

47

se aprecia una importante disminución del neumoencéfalo sobre todo a nivel del hemisferio cerebral del lado izquierdo, con persistencia del mismo a nivel del lóbulo frontal derecho y a lo largo de la hoz del cerebro. Persisten las imágenes de hemorragia cerebral del hemisferio cerebral del lado izquierdo con el efecto de masa que desvía la línea media de izquierda a derecha. El edema perilesional es más hipodenso (zonas de leucomalasia perihemorrágica). En el corte más superior se aprecian dos trépanos en regiones biparietales.

4 de marzo del 98: imagen de atrofia corticosubcortical grado I, con una gran área hipodensa frontoparietotemporal del lado izquierdo en vías de cavitación.

2 de junio del 98: Tomografía cerebral simple con imagen de porencéfalo frontotemporoparietal que comunica el ventrículo lateral izquierdo a nivel del cuerno frontal, con la convexidad hacia la región parietal ipsilateral. Imagen blanca que corresponde a hemorragia parietal izquierda; en el sitio del hematoma intraparenquimatoso izquierdo se observa una zona amplia en el hemisferio izquierdo que da una zona quística que corresponde a un daño extenso, localizada en la región frontoparietal izquierda que abarca área motora y sensitiva (áreas de Broca y Wernike) y área elocuente., imagen característica de un quiste porencefálico.

Las últimas tomografías demuestran las lesiones y secuelas originadas por la *mal praxis*, las cuales han de tenerse por irreversibles.

IV.- ANÁLISIS DEL CASO.

En términos de lo anterior, el problema médico central estriba en establecer los siguientes rubros:

- Si la atención médica otorgada al quejoso en medio privado, por los doctores Mariano Barragán y Oscar Gabriel Talamás Murra, se ajustó a la *lex artis* o si en la misma existió negligencia, impericia, temeridad o dolo, atribuible a los demandados.



LAUDO
EXP. 286/99

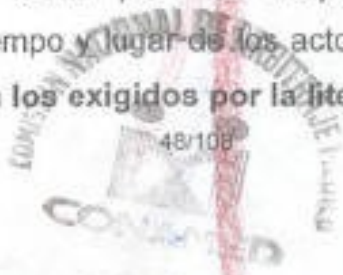
- Si la atención médico quirúrgica otorgada al quejoso en medio particular fue correcta o si las complicaciones que presentó el paciente se debieron a negligencia, impericia, temeridad o dolo, atribuible al neurocirujano doctor Mariano Barragán Morales.

Antes de proceder al abordaje del caso planteado por las partes, esta Comisión Nacional de Arbitraje Médico estima necesario establecer algunos planteamientos del orden metodológico (precisiones) imprescindibles no sólo para la cabal comprensión del asunto motivo de arbitraje, sino para evitar falsas apreciaciones en cuanto al criterio de la Comisión y el contenido y alcances del presente laudo.

Por lo tanto, esta Comisión Nacional estima pertinente señalar, que **el objeto del presente arbitraje**, es el de pronunciarse acerca del cumplimiento o incumplimiento por los demandados, de las obligaciones inherentes a la prestación de servicios médicos, en la atención brindada al C. SAMUEL ROBERTO ALATORRE MORONES.

Así, cabe señalar que la atención médica-hospitalaria, se presta en los establecimientos, cualquiera que sea su denominación, con la finalidad de la atención de los enfermos, que se internan para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación; esto es, con el fin particular de proteger, promover y restaurar la salud.

En esta inteligencia, atendiendo a la correcta interpretación de la *lex artis* médica, hemos de tomar en cuenta que si bien, pueden plantearse objetivos médicos para cada etapa del proceso de atención e incluso a título de finalidad del tratamiento, no puede hablarse de la exigibilidad de resultados; en efecto, la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta, por ello es imprescindible esclarecer, tanto para la atención ambulatoria, como para la hospitalaria, y atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar de los actos médicos en concreto, **si los medios empleados fueron los exigidos por la literatura médica y si existieron**



H9

desviaciones atribuibles al personal de salud.

Merced a lo anterior, y en términos de lo solicitado por las partes, se procede al examen del caso, para ulteriormente establecer, los que a juicio de esta Comisión deben ser los derechos de las partes; así también se procede a distinguir cuáles obligaciones resultan solidarias a ambos prestadores y cuáles fueron asumidas individualmente por el Dr. Mariano Barragán Morales.

Al respecto, es importante hacer notar a las partes que la legislación en vigor señala:

La Ley General de Salud, en su parte conducente establece:

*"Artículo 51.- Los **usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.**"*

En el Reglamento de la Ley General de Salud para la prestación de servicios de atención médica, se indica:

*"Artículo 9º.- **La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.***

Artículo 10.- Serán considerados establecimientos para la atención médica:

- I. Aquellos en los que se **desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas.***

Artículo 69.- Para los efectos de este reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Asimismo, el Código Civil para el Distrito Federal, en relación a los principios



LAUDO
EXP. 286/99

50

generales para la interpretación de las obligaciones médicas, señala:

Artículo 1910.- El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Artículo 1915.- La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Artículo 2025.- Hay culpa o negligencia cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa o deja de ejecutar los que son necesarios para ella.

Artículo 2615.- El que preste servicios profesionales, sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito."

En igual sentido, el artículo 34 de la Ley de Profesiones para el Distrito Federal ordena, respecto de la valoración del acto médico, que es obligatorio analizar, en el caso concreto:

- Si se procedió correctamente atendiendo a los principios científicos y técnica aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión médica.
- Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso, y el medio en que se prestó el servicio.
- Si en el curso del servicio prestado se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito.
- Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio médico.



- 61
- Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

Es por tanto imprescindible enfatizar, en términos de las reglas transcritas, que la ley obliga a adoptar las medidas necesarias para alcanzar el objetivo planteado en términos de la literatura médica, más no a obtener el objetivo, esto es un criterio universalmente aceptado en el derecho sanitario.

Así, tanto la legislación como la doctrina, coinciden en que las obligaciones de medios o de diligencia vinculan, no la promesa de un resultado, sino la exigibilidad de atención médica como tal.

En esos términos, atendiendo al criterio aceptado por ministerio de la ley, cuando **se obra ilícitamente o contra las buenas costumbres**, (en el caso de atención médica dejando de observar obligaciones) causando un daño a otro, se está obligado a repararlo; a menos que se **demuestre que el daño se produjo a consecuencia de culpa, negligencia inexcusable de la víctima, caso fortuito o fuerza mayor**.

Sobre el particular se hace notar que no obstante las previsiones del personal (razonable seguridad en la decisión) la atención médica no está exenta de imponderables, ya por la evolución del padecimiento, por complicaciones inesperadas e imprevisibles, por inobservancia a las recomendaciones médicas e incluso, eventualmente, por mala práctica. Por lo tanto, siempre es necesario evaluar si el efecto adverso era o no previsible y si tuvo o no su origen en mala práctica y si ante la presencia del mismo se tomaron las medidas necesarias, oportunamente.



LAUDO
EXP. 286/99

52

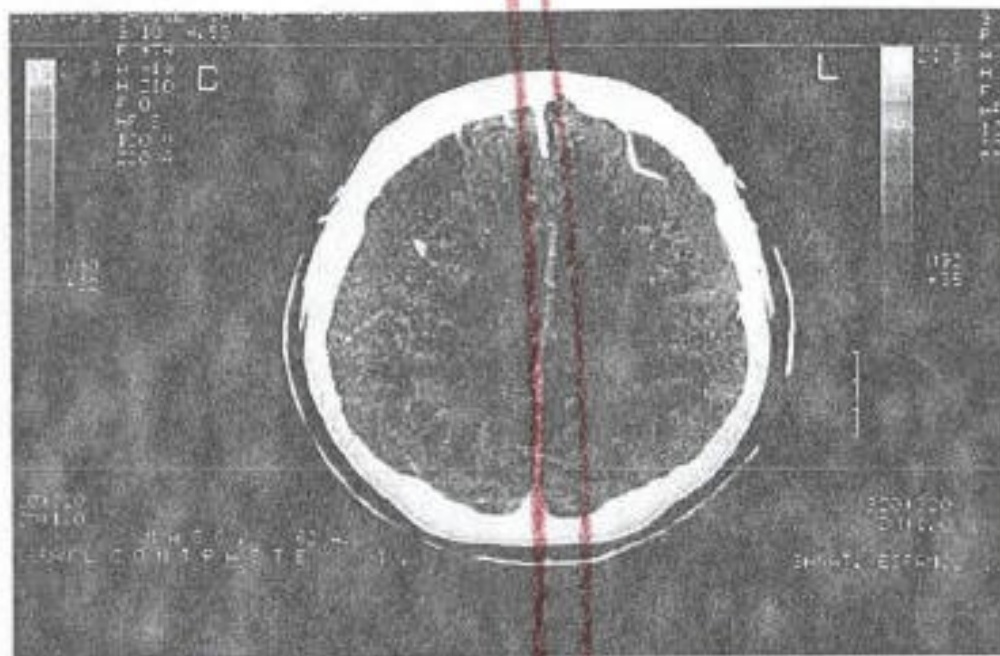
Así las cosas y como procederemos a explicar en lo sucesivo en la especie el daño al paciente Alatorre se produjo a consecuencia de *mal praxis* atribuible al Dr. Barragán Morales y no se trató de ninguna suerte de riesgo inherente al procedimiento o de un mero accidente imprevisible, es decir, se trató de actos nacidos en la negligencia e impericia observadas y que se glosan más adelante.

