

Responsabilidad profesional

Caso de la CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche

Arbitraje Médico, CONAMED

Síntesis de la queja

La paciente presentó súbitamente pérdida de la visión en ojo izquierdo, por ello asistió al primer Hospital donde negaron la atención por carecer de oftalmólogos, siendo referida a otro nosocomio de la misma institución, donde sucedió lo mismo; en el tercer Hospital, indicaron gotas y le recomendaron acudir a su Clínica para que otorgaran pase a Oftalmología. En esa unidad, debido a su saturación, recomendaron realizarse ecografía y ultrasonido en medio particular. Los resultados mostraron la necesidad de intervenirla quirúrgicamente; sin embargo, la cirugía fue diferida por falta de insumos. Después de dos meses, sin que atendieran su enfermedad, la paciente acudió a médico particular, donde fue operada por desprendimiento de retina.

Resumen clínico

Expediente clínico de la atención pública brindada

17 de agosto de 2007, 23:30 horas, Hoja de Urgencias, primer Hospital: Femenina de 46 años de edad, a las 20:30 horas presentó pérdida de visión; niega ardor, dolor ocular e hiperemia, sólo visualiza luz. Alerta, orientada, hidratada, pupilas isocóricas, normorreflécticas, agudeza visual ojo izquierdo sólo luz, no alcanza a ver dedos. Plan: interconsulta a Oftalmología. *18 de agosto de 2007, Oftalmología:* Paciente miope alta. Antecedentes de cirugías con láser. Agudeza visual: ojo derecho cuenta dedos a un metro, mejora a 20/100. Ojo izquierdo percibe movimiento de manos a 30 centímetros. Padecimiento actual: refiere que hoy a las 8:30 horas presentó disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo, con sensación de escorrimiento líquido en el ojo. Biomicroscopia: ambos ojos córnea transparente, cámara anterior formada, no Tyndall. Fondo de ojo derecho: excavación 4/10, retina aplicada; ojo izquierdo: hemorragia en vítreo grado IV. Diagnóstico: hemorragia vítreo grado IV. Plan: reposo relativo a 90° ó 45°, Varidasa, tabletas cada 8 horas, por quince días. Pase de su Clínica para Consulta Externa de Oftalmología.

18 de agosto de 2007, Hoja de Referencia de la Clínica a Oftalmología del segundo Hospital: La paciente refiere

no ver bien con el ojo izquierdo. Sólo ve la luz desde ayer por la noche. Consciente, orientada, pupilas isocóricas, reflejo fotomotor normal, cardiovascular sin datos patológicos, campos pulmonares ventilados, abdomen sin datos patológicos. Probable derrame intraocular izquierdo. Continuar Varidasa tabletas 1 x 3 vía oral, medidas higiénico-dietéticas. Pase a valoración y manejo.

21 de agosto de 2007, Oftalmología: Agudeza visual ojo derecho 20/50, ojo izquierdo percibe luz. Fondo de ojo derecho normal, izquierdo con hemorragia vítreo. Impresión diagnóstica: ojo izquierdo con hemorragia vítreo. Tratamiento: Varidasa, tabletas una cada ocho horas. Reposo semi-sentada. Abrir expediente.

24 de agosto de 2007, reporte de ecografía, realizada en medio particular: Ojo izquierdo fáquico, vítreo con hemorragia importante, hialoides posterior totalmente desprendida, engrosada e impregnada, se observa hemorragia subhialoidea importante, retina y coroides aplicada, excavación del nervio óptico discretamente amplia. Ojo izquierdo longitud axial 26.28 mm. Se explica a la paciente que el pronóstico visual y anatómico es malo.

31 de agosto de 2007, Hoja de evolución, Oftalmología, segundo Hospital: Agudeza visual ojo derecho: 20/200 corrige 20/50. Ojo izquierdo percibe luz desde hace 15 días, 2 cuadrantes. Agudeza visual CRx ojo derecho 20/50; presión intraocular 12 mmHg. Presión intraocular 10 mmHg. Antecedentes: miopía y astigmatismo. Láser en ambos ojos para cubrir degeneraciones miópicas periféricas (en dos ocasiones). Ambos ojos: córnea transparente, cámara anterior formada, pupilas isocóricas, normorreflécticas, cristalinos transparentes. Fondo de ojo derecho: retina aplicada, lesiones periféricas cubiertas por láser. Izquierdo: hemorragia densa que impide la valoración de polo posterior. Ecografía del 24 de agosto, indica hemorragia vítreo, hialoides desprendida y hemorragia subhialoidea importante, excavación discretamente alta. La paciente refiere mayor disminución visual de cuarenta y ocho horas de evolución, por ello se indica repetir ecografía ojo izquierdo urgente. Se envía al otro Hospital, pues no se cuenta con ecógrafo. Se realizará vitrectomía como cirugía de rescate. Se solicitan preoperatorios urgentes.

