



FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA LEGAL

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

**“HALLAZGO INCIDENTAL DE HERNIA
INGUINAL CONTRALATERAL OCULTA.
MARCO MÉDICO LEGAL”**

AUTOR: Sadava, Emmanuel Ezequiel

DNI: 28.899.189

Email: ezequielsadava@gmail.com

Tel: 1157625666

Cohorte: 2022

Resumen

La hernia inguinal contralateral oculta (HICO) tiene un carácter asintomático que hace que su detección se dé durante la cirugía de otra hernia. Ante esta eventualidad, se discute en términos éticos si es factible operar también esa hernia oculta en el mismo procedimiento quirúrgico o si, por el contrario, se debe previamente pedir el consentimiento del paciente. Actualmente, el apartado legal no incluye un punto claro sobre el tipo de procedimiento ante un caso similar, dejando la elección al albedrío y juicio del médico. El siguiente trabajo propone un recorte bibliográfico sobre el tema para plantear la posibilidad de resolver ese dilema ético a través de una solución arbitraria que permita a los profesionales actuar de manera tal que se eviten problemas legales, tales como demandas por mala praxis en caso de que el paciente sufra una complicación posterior a la intervención.

Palabras clave: HERNIA - INGUINAL - ÉTICA - MÉDICA - RESPONSABILIDAD - PROFESIONAL - CONSENTIMIENTO - INFORMADO.

Abstract

Occult contralateral inguinal hernia (HICO) has an asymptomatic nature and its detection occurs during surgery for another hernia. Given this eventuality, it is discussed in ethical terms whether it is feasible to also operate on this hidden hernia in the same surgical procedure or whether, on the contrary, the patient's consent must be previously requested. Currently, the legal section does not include a clear point on the type of procedure in a similar case, leaving the choice to the will and judgment of the surgeon. The following essay proposes a bibliographical clipping on the topic to raise the possibility of resolving this ethical dilemma through an arbitrary solution that allows professionals to act in such a way as to avoid legal problems, such as lawsuits for malpractice in the event that the patient suffers a complication after the intervention.

Key words: INGUINAL – HERNIA – MEDICAL – ETHICS - PROFESSIONAL – RESPONSIBILITY - INFORM CONSENT.

Índice

Introducción	4
Objetivos	6
Metodología	6
Marco teórico.....	7
Encuesta de campo	13
Marco Legal.....	17
Responsabilidad profesional médica	17
Aspecto penal.....	17
Imprudencia	18
Negligencia	19
Algunas consideraciones sobre el Consentimiento informado:.....	20
Discusión	24
Consideraciones finales	29
Conclusiones	30
Bibliografía.....	31

Introducción

El 27 de julio de 1598 se presentó en Córdoba, Argentina, una “demanda” por impericia médica que resultó en la muerte de cinco esclavos de origen africano, posiblemente la primera de su tipo en América (Kvitko, 2003). Actualmente, y habiéndose aumentado exponencialmente la biblioteca de conocimientos en la medicina mundial en siglos de desarrollo científico, los casos de demanda por mala praxis han ido creciendo en escala proporcional (Álvarez, 2023). Podría suponerse que, al existir procedimientos más eficientes, las probabilidades de mala praxis han de verse reducidas; no obstante, los juicios aumentan día a día y, en Argentina, alcanzan a 1 de cada 4 médicos que, en el transcurso de su vida laboral, reciben alguna demanda por mala praxis (Álvarez, 2023). Por año, se inician demandas por 1.000 millones de pesos contra las obras sociales, los seguros y el Estado. De acuerdo con los registros de la empresa Seguros Médicos, del Observatorio de la cátedra libre de Derecho y Salud y del Observatorio de Bioética y Toma de Decisiones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), los juicios por responsabilidad profesional aumentaron en promedio el 20% en los últimos 5 años. Alrededor del 80% tramita en CABA y Provincia de Buenos Aires. El 80% corresponde al fuero civil y el 20% al penal. Paralelamente, los montos de las condenas aumentaron más del 500% (Penélope Canonico, diario Clarín, 30 de julio 2023. Los datos se desprenden de los registros de la empresa Seguros Médicos, del Observatorio de la cátedra libre de Derecho y Salud y del Observatorio de Bioética y Toma de Decisiones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires).

Ante esta realidad, los médicos y profesionales de la salud deben enfrentar, muchas veces, la presión en la toma de decisiones, evaluando las probabilidades de riesgos y beneficios en términos no solo éticos y científicos, sino también dentro de un marco legal vigente que los reviste de responsabilidades y de obligaciones. En ese contexto, el siguiente trabajo pretende dar cuenta de los principios éticos que influyen en la toma de decisiones ante el caso específico de haberse encontrado una hernia inguinal asintomática al momento de operar la hernia para la que se había programado la cirugía. La cuestión que surge ante tal eventualidad es si el médico a cargo puede tomar la decisión de reparar también ese tejido con el procedimiento que crea adecuado o si debe contar previamente con el consentimiento del paciente. La pregunta, como es de esperar, abre una pluralidad de opciones y de escenarios

posibles dentro de los que actúan no solamente interrogantes éticos y científicos, sino también legales.

Para el abordaje de la temática, se propone un marco teórico que dé cuenta de determinadas normativas legales vigentes, así como una encuesta que posibilite una metodología cuantitativa para obtener datos estadísticos sobre el procedimiento de médicos cirujanos. Actualmente, este asunto se encuentra en una “zona gris” de la medicina legal, ya que no hay antecedentes de una reglamentación o marco legal que indique un modo de proceder y que sirva de orientación para el cirujano. Asimismo, conocer el manejo adecuado de una HICO facilitaría el tratamiento y además podría evitar una eventual demanda ya que se debería incluir en el consentimiento de forma explícita.

Finalmente, consideramos que la medicina es una ciencia en constante evolución, en la que los paradigmas y axiomas están sujetos a modificaciones y actualizaciones. Del mismo modo, el marco legal debe ofrecer una respuesta que acompañe dichos cambios para que tanto el proceder científico como el contexto legal que lo circunda puedan articularse de manera eficiente. Muchas veces la ciencia, en el vértigo de su avance, deja atrás a la mecánica de las leyes que deberían acompañarla. El objetivo de este análisis bibliográfico es aumentar el campo de conocimiento sobre el tema, abrir el debate y arrojar luz sobre una línea de acción médica que es terreno de duda y en la que se disputan intereses éticos y legales.

Objetivos

- Conocer el estado actual del manejo de la hernia inguinal contralateral oculta (HICO).
- Establecer un recorte bibliográfico que permita esclarecer el marco de acción ético-legal ante el eventual descubrimiento de una hernia inguinal contralateral oculta (HICO).

Metodología

La metodología elegida para este trabajo es un recorte bibliográfico que dé cuenta del estado actual de la cuestión en el procedimiento a seguir ante el descubrimiento de una hernia inguinal oculta. Los motores de búsqueda es el proporcionado por Google y su repositorio académico. El criterio de inclusión es el proporcionado por las palabras clave “hernia oculta”, “consentimiento informado”, “mala praxis” y “hallazgo incidental” en textos relacionados con la aparición de una hernia oculta durante un procedimiento de cirugía y cómo este tema es abordado desde el criterio ético y legal. Se excluyen casos que no se correspondan con el marco legal argentino, casos extraordinarios en otros países y procesos que no tengan relación alguna con el hallazgo incidental de una hernia asintomática. Se incluyen todos los textos que den cuenta de una hernia oculta y textos que den un panorama sobre el criterio legal ante la decisión de intervención quirúrgica sin consentimiento previo informado por parte del paciente.