Con el propósito de caracterizar la patología del caso, es menester precisar:

El hematoma subdural crónico es una colección hemática debida al desgarramiento de alguna vena puente entre la superficie cerebral y la duramadre. Por lo regular esta entidad se presenta en pacientes mayores de 50 años, en los cuales es posible encontrar atrofia cortical, lo que permite la formación de un espacio mayor entre la superficie cerebral y la duramadre. El mecanismo de acción inicia con un traumatismo craneal de leve intensidad, que en ocasiones pasa inadvertido por el paciente o a sus familiares. Al presentar ese traumatismo, ocurre una desaceleración craneal con la consecuente aceleración del contenido craneal, es decir, el encéfalo, lo cual puede causar el desgarramiento de una vena puente, la cual inicia con una hemorragia lenta, con el consecuente llenado lento del mencionado espacio, durante 3 o cuatro semanas. Hasta que la colección llena ese espacio se inicia la compresión cerebral, originando, como consecuencia, el inicio de alteraciones mentales semanas después del traumatismo; en ocasiones puede ser confundido con demencia. Estas alteraciones suelen acompañarse de hemiparesia contralateral progresiva y alteraciones de la marcha, lo que obliga al paciente a acudir al médico.



LAUDO
EXP. 286/99



Fotografía 1

La tomografía realizada el cuatro de febrero de mil novecientos noventa y ocho; evidencia hematoma frontoparietal bilateral.

El tratamiento de los hematomas subdurales crónicos es quirúrgico, aunque algunos grupos han propuesto el tratamiento conservador a base de diuréticos y corticoides, dicho tratamiento no ha demostrado resultados favorables. El drenaje se puede llevar a cabo mediante una craneotomía amplia, que permita la identificación y resección de las membranas del hematoma, sin embargo, a través del tiempo se observó que esto no era necesario pues aumentaba la morbilidad. El método más utilizado en la actualidad es el drenaje mediante trépano y colocación de sonda de Nelaton para recolección remanente durante 3 días, al cabo de los cuales el hematoma se ha drenado en su totalidad y el encéfalo logra su reexpansión.



LAUDO
EXP. 286/99

54

Si bien es cierto que en neurocirugía existen diferentes métodos y aplicaciones tecnológicas en los grandes centros hospitalarios y de investigación a nivel mundial; debe mencionarse que la técnica propuesta (drenaje a través de trépanos) es considerada en México, la técnica de primera elección para el control del problema, obteniéndose un éxito muy cercano al 95% de los casos, cuando la técnica empleada se ajusta a la *lex artis* (es decir a la literatura médica). Infortunadamente en el presente caso no se ajustó a la *lex artis*.

Es importante resaltar, el alto riesgo potencial de deterioro y pérdida permanente de la función neurológica, fuerza, sensibilidad y/o habla, en aquellos enfermos que no son sometidos a drenaje del hematoma de forma temprana; respecto al manejo conservador es totalmente controvertido, pues es necesario una estancia hospitalaria prolongada, que a pesar de tratamiento antiedema y vigilancia médica estrecha, ensombrecen el buen resultado a largo plazo, por otro lado los auxiliares de diagnóstico difícilmente darán un pronóstico funcional satisfactorio, este manejo sólo es aceptable si existe contraindicación absoluta para cirugía.

En el caso de presentarse hematomas bilaterales, es menester realizar el drenaje de ambos en un mismo procedimiento, ya que si se drena primero un hematoma se pierde el contrapeso del contralateral, que puede ejercer el desplazamiento por compresión de las estructuras de la línea media con consecuencias fatales si no se reconoce a tiempo.

El caso a estudio corresponde a paciente masculino de 62 años, con patología neurológica, valorado inicialmente por el Dr. Oscar Gabriel Talamás, quien después de establecer su diagnóstico, lo refirió al neurólogo Mariano Barragán, en el Sanatorio Español de la Beneficencia Española de la Laguna, en Torreón, Coahuila; donde el C. Samuel Roberto Alatorre fue intervenido quirúrgicamente, practicándose trépanos y colocación de sondas de Nelaton, para resolver hematoma subdural frontoparietal bilateral.



55

El paciente había sufrido un traumatismo, el cual no fue ponderado en su real magnitud por él y sus familiares, pues no originó, en ese momento, sintomatología y tampoco hubo pérdida del estado de alerta. Un mes después, presentó sintomatología de origen neurológico, por ello acudió al Dr. Talamás, éste realizó valoración de los signos y síntomas; en su oportunidad refirió al paciente con el Dr. Barragán, neurocirujano, en forma conjunta realizaron valoración neurológica; con la ayuda de los estudios de laboratorio y gabinete se estableció el diagnóstico de hematomas subdurales bilaterales, procediendo de inmediato al drenaje de ambos hematomas en un solo acto quirúrgico, con el objeto de evitar el desplazamiento por compresión de las estructuras de la línea media.

Aunque el procedimiento es relativamente sencillo en relación a todos los procedimientos practicados en el terreno de la neurocirugía, no está exento de morbilidad por complicaciones o accidentes, debido a la colocación de cuerpos extraños (sonda de Nelaton). En la especie no se trató de accidente no complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica, sino de *mal praxis*.

En la especie, y atendiendo a la literatura médica las obligaciones de medios o de diligencia a observar por el personal médico, en el caso concreto, son las siguientes:

1. Obtener carta de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario.
2. Realizar el diagnóstico por los medios establecidos en la *lex artis*.
3. Establecer el plan terapéutico, con arreglo a la *lex artis*.
4. Obtener carta de consentimiento bajo información para el acto quirúrgico, en el evento de no haberse obtenido previamente.
5. Realizar el acto quirúrgico, conforme a la *lex artis*.
6. Otorgar atención en el periodo postquirúrgico con arreglo a la *lex artis*.

- I. Con relación a la obtención de la carta de consentimiento bajo



información para ingreso hospitalario, cabe señalar:

Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, en todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. **Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar ulteriormente la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.**

Con relación a lo anterior, el artículo 82 del mismo Reglamento **refiere que el documento en el que conste la autorización deberá señalar, entre otros, el título del documento, lugar y fecha de autorización, el nombre y firma de la persona que otorgue la autorización y el nombre y firma de los testigos.**

En el caso de mérito no existe carta de consentimiento bajo información. En efecto, el personal debió haber obtenido tal documento, previa explicación puntual del procedimiento, de los beneficios esperados y de los riesgos potenciales; se trata, además de un requisito establecido por el reglamento de mérito, de un acto elemental de ética médica; sin embargo, el doctor Mariano Barragán Morales se abstuvo, por su negligencia, de obtener el consentimiento bajo información.

Merced a lo anterior, y ponderando que en la especie se obviaron por la negligencia del doctor Mariano Barragán Morales, elementos esenciales para la obtención del consentimiento y cuya carga probatoria (es decir, la demostración de existir el consentimiento y la carta respectiva) incumbía única y exclusivamente a tal demandado, esta Institución no puede menos que tener por cierto que en la especie, **el dicho de la parte actora es cierto, en el sentido de no haberse obtenido cabalmente el consentimiento bajo información.**

5x

Si aunado a lo anterior, aparece en el expediente solamente un contrato (ver resumen clínico) en cuya cláusula quinta se pretende la liberación indiscriminada e incondicional del personal ante cualquier responsabilidad que sobreviniere, incluso por daño temporal o permanente, o por causa de muerte, no puede menos que tenerse por cierto que en la especie el personal actuó de manera incorrecta, sin apego a la ley y contrariando los más elementales principios de *lex artis* y ética médica en el presente caso; en razón de haber omitido la obtención del consentimiento del paciente y su representación legal con arreglo a derecho; y no sólo esto, en la especie se pretendió aprovechar las circunstancias personales del paciente para una pretendida liberación anticipada de responsabilidad, aún antes de realizar la intervención quirúrgica motivo del presente asunto.

