

JUSTIFICACION

MOTIVACION

- Si la atención médica dispensada a la C. Adriana XX en el Hospital de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos en la Ciudad de México, en
- Si el procedimiento quirúrgico realizado el 25 de octubre de 2013 a la C. Adriana XX en el Hospital de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos en estaba indicado y justificado, conforme a la *lex artis* por las características del padecimiento.
- Si se aprecia negativa o diferimiento injustificado en la atención médico-quirúrgica requerida para la atención de las
- Si se aprecian alteraciones en la salud de la C. Adriana XX derivadas de mal praxis y sujetas a clasificación médico forense.

I.- ANTECEDENTES.

El caso a analizar, corresponde a paciente femenino de 42 años de edad en el momento de la atención reclamada. El 14 de septiembre de 2013 en el servicio de Urgencias del Hospital de Alta Especialidad PEMEX, refirió dolor en región inguinal izquierda, diagnosticándole coxartrosis izquierda grado IV. Acudió a valoración por Ortopedia el día 28 del mismo mes y año, en que se le programó para artroplastía total de cadera izquierda, que se realizó el 25 de octubre de 2013 con colocación de injerto óseo acetabular, al día siguiente (26/10/14) presentó lipotimia con caída, que le ocasionó luxación posterior de la prótesis, se realizó reducción abierta de la misma el 27 de septiembre de 2013, fue egresada del servicio y continuó su manejo por Consulta Externa. El 12 de marzo de 2014 se le realizó electromiografía que reportó neuritis ciática y axonotmesis del 20% del nervio ciático, la paciente continuó dolor, dificultad para la deambulacion, así como atrofia muscular de la región glútea izquierda.

A continuación se glosan los antecedentes enviados a análisis:

a).- Síntesis de la denuncia.

El 27 de agosto de 2014 la C. Adriana XX, entregó en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos escrito de queja consistente 17 hojas por una cara, contenido que fue remitido al Titular del Área de Quejas de Órgano Interno de Control en Petróleos Mexicanos que en continuidad con el procedimiento administrativo, recibió el 09 y 11 de diciembre de 2014 la información remitida por la ciudadana en comento, donde en síntesis señaló que el 25 de octubre del 2013 en el Hospital de Alta Especialidad Picacho de Petróleos Mexicanos por haber presentado coxartrosis fue sometida a artroplastía total de cadera izquierda no cementada. Refirió que dicha intervención *“lesionó nervio ciático mayor izquierdo tanto por el abordaje”* [sic] como por una luxación posterior al haberse desmayado durante la recuperación al cumplir *“la indicación de levantarse a caminar sin la debida supervisión médica”* [sic]. Mencionó que tras presentar la caída, los estudios de rayos X fueron tomados hasta 10 horas después y no fue intervenida de manera inmediata para corregir la luxación causada por la caída, sino hasta el 27 de octubre de 2013. También mencionó que como consecuencia de la primera intervención presenta alargamiento de miembro pélvico izquierdo de 2.2 centímetros lo que le ha provocado inestabilidad y dolor. Fue hasta el 15 de agosto de 2014 que se le diagnosticó axonotmesis

como consecuencia de la cirugía y la posterior luxación. Y como secuelas hasta esa fecha presentaba atrofia muscular en glúteo, muslo y pierna izquierda, dificultad para la deambulación, dolor intenso y constante en miembro pélvico izquierdo, hormigueo, adormecimiento, cambios de coloración y no ha tenido respuesta favorable al tratamiento farmacológico. Refirió también que al no contar con los recursos adecuados no ha sido posible otorgarle una rehabilitación adecuada y cuenta con valoración por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en la que se concluyó que la lesión es irreversible y el pronóstico funcional para realizar actividades es malo a mediano plazo.

A continuación se glosan los antecedentes enviados a análisis:

b).- Declaraciones ante Órgano Interno de Control.

No obran declaraciones ante el Órgano Interno de Control, se ignora si fue rendida alguna.

c) Informes médicos.

Informe médico suscrito el 8 septiembre de 2014 por el Dr. Memo del servicio de Neuroanestesiología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Que en síntesis expuso: paciente que tras el análisis de su cuadro clínico y estudios complementarios presentó diagnóstico de síndrome doloroso regional complejo tipo 2. Se sugirió manejo con Tradol gotas, Lyrica tabletas, Anapsique tabletas por tiempo indefinido y a valorar evolución y ajuste de medicamentos cada 3 meses, se sugirió apoyo de las siguientes especialidades para su tratamiento: Rehabilitación, Psicología y Psiquiatría. Lesión irreversible con pronóstico funcional malo a mediano plazo.

Resumen clínico suscrito el 30 de abril 2014 por la Dra. Chela H2 de Neurología. En síntesis señaló: Paciente valorada por primera vez en consulta enviada por Ortopedia para manejo del dolor. Su padecimiento inició posterior a cirugía de cadera por coxartrosis primaria con dolor de tipo urente en talón, en ocasiones de tipo ardoroso, parestesias de tipo hormigueo, adormecimiento y comezón que se incrementaban cuando se acostaba y cuando permanecía sentada, además con cambios de coloración en la piel de pierna izquierda; inició manejo con pregabalina e imipramina con efectos adversos por lo que se suspendió el tratamiento. A la exploración reflejos disminuidos en extremidades inferiores. Miembro pélvico izquierdo con parches de hipoestesia y zonas de hiperestesia. Punto

ciático izquierdo positivo con hipoestesia en empeine y disminución de la sensibilidad en cara lateral y posterior de la extremidad inferior izquierda. Electromiografía y velocidad de conducción con evidencia de lesión neurológica periférica manifestada por denervación parcial y crónica en bíceps sural, gemelo, peroneo y tibial anterior izquierdo; disminución parcial de la neuroconducción motora de peroneo y tibial izquierdo, probablemente secundario a neuritis del ciático mayor izquierdo. En consulta del 9 de mayo 2014 acudió con cuadro clínico de parálisis facial, se inició manejo sin referir mejoría del dolor y con presencia de efectos adversos al medicamento. Tras mejoría leve, el 26 de mayo presentó recaída con aumento de la sintomatología por lo que se interconsultó a Rehabilitación.

Resumen clínico suscrito el 21 de octubre 2014 por la Dra. LamozaG. V. Neurología.

