

Dos Casos de Amputación Accidental durante el retiro de venoclisis.

MA. EUGENIA JIMÉNEZ CORONA*

El objetivo del presente artículo es señalar el riesgo que se tiene al retirar una venoclisis, particularmente en pacientes pediátricos, cuando el procedimiento se realiza en forma inadecuada, utilizando instrumentos punzocortantes (tijeras); para ello se presentan dos casos en los que ocurrió una amputación accidental de un dedo de la mano, al momento de retirar la venoclisis; asimismo, se señalan algunas consideraciones generales para el retiro de la misma. Los casos fueron recibidos en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; ambos ocurrieron en hospitales: uno en un nosocomio de segundo nivel y el otro en una unidad de tercer nivel de atención.



Primer caso

El padre del menor señala una amputación producida a su hijo al retirar la venoclisis, utilizando para ello unas tijeras sin el debido cuidado.

De acuerdo con la información consignada en el expediente clínico, se trata de un paciente masculino de dos meses de edad que ingresó al hospital para su tratamiento por presentar un cuadro clínico diagnosticado como varicela y bronquitis por el servicio de pediatría. Dos días después de su ingreso se reporta con buena evolución, por lo que el médico encargado decide dejar al paciente en prealta. Por la tarde de ese mismo día, en una nota de enfermería se reporta accidente por amputación traumática de falange distal del dedo índice de la mano derecha. Al momento de retirar la venoclisis, un enfermero utiliza tijeras para eliminar el exceso de tela adhesiva (al parecer el dedo se quedó adosado a la tela adhesiva y accidentalmente amputa la falange). Se informa de lo ocurrido a los familiares.

*Médico cirujano, maestra en Ciencias, Epidemiología; directora de Investigación, CONAMED



Posteriormente, el paciente es visto por el servicio de cirugía. Aquí se alude a un paciente masculino de dos meses de edad, traído del servicio de pediatría, después de una amputación traumática de la tercera falange del dedo índice derecho, que requiere hemostasia y regularización del muñón. El paciente pasa a quirófano ese mismo día; después de la cirugía el paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado, con cita programada en consulta externa.

Del análisis del caso realizado por la CONAMED, se señala paciente de 2 meses de edad, a quien durante el retiro de la venoclisis, un auxiliar de enfermería general, amputó la falange distal del 2º dedo de la mano derecha; el procedimiento para retirar la tela adhesiva que fijaba la venoclisis, no fue el estandarizado. La amputación, al parecer transversal, correspondió a una técnica inadecuada para retirar la venoclisis, por ello, el enfermero incurrió en mala práctica. El tratamiento realizado por el servicio de cirugía (regularización del muñón) se ajustó a la *lex artis*. Se señala que por la edad del paciente, su adaptación en relación con

la funcionalidad del dedo será mejor que si se tratara de un niño de mayor edad.

Adicionalmente la CONAMED sugirió a la Contraloría de la institución involucrada, que se efectuara la revisión del caso y que se emitieran las recomendaciones necesarias para reforzar el procedimiento correspondiente al retiro de una venoclisis.

Segundo caso

El segundo caso corresponde a una paciente recién nacida, prematura, que requirió la instalación de una venoclisis durante su hospitalización. Los padres de la paciente suponen que durante la noche le retiraron la venoclisis, al parecer con tijeras y le mutilaron una falange.

De acuerdo con el expediente clínico presentó asfixia neonatal, membrana hialina y persistencia del conducto arterioso; asimismo se refiere que evolucionó con dificultad respiratoria, lo que motivó su ingreso al

área de perinatología. Durante su internamiento, el servicio de enfermería refiere haber encontrado a la paciente con sangrado en el sitio donde se retiraría el sello venoso, observando una herida lineal con ausencia de falangeta y visualización de tejido óseo.

Posteriormente la paciente es revisada por el servicio de Cirugía Plástica, quienes refieren “una amputación de falange del dedo meñique izquierdo, observando lesión con sangrado fresco, lineal, de bordes nítidos. La radiografía de dicha región, evidencia amputación de la falange distal; el tejido del pulpejo restante se encuentra íntegro. El servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva se encarga de su manejo”. La nota de dicho servicio señala: “...presentando un colgajo que corresponde al tercio distal de dicho dedo biselado”, lo que hace pensar que se usó una tijera oblicuamente al eje longitudinal de la mano, con lo que el riesgo de lesionar un dedo aumentó y produjo el daño reportado en el presente caso.

La nota operatoria señala: “amputación traumática de la falange distal del dedo meñique izquierdo. Se lleva a cabo la regularización del muñón utilizando anestesia local, se realiza desbridación de restos cartilagosos que corresponden a la falange distal y se transpone el colgajo en forma biselada, que se produjo durante la amputación, se revisa el colgajo, el cual tiene llenado capilar normal, con buena evolución posterior, sin complicaciones”.

Del análisis del caso realizado por la CONAMED se señala: paciente RN, que ingresa al área de Prematuros, tratada con relación a su prematurez y diversas patologías. La enfermera encargada de la paciente, según señala su declaración, notó una mancha de sangre en el vendaje que cubría la mano izquierda, por lo que procedió a cambiarlo, detectando en ese momento la amputación de la falange distal del 5º dedo de la mano izquierda. Asimismo, la enfermera refiere que “las gasas y vendajes de la mano se desecharon y por ese motivo el segmento amputado se extravió”.