Ante la falta de recursos para establecer un protocolo ético concreto, se abre el interrogante a través de la descripción del proceso de cirugía y sus derivados. Paralelamente, se utilizará una encuesta en profundidad dentro de un grupo de cirujanos , diseñada de manera tal que incluya los temas específicos a debatir y que dé cuenta de la decisión puntual del médico cirujano ante el caso hipotético planteado (metodología cuantitativa) para así conocer los porcentajes de médicos que toman la decisión de reparar la hernia asintomática oculta para contrastar esa cifra con los que deciden no hacerlo, conociendo al mismo tiempo los motivos de

dicha elección. La representación del recorte es estadística e incluye a médicos cirujanos de Argentina, especializados en cirugía de pared abdominal.

Marco teórico

Una hernia de la pared abdominal es una protrusión del contenido abdominal a través de una zona adquirida o congénita de debilidad o defecto de la pared. Algunas hernias pueden ser asintomáticas, mientras que otras se incarcerationan o estrangulan, causando dolor en el paciente. De acuerdo con los autores Angeramo, Méndez, Gómez y Sadava:

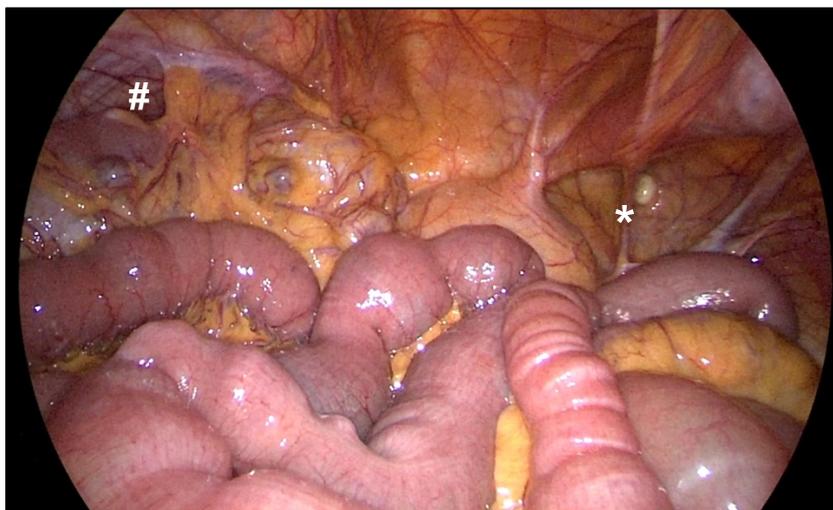
La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes y se estima que se realizan veinte millones de hernioplastias inguinales en el mundo por año. La introducción del concepto libre de tensión por Lichtenstein y col. a principios de los 80' y la utilización de prótesis (mallas) como refuerzo de las plásticas inguinales han permitido disminuir significativamente la tasa de recurrencia a un valor menor del 5%. Superado el período de convalecencia, que coincide generalmente con la finalización del proceso de cicatrización e integración de la prótesis, la gran mayoría de los pacientes retorna a su vida regular. Sin embargo, existe un grupo de ellos que consulta en reiteradas oportunidades por dolores en la "zona operada" con alteración de la calidad de vida (QOL). En los últimos años se ha logrado un mejor conocimiento de esta afección por medio de la evaluación a través de encuestas. La incidencia de esta condición es variable, entre el 8 y el 16%. El tratamiento de los pacientes con dolor inguinal crónico posoperatorio (DICP) es complejo; habitualmente han consultado a numerosos profesionales y recibido diferentes terapéuticas (Angeramo, Méndez, Gómez y Sadava, 2020: 526-534).

Tal como indican los autores, en la actualidad es más sencillo el procedimiento de diagnóstico de una hernia inguinal, así como también lo es el proceso de

intervención quirúrgica. Esta condición es fundamental para el abordaje filosófico que pretende este trabajo, ya que la misma tasa de disminución de recurrencias, así como la amplia trayectoria que respalda la eficacia de las mallas y los procedimientos quirúrgicos pueden llevar a que el descubrimiento de una hernia asintomática por parte del médico pueda determinar la inmediata decisión de intervenirla también en una misma cirugía. La pregunta que debe hacerse es qué pasaría en el caso hipotético y potencial de que dicha intervención derive en algún tipo de complicación que ponga en riesgo el éxito de la cirugía y la cura del paciente.



Visión laparoscópica: hernia inguinal derecha. Foto de archivo personal.



Visión laparoscópica: hernia inguinal bilateral. (*): derecha; (#) hernia izquierda. Foto de archivo personal.

Históricamente, toda hernia diagnosticada se reparaba de forma programada para evitar complicaciones severas, como el atascamiento y el estrangulamiento. Es decir que, en términos generales, no se conocía con exactitud la evolución natural de la hernia inguinal ni la incidencia de sus complicaciones. Paralelamente, se observa un incremento de las complicaciones después de la hernioplastia y, considerando que un tercio de los pacientes con hernia inguinal son asintomáticos u oligosintomáticos, no sería razonable exponerlos al riesgo de las complicaciones quirúrgicas que podría incluso superar al de las complicaciones propias de la patología (Sadava, 2023).

La hernia asintomática u oligosintomática se definió como un bulto inguinal reductible que no afecta a las actividades de la vida diaria ni a la actividad física, por lo que su presencia muchas veces pasa desapercibida por el paciente, que no sufre molestias ni dolor alguno. Justamente, su carácter de invisibilidad acompañado del procedimiento harto conocido por quienes operan este tipo de anomalía abdominal, pueden llevar al médico a tomar una decisión rápida para reparar el tejido en cuestión y que no había sido previsto antes de la programación de la cirugía.

De acuerdo con un artículo redactado por el doctor Rodolfo Altrudi para "Surgeon", en 2007, las hernias de pared abdominal

[...] son comunes, con una prevalencia reportada de aproximadamente 1,7% para todas las edades y casi del 4% en la población de 45 o más años de edad. Las hernias inguinales son responsables por aproximadamente el 75% de todas las hernias de la pared abdominal con un riesgo de presentarlas durante el transcurso de la vida del 27% en los hombres y del 3% en las mujeres. La reparación de la hernia inguinal es una de las operaciones más comunes en cirugía general, con un rango de 10 por cada 10.000 habitantes en el Reino Unido y de 28 por cada 10.000 habitantes en los Estados Unidos. La reparación inguinal representó el 65,7% de todas las reparaciones de hernias de la pared abdominal realizadas en los Estados Unidos en 1996 (Altrudi, 2007: 95-96).