En síntesis refirió: Valorada por única ocasión el 8 de agosto 2014 por presentar historia de dolor en cadera izquierda, sacroileitis, coxartrosis grado III, gonartrosis. Antecedentes de dos cirugías por coxartrosis y luxación de prótesis con posterior dolor de inicio en nalga izquierda que corre por la cara posterior hasta talón y planta antes de la implantación de los artejos, de predominio nocturno, con disestesias, parestesias y zonas de comezón en el empeine con sensación de entumecimiento que dificultaron la deambulacion, generando varios meses de inactividad física. A la exploración, pares craneales con leve asimetría de ceja, comisura labial y surco nasogeniano derecho, resto normales; sensibilidad de miembro pélvico izquierdo con parches de hipoestesia y algunas zonas de hiperpatía, no se evocó alodinia, alteraciones en parche de la temperatura con disminución de la sensación térmica en el empeine, durante la exploración sin cambios de coloración en la piel, sin contractura de paravertebrales, ni dolor. Marcha ligeramente torpe por diferencia de longitud de los miembros pélvicos. Se le ofreció escalar dosis de pregabalina lentamente, así como se indicó apoyo en esfera psicológica. Se dio cita para el 15 de octubre a la que no acudió.

Resumen clínico suscrito el 22 de octubre 2014 por el Dr. José Lero de Rehabilitación,

en síntesis señaló: Se valoró a la paciente por primera vez el 19 de diciembre de 2013, canalizada por el servicio de Ortopedia postoperada de artroplastía total de cadera izquierda, realizada el 25 de octubre de 2013, re intervenida el 27 del mismo mes por luxación de la prótesis. *Refiere que lograba pararse y deambular con ayuda*, de forma ocasional presenta inflamación tras caminar, dolor de rodilla, cambio de coloración, sensación de adormecimiento en dorso de pie y cara anterior de muslo izquierdo. A la

exploración, cicatriz quirúrgica de 11 centímetros en glúteo izquierdo, arcos de movilidad de cadera izquierda con flexión de 90°, fuerza de cadera izquierda Psoas 4-, glúteo medio 2+, aductores 2+, glúteo mayor no valorable por la posición de la paciente, hipoestesia en cara anterior de pie y muslo izquierdos, reflejos miotáticos presentes y normales. Se consideró con disfunción severa de marcha secundario a procedimiento quirúrgico, se brinda apoyo con terapia física con la finalidad de mejorar arcos de movilidad, aumentar fuerza y mejorar la función de la marcha. Pronóstico bueno para la función y la vida. Se instruyó a paciente y familiar **sobre los movimientos que no puede realizar con la cadera operada**. Se apoyó con servicio de ambulancia por un bloque de terapias, se prescribió programa de ejercicios diarios consistentes en hidroterapia, movilizaciones activas asistidas, fortalecimiento isométrico. Cursó con infección de vías respiratorias por lo que se modificó manejo. Se confirmó **acortamiento** [sic] de extremidad inferior operada. Evolucionó de forma adecuada con buena movilidad, mejor fuerza y funcionalidad, por lo que se decidió egreso el 24 de enero de 2014 con datos de coxalgia derecha. El 4 de febrero fue reenviada por Ortopedia para valorar manejo de coxalgia derecha ya que presentó dolor y limitación funcional. A la exploración se encontró *“sin auxiliares para la marcha, cadencia regular, logrando puntas, talones, sentadillas a grados medios con discreta molestia en cadera derecha, arcos de movilidad completos y fuerza global en 4”* [sic], sensibilidad conservada, reflejos presentes. Área dolorosa de bursa trocantérica de predominio derecho y dolor en tercio medio de ingle derecha, se reingresó diario a terapias para mejora de condiciones generales de cadera derecha y reforzar la funcionalidad. Pronóstico reservado a evolución de ambas caderas. Se indicó termoterapia superficial y profunda, corriente analgésica, estiramiento y ejercicios de fortalecimiento isotónico. Suspensión de terapias por indicación de Ortopedia en fechas 18 de febrero y 13 de marzo 2014. Potenciales evocados somatosensoriales de miembros pélvicos dentro de la normalidad. Enviada por Neurología el 28 de mayo 2014 para manejo de neuralgia y neuritis por probable irritación del nervio ciático, no tolera mucho tiempo sentada o acostada, para esta cita nos informa que cursó con parálisis facial izquierda. Pendiente valoración por vascular periférico por los cambios tróficos en pierna izquierda. A la exploración sin auxiliares para la marcha, cadencia lenta, tendencia de los pies a lo plano, coloración marmórea en piernas con frialdad de extremidad inferior izquierda, dermatografismo al roce, arcos de movilidad completos, limitado por dolor a la flexión derecha; Bragard derecho, reflejo aquileo derecho disminuido, dolor a la palpación de área lumbosacra, iliolumbar y sacroiliaca izquierdas, no concluyentes de sistematización y cambios tróficos en piel. Se reingresó a terapias para

mejorar sensopercepción y eliminar en lo posible el dolor. Para el 1 de julio 2014 con leve mejoría, claudicación intermitente, sensibilidad disminuida en dermatoma L5 izquierdo, se indica corriente eléctrica y laser, continuar con fortalecimiento.

En reunión conjunta se informa que el diagnóstico otorgado por el Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología es Síndrome doloroso regional complejo, sugiere manejo por Neurología y Anestesiología, no existe contraindicación para continuar con rehabilitación. Se dan recomendaciones en uso de calzado adecuado para brindar buena biomecánica de la marcha. Para el 24 de julio se reportó que no toleró la aplicación de laserterapia, no se encontraron datos de quemadura, se suspendió terapia y se indicó reposo. Última cita el 8 de agosto de 2014 con agudización del cuadro mencionado, se dan recomendaciones y cuidados generales. Cita abierta.

