

Sentencias comentadas



No concurre mala praxis tras una traqueotomía

Por Ofelia De Lorenzo

Sábado, 13 de abril de 2013, a las 00:26



La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León ha desestimado el Recurso interpuesto por una paciente que entendía que como consecuencia de tres intentos fallidos de intubación con tubos de tamaño inadecuado, se produjo una inflamación en la tráquea que indujo a la practica de una traqueotomía, y provocó además que la intervención se realizase con gran rapidez, y se tuviera que repetir la misma a los pocos días.

La paciente de 44 años, ingreso en urgencias en 15 de abril de 2008 por sospecha de abdomen agudo, peritonitis, por lo que se le realizó laparotomía exploradora urgente, tras la firma del consentimiento informado.

La paciente presentaba unos antecedentes personales de HTA, obesidad, asma bronquial, cardiopatía isquémica, tratada con dos stent en el año 2004, además de intervenciones anteriores de apendicetomía, colecistectomía, y dos cesáreas.

Tras realizar la inducción anestésica, la paciente fue ventilada mediante mascarilla facial. Se realizaron dos intentos fallidos de intubación orotraqueal, por lo que se procedió a colocar mascarilla de laringe y se intentó mediante fibrobroncoscopia realizar intubación fibro asistida a través de la mascarilla laríngea. En la fibrobroncoscopia se apreció la existencia de mamelones en glotis que provocaban la obstrucción parcial de la mascarilla laríngea por lo que se solicitó la presencia de un especialista en ORL para valoración del proceso.

El médico especialista apreció en la fibrobroncospia, mamelones inflamatorios subglóticos, y probablemente a nivel de tráquea, así como una tráquea de pequeño calibre y blanda, por lo que se decidió realizar traqueotomía en tercer anillo y se colocó cánula de Shiller nº 4, previa firma por la familia del consentimiento informado.

Durante el procedimiento la paciente presentó un cuadro de broncoconstricción que cedió tras la administración de broncodilatadores y corticoides, procediéndose con posterioridad a realizar la laparotomía exploradora, con hallazgo de Peritonitis secundaria a Enfermedad Inflamatoria Pélvica, con abscesos en ambas trompas, y afectación por vecindad de íleon terminal.

La intervención finaliza con éxito, fue trasladada a planta el 17 de abril con evolución favorable. Al mismo tiempo fue valorada por el Servicio de otorrinolaringología por el seguimiento del cierre del traqueostoma, que se fue realizando por aproximación. El día 24 de abril se procedió al alta domiciliaria.

El día 29 la paciente ingresó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, debido a dehiscencia completa de cicatriz de laparotomía media infraumbilical, no observándose signos de infección de la piel o abdomen. En el tercio inferior de la cicatriz se encontró una pequeña serosa que se intentó drenar sin éxito. Se decidió intervenir por sospechas de evisceración de laparotomía infraumbilical, realizándose ese mismo día liberación de asas intestinales y colocación de malla de propileno fijada a fascia, siendo la evolución postoperatoria favorable. El día seis de mayo, tras consultar con ORL para valoración de la traqueotomía, se procedió al alta domiciliaria.

La Sala, del examen de las pruebas practicadas, ha entendido que las dificultades de la intubación fueron debidas a las circunstancias personales de la paciente, que presentó mamelones inflamatorios en las cuerdas vocales y una tráquea muy estrecha, probablemente por su antecedente asmático, no siendo previsible dado que había sido operada con anterioridad en cuatro ocasiones sin que constase haber sufrido ningún problema, y por ello la sonda inicialmente empleada fue la correcta conforme a la edad de la paciente.

Respecto a la segunda intervención, la Sala ha manifestado que carece de toda justificación y resulta desvirtuada por el resultado de la prueba practicada, dado que "la dehiscencia de la cicatriz quirúrgica es una complicación postoperatoria de la cirugía abdominal, que se da con frecuencia, y puede presentarse en cualquier momento del postoperatorio inmediato, pero suele ocurrir alrededor del séptimo día o en el momento de retirar los puntos cutáneos. Como factores predisponentes en este caso, podría relacionarse la obesidad de la paciente y la toma de medicación

esteroidea para el tratamiento del asma bronquial crónica".

Concluye la Sala que hay que excluir la imputación a la Administración de un daño antijurídico por deficiente asistencia sanitaria dado que esta fue correcta en todo momento, no concurriendo relación de causalidad entre la asistencia recibida y las secuelas padecidas.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid - Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª -, Sentencia nº 27/2013 de 15 de Enero de 2013.