

Responsabilidad profesional

Caso CONAMED

María del Carmen Dubón Peniche¹¹ Arbitraje Médico, CONAMED.**Síntesis de la queja**

El paciente refirió que por presentar disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo y sensación de cuerpo extraño, asistió a la Institución demandada donde lo trataron desde febrero de 2007 hasta marzo de 2008 sin establecer el diagnóstico. Debido a incremento en la sintomatología fue atendido en medio privado, donde se diagnosticó glaucoma y se realizó intervención quirúrgica.

Resumen clínico**Primer nivel de atención****Expediente clínico**

7 de marzo de 2007: Masculino de 69 años de edad. Diagnóstico: blefaritis. Indicaciones médicas: cloramfenicol.

14 de abril de 2007: Cifras de graduación (+0.50, +0.25, +3.00). Ciprofloxacino.

13 de mayo de 2007: Agudeza visual: 10/10. No hay reacción conjuntival. Cloramfenicol y ciprofloxacino.

27 de junio de 2007: Secreción mucosa en ojo izquierdo, disminución visual en dicho ojo.

14 de julio de 2007: Sulfadiazina colirio.

16 de agosto de 2007: Agudeza visual sin corrección, ojo derecho: 0.8, ojo izquierdo: 0.9. Se indica metilcelulosa y complejo B.

Septiembre, 2007: Diagnóstico: conjuntivitis; cloramfenicol.

17 de febrero de 2008: Timolol y complejo B.

17 de marzo de 2008: Hoja de Referencia del primer nivel al Servicio de Oftalmología en segundo nivel de atención: Controlado médicamente, problema de glaucoma. Pérdida de visión ojo izquierdo; se acompaña estudio de visión periférica. Se envía para completar tratamiento.

Segundo nivel de atención**Expediente clínico**

23 de marzo de 2008: Servicio de Oftalmología: Disminución de agudeza visual de ojo izquierdo desde hace un

año; antecedentes negativos. Exploración: agudeza visual de ojo derecho 20/20, ojo izquierdo 20/25. Presión intraocular ojo derecho 16 mmHg, ojo izquierdo 22 mmHg, con tratamiento máximo de brimonidina, cosopt (dorsolamida) y latanoprost. Fondo de ojo derecho con excavación 3/7 y en ojo izquierdo 8/2.

27 de marzo de 2008: En gonioscopia de ambos ojos se aprecia ángulo abierto. Presión intraocular ojo derecho: 21 mmHg., ojo izquierdo 47 mmHg. Fondo de ojo excavación de papila ojo derecho 0.4, vasos centrales atrofia beta. Ojo izquierdo papila muy pálida, excavación de 0.9 profunda, lámina cribosa visible, vasos muy nasalizados en gancho, adelgazamiento (+ NR) borde neuro-retiniano, atrofia peripapilar beta. Tratamiento cosopt más iopidine (apraclonidina). Se solicitan campos visuales.

4 de julio de 2008: Presión intraocular de 21 mmHg, ojo derecho y 44 mmHg, ojo izquierdo, se indica cosopt una gota cada 12 horas, latanoprost una cada 24 horas.

25 de julio de 2008, Hoja de Urgencias: Antecedente de glaucoma, actualmente en tratamiento por Oftalmología. Inicia hace dos semanas con prurito y enrojecimiento de ojo izquierdo; acude a primer nivel iniciándose tratamiento con antibiótico oftálmico y metilcelulosa, sin presentar mejoría. El día de hoy se agudizó el prurito, acompañándose de dolor. Exploración: conjuntiva hiperémica (++), eritema de párpado superior en ojo izquierdo, secreción hialina. Diagnóstico: descartar conjuntivitis alérgica. *Glaucoma ojo izquierdo.*

25 de julio de 2008, Servicio de Oftalmología: Agudeza visual ojo derecho 20/13, corrige a 20/20. Ojo izquierdo 20/30, corrige a 20/20. Acude por secreción en ojo izquierdo y prurito. En tratamiento para glaucoma: latanoprost, dorsolamida-timolol, tobramicina, polixin X (gramicidina, neomicina, polimixina B). Se indica trazidex (tobramicina, dexametasona), en gotas y pomada oftálmicas con mismo manejo para glaucoma.

