IMPUTACIÓN POR ERROR MÉDICO PREVENIBLE. IMPORTANCIA MÉDICO LEGAL DE LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN
IMPUTATION FOR PREVENTABLE MEDICAL ERROR. MEDICAL LEGAL IMPORTANCE OF CHECKLISTS

Gabrielli, O. A.
Especialista en Medicina Legal.
Médico Forense del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Profesor de Medicina Legal. Facultad de Derecho de la Universidad del Salvador.
Argentina.

Correspondencia: ogabrielli@gmail.com

Resumen: La máxima "*Primum non nocere*" es inherente al médico, pero el ejercicio de la medicina tiene riesgos aún en las mejores situaciones. Los errores médicos son parte inseparable del ejercicio de la Medicina. Al momento actual, podemos afirmar que no existe ningún estándar de oro que nos permita detectar a todos los eventos adversos o errores en Medicina; no obstante ello, deberemos en lo posible orientar su prevención y enfoque médico legal, desde una perspectiva estrictamente médica conforme a normas o estándares ya bien establecidos.

Palabras clave: error médico, error sitio quirúrgico, acceso venoso central, responsabilidad médica, lista de verificación.

Abstract: The maxim "*Primum non nocere*" is inherent to the doctor, but the practice of medicine has risks even in the best situations. Medical errors are an inseparable part of the practice of Medicine. At the present time, we can affirm that there is no gold standard that allows us to detect all adverse events or errors in Medicine; notwithstanding this, we shall, as far as possible, guide its prevention and medical-legal approach, from a strictly medical perspective, in accordance with well-established norms or standards.

Keywords: : medical error, surgical site error, central venous access, medical liability, checklist.

INTRODUCCIÓN

La responsabilidad profesional en el ámbito del ejercicio de la medicina¹ ha adquirido una relevancia insospechada, siendo motivo de una constante judicialización del acto médico. Los médicos forenses, deberemos entonces dilucidar muchas cuestiones de controversia científica ante los magistrados en esta materia. La mal praxis médica, se la puede precisar como toda acción médica errada de acuerdo con la opinión de expertos médicos, no se define por la opinión del paciente o familiares y tampoco por la opinión del juez, cuya misión es definir la culpabilidad de una mala práctica y la magnitud del resarcimiento del perjudicado². En el desarrollo de este trabajo, se presentan dos casos con el objetivo determinar la responsabilidad profesional en el contexto de las pertinentes discusiones y consideraciones médico legales.

CASO 1.

Individuo de sexo masculino con 55 años de edad, que padeció una *contusión en hombro izquierdo* a consecuencia de caída de propia altura. Realiza consulta en un Servicio de Ortopedia y Traumatología, donde se constata limitación funcional del hombro izquierdo. Se practicó resonancia magnética nuclear de *hombro izquierdo*, de dicho estudio se evidenció *desgarro del tendón del músculo supraespinoso*. Ante dicho diagnóstico y la ausencia de mejoría clínica con tratamiento conservador inicial, se indicó tratamiento quirúrgico a fin de resolver una rotura del manguito rotador del hombro izquierdo. Se programa fecha quirúrgica. El parte quirúrgico describe, diagnóstico operatorio *rotura completa del músculo supraespinoso del hombro derecho*; operación realizada *reparación manguito rotador*. Buena evolución en su postoperatorio inmediato y alejado. Realizó tratamiento de rehabilitación posterior. Cumplidos seis meses de su intervención quirúrgica y con óptima recuperación funcional del hombro derecho, se le indicó tratamiento quirúrgico para resolver una *rotura del manguito rotador del hombro izquierdo*.

¹ Verdú F. El riesgo siempre va a estar ahí. Gac. int. cienc. Forense. Nº 15. Abril-Junio, 2015; 1-2.

² Agrest A. Reflexiones sobre el error en medicina. Medicina (B Aires) 2006; 66: 486.

CASO 2.

Individuo de sexo masculino con 30 años de edad, que es ingresado en una unidad de cuidados intensivos por un cuadro clínico de insuficiencia renal aguda asociada a rabdomiólisis. En condición de paciente crítico, se le colocó un *acceso venoso central – catéter doble lumen – en vena yugular interna derecha*. Evoluciona de manera favorable, continuando con controles ambulatorios. Pasados cuatro meses de su internación, nuevamente consulta en el mismo centro asistencial por un síndrome febril asociado a impotencia funcional y signos inflamatorios en miembro inferior derecho. Se realizó un eco Doppler de miembro inferior derecho, diagnosticándose una *trombosis venosa profunda* a nivel de la vena poplítea derecha. Paralelamente se le practicó una tomografía computada de miembro inferior derecho, cuyas imágenes evidenciaron a nivel del muslo la presencia de una *imagen lineal de densidad metálica de 60 cm de longitud*, la misma transcurría desde la vena ilíaca derecha hasta la vena poplítea homolateral, recorriendo todo el trayecto de la vena femoral profunda derecha. Se consideró el diagnóstico de trombosis venosa profunda en presencia de cuerpo extraño secundario a colocación de acceso venoso central previo. Posteriormente y habiendo mediado tratamiento anticoagulante, se procedió a la extracción exitosa del cuerpo extraño a nivel venoso, como así también, a una trombectomía mecánica poplítea e ilíaca derecha con angioplastia de la vena ilíaca derecha con stent autoexpandible. Su evolución posterior fue favorable, sin haber mediado nuevas complicaciones ni interurrencias.

