo. La asimetría facial de la parálisis se hace más evidente cuando el paciente realiza movimientos, tales como: elevar las cejas, fruncir el entrecejo, arrugar la nariz, apretar labios y abocinar la boca para soplar o silbar, sonreír y hablar, y ocasionalmente el tono de la voz se torna nasal. Se pueden derramar los líquidos ingeridos, los alimentos sólidos se quedan acumulados entre la encía y el maxilar, y pueden morderse las paredes de las mejillas al masticar por falta de sensibilidad y tono muscular. En la audición se puede presentar hipersensibilidad a los sonidos cotidianos, percibidos como insopportables, fuertes o dolorosos. Otras características de la parálisis facial periférica son dolor cercano al mastoides (50% de los casos), pérdida sensorial en la piel y músculo, y pérdida del sabor en la mitad de la lengua (33% de los casos). Los estudios que se emplean para identificar la causa de la parálisis son radiografías, neuroimagen, conducción del nervio, electromiografía y electroneurografía^{4,5}.

Cabe mencionar, que se denomina “neuropraxia” a la alteración reversible de la vaina de mielina, pero no del axón, que se presenta por compresión o estiramiento del nervio y cursa con parálisis motora concreta; la “axonotmesis”, es la alteración parcial de la vaina y del axón del nervio que produce alteraciones motoras, sensitivas y vegetativas, y que se recupera por regeneración axonal espontánea en 6 a 8 meses. Después del inicio, la recuperación empieza a manifestarse dentro de las primeras 3 semanas, observándose recuperación completa habitualmente en 6 meses en el 75 al 84% de los casos. Iniciar el tratamiento con prednisona en las primeras 72 horas del padecimiento y disminuir con dosis escalonadas, ayuda a restituir la función del nervio facial hasta en el 90% de los casos. Cuando existe “lagof-

El término más usado para eliminar las arrugas faciales, piel colgante, depósitos de grasa u otros signos visibles de la edad con fines estéticos es *face lift* o *lifting* (rejuvenecimiento). De acuerdo con el plano anatómico para realizar la suspensión de los tejidos, existen diferentes tipos de ritidectomías: a) cutánea, b) compuesta, que incluye piel, sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS), *platysma* y *orbicularis oculi*, y c) subperióstica o de planos profundos, en la que se traciona un colgajo compuesto de piel unido al SMAS, disecando hasta los músculos cigomáticos mayor y menor.

talmos” (imposibilidad de lograr el cierre completo de los párpados) y exposición corneal, se emplea metilcelulosa al 0.5% o hipromelosa durante el día y ungüento por las noches, hasta que el paciente logre cerrar los párpados normalmente. No hay evidencia de que la estimulación eléctrica apoye en casos agudos. La fisioterapia se emplea extensamente; se recomienda iniciar con termoterapia, ejercicios activos frente al espejo con la intención de que el paciente se observe y mejore su ejecución, y masaje a partir del sexto día de establecido el diagnóstico⁶.

En el presente caso, en respuesta a la queja presentada por la paciente, el especialista en cirugía plástica, estética y reconstructiva demandado, señaló que el motivo de consulta fue ritidosis facial, inconformidad respecto al aspecto estético palpebral superior e inferior, y el manejo propuesto fue blefaroplastía superior e inferior, ritidectomía Tonnard y pexia de cola de ceja.

En el expediente clínico integrado en el hospital privado donde se brindó la atención, aparece una Carta de Consentimiento Informado con fecha del 8 de febrero de 2015. Mediante este documento se acredita que la paciente con diagnóstico de ritidosis facial, autorizó al médico demandado para la realización de ritidectomía de mejillas y cuello, así como blefaroplastía, habiendo sido informada de