Resumen clínico suscrito el 22 de octubre de 2014 por el Dr. Felipe Calderón de Neurocirugía, en síntesis manifestó: Femenino de 42 años valorada por primera vez en consulta externa el 26 junio de 2014 con antecedente de cirugía de sustitución de articulación coxofemoral izquierda, enviada por dolor con irradiación hacia parte posterior de glúteo y pierna izquierda, además de parestesias en cara dorsal de pie izquierdo. A la exploración con claudicación, extremidades inferiores con fuerza 4/5 para la flexoextensión de miembro pélvico izquierdo, no tolera deambular en talones, hipoestesia en dermatoma L5 izquierdo, hiporreflexia aquílea, dolor a la palpación de apófisis espinosas de L4 y L5. Resonancia magnética simple de 19 de mayo 14 con protrusión discal posterolateral izquierda a nivel de L5 S1 que contacta la raíz, pero no condiciona estenosis neuroforaminal. Potenciales evocados somatosensoriales de nervios tibiales normales. Electromiografía del 12 de marzo 2014 con evidencia de lesión neurológica periférica manifestada por denervación parcial y crónica en bíceps sural, gemelo, peroneo y tibial anterior izquierdo; disminución parcial de la neuroconducción motora del nervio peroneo y tibial izquierdo probablemente secundario a neuritis del ciático mayor izquierdo. Por el momento sin indicación neuroquirúrgica para tratar discopatía L5 S1, continuar manejo por Traumatología y Medicina del Dolor.

Informe médico suscrito el 22 octubre de 2014 por el Dr. # Felix y el Dr. Oscar Martínez de Ortopedia, donde señalaron en síntesis: que se atendió paciente por primera vez el 11 de noviembre de 2013 por presentar urticaria posterior a la ingesta de medicamentos prescritos, aparentemente alérgica al diclofenaco por lo que se suspendió éste y demás

AINES [antiinflamatorios no esteroideos], continuó con enoxaparina y omeprazol, Tramadol en caso de dolor. Segunda consulta el 21 de abril de 2014 por coxartrosis primaria bilateral, lesión de nervio ciático por artroplastía de cadera. Refirió debilidad de miembro pélvico izquierdo, fuerza disminuida, hipoestésias. Continuó en reposo con uso de neuromoduladores. Última consulta el 01 de mayo de 2014 por haber presentado parestesias de ambas piernas, de predominio izquierdo, con marcha independiente, lenta y claudicante, signos de neurotensión negativos, reflejos aquileo y rotuliano disminuidos, en tratamiento con carbamazepina, gabapentina y Arcoxia.

Informe médico suscrito el 27 de octubre de 2014 por el Dr. Ricardo Bistgrain, de Ortopedia, que en síntesis mencionó: Femenino de 42 años que se atendió en Urgencias el 14 de septiembre de 2013 por presentar dolor intenso en región inguinal izquierda que se irradiaba a cara lateral de miembro pélvico izquierdo, especialmente a rodilla y se exacerbaba en la noche. A la exploración con claudicación por miembro pélvico izquierdo, dolor a la palpación en región inguinal izquierda, arcos de movilidad de cadera izquierda con limitación a la flexión por arriba de 90°, dolor a la rotación externa a 45° sin molestia a la rotación interna, sin alteraciones de fuerza, sensibilidad. *Con acortamiento de miembro pélvico izquierdo de aproximadamente un centímetro de longitud [sic]*. RX de columna lumbar anteroposterior y lateral con disminución de los espacios de conjunción de L5 S1 con desbalance pélvico a expensas de izquierda. Escoliosis levoconvexa tóraco-lumbar sin lesión ósea. Pelvis con disminución del espacio interarticular en cadera izquierda con pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral y esclerosis subcondral, principalmente en techo acetabular con formación de complejos osteofíticos. Coxartrosis grado IV variedad acetábulo protruso. Radiografías de rodilla bilateral, en la izquierda con ligera disminución de los espacios intrarticulares, gonartrosis grado II. Inició manejo analgésico, Rehabilitación y medidas higiénico dietéticas. Acudió nuevamente a Urgencias el 17 de septiembre sin mejoría de la sintomatología. Cita de Ortopedia el 28 de septiembre con dolor en cadera izquierda e irradiación a región glútea y sacra de intensidad 10/10 que se exacerbaba a la deambulación y en decúbito lateral izquierdo con sensación de bloqueo, disminuye con la ingesta de analgésicos, con hipotrofia en glúteo medio, arcos de movilidad dolorosos. Se realizaron pruebas básicas de identificación de patología reumática que resultaron negativas, se explica patología y se ofrecieron alternativas de tratamiento conservador y rehabilitación, de no responder sería candidata a artroplastía total de cadera izquierda a lo que la paciente y sus familiares optaron por el tratamiento quirúrgico. Se realizó reemplazo

el 25 de octubre 2013, al día siguiente por la tarde presentó lipotimia que causó luxación de prótesis por lo que se realizó reducción abierta sin complicaciones. El 11 de noviembre de 2013 acudió a Urgencias por manifestaciones alérgicas, al no identificar el agente se administraron antihistamínicos con mejoría sintomática. Diagnósticos: Neuritis de nervio ciático, axonotmesis del 20% del nervio ciático izquierdo. Síndrome doloroso regional complejo. Coxartrosis bilateral de la modalidad protrusión acetabular idiopática. Discopatía L5 S1 izquierda. Escoliosis degenerativa levoconvexa. Espondiloartrosis degenerativa idiopática. Hipotrofia muscular de ambas caderas y ambas rodillas. Luxación protésica temprana secundaria a lipotimia. Pobre apego a medicamentos (antineuróticos) por efectos adversos a los mismos.

d).- Del expediente clínico destacan las notas siguientes:

11 de octubre de 2013. Valoración preoperatoria Cardiología. Se establece riesgo bajo de acuerdo a la Asociación Americana del Corazón, con posibilidad de complicaciones y defunción de origen cardiaco menores al 1%, sin considerar el riesgo inherente al procedimiento quirúrgico y anestesia, se recomiendan medidas de higiene venosa, monitoreo continuo, tromboprolifaxis en caso de postración prolongada. Dr. Cruz.

24 de octubre de 2013, 15:24 horas, Ortopedia. Nota de ingreso. Se ingresa femenino de 41 años por antecedente de 3 meses de evolución con dolor en glúteo izquierdo que se irradia a miembro pélvico por la región posterior, acompañado de gonalgia intensa y aumento de volumen por lo que acude a Urgencias, se tomó radiografía encontrando coxartrosis importante. Paciente con marcha plantigrada, bipodálica, antiálgica, con presencia de hipotrofia en glúteo medio, fuerza muscular 4/5 izquierda; en radiografía con disminución del espacio articular con osteofitos marginales más esclerosis subcondral en techo acetabular y pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral. Dra. Verónica Martina Robles García.