DISCUSIÓN DE CASOS

De la lectura de ambos casos, resulta evidente un error en la actuación médico profesional; paralelamente a ello, amerita también ser señalado que los accidentes que suelen tener un origen fortuito serán en algunos casos motivos de imputación del acto médico; siendo todo ello motivo de la correspondiente peritación médico legal³. En el Caso 1, queda debidamente establecido el diagnóstico médico legal de “*error en el sitio quirúrgico*”. Dicho término, también denominado *cirugía en sitio erróneo* comprende aquella cirugía que es realizada en el lado erróneo, en una zona anatómica errónea, en el paciente erróneo o en la que se realiza un procedimiento diferente al planeado.⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷. Los hechos de cirugía en sitio erróneo, que afecta a todas las especialidades quirúrgicas, se consideran como el resultado de una sucesión de errores, que pueden ocurrir desde la llegada del paciente a la consulta hasta el momento del inicio de la cirugía. En este aspecto podemos señalar una deficiente planificación preoperatoria, fallo en los controles hospitalarios, fallo en el cirujano o fallo de comunicación cirujano-médico, principalmente. Es un evento poco comunicado, pero es una complicación relativamente frecuente en el ejercicio profesional de un cirujano, siendo la cirugía ortopédica la especialidad con mayor riesgo. Se considera que la mayor frecuencia de estos eventos en cirugía ortopédica se explicaría por las mayores oportunidades de errores de lateralización en la cirugía de extremidades. En este aspecto, vale subrayar que en la mayoría de los casos se actúa sobre estructuras anatómicas pareadas, con 2 (dos) lados, en muchas ocasiones sin pruebas externas de la afección, lo que hace más fácil el error⁸. El Caso 2, también implica un error médico en contexto de una desatención

³ Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 6º Edición. Editorial Elsevier Mosby. Barcelona 2004.

⁴ Bori G et al. Seguridad clínica y reclamaciones por responsabilidad en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2016; 60 (2): 89-98.

⁵ Z. Cardoso-Cita et al. Análisis de sentencias judiciales relativas a negligencias médicas emitidas contra traumatólogos entre 1995 y 2011. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2016;60 (1):29-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2015.07.001>

⁶ D. García-German Vázquez et al. Cirugía en sitio erróneo. Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2009; 53(5):332–339. doi:10.1016/j.recot.2009.01.004.

⁷ J. Asunción Márquez y col. Cirugía del lado erróneo: implicación del paciente y los profesionales. Experiencia en la Cirugía Mayor Ambulatoria de la Unidad del Pie. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2012; 56(2):104---114. doi:10.1016/j.recot.2011.08.005.

⁸ D. García German Vázquez. Op Cit. p 332–339.

médica durante una maniobra instrumental al momento de la colocación de un acceso venoso central⁹. Dicho error derivó en un oblitio o cuerpo extraño. Actualmente el vocablo “oblitio”, ya está incluido en el Diccionario de la Real Academia Española, y definido como “cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica”¹⁰. Desde el punto de vista médico legal, se lo considera como un *incidente desafortunado*. *Incidente*, porque es realmente un “hecho inesperado que sobreviene en el curso de un asunto y tiene con éste algún enlace”. *Desafortunado*, porque no es precisamente “resultado de la buena suerte, que provoque felicidad, ni resultado de ella”. Así también, se lo define como a todo aquel objeto o cuerpo extraño que permanece dentro de una cavidad corporal o sitio quirúrgico en forma no intencional una vez que el paciente abandona la sala de operaciones, en contraposición a lo que sucede con otros objetos como clips metálicos o prótesis que son colocados intencionalmente con mucho mayor frecuencia¹¹⁻¹². En este Caso 2, se asoció también, con una posterior lesión o injuria del endotelio vascular que a su vez fue condicionante en la génesis de una trombosis venosa profunda.

