

ERRORES EN LA INTERPRETACIÓN del informe de necropsia médicolegal

César Augusto Giraldo Giraldo*

* Médico Patólogo Universidad de Antioquia, Doctor Honoris Causa en Derecho Universidad CES. Miembro Honorario Academia de Medicina de Medellín.

Correspondencia:

César Augusto Giraldo G.:
cesaraugustogiraldo@outlook.com

Cómo citar: Giraldo Giraldo César Augusto (2022). Errores en la interpretación del informe de necropsia médicolegal. Anales de la Academia de Medicina de Medellín (An Acad Med Medellín) 18(2):43-52. Doi: <https://doi.org/10.56684/ammd/2022.2.15>

Nota: las normas citadas pueden consultarse en la página web de las respectivas entidades oficiales.

Resumen

Este artículo presenta unas reflexiones sobre los informes de necropsias médico-legales ordenadas por la autoridad judicial; el informe de estas actuaciones es, en muchas oportunidades, trasladada como documento en casos de litigios civiles o administrativos por responsabilidad profesional en el sector salud, actuaciones que se han incrementado con el reconocimiento de la salud en conexidad con la vida digna como un derecho fundamental que exige un imparcial y adecuado dictamen.

Palabras clave: cambios postmortem; patología forense; necropsia médico legal; necropsia clínica; responsabilidad médica y sanitaria; legislación en necropsias.

Abstract

This article presents some thoughts about forensic autopsies ordered by the judicial authority: their reports are often considered expert opinions in cases of civil or administrative litigation of the responsibility of the health professionals. These legal actions have increased

the recognition of health in connection with decent living, a fundamental right, that requires an impartial and proper professional forensic opinion.

Key words: postmortem changes, forensic pathology; legal medical necropsy, clinical necropsy; medical and health responsibility; necropsy legislation.

Introducción

En Colombia las normas reglamentarias de la práctica de la necropsia están contenidas en el decreto 786 de 1990, que a su vez cumplió con la reglamentación de la ley 9ª de 1979, conocida como Código Sanitario Nacional; esta disposición fue reiterada por el decreto único 780 de 2016, compilatorio del sistema de salud.

La norma de 1990 señaló que existen dos tipos de necropsias: 1) La médicolegal y 2) La clínica (art. 3.)

La necropsia médico legal (art 6-7), procede en casos de muerte por causa externa, es decir diferente a las que se producen por causas naturales o por causas indeterminadas.

En su artículo 6º señaló como obligatorias: “1) las que son consecuencia de homicidios o de hechos que se presuman como tal; 2) suicidio o sospecha del mismo; 3) diferencia entre homicidio y suicidio; 4) muertes accidentales; 5) cuando no exista claridad sobre la causa de muerte”.

En el artículo 7º incluyó también, como obligatorias, las que suceden “en persona bajo custodia; las sucedidas por accidente de trabajo o enfermedad laboral; uso de medicamentos; utilización de agentes químicos o biológicos; sospecha de maltrato; en gestantes; las que resultan de aborto no espontáneo”.

Las autopsias clínicas proceden en caso de muerte natural, se realizan con fines docentes, académicos, de investigación o de epidemiología.

Las necropsias médicolegales son realizadas en Colombia en cerca de mil municipios por los médicos oficiales, de manera más frecuente por los médicos que cumplen con el servicio social, conocido como año rural. En alrededor de cien municipios existen

puntos de atención en Medicina Legal y es el médico dependiente del Instituto quien realiza el estudio (22).

La mayoría de las necropsias médicolegales son realizadas por médicos generales que fungen como sistema alterno de medicina legal, constituido por los médicos oficiales según lo ordena el decreto 2556 de 1986. En los puntos de atención del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses la realizan los médicos a quienes se les ha suministrado un entrenamiento adicional para esta práctica, en muertes por causa externa o indeterminada. En pocos sitios la necropsia médicolegal la lleva a cabo un especialista en patología.