15 de agosto de 2008, Hoja de Urgencias: Portador de glaucoma izquierdo, actualmente con lopidine y xalatan (latanoprost). Desde hace cuatro días presenta secreción purulenta, prurito, epífora en ojo izquierdo. Exploración: secreción purulenta en conjuntiva izquierda y costras melicéricas.

cas en pestañas. Diagnóstico: conjuntivitis purulenta y glaucoma izquierdo. Valoración por Oftalmología.

15 de agosto de 2008, Servicio de Oftalmología: Secreción ocular multitratada. Agudeza visual 20/20 en ojo derecho y 20/40 en ojo izquierdo, el cual se encuentra con abundante secreción, cristalino con exfoliación capsular. Plan: ciprofloxacino gotas con dosis de impregnación intensiva y luego cada 4 horas.

18 de agosto de 2008: Presión intraocular ojo izquierdo 30 mmHg. Indicaciones. Betaxolol una gota cada 12 horas, latanoprost una cada 24 horas. Cita con su médico tratante.

6 de diciembre de 2008: Agudeza visual 20/20 en ojo derecho y 20/400 en ojo izquierdo. Se intervino quirúrgicamente de trabeculectomía en hospital privado. Refiere secreción conjuntival y lagrimeo. Presión intraocular 16 mmHg, ojo derecho y 12 mmHg en ojo izquierdo.

13 de febrero de 2009: Agudeza visual ojo derecho 20/25, ojo izquierdo 20/100. Presión intraocular: ojo derecho 22 mmHg, ojo izquierdo 14 mmHg. Tratamiento: Combigan (timolol, brimonidina) oftálmico una cada 12 horas; Zymas una cada 6 horas; Trazidex una cada 4 horas.

21 de marzo de 2009: Presión intraocular ojo derecho 22 mmHg, ojo izquierdo 11 mmHg. Tratamiento: latanoprost cada 24 horas. Asintomático, epífora.

Constancias de atención en medio privado.

20 de febrero de 2008, Oftalmología: Se realizó estudio de campo visual y tomografía de retina de ojo izquierdo. Diagnóstico: glaucoma.

7 de octubre de 2008, resumen médico, Oftalmología: Se atendió al paciente, quien presentaba opacidades cristalinas incipientes en ambos ojos, presión intraocular ojo derecho 16 mmHg., izquierdo 44 mmHg; ángulo abierto grado III con pigmento III, sin recesión angular. Fondo de ojo: papilas en ojo derecho 0.5; en ojo izquierdo 0.9 con vasos enganchados y rodete aplanado. Se informó la gravedad del caso y realizó trabeculectomía con carácter urgente el 30 de septiembre de 2008, saliendo en una hora, por cirugía ambulatoria.

Análisis del caso

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

Atendiendo a la literatura especializada, entre los puntos elementales de la exploración oftalmológica se encuentran los siguientes: agudeza visual, visión de los colores, campo visual, visualización de la superficie externa del ojo y sus anexos (muchas veces permite el diagnóstico de ciertas afecciones), tensión ocular, la cual debe explorarse mediante

tonómetro (esta exploración es necesaria para la prevención de ceguera por glaucoma) y oftalmoscopia.

La oftalmoscopia y la tonometría deben ser parte del examen oftalmológico regular en todos los pacientes mayores de 30 años de edad. Esto es particularmente importante, en pacientes con antecedentes familiares de glaucoma.

El glaucoma se clasifica como primario o secundario, de ángulo abierto o de ángulo cerrado, conforme al ángulo de la cámara anterior, el cual debe ser valorado por gonioscopia, morfología papilar y defectos del campo visual. Los principales factores de riesgo son: presión intraocular elevada, edad, elementos cardiovasculares (presión de perfusión diastólica baja), así como alteraciones oculares asociadas y alteraciones extraoculares.