La ritidectomía en tercio medio e inferior, consiste en retirar la piel redundante de mejillas y cuello, asociado a resuspensión de compartimientos grasos. En cuello y a través del abordaje submentoniano, preauricular y mastoideo, se retira la grasa de esa región a través de disección directa o liposucción y se llevan a la línea media los músculos. Como complicaciones, pueden aparecer hematomas, infección, reacciones anómalas a la anestesia y materiales de sutura, afectación de estructuras profundas o de los nervios que controlan la sensibilidad del cuello o el movimiento de los músculos de la cara o cuello: disestesias en el área tratada (14.4% de pacientes, que remiten en 6 meses), paresia de la rama frontal del nervio facial (recuperada de forma integral a los 3 meses), paresia de la rama cigomática del nervio facial (recuperada a los 6 meses), hematoma cervical, sufrimiento de piel retroauricular.

los riesgos y complicaciones siguientes: hematomas, sangrado, asimetría facial, lesión nerviosa, lesión vascular, dehiscencia de herida, infección, necrosis, defunción. También lo autorizó para el manejo de las contingencias derivadas del procedimiento. En ese sentido, no se tiene por demostrado lo argumentado por la paciente en su queja, al señalar que la ausencia de información no le permitió otorgar su consentimiento bajo información.

Previa valoración del riesgo quirúrgico anestésico (ASA I, Goldman I), el médico demandado señaló en la nota postoperatoria que realizó incisión pilosa con suspensión de cejas, ritidectomía de mejillas y cuello, así como blefaroplastía superior e inferior, sin incidentes ni accidentes, e indicó dieta líquida progresiva, solución Hartmann 1,000 cm³ para 24 horas, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos intravenosos (ketorolaco y paracetamol), signos vitales y cuidados generales de enfermería. A las 17:00 horas del mismo 8 de febrero de 2015, en la nota de ingreso a piso se reportó que la paciente estaba estable, asintomática, y se le

indicó una dosis única de antiemético intravenoso (ondansetrón).

En la nota médica del 9 de febrero de 2015, el demandado refirió que la paciente presentaba una evolución favorable, que toleraba la dieta, con escaso gasto serohemático por drenaje, que fue retirado, y decidió su egreso. Se le entregó una receta firmada por otro facultativo en la que se indicó: antibiótico (amoxicilina/clavulanato), analgésico-AINE (paracetamol y ketorolaco), inhibidor de la secreción de ácido gástrico (omeprazol), gotas oftálmicas (hidroxipropilmecitolcelulosa), apósitos fríos con manzanilla y vendaje compresivo en mejillas.

Las constancias de atención anteriores acreditan que el demandado efectuó el procedimiento quirúrgico cumpliendo los principios científicos generalmente aceptados en la especialidad de que se trata⁷ y que la paciente no presentó contraindicación alguna para su egreso hospitalario, asimismo, se otorgaron indicaciones de cobertura antibiótica y analgésica, así como los cuidados correspondientes al procedimiento efectuado.

La demandante manifestó en su queja que al salir del procedimiento estaba muy inflamada, con asimetría facial, y que a pesar de ello el demandado no diagnosticó la lesión neural que presentaba. Desde entonces, se encuentra en terapia de rehabilitación para volver a obtener el movimiento normal de su cara, ya que desde que salió de la cirugía ha tenido parálisis facial. A este respecto, el demandado manifestó que dio de alta a la paciente sin datos de parálisis facial, y la citó 2 días después, cuando se evidenció una parálisis facial a expensas de la rama bucal terminal y frontal de forma parcial, ambas izquierdas. Comentó con la paciente que, debido a su aparición tardía, se debía a un proceso inflamatorio; la citó 2 veces por semana por las primeras 3 semanas, en cada una se le indicó que era cuestión de tiempo que se desinflamara, y se le prescribió prednisona (25 mg diarios durante la primera semana), disminuyendo la dosis gradualmente, para suspenderla 2 semanas después, y Núcleo CMP Forte, una tableta cada 8 horas por 3 meses, así como ejercicios de rehabilitación frente al espejo e inflar globos.

Sin embargo, pese a que el demandado afirmó



Foto: Michael S Schwartz MD

haber citado a la paciente 2 días después del egreso y haberle brindado una serie de atenciones para tratar la complicación identificada, durante el juicio arbitral omitió aportar las pruebas que demostrarían tales aseveraciones.