La autopsia clínica (art. 16) suele ser realizada por médicos que hacen especialización en anatomía patológica o por médicos especialistas en patología.

Tanto en el procedimiento de la necropsia médicolegal, como en el de la necropsia clínica, debe realizarse una exploración postmortem completa, pero debe entenderse que tiene una mayor capacitación para este procedimiento el residente de patología o el ya especialista.

En la necropsia médicolegal se explora macroscópicamente el cadáver, pero no siempre se toman muestras para el estudio histológico. En este tipo de necropsias no está reglamentado que se haga peso de los órganos, y por tanto muchos informes de necropsia carecen de este importante dato.

El peso de los órganos es importante en todas las necropsias y siempre debe hacerse en una balanza bien calibrada; el aumento de peso en órganos como el encéfalo y el pulmón puede indicar severa congestión, edema, hemorragias o hematomas, tumores, inflamaciones, o abscesos; los pulmones deben pesarse por separado. En el corazón puede indicar hipertrofia muscular debida a hipertensión arterial, hipertrofia asimétrica, estenosis de la válvula aórtica, dilatación de las cavidades por enfermedades musculares (miocardiopatías), enfermedades valvulares; en este órgano debe medirse en su tercio medio el espesor de los ventrículos izquierdo y derecho y de manera ideal el perímetro valvular. También deberían pesarse el hígado, los dos riñones por separado y el bazo (6, 8, 9, 10, 21).

En la necropsia clínica se realiza un estudio cuidadoso macroscópico de cada órgano e incluye su completa descripción, peso, medidas, se toman muestras de tejidos para estudio histológico. Para diferenciar una afectación de un órgano derecho o izquierdo, las muestras del órgano derecho podrían ser rectangulares y las del izquierdo, triangulares. En esta necropsia,

como parte del entrenamiento en patología, se hace una correlación clinicopatológica en la que se explican los hallazgos morfológicos macroscópicos y microscópicos y las manifestaciones clínicas (1, 2, 4).

En la necropsia médicolegal, cuyo fin principal es establecer la causa de una muerte violenta, no siempre es necesario tomar muestras para estudio histológico. En ocasiones, en las que la causa de muerte no sea clara o existan hallazgos morfológicos que no se sepan interpretar macroscópicamente, deberían tomarse muestras para estudio histológico (1, 6).

En las necropsias de los pacientes que mueren por causas naturales y existe descontento de los familiares, por considerar que la atención médica fue inadecuada, o por causas violentas con complicaciones que producen la muerte, es muy frecuente que el informe escrito sea trasladado como documento que sirva de insumo para una demanda ante la Justicia Civil o Contencioso Administrativa. Estas situaciones litigiosas surgían antes, a veces años después de la muerte, pero en la actualidad, con la vigencia del Código General del Proceso (ley 1564 de 2012), suelen presentarse de una manera precoz. La reglamentación de la salud como derecho fundamental por la ley estatutaria 1751 de 2015 ha incrementado la solicitud de necropsias a petición de los dolientes.

El análisis de muchos de estos informes de necropsia médicolegal, cuando se trasladan a un proceso civil o administrativo, no suelen incluir el informe histológico, porque no se tomaron las muestras, o porque se concluyó que fue una muerte por causa natural, lo que lleva a la Fiscalía a archivar el proceso y entonces no se procesan en el laboratorio los tejidos. En otras ocasiones se toman muestras y se realiza su análisis, pero no se correlacionan con la necropsia y tampoco se anexan a la misma. Con frecuencia sucede que los estudios microscópicos serían definitivos para zanjar las dudas en las que se alega que hubo una falla médica o sanitaria.

