

# **EL ACTO MÉDICO Y SUS IMPLICACIONES MÉDICO LEGALES (CASO PRÁCTICO)**

# Litis

## (planteamiento del problema)

## Denunciante (madre):

Después del nacimiento (27/05/10), sus hijas gemelas fueron dadas de alta (20/06/10), con cita a Pediatría, quién las mandó con el oftalmólogo; sin embargo, después de cinco meses no le habían otorgado la cita.

Un oftalmólogo particular dijo que, para esos momentos, las lactantes había perdido la vista.

Estimó el delito de lesiones en agravio de sus hijas.

# **Reconstrucción de hechos**

## **(hipótesis de trabajo)**

## Oftalmólogo institucional:

El 10/06/10, valoró a la gemela I con exploración de fondo de ojo, sin detectar anomalías, indicó cita a Oftalmología al año de edad.

El mismo día, no pudo valorar a la gemela II, pues se encontraba en Terapia Intensiva Neonatal.

## Pediatra institucional:

Atendió en consulta externa a la gemelo I, al mes con 11 días de edad, encontrándola con anemia. El mismo día atendió a la gemelo II, con hipodesarrollo.

Envió a ambas a los servicios de ORL, Oftalmología y Terapia Física.

## Resumen clínico

Pacientes femeninas, producto de gesta II, obtenidas a nivel institucional por cesárea el 27/05/10, debido a sufrimiento fetal agudo. Madre preeclámpica de 23 años de edad.

# Gemela I

33 SDG, peso 1,700 g, Apgar 7/8; ingresó a la UCIP por dificultad respiratoria, membrana hialina, se intubó para VMA y recibió primera dosis de surfactante.

Evolución: Hipoglucemia, desaturaciones por debajo de 85%, intentos fallidos de destete, acidosis metabólica, apoyo de aminas presoras, hiperbilirrubinemia con fototerapia. Fue egresada de UCIP el 02/06/10, con oxígeno por casco cefálico.

# Gemela I

Ingresó a Neonatología, tolerando leche materna por sonda orogástrica y nutrición parenteral. El 10/06/10 recibió la valoración del servicio de Oftalmología (15 días VEU). Fue egresada el 20/06/10 con peso 1,930 g, succión normal, cita a Pediatría en 10 días.

El 08/07/10 fue enviada por Pediatría, ordinario, al servicio de Oftalmología, para valoración de retina, no se refirieron alteraciones visuales.

## Gemela I

El 11/09/10, Medicina Familiar refirió movimientos lateralizados en ojo derecho, no fija la mirada. Pendiente interconsulta a Oftalmología.

El 13/09/10, oftalmólogo particular, mediante exploración de fondo de ojo diagnosticó retinopatía del prematuro grado 5 en ojo izquierdo, ecografía sin criterios para cirugía, únicamente manejo conservador, ceguera ojo izquierdo, riesgo de asimetría facial importante.

## Gemela II

33 SDG, peso 1,825 g, Apgar 7/8; ingresó a la UCIP por dificultad respiratoria, membrana hialina, se intubó para VMA y recibió primera dosis de surfactante.

Evolución: hipoglucemia, apoyo con amina, acidosis metabólica, desequilibrio electrolítico, consolidación basal derecha, eventos de apnea con necesidad de reintubación, hiperbilirrubinemia meritoria de fototerapia. Fue dada de alta de UCIP el 02/06/10 con oxígeno por casco cefálico.

## Gemela II

Ingreso a Neonatología, con dificultad respiratoria por lo que se suspendió alimentación y se inició nutrición parenteral total; atelectasia derecha con reintubación y reenvío a UCIP, datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y coagulopatía, hemotransfundida, parámetros altos de ventilación, enterocolitis necrosante remitida, se reinicio NPT, atelectasia recidivante.

## Gemela II

El 10/06/10, Oftalmología señaló revaloración a los tres meses de edad con dilatación pupilar. Extubada, saturaciones de oxígeno aceptables. El 15/06/10 fue enviada a Neonatología, alimentación con leche materna, oxígeno por casco cefálico, con alta hospitalaria el 20/06/10, cita a consulta externa de Pediatría en 10 días.

## Gemela II

El 08/07/10 a un mes 11 días edad, fue valorada por Pediatría, con hipodesarrollo, se prescribieron vitaminas. El 27/08/10, Medicina Familiar refirió movimientos involuntarios oculares acentuados, no fija la mirada, pendiente interconsulta a Oftalmología.

## Gemela II

El 13/09/10, oftalmólogo particular mediante exploración de fondo de ojo y ecografía ocular reportó desprendimiento de retina ambos ojos, retinopatía del prematuro grado V en ambos ojos. Fue intervenida quirúrgicamente de retinopexia con colocación de cerclaje, retina aplicada, pero ceguera total.

# Posibles hipótesis de trabajo

- No existieron elementos de mala práctica en la atención de las pacientes.
- Existieron elementos de mala práctica en la atención otorgada a las pacientes.
- En su caso, existieron lesiones derivadas de mala práctica.

# Comprobación o rechazo de la hipótesis

Marco de referencia, marco teórico  
o sustrato teórico

Conforme a:

- Lex artis,
- Deontología médica,
- Normativa sanitaria.

## Retinopatía del prematuro

Enfermedad proliferativa de los vasos sanguíneos de la retina que afecta esencialmente a los niños prematuros.

Constituye un proceso muy completo y multifactorial que conlleva una proliferación vascular anormal (neovascularización), cuya expresión final es el desprendimiento de retina por la formación de membranas fibrosas.