En efecto, en el expediente y constancias de atención aportadas por el demandado, así como en el expediente clínico integrado en el hospital privado, no existe evidencia alguna de la cita referida, así tampoco obran notas de atención respecto del seguimiento señalado, menos aún notas médicas que acrediten la evolución del cuadro de la paciente. Así las cosas, al no acreditarse los términos de las atenciones que el demandado afirma haber brindado a la paciente, no se tuvo por acreditado el cumplimiento de las obligaciones de diligencia (medios de diagnóstico y tratamiento conforme lo que establece la *lex artis*

especializada) que tenía a su cargo como prestador de servicios de atención médica.

Debe precisarse que entre las constancias aportadas en juicio, se identificó la receta médica con del fecha 5 de marzo de 2015, que acredita que el médico demandado indicó a la paciente 10 sesiones faciales de ultrasonido y gotas oftálmicas (tobramicina/dexametasona). Así también, mediante la receta médica expedida el 6 de marzo de 2015, se demostró que el demandado indicó Núcleo CMP Forte y prednisona escalonada hasta completar 15 días (cada 8 horas por 5 días, cada 12 horas por 5 días y cada 24 horas por 5 días más).

Relacionada con los documentos anteriores, obra una hoja de atenciones médicas elaborada por el demandado, que refiere que, el 12 de marzo de 2015, la paciente presentó signos de parálisis facial

Foto: Archivo



La parálisis de músculos faciales causa asimetría, que se evidencia si el paciente realiza movimientos: elevar las cejas, fruncir el entrecejo, arrugar la nariz, apretar labios y abocinar la boca para soplar o silbar, sonreír y hablar, y en ocasiones la voz adquiere un tono nasal. Los líquidos ingeridos se pueden derramar, los alimentos sólidos se quedan acumulados entre la encía y el maxilar, y pueden morderse las paredes de las mejillas al masticar por falta de sensibilidad y tono muscular. En la audición se puede presentar hipersensibilidad a los sonidos cotidianos, percibidos como insopportables, fuertes o dolorosos. Otras características de la parálisis facial periférica son la presencia de dolor cercano al mastoides, formación excesiva de lágrimas, pérdida sensorial en la piel y músculo, así como del sabor en la mitad de la lengua.

de las ramas bucal terminal y frontal parcial, evento manifestado al segundo día postoperatorio, y que el facultativo lo atribuyó a un proceso inflamatorio, debido a lo cual indicó rehabilitación, esteroide y regenerador axonal. Sobre este punto, es necesario puntualizar que la complicación presentada por la paciente fue un riesgo inherente al procedimiento quirúrgico realizado, el cual se encuentra reportado en la literatura de la especialidad, y no es atribuible a una mala práctica médica³.

Aunado a esto, se debe mencionar que antes de la realización de los procedimientos quirúrgicos, la paciente fue debidamente informada de los riesgos y complicaciones de la cirugía, entre los cuales, se

le comunicó la posibilidad de lesión nerviosa, y ella aceptó los tratamientos propuestos con los riesgos informados, autorización que se hizo constar en el documento denominado Consentimiento Informado con fecha del 8 de febrero de 2015, integrado al expediente clínico del hospital.

La literatura especializada señala que la parálisis facial es un trastorno neuromuscular causado por afectación a las vías motora y sensorial del nervio facial, que altera el movimiento de los músculos del rostro, la secreción de saliva, de lágrimas y el sentido del gusto. La parálisis facial periférica puede ser unilateral o bilateral, completa o parcial. Sus signos y síntomas se manifiestan por pliegues y arrugas de la hemicara afectada ausentes o indefinidos, caída del párpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca, hipersensibilidad a cambios de temperatura, mayor secreción de saliva y lágrimas, trastornos de movilidad o cierre palpebral, dificultad para cerrar los ojos, así como pérdida del reflejo de parpadeo. La parálisis de músculos faciales causa asimetría, la cual se evidencia si el paciente realiza movimientos: elevar las cejas, fruncir el entrecejo, arrugar la nariz, apretar labios y abocinar la boca para soplar o silbar, sonreír y hablar, y en ocasiones la voz adquiere un tono nasal. Los líquidos ingeridos se pueden derramar, los alimentos sólidos se quedan acumulados entre la encía y el maxilar, y pueden morderse las paredes de las mejillas al masticar por falta de sensibilidad y tono muscular. En la audición se puede presentar hipersensibilidad a los sonidos cotidianos, percibidos como insopportables, fuertes o dolorosos. Otras características de la parálisis facial periférica son la presencia de dolor cercano al mastoides (50% de los casos), formación excesiva de lágrimas, pérdida sensorial en la piel y músculo, así como del sabor en la mitad de la lengua⁵.