CONSIDERACIONES MÉDICO LEGALES

Ateniéndonos a los casos motivos de discusión, se reconocen las pertinentes consideraciones médico legales. El “error médico” ha sido definido como un acto no intencional (por omisión/comisión) que no logra el resultado esperado, o falla en la acción planeada completada e intencionada (error de ejecución). El uso de un plan equivocado (error de planeamiento) o desviación de un proceso de cuidado que puede o no causar daño al paciente¹³. En este sentido, la “Joint Commission o Accreditation of Health Organization” ha dado su interpretación de lo considerado “evento adverso”, es aquel hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente o una lesión tanto física o psíquica grave, como también el riesgo de que suceda cualquier variación que pudiera producir un resultado adverso grave¹⁴. A su vez, un evento adverso atribuible a un error es un evento adverso prevenible, y un evento adverso prevenible que satisface los criterios legales para determinar negligencia¹⁵. Tanto el Caso 1 como el Caso 2, se corresponden por lo tanto a un error médico, como así también para el Caso 2, a un error médico asociado a un evento adverso, como fuera una trombosis venosa profunda sobreviniente. Correlativamente, desde un punto de vista médico legal y pericial, ambos casos representan de manera sustancial el acto de haber omitido u obviado, una adecuada implementación de pasos a seguir conforme a una lista de verificación en los procedimientos o checklist practicados. Se entiende que las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, así como los errores asociados a éstos, son una causa importante de morbilidad. En un intento de minimizarlos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una serie de medidas aplicables tanto a pacientes médicos como quirúrgicos - *las directrices de la OMS para la seguridad de la cirugía*, las cuales aportan pruebas científicas sobre los elementos fundamentales para una

⁹ Alan S. Graham et al. Central Venous Catheterization. N Engl J Med 2007;356:e21.

https://www.inova.org/sites/default/files/education/internal_medicine/sc-cvc-nejm-article.pdf.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmvm055053>.

¹⁰ Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima segunda edición. Madrid: Ed. Espasa Calpe Libros S.A.; 2001. p. 1602.

¹¹ José Luis Lupi y col. Oblitos quirúrgicos. Aspectos medico legales y éticos. Reseña jurisprudencial. Cuadernos de Medicina Forense. Año 2, Nº1, Pág.43-58. Mayo 2003. <https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/revista-2003.htm>.

¹² Chinelli J y col. Oblitos en Cirugía. Análisis de casuística y estrategias para su prevención. An Facultad Med (Univ Repúb Urug).2017;4(2):47-65. http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v4n2/2301-1254-afm-4-02_00021.pdf

¹³ Mena PN. Error médico y eventos adversos. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (3): 319-326.

¹⁴ Aguirre Gas HG. El error médico: Eventos adversos. Revista CONAMED. Vol 11. Nº 4. Octubre – diciembre, 2005.

¹⁵ Satava RM. The nature of surgical error. A cautionary tale and a call for reason. Surg Endosc 2005; 19: 1014-16.

atención médico - quirúrgica segura que constituyen la base de la *lista de verificación*¹⁶⁻¹⁷. La lista de verificación es una herramienta de seguridad, que tiene como objetivo principal reducir errores evitables, derivados de fallos de la atención y de la memoria, mediante la comprobación de una serie de ítems previamente aprobados. Su utilización sistemática en medicina ha mostrado claros beneficios, disminuyendo el número de eventos adversos asociados a los procedimientos invasivos, evitando mortalidad y reduciendo costes sanitarios¹⁸⁻¹⁹. De estas consideraciones médico legales podemos sostener que ningún protocolo prevendrá la totalidad de los casos, no obstante la toma de medidas de seguridad minimizará muy seguramente, la morbilidad/mortalidad asociada a este tipo de errores, ya que en la mayoría de los casos, según emana de la literatura médica, son evitables. Finalmente, cabe sostener que nuestra labor médico pericial no deberá enfocarse únicamente en la búsqueda de la responsabilidad médica, sino que debiera intentar también desentrañar todos los factores que puedan haber incidido en el desarrollo de un error médico o en la falta de seguridad del paciente.

CONCLUSIONES

El error integra la naturaleza del ser humano, por lo cual, se constituye en inevitable no obstante prevenible. El error médico, por su frecuencia, complejidad de determinantes y consecuencias lesivas sobre la salud de los pacientes, configura un reto permanente todavía no resuelto; debiendo en lo posible orientar su prevención desde una perspectiva estrictamente médica.

---

¹⁶ OMS. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1º Ed.) 2008.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;jsessionid=F37A5F25DF1FA2D4EAD6E7BB09610835?sequence=1.

¹⁷ OMS. La cirugía segura salva vidas. 2008.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1.

¹⁸ Víctor Burguera Vion et al. El checklist en el intervencionismo nefrológico. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2020; 40 (02): 172-8.

¹⁹ Rousinelle Da Silva-Freitas et al. Implantación de la lista de verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud modificada para el paciente neuroquirúrgico: experiencia inicial en 400 casos. *Neurocirugía*. 2012;23(2):60-69