25 de octubre de 2013, 03:53 horas, Ortopedia. Paciente que ingresó por coxartrosis grado IV izquierda, candidata a manejo quirúrgico mediante artroplastía total de cadera izquierda el día de hoy, laboratorios dentro de parámetros normales y valoración cardiológica normal. Dr. Enrique Martínez Bistrain.

25 de octubre de 2013, 08:42 horas. Anestesiología, valoración preanestésica. Paciente de 41 años de 69 Kg. De peso 168 cm. de talla, con diagnóstico de coxartrosis de cadera izquierda, se solicita de urgencia para artroplastía total. Riesgo anestésico quirúrgico ASA I, plan: anestesia regional. Se explica procedimiento a familiar y paciente, firman consentimiento anestésico. Dra. Gloria María Álvarez Bobadilla.

25 de octubre de 2013, 13:42 horas, Anestesiología. Nota postanestésica. Se realizó bloqueo subaracnoideo más sedación, sin complicaciones anestésicas. Se egresó de sala bajo ventilación espontánea, signos vitales estables, sangrado 600 mililitros, balance positivo de 160 mililitros, tiempo anestésico 245 minutos, tiempo quirúrgico 190 minutos. Dra. Gloria Álvarez Bobadilla.

25 de octubre de 2013, 13:43 horas, Ortopedia. Nota postquirúrgica. Diagnóstico pre y postquirúrgico: Coxartrosis grado IV izquierda. Cirugía planeada y realizada: Artroplastía total de cadera izquierda no cementada con prótesis Sinergy de Smith and Nephew **con componente acetabular de 48 mm + cabeza 28 mm/+4 mm, componente femoral 13 mm con fijación de 3 tornillos de esponjosa de 20 mm.** Anestesia: bloqueo mixto, sin complicaciones, ni incidentes, sangrado 600 mililitros. Tiempo de cirugía 3 horas con 15 minutos [no se detalló técnica quirúrgica]. Dr. Enrique Martínez Bistrain.

26 de octubre de 2013, 07:10 horas, Ortopedia. Paciente postoperada artroplastía total de cadera izquierda, refiere dolor en herida quirúrgica, se encuentra afrontada con grapas, sin salida de material, llenado capilar distal inmediato. Se retira cojín abductor Bistrain. En las indicaciones para Enfermería destaca en el punto número 5 "*Cuidados especiales [a continuación en el renglón manuscrito] movilizaciones fuera de la cama a tolerancia* [sic], con rúbrica.

26 de octubre de 2013. Registros de Enfermería, sin alteraciones en signos vitales; destaca en el turno matutino la anotación en evolución de Enfermería: "*el familiar la moviliza fuera de la cama (sin autorización del médico) queda con dolor*" [sic]. Confirmado en el apartado de plan de cuidados estandarizado donde se establece el diagnóstico de Enfermería de: "*deterioro de la movilidad en la cama y deterioro de la habilidad para deslizarse en la camas*" [sic], y en intervenciones de Enfermería: "*explicar las razones del*

reposo en cama” [sic], destaca también que no se hizo referencia alguna a revisión médica, traslado o toma de radiografías.

27 de octubre de 2013, 12:35 horas, Ortopedia. Nota de programación de cirugía. Paciente con antecedente de artroplastía total de cadera izquierda no cementada **con luxación del componente femoral**, la cual se programó para reducción abierta de manera urgente. Se envió expediente a jefatura de consulta externa y cuerpo de gobierno para su aprobación y programación de manera urgente. Dr. Enrique Martínez Bistrain.

27 de octubre de 2013. Ortopedia Nota postquirúrgica. Diagnóstico pre y postquirúrgico luxación de prótesis de cadera izquierda. Cirugía realizada: reducción abierta de luxación de prótesis de cadera izquierda. Sangrado mínimo. Paciente que ingresó a Recuperación con efectos residuales de anestesia, con herida quirúrgica en región de cadera izquierda sin datos de sangrado, ni compromiso neurovascular distal, se solicitaron radiografías de control antes de egreso a hospitalización. Dr. Enrique Martínez Bistrain.

28 de octubre de 2013, 08:16 horas, Ortopedia. Paciente que tolera la vía oral, con dolor mínimo en sitio quirúrgico, buena coloración, sin sangrado activo en herida quirúrgica. No retirar cojín abductor, reposo absoluto. Dr. Enrique Bistrain.

29 de octubre de 2013, 09:30 horas. Ortopedia. Paciente que refiere mejoría importante del dolor. Herida afrontada con grapas, con salida de material sanguinolento escaso, adecuada movilización de miembros pélvicos, llenado capilar distal inmediato. Dr. José Ernesto De León Martínez.

30 de octubre de 2013, 12:15 horas. Ortopedia. Paciente que refiere dolor a la movilización en cama, adecuada movilización, sin compromiso neurovascular, sin alteraciones en la sensibilidad, valorar alta, pendiente sedestación de la paciente. Dr. José Ernesto De León Martínez.

01 de noviembre de 2013, Traumatología y Ortopedia. Nota de alta. Fecha de ingreso 24 de octubre de 2013 con diagnóstico de coxartrosis grado IV izquierda y luxación de prótesis de cadera izquierda. Cirugía realizada: Artroplastía total de cadera izquierda primaria no cementada y reducción abierta de luxación de prótesis de cadera izquierda. Alta

por mejoría. Paciente alerta, cooperadora con buena hidratación, herida de aproximadamente 12 centímetros, afrontada con grapas sin salida de material, adecuada movilización de miembros, adecuada evolución posquirúrgica, tolera la movilización fuera de cama por lo que se egresó con cita a Consulta Externa. Medicamentos: cefuroxima, ketorolaco, paracetamol, tramadol gotas, enoxaparina, omeprazol. Medias de compresión media, rehabilitación de miembro pélvico izquierdo, no apoyar, vigilar datos de sangrado activo, curación cada tercer día. Dr. Bistrain.