La concepción de la salud, como derecho fundamental, ha hecho que se incrementen las solicitudes de los dolientes para que en muchos casos de muerte natural se realice una necropsia médicolegal con la intervención de la Policía Judicial. Ese incremento de petición de necropsias por muerte natural, con intervención de la Policía Judicial, llevó a la Fiscalía General de la Nación y al Ministerio de Salud, a expedir, en julio de 2018, la circular “Aplicación del Procedimiento para la Expedición del Certificado de Defunción en Muertes Naturales”. En dicho documento se conmina a todos los médicos, aun con amenaza de sanción, a expedir el certificado de defunción de las muertes por causas naturales y solicitar actuación de la autoridad judicial

solo en las muertes que establece el decreto 786 de 1990 y remitió a la Circular número 19 de 2007 del Ministerio de Salud sobre las muertes naturales, en las que se dispone que los dolientes deben hacer la solicitud a la respectiva EPS del régimen contributivo o subsidiado.

Interpretación errónea de algunos hallazgos de necropsia

A continuación, se mencionarán algunos errores frecuentes en la descripción de las lesiones o en la interpretación de los hallazgos morfológicos en la necropsia médicolegal.

1. Sistema Nervioso Central: en las descripciones macroscópicas solo en pocas oportunidades se pesa el encéfalo, y sin ese dato se hace un diagnóstico de edema cerebral sin ni siquiera mencionar las diferentes características del mismo, ni mucho menos diferenciar el edema vasogénico y citotóxico, que tienen una fisiopatología diferente (9, 16, 24) y por tanto su interpretación médicolegal es distinta.

Es también equívoca la inusitada frecuencia del diagnóstico de hernia de amígdalas cerebelosas, al confundir un pequeño surco que sucede como fenómeno postmortem por la posición del cadáver en decúbito dorsal; la hernia de amígdalas cerebelosas es una manifestación muy severa de la hipertensión endocraneana, con manifestaciones clínicas de la función respiratoria y cardiovascular, que la mayoría de las veces desembocan en la muerte; en el encéfalo, además del aumento de peso, existe colapso y descenso del cuarto ventrículo, y en ocasiones hemorragias de las amígdalas (6, 24).

La infección de las meninges (meningitis) puede ser aguda, con exudado purulento, o crónica, con exudado gelatinoso. El significado clínico del examen del líquido cefalorraquídeo, del agente microbiológico, de la epidemiología, de su localización topográfica en el encéfalo y su enfoque terapéutico (7, 8, 9, 17, 18) son diferentes y por tanto su interpretación médicolegal.



Las razones anteriores hacen obligatoria la toma del estudio histológico, y además una correlación clínicopatológica y medicolegal en la que deben intervenir el médico que realiza esa necropsia y el patólogo que hizo el estudio histológico, para rendir un concepto unificado.

Cuando ha existido una encefalopatía hipóxica isquémica con supervivencia de días y muerte posterior por esa causa, suele haber en la necropsia una necrosis cortical laminar que es confundida con áreas focales de autolisis (putrefacción) (15, 16, 24).

En los casos en los que ha habido estudio microscópico, sin ninguna fundamentación se hace el diagnóstico de edema; en la histología se ha atribuido el estado lacunar de los espacios de Virchow Robbins y alrededor de las neuronas, como manifestación microscópica de edema, hallazgo que no tiene completa aceptación (11, 13).

La hipereosinofilia de las neuronas de las células gigante piramidales y del asta de Amón en el cerebro, y las de Purkinje en el cerebelo, se les ha llamado “neuronas rojas”, lo que es aceptado como un signo de hipoxia celular; se necesita entonces conocer de qué sitio anatómico fueron tomadas esas muestras, porque otras neuronas no suelen mostrar esos cambios (9, 16, 24).

Es un horror, más que un error, que en algunas ocasiones en una lámina histológica se haga el diagnóstico de disminución del número de neuronas; se ha calculado que en el sistema nervioso central existen 86 mil millones de neuronas (14), y es imposible hacer ese diagnóstico de disminución en solo una lámina; otra cosa diferente es que, conociendo la topografía exacta de donde se tomó la muestra, se haga diagnóstico de una despoblación neuronal, lo que sería correcto.

