

**CASO DE ARBITRAJE MÉDICO**

El expediente clínico: Su utilidad para evaluar la calidad de la atención médica y las implicaciones legales del incumplimiento de la normatividad vigente

The clinical file: it's utility to evaluate the quality of the medical attention and the legal implications of the lack of the medical legal frame

Rafael Gutiérrez-Vega,¹ Adriana Cecilia Gallegos-Garza,² Misael Uribe-Ramos,³ Germán Fajardo-Dolci.⁴

Resumen

Se presenta un caso de paciente mujer operada de tiroides, con lesión del nervio laríngeo recurrente ocasionado por el procedimiento quirúrgico, lo que condicionó conflicto entre la paciente y el médico tratante. Al analizar el proceso de atención médica, se identificó que el expediente clínico carecía de información básica para evaluarla. Se concluyó que el médico no se apegó a la *lex artis* médica, al incumplir con las obligaciones de seguridad y medios diagnósticos y tratamiento para el manejo de la complicación que presentó la paciente.

Palabras clave: Mala práctica; expediente clínico; México.

Abstract

*We present a case of female patient submitted to thyroid surgery, with injury of the laryngeal nerve due to the surgical procedure, which caused conflict between the patient and the doctor in charge. When the process of medical attention was evaluated, was identified that the clinical file lacked basic information to evaluate it. It was concluded that the doctor did not become attached to medical *lex artis*, since didn't fulfill with the obligations of security and treatment and diagnosis means, forhandling the complication that the patient presented.*

Keywords: Bad medical practice; clinical file; Mexico.

1 Director General Adjunto. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

2 Servicio de Patología, Hospital Ángeles del Pedregal.

3 Médico Pasante en Servicio Social, Facultad de Medicina UNAM.

4 Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Mitla 250 piso

4. Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez. México D.F. 03020. Correo

electrónico: gutierrezvega@conamed.gob.mx

Introducción

La presentación de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud se deben a diversas causas. Se pueden clasificar de manera general en dos grupos: las que se originan en una relación interpersonal, médico-paciente, inadecuada y aquellas relacionadas a deficiencias en aspectos técnicos científicos. No todas las quejas son sinónimo de mala práctica, ya que juega un papel fundamental la percepción que tiene el paciente respecto a los procesos de atención médica y la percepción es una apreciación subjetiva de los eventos sucedidos. Es por ello fundamental realizar un análisis sistémico, objetivo, imparcial, fundamentado en la *lex artis* y considerar las características de tiempo, modo y lugar. La fuente de información documental que se emplea para analizar la calidad de la atención médica, es el Expediente Clínico. En un análisis realizado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se señaló que de 1996 a 2007 se recibieron 182 407 asuntos; de ellas 159 407 asuntos (87.22%) fueron resueltos mediante información, orientación y gestiones ante los médicos y las instituciones, lo que refleja que en la mayoría de los asuntos recibidos, no se observó mala práctica médica. Al ponderar la calidad de atención a través de un análisis documental de las quejas, de 2002 a 2007 se obtuvo evidencia de mala práctica médica en 4147 asuntos.¹ El análisis documental realizado se fundamentó en la información contenida en el expediente clínico de los pacientes, entregado a la CONAMED por el prestador de servicios de salud. Es por ello esencial estar conscientes que el Expediente Clínico, debe reflejar el proceso de atención médica de forma clara y apegada a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico,² ya que aunado al hecho de ser el documento que permite la interacción entre el equipo de salud, debe contener toda la información relacionada al proceso de atención médica otorgada al paciente, y que incluye: los cambios que se presentan en el paciente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados, la interpretación de los estudios paraclínicos, diagnósticos, manejo y pronóstico; así como otros documentos fundamentales, como el consentimiento informado del paciente autorizando los procedimientos a los que se le someterá. Es además la fuente de información que se emplea para analizar la calidad de la atención médica para los fines que se consideren convenientes, incluyendo el análisis de quejas surgidas por la prestación de servicios médicos.

El caso que se presenta, refleja como el desapego a los principios éticos y científicos de la medicina como lo señala la *lex artis*, condiciona riesgos y frecuentemente daño transitorio o permanente al paciente, el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, dificulta la evaluación del acto médico y no permite al médico demostrar acciones que supuestamente realizó en la atención de los pacientes.