Entre sus pruebas, el demandado aportó literatura médica, que resultó congruente con lo antes razonado, al referir que durante la ritidectomía la afectación a los nervios motores tiene una incidencia de 0.3 a 2.6% y provoca déficits que varían desde una paresia transitoria hasta una parálisis completa^{2,3,7}. El nervio motor más comúnmente afectado es la rama bucal del nervio facial, el que se recupera habitualmente de 3 a 4 meses después de la cirugía,

y la afectación de la rama frontal, que se manifiesta por la incapacidad para elevar el párpado y ptosis palpebral. La afectación a la rama mandibular marginal debilita el músculo depresor del labio, y se recupera espontáneamente en 6 meses en el 80% de los casos. Cuando la parálisis facial posrtidectomía es evidente, el manejo conservador en el postoperatorio tiene alto porcentaje de recuperación de la función⁶.

Siguiendo con el caso en estudio, en la hoja de atenciones médicas del 26 de marzo de 2015, el demandado refirió a la paciente aprehensiva y con datos de depresión, con mejoría importante en el movimiento de la rama frontal, movimiento parcial en boca, con incapacidad para elevar hemilabio izquierdo, y con avance de 2 centímetros respecto a evaluación previa; le explicó ampliamente el proceso de regeneración y recuperación nerviosa, le recomendó continuar en rehabilitación sin electroestimulación.

En la nota médica del 9 de abril de 2015, el demandado reportó a la paciente angustiada, con mejoría en el movimiento respecto a visita previa, menos inflamación, frente con 90% de recuperación, movimientos oculares, cierre palpebral espontáneo y simétrico. Se realizó videogramación. En la consulta del 26 de abril de 2015, la paciente refirió mejoría parcial en el movimiento del hemilabio superior izquierdo. La electromiografía efectuada el 24 de abril de 2015, reportó neuropaxia y axonotmesis, con alto potencial de recuperación.

Las notas de atención del demandado de los meses de marzo y abril de 2015, acreditan que durante el seguimiento de la paciente en Consulta Externa, solicitó el estudio específico para valorar la afectación al nervio facial, el cual mostró mejoría. Lo anterior se confirmó mediante 3 imágenes de la paciente, las cuales mostraron mejoría progresiva de los movimientos musculares de la mitad izquierda de la cara, principalmente a nivel de la hemicara superior.

A mayor abundamiento, el citado estudio de electromiografía reportó neuropaxia y axonotmesis, alteraciones del nervio que tienden a la regeneración espontánea, tal como lo señala la literatura especializada al definir neuropaxia como la alte-