2. En el corazón, cuyos cambios patológicos son con frecuencia responsables de la muerte, ya fue mencionado el aumento del tamaño y peso (cardiomegalia). En el estudio de las arterias coronarias no suele individualizarse la arteria comprometida, diferenciando los cambios en su

nacimiento de la aorta (ostium), en la coronaria izquierda, descendente anterior izquierda, circunfleja, coronaria derecha, vasos que irrigan segmentos diferentes del músculo cardíaco y cuya obstrucción es la que con mayor frecuencia puede causar la muerte (1, 2).

En este órgano no es insólito encontrar hemorragias subendocárdicas focales en el ventrículo izquierdo, las que se asocian a trauma encefalocraneano, hemorragias espontáneas del sistema nervioso central, choque hipovolémico o séptico, paso de la corriente eléctrica (9, 16, 25), y de manera equivocada se diagnostican como infarto.

Como fenómeno postmortem, en ocasiones se forman coágulos blancos en las cavidades, conocidos como “enjundia de gallina” (9,16), y también, de manera errónea, se hace el diagnóstico de trombosis cardíaca.

3. En los pulmones no es raro que se haga el diagnóstico de edema, sin fundamentación en el peso, la consistencia del órgano y la apreciación de la superficie de corte (6, 9, 10, 16).

Las manchas hipostáticas, fenómeno postmortem, por su coloración violácea (8), confunden al médico que no tiene experiencia, con infartos de pulmón o procesos bronconeumónicos.

4. En la parrilla costal anterior, cuando ha existido masaje cardíaco por intentos de reanimación, pueden producirse algunas fracturas y hemorragias musculares, sin contusiones en piel, indicativas de que hubo suficiente presión en el masaje, pero no significa la existencia de trauma contundente en el tórax, y por tanto, debe conocerse el antecedente de reanimación cardíaca (10, 12).
5. Cuando el estudio microscópico culmina con la interpretación histológica y es remitido junto con el informe de necropsia, es de inusitada frecuencia que, sin conocer el intervalo entre la hora de la muerte y la práctica de la necropsia, se haga el diagnóstico en el riñón, de Necrosis Tubular, confundiendo el cambio precoz postmortem de la degeneración turbia de los tubos renales, con la verdadera necrosis tubular que se acompaña de picnosis nuclear, células epiteliales en regeneración, edema, cilindros proteicos y en el cuadro clínico, de falla renal aguda (9, 23).
6. La inflamación granulomatosa siempre es de tipo crónico. Se caracteriza al microscopio por presencia de macrófagos modificados, células epitelioides que a veces confluyen para formar células gigantes multinucleadas; este tipo de inflamación puede corresponder a infección por

tuberculosis (TBC), se acompaña de necrosis caseosa, por coloración de Zhiel–Nilsen (zn) o fluorescencia puede demostrarse el bacilo; también en la lepra, que con igual coloración muestra el agente; por algunos hongos, o puede no haber necrosis como en la sarcoidosis, o un tipo de necrosis diferente en la artritis reumatoidea, o ser debida a cuerpo extraño común a los hilos de sutura, y presente en los oblitos quirúrgicos, y por ello es necesario hacer la diferenciación histológica, pues su significado patológico (9, 16) y por tanto, su interpretación médico legal, es diferente en cada caso.

Algunos ejemplos tomados literalmente del informe de necropsia médico legal

1. Paciente de 28 años con cuadro clínico de compromiso neurológico de varios días de evolución, rigidez de nuca, cambios de consciencia, delirio; el examen del líquido cefalorraquídeo en su hospitalización mostró aumento de las proteínas y células inflamatorias que en un 50% eran mononucleares; los rayos x mostraron imágenes nodulares en los lóbulos superiores del pulmón que, según el radiólogo, eran por infección por oportunista, tratado con Vancomicina; murió y por estar recluido en prisión, fue practicada la necropsia en una unidad básica de Medicina Legal.