11 de noviembre de 2013, 13:08 horas, Urgencias. Paciente que acude por urticaria alérgica. Inicia con presencia de “ronchas” [sic], prurito, odinofagia y disfonía, así como edema de párpados secundario a la ingesta de omeprazol y diclofenaco, el familiar aplicó dexametasona 8 miligramos con lo que remitió, actualmente sin datos de dificultad respiratoria, ni lesiones dermatológicas. Continuó seguimiento en consulta externa. Dr. Ramiro Martínez

12 de noviembre de 2013 Informe histopatológico. Cabeza femoral con osteopenia y fibrosis leve focal. Dr. César Mauricio Rojas Maruri.

05 de diciembre de 2013, 12:20 horas, Ortopedia. Paciente que acude en camilla, refiere discreto espasmo en ingle, ya con 6 semanas de evolución, en radiografías se aprecia prótesis en colocación adecuada, se indicó deambulacion con apoyo de andadera. Dr. Bistrain.

19 de diciembre de 2013, 11:12 horas, Ortopedia. Inicia marcha sin andadera e inicia terapias de rehabilitación. Dr. Enrique Martínez Bistrain.

19 de diciembre de 2013, 12:12 horas, Rehabilitación. Canalizada por Ortopedia, postoperada de artroplastía total de cadera izquierda y reducción abierta por luxación temprana de prótesis. Dolor lumbar y en rodilla izquierda con aumento progresivo, deambula con ayuda de tercera persona, presenta cambio de coloración leve en pierna izquierda, sensación de adormecimiento en dorso del pie y cara anterior de muslo izquierdos. Arcos de movilidad completos, reflejos presentes y normales. Paciente con disfunción severa de la marcha, ingresa a terapia para mejorar movilidad, función y fuerza de la marcha. Dr. Francisco Lero.

02 de enero de 2014, 10:48 horas, Ortopedia. Paciente con evolución lenta, adaptación a la marcha lenta con apoyo de andadera. Dr. Bistrain.

24 de enero de 2014, 12:55 horas, Rehabilitación. Terminó segundo bloque de terapias, con datos incipientes de coxalgia derecha. Alta del servicio por mejoría, queda a cargo del médico tratante. Dr. Francisco Bautista Candelero.

04 de febrero de 2014, 13:54 horas, Rehabilitación. Paciente conocida por el servicio, nuevamente enviada por Ortopedia para valorar y dar manejo de lesión de cadera derecha. Logra puntas, talones, sentadillas a grados medios, arcos de movilidad completos, tono normal, trofismo conservado, fuerza global en 4, reflejos presentes y normales, se palpa área dolorosa en bursa trocantérica de predominio derecho. **Se reingresó a terapias para mejorar condiciones generales de cadera derecha y reforzar la izquierda.** Dr. Francisco Lero.

12 de marzo de 2014, 10:52 horas, Rehabilitación. Paciente canalizada por Ortopedia con diagnóstico de lumbalgia no específico. Se realizaron potenciales evocados somatosensoriales de nervios tibiales con captación lumbar y cortical. *Estudio de nervios tibiales dentro de la normalidad.*

19 de marzo 2014, 12:42 horas, Ortopedia y Traumatología. Paciente con evidencia de lesión neurológica periférica manifestada por denervación parcial y crónica en bíceps sural, gemelo, peroneo y tibial anterior izquierdo, además de disminución parcial de la neuroconducción motora del nervio peroneo y tibial izquierdo, probablemente secundario a neuritis de ciático mayor izquierdo. Actualmente con marcha bipodálica, plantígrada, independiente, molestia a la palpación de sacroilíaco izquierdo, sin deslabone pélvico, presencia de bursa dolorosa en trocánter mayor, *largo de extremidad derecha 99 e izquierda 101, sensibilidad conservada, dolor al movilizar planta del pie izquierdo.* Se suspende la rehabilitación hasta concluir terapia antiinflamatoria. Dr. Bistrain.

25 de marzo de 2014, 13:10 horas, Neurología. Paciente postoperada de artroplastía total de cadera izquierda, con probable lesión del nervio ciático, cuenta con electromiografía donde los potenciales de inserción se apreciaron disminuidos en tibial anterior y peroneo

izquierdo, ondas anormales en reposo en cantidad moderada en tibial anterior izquierdo, en contracción voluntaria con disminución parcial de la frecuencia y el voltaje de los potenciales de unidad motora en tibial anterior, gemelo, perneo y bíceps sural izquierdo, con patrón de interferencia incompleto. Hay datos de afección de nervio periférico con secuelas en fuerza y sensibilidad. Requiere tratamiento antiinflamatorio, analgésico y rehabilitación. Dra. Yamel Claudia Rito García.

09 de mayo de 2014, 12:54 horas, Neurología. Paciente con radiculopatía lumbar, se inició manejo con carbamazepina, en general se encuentra estable. “Hoy” inicia con sensación de *adormecimiento en hemicara izquierda y desviación de la comisura labial a la derecha, asimetría facial*. Inicia manejo con prednisona, continuar pregabalina y carbamazepina. Dra. Chela H2.

26 de mayo de 2014, 13:05 horas, Neurología. Paciente en control por neuralgia y neuritis no específicas, había presentado mejoría sin embargo debido a cuestiones laborales permaneció mucho tiempo sentada y esto le condicionó nuevamente dolor intenso y aumento de las parestesias. Tropismo normal, marcha claudicante derecha. No se descarta que la prótesis condicione irritación del nervio ciático; no se realiza ajuste de la dosis de los medicamentos por poca tolerancia, se considera complementar manejo con rehabilitación hasta donde sea posible. Dra. Chela H2.

28 de mayo de 2014, 11:16 horas, Rehabilitación. Paciente que reiniciar terapia desde el 12 de marzo por la misma condición, exacerbación de molestias en pierna izquierda de tipo toques de la cintura hasta el pie, hormigueo e intolerancia a permanecer mucho tiempo en la misma posición. Valorada por Neurología que sugiere probable irritación del ciático por la prótesis. Al caminar se lateraliza a la izquierda, pendiente valoración vascular por cambios tróficos, distermias y coloración marmórea. Arcos de movilidad completos, limitados por dolor, reflejos disminuidos. Se otorga terapia enfocada a bloquear el dolor y mejorar la condición nerviosa.

9 de junio de 2014, 11:29 horas, Vascular Periférico. Paciente enviada para descartar lesión vascular asociada a nivel de la extremidad inferior izquierda. A la exploración, sin datos de várices, no edema ni tensión de masas, permitiría no significativa. Pulsos presentes y normales, piel sin cambios tróficos. Sin patología vascular, alta del servicio.