Caso clínico

Mujer de 47 años quien acudió a consulta por notar aumento de volumen del cuello. Al revisarla, el médico tratante evidenció a la palpación de cuello, un nódulo tiroideo de cinco centímetros de diámetro mayor en el lóbulo derecho de la glándula tiroides, no informó si había interrogado datos clínicos de hipo o hipertiroidismo, ni la realización de exploración de cadenas ganglionares del cuello. Le solicitó gammagrama tiroideo, ultrasonido de cuello y pruebas de función tiroidea. Programó nueva cita de la paciente en un mes para evaluación clínica y revisión de los resultados de los exámenes solicitados. La paciente asistió a esta consulta e informó al médico tratante sus resultados: Gammagrama tiroideo con Tc 99m con hipoactividad, aumento de volumen de la glándula tiroides y nódulos fríos en ambos lóbulos, con predominio del derecho, que sugirió lesiones nodulares, concluyó estableciendo el diagnóstico de bocio multinodular hipoactivo. El ultrasonido de cuello informó: *lóbulo derecho aumentado de volumen, heterogéneo, con una imagen nodular de dos por un centímetros en su diámetro mayor de bordes irregulares; en el lóbulo izquierdo múltiples imágenes heterogéneas de menor dimensión*. Sin especificar mayor información, estableció diagnóstico de bocio nodular difuso derecho. Las pruebas de funcionamiento tiroideo resultaron: T3: 1.84 ng/mL, T4 total: 6.9 ng/dL, T4 libre: 1.19 ng/dL y TSH: 2.28 mIU/mL; todas referidas en límites normales. Con esta información, el médico tratante comentó a la paciente que su diagnóstico era de probable cáncer de tiroides, ya que presentaba nódulos fríos bilaterales, por lo que le sugirió tratamiento quirúrgico consistente en hemitiroidectomía derecha y realización de estudio histopatológico transoperatorio. La citó nuevamente en 10 días para revaloración, confirmando los hallazgos ya descritos, pero agregó que debido a la identificación de nódulos en ambos lóbulos, era necesario realizarse tiroidectomía total. La paciente aceptó la cirugía; los estudios preoperatorio incluyeron:

biometría hemática, química sanguínea y pruebas de coagulación todos con resultados dentro de los límites normales.

Se realizó el procedimiento quirúrgico, con informe: Lóbulo derecho de 2 cm en sus tres dimensiones; el izquierdo de 3 cm por 1 cm; no se señalaron complicaciones al realizar la tiroidectomía. Se identificaron los nervios laríngeos recurrentes y glándulas paratiroides, se colocó drenaje al vacío de 1/8 de pulgada en el lecho quirúrgico. Tampoco hubo complicaciones en el evento anestésico, pasando a recuperación con evolución estable y egresó a hospitalización el mismo día con signos vitales en límites normales. La paciente evolucionó hacia la mejoría, pero presentó disfonía que se acentuó al paso de los días. El médico tratante le informó que era debido a la intubación endotraqueal y que mejoraría con antiinflamatorios. Al cuarto día de posoperatorio fue egresada, sin presentar mejoría de la disfonía, por lo que el médico tratante le prescribió mismo antiinflamatorio, no especificando el nombre en el expediente, para su manejo domiciliario. Acudió a control postoperatorio a los ocho días, informándole al médico tratante que persistía la disfonía y que de hecho se le dificultaba más la fonación. Ante lo que el médico tratante le volvió a insistir en la necesidad de continuar con el manejo previamente establecido. Le informó el resultado del estudio de histopatología: *Glándula tiroidea con adenoma folicular de tres centímetros con degeneración quística y datos de hemorragia antigua focal, una glándula paratiroides sin alteraciones*, sin encontrar otras lesiones ni datos de malignidad. Le indicó iniciar tratamiento sustitutivo de hormona tiroidea. La paciente acudió nuevamente a consulta a los tres meses de posoperatorio, por acentuarse la disfonía, por lo que se canalizó al Servicio de Otorrinolaringología para evaluación del funcionamiento cuerdas vocales. La evaluación realizada informó paresia de la cuerda vocal izquierda, por lo que se indicó enviarla al Servicio de Foniatría para rehabilitación. Por esta razón la paciente presentó queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por considerar que había recibido una atención médica deficiente.