En el examen postmortem describen así: “meninges y encéfalo, peso 1260 gramos, duramadre congestiva con seno venoso sin trombo. Encéfalo surcos ensanchados con circunvoluciones planas. Se fija en formol para realizar cortes posteriormente”. La descripción de los pulmones fue así: “normolobulados, pesados, acrepitantes, de superficie congestiva, al corte secreción espumosa bilateral”. Al interrogar por los mencionados cortes posteriores del encéfalo, la respuesta fue: *“hallazgos histopatológicos, pulmón con infección crónica granulomatosa de tipo cuerpo extraño que por sus características son compatibles con tuberculosis. Por los hallazgos anteriores y el reporte histopatológico concluyó: causa de muerte tuberculosis pulmonar”*.

En este caso los errores fueron múltiples: el peso del encéfalo de 1260 gramos y su descripción no es compatible con edema cerebral. Un cuadro claro de infección meníngea que parecía ser de tipo crónico fue tratado de manera errónea e incompleta como meningitis purulenta, y en la necropsia debió existir un exudado inflamatorio

que dadas sus características y el resultado de laboratorio ocurrió en la base del encéfalo; como medida de elemental prudencia debió estudiarse la histología del encéfalo, lo que no se hizo, y tampoco fueron informados los cortes del encéfalo. Cuatro semanas después de la muerte, las muestras de líquido cefalorraquídeo para cultivo bacteriológico tomados durante la hospitalización fueron positivas para el bacilo tuberculoso; es de anotar que este bacilo es de muy lento crecimiento en los cultivos bacteriológicos. En el alegato de conclusiones de este caso se argumentó que ni la congestión de la duramadre ni la congestión del pulmón producen la muerte.

2. Paciente de 41 años consumidor de bazuco; en una pelea en el mes de enero, tuvo golpes en la cabeza; estuvo postrado varias semanas con enfermedad febril y cuadro de confusión mental; muere en abril, es decir, tres meses después.

La necropsia realizada en una unidad básica de Medicina Legal describió así los hallazgos del sistema nervioso central: “Hematoma subdural en fosa media del cráneo de 30 cm, antiguo; laceración antigua en base temporal izquierda, material mucopurulento en capa en región subaracnoidea”. La conclusión: “la muerte fue consecuencia natural y directa de meningitis piógena y neumonía secundaria a trauma encefalocraneano por contusión, lesión con efectos simplemente mortales”.

En el alegato de conclusiones se pusieron de presente las dudas del nexo causal del trauma meses antes y el cuadro infeccioso del cerebro. Nótese que no se pesó el encéfalo; en la descripción del hematoma no anotan la coloración ni la presencia de pseudocápsula característica del hematoma subdural crónico (10, 16, 24), y deja dudas de si el exudado pudo corresponder a meningitis crónica; no se tomó muestra para estudio histológico que hubiese aclarado el diagnóstico.

3. Paciente femenina de 63 años hospitalizada por cuadro de falla cardíaca congestiva,



hipertensa crónica, diabetes tipo 2; al segundo día de hospitalización, minutos después de un efecto adverso por el suministro venoso equivocado de un medicamento que era por vía oral, hizo tres paros cardíacos, el primero de tres minutos, resucitada, luego otra de cinco minutos, resucitada y después otro de diez minutos, también con reanimación; pero luego de estos paros queda con una severísima encefalopatía hipóxica isquémica, muere seis días después sin recuperar ninguna función neurológica.

La necropsia en unidad básica de Medicina Legal describe así el examen de meninges y encéfalo: “meninges integras. Encéfalo congestivo. Áreas localizadas de encefalomalacia, pesa 1100 gramos sin lesiones”. En corazón anota: “aumento de tamaño, peso 593 gramos. Consistencia usual. Válvulas poco funcionales con calcificaciones. Grosor pared ventrículo derecho 0.5 centímetros, izquierdo 1.5 cm. Cavidad ventricular derecha 6*5*4 cms, izquierda 5.5 * 4 cms. Al corte sin hemorragias ni áreas de fibrosis, sin lesiones. Coronarias duras con ateroma en la ascendente anterior izquierda y la derecha con obstrucción aproximada del 40% en las dos. Sin lesiones”.