Con respecto a los riesgos que conlleva, aclara Altrudi que las hernias

[...] tienen el riesgo de la irreductibilidad, comúnmente conocida como encarceración, que puede conducir a la estrangulación y obstrucción intestinal. Las hernias inguinales son responsables por aproximadamente un cuarto de todas las admisiones por hernias agudas de la pared abdominal, siendo la estrangulación de dichas hernias de la pared abdominal responsables por el 20% de todas las obstrucciones intestinales en adultos (Altrudi, 2007: 98).

La hernia inguinal tiene una incidencia entre 10-30%, siendo más frecuente en hombres y habitualmente afecta a una sola ingle (unilateral). La incidencia de hernia contralateral sincrónica, que se diagnostica al momento de la consulta (hernia inguinal bilateral), es de alrededor de 20-30%. Por otro lado, existe la hernia contralateral metacrónica, o sea que es aquella hernia inguinal que aparece en la ingle contralateral luego de un tiempo de operado, llegando su incidencia a un 30% en hombres. Como resultado, la reparación o hernioplastia inguinal (cirugía de hernia inguinal) es una de las más frecuentes en cirugía general con 20 millones de cirugías por año en todo el mundo.

En general, toda hernia inguinal es de alguna manera sintomática y su única cura es la cirugía. De acuerdo con la Sociedad Europea de la Hernia

[...] la vigilancia es una opción aceptable en el pequeño grupo de pacientes que se presentan asintomáticos o con síntomas leves, o en la presencia de comorbilidades mayores. Sin embargo 54-70% de los mismos requerirán manejo quirúrgico dentro de los primeros cinco años de vigilancia por empeoramiento de los síntomas, principalmente dolor. La conducta expectante también se acompaña de 2.5% de riesgo de encarceración acompañado de altas tasas de morbilidad (Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica, 2020: 191).

Finalmente existen casos en los cuales el diagnóstico de hernia inguinal es intraoperatorio ya que no pudo ser detectada por medio el examen físico preoperatorio (método diagnóstico estándar). Esto sucede cuando el paciente es sometido a una reparación de hernia inguinal por vía laparoscópica de un lado (unilateral) y a la exploración de las regiones inguinales se observa que la ingle contralateral está afectada. En ese momento, se establece el dilema sobre el “qué” y no sobre el “cómo”, es decir, qué decisión tomar, aun conociendo el cómo proceder.

En ese momento se plantea el interrogante de si es necesaria la reparación de la ingle contralateral (que no estaba planificada) en la misma cirugía o diferir la cirugía. Esta situación es cada vez más frecuente siendo que la cirugía laparoscópica de hernia continúa en constante crecimiento. Aproximadamente un 30% de las hernias ocultas con el tiempo se vuelven sintomáticas y requieren de una reparación (Asociación Andaluza de Cirujanos, 2018: 110-111). Este dato parece suficiente para justificar una reparación intraoperatoria de una hernia contralateral oculta, pero la realidad muestra otra cosa.

En esa instancia, se deben evaluar rápidamente una serie de cuestiones relacionadas con los riesgos implícitos en la misma intervención, además del interrogante ético que supone cualquier tipo de intervención cuya ejecución no estaba planificada y, por lo tanto, no contaba con el correspondiente consentimiento del paciente:

¿Cuáles son los riesgos de realizar una reparación no planificada? Identificamos:

1. Consentimiento informado
2. Riesgos inherentes de la cirugía
3. Necesidad de prótesis y fijadores
4. Complicaciones alejadas de cirugía

Por otro lado, la relativamente alta incidencia de hernias contralaterales y metacrónicas llevaría a pensar que sería necesario descartar una hernia contralateral antes de planificar una cirugía de hernia inguinal. Sin embargo, el método de diagnóstico estándar es el examen físico. Esto se desprende de que los métodos por imágenes, como la ecografía, son quizás más sensibles para la detección de hernias, pero no pueden discernir entre aquellas que requerían

tratamiento quirúrgico. Por lo tanto, muchas de las hernias que se diagnostican por ecografía no serán palpables (examen físico) y deberían descartarse otros diagnósticos diferenciales como pubalgia u otras afecciones músculo-tendinosas. De esto se desprende un claro interrogante, es necesario reparar (operar) todas las hernias diagnosticadas por ecografía o es factible esperar (observarlas). La observación de hernias que no se asocian a síntomas (asintomáticas) o tienen pocos síntomas (oligosintomáticas) es un método factible y seguro y podría ser utilizado como herramientas para evitar cirugías innecesarias o apresuradas.

Encuesta de campo

Queda claro que no hay un consenso sobre la conducta ante el hallazgo de HICO. Es por eso que efectuamos una encuesta a cirujanos que practican habitualmente la cirugía de hernia por vía laparoscópica con abordaje TAPP (TransAbdominal PrePeritoneal). Esta encuesta es de carácter anónimo y se envió a cirujanos de diferentes puntos del país.

Se confeccionó para la ocasión un formulario por medio de la aplicación de Google Forms y se envió por email o WhatsApp a través del siguiente enlace:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSedkUEvpk3Ziu7j6IKuKgHrinvRaWZW7UwyfAz2MDkLTE2MHQ/viewform>

Los encuestados fueron obtenidos de la base de datos de la AAH (Asociación Argentina de Hernias) y de aquellos que han presentado conferencias y/o desarrollado cursos con relación a la cirugía de hernia por vía laparoscópica.

La encuesta considera cuál es el método habitual de diagnóstico, si opera hernias por vía laparoscópica, el tipo de abordaje (TAPP o TEP o otra), cantidad de hernioplastias realizadas anualmente y la conducta frente al hallazgo de HICO y, en caso de no realizarla al mismo tiempo, la razón por la cual toma esa decisión.

Del total de encuestados (43), el 77% (33) contestó la encuesta. Un profesional admitió no operar vía laparoscópica y hubo 2 profesionales que no operan con abordaje TAPP. Así, la muestra de estudio quedo conformada por 30 profesionales (n=30).

Las ciudades donde se desarrolla la cirugía de hernia por vía laparoscópica fueron: CABA (15), San Isidro (2), Pilar (2), San Justo (1) La Plata (2), Rosario (2), Salta (1), Neuquén (2), Córdoba (1), Mendoza (1) y Jujuy (1).

El 100% utiliza el examen físico como método diagnóstico de hernia inguinal, mientras que el 65.6% se utiliza, además, la ecografía.

El 73% de los profesionales realiza más de 50 cirugías anualmente y solo en 1 caso (3.33%) la cantidad de procedimientos fue menor de 20 al año. Resulta interesante conocer que el 60% de los profesionales realiza la cirugía de HICO en el mismo acto

quirúrgico, mientras que el 40% restante no la realiza siendo la razón principal de no reparar la HICO la falta de consentimiento previo a la cirugía (91.7%).