En la revisión documental del expediente clínico de la paciente se acreditó que no se observaron irregularidades, por cuanto a la realización de estudios preoperatorios (laboratorio, gabinete, valoración del riesgo quirúrgico y de Endocrinología), lo cual estaba justificado ante la patología de la paciente. Sin embargo, en la queja interpuesta por la paciente manifestó que al día siguiente de la cirugía, el

médico le solicitó que hablara fuerte, pero no le fue posible realizarlo, que no la valoraron médicamente y la egresaron del hospital. El médico demandado no aportó notas médicas relativas al estado posoperatorio mediato de la paciente, ni de su atención o seguimiento durante el mismo, consecuentemente no demostró haber cumplido con las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, pues además asumió la carga probatoria al afirmar en su informe médico, que al día siguiente de la cirugía, la paciente cursó sin complicaciones y fue egresada por mejoría para su manejo en Consulta Externa, empero, omitió ofrecer prueba que acreditara su dicho. En estos términos, de lo alegado y probado por las partes, durante este asunto arbitral, fue demostrado que el personal médico que atendió a la paciente en esta etapa, incurrió en mala práctica médica por negligencia, al no valorarla debidamente antes del egreso, a fin de instaurar el tratamiento que el caso ameritaba, pues la paciente presentaba afectación del nervio laríngeo recurrente. En el informe del médico tratante señaló que durante la atención en Consulta Externa, solicitó pruebas de funcionamiento tiroideo, química sanguínea, electrolitos séricos y valoración por Endocrinología; sin embargo en el expediente clínico de la paciente no se demostró la realización de los estudios, así como tampoco la valoración por Endocrinología. Lo anterior, es un elemento más para tener por cierta la mala práctica, por negligencia, atribuible al personal médico tratante, debido a insuficientes estudios de la enferma.

En efecto, ante el cuadro clínico de la paciente, se omitió instaurar oportunamente, los medios de diagnóstico y tratamiento para atender la complicación. En la última consulta que recibió del médico tratante, la nota de dicha atención, demuestra que persistía la disfonía, por ello se solicitó interconsulta a Otorrinolaringología para valorar el movimiento de las cuerdas vocales. Esto demuestra el retraso que existió para atender la complicación de la enferma, pues transcurrieron más de tres meses para que fuera referida a Otorrinolaringología a fin de que recibiera la atención especializada que el caso ameritaba.

La valoración de Otorrinolaringología estableció que existía lesión del nervio laríngeo recurrente, en la nota de la citada atención, acotó que se realizó nasofaringoscopia que mostró paresia cordal vocal izquierda paramedia, ante lo cual, solicitaron interconsulta a Foniatría. Cabe señalar que el demandado, durante el juicio arbitral, no aportó notas médicas de la valoración y seguimiento de la paciente a cargo

del Servicio de Foniatría, para acreditar el apego a la *lex artis* especializada. Es necesario mencionar, que el médico tratante en su informe médico, manifestó que la disfunción de las cuerdas vocales es secundaria a lesión del nervio laríngeo recurrente y es una complicación potencial de la cirugía de tiroides. Al respecto, es menester puntualizar, que si bien es cierto, la lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede presentarse en la tiroidectomía total, también es cierto, que en el presente caso, la mala práctica observada por el médico tratante, estribó en el incumplimiento de medios de diagnóstico y tratamiento para manejar la complicación, pues quedó demostrado que se adoptó una actitud contemplativa, lo cual retrasó la debida atención de la enferma y permitió que evolucionara su patología.

En estos términos, durante el juicio arbitral, fue acreditado que el médico tratante incurrió en mala práctica, por negligencia, al incumplir las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, lo que incidió desfavorablemente en la complicación que presentó la enferma. Es de señalarse, que todo paciente tiene derecho a obtener prestaciones oportunas y de calidad idónea, así como, atención profesional y éticamente responsable, de la manera en que se encuentra previsto en los artículos 51 de la Ley General de Salud y 48 de su Reglamento en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica.

» Discusión

La cirugía de tiroides tiene una historia de cambios constantes en los aspectos técnico-quirúrgicos y en la incidencia de complicaciones. Con el continuo desarrollo de los procedimientos quirúrgicos, un conocimiento más detallado de la anatomía de la región y de la patología tiroidea, se ha mejorado en los resultados obtenidos y reducido la presentación de complicaciones.³ Las complicaciones más frecuentes, que incluyen la lesión del nervio laríngeo recurrente e hipoparatiroidismo, se han reducido significativamente en los últimos 20 años, con una incidencia menor de 1%. En general las complicaciones de la cirugía de la glándula tiroides son más frecuentes en bocio recurrente, Enfermedad de Graves Basedow y en cirugía por cáncer tiroideo. En reintervenciones la lesión del nervio laríngeo recurrente se presenta de 2% a 8%; en tiroidectomía por enfermedad de Graves Basedow, la lesión del recurrente es menor a 1% y en cirugía por cáncer de tiroides la incidencia se eleva de 2%

a 5%.⁴ En otro estudio se señaló que la lesión del recurrente fue de 0.2% en bocio simple, 2% en cirugía por cáncer de tiroides y 5.9% en bocio recurrente.⁵