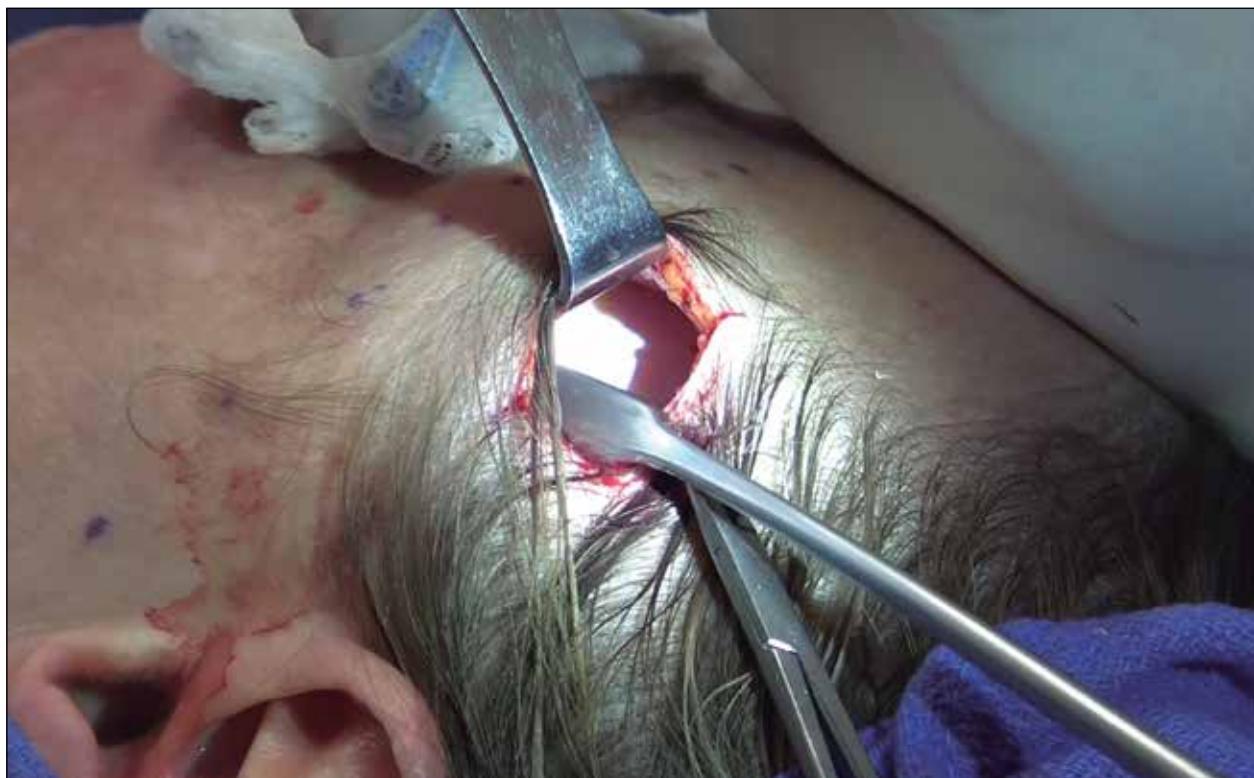
Foto: Archivo

ración reversible de la vaina de mielina, pero no del axón, que se presenta por compresión o estiramiento del nervio y cursa con parálisis motora concreta, y la axonotmesis como la alteración parcial de la vaina y del axón del nervio que produce alteraciones motoras, sensitivas y vegetativas, que se recuperan por regeneración axonal espontánea en 6 a 8 meses⁸.

La paciente presentó constancias de atenciones brindadas por facultativos distintos al demandado, consistentes en: receta médica del 14 de mayo de 2015, en la que se solicitó estudio de nervio facial derecho y se indicó antineurítico (pregabalina); electromiografía de nervio facial, del 13 de junio de 2015, que reportó anoxopatía bilateral de predominio izquierdo, que comparado con el estudio anterior muestra evidente mejoría de la conducción del facial izquierdo; solicitud de resonancia magnética de cráneo, del 25 de junio de 2015, efectuada el 26 de junio de 2015 y que mostró cambios cerebrales involutivos; angiorenalografía magnética normal y desviación rinoseptal izquierda; receta médica con fecha del 27 de junio de 2015, en la que se indicó carbamazepina.

De igual forma, presentó evaluación médica realizada el 25 de agosto de 2015, en la que se recomendó manejo conservador para la neuropatía del trigémi-

Foto: Michael S Schwartz MD



no; receta médica con fecha del 4 de noviembre de 2015, en la que se solicitó electroneurosonografía facial bilateral y se indicó Anapsique (antidepresivo y sedante); estudio de potenciales evocados somatosensoriales de trigémino, electroneuronografía y reflejo de parpadeo del nervio facial del 6 de noviembre de 2015, que reportó compromiso en la neuroconducción al estímulo izquierdo de relevos trigémino-faciales y moderada atrofia de la rama frontal izquierda del nervio facial; el certificado del estado psicofísico de fecha 12 de noviembre de 2015, reportó no haber encontrado lesiones traumáticas externas recientes.