Los siguientes esquemas grafican los resultados obtenidos:

GRÁFICO 1: Método diagnóstico utilizado (n=33)

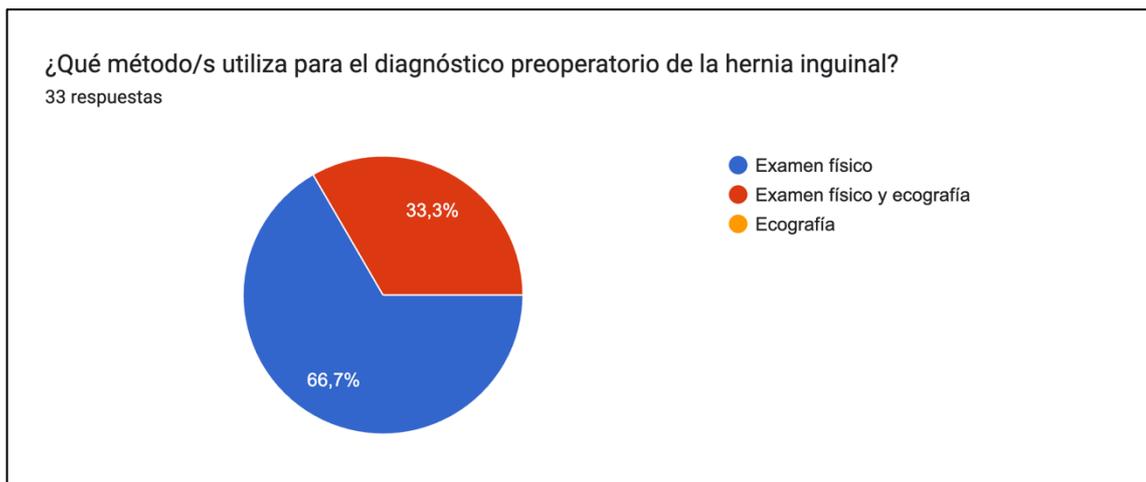


GRÁFICO 2: Cantidad de cirugías realizadas (n=30)

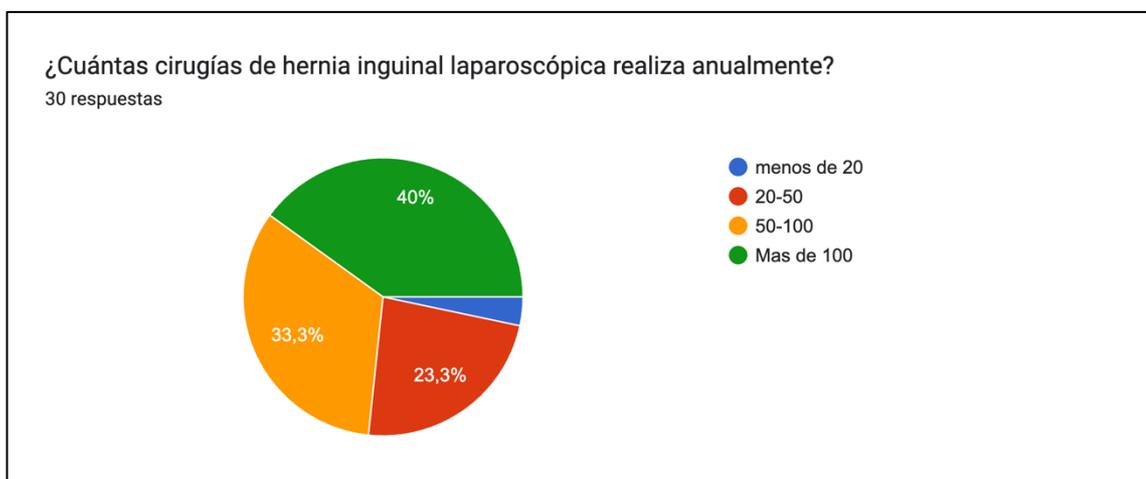


GRÁFICO 3: Acción tomada ante la aparición de una hernia oculta (n=30)

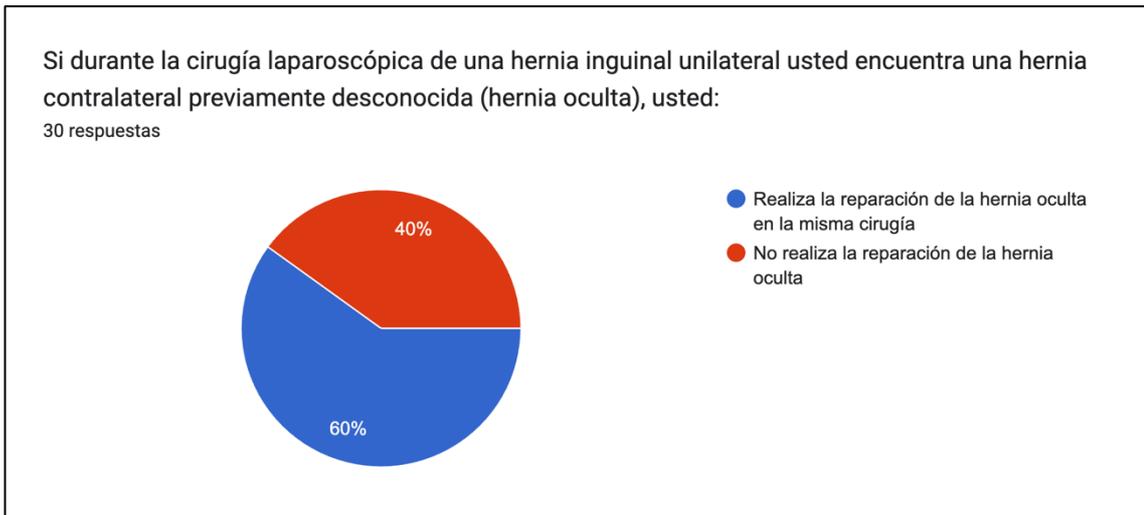
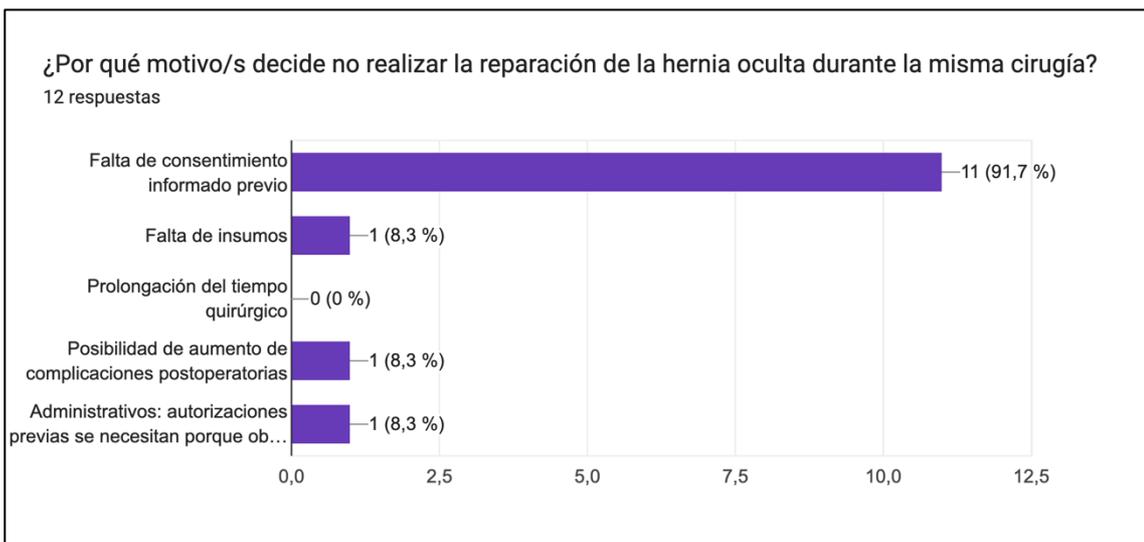


GRÁFICO 4: Motivos de no realizar la reparación de la HICO (n=12)



Esa diferencia, señalada en valores significativos, deja en evidencia que el cuestionamiento planteado se presta a un debate en el que pareciera haber opiniones encontradas, con argumentos a favor de uno u otro lado. Las razones expuestas por el grupo que no realiza la cirugía por no haber recibido consentimiento se enmarca dentro de un régimen legal que exime de responsabilidades legales en el caso de haber una complicación posterior, a la vez que está en contradicción con uno de los pilares éticos del ejercicio de la medicina.

