

Sentencias comentadas



Tromboembolismo pulmonar tras intervención de cataratas

Por Ofelia De Lorenzo



La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, ha estimado parcialmente el Recurso interpuesto por los familiares de un paciente por entender que existió una infracción de la *lex artis ad hoc* al no pautar tratamiento antitrombótico que hubiera evitado el fallecimiento del paciente.

El paciente de 55 años fue intervenido quirúrgicamente el 4 de diciembre de 2007 de catarata en ojo derecho, bajo anestesia local (tópica), mediante facoemulsificación de cristalino e implante de lente intraocular (LIO) en cámara posterior, discurriendo la intervención sin incidencias. Dos horas después entró de nuevo en el quirófano para realizar relleno de la cámara anterior ocular con aire por apreciarse edema corneal por desprendimiento de la membrana de Descemet. En la hoja de enfermería se anotó que se pautaba tratamiento y "reposo en decúbito supino".

El 5 de diciembre se anotó en la historia clínica de enfermería que el paciente bajaba a consulta de oftalmología, modificándose el tratamiento. Se mantuvo el reposo en decúbito supino. En la historia clínica de oftalmología se describió edema corneal leve-moderado (+/++), pliegues endoteliales, alguna bulla endotelial en centro y zona superior temporal corneal, sin seidel, con presión intraocular normal (10-12mmHg). Se mantuvo urbasón 20mg, se suspendieron edemox y BoiK, y se pautó tratamiento local mediante colirios, indicándose reposo en decúbito supino.

El 6 de diciembre se suspendió urbasón, continuándose el tratamiento local, manteniéndose el reposo en decúbito supino, y al día siguiente, el aire inyectado no tenía la estabilidad y la cantidad deseada, por lo que se realizó en el quirófano aplicación de gas SF6 dentro de cámara anterior ocular. El día 8 se anotó en la historia clínica de enfermería "importantísimo que siga en decúbito, la evolución es mucho mejor que la anterior".

El día 10 se hizo constar en consulta que continuaba existiendo burbuja de SF6, y se describió agudeza visual de 0,3, con burbuja de SF6, edema corneal, y PIO (presión intraocular) 10 mmHg.

El día 11 se describió que existía edema corneal en los 2/3 superiores de la córnea, con el 1/3 inferior libre, quedando 1/4 de gas en la cámara anterior, y PIO 8-10mmHg. Se realizó, de nuevo en el quirófano aplicación de gas SF6 dentro de la cámara anterior ocular. Al volver del quirófano se anotó que ese día debía mantener aún decúbito supino.

El 12 de diciembre se describió burbuja entre iris y LIO, con intraocular elevada (55mmHg). Se dilató la pupila, se pautó manitol intravenoso 20%. A la media hora la burbuja estaba en cámara anterior, y a las 2 horas la presión intraocular era correcta. Ese mismo día, a las 18:00h, se descubrió burbuja bien formada en cámara anterior, y presión intraocular de 15 mmHg. Se pautó tratamiento en ese momento mediante el colirio PredForte/8h. En las órdenes de tratamiento constaba la indicación de "Decúbito supino, sin almohada. Reposo absoluto".

El día 13 se describió edema epitelial corneal, pliegues en Descemet, y midriasis media. La presión intraocular era normal (12 mmHg), existiendo leve vitritis anterior. Se indicó tratamiento mediante baycip, urbasón, colirio PredForte, colirio Exocin, omeprazol, y "reposo". A las 19.20 horas, el paciente presentó un episodio de mareo, tomándose constantes (TA 124/93, frecuencia cardiaca 105 latidos/minuto, saturación de O2 90%), anotándose que refería sudoración profusa que había remitido.

El 15 de diciembre se describió agudeza visual de bultos, con edema en la mitad superior corneal, y presión intraocular normal (16 mmHg), sin apreciarse nitidez el fondo de ojo. Ese mismo día, posteriormente, se describió agudeza visual de cuenta dedos a 3 metros, con menos tyndall, y con

vitritis. Se mantuvo el tratamiento. Se anotó en la historia clínica que el paciente ya podía sentarse.

A las 5 de la madrugada se anotó en la historia de enfermería que el paciente refería sudor y malestar. Se tomaron constantes (TA 114/51; frecuencia cardíaca 146 latidos/minuto; saturación de O₂ 92%; glucemia 171), y se avisó al médico de guardia al aumentar la palidez del paciente. Cuando llegó el médico, el paciente se encontraba en parada cardiorrespiratoria, falleciendo posteriormente a causa de un tromboembolismo pulmonar sin que se encontraran trombos en miembros inferiores ni en otros órganos estudiados (lugares de venopunción de un brazo y ojo intervenido, entre otros), sospechando el médico forense el corazón como origen del trombo en el contexto de una arritmia paroxística (aislada).

Tras la práctica contradictoria de la prueba pericial y el examen de la documentación obrante en autos, la Sala llega a las siguientes conclusiones:

- Al tratarse de una intervención oftalmológica con anestesia local y mínimamente traumática e incruenta, en paciente que se encuentra dentro del grupo de bajo riesgo, no estaba indicado el uso profiláctico inicial, a priori o de rutina, de fármacos anticoagulantes, cuestión en la que estuvieron de acuerdo todos los informantes.

Ahora bien, tras la aparición de la complicación (DMD), al paciente se le indicó reposo en decúbito supino durante once días en que se autorizó la sedestación. En tales circunstancias, de reposo absoluto, al menos a partir del cuarto día debió suministrarse un tratamiento antitrombótico pues este factor, junto con sobrepeso y cardiomegalia, incrementaron el riesgo de sufrir un tromboembolismo seciente al prescrito encamamiento, y por ello la Sala determina que hubo una infracción de la *lex artis ad hoc*.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid nº 1323/2013 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 3ª) de 19 de julio de 2013.