En razón de lo expuesto esta Institución Arbitral, en Conciencia, y con apoyo en los artículos 80 y 82 del Reglamento de mérito, en correlación al artículo 9º del propio ordenamiento, no puede menos que tener por cierta la *mal praxis* observada en la obtención del consentimiento bajo información (autorización del paciente), pues en la especie se transgredió lo previsto en tales dispositivos que no permiten ningún tipo de liberación anticipada de responsabilidad, pues la finalidad de la carta de consentimiento o de autorización, es solamente para tener por cierto que se obtuvo la aceptación del paciente, una vez informado del riesgo / beneficio existentes en un procedimiento médico – quirúrgico, y de ninguna suerte para que el personal aproveche este tipo de documentos para pretender liberarse de virtuales actos de impericia, negligencia o dolo.

En igual sentido, en la especie se contrarían los más elementales principios de *lex artis* y ética médica, pues se debe respetar la autonomía del paciente, a través de la explicación previa del procedimiento, de su riesgo/beneficio y asegurarse de que el paciente en forma libre de vicios del consentimiento asumió la decisión; en la especie y gracias a la omisión del personal se hizo

48

nugatoria esta garantía legal, de *lex artis* y de ética médica reconocida universalmente para el acto biomédico, y en especial por trasgresión al artículo 9º citado que ordena que la atención médica debe llevarse a efecto atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

A mayor abundamiento, con lo anterior queda demostrado, igualmente, que el doctor Mariano Barragán Morales, no observó lo previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud, en el sentido de que no ofreció al paciente servicios de calidad y atención médica éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno.

II. El diagnóstico debe ser realizado por los medios establecidos en la *lex artis*; en la especie:

- Interrogatorio y exploración física por neurólogo o neurocirujano.
- Estudios de gabinete.- en la especie tomografía axial computarizada, simple y contrastada.
- Estudios de laboratorio.- biometría hemática, tiempos de coagulación, plaquetas, química sanguínea, como mínimo.
- Interconsulta a neurocirugía, en su caso, para establecer la magnitud de los hematomas y las posibilidades terapéuticas.

En el caso de mérito, se realizó el interrogatorio y exploración física por el doctor Talamás, neurólogo, quien realizó el estudio de gabinete requerido, consistente en la realización de la tomografía axial, indicó el internamiento del paciente, solicitó interconsulta a neurocirugía. Una vez hospitalizado, se solicitaron los exámenes de laboratorio conducentes. De lo anterior, se hace evidente que el Dr. Talamás, en este rubro, se ajustó a la *lex artis*, pues realizó el diagnóstico y tomó las medidas conducentes.

59

Con relación a los medios para establecer el plan terapéutico, con arreglo a la *lex artis*, en la especie, el doctor Barragán, estaba obligado a lo siguiente:

- **Determinar, si lo idóneo era un tratamiento conservador (uso exclusivo de medicamentos tales como esteroides, diuréticos, entre otros, según el caso) o quirúrgico.**

En el caso de mérito se determinó que requería de un tratamiento quirúrgico, lo que estaba indicado en virtud de los hallazgos tomográficos, que muestran la existencia de dos colecciones subdurales que iban desde la parte basal de ambos lóbulos frontales, hasta la convexidad de ambas regiones parietales; la colección subdural del lado derecho era de mayor dimensión y ejercía compresión del ventrículo lateral del lado derecho, que se aprecia de menor dimensión, con efecto de masa. Esto quedó demostrado mediante el estudio tomográfico de fecha 4 de febrero de 1998.

- **En el evento de tratarse de una solución quirúrgica, establecer la técnica idónea, es decir craneotomía o trepanación y en este último supuesto, determinar si el drenaje del hematoma debía ser por uno o dos trépanos de cada lado del cráneo.**

En el caso de mérito, la técnica propuesta consistente en el drenaje a través de trépanos es considerada, en México, la técnica de primera elección para el control del problema. En esos términos, en cuanto a la elección tampoco es observable mal praxis.

- **Establecer si la intervención debía ser de urgencia o admitía cirugía programada y las medidas para estabilizar al paciente (hidratación, suspensión de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, control de la tensión arterial, control del desequilibrio hidroelectrolítico, uso de protectores de mucosa gástrica, entre otros, en su caso).**

En el caso de mérito, cabe destacar que el acto quirúrgico se realizó el mismo día de su ingreso hospitalario, lo que estaba indicado, ante las manifestaciones clínicas y los hallazgos tomográficos, por lo que en este rubro se ajustó a la *lex artis*. Era un caso que requería atención a la brevedad.

Hacemos notar que el hecho de tratarse de un caso que ameritaba atención quirúrgica inmediata, esto no significa que el personal, el Dr. Barragán, podía omitir las medidas precautorias que la *lex artis* exige y que se glosan apartados más adelante.

- **Identificar patologías previas concomitantes, y contraindicaciones, en su caso.**

En el caso de mérito, **se omitió la realización de la historia clínica, elemento indispensable de la práctica médica para conocer los antecedentes y estados patológicos concomitantes en el paciente, así como para la identificación de factores de riesgo y contraindicaciones;** si bien el artículo 8 de la Norma Técnica número 52, entonces vigente, señala que la historia clínica la elabora el médico al usuario que lo amerita, de acuerdo con los diagnósticos o problemas clínicos establecidos en las notas iniciales; también lo es que en todo paciente que debe someterse a un procedimiento quirúrgico, es preciso identificar los problemas clínicos, factores de riesgo y determinar los procedimientos médicos, de laboratorio o gabinete para confirmarlos o descartarlos; elementos que se vierten en la historia clínica, procedimiento que omitió realizar el doctor Barragán, lo anterior se confirma pues no obra registro en el expediente clínico y no lo menciona en los informes rendidos ante esta Comisión. (Norma Técnica número 52. Para la Elaboración, Integración y Uso del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1996, y vigente hasta el 30 de septiembre de 1999).



- 61
- **Determinar el tipo de infraestructura, equipamiento e instrumental, así como los insumos requeridos para el acto quirúrgico y verificar si en el establecimiento hospitalario se dispone de los mismos.**

En el caso de mérito, se estima que el establecimiento disponía de los mismos, pues no existen elementos en contrario, a mayor abundamiento en este punto no existió controversia.

- **Registrar en el expediente clínico el plan terapéutico.**

En el caso de mérito, se atendió esta obligación, pues existe registro del mismo en el expediente clínico, en efecto, en nota médica de fecha cinco de febrero de mil novecientos noventa y ocho consta dicho plan.

- **Solicitar valoración por medicina interna.**

En el caso concreto no existió tal valoración, sólo una nota preanestésica que no supe, en modo alguno, este rubro, ante un paciente mayor cincuenta años, en el es obligado ponderar el riesgo preoperatorio, esto demuestra negligencia del Dr. Barragán, pues omitió asegurarse del estado del paciente.

- **Valoración preanestésica y establecer el riesgo anestésico atendiendo a cualquiera de las clasificaciones en uso (ASA y Goldman, entre otras).**

En el caso de mérito se cumplió con esta obligación, pues existe el registro de valoración preanestésica realizada por el Dr. Iracheta en fecha 5 de febrero de 1998.

IV. **Obtener carta de consentimiento bajo información para el acto quirúrgico, en el evento de no haberse obtenido previamente, con arreglo a lo previsto en los artículos 80 y 82 del Reglamento de la Ley General de**



62

Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

Como ya fue señalado, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, la **autorización inicial para el ingreso hospitalario, no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.**

En el caso de mérito no existe carta de consentimiento bajo información que, se reitera, además de ser un requisito establecido por el reglamento de mérito, es un acto elemental de ética médica, que permite al paciente ejercer su derecho para decidir, de manera libre e informada, sobre su persona, sin embargo, al abstenerse, el doctor Mariano Barragán Morales, por su negligencia, de obtener el consentimiento bajo información, se privó al paciente de este derecho, y por lo tanto, es observable un nuevo elemento de *mal praxis*.

V. Realizar el acto quirúrgico, conforme a la *lex artis*, en la especie, son de interés los siguientes puntos:

1. Observar las precauciones de asepsia y antisepsia estándar.
2. Realizar la intervención quirúrgica con magnificación e iluminación del campo quirúrgico. (Los peritos de la demandada Sergio Gómez Llata Andrade y José Humberto Mateos Gómez en la respuesta que dan en la pregunta tres en su escrito del veintiocho de agosto del año dos mil, en relación a cuales son las medidas de seguridad recomendadas durante el drenaje del hematoma subdural, para evitar lesión del parénquima cerebral, respondieron: la **visión directa del cerebro y sus cubiertas a través de magnificación e iluminación**)
3. Mantener posición neutra de la cabeza del paciente. (Kravtchouk A. Postoperative complications of chronic subdural hematomas. Prevention and Treatment. Neurosurgery Clinics of North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 547-552.)