Claramente, el equilibrio entre éticas y aspectos legales debería ofrecer una respuesta más simple para aquellos que ejercen la medicina, y su contemplación es quizás el objetivo de este recorte bibliográfico, ya que el consentimiento del paciente a través de una cláusula previa a la intervención sería factible.

Marco Legal

Tal como hemos señalado en la introducción, la literatura que legisla el abordaje ético de una HICO es nulo y no hay precedentes en nuestro país de una normativa que resguarde al médico interviniente de una posible demanda ante la toma de una decisión quirúrgica ante una hernia oculta. En ese contexto, el problema presenta varias aristas para establecer un debate. El marco legal vigente nos dice lo siguiente:

Responsabilidad profesional médica

En el capítulo I-102 de Responsabilidad civil y penal del médico cirujano, Alberto Ferreres sostiene que la RPM consiste en la obligación que tiene toda persona que ejerce una rama del arte de curar de responder ante la Justicia por los daños ocasionados con motivo del ejercicio de su profesión. Una sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Buenos Aires en los autos “López C y otro c/ Sanatorio Beltrán s/ daños y perjuicios” sostuvo:

“La responsabilidad profesional es aquella en la que incurre el que ejerce una profesión al faltar a los deberes especiales que ésta le impone y requiere, entre otros, el médico debe poseer el caudal de preparación que comúnmente tienen los de su profesión, es decir: le incumbe emplear los ordinarios cuidados, pericia y diligencia que guardan los médicos y cirujanos de la localidad en casos iguales, responde por los daños derivados de la ignorancia de los conocimientos necesarios y de pericia, de la omisión de las razonables atenciones o por no haber empleado su mejor juicio”

Aspecto penal

Desde el punto de vista penal, toda infracción a alguno de los artículos es un delito, el que se define como una conducta típica, antijurídica y culpable. Para su producción deben existir requisitos objetivos y subjetivos (Ferreres, 2014):

Requisitos objetivos:

- Infracción al deber de cuidado
- Relación de causalidad
- Nexo de determinación
- Resultado típico obtenido

Requisitos subjetivos:

- Previsibilidad
- Voluntad para conducirse con los medios seleccionados

La Responsabilidad Profesional médica (RPM) es una sola, pero evalúa tres aspectos: penal, civil y administrativo. El presupuesto en la RPM es la existencia de la denominada culpa médica, que representa el grado más bajo de culpabilidad. Esto es la falta de previsión de un resultado típicamente antijurídico que pudo y debió haberse previsto al obrar (culpa inconsciente), o bien la representación de un resultado típicamente antijurídico que se confía evitar, obrando en consecuencia (culpa consciente o con representación). Dentro de las conductas culposas se incluyen la imprudencia, la negligencia y la impericia (Ferrerres, 2014). Ahora bien, hemos señalado que este tipo de casos, en los que se descubre una lesión oculta al momento de abordar la cirugía de una hernia inguinal programada, supone un dilema ético y profesional, y que dentro del marco legal existe una zona que invita al debate. Si analizamos dos de esos elementos, veremos que el hecho de intentar solucionar un problema sin haber tenido consentimiento es una acción que, de acuerdo con la RPM, podría prestarse a una lectura arbitraria:

Imprudencia: es lo opuesto a la prudencia y consiste en obrar con ligereza. Es decir, afrontar un riesgo sin haber tomado previamente las debidas precauciones para evitarlo, procediendo de manera apresurada o innecesaria, sin haberse detenido a pensar en los inconvenientes que resultarían de esa acción. Es otras palabras, es *hacer de más* (Ferrerres, 2014).

Negligencia: es lo inverso al sentido del deber, es decir, la falta de celo o indiferencia. Es negligente el incumplimiento de los principios elementales inherentes al arte o profesión. En otras palabras, es *no hacer* o *hacer de menos* (Ferrerres, 2014).

La pregunta sobre el qué hacer, por otro lado, aparece como una frontera poco clara si además vemos lo que el marco legal dice sobre el **consentimiento informado quirúrgico**. De acuerdo con la normativa, para que un Consentimiento informado sea válido deberá acreditarse:

-Información suficiente por parte del cirujano, objetiva, leal y sincera.

-Competencia por parte del enfermo, evidenciada por la comprensión de la información provista y su adecuada elaboración para una toma de decisiones basada en la autodeterminación y autoprotección (Ferrerres, 2014).

-Manifestación externa de la voluntad acorde a la decisión asumida, en atención a las normativas del art. 897 del Código Civil (“los hechos se juzgan voluntarios si son ejecutados con discernimiento, intención y libertad”), 913 (“ningún hecho tendrá el carácter de voluntario sin un hecho exterior por el cual la voluntad se manifieste”) y 915 (“la declaración de la voluntad puede ser formal o no formal, positiva o tácita, o inducida por una presunción de la ley”).

En lo que respecta al ámbito de la Salud, el consentimiento informado (CI) supone una declaración de voluntad del paciente sobre una práctica médica indicada y requiere la previa información al respecto, de tal modo que el enfermo pueda tomar una decisión razonada e independiente. El suministro de información al paciente generalmente tiende a paliar la situación de asimetría existente entre el lego y el experto –paciente y médico—. El intercambio comunicativo ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente (Wierzba, 2017).

Con base en los desarrollos doctrinarios, pero asimismo en los textos legales más relevantes sobre la materia, en nuestro país el deber de información se refiere al estado de salud del paciente. En ese aspecto, interesa conocer la condición del interesado, pues de ella dependerá la justificación y razonabilidad de los estudios o tratamientos propuestos. Es decir que, por ejemplo, no será lo mismo indicar un procedimiento riesgoso a quien solo sufre molestias físicas (pero que en esencia

goza de una buena salud) que a una persona cuya vida está en riesgo (Wierzba, 2017).

Algunas consideraciones sobre el Consentimiento informado (Wierzba, 2017. Ministerio de Salud):

Objetivos del procedimiento propuesto

Se debe informar si el procedimiento propuesto es diagnóstico o terapéutico y si la práctica es invasiva o no. También puede resultar relevante prestar información sobre la duración del tratamiento; el lugar donde se llevará a cabo, si requerirá anestesia o no, la clase de instrumental que se utilizará, las partes del cuerpo que serán afectadas, etc. La comparación del tratamiento a realizar con otros más comunes y conocidos se considera de buena práctica (Wierzba, 2017).