Lubricación de miembros inferiores con aceite de almendras, flebotónico y analgésico sólo en caso necesario. Dr. H H H.

13 de junio de 2014, 10:34 horas, Rehabilitación. Terminó primer bloque de terapias y persiste con dolor y efectos secundarios de medicamentos como edema palpebral, a la exploración se palpa masa dolorosa infra glútea izquierda, sensibilidad disminuida en muslo izquierdo, dermografismo importante. No hay datos de sistematización. Se pide a médico tratante valorar infiltración de cadera izquierda y enviar a Algología para medicación de la respuesta simpática de miembros pélvicos. Continuará en terapia por máximo beneficio.

01 de julio de 2014, 13:32 horas, Rehabilitación. Paciente con diagnóstico de neuralgia y neuritis no específicos. Terminó segundo bloque de terapia con mejora parcial, sin embargo, persiste el entumecimiento, debilidad y hormigueo en pierna izquierda, cambio de coloración y dolor. En espera de RX. Marcha a pasos cortos, con menos claudicación que en ocasiones anteriores, coloración marmórea de piernas, arcos de movilidad a grados medios, tono normal, tropismo disminuido de área pélvica, sensibilidad disminuida en dermatomo L5 izquierdo. Seguirá en terapia para tratar de limitar las afecciones presentes, seguirá para máximo beneficio. Aplicar microcorriente, láser puntual a dosis analgésicas, fortalecimiento isométrico. Dr. Francisco Lero.

04 de julio de 2014, 11:29 horas, Neurocirugía. Paciente con presencia de lumbalgia con irradiación posterior a miembro pélvico izquierdo, asociado a parestesias en dorso de pie izquierdo. Se ha manejado con analgésicos, antineurítico y terapia física, sin embargo ha persistido con parestesias. A la exploración, extremidades inferiores asimétricas, fuerza muscular disminuida, hiperestesia en dermatomos L4, L5 y S1 izquierdos, marcha con limitación a puntas y talones. Resonancia magnética con profusión discal posterolateral izquierda, sin compromiso foraminal. Radiografías dinámicas sin presencia de listesis. Se indica pregabalina y Arcoxia. Dr. Felipe Calderón.

09 de julio de 2014, 12:31 horas, Reumatología. Femenino de 42 años enviada a valoración por parte de la Dirección Médica. Un año previo con dolor en cadera izquierda diagnosticada como coxartrosis, se le realizó recambio articular tuvo luxación temprana; desde entonces con dolor lumbar y de cadera izquierda, mas en las noches y en reposo, en tratamiento con Arcoxia y pregabalina. Sin sinusitis, ni lesiones cutáneas, no

adenopatías, no engrosamiento cutáneo, no edema, factor Reumatoide normal, recatoste de fase aguda normales. No hay datos de artropatía inflamatoria, se solicitan estudios complementarios. Dr. Fabricio Espinosa Ortega.

10 de julio de 2014, 19:19 horas, Ortopedia. Femenino con lesión de nervio ciático, evolución tórpida, en terapias de rehabilitación, con efectos adversos a los medicamentos. Actualmente toma lírica y Arcoxia. A la exploración, marcha plantígrada, bipodálica, independiente con ligera claudicación de miembro pélvico izquierdo, con cambios vasomotores; dermografismo bilateral con predominio izquierdo. Presenta dolor a nivel de glúteo izquierdo con maniobras de neurotensión positivas, hipotrofia muscular. Pendiente cita al Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología. Dr. Bistrain.

17 de julio de 2014, 10:39 horas, Rehabilitación. Femenino con diagnóstico de neuralgia y neuritis no específicos, probable síndrome doloroso regional complejo de extremidad inferior izquierda. En tratamiento con pregabalina y amitriptilina sin mejoría, con cambios de coloración y distermias, dolor en región lumbar y en emergencia de ciático del lado derecho. Realiza marcha claudicante de extremidad pélvica izquierda, con deficiencia de choque de talón, el calzado es muy holgado y no le da soporte al caminar, se nota coloración marmórea en extremidad izquierda, hipotrofia en glúteos medio y mayor, sensibilidad disminuida en extremidad inferior izquierda, herida quirúrgica dolorosa a la digitopresión; cuenta con diagnóstico de síndrome doloroso regional complejo sin contraindicación para terapias por lo que nuevamente se inició láser y calor superficial, se recomienda uso de calzado adecuado ya que es posible que el que está utilizando altere la biomecánica de la marcha y contribuya a dolor lumbar y de la extremidad pélvica derecha. Dra. Nancy Belén García López.

24 de julio de 2014, 11:53 horas, Urgencias. Acude por referir que al encontrarse en terapia de rehabilitación inició con sensación de ardor y quemadura, la cual no había disminuido y causaba escozor, además de trastorno para la marcha. A la exploración con buena coloración de piel y tegumentos, marcha normal, pero con dolor, flexión con dolor a nivel lumbar a nivel de L4 a S1 de predominio izquierdo con parestesias de pierna. Paciente con neuritis crónica agudizada en tratamiento, se aplicó Dexabion intramuscular y Nubain subcutáneo. Dr. Alfonso Herrera Gama.

25 de julio de 2014, 12:14 horas, Neurología. Femenino con radiculopatía lumbar posquirúrgica, postoperada por coxartrosis. Refiere que se ha mantenido en rehabilitación que le causó mayor alteración sensitiva. A la exploración con marcha claudicante derecha. Refiere incremento de la alteración sensitiva y dolor, así como los síntomas de hormigueo, sensación de toques y entumecimiento. Se considera interconsulta a Algología y se comenta caso con Subdirección. Dra. Chela H2.

28 de julio de 2014, 10:49 horas, Reumatología. Paciente con trastorno articular, con antecedente de coxartrosis de etiología incierta, se envió para descartar artropatía inflamatoria. Sin evidencia de sinusitis a ningún nivel; factor reumatoide y reactantes de fase aguda negativos, radiografías de manos y pies normales. Alta de Reumatología por no contar con diagnóstico susceptible de seguimiento por la especialidad. Dr. Fabricio Espinosa Ortega.