El glaucoma primario de ángulo abierto, es una neuropatía óptica crónica, progresiva, con cambios morfológicos característicos de la papila y de la capa de fibras nerviosas retinianas, en ausencia de otra enfermedad ocular o anomalía congénita. A los citados cambios, se asocia muerte progresiva de las células ganglionares retinianas y pérdida del campo visual. El riesgo relativo aumenta gradualmente con el nivel de presión intraocular y no existe presión intraocular umbral, la cual determine el inicio de la enfermedad.

El glaucoma primario de ángulo abierto, se subdivide en glaucoma de alta presión y de presión normal. El glaucoma primario de ángulo abierto de presión alta, es de etiología desconocida, su fisiopatología puede estar asociada a mutaciones genéticas; característicamente su inicio es a partir de los 35 años de edad, es asintomático hasta que la pérdida del campo visual está avanzada, la presión intraocular se encuentra mayor de 21 mmHg sin tratamiento, y la papila muestra alteración tipo glaucomatoso adquirido característico y/o cambios en la capa de fibras nerviosas retinianas. El campo visual muestra defectos detectables por alteración de la capa de fibras nerviosas y en la gonioscopia ángulo de la cámara anterior abierto.

Los factores de riesgo asociados con aumento de alteraciones glaucomatosas son: ojo contralateral afectado, niveles de presión intraocular elevados, miopía mayor de 4 dioptrías, espesor corneal, pseudoexfoliación, hemorragia peripapilar, enfermedades sistémicas (enfermedad cardiovascular, vasoespasmos: manos y pies fríos, fenómeno de Raynaud, migraña, hipotensión sistémica, hipercolesterolemia, hiperlipidemia, enfermedad cerebral), antecedentes familiares de primer grado, entre otros.

Por cuanto hace a la evaluación del glaucoma, la literatura especializada refiere lo siguiente:

- La toma de presión intraocular es fundamental. La hipertensión ocular es el factor de riesgo más importante para

el desarrollo del glaucoma. La prevalencia del glaucoma es más alta, conforme más elevada se encuentra la presión intraocular.

- La evaluación del segmento anterior mediante lámpara de hendidura, es indispensable para confirmar la presencia de factores oculares asociados que determinen si la hipertensión ocular está en un ojo sin alteraciones, o bien, si la hipertensión ocular es secundaria a un trastorno inflamatorio, congénito, de pseudoexfoliación, de dispersión pigmentaria, etc.
- El examen de gonioscopia, debe realizarse para determinar el grado del ángulo de la cámara anterior.
- Los reflejos pupilares deben revisarse en busca de un defecto pupilar aferente, que indica pérdida del campo visual severo.
- Evaluación de la papila, se debe explorar mediante oftalmoscopia directa, en combinación con biomicroscopia con pupila dilatada, lentes que magnifiquen y permitan visualización estereoscópica, con adecuada iluminación. Existen alteraciones en la papila, sugestivas de glaucoma: aumento generalizado de la excavación; adelgazamiento de la ceja neuro-retiniana, particularmente en el sector inferior; hemorragia en astilla; asimetría en la excavación, comparada con el ojo contralateral; asimetría o declive de la lámina cribosa; aumento de la excavación vertical; atrofia peripapilar; defecto visible de la capa de fibras nerviosas, entre otras.
- El estudio de campo visual, es fundamental para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con glaucoma.
- La campimetría blanco sobre blanco, es de utilidad para el seguimiento del paciente con glaucoma.

Por cuanto hace al tratamiento, la reducción de la presión intraocular mayor del 20%, puede retardar o detener la progresión del glaucoma. La literatura especializada refiere un sistema escalonado para el tratamiento del glaucoma primario de ángulo abierto, el cual establece el inicio de tratamiento con medicamentos, siguiendo tratamiento con energía láser (trabeculoplastia); en ocasiones, los medicamentos son insuficientes o intolerables, siendo necesaria la cirugía, en especial la trabeculectomía.