En el análisis y la conclusión pericial dice: “mujer adulta que fallece en shock cardiogénico secundario a insuficiencia cardíaca descompensada, relacionada con cardiopatía por hipertensión arterial y diabetes”.

En este caso la relación del evento adverso y los paros cardíacos que llevaron a encefalopatía hipóxicoisquémica fueron los mayores detonantes de la muerte. Lo que se describió en la necropsia como encefalomalacia (cambios postmortem) debió corresponder a una necrosis cortical laminar que es el cuadro patológico cuando hay supervivencia de varios días de la encefalopatía hipóxicoisquémica (15). Se tomó muestra del corazón para estudio histológico que no reveló lesión aguda y describe en el riñón glomeruloesclerosis, nefritis intersticial, congestión pasiva, pero no hubo estudio histológico del sistema nervioso.

4. Se trata de un paciente de 61 años, obeso,

hipertenso, recluido en prisión, que dos días antes de la muerte consulta por dolor epigástrico para lo que suministraron ranitidina.

Tuvo dos consultas por el mismo dolor, continuaron con ranitidina, en esas dos consultas su presión fue normal; la noche antes de su muerte, fue visto por un auxiliar de enfermería que, por no haber médico, le suministró isorbide de 100 mg, sin orden, lo dejó en observación para ser evaluado por la médica a la mañana siguiente, que lo envió al patio; horas después la guardia lo encontró desmayado en el patio y lo evalúan, no tiene ruidos cardíacos ni pulmonares, sin presión, cianótico, lo declaran muerto y solicitan necropsia por estar en reclusión

En los hallazgos de necropsia más importantes describen así:

“Sistema cardiovascular: pericardio sin lesiones. Hemopericardio de 300 cc; Corazón: se observa perforación de 1 cm por 0.4 cm a nivel de la cara posterior del ventrículo derecho, que compromete todo el espesor del ventrículo; Coronarias: sin lesiones, placas ateromatosas que ocluyen el 50% de la luz arterial. Aorta y grandes vasos: sin lesiones. Placas ateromatosas; Venas: sin lesiones”.

Fue tomado un estudio histológico informado así: “Descripción macroscópica: Se reciben en formol muestras de tejidos. Se procesan cortes y se obtienen 8 placas, incluidas coloraciones especiales, rotuladas p-806. Descripción microscópica: cerebro: disminución en el número de neuronas, halo perineural perivascular, congestión vascular. Corazón: denso infiltrado polimorfo nuclear interfibras, áreas de fibrosis, reemplazo adiposo. Riñón: necrosis de coagulación del epitelio tubular con descamación intraluminal, infiltrado inflamatorio mixto que tiende a formar agregados, glomérulos hialinizados. Pulmón: edema, alvéolos coalescentes. Hígado: vesículas grasas pequeñas y grandes, colestasis intracanalicular. Arterias de mediano calibre: placa que compromete el 40% de la luz del vaso con infiltrado inflamatorio mononuclear multifocal.

Diagnóstico: 1. Septicemia con miocarditis aguda severa y nefritis intersticial aguda y crónica 2. Cardiopatía isquémica crónica. 3. Atrofia cerebral con edema y congestión vascular. 4. Edema pulmonar 5. Esteatosis micro y macrovesicular 6. Arteria de mediano calibre con ateromatosis y vasculitis”.

En este caso la descripción macroscópica del corazón, aunque lacónica, permite una correlación adecuada con la historia clínica por un infarto reciente transmural; en

cambio la descripción histológica del corazón, muy superficial, debió corresponder a un fragmento del tejido cardíaco infartado, con evolución de 36 a 48 horas (9,11,16), pero no tuvo en cuenta la historia clínica ni los hallazgos macroscópicos y es contradictoria con lo que le sucedió al paciente, cuya muerte debió ser por un infarto que llevó a un hemopericardio por la perforación de la pared ventricular.