4. Elegir el sitio de abordaje de la trepanación en sitios próximos a la colección subdural (Choudhury A. R. Avoidable factors that contribuye to complications in the surgical treatment of chronic subdural hematoma. Acta Neurochir (Wien 1994); 129(1-2): p 15-9.)
5. **Realizar el orificio u orificios de trepanación oblicuos -no perpendiculares al hueso-. (Kravtchouk A. Postoperative complications of chronic subdural hematomas. Prevention and Treatment. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 547-552.)**
6. Incidir la dura madre en forma de cruz, permitir el drenaje espontáneo del hematoma. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)
7. **Posteriormente la introducción de una sonda de drenaje al espacio subdural de un diámetro de tres milímetros, utilizando una espátula estrecha para separar el dren o sonda de la convexidad encefálica, durante la inserción. Es suficiente con insertar sólo tres centímetros de la sonda para drenaje dentro de la cavidad del hematoma. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)**
8. Mantener la sonda de drenaje cerrada durante la inserción. (Kravtchouk A. Postoperative complications of chronic subdural hematomas. Prevention and Treatment. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 547-552.)
9. Irrigar el espacio subdural hasta la completa evacuación de la colección. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)
10. En pacientes con hematomas expandidos sobre todo el hemisferio, se debe realizar otro trépano a tres o cuatro centímetros hacia la región occipital del



64

primer orificio, y determinar si fluye solución salina libremente. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)

11. En los hematomas bilaterales, se debe realizar el mismo procedimiento en el lado opuesto, manteniendo la sonda ya instalada cerrada, una vez concluido el procedimiento, deberá asegurarse que la posición de la cabeza sea la correcta y se abran simultáneamente las dos sondas. (Sadrolhefazi A. Bloomfield S. Interhemispheric and bilateral chronic subdural hematoma. Neurosurgery Clinics of North America Vol 11, No. 3, July 2000, pp. 455-463.)
12. El sistema de drenaje cerrado a gravedad se usa por 24 a 48 hrs. Después de 2 días de drenaje, si un líquido sanguinolento se observa, se debe mantener por otras 24 hrs. usualmente no se requiere continuarlo por más de 72 hrs. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)
13. La prevención de la hemorragia intracerebral es la evacuación gradual y la irrigación de la cavidad para mantener en forma constante la presión intracraneal y **el drenaje postoperatorio de la cavidad subdural bajo constante presión negativa.** (Kravtchouk A. Postoperative complications of chorinic subdural hematomas. Prevention and Treatment. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 547-552.)
14. No hay necesidad de antibióticos. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage. Neurosurgery Clinics o North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)

Kotwica Z. refiere que existen diversas técnicas quirúrgicas usadas para la evacuación de hematomas subdurales: craneotomía o craniectomía con evacuación del hematoma y escisión de la cápsula, la realización de uno o varios orificios de trepano con o sin drenaje postoperatorio del espacio subdural, caneostomía con drenaje posquirúrgico del hematoma y evacuación endoscópica del líquido.

65

La técnica quirúrgica apropiada para la evacuación del hematoma debe ser efectiva, con un riesgo mínimo de recurrencia, debe ser mínimamente peligrosa al paciente, especialmente debido a que muchos de estos pacientes son ancianos, con insuficiencia cardíaca o pulmonar potenciales, el tiempo requerido para el procedimiento quirúrgico debe ser corto, y el tratamiento debe resultar en un rápido mejoramiento de la condición del paciente con una estadía hospitalaria corta. La técnica de trépanos con un drenaje cerrado postoperatoria es el más simple y mejor método.

Sadrolhefazi A. señala que en los casos en que ambos hematomas tienen un tamaño significativo y parecen contribuir a una disfunción neurológica global, deberá realizarse el tratamiento simultáneo de ambos lados. Nuevamente, esto puede conseguirse a través de la realización de trépanos bilaterales y la colocación de catéteres subdurales. Esta técnica permite el drenaje simultáneo controlado de los hematomas y permite al cerebro acomodarse al nuevo espacio y cambiar los gradientes de presión en un periodo largo.

Como puede observarse, ninguna de estas técnicas permite la penetración del parénquima cerebral. Luego entonces, la penetración a cargo del Dr. Mariano Barragán Morales, es un acto de *mal praxis*.

A mayor abundamiento, realizar el procedimiento conforme a la *lex artis*, permite evitar complicaciones, **por ello cada uno de los elementos descritos constituye una maniobra de seguridad**, sin embargo, en el caso de mérito, no se cumplieron, lo que se hace evidente, por los siguientes elementos:

a) No existe registro en el expediente clínico de mérito de la técnica y procedimientos realizados, pues la nota post-operatoria se limita a señalar que se realizó el drenaje de los hematomas mediante trépanos parietales. En efecto, el cirujano, en el caso concreto el doctor Barragán, debe elaborar la nota post-

66

operatoria con las siguientes características:

- Operación proyectada,
- Técnica quirúrgica,
- Operación realizada,
- Hallazgos,
- Estudios de laboratorio y gabinete transoperatorios,
- Incidentes y accidentes,
- Diagnóstico post-operatorio,
- Estado post-quirúrgico inmediato del paciente,
- Pronóstico,
- Plan de manejo y tratamiento inmediato.

- (Artículo 19 de la Norma Técnica número 52. Para la Elaboración, Integración y Uso del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 1986, y vigente hasta el 30 de septiembre de 1999)

Al respecto es importante señalar que en el expediente de mérito el facultativo no informó de la operación proyectada, no describió la técnica quirúrgica, ni los hallazgos transoperatorios, tampoco informó del estado post-quirúrgico inmediato del paciente ni su pronóstico. Es evidente que el facultativo no atendió con lo dispuesto en la norma de referencia, ello denota mala práctica por negligencia, no puede estimarse que realizó debidamente la técnica quirúrgica conforme a lo dispuesto en la *lex artis*, en efecto, de haber adoptado las precauciones mínimas exigidas las habría reportado en su nota.

b.) La nota médica de los doctores Talamás y Barragán realizada el 6 de febrero a las 8:00 horas que a la letra dice: ... **la sonda de drenaje del lado izquierdo penetró en el parénquima cerebral, produciendo una zona de hemorragia parenquimatosas, efecto moderado de masa y edema con desplazamiento del sistema ventricular y línea media**."

Esta nota, según hemos venido señalando a lo largo del presente laudo, es prueba plena en el sentido de que entraña el reconocimiento expreso y espontáneo por parte de los demandados de la causa de la hemorragia intraparenquimiosa, es decir la sonda de Nelaton; y que tal fue el origen de los problemas neurológicos irreversibles en el paciente, hoy actor en el presente juicio.

Merced a dicha nota y al ulterior informe del Dr. Barragán ante CONAMED recibido el cinco de abril de mil novecientos noventa y nueve, es de tenerse y se tiene por confeso al demandado de la causa real del problema y de su *mal praxis* por impericia y negligencia. Insistimos, atendiendo a las referencias bibliográficas glosadas y que son universalmente aceptadas no se permite la penetración de la sonda en el parénquima y para ello eran necesarias las medidas precautorias glosadas con antelación, las cuales omitió el Dr. Barragán. Así las cosas, hacemos notar que se trataba de lesiones prevenibles y evitables, y lo eran en la medida que Barragán Morales debió haberlas adoptado por ser de explorada *lex artis*.

Insistimos, pese a haber estudiado el caso *in bonam partem* al médico, dando por ciertos sus registros médicos no puede tenerse por cierto que adoptó las medidas precautorias necesarias, pues de otra suerte las habría reportado en su nota post quirúrgica. Por si fuera poco el demandado termina por confesar los hechos.

- c) El informe rendido mediante escrito recibido el cinco de abril de mil novecientos noventa y nueve en el que los prestadores de servicio doctores Mariano Barragán Morales y Oscar Gabriel Talamás Murra, que a la letra dice: El paciente fue trasladado a la unidad de terapia intensiva, observando que se encontraba muy deprimido, con tendencia a la somnolencia,



68

hemiparesia derecha y afasia, por lo que se solicitó tomografía cráneo urgente, la cual fue interpretada con adecuado drenaje de hematomas; en el lado izquierdo la sonda de drenaje penetró el parénquima cerebral, produciendo hemorragia en el lóbulo frontal izquierdo, efecto de masa y edema moderado, desplazamiento mínimo del sistema ventricular y línea media. Se comentó el caso con los familiares, así como el resultado de la tomografía y el hecho de haber lesionado el parénquima cerebral y la hemorragia producida con la sonda de Nelaton del lado izquierdo, la cual se procedió a retirarla. El 9 de febrero se retiró la segunda sonda de drenaje, persistiendo el déficit neurológico.