En ese orden de ideas, si bien los documentos aportados por la paciente relacionados con las notas de atención del demandado acreditan que, a fin de obtener el movimiento normal de su cara, consultó distintos facultativos, también demuestran que no existe daño permanente al nervio facial.

A mayor abundamiento, el facultativo demandado afirmó que 2 días después de la cirugía de la paciente (9 de febrero de 2015), identificó e inició

el tratamiento de la complicación que presentó, y otorgó atención a la paciente durante 3 semanas; empero no aportó pruebas, y mucho menos aparecen notas médicas que acrediten las citadas atenciones, así tampoco los tratamientos indicados, la evolución del cuadro de la paciente y menos aún, el seguimiento otorgado.

Lo demostrado durante el juicio arbitral fue que hasta el 5 de marzo de 2015, el demandado inició el tratamiento para la rehabilitación de la paciente, y le otorgó seguimiento durante los meses de marzo y abril.

Bajo esa tesitura, quedó demostrado que no obstante que el demandado estableció en sus notas médicas que la paciente presentó signos de parálisis facial de la rama bucal terminal y frontal parcial (evento manifestado al segundo día postoperatorio), difirió el tratamiento temprano, lo cual es un factor que influye en el tiempo de recuperación de la paciente, pues atendiendo a lo que establece la literatura especializada, ante la manifestación de signos de parálisis facial se debe iniciar el tratamiento con

prednisona en las primeras 72 horas del padecimiento y disminuirlo con dosis escalonadas, lo que ayuda a restituir la función del nervio facial hasta en el 90% de casos. Cuando existe lagoftalmos y exposición corneal, se recomiendan gotas oftálmicas (metilcelulosa o hipromelosa) durante el día y ungüento por las noches hasta que el paciente logre un cierre ocular normal. En casos agudos no hay evidencia que apoye la estimulación eléctrica. La fisioterapia se emplea extensamente, se recomienda iniciar con termoterapia, ejercicios activos frente al espejo con la intención de que el paciente se observe y mejore su ejecución, y masaje a partir del sexto día de establecido el diagnóstico⁵.

En esos términos, fue acreditada la mala práctica por negligencia del demandado, consistente específicamente en el diferimiento en el tratamiento que ameritó la paciente ante la complicación presentada, y se entendió como justificada la necesidad de buscar otras atenciones para obtener nuevamente el movimiento normal de su cara.

Ahora bien, no obstante la citada mala *praxis*, no fue demostrado que la atención del demandado contribuyera a la afectación física y funcional, complicaciones y secuelas en la salud de la paciente.

Para el estudio del caso se exhibieron imágenes fotográficas de la evolución de la paciente, las cuales fueron concluyentes para tener por cierto que las secuelas motoras de los músculos de expresión de la cara (consecuencia de un riesgo inherente a la ritidectomía, no atribuible a mala práctica) tienden a la recuperación total.

APRECIACIONES FINALES

La paciente presentó parálisis facial a expensas de la rama bucal terminal y frontal de forma parcial, ambas izquierdas, que no fue tratada de manera temprana por el demandado.

Quedó probado que el demandado incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento en el diagnóstico y tratamiento de la complicación que presentó la paciente, incurriendo en mala *praxis*, por negligencia.

La actuación del médico demandado no ocasionó ni contribuyó a la afectación física y funcional, complicaciones y secuelas que la paciente adujo en su queja.