Los beneficios esperados

Normalmente coinciden con los objetivos del tratamiento, es decir, aliviar o hacer desaparecer el problema que ha llevado al paciente a tratarse. Sin embargo, la revelación de los beneficios se considera crucial en ciertos casos, como cuando el procedimiento es diagnóstico y no terapéutico, caso en el cual el paciente debe saber que solo se intenta obtener información para luego iniciar tratamientos. Cuando el nivel de beneficio que se espera del procedimiento está muy por debajo de la completa mejoría del paciente, supuesto en el cual el médico debe informar de tal limitación (Wierzba, 2017).

Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles

Quizás sea este el aspecto más relevante a informar, resultando complejo encontrar un justo límite entre la cantidad de información que cada paciente necesita para una toma de decisión inteligente y aquella que sea posible proporcionarle en función de los límites que impone el ejercicio de la Medicina actualmente. Se sugiere considerar la naturaleza del riesgo, su magnitud, la probabilidad de su materialización y la inminencia de tal posibilidad. Por lo general, hay consenso en cuanto a que debe informarse al menos los riesgos más graves y más frecuentes, sin embargo, no hay un parámetro objetivo para determinar en qué casos un riesgo se encuadra en tales

categorías (algunas pautas de carácter estadístico pueden hallarse en la jurisprudencia) (Wierzba, 2017).

Los procedimientos alternativos y sus riesgos

Es esta una cuestión de gran trascendencia ya que esta información permite al paciente optar por el tratamiento en otro establecimiento asistencial, por otro profesional, o incluso decidirse por el no tratamiento. Por lo general el médico recomendará una alternativa basada en su saber profesional, habiendo previamente descartado otras y pudiendo el paciente aceptar o no el consejo, no resultando exigible que se ofrezca al enfermo una gama abierta de opciones para que éste elija libremente (Wierzba, 2017)..

Las consecuencias previsibles de la omisión del procedimiento

Recientemente exigido por la ley, este tipo de información resulta crucial para alcanzar un balance entre los pros y los contras de aceptar una terapia o estudio médico aconsejado, en la medida que permite sopesar también las consecuencias negativas del no tratamiento (Wierzba, 2017) .

Derecho a rechazar un tratamiento determinado

Información sobre el derecho a rechazar tratamientos extraordinarios, desproporcionados, que importen sufrimiento desmesurado (incluyendo rechazo de hidratación, alimentación, reanimación; asimismo retiro del soporte vital), en caso de enfermedades irreversibles, incurables o terminales (o lesiones con iguales efectos) (Wierzba, 2017).

Al respecto, escribe Sandra Wierzba que:

Cabe destacar que el deber de revelar no es absoluto, pudiendo relativizarse en supuestos como los siguientes: 1. Cuando el riesgo no es razonablemente previsible y tampoco es inherente al tratamiento; 2. Cuando el paciente se niega específicamente a obtener información; 3. Cuando existe una situación

de urgencia que tornaría irrazonable la obtención del consentimiento informado; 4. Cuando el riesgo es conocido por el paciente o es tan obvio como para justificar la presunción de tal conocimiento; 5. En casos en los que la completa revelación de las alternativas y consecuencias podría tener efecto nocivo en la salud física o psíquica del paciente (Wierzba, 2017).

Generalmente, el consentimiento informado no suele darse por escrito y solo debe hacerse de esta manera cuando se trata de operaciones, internaciones y tratamientos invasivos o riesgosos. En este aspecto, y de acuerdo con el tema de discusión propuesto, consideramos que una petición por escrito de manera previa a la intervención de cirugía de hernia podría aclarar una decisión que actualmente queda librada a la voluntad del médico interviniente (Wierzba, 2017).

Por otro lado, el derecho a la información presenta una contrapartida, es decir, el “derecho a no saber” que se explicita mediante la renuncia a recibir información. El consentimiento informado como principio debe provenir del paciente (en su carácter de interesado principal) debería, por lo tanto, actuarse de acuerdo con sus necesidades y características propias. Se destaca, además, la necesidad de capacitación específica con que debe contar el personal encargado de brindar información y la necesidad de informar a los representantes legales, allegados o apoyos en caso de personas que requieran de su ayuda para recibir información y/o decidir previamente sobre el procedimiento (Wierzba, 2017).

De acuerdo con Sandra Wierzba (2017). En cuanto al deber de informar y su incidencia causal en la decisión del paciente y sus consecuencias, existen los siguientes criterios:

- Uno basado en un estándar subjetivo, referido a aquello que el propio paciente habría hecho, en caso de habersele informado adecuadamente.
- Otro propio de un estándar objetivo, según el cual corresponde contemplar qué habría decidido una persona razonable y prudente en la posición del

paciente, de haber sido adecuadamente informada de todos los peligros significativos. Si previsiblemente una adecuada información habría llevado a esa persona a declinar el tratamiento por causa de la revelación relativa al tipo de riesgo o peligro que derivó en un daño, la relación de causalidad quedará establecida. En cambio, si la revelación de todos los riesgos relevantes no habría hecho variar la decisión de una persona razonable en la posición del paciente, no existe conexión causal entre la falta de información y el daño. El criterio objetivo se aplica mayoritariamente en la jurisprudencia, para evitar el llamado “peligro respecto de la retrospección de un paciente resentido” (Wierzba, 2017)

Conocer todo este marco es, en principio, un modo de enfocar el debate sobre la problemática que se aborda en este trabajo. Contemplar tanto los estándares objetivos como subjetivos debería ser un tema de discusión por parte de los cirujanos que, en determinado momento, deben decidir rápidamente qué acción tomar ante el descubrimiento de una hernia asintomática oculta. El comité de ética, con una acción que permita un consentimiento previo en el caso potencial de que el médico se encuentre con una hernia HICO, podría agilizar el trabajo durante la intervención evitar una posible demanda ulterior al profesional interviniente.

Discusión

El consentimiento informado presenta características particulares frente a la realización de procedimientos quirúrgicos, de ahí que se habla de consentimiento informado quirúrgico, por las peculiaridades de la cirugía: su carácter invasivo, el riesgo inherente a cualquier procedimiento, el riesgo relacionado con la administración de agentes anestésicos, la toma de decisiones, la morbimortalidad que rodea cualquier tipo de intervención y muchos factores adicionales. El consentimiento informado quirúrgico, si bien representa la aplicación de los principios éticos a la relación cirujano-paciente y a la indispensable y necesaria autonomía de la voluntad de los pacientes, en oportunidades refleja un conflicto entre la teoría y su aplicación práctica.

Si hablamos desde la perspectiva de la evaluación del beneficio de operar una hernia oculta en la misma cirugía, claramente se estaría evitando una nueva cirugía con anestesia, lo cual implicaría una nueva exposición a los riesgos del procedimiento quirúrgico. Por el contrario, la falta de consentimiento específico para esa situación abre la posibilidad de una demanda, a la vez que podría haber falta de insumos. Además, existen las complicaciones posteriores al procedimiento, tales como hematoma y dolor. Este último puede alcanzar hasta 17%, pero, entendiendo que es una hernia asintomática, no existiría riesgo de complicación asociada.