Este informe, aunado al anterior da lugar a tener por confeso espontáneamente al demandado Dr. Barragán Morales de su *mal praxis* y los efectos yatropatogénicos por él causados.

- d) En igual sentido en el informe presentado por los médicos a fojas 20 a la 22 del expediente en que se actúa (es decir su resumen clínico ante CONAMED), señalan que al realizar la tomografía computarizada cráneo-cerebral urgente, mostró que los hematomas subdurales fueron drenados adecuadamente, tanto el del lado derecho como el izquierdo, pero se observó que la sonda de drenaje del lado izquierdo, penetró el parénquima cerebral en el lóbulo parietal izquierdo en un trayecto aproximado de 6 centímetros, produciendo una zona de hemorragia parenquimatosa con efecto moderado de masa y edema con desplazamiento mínimo del sistema ventricular y línea media.

El informe de mérito, en igual sentido al de los glosados en los dos apartados anteriores, da lugar a tener por espontáneamente confeso al Dr. Barragán Morales



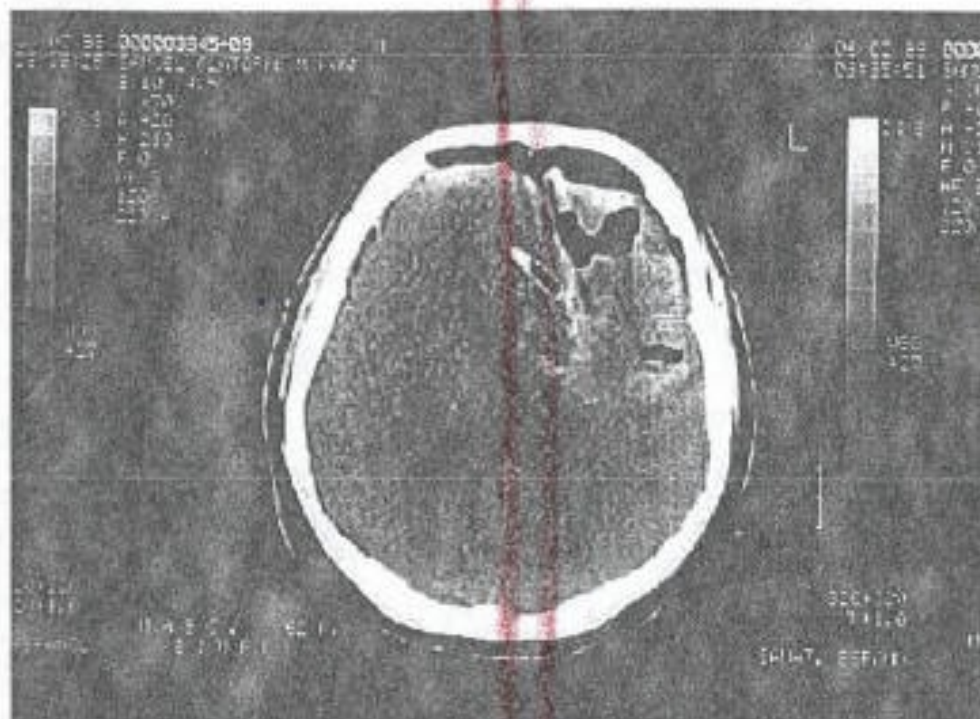
LAUDO
EXP. 286/99

de su *mal praxis* y las consecuencias adversas a la salud respecto del paciente Samuel Roberto Alatorre Morones.

Al efecto, se hace notar que aún tomando como cierta la versión de los demandados en el sentido de haber penetrado la sonda sólo seis centímetros, aún en ese supuesto se trataría de mala práctica, pues insistimos la técnica no permite este hecho.

- e) Con respecto al estudio tomográfico, fechado el **6 de febrero de 1998**, se aprecia serie simple y con medio de contraste con cortes axiales que van desde la base, al vértex; desde las imágenes sin contraste se **observa** **neumoencéfalo bilateral**, con aire en regiones frontales, temporales, e intraparenquimatosas a nivel frontotemporal del lado izquierdo; con zonas de hemorragia intraparenquimatosas que afectan la cabeza del núcleo caudado del lado izquierdo, cuerpo estriado izquierdo y región frontotemporoparietal izquierda, con edema perilesional importante que ejerce efecto de masa sobre el sistema ventricular ipsilateral y desplazamiento de la línea media de izquierda a derecha. Además se observan dos sondas, una situada en el espacio subdural derecho, y otra, indebidamente colocada en el parénquima cerebral del hemisferio izquierdo. Esta segunda sonda fue introducida diez centímetros, desde la zona del trépano en el parietal izquierdo, hasta la línea media; en una profundidad de cinco centímetros, desde el vértex hasta la punta de la misma. La segunda sonda (la izquierda) tomográficamente sigue un trayecto oblicuo de arriba hacia abajo, y de atrás hacia delante. Además, en el estudio se aprecian dos imágenes longitudinales en el parénquima cerebral izquierdo, la primera, inicia en la zona parietotemporal y llega al área frontal anterior, sobre la línea media, y la segunda paralela a la anterior, también sobre el área frontal; en ambas trayectorias se aprecian aire y hemorragia intraparenquimatosas que corresponden a los trayectos de penetración de la sonda (en síntesis, tres trayectos).





Fotografía 2.

Tomografía de fecha 6 de febrero de 1998, que muestra los trayectos de penetración de la sonda de Nelaton al parénquima cerebral y la punta de la sonda de Nelaton en contacto con la hoz del cerebro, efecto de masa con desplazamiento y compresión de estructuras ventriculares y hemorragia intraparenquimatosa.

La penetración de diez centímetros ha quedado demostrada en razón de que anatómicamente es la distancia que corresponde al espacio comprendido entre la tabla externa del parietal izquierdo y la hoz del cerebro.



LAUDO
EXP. 286/99

11

Y en cuanto a los cinco centímetros de profundidad, esto quedó demostrado por la amplitud de los cortes tomográficos, cada uno de los cuales corresponden a un centímetro (en la especie fueron cinco).

Es importante señalar que la presencia de aire intraparenquimatoso es anormal, pues en esa zona nunca los hay; esto en la especie sólo se debió a la introducción indebida de la sonda de Nelaton, al menos en tres ocasiones, al parénquima cerebral. Es decir, en una región anatómica que nunca debió haber abordado el Dr. Mariano Barragán Morales.

De igual suerte queda demostrado lo anterior, pues el paciente clínicamente presentó alteraciones del lenguaje (afasia mixta) y motoras (hemiparesia), esto traduce daño en y por haberse abordado las áreas de Broca y Wernicke y sustancia blanca del lado izquierdo, tales zonas se encuentran precisamente en las áreas anatómicas descritas que nunca debió haber abordado el Dr. Barragán.

A mayor abundamiento, tanto las imágenes tomográficas, como las alteraciones neurológicas que presenta el paciente demuestran que el Dr. Barragán, insistimos, abordó indebidamente esa zona, pues de otra forma el paciente no habría tenido los trastornos de referencia, ni la hemorragia intraparenquimatosa. Así también, la sonda únicamente debía introducirse al espacio subdural solamente tres centímetros, y en la especie se introdujo incorrectamente, esto es, en una zona no autorizada (intraparenquimatosa) y esto se debió, al hecho de haber introducido, por impericia, el Dr. Barragán diez centímetros la sonda.

De hecho, el propio Dr. Barragán está confeso de haber introducido la sonda al parénquima (así lo reconoce en su nota médica del seis de febrero, contenida en el expediente, y lo admite de nueva cuenta en su informe del cinco de abril ante



12

CONAMED). A dicho propósito resulta irrelevante su dicho en el sentido de que sólo hubiera introducido seis centímetros, pues aun suponiendo sin conceder, que sólo hubiesen sido aproximadamente seis centímetros, abordó, como él mismo admite una zona en que no tenía nada que hacer.

En el mismo sentido, es irrecusable, pues el propio doctor Barragán así lo reconoce, que mediante la introducción de la sonda Nelaton lesionó el parénquima cerebral y ocasionó una zona de hemorragia con efecto moderado de masa y edema, con desplazamiento del sistema ventricular y línea media.

Luego entonces, y pese a las argumentaciones ulteriores del Dr. Barragán (hechos con el único propósito de soslayar su *mal praxis*) es un hecho que al haber abordado (por la introducción indebida de la sonda de Nelaton) de manera negligente e imperita el parénquima cerebral, generó lesiones yatropatogénicas cuyo único origen fue la *mal praxis* mencionada, dando lugar a las secuelas neurológicas irreversibles reclamadas por la parte actora.