5 de septiembre de 2007, reporte de ecografía de ojo izquierdo, realizada en medio particular: Ojo izquierdo.

Cavidad vítreo con hemorragia vítreo densa organizada, desprendimiento parcial de hialoides posterior, se observa imagen lineal ecodensa poco móvil que corresponde a desprendimiento de retina casi total poco abolsado.

14 de septiembre de 2007, Oftalmología, primer Hospital: Presenta ultrasonido, encontrándose hemorragia vítreo de hialoides periférica, desprendimiento de retina casi total. Se programa cirugía de retina y vitrectomía ojo izquierdo para el 2 de octubre. *21 de septiembre de 2007, valoración, Anestesiología:* Asa I, RAQ II A.

2 de octubre de 2007, Oftalmología: No es posible realizar vitrectomía por falta de equipamiento ya que no se han comprado sondas (endoláser), solicitadas desde el mes de abril del presente, se realizará subrogación urgente.

11:20 horas, Hoja de referencia a otro Hospital: Paciente con diagnóstico de hemorragia vítreo densa que impide valoración de polo posterior, desprendimiento de retina casi total en el mismo ojo; se refiere para cirugía (vitrectomía y cerclaje en ojo izquierdo). En esta unidad no contamos con sondas endoláser, motivo por el cual estamos solicitando apoyo, ya que el asunto es urgente.

3 de octubre de 2007, Oftalmología, Hospital al que fue referida: Ojo izquierdo: clínicamente presenta hemorragia vítreo densa que impide la valoración de polo posterior. Ojo derecho: lesiones degenerativas periféricas cubiertas por láser. Ecográficamente el ojo izquierdo presenta: hemorragia vítreo densa organizada, desprendimiento parcial de hialoides posterior; desprendimiento de retina casi total. Se solicita subrogación urgente por falta de equipamiento. Cirugía vitrectomía más cerclaje ojo izquierdo. *4 de octubre de 2007, Oftalmología:* La paciente se presenta solicitando licencia médica, ya que no pudo realizarse la cirugía. Se subroga a otro Hospital.

5 de octubre de 2007, 13:00 horas, Hoja de Referencia: Paciente con diagnóstico de hemorragia vítreo densa en ojo izquierdo, fue enviada al Hospital con mayor capacidad resolutiva, para cirugía urgente, pero fue regresada de aquella unidad con reporte de que tienen diferimiento mayor a seis meses para esta cirugía. Se solicita que dicha cirugía sea realizada por medio subrogado.

10 de octubre de 2007, Oftalmología (Hospital subrogado): Desprendimiento de retina desde el 17 de agosto. Disminución de la agudeza visual rápidamente. Antecedentes personales patológicos: miopía y astigmatismo, resto negativo. Aplicación de láser ambos ojos hace tres años. Ojo izquierdo: medios transparentes, pliegues y estrías corneales, presión intraocular 16/4 mmHg. Hemorragia vítreo crónica. Células en polvo de tabaco. Fondo de ojo: no hay reflejo de fondo en ojo izquierdo. Ojo derecho: diagnóstico: hemorragia vítreo ojo izquierdo y desprendimiento de retina ojo izquierdo. Plan: consulta en el Servicio de Retina, se otorga cita para el 18 de octubre de 2007.

Constancia médica de la atención particular

23 de octubre de 2007, informe, Oftalmológico: Paciente con antecedentes de miopía elevada, presentó disminución de agudeza visual repentina en ojo izquierdo el día 17 de agosto, debido a hemorragia vítreo densa, corroborada por ultrasonido. Fue atendida en hospitales públicos donde se le indicó reposo en espera de su reabsorción y se programó para cirugía, procedimiento que fue cancelado por carecer de insumos. La paciente fue atendida en consulta el 13 de octubre de 2007, observando bajo dilatación, hemorragia vítreo densa, organizada, que no permitía ver detalles del fondo ocular; los hallazgos ultrasonográficos fueron de desprendimiento total de retina. El 18 de octubre de 2007, se realizó vitrectomía, retinopexia, endofotocoagulación y colocación de silicón para reaplicación de la retina; en la actualidad se está manejando mediante midriático, antibiótico, antiinflamatorios e hipotensores.