Otras de las complicaciones mayores es la presentación de hematoma compresivo, que pone en riesgo la capacidad ventilatoria del paciente y consecuentemente su vida. Se han identificado factores relacionados al cirujano, que están directamente vinculados con la frecuencia de complicaciones, incluyen: conocimiento de la anatomía de la región, fisiología de la glándula y fisiopatología de los padecimientos, volumen de pacientes atendidos y habilidad quirúrgica. Estos factores aparte de incidir en la presentación de complicaciones, también están relacionados con su diagnóstico oportuno y manejo adecuado.⁶ La mayoría de las lesiones del recurrente son iatrogénicas, siendo la cirugía de tiroides la causa más frecuente.⁷ Una propuesta que ha surgido de varios grupos para reducir la lesión del nervio laríngeo, es su exposición durante la cirugía de tiroides. En un estudio retrospectivo y comparativo publicado por Mättig, señaló una reducción de la lesión del recurrente mediante ésta estrategia de 5.9% a 0.88%. Durante la cirugía, propone que antes de la ligadura de la vena y arteria tiroideas inferiores y de la movilización dorsal del lóbulo tiroideo, se identifique la estructura nerviosa, que se encuentra localizada distalmente de la arteria en el surco traqueo esofágico y se diseque hasta su entrada a la laringe. Este estudio incluyó los siguientes procedimientos quirúrgicos: hemitiroidectomía, extirpación de nódulos tiroideos, tiroidectomía total por Graves Basedow, reintervenciones y manejo quirúrgico de cáncer.⁸ En otro estudio publicado por Thermann, reporta que la disección del recurrente en cirugía de tiroides, redujo la lesión de éste nervio de 2.0 a 1.2%.⁹

Otra alternativa que ha surgido en cirugía de tiroides es la neuromonitorización transoperatoria del nervio recurrente; en este procedimiento, esta estructura es estimulada mediante estímulos eléctricos, transformando la respuesta en un registro electromiográfico, a través de electrodos colocados en los músculos vocales o en electrodos integrados en la cánula de intubación. La confiabilidad de este procedimiento se refleja en una especificidad de 98.2%, de acuerdo a estudios multicéntricos alemanes. En esta publicación se señala que cuando la señal de neuromonitorización cambia durante la cirugía, 39% de los pacientes sufrieron de parálisis de las cuerdas vocales de manera transitoria y 12% perdieron permanentemente la movilidad de las

cuerdas vocales.¹⁰ Sin embargo, los resultados no son actualmente consistentes, ya que publicaciones de otros grupos, muestran que los beneficios no son aún contundentes. Dralle señala que con esta técnica encontró que aunque la lesión del nervio recurrente fue menor con la monitorización, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Adicionalmente su estudio reveló un alto valor predictivo negativo (92% a 100%) y, un valor predictivo positivo relativamente bajo y variable (10% a 90%), lo que limita su utilidad para emplearla actualmente como un recurso confiable.¹¹ Es incuestionable que el conocimiento de la anatomía quirúrgica juega un papel fundamental para prevenir complicaciones en todos los procedimientos quirúrgicos, independientemente del tipo de técnica quirúrgica y de la patología a resolver. En una publicación de Hishman, señaló que el recurrente es claramente identificable en 97.8%; encontró un sólo tronco en 65.8% de los casos, dos ramas extralaringeas en 33.4% y tres ramas extralaringeas en 0.6%. La proximidad del recurrente a la arteria tiroidea inferior se observó en 90.4% de los pacientes. En 83.8% el nervio se describió posterior y entrelazado entre las ramas de la arteria tiroidea inferior, 16.2% fue identificado anterior a la arteria tiroidea inferior, 60.8% de los casos el nervio se observó en el surco traqueo esofágico, 4.9% el nervio se observó lateral a la tráquea y 6% el recurrente se encontró en la superficie anterior de la glándula tiroides.¹² En otra publicación se señala la relación entre el recurrente y la arteria tiroidea inferior. El nervio laríngeo recurrente derecho se encontró en 49.3% entre las ramas de la arteria tiroidea inferior; anterior a la arteria en 38.04% y posterior en 11.26%. El nervio laríngeo izquierdo se observó entre las ramas de la arteria tiroidea inferior en 44.45%, posterior en 37.05% y anterior en 18.05% de los casos. En 62.68% de los casos, la relación encontrada en un lado no coincidió con el lado opuesto.¹³ Es fundamental recordar que existen variantes anatómicas diversas, como la informada por Shao, quien mostró una variación del tronco del laríngeo o de las ramas del laríngeo que ingresan a la laringe distante de la unión posterior cricotiroidea; entrando más arriba del cuerno superior del cartílago tiroides y del arco del cricoides. La distancia media desde la entrada a la unión posterior cricotiroidea fue de más de cinco centímetros. En estos casos, como el tronco o sus ramas no corren en el borde lateral del tercio superior de la tiroides antes de entrar a la laringe, la incidencia de lesión del recurrente fue mayor que en otras variaciones anatómicas.¹⁴ Independientemente