## Factores de riesgo:

- Prematurez, menos de 34 SDG y 1,750 g de peso.
- Hipoxia.
- Maniobras de reanimación.
- Exposición a oxígeno (VMA, hiperoxia).
- Intubaciones prolongadas.
- Destetes de ventilación difíciles.
- Transfusiones sanguíneas.
- Membrana hialina.
- Uso de dopaminérgicos.

## Factores de riesgo:

- Displasia broncopulmonar.
- Persistencia del conducto arterioso.
- Hemorragia ventricular.
- Presencia de crisis convulsivas
- Insuficiencia renal aguda.
- Acidosis metabólica.
- Sepsis, particularmente por Cándida.
- Administración de esteroides.
- Nutrición parenteral total, albúmina.

## **Etapas de la enfermedad:**

Etapa I, corresponde a una línea de demarcación entre el área de la retina que se encuentra vascularizada en la parte posterior y la zona avascular que se encuentra anterior; línea relativamente plana y blanquecina.

Etapa II, formación de un lomo o puente que se extiende por fuera del plano de la retina, rosa, acúmulos aislados de vasos nuevos.

## **Etapas de la enfermedad:**

Etapa III, corresponde a proliferación fibrovascular a partir del lomo que sale del plano retiniano, red de encajes de neovasos.

Etapa IV, desprendimiento de retina, exudados, tracciones. Amerita cirugía vitreoretiniana.

Etapa IV, desprendimiento total de retina, amerita forzosamente de cirugía y en los casos exitosos se logra sólo percepción de luz y sombra.

En muchas ocasiones, la enfermedad tiene regresión espontánea y no requiere ningún tratamiento, únicamente seguimiento constante a fin de valorar la etapa en que se encuentra.

Se ha visto que aún pacientes tratados tienen progresión de la enfermedad en etapas tardías de la infancia y pueden llegar a desarrollar desprendimientos de retina.

## Tratamiento

- Fotocoagulación.
- Criocoagulación.
- Vitrectomía.
- Medicamentos antiangiogénicos (ranibizumab, bevacizumab).

La Academia Americana de Pediatría, en conjunto con la Academia Americana de Oftalmología y la Asociación de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo, han establecido:

Los niños entre 1,500 a 2,000 gramos o edad gestacional de más de 30 semanas, con un curso clínico inestable al nacimiento, deben ser revisados oftalmológicamente por primera vez a las 4 a 6 semanas de vida extrauterina y antes de ser dados de alta hospitalaria.

## **Guía de práctica clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía del prematuro**

A los prematuros de edad gestacional de 27 a 32 semanas de gestación, el primer examen oftalmoscópico debe realizarse en la semana 4 a 5 de edad postnatal.

A los prematuros mayores de 32 semanas, pero con peso al nacer menor a 1,500 gramos, el primer examen oftalmológico debe realizarse en la semana 4-5 de edad postnatal.

## **Lineamiento técnico para el manejo de la retinopatía del recién nacido prematuro (2008)**

Se deben tamizar niños con peso de 1,750 gramos y 34 semanas de gestación, a fin de asegurar un 13% de ellos que quedarían fuera si sólo se considera los estándares internacionales que van de menos de 1,500 gramos y que serían potenciales de padecer retinopatía del prematuro.

El recién nacido prematuro es un paciente al cual se debe revisar constantemente el fondo de ojo a partir de las 4 semanas de vida extrauterina, que es cuando empieza a manifestarse los datos de retinopatía del prematuro. La revisión puede ser incluso semanalmente.

Señala que la retinopatía del prematuro es una de las causas de ceguera que puede ser prevenible en 50%. con tratamiento oportuno a base de cirugía láser y crioterapia.

Las valoraciones ulteriores sirven para detectar errores refractivos, la presencia de ambliopía y de estrabismo.

# **Norma oficial mexicana NOM-034-SSA2-2013, para la prevención y control de los defectos al nacimiento, señala:**

Se debe realizar tamiz para retinopatía del prematuro, lo cual es enunciativo, pero no limitativo.

# Análisis, discusión o razonamiento

Ambas gemelas tenían múltiples factores de riesgo para presentar retinopatía del prematuro.

El servicio de Neonatología correctamente solicitó la participación del servicio de Oftalmología.

A los 14 días de vida extrauterina fueron valoradas por Oftalmología, indicando cita al año para la gemela I; sin valorar a la gemela II.

Fueron dadas de alta hospitalaria, alrededor de las 3 semanas de vida, sin evidencia de alguna revisión por el servicio de Oftalmología para la valoración oftalmológica en tiempo y forma.

A las 5 semanas de vida, fueron valoradas en la consulta externa de Pediatría, siendo enviadas a Oftalmología de forma ordinaria, siendo que debió ser urgente, dada la edad de las pacientes.

A los cuatro meses de edad, la gemelo I presentaba etapa V de retinopatía del prematuro en el ojo izquierdo, decidiendo manejo conservador, pues el ojo derecho se encontraba funcional.

A los cuatro meses de edad, la gemelo II presentaba daño retiniano severo en ambos ojos, retinopatía del prematuro etapa V, quedando ciega a pesar del manejo quirúrgico que le fue otorgado (retinopexia, crioterapia).

# Conclusiones

## (resultado de la investigación)

Mala práctica del servicio de Oftalmología.

Mala práctica del servicio de Pediatría.

Sin embargo, no se puede afirmar que de haberse atendido a las pacientes conforme a los señalamientos de *lex artis*, deontología médica y normativa sanitaria, se hubiesen evitado las alteraciones visuales en ellas.

Lo que se puede afirmar, es que con la intervención oportuna y correcta, se hubiera mejorado el pronóstico visual de ambas pacientes, pero sin poder determinar en qué grado.