Fotos: Archivo

Por mandato expreso de los artículos 51 de la Ley General de Salud y 48 de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el demandado estaba obligado a otorgar entre otros: atención médica idónea, oportuna, profesional y éticamente responsable. Asimismo, en términos del artículo 9º del Reglamento de la Ley General de Salud, la atención debió otorgarse de conformidad con los principios científicos y éticos que los orientan. Lo cual no demostró haber observado el demandado, por cuanto hace al diferimiento en la atención de la complicación en la paciente.

Debido a la exposición al ambiente y al efecto de la gravedad, con el paso de los años, la cara presenta cambios como la flacidez cutánea, marcadas líneas de expresión, reabsorción o acúmulo de los depósitos de tejido graso por lo que, a determinada edad, se convierte en el principal foco de ansiedad para algunas personas.

La cirugía para el rejuvenecimiento facial ha evolucionado en forma importante, en la actualidad el especialista dispone de distintas técnicas que debe emplear conforme a las características de su paciente.

La blefaroplastía es el procedimiento que con mayor frecuencia acompaña a la ritidectomía.

La parálisis facial es una de las complicaciones en la cirugía de cara, con una incidencia de alrededor del 2.6%; si bien no es de las más frecuentes, es una de las complicaciones más graves y potencialmente irreversibles.

RECOMENDACIONES

Este documento busca orientar las mejores prácticas y no pretende ser un tratado exhaustivo sobre el tema. En caso de dudas, le aconsejamos revisar las referencias anexas y la bibliografía internacional.

- La evaluación preoperatoria del paciente es fundamental para la correcta realización del procedimiento quirúrgico.
- Hay que considerar una evaluación integral, comenzando por investigar el estado psicológico y las expectativas del paciente en el resultado de la operación, para evitar confusiones.
- Los estudios fotográficos pre y postoperatorios

son indispensables para evaluar la atención brindada.

- Un diagnóstico médico oportuno es fundamental para dar un tratamiento médico integral adecuado, y así evitar complicaciones de salud a corto, mediano y largo plazos.
- La comunicación en la relación médico/paciente influyen en el logro de mejores resultados en la salud física, mental, funcional y subjetiva de ambas partes.
- La información médica es un derecho de los pacientes, forma parte importante de la atención y es un proceso en el cual se deben emprender las acciones necesarias, a fin de que puedan participar activamente en la toma de decisiones.
- En este tipo de casos, resulta indispensable la suscripción de la Carta de Consentimiento Bajo Información.
- Dicho documento considera necesarios 3 requisitos para que sea válido: libertad de decisión, explicación suficiente y capacidad para decidir. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bumaschny E, Raffa CI, Rechman P. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. Enciclopedia Cirugía Digestiva F. Galindo. 2013; tomo I-101, pág. 1-20.
2. Papadópolos Escobar A, Papadópolos Canales A, Fernández Sobrino G, Duffi Verdura B. Ritidectomía y Procedimientos Auxiliares: 17 años de experiencia. Cirugía Plástica. 2005; 5 (3):163-175.
3. Calderón OW, Israel VG, Cabello PR, Ramírez S, Calderón MD. Ritidectomía profunda sub SMAS. Rev Chilena de Cirugía. 2003;55(4):394-7.
4. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell (Parálisis Facial idiopática). México: Secretaría de Salud; 2009.
5. Rodríguez-Ortiz MD, Mangas-Martínez S, Ortiz-Reyes MG, Rosete-Gil H, Vales-Hidalgo O, Hinojosa-González R. Parálisis facial periférica. Tratamientos y Consideraciones. Arch Neurocienc (Mex). 2011;16(3):148-55.
6. Socolovsky M, Di Masi G, Campero A. Conceptos actuales en la cirugía de los nervios periféricos Parte III: ¿cuándo se debe operar un nervio lesionado? Rev Argent Neuroc. 2007;21:71-5.
7. Verpaele A, Tonnard P, Lower. Third of the Face: Indications and Limitations of the Minimal Access Cranial Suspension Lift. Clin Plastic Surg. 2008;35:645-59.
8. Malcolm P, Calvert J, Evans G. The Evolution of the Mid-face Lift in Aesthetic Plastic Surg Plastic & Reconstruc Surg. 2006;117(6):1809-27.