Es imprescindible señalar, como el propio Dr. Barragán reconoció en el expediente clínico y en su informe (ambos referidos líneas arriba) que el origen de todo fue la penetración de la sonda Nelaton al parénquima cerebral y no por la impactación de la sonda por la reexpansión del tejido cerebral como argumentan los peritos de su defensa. En efecto, impactar se refiere al estado en que la sonda se encontrase alojada y retenida en el espacio subdural y se hubiese presionado sobre la corteza hasta tornarse inmóvil (Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas. McGraw - Hill, Vol. 3, 4ª Edición, 1994, pp. 734 y Diccionario Médico Enciclopédico Taber's. Manual Moderno, 1997, pp. 664).

Sin embargo, esto no fue lo que sucedió, la sonda no se impactó, por el contrario, penetró (como confiesa el demandado) en el parénquima y esto lesionó al



paciente, produjo hemorragia, y generó, en suma, la secuela neurológica del paciente.

A mayor abundamiento, y pese a las evasivas posteriores del demandado y las apreciaciones teóricas de sus peritos, esta Comisión ha de tener, y tiene al demandado Dr. Mariano Barragán Morales por confeso de los hechos de impericia mencionados y de haber generado, indebidamente, las secuelas neurológicas al paciente.

Hacemos notar que el peritaje a cargo de los doctores Gómez Llata y Humberto Mateos, lejos de beneficiar al Dr. Barragán lo perjudican, pues ellos mismos, en su informe del tres de noviembre de mil novecientos noventa y nueve señalan: "el día 6 de febrero se encontró que el paciente presentaba una hemiparesia derecha y alteración del lenguaje, por lo que se ordenó una tomografía que mostró que la sonda del lado izquierdo había penetrado al parénquima cerebral izquierdo ocasionando una hemorragia y edema". Lo anterior demuestra que los propios peritos de la defensa no controvertieron el hallazgo de mérito.

Ahora bien, las conclusiones de los peritos a juicio de esta institución no son convincentes (no concluyeron con certeza), pues se limitan a inferir como posible mecanismo el de la reexpansión cerebral e impactación de la sonda, sin embargo, soslayaron el hallazgo anterior que no controvertieron, en el sentido de haber penetrado la sonda en el parénquima, pues está demostrado que la penetración de la sonda al parénquima cerebral no es un hecho autorizado por la *lex artis* (Kravtchouk A.) y en la especie (como el propio demandado reconoció en el expediente clínico, aún antes del juicio arbitral) esto generó las lesiones y secuelas neurológicas irreversibles ampliamente glosadas en el presente laudo.

- f) Entre las complicaciones del procedimiento quirúrgico realizado en el caso de mérito, se encuentran reportados en la literatura, los procesos infecciosos

como meningitis o abscesos, incremento de crisis convulsivas en pacientes epilépticos o presencia de crisis convulsivas en pacientes no epilépticos previamente.

Kravtchouk A., y colaboradores, señalan que **muchas complicaciones postoperatorias están relacionadas a errores técnicos que ocurren durante la evacuación del hematoma y drenaje subsecuente, entre los que se encuentran:**

⇒ Hematoma intracerebral: es un tipo raro de complicación que se presenta en el 1% al 5% de los casos. Muchos autores sugieren que se desarrolla por la descompresión rápida del cerebro, causada por la evacuación del hematoma en un solo procedimiento. La prevención de la hemorragia intracerebral es la evacuación gradual y la irrigación de la cavidad para mantener en forma constante la presión intracraneal y el drenaje postoperatorio de la cavidad. Las manifestaciones de hemorragia intracerebral dependen de su volumen y localización. Las pequeñas hemorragias no generan deterioro significativo y se resuelven en 2 a 3 semanas. Cuando la hemorragia intracerebral produce efecto de masa o está localizada en las estructuras subcorticales, puede ocasionar la aparición o agravamiento del estado de inconciencia y déficit focal.

En la especie y si bien es cierto que diversos autores refieren complicaciones derivadas de la descompresión brusca del cerebro (Markwalder -1981; Nakahara -1983; Camel -1986; D'Avella -1986; Beatty -1999; y Ogsawara -1999) y que esta Comisión coincide en tales referencias (las cuales fueron aducidas por los peritos de la defensa) pues en efecto, tal complicación está ampliamente glosada en la literatura médica; debemos hacer notar que esto no fue lo que sucedió en el caso a estudio, en efecto, el Dr. Mariano Barragán Morales, penetró por impericia y negligencia el encéfalo y lesionó estructuras vasculares y parénquima cerebral, es decir, el facultativo abordó, como ha quedado establecido, por impericia, una zona en que no debía incidir y esto es una hipótesis distinta a la planteada por sus

peritos; hipótesis que no demuestran pues de ninguna suerte el problema fue por rápida descompresión, sino por penetración indebida de la sonda.

Dicho en otros términos, no es ni puede ser convincente el dictamen pericial pues partieron lo peritos de la premisa no demostrada de una rápida descompresión cerebral; cuando en la especie no fue el problema demostrado en autos, pues como hemos venido señalando el propio demandado confesó que la lesión se produjo gracias a la penetración de la sonda en el parénquima cerebral, hecho que además como lo refiere Kravtchouk, es contrario a la *lex artis* médica. Lo que, además, fue demostrado en términos de los estudios tomográficos de autos, los cuales, no fueron controvertidos por el demandado.

Insistimos, ni demostraron la hipótesis de la descompresión rápida, ni se probó en juicio que ésta haya sido la causa de la hemorragia post quirúrgica evidenciada en autos. A mayor abundamiento, malamente se pueden tener por demostrados tales extremos cuando el propio demandado terminó por confesar la causa real de los problemas neurológicos en el paciente y que fue la penetración yatropatogénica de la sonda al parénquima cerebral.

A mayor abundamiento, aun suponiendo, sin conceder, que la hemorragia intraparenquimatosa post – quirúrgica se hubiere debido a la no demostrada descompresión cerebral brusca, aún en ese supuesto, tal complicación sería yatropatogénica (es decir, secundaria a impericia y negligencia por mala técnica quirúrgica) en razón de haberse omitido las maniobras de seguridad recomendadas en la *lex artis* médica (Modesti, D'Avella y Kravtchouk) consistentes en descompresión lenta del hematoma, reexpansión controlada, emergencia gradual de la anestesia, control de la tensión arterial y la irrigación de la cavidad subdural para mantener constante la presión intracreaneal. En efecto, el demandado no reporta haber adoptado tales medidas en sus notas del expediente clínico.



70

A dicho propósito, hacemos notar que pese a una interpretación *in bonam partem* a favor del médico, merced a la cual se da por cierto lo anotado en el expediente; pese a ello no existen elementos para tener por cierta su versión, pues no refiere haber adoptado tales medidas en sus notas post quirúrgicas, en razón de lo cual, no puede tenerse por cierto algo no asentado en el expediente, máxime cuando las lesiones son evidentes y el propio médico reconoce que la causa de las lesiones fue la penetración indebida de la sonda Nelaton.

⇒ **Otra causa de hemorragia es la inserción inadvertida del catéter (con estilete) en el tejido cerebral como una complicación de una mala técnica quirúrgica, es decir no accidente.**

En la especie, no existe evidencia de haber empleado un estilete, no pretendemos especular al respecto; sin embargo, está demostrado por haberlo confesado el médico, que existió inserción del catéter (sonda) en el parénquima, luego entonces, no se trató de accidente, sino de *mal praxis* por impericia y negligencia, sea como hubiese sido la introducción de la sonda de Nelaton.

⇒ **Neumoencéfalo a tensión: la incidencia de neumoencéfalo se ha reportado en un rango de 0 a 13.5%. Es importante para prevenir el neumoencéfalo elegir correctamente la posición de la cabeza, el rápido desarrollo de la manipulación, introducción y remoción de los drenajes y mantenerlos sellados durante el procedimiento.**

En la especie, tal complicación no amerita mayor comentario, pues no está documentada.

⇒ **Complicaciones relacionadas a la implantación y funcionamiento del sistema de drenaje. La penetración del catéter al tejido cerebral, no es una complicación común. Kravtchouk reporta que en su serie se presentó en 0.5% de los paciente. Tal complicación puede ocurrir en el caso de**



77

huesos delgados, hematomas pequeños, o cuando tienen una cápsula pobremente formada. Con esto en mente, el orificio del trépano debe ser realizado en sentido oblicuo en la superficie ósea.