de los avances tecnológicos y científicos y su implantación en la cirugía de tiroides, hay preceptos que no deben olvidarse que aplican de manera universal en la medicina, como son: el conocimiento de la anatomía, fisiología, fisiopatología, dominio de la técnica quirúrgica, identificación temprana de complicaciones y su manejo adecuado y oportuno y la aplicación de conocimientos basados en evidencia científica. Lo que podríamos resumir, en continuar respetando los principios científicos y éticos de nuestra profesión. Este caso refleja que la oportunidad y la calidad médica idónea se rigen por la *lex artis* médica; en tal sentido, el paciente tiene derecho a recibir atención médica, insumos y en general el servicio médico, con arreglo a sus necesidades específicas. El médico tratante no demostró que su atención se ajustara a lo establecido por la *lex artis* médica, por lo que debió responder por su mala práctica negligente, atendiendo a lo pretendido y probado por la paciente. Cabe señalar que el artículo 2110 del Código Civil Federal, que es un ordenamiento legal, establece que los daños y perjuicios deben ser consecuencia directa y necesaria de la falta de cumplimiento de la obligación, y en este caso, los extremos mencionados fueron demostrados por la paciente.

Referencias

1. Aguirre-Gas H, Campos-Castolo EM, Carrillo-Jaimes A, et al. Análisis crítico de quejas CONAMED 1996-2007. Revista CONAMED 2008;13: 5-16.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, Jueves 30 de Septiembre de 1999, pp.24-34 (Primera sección).
3. Saffioleas M, Stamatakos M, Rompoti N, et al. Complications of thyroid surgery. Chir (Bucuru) 2006;101:571-81.
4. Röher HD, Goretzki PE, Hellmann P, Witte J. Complications in thyroid surgery. Incidence and therapy. Chirurg 1999; 70: 999-1010.
5. Friedrich T, Hänschu U, Eichfeld U, et al. Therapeutic management of postoperatively diagnosed bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis. Zentralbl Chir 2000;125:137-43.
6. Lombardi CP, Raffaelli M, De Crea C, et al. Complications in thyroid surgery. Minerva Chir 2007;62:395-408.
7. Eckel HE, Sittel C. Bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis. HNO 2001;49:166-79.
8. Mättig H, Bildat D, Metzger B. Reducing the rate of recurrent nerve paralysis by routine exposure of the nerves in thyroid gland operations. Zentralbl Chir 1998;123:17-20.
9. Thermann M, Feltkam M, Elies W, Windhorst T. Recurrent laryngeal nerve paralysis after thyroid gland operations. Etiology and consequences. Chirurg 1998;69:951-6.
10. Timmermann W, Hamelmann WH, Thomusch O, et al. Effectiveness and results of intraoperative neuromonitoring in thyroid surgery. Statement of the Interdisciplinary Study Group on Intraoperative Neuromonitoring of Thyroid Surgery. Chirurg 2004;75:916-22.
11. Dralle H, Sekulla C, Lorenz K, Brauckhoff M, Machens A. Intraoperative monitoring of the recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. World J Surg 2008;32:1358-66.
12. Hisham AN, Lukman MR. Recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery: a critical appraisal. ANZ J Surg 2002;72:887-9.
13. Campos BA, Henriques PR. Relationship between the recurrent laryngeal nerve and the inferior thyroid artery: a study in corpses. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 2000;55:195-200.
14. Shao T, Yang W, Zhang T, et al. A newly identified variation at the entry of the recurrent laryngeal nerve into de larynx. J Invest Surg 2010;23:314-20.