En el artículo “Hernia inguinal oculta detectada durante la reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal unilateral”, publicado en *Medigraphic* (Vol. 13 No. 4 Oct.-Dic. 2012), leemos que:

Existen pocos estudios que determinen la utilidad del abordaje TAPP para detectar la presencia de hernia inguinal oculta y su reparación simultánea. Se ha descrito el empleo de la técnica TEP en la evaluación de defectos contralaterales asintomáticos, con incidencias que van desde el 22 hasta el 45%; sin embargo, algunos autores sugieren que estas frecuencias elevadas se deben a que la disección realizada en el abordaje TEP puede crear artefactos que aumentan la incidencia esperada de manera falsa. El abordaje TAPP evita la disección innecesaria, a diferencia del abordaje TEP, además de que la visión anatómica es mejor y su realización es más fácil. En un

estudio realizado por Geisler y colaboradores se hizo de manera rutinaria una exploración transinguinal laparoscópica en 358 niños con diagnóstico de persistencia de conducto vaginalis, el cual se encontró presente del lado contrario hasta en el 33% de los casos (Ocádiz, Obregón, González, 2012).

Se ha dicho que la intervención laparoscópica de una hernia unilateral primaria puede poner en evidencia la presencia de una hernia oculta contralateral, la cual puede presentar sintomatología posterior hasta en el 28.6% de los casos en un seguimiento de 15 meses, cifra que puede justificar la intervención laparoscópica de una hernia inguinal unilateral. La diferencia de medias del tiempo quirúrgico entre los pacientes sometidos a reparación unilateral versus bilateral presentó una estadística de ocho minutos (Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica, 2012: 5). No obstante, una vez realizada la reparación quirúrgica de un lado, el tiempo que se invierte en reparar el lado contrario es poco significativo si se tiene en cuenta el beneficio potencial para el paciente.

En este sentido, la exploración laparoscópica a través del abordaje transabdominal preperitoneal habilita la identificación y reparación de una hernia inguinal oculta asintomática, la cual puede presentarse de manera frecuente hasta en el 33% y con predominio en pacientes masculinos jóvenes. La reparación simultánea del lado contrario absuelve al paciente de tener que efectuar una segunda cirugía posteriormente. Paralelamente, disminuye los costos generales y evita la incapacidad laboral prolongada del paciente, por lo que la presencia de una hernia inguinal unilateral puede justificar el abordaje laparoscópico.

Si bien el resultado de las encuestas parece bastante dividido en cuanto a la decisión de los cirujanos, cabe señalar que aquellos que no realizan la intervención en la hernia asintomática oculta, lo hacen para evitar algún tipo de riesgo de demanda ante la falta de un proceso legal que ponga de manifiesto la voluntad del paciente previamente a la cirugía. En otras palabras, los que deciden no intervenir la hernia oculta lo hacen independientemente de la evaluación del riesgo, ya que la hernioplastia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia en el mundo (paralelamente, representa una de las mayores cargas

económicas para los sistemas de salud). A pesar de la alta incidencia de hernia inguinal en la población mundial, la estrategia terapéutica con mejor índice costo-beneficio es aún motivo de debate. Con respecto al riesgo mismo implícito en el procedimiento, Sadava, Angeramo, Dreifuss, Murdoch Duncan y Schlottmann opinan que:

Históricamente toda hernia diagnosticada debía repararse de forma programada para evitar las complicaciones severas, como el atascamiento y el estrangulamiento. En consecuencia, no se conocía con exactitud la evolución natural de la hernia inguinal ni la incidencia de las complicaciones. Por otro lado, se ha observado un incremento de las complicaciones después de la hernioplastia. El dolor inguinal crónico posoperatorio es uno de los más temidos, con una incidencia de hasta un 18 %. Considerando que un tercio de los pacientes con hernia inguinal son asintomáticos u oligosintomáticos, no sería razonable exponerlos al riesgo de las complicaciones quirúrgicas, que incluso podría superar el de las complicaciones propias de la patología (Sadava, Angeramo, Dreifuss, Murdoch Duncan y Schlottmann, 2023: 526-534).

Tanto el riesgo como el proceso postoperatorio no deben descartarse como elementos de orientación a la hora de tomar la decisión de operar la hernia abdominal oculta. Cada paciente tiene una trayectoria clínica específica y características particulares que el cirujano debe evaluar a la hora de tomar esa decisión:

Basado en las más recientes guías internacionales para el manejo de la hernia inguinal no existe un consenso para indicar una única técnica que sea adecuada para las características de todos los pacientes. Es por eso que se deben idear tratamientos personalizados con base en: sexo del paciente, localización y tipo de hernia, antecedente de procedimientos abdominales y pélvicos, comorbilidades cardiopulmonares mayores y recurrencia (Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica, 2020: 191).

En ese contexto, por lo tanto, es útil señalar las diferencias de los dos tipos de procedimiento que se utilizan: la técnica Totalmente ExtraPeritoneal (TEP) y la técnica TransAbdominal PrePeritoneal (TAPP), que es la más frecuente.

En la última década la cirugía de hernias inguinales estuvo sujeta a cambios radicales en términos de procedimientos. En primer lugar, las tradicionales herniorrafias fundamentadas en la síntesis de tejidos con suturas han sido reemplazadas por las nuevas hernioplastias “sin tensión” que se basan en la implantación de mallas según los principios de Lichtenstein. Por otra parte, el concepto “cirugía de corta estancia” ha dado paso a la cirugía ambulatoria. La hernioplastia laparoscópica surge con el propósito de realizar una reparación sin tensión y con las ventajas añadidas de la cirugía mínimamente invasiva. La técnica ha evolucionado desde las primeras hernioplastias de acceso intraperitoneal hasta las de vía laparoscópica, totalmente extraperitoneal (TEP), que remeda la clásica reparación preperitoneal abierta.

La reparación de una hernia inguinal puede ser por dos vías principales, cirugía convencional (clásica) y cirugía laparoscópica (mini-invasiva). La elección de una técnica u otra depende del tipo de hernia, deseos del paciente y preferencia del cirujano. La hernioplastia laparoscópica utiliza incisiones mínimas y un sistema de video para asistir el procedimiento. Presenta como ventajas: menor dolor postoperatorio y menor tasa de complicaciones (infecciones, hematomas), llevando a una reinserción más rápida a las actividades habituales.

Retomaremos las técnicas laparoscópicas más comunes para la reparación de la hernia inguinal, la reparación transabdominal preperitoneal (TAPP) y la reparación totalmente extraperitoneal (TEP). En la TAPP, se entra en la cavidad peritoneal y se coloca una malla a través de una incisión peritoneal sobre los posibles lugares de la hernia. En la TEP, en cambio, no se entra en la cavidad peritoneal y se utiliza una malla para sellar la hernia desde fuera del peritoneo. Este procedimiento se considera más difícil que la TAPP, pero es el que estadísticamente ofrece menos complicaciones. Técnicamente, la reparación laparoscópica es más difícil que la reparación abierta.