En la especie el Dr. Barragán no demuestra (pues no lo refiere en sus notas médicas) haber adoptado la precaución de realizar el trépano en sentido oblicuo al plano óseo. A mayor abundamiento las tomografías de fecha diez de febrero y cuatro de marzo de mil novecientos noventa y ocho son concluyentes en el sentido de demostrar que la trepanación del parietal izquierdo no se realizó de manera oblicua, sino por el contrario, se realizó perpendicular al plano óseo, lo cual es contrario a la *lex artis* como lo refiere Kravtchouk.

Esto es una muestra más de la *mal praxis*, por negligencia e impericia del Dr. Mariano Barragán Morales.

Por si fuera poco hemos de hacer notar que una trepanación perpendicular favorece la penetración indebida del parénquima cerebral, tal y como sucedió en el presente caso, por ello está contraindicado por la *lex artis* en casos como éste, a menos que se emplee técnica endoscópica por la cual no optó el Dr. Mariano Barragán Morales.

- ⇒ Complicaciones infecciosas. (No está reportada en el presente caso)
- ⇒ Complicaciones extracraneales: tromboembolismo, neumonía, insuficiencia cardiovascular y descompensación de insuficiencia hepatorrenal. (No están reportadas en el presente caso)

Markwalder (1981), Nakahara (1983), Camel (1986), D'Avella (1986), Beatty (1999) y Ogsawara (1999), refieren como complicación postoperatoria, secundaria a la descompresión brusca del hematoma subdural, la formación de una zona de hiperemia y hemorragia intraparenquimatosa, situada en la corteza y en la sustancia blanca subcortical, en la zona vecina al hematoma subdural. La



incidencia fue de 41% con hiperemia y del 0.7% al 5% con hemorragia. Es importante destacar que esta complicación únicamente se reportó en pacientes con edad igual o mayor de 75 años, y en aquellos menores de 75 años, se asoció a hipertensión lábil, angiopatía amiloide y etilismo crónico; en un caso de 70 años, no se reportó patología asociada, sin embargo el hematoma intracerebral se ubicó en la región subcortical en la zona vecina de donde fue drenado el hematoma subdural (Nakahara).

Sobre el particular ya hemos glosado que en la especie no se trató de tal complicación; a mayor abundamiento, y en refuerzo de lo ya dicho, es importante señalar:

- Tomográficamente la hemorragia intraparenquimatosa post – quirúrgica, en el caso concreto, no estaba localizada en la zona vecina al hematoma motivo de la intervención; sino en la profundidad del parénquima cerebral.
- No hay evidencia clínica ni por laboratorio de que el paciente tuviere una alteración de la coagulación o hipertensión arterial.
- El paciente del caso, en ese tiempo, era menor de setenta y cinco años y tal complicación solo está reportada en pacientes mayores de setenta y cinco años.

En esos términos, tales elementos y la confesión espontánea del Dr. Mariano Barragán Morales, dan lugar a que no puede tenerse por cierta la hipótesis de los peritos de la defensa pues, insistimos, el motivo de la complicación fue la penetración indebida al parénquima cerebral.

g) A mayor abundamiento de lo ya expuesto y haciendo notar que existió discusión acerca de si se trataba de un procedimiento a ciegas, es importante señalar: el procedimiento quirúrgico, no es un procedimiento a ciegas, como lo afirman los peritos, doctores Sergio Gómez-Llata Andrade y José Humberto Mateos Gómez, en escrito presentado el treinta de agosto

del año en curso ante la Dirección General de Arbitraje, mediante el cual dieron contestación a lo solicitado en oficio DGA/230/0910/00, en los términos siguientes: Pregunta Dos.- ¿El drenaje de los hematomas subdurales crónicos es un procedimiento a ciegas? En caso afirmativo esta condición favorece presentar complicaciones. Respuesta.- **No es un procedimiento a ciegas dado que el cirujano tiene visión directa del cerebro y sus cubiertas.** A mayor abundamiento con las manifestaciones de los peritos, se dio vista al doctor Mariano Barragán, quien mediante escrito presentado el dieciocho de septiembre del dos mil, señaló en relación a la respuesta dos, debe tomarse en cuenta que "se trata de un procedimiento que no se realiza a ciegas".

Es importante insistir en que, durante su defensa, el Dr. Barragán incurrió en contradicciones, pues primero adujo que se trataba de un procedimiento quirúrgico a ciega, para luego terminar por admitir una vez desahogada la pericial que él mismo ofreció que no es así. Luego entonces, la defensa esgrimida por el Dr. Barragán es ineficaz y sólo se tiene por un elemento no probado, pues sus propios peritos lo desvirtuaron. Esta Institución arbitral estima pertinente señalar, así mismo, que no siendo un procedimiento a ciegas el facultativo tenía la posibilidad de cerciorarse de no incidir en un área indebida, es decir en el parénquima, y sin embargo, no adoptó, según hemos visto las precauciones para evitarlo.

Por otro lado, el cirujano Barragán tenía que haberse percatado de la longitud introducida no fuese mayor a los tres centímetros que señala la *lex artis* para el drenaje de los hematomas en el espacio subdural; sin embargo, él mismo reconoce una penetración de seis centímetros en el parénquima cerebral lo cual demuestra su impericia y negligencia.

Los elementos previamente señalados demuestran que la técnica quirúrgica no se ajustó a la *lex artis*, pues el Dr. Barragán no adoptó las maniobras de seguridad



80

requeridas, al ser evidentes complicaciones que no son secundarias a un riesgo inherente del procedimiento quirúrgico, sino que han sido descritos como consecutivas a errores técnicos que ocurrieron a la introducción de la sonda de Nelaton y durante la evacuación del hematoma y drenaje subsecuente, puesto que tanto el neumoencéfalo, como la penetración de una sonda al parénquima cerebral, son evitables y no debieron haberse presentado. A mayor abundamiento, es importante destacar que lo anterior lo señala la bibliografía universalmente aceptada aportada por el mismo doctor Barragán, al citarlos como autoridades en la materia y solicitar que se otorgue valor probatorio a los artículos bibliográficos que integran el volumen 11, número 3 de fecha julio de 2000, de la Clínicas Neuroquirúrgicas de Norteamérica. (Neurosurgery Clinics of North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000).

VI. En la evaluación post quirúrgica la *lex artis* señala, en la especie:

a. Si la condición del paciente es buena después de la cirugía, no hay necesidad de procedimientos radiológicos suplementarios. (Kotwica Z. Treatment of chronic subdural hematoma by burr-holes and closed system drainage, Neurosurgery Clinics of North America, Vol. 11 No. 3 Jul 2000, pp. 503-505.)

b. Sin embargo, si el paciente no despierta fácilmente de la anestesia o si presenta déficit neurológico deberá realizarse inmediatamente una tomografía computarizada para diagnosticar en forma temprana las complicaciones. (D'Avella D. Intracerebral hematoma following evacuation of chronic subdural hematomas. J. Neurosurg. Vol. 65:710-712, Nov. 1986.)

En el caso de mérito, es evidente el incumplimiento a las obligaciones de medios, pues se difirió hasta por seis horas el estudio tomográfico, lo cual se confirma por los registros del expediente clínico.

La falta de evaluación post quirúrgica en términos de la *lex artis* es otro elemento



81

adicional para tener por cierta la *mal praxis* observada por el Dr. Barragán Morales, en este caso por negligencia.

PONDERACIÓN DEL PERITAJE DE LA DEFENSA:

El peritaje ofrecido por la defensa, no es idóneo para generar la convicción de CONAMED en el sentido de haber existido buena *praxis* en el Dr. Barragán, en razón de lo siguiente:

- a) La hipótesis planteada por los peritos en cuanto a haberse tratado de un riesgo inherente por la reexpansión cerebral brusca no tiene sustento médico pues en la especie y como se ha glosado reiteradamente el propio demandado reconoció que no fue así; por otro lado, las tomografías así lo confirman y los daños demostrados en el paciente, demuestran que en efecto el Dr. Barragán Morales penetró el parénquima y esta situación es distinta a la planteada hipotéticamente por los peritos.
- b) Los peritos refirieron exclusivamente en su peritaje una glosa de algunas posibilidades explicativas del problema en el paciente Alatorre, sin embargo, no ponderaron las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se dieron los hechos, razón por la cual no puede producir convicción su peritaje a esta Institución.
- c) Por si fuera poco, no puede estimarse el referido peritaje como imparcial, pues de autos se desprende que el diploma que acredita al Dr. Barragán Morales como especialista en neurocirugía fue suscrito por uno de los peritos, el Dr. Sergio Gómez Llata Andrade, luego entonces, es claro que dicho perito no era idóneo pues tenía relación previa con el demandado de mérito.
- d) En igual sentido el certificado de especialidad en cirugía neurológica, expedido a favor del Dr. Barragán, por el Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica A. C., fue suscrito por el otro perito, el Dr. José Humberto Mateos Gómez, del Comité de revalidación, luego entonces, tampoco puede ser tenido como idóneo para peritar en el caso a estudio.