Análisis del caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, el cuerpo vítreo del ojo es una masa de gel constituido principalmente por mucopolisacáridos y proteínas. Estos elementos se condensan en la periferia formando una finísima capa conocida como hialoides. Esta capa, mediante un espacio virtual, se relaciona con la retina neurosensorial en toda su extensión.

Hacia la sexta o séptima décadas de la vida, es muy común que la porción posterior del vítreo se desprenda convirtiéndose en real el espacio virtual. En el miope, este proceso se sucede prematuramente. Al desprenderse el vítreo, eventualmente puede ocasionar ruptura de un vaso de la retina con el paso de sangre al cuerpo vítreo y/o al espacio subhialoideo (entre la retina neurosensorial y el cuerpo vítreo mismo), denominándose entonces hemorragia subhialoidea.

El paciente miope alto y también el de mediana cuantía, presentan degeneraciones en la retina periférica y en el vítreo, las cuales propician que se produzca, con cierta frecuencia, desgarro en la retina, especialmente cuando el vítreo se desprende. Al producirse este desgarramiento, suele romperse algún vaso de la retina con la consecuente invasión de sangre al vítreo y/o al espacio subhialoideo.

La hemorragia espontánea del vítreo, se debe a ruptura de la retina sin desprendimiento en 12 a 17% de los casos, a desprendimiento de vítreo posterior en 7.5 a 12% de los pacientes y se asocia a desprendimiento de retina regmatógeno en 7 a 10%.

Un método diagnóstico universalmente aceptado en casos de hemorragia vítreo es el ultrasonido, que es indispensable cuando la hemorragia es profusa e impide visualizar

por oftalmoscopia las estructuras del segmento posterior del ojo, en particular si se sospecha coexistencia de un desprendimiento de retina. Este método diagnóstico da imágenes características, tanto en la hemorragia vítreo como en la subhialoidea.

El desprendimiento de retina, se desencadena por el paso de líquido a una cavidad virtual entre la retina neurosensorial y el epitelio pigmentario. Existen tres variedades de desprendimiento de retina: el regmatógeno (debido a solución de continuidad en la retina por agujero o desgarro), el traccional y el exudativo, siendo el primero el más común, casi siempre auxiliado por tracciones del vítreo. La miopía, especialmente la elevada, se considera una condición predisponente.

Prácticamente todos los desprendimientos regmatógenos sintomáticos progresan a la ceguera total si no son tratados oportunamente y de manera efectiva. El reconocimiento temprano de los síntomas y signos es importante para incrementar las posibilidades de un manejo quirúrgico satisfactorio.

Los desprendimientos de retina sin compromiso macular (en especial si el desgarro es temporal superior), los desgarros gigantes y la presencia de cuerpo extraño intraocular, constituyen urgencias quirúrgicas. El procedimiento para reaplicar la retina en su sitio se denomina retinopexia.

El diagnóstico precoz de las rupturas retinianas y del desprendimiento de retina, es fundamental para iniciar el tratamiento con técnicas menos invasivas, mejorar la reaplicación quirúrgica, así como la funcionalidad retiniana.

Los objetivos de la cirugía, consisten en volver a aplicar de modo permanente la retina al epitelio pigmentado y restaurar o mantener agudeza visual máxima, así como el funcionamiento del campo visual. Para que el tratamiento del desprendimiento regmatógeno de retina sea satisfactorio, se requiere cerrar quirúrgicamente todos los orificios retinianos y suprimir cualquier tracción vítreo-retiniana significativa. En ocasiones, sólo se realiza la cirugía para limitar la progresión del desprendimiento, más que para aplicar todas las zonas de la retina.

A menudo en la cirugía de reparación del desprendimiento de retina, se recurre a la vitrectomía como primer paso, especialmente si una hemorragia (o cualquier otra causa de opacificación) impide la visualización del segmento posterior. La cirugía consiste en remoción del vítreo anterior, medio y posterior junto con la sangre que lo impregna. Una vez efectuado esto, se procede a la retinopexia.