Los dispositivos valvulares son el tratamiento de elección para control de glaucoma refractario, complejo, con potencial visual, cuando una cirugía convencional no puede realizarse o ha fallado. Cabe destacar, que el principal objetivo en el tratamiento del glaucoma primario de ángulo abierto, es reducir la presión intraocular y mantenerla baja, a fin de que mejore el flujo sanguíneo ocular, ocasionando efecto neuroprotector directo, el cual evita la progresión hacia pérdida de la función visual.

En el presente caso, el paciente asistió al primer nivel de atención el 7 de marzo del 2007; la nota de esta fecha señala que presentaba blefaritis, por ello se indicó tratamiento mediante antibiótico (cloramfenicol).

Las notas de consulta de los días 13 de mayo, 27 de junio, 14 de julio y 16 de agosto de 2007, demuestran que se indicaron distintos tratamientos, empleando ciprofloxacino, cloramfenicol, sulfadiazina colirio, metilcelulosa y complejo B. Cabe mencionar, que la nota de 13 de mayo de 2007, establece agudeza visual 10/10 en ambos ojos. Por su parte, la última nota de consulta del año 2007, reporta que el paciente presentaba conjuntivitis, por lo que se indicó cloramfenicol.

En esos términos, fue demostrado que el personal médico de la Institución demandada, incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, incurriendo en mala práctica, por negligencia. En efecto, las notas de las citadas atenciones, acreditan que se concretaron a indicar tratamiento tópico, sin estudiar suficientemente al enfermo, pues ni siquiera se reporta la exploración de fondo de ojo, ni toma de presión ocular, siendo que la tonometría debe ser parte del examen oftalmológico regular en todos los pacientes mayores de 30 años de edad.

Así las cosas, hasta el 17 de febrero de 2008, se indicó timolol; empero, la nota de dicha fecha, no señala el diagnóstico por el cual se empleó este medicamento.

Por su parte, la hoja de referencia al Servicio de Oftalmología fechada el 17 de marzo de 2008, demuestra que hasta después de transcurrido un año, el enfermo fue referido al segundo nivel, para que recibiera la atención que el caso ameritaba. La citada hoja, menciona que se trataba de problema de glaucoma con pérdida de la visión del ojo izquierdo.

Abundando sobre el particular, es necesario puntualizar, que el diagnóstico de glaucoma se estableció en medio privado, como lo demuestra la constancia de atención fechada el 20 de febrero de 2008, la cual señala que se realizó estudio de campo visual y tomografía de retina de ojo izquierdo, integrándose diagnóstico de glaucoma.

Más aún, la nota de Oftalmología fechada el 23 de marzo de 2008, señala que el paciente presentaba disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo, de un año de evolución; esto refuerza lo señalado anteriormente, en el sentido de que el estudio del paciente no se realizó en términos de la *lex artis*.

Ahora bien, el 27 de marzo del 2008, la presión del ojo izquierdo estaba elevada (47 mmHg), pese al tratamiento médico instaurado, asimismo, en la exploración de fondo de ojo, se encontró papila muy pálida y excavación de 0.9 profunda, entre otros; es decir, se encontraron signos oftalmoscópicos en la papila, sugestivos de glaucoma avanzado, de predominio en ojo izquierdo. En esta consulta se indicó

tratamiento mediante cosopt más iopidine, solicitándose estudio de campos visuales.

Al respecto, la Institución demandada argumentó que el 27 de marzo del 2008, se solicitaron exámenes preoperatorios y estudio de campos visuales para intervenir quirúrgicamente al paciente, quien no acudió a su cita; sin embargo, no demostró dichas aseveraciones. La citada nota médica del 27 de marzo, sólo señala que se solicitaron campos visuales; empero, no acredita que el paciente fuera a ser intervenido quirúrgicamente; es decir, la demandada pretendió hacer valer que propuso tratamiento quirúrgico al enfermo, lo cual no fue demostrado.