82

e) Con relación a lo afirmado por los peritos de la demandada al señalar "que un deterioro neurológico inesperado, es decir imprevisible, ocasionalmente complica el curso postoperatorio de la cirugía... La falta de reexpansión del cerebro, la presencia de neumocéfalo a tensión y la recurrencia del hematoma son causas bien conocidas de complicación y responsables del pobre progreso de la condición clínica... La hemorragia intracerebral que ocurre después de la extracción de un hematoma se ha reportado como rara, pero devastante en cuanto al pronóstico del paciente... Los posibles mecanismos patogénicos incluyen hemorragia en áreas de contusión previamente no detectadas, daño de la vasculatura cerebral y aumento del flujo sanguíneo, como resultado de la rápida descompresión... Este mecanismo ante la presencia de la sonda puede explicar la complicación presentada y que al edematizarse el cerebro se pudo impactar en la sonda... En resumen, el Sr. Samuel Roberto Alatorre Morones presentó una desafortunada y poco frecuente complicación de la evacuación de un hematoma subdural bilateral y el tratamiento ofrecido ... fue el adecuado, toda vez que no es posible prever que esa complicación se presentara, siendo imprevisible".

Las apreciaciones de los peritos no están sustentadas, ya se ha referido a lo largo del presente laudo que la hipótesis de los peritos no está demostrada, ni es demostrable por los siguientes motivos:

- ⇒ El problema se originó por la penetración indebida de la sonda de Nelaton, de ninguna suerte por una descompresión brusca.
- ⇒ El Dr. Barragán está confeso de los hechos.
- ⇒ La evidencia tomográfica confirma el origen del problema, como secundaria a la penetración de la sonda y la hemorragia generada por ésta.
- ⇒ La presencia de aire en la zona afectada (intraparenquimatoso) lo confirma.
- ⇒ Las afectaciones neurológicas al paciente así lo demuestran.



- f) Con lo anterior, podemos establecer que la intervención quirúrgica no se ajustó a la *lex artis*; aún cuando hubo drenaje de ambos hematomas; se produjo un hematoma intraparenquimatoso ocasionado por la penetración de la sonda de Nelaton en el parénquima cerebral, así como la introducción de aire, siendo inconcusa la existencia de mala práctica, por negligencia e impericia del Dr. Barragán.
- g) Así, podemos señalar: el principio básico de la cirugía era el drenaje de los hematomas, para evitar complicaciones; la técnica más utilizada para evacuación de las colecciones hemáticas es a través de trépanos, pues ha demostrado buenos resultados y baja morbilidad, si bien existen otras modalidades. El facultativo eligió la técnica referida y en uso de su libertad prescriptiva, es válida tal conducta; sin embargo, existió falta de precaución e impericia en el evento quirúrgico.
- h) Durante el procedimiento quirúrgico, la sonda de drenaje penetró en el parénquima; en la especie, el facultativo debía extremar las precauciones. En este caso la penetración se realizó en varias ocasiones (lo cual demuestra negligencia e impericia) favoreciendo la hemorragia intraparenquimatosa. Por lo anteriormente señalado, es notorio que existió falta de cuidado durante el procedimiento quirúrgico.
- i) Respecto de la impericia y negligencia es pertinente señalar que el hecho de haber introducido varias veces la sonda dentro del cerebro denota falta de conocimiento y cuidado atribuibles al Dr. Barragán, pues el procedimiento requiere la introducción de manera cuidadosa, sólo en el espacio subdural; precisamente para evitar un efecto adverso como el observable en este caso pues el profesional soslayó las medidas de seguridad que estaban indicadas.
- j) Con lo anterior, podemos establecer que la intervención quirúrgica no se ajustó a la *lex artis*; aún cuando hubo drenaje de ambos hematomas subdurales; se



produjo un hematoma intraparenquimatoso frontoparietal izquierdo, ocasionado por la penetración de la sonda de Nelaton en el parénquima cerebral, así como por la introducción de aire siendo inconcusa la existencia de mala práctica, por negligencia e impericia del Dr. Barragán.

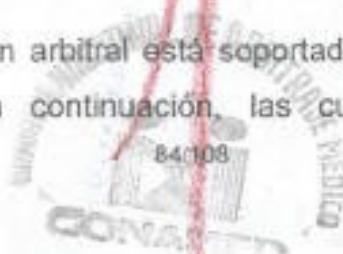
En esos términos, puede atribuirse al facultativo culpa en el efecto adverso, al omitir conductas obligatorias en términos de la *lex artis* médica, produciendo secuelas neurológicas irreversibles. Tal criterio ha sido sostenido en el artículo 2615 del Código Civil, que indica como fuentes de responsabilidad a la negligencia y la impericia.

De lo anterior se sigue, atendiendo al criterio aceptado por ministerio de ley, que el doctor Mariano Barragán Morales debe responder por sus actos propios, los cuales hemos visto, y está demostrado en autos, generaron lesión yatropatogénica en el paciente.

No es óbice para tener por cierta la mala práctica observada, la opinión pericial emitida por los doctores Sergio Gómez-Llata Andrade y José Humberto Mateos Gómez, pues su peritaje no se refirió a las circunstancias de modo tiempo y lugar en que sucedieron los hechos, se refirieron exclusivamente a hipótesis teóricas no demostradas y no tenían la idoneidad en el caso concreto en razón de tener manifiestas relaciones anteriores de carácter académico - profesional con el demandado Barragán Morales.

Por cuanto hace al doctor Oscar Gabriel Talamás Murra, esta institución arbitral no observa elementos de mala práctica de su parte, pues él no realizó la intervención quirúrgica reclamada, por tanto, es de absolverse y se le absuelve de las prestaciones reclamadas.

El criterio de esta institución arbitral está soportado, además, en las referencias bibliográficas señaladas a continuación, las cuales integran los principios



universalmente aceptados por la lex artis médica.

BIBLIOGRAFIA

1. McKissock W, Richardson A, Bloom WH. Subdural haematoma: A review a 389 cases. *Lancet* 1960; 1:1365-1369.
2. Kelly D.F, Nikas D:L, Becker DP. *Diagnosis and Treatment of Moderate and Severe Head Injuries in Adults. Chapter 59. YOUMANS, Neurological Surgery. Fourth Edition, Vol. 3. Saunders. 1996. 1654-1660.*
3. Modesti, L.M., Hodge, C.J., and Bamwell, M.L.: *Intracerebral Hematoma After Evacuation of Chronic Extracerebral Fluid Collections. Neurosurgery, 10:689-693, 1982.*
4. Ramamurthi, B., Genapathi, K., Ramamurthi, R.: *Intracerebral hematoma following evacuation of chronic subdural hematoma. Neurosurg Rev 12(Suppl. 1) 225-227, 1989.*
5. Cameron, M.M.: *Chronic subdural haematoma: a review of 114 cases. J Neurol, Neurosurg Psychiatr 41:834-839, 1978. Estudio Anatomopatológico de Hematomas Subdurales en el Hospital General de México, Olivera JR.*
6. *Utilidad del Drenaje Cerrado y del Lavado Intracapsular en el Tratamiento del Hematoma Subdural Crónico. Tesis de Postgrado de Neurocirugía, Dr. Cervera Rivero, JL. UNAM, México, D.F.1991.*
7. *Servicio de Neurocirugía, Hospital General de México, O.D. Archivo de la Unidad.*
8. Sadrothefazi A, Bloomfield S. Interhemispheric and bilateral cronic subdural hematoma. *Neurosurgery Clinics of North America* Vol 11, No. 3, July 2000, pp. 455- 463.
9. Kotwica Z. Treatment of Chronic subdural hematoma by burr holes and closed-system drainage. *Neurosurgery Clinics of North America* Vol 11, No. 3, July 2000, pp. 503-505.
10. Kravtchouk A., et. al. Postoperative complications of chronic subdural hematomas. Prevention and Treatment. *Neurosurgery Clinics of North America* Vol 11, No. 3, July 2000, pp. 547-552.
11. Markwalder, T. The course of chronic sudural hematomas after burr- hole craniostomy and closed-system drainage. *J Neurosurg* 55:390-396, 1981.
12. Smely C. Chronic Subdural Haematoma – a Comparison of two different treatment modalities. *Acta neurochirurgica. 1997. 139: 818-826.*

V.- VALORACION PROBATORIA

Por lo que respecta a las pruebas en el presente negocio, son el soporte de las estimaciones expuestas en el apartado anterior y arrojan los siguientes resultados probatorios:



LAUDO
EXP. 286/99

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.