La literatura especializada refiere, que el potencial para recobrar la visión normal, disminuye rápidamente después de los primeros cinco días del desprendimiento macular. Después de este periodo, se puede perder cerca de una línea de visión postoperatoria por cada siete días adicionales, hasta que pasa un mes y después de cuatro semanas del desprendimiento macular se pierde una línea de visión postoperatoria

cada diez días hasta los setenta días. Posterior a este periodo el potencial de recuperar agudeza visual macular es muy bajo.

Para lograr la agudeza visual óptima, en caso de desprendimiento de retina con inclusión macular, debe realizarse reaplicación precoz de la retina y la mácula, dentro de los primeros cinco días, evitando las complicaciones mecánicas o biológicas que afectan la función visual.

En el presente caso, el 17 de agosto de 2007, la paciente presentó disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo, por ello acudió a Urgencias del primer Hospital Público, donde se solicitó interconsulta al Servicio de Oftalmología.

La paciente fue atendida por Oftalmología el 18 de agosto de 2007. La nota médica de dicha fecha, señala que contaba con antecedentes de cirugías con láser; se determinó agudeza visual del ojo derecho cuenta dedos a un metro que mejoraba a 20/100; en ojo izquierdo percepción de movimiento de manos a 30 centímetros; se estableció diagnóstico de hemorragia vítreo grado IV, indicándose reposo relativo a 90° ó 45°, Varidasa tabletas, cada ocho horas por quince días y se refirió a la paciente a Oftalmología de otro Hospital, no observándose irregularidades por cuanto a estas atenciones se refiere, pues la paciente tenía aproximadamente cuatro horas de evolución con la hemorragia, encontrándose dentro del margen de seguridad para ser manejada conservadoramente.

El 24 de agosto del mismo año, en medio particular, la paciente se realizó ecografía ocular, misma que reportó hemorragia vítreo importante, hialoides posterior totalmente desprendida y hemorragia subhialoidea; lo cual indicaba que la hemorragia no se había absorbido. Esto quedó acreditado mediante reporte de la citada ecografía.

Las constancias aportadas para el estudio del caso, demuestran que la paciente fue atendida en el segundo Hospital, el 31 de agosto de 2007; es decir, presentaba catorce días de evolución, lo cual disminuía las posibilidades de recuperación funcional, pues para esa fecha, se había rebasado el margen de seguridad de una semana, reportado por la literatura especializada.

De acuerdo con la hoja de evolución de Oftalmología del 31 de agosto de 2007, la paciente presentaba agudeza visual del ojo izquierdo: sólo con percepción de luz; por su parte, el estudio del fondo de ojo, mostró persistencia de las hemorragias (vítreo y subhialoidea), así como hialoides desprendida. Asimismo, se señala mayor disminución de la agudeza visual, de cuarenta y ocho horas de evolución, indicándose ecografía urgente; sin embargo, dicho estudio no se efectuó por no contar con ecógrafo, por ello la paciente fue referida a otro Hospital.

Lo anterior, demuestra que el personal médico, incurrió en mala práctica, por negligencia, pues pese al diagnóstico establecido y que la paciente persistía con pérdida casi total de la agudeza visual, no se actuó con apego a la *lex artis*, al

solicitar estudio con el cual ya se contaba, y cuyo reporte era concluyente para estimar la realización de cirugía de rescate a la brevedad posible.

A mayor abundamiento, la citada hoja de evolución, señala que el estudio de ecografía del 24 de agosto de 2007, indicaba hemorragia vítreo, hialoides desprendida y hemorragia subhialoidea importante, así como excavación discretamente alta, explicándose a la paciente que el pronóstico visual y anatómico era malo, y pese a ello, se concretaron a solicitar nuevamente el citado estudio, omitiendo brindar la atención que el caso ameritaba.

El 14 de septiembre de 2007, la paciente fue valorada nuevamente por Oftalmología del primer Hospital, se presentó con ecografía del 5 de septiembre de 2007, realizada en medio particular, la cual reportó: persistencia de la hemorragia vítreo, desprendimiento parcial de hialoides posterior y desprendimiento de retina casi total. Por lo anterior, fue programada para cirugía de retina y vitrectomía en ojo izquierdo a realizarse el 2 de octubre de 2007.