05 de agosto de 2014, 12:19 horas, Rehabilitación. Paciente con probable síndrome doloroso regional complejo refiere que ha iniciado con dolor en cadera derecha, pendiente valoración por neurología. Sin auxiliares para la marcha, pasos cortos con apoyo de talón disminuido. Cita abierta. Dr. Francisco Lero.

07 de agosto de 2014, 09:46 horas, Neurología. Se valoró a paciente por indicación de Subdirección Médica por historia de dolor en cadera izquierda en julio de 2013 de origen oscuro, sacroileitis, artroplastía izquierda, coxartrosis grado III. Radiografías de ambas rodillas en la que se observa rodilla izquierda con ligera disminución de los espacios interarticulares, gonartrosis grado II operada en octubre, dos cirugías por coxartrosis grado IV izquierda y luxación de prótesis de cadera izquierda. La paciente refiere desde la primera cirugía dolor puntual en rodilla izquierda y a la parte media de la nalga izquierda que se extiende por la cara posterior hasta talón y planta hasta antes de llegar a la implantación de los Artejos, de predominio nocturno con disestesias, parestesias y zonas con comezón en el empeine que dificultan la deambulación, lo que generó varios meses de inactividad física. A la exploración física con leve asimetría de ceja y comisura bucal derecha, fuerza conservada, reflejos simétricos, disminuidos en extremidades pélvicas, conserva sensibilidad, con parches de hiperestesia y zonas de hiperpatia, punto ciático izquierdo positivo con hiperestesia en empeine y disminución de la sensibilidad en cara lateral y posterior de miembro pélvico izquierdo, alteraciones en parche de la sensibilidad térmica,

no se observan cambios de coloración ni cambios tróficos, la marcha es ligeramente torpe por la asimetría de miembros. Aun sin conclusión por parte del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Se explicó ampliamente a la paciente y su padre, se otorga cita, medidas higiénico-dietéticas, se sugiere bajar de peso, higiene de columna, se indica pregabalina. Dra. Gloria Llamosa.

07 de agosto de 2014, 18:35 horas, Ortopedia y Traumatología. Paciente conocida y manejada por Rehabilitación, Neurocirugía, Algología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y Neurología. Actualmente sin cambios en la sintomatología. Se suspendió rehabilitación por efecto adverso. Dr. Bistrain.

08 de agosto de 2014, Neurocirugía. Paciente sin mejoría de padecimiento, acudió a cita subrogada a Medicina del Dolor en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, sin lograr valoración integral por no contar con estudios complementarios, refiere continuar con disestesias en miembro pélvico izquierdo. A la exploración, extremidades inferiores asimétricas, fuerza muscular 4/5 para la flexo-extensión, hiperestesia en dermatomas L4, L5 y S1 izquierdos, marcha con limitación a puntas y talones. Resonancia magnética del 19 de mayo de 2014 con protrusión discal posterolateral izquierda sin compromiso foraminal. Radiografías dinámicas sin listesis. Electromiografía con neuritis del ciático mayor. Por el momento sin indicación neuroquirúrgica, paciente que debe continuar con manejo en Neurología, Ortopedia y Rehabilitación. Dr. Felipe Calderón.

21 de agosto de 2014, Ortopedia y Traumatología. Acude para control por neuritis de nervio ciático derecho. Antecedente de artroplastía con luxación temprana izquierda. Electromiografía que concluye axonotmesis del 20% con recomendación de manejo por Rehabilitación para reeducación muscular; manejo neurológico para neuromodulación farmacológica y clínica de dolor para valorar realizar bloqueo desinflamatorio de ciático.

03 de septiembre de 2014, Ortopedia y Traumatología. Paciente que acude a control, actualmente en manejo por clínica del dolor en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con próxima cita en noviembre. A la exploración con marcha claudicante a expensas de miembro pélvico izquierdo, refiere parestesias en toda la pierna izquierda en parches, así como disestesia a nivel de talón izquierdo. Arcos de movilidad completos, punta-talón realizable. Cuenta con diagnóstico de axonotmesis del 20% de nervio ciático

izquierdo. Refiere en ocasiones dolor intenso por las noches y cambios de coloración. Dr. Bistrain.

17 de septiembre de 2014, Ortopedia y Traumatología. Femenino de 42 años que consulta por algoneurodistrofia secundaria a lesión de nervio ciático. Se entregó resumen para Medicina Pericial, se emitió incapacidad por 7 días, 335 días acumulados, enfermedad no profesional. Dr. Enrique Martínez Bistrain.

Estudios complementarios

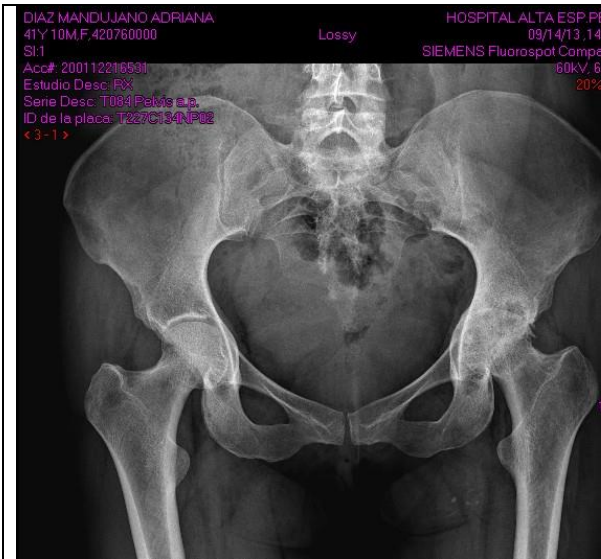
Electromiografía del 12 marzo de 2014, 08:52 horas. Se explica a la paciente procedimiento del estudio y beneficios del mismo, firma consentimiento informado. Se realiza en paravertebrales, L4-L5, L5-S1, bíceps sural, semimembranosos, cuádriceps, gemelo, peroneo y tibial anterior bilateral. Los potenciales de inserción se apreciaron disminuidos en tibial anterior y peroneo izquierdo, durante el reposo se apreciaron potenciales anormales en tibial anterior izquierdo; en contracción voluntaria hay disminución de la frecuencia y voltaje de los potenciales de unidad motora en tibial anterior, gemelo, peroneo y bíceps sural izquierdos, patrón de interferencia incompleto.