Un estudio¹ estadístico sobre la elección de uno u otro procedimiento identificó un ECA que no informó diferencias estadísticas entre la TAPP y la TEP al considerar la duración de la cirugía, el hematoma, la duración de la estancia hospitalaria, el tiempo para volver a la actividad habitual y la recurrencia. Los datos recogidos indicaron que la TAPP estaría asociada con mayores tasas de hernias en el sitio de acceso y lesiones viscerales, mientras que en la TEP se observan más conversiones. Las lesiones vasculares y las infecciones profundas de la malla fueron poco frecuentes y no hubo diferencias evidentes entre los grupos. No se identificaron estudios que informaran sobre la evidencia económica.

¹ <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004703.pub2>

Consideraciones finales

La cirugía de hernia inguinal es un procedimiento muy frecuente y se estima que se realizan 20 millones de hernioplastias anualmente en todo el mundo. El abordaje laparoscópico está en continuo crecimiento y su implementación es cada vez más recurrente en los centros de salud del país.

Existen principalmente 2 (dos) alternativas de cirugía laparoscópica, la técnica Totalmente ExtraPeritoneal (TEP) y la técnica TransAbdominal PrePeritoneal (TAPP) que es la más frecuentemente utilizada. Esta última permite, ya al inicio de la cirugía, la evaluación de ambas ingles con la posibilidad de detectar hernias contralaterales no diagnosticadas en el preoperatorio. Esta entidad se conoce como hallazgo de Hernia Inguinal Controlateral Oculta (HICO), la cual representa un desafío para el cirujano actuante dado que debe decidir si realizará o no la reparación de la HICO en el mismo acto quirúrgico.

La incidencia de HICO en la Argentina es desconocida y también es muy escasa la jurisprudencia al respecto. Por otro lado, se ha reportado hasta un 33% de HICO por abordaje TAPP cuando se lo compara solo con el examen físico.

Serían múltiples los beneficios de la reparación de la HICO al mismo de tiempo dado que evitaría una futura cirugía con todos y beneficios en términos de calidad de vida. Sin embargo, la cirugía de hernia no está exenta de riesgos (hematoma, dolor agudo, atrofia testicular, etc.), siendo la complicación más frecuente el dolor crónico que alcanza un 17% en reportes internacionales. Además, no habría consentimiento previo del paciente (al menos en forma explícita) y de ocurrir una complicación puede ser motivo de demanda. En nuestra encuesta se observó que el 40% de los profesionales que no realiza la reparación de la HICO es por no contar con consentimiento previo.

El uso de herramientas de diagnóstico como la ecografía de partes blandas presenta mayor sensibilidad para la detección de hernias no palpables al examen físico pudiendo reducir la incidencia de HICO. Sin embargo, el uso indiscriminado de esta herramienta podría incrementar los costos y la necesidad de reparación de hernias muy pequeñas que no generan síntomas. Por ese motivo el uso de la ecografía debería estar balanceado en términos de su uso cuando hay duda diagnóstica ya sea por sospecha de hernia contralateral o por sospecha de otro diagnóstico

diferencial (pubalgia, lipoma, otros tumores). En nuestro trabajo de campo observamos que 65.6% de los profesionales realiza uso de la ecografía para el diagnóstico de hernia (esto contrasta con la sugerencia de las guías internacionales).

Conclusiones

Desde nuestra perspectiva, creemos que el consentimiento previo sería un elemento que podría simplificar ese dilema a la hora de tener que decidir el cirujano sobre qué opción tomar y reducir de ese modo la responsabilidad profesional. Actualmente, no hay consenso al respecto, pero, de acuerdo con los resultados arrojados por el estudio llevado a cabo para este trabajo, la inclusión de un consentimiento redactado de manera explícita antes de la intervención sería recomendable como elemento para ser contemplado por el comité de ética. En el caso de que ante una HICO el cirujano decida no operar esa hernia asintomática, sería exclusivamente bajo criterio médico, evaluando la historia clínica del paciente, sus posibilidades de riesgo y sus particularidades fisiológicas. De esa manera, se estaría dejando la decisión a factores puramente relacionados con la ética y criterio médico, y no ya al elemento legal que condiciona el accionar del cirujano ante el miedo de una posible demanda.

Bibliografía

Alarcón del Agua I, Tinoco González J, Socas Macías M, Talón Aguilar L, Morales Conde S. (2018). Hernia inguinal bilateral por laparoscopia. *Cir Andal*, 29(2): 110-111

Altrudi, R. (2007). "Tratamiento de las hernias inguinales asintomáticas". *Surgeon*, Apr;5(2):95-100; quiz 100, 121. Recuperado de: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=47440&pagina=2>

Angeramo, C., Méndez, P., Gómez, O y Sadava, E. (2020). "Abordaje multidisciplinario del dolor inguinal crónico luego de hernioplastia inguinal". *Rev. argent. cir*; 112(4), 526-534.

Atlas Abogados. (2022). *Condena al Servicio Madrileño de Salud y su entidad aseguradora por la negligencia acontecida durante una cirugía de hernia inguinal bilateral*. <https://www.atlasabogados.com/>

Recuperado de: <https://www.atlasabogados.com/sentencia/condena-al-servicio-madrileno-de-salud-y-su-entidad-aseguradora-por-la-negligencia-acontecida-durante-una-cirugia-de-hernia-inguinal-bilateral/>

Canonico, P. (2023). "Aumentan los juicios por mala praxis y en Argentina alcanzan a 1 de cada 4 médicos". *Diario Clarín*, 30 de julio. Recuperado de: https://www.clarin.com/sociedad/aumentan-juicios-mala-praxis-argentina-alcanzan-1-4-medicos_0_tF04Ra1NBg.html

Dorta, D. (2016). Hernia inguinal: síntomas y tratamiento. <https://www.topdoctors.es/>
Recuperado de: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/hernia-inguinal-sintomas-y-tratamiento>

Ferreres, A. (2014). Responsabilidad civil y penal del médico cirujano. Enciclopedia Cirugía Digestiva F. Galindo y colab. Tomo I.102: pág. 1-17. Recuperado de www.sacd.org.ar

Ferreres, A., Gutiérrez, V. (2003). “Análisis de los reclamos originados en la cirugía de las hernias inguinales”. Portal Regional de la BVS. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-383787>

Kvitko, L (2002). Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal 7 (2), Dic. 8(1), Jun: 35-42.

Meneghini, R. (2023). Doctrina Responsabilidad civil médica. Meritorio tratamiento de temas poco abordados en la jurisprudencia. <https://aldiaargentina.microjuris.com/>

Recuperado de: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2023/01/27/doctrina-responsabilidad-civil-medica-meritorio-tratamiento-de-temas-poco-abordados-en-la-jurisprudencia/>

Ocádiz C., Obregón M., González A., et al. (2012). “Hernia inguinal oculta detectada durante la reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal unilateral”. Rev Mex Cir Endoscop., 13(4):190-194.

Sadava, E., Angeramo C., Dreifuss N., Murdoch Duncan N., Schlottmann F. (2023). “Manejo conservador en pacientes con hernia inguinal asintomática u oligosintomática. Factibilidad y resultados a largo plazo de un centro de alto volumen en Latinoamérica”. Rev Hispanoam Hernia, 11(3):105-110.

Wierzba, S. (2017). “Consentimiento informado 1: información”. <https://salud.gob.ar/>

Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/consentimiento-informado-1-informacion>