Es necesario señalar, que la paciente ameritaba atención quirúrgica urgente, por lo que debió hospitalizarse y efectuarse cirugía a la brevedad, a fin de buscar la máxima recuperación funcional del ojo. Sin embargo, de manera contraria, tampoco se realizó la cirugía el 2 de octubre de 2007. En efecto, la nota de Oftalmología, refiere que no fue posible realizar la cirugía, debido a la falta de sondas de endoláser, motivo por el cual se efectuaría subrogación urgente.

Ahora bien, la paciente fue referida una vez más, a otro Hospital, donde tampoco fue atendida, pues, según refiere la Hoja de referencia del 5 de octubre de 2007, se regresó a la paciente por tener diferimientos mayores a seis meses para ese tipo de cirugía; por ello, se solicitó subrogación a medio privado.

En esos términos, quedó demostrado que el personal médico a cargo de la atención especializada de la paciente, incumplió sus obligaciones de medios, al soslayar el tratamiento quirúrgico que requería de urgencia. De igual forma, fue acreditada mala práctica a cargo de la Institución Pública, debido a la falta de equipo e insumos, necesarios para la debida atención de la paciente (ecógrafo y sondas endoláser).

En la especie, fue demostrado, incumplimiento para otorgar prestaciones oportunas y de calidad idónea, de la manera en que se encuentra previsto en el artículo 51 de la Ley General de Salud.

A mayor abundamiento, tanto la oportunidad como la calidad idónea se rigen por la *lex artis* médica; en tal sentido, el paciente tiene derecho a recibir atención médica, insumos y en general, el servicio médico con arreglo a sus necesidades específicas, situación que no ocurrió en este caso.

Por lo antes expuesto, la paciente optó por atenderse en medio particular, donde fue intervenida quirúrgicamente el 18 de octu-

bre de 2007, realizándose vitrectomía, retinopexia, endofotocoagulación y colocación de silicón para reaplicación de la retina.

En ese sentido, fue demostrado que la decisión de la paciente para continuar su atención oftalmológica en medio particular, estaba plenamente justificada, ante las omisiones observadas por el prestador del servicio demandado.

Apreciaciones finales

- Los hospitales de la institución pública demandada, no disponían de los recursos necesarios para la debida atención de la enferma.
- El personal médico incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, actuando en desapego a lo establecido por la *lex artis* de la especialidad.
- Lo anterior, originó que la paciente continuara su atención en medio particular, la cual, como se mencionó, estaba plenamente justificada.
- La atención brindada por facultativos distintos al demandado, no formó parte de la controversia planteada, sólo se incluyó para el análisis integral del caso.

Referencias

1. Tseng TB, Cortez RT. Prevalence and risk factors for proliferative vitreoretinopathy in eyes with rhegmatogenous retinal detachment but no previous vitreoretinal surgery. Am J Ophthalmol 2004; 37(6): 1105-1115.
2. James M, O'Doherty M. The prognostic influence of chronicity of rhegmatogenous retinal detachment on anatomic success after reattachment surgery. Am J Ophthalmol 2007; 143(6): 1032-1034.
3. Salicone A, Smiddy WE. Visual recovery after scleral buckling procedure for retinal detachment. Ophthalmology 2006; 113(10): 1734-1742.
4. Michels RG, Wilkinson CP. Desprendimiento de retina. Editorial Mosby Company, 1990; Capítulos 6 y 15: 325-345, 917-947.
5. Asociación Mexicana de Retina. Retina y vítreo. 1^a Edición. JGH Editores, 2000; Capítulo 21: 261-271.
6. Chang S. Vitrectomy. In: Yanoff M, Duker JS ed. Ophthalmology. Second edition. St. Louis. Mosby Co. 2004: 792.
7. James M, O'Doherty M. The prognostic influence of chronicity of rhegmatogenous retinal detachment on anatomic success after reattachment surgery. Am J Ophthalmol 2007; 143(6): 1032-1034.
8. Salicone A, Smiddy WE. Visual recovery after scleral buckling procedure for retinal detachment. Ophthalmology 2006; 113(10): 1734-1742.
9. Michels RG, Wilkinson CP. Desprendimiento de retina. Editorial Mosby Company, 1990; Capítulos 6 y 15: 325-345, 917-947.
10. Wilkinson CP. Retinal detachment. Rhegmatogenous retinal detachment. Mosby, 1999. 8. 39.1-39.8.