En el estudio se apreció evidencia de lesión neurológica periférica manifestada por denegación parcial y crónica de bíceps sural, gemelo, peroneo y tibial anterior izquierdo, además disminución parcial de la neuroconducción motora del nervio peroneo y tibial izquierdo probablemente secundario a neuritis del ciático mayor izquierdo, dado que en paravertebrales lumbares, no se apreciaron datos de lesión neurológica periférica. Dr. Aureliano Adán Venegas Sánchez.

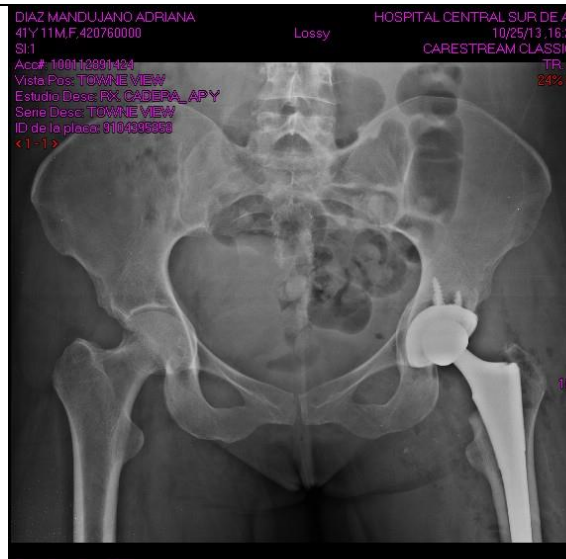
Estudio electrofisiológico de miembro pélvico izquierdo del 15 de agosto de 2014: Anormal, indicativo de lesión de nervio periférico del tipo axonotmesis que afecta al nervio ciático izquierdo en su componente externo (rama peronea), con una afección del 20% con datos de reinervación. Dr. Fernando Pancardo R.

Medición de extremidades inferiores del 17 de agosto de 2014: Asimetría de 20 mm en la longitud de los miembros pélvicos por acortamiento del lado derecho. Dr. José Antonio Mota Hernández.

El expediente radiográfico contiene los siguientes elementos:



Radiografía de pelvis en proyección antero-posterior del 9 de septiembre de 2013 a las 14:05 horas.-



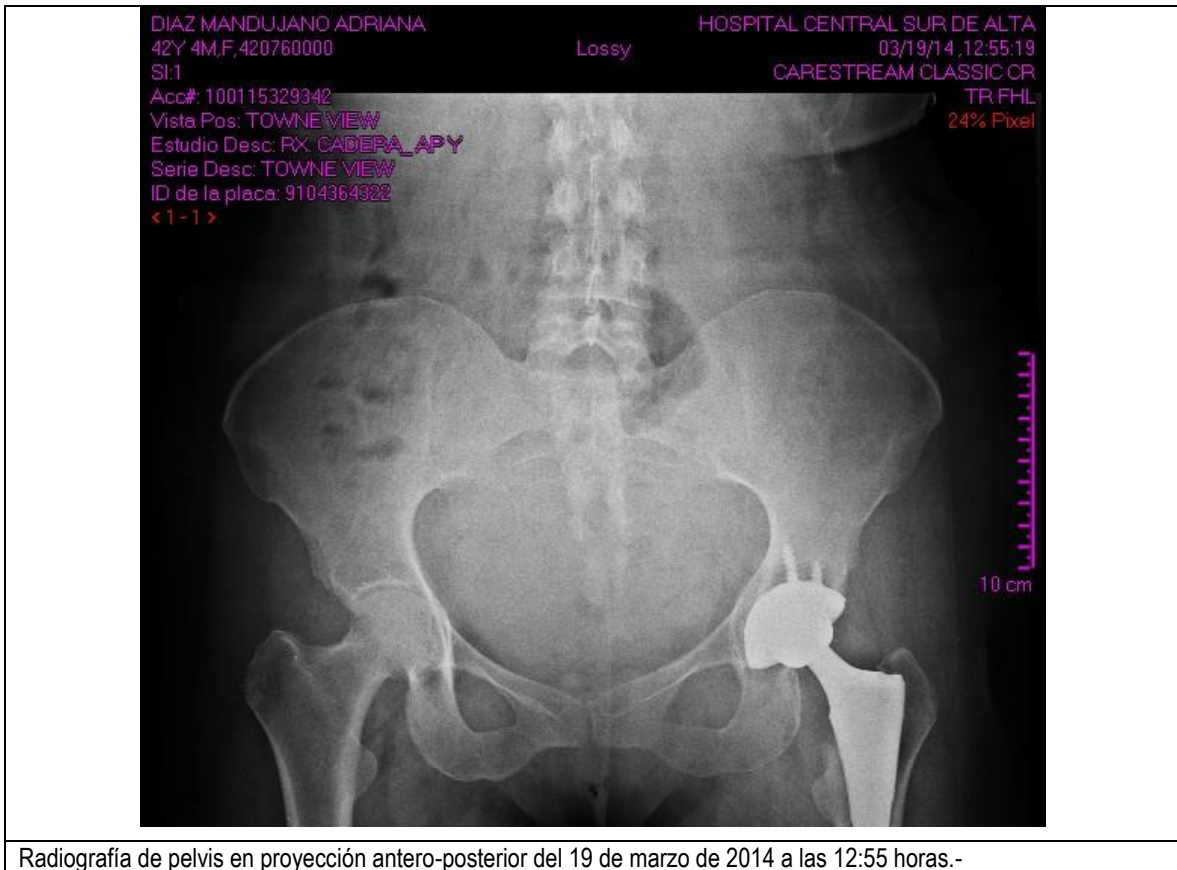
Radiografía de pelvis en proyección antero-posterior del 25 de octubre de 2013 a las 16:29 horas.-



Radiografía de pelvis en proyección antero-posterior del 26 de octubre de 2013 a las 21:43 horas.-



Radiografía de pelvis en proyección antero-posterior del 27 de octubre de 2013 a las 10:57 horas.-



La información bibliográfica señala lo siguiente:

Consideraciones.

En síntesis

III.- BIBLIOGRAFÍA

IV.- CONCLUSIONES

PRIMERA.-

SEGUNDA.-

TERCERA.-

CUARTA.-

QUINTA.-

CD MX., a _____ de _____ de 2023.

Dr. _____