El paciente asistió a consulta el 4 de julio de 2008, en la nota de esta fecha, tampoco se refiere que fuera meritorio de tratamiento quirúrgico. En dicha nota, se reporta presión intraocular en ojo izquierdo por arriba de 40 mmHg, pese a ello, sólo se cambió el esquema de medicamentos, soslayándose la necesidad de trabeculectomía a la brevedad, dado el cuadro clínico del enfermo. Lo anterior, es un elemento más, para tener por cierta la negligencia en que incurrió el personal médico durante la atención.

El paciente asistió a consulta los días 25 de julio, 15 y 18 de agosto de 2008 y en ninguna de estas atenciones, se reporta tratamiento quirúrgico alguno.

En esos términos, no puede tenerse por cierta la versión de la Institución demandada, en el sentido de que el paciente no acudió a su cita, pues las notas médicas demuestran que continuó siendo atendido por Urgencias y Oftalmología en el segundo nivel de atención.

De igual manera, las notas médicas de los días 25 de julio, 15 y 18 de agosto de 2008, acreditan que la atención no se ajustó a la *lex artis* de la especialidad, en razón a que no se controló debidamente la presión intraocular, ni se realizó oportunamente la intervención quirúrgica del ojo afectado, toda vez que el personal médico de la Institución demandada, incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Debido a la negligencia observada, el paciente fue atendido en medio privado. Según demuestra el resumen médico fechado el 7 de octubre de 2008, se efectuó trabeculectomía en ojo izquierdo, la cual estaba plenamente justificada para el control de la presión intraocular.

Apreciaciones finales

- El personal médico de la Institución demandada, incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y trata-

miento ante el cuadro clínico que presentaba el enfermo, incurriendo en mala práctica, por negligencia.

- El paciente demostró sus aseveraciones, en el sentido de que con motivo del retardo en el diagnóstico de glaucoma y por falta de oportunidad en la intervención quirúrgica, estaba justificada su atención en medio privado.
- En términos de la Ley General de Salud, los usuarios de los servicios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, lo cual no sucedió en el presente caso.

Referencias

1. Migdal C. 32: Which therapy to use in glaucoma? In: Yanoff M; and Duker J S Eds. *Ophthalmology*. Second edition. Mosby. St. Louis Mo. 2004: 1539.
2. Gross RL: 33: Current medical management of glaucoma. In: Yanoff M; and Duker JS Eds. *Ophthalmology*. Second edition. Mosby. St. Louis Mo. 2004: 1543-1550.
3. Higginbotham EJ. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing latanoprost with brimonidine in the treatment of open-angle glaucoma, ocular hypertension or normal-tension glaucoma (clinical studies). *Evidence-Based Ophthalmology* 2007; 8(3): 150-151.
4. Katz LJ. Modern Alchemy: Fixed combinations of glaucoma drugs (Editorial). *Am J Ophthalmol* 2005; 140(1): 125-126.
5. Schwartz GF, Reardon G, Mozaffari E. Persistency UIT latanoprost or timolol in primary open-angle glaucoma suspects. *Am J Ophthalmol* 2004; 137(1): S13-S16.
6. The agis investigators. The advanced glaucoma intervention study (AGIS): 7. The relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. *American Journal of Ophthalmology* 2000; 130(4): 429-440.
7. Kass MA, Heuer DK. The ocular hypertension treatment study. A randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. *Arch Ophthalmology* 2002; 120: 701-713.
8. Gordon MO, Beiser JA. The ocular hypertension treatment study. Baseline factors that predict the onset of primary-open angle glaucoma. *Arch Ophthalmology* 2002; 120: 714-720.
9. Heijl A, Leske MC, MD. Reduction of intraocular pressure and glaucoma progression. *Arch Ophthalmology* 2002; 120: 1268-1279
10. Leske MC, Heijl A. Predictors of long-term progression in the early manifest glaucoma trial. *Ophthalmology* 2007; 114(11).
11. Chang DF. Examen oftalmológico. En *Oftalmología General de Daniel G. Vaughan*. Cap. 2. 12ª ed. México, Manual Moderno, 2000.
12. Miralles J y cols. La historia clínica y la exploración oftalmológica. En: *Guiones de Oftalmología de J.C. Pastor*. Sección III. Madrid, Mc Graw-Hill, 1999.