No existe una nota de enfermería, en donde se consigne cómo ocurrió el accidente, y dado que la enfermera a cargo de la paciente negó haberle producido daño alguno, no es posible abundar sobre el mecanismo de producción de la lesión; sin embargo,

es posible estimar que la lesión se debió a una amputación traumática, posiblemente por medio de tijeras, pues las características lineales, de bordes nítidos y el tejido del pulpejo restante íntegro así lo determinan, por ello se incurrió en mala práctica. El personal que produjo la lesión incurrió, además, en dolo por no haber informado de inmediato del accidente. Con relación al pronóstico funcional de la mano, se estima muy bueno, puesto que el segmento amputado fue la falange distal del quinto dedo de la mano izquierda, por la edad del paciente se adaptará mejor que si se tratara de un niño mayor. Igual que en el primer caso, se sugirió a la Contraloría de la institución involucrada la revisión del proceso y en su caso, la conveniencia de estandarizar el procedimiento para retirar venoclisis.

Consideraciones generales

En los pacientes pediátricos existe cierta dificultad en la canalización de las venas, siendo este problema aún mayor en los recién nacidos, situación que obliga a que una vez que se tenga permeable la vena, ésta se mantenga así por el tiempo que se considere necesario, por ello debe fijarse el miembro a una férula, tablilla o “avión”, utilizando tela adhesiva para este fin. Se debe garantizar la adecuada fijación de la venoclisis, de tal forma que la aguja o el catéter se mantenga bien insertado y permeable, sin que se comprima la vena y se interrumpa el flujo sanguíneo. Aún cuando la venoclisis es un procedimiento que se utiliza con mucha frecuencia, principalmente en el medio hospitalario, su instalación y retiro requieren de un procedimiento específico y cuidadoso.

Procedimiento para el retiro de venoclisis

En función de los casos presentados, es necesario precisar el procedimiento para el retiro de la venoclisis: el primer paso es la interrupción del flujo del líquido intravenoso; posteriormente se determina el sitio de la aguja, se afloja la tela adhesiva alrededor de ésta, utilizando para ello agua o alcohol. Se sostiene firmemente la aguja en su sitio para que no se salga. Se coloca ligeramente la gasa de 4 X 4 cm. en el sitio de introducción y se quita la aguja con rapidez y cuidado, aplicando de inmediato presión en el sitio y sosteniéndola hasta que se detenga la hemorragia y se aplica un *band aid* (curita redondo). En pacientes con

inmovilización del miembro canalizado, se quita la tela adhesiva (aflojándola previamente) y se retira la férula o “avión” del miembro que tenía la venoclisis. Los aspectos que deben tomarse en cuenta cuando se tiene un paciente con venoclisis son los siguientes:

Cuidados generales de la venoclisis

- Observar frecuentemente el goteo calculado y evitar retraso o adelanto en el paso de las soluciones.
- Cerciorarse de que la vena esté correctamente canalizada, en caso de infiltración, suspender el goteo; si es necesario se debe retirar la venoclisis e instalarla en otro sitio.
- Se debe vigilar la coloración y temperatura del miembro donde está instalada, así como la presencia de edema, vigilando constantemente la presencia de signos de inflamación o infiltración.
- Se requiere llevar un control estricto de las excretas, especialmente de la diuresis así como evitar la entrada de aire al torrente circulatorio.
- Las soluciones para permeabilizar la vena deben cambiarse cada 24 horas y debe evitarse el paso de medicamentos sin diluir.
- Siempre se mantendrá el área y las líneas limpias y permeables.

Comentario final

En la revisión bibliográfica que se llevó a cabo, en general no se hace suficiente énfasis en el procedimiento a seguir para el retiro de los materiales utilizados en la fijación de una venoclisis; se señala únicamente que se retire la tela adhesiva o material utilizado para fijar, sin especificar con detalle los pasos a seguir. Por lo cual se justifica hacer un mayor énfasis –principalmente entre el personal de enfermería, quien es el encargado de estas actividades– en los pasos para realizar este procedimiento, el material necesario en cada caso y subrayar que no deben utilizarse tijeras para retirar las tela adhesiva que fija la venoclisis, ya que puede lesionar al paciente si no se maneja con precaución.

Los daños provocados por el uso de instrumentos punzocortantes (tijeras) pueden ir desde simples cortaduras hasta amputaciones accidentales, como ocurrió en los casos descritos, con mayor riesgo en los recién nacidos, debido a las características de sus tejidos y el tamaño de los dedos.

Finalmente se realizó una búsqueda bibliográfica de diez años a la fecha con el fin de encontrar casos similares a los antes expuestos, sin encontrar alguno semejante en la literatura especializada.

Agradecimiento:

Al Dr. Rafael Güemes García, presidente de la Tercera Sala de Arbitraje, CONAMED, por haber aportado los dictámenes médicos utilizados en esta colaboración. 

Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Departamento de Enfermería Instalación de Venoclisis; *Manual de Técnicas*, 1999; pp 130-134.

Instituto Nacional de Pediatría (INP). Venoclisis; *Manual de Procedimientos de Enfermería*, México.

Kosier B.:Terapia Intravenosa; *Técnicas en Enfermería Clínica*, Volumen II, Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, 1993, pp 616-630.

Palmer HH.: *Manual de Enfermería Pediátrica*. Ediciones Monserratte 1992; pp 39-45.

Quisber L.: Procedimientos para la atención del recién nacido crítico; *Neonatología*. Primera Edición. Editorial Interamericana MacGraw-Hill, México, 1995, pp 18-22.

Sholtis L, Smith D.: Técnicas Pediátricas; *Manual de la Enfermera*. Cuarta Edición, Editorial McGraw-Hill, México, 1991, pp. 1332-1343.