5. Hombre de 23 años, podador de una empresa de energía eléctrica que, en sus funciones de limpieza con machete en un matorral cubierto con bejucos, cercano a un cable de guarda (apantallamiento) que se encontraba reventado y cuya línea de tensión era de 13.200 voltios, sufrió descarga con muerte instantánea.

La necropsia fue realizada por el médico que prestaba el servicio social y describió en el examen exterior “quemaduras en piel de cocodrilo en hemicara derecha, de 3 por 1 cm y otra quemadura en labio inferior”. En el examen interior anotó: “corazón, lesión de hemorragia de 1 por 0.7 cms en cara interna del miocardio, coronaria sin lesiones”. Su conclusión fue “manera de muerte: violenta accidental. Mecanismo de muerte: infarto agudo de miocardio”.

El litigio fue por el pago del seguro, puesto que la aseguradora argumentaba que fue una muerte por causas naturales y la familia reclamaba indemnización por muerte accidental.

En un paciente de 23 años con coronarias sin lesiones, puede descartarse infarto del miocardio, pero la hemorragia “en cara interna del corazón”, debió ser por acción de la corriente eléctrica (25).

6. Una paciente de 26 años consultó a la E.S.E de un municipio por una cefalea intensa que nunca había sentido antes; el médico que la atendió le formuló analgésicos, la tuvo en reposo y solicitó consulta prioritaria por neurología; en un lapso de dos meses tuvo otras cuatro consultas en las que tenía intensísimas cefaleas intermitentes tratadas con analgésicos que cedían transitoriamente en decúbito, pero nunca hubo agenda de citas con el neurólogo, las cuales fueron solicitadas de manera repetida. En un último episodio, había consultado la noche anterior, estuvo en observación por 2 horas y por mejoría fue dada de alta; fue llevada al amanecer sin signos vitales.

El esposo solicitó una necropsia médico legal en el CTI, pero le fue negada por ser muerte natural, insistió con la E.S.E local que accedió a una necropsia clínica, que fue

realizada por una de las médicas de planta. El informe de necropsia describe así los hallazgos internos: “En cráneo la tabla ósea se conserva íntegra, no fracturada, cerebro con abundante salida de líquido céfalo raquídeo (en la parte inferior del informe se profundiza acerca de este), saliendo en cantidad abundante, con chorro de 0.5 cm de diámetro, con ventrículos laterales y tercer ventrículo aumentados de tamaño”.

De manera juiciosa tomó muestras para estudio anatomopatológico que discriminó así: “Meninges, fragmento de ramificación cerebral, segmento de vena pulmonar, fracciones de lóbulos pulmonares, moco viscoso encontrado en el útero, fragmentos de hígado, páncreas, bazo, tiroides, riñón, útero, ovario, segmento congestivo de miocardio, masa dura de cálculo vesicular”; las muestras fueron remitidas al departamento de patología de una universidad pública.

El informe de anatomía patológica fue realizado por una médica patóloga hospitalaria.

“Cerebro: focalmente se observa hemorragia subaracnoidea y congestión vascular generalizada. Pulmón: hemorragia y edema pulmonar que ocupa las luces alveolares y en algunas zonas los bronquios (parte de vías respiratorias). Corazón: sin infiltrados inflamatorios, único hallazgo con pequeñas zonas con hemorragia epicárdica, vasos coronarios permeables no trombos, solo ligero y focal engrosamiento de la íntima por discreta fibrosis. Riñón: único hallazgo positivo corresponde a marcada congestión por compromiso incluso de los penachos vasculares de los glomérulos en zona medular con pequeña zona hemorrágica. Hígado: vasos congestión y dilatación de sinusoides de zona 3, no inflamación vasculitis. Bazo: la pulpa roja con marcada congestión y la pulpa blanca se presenta sin expansiones neoplásicas. Aorta: cortes con estructura histológica bien preservada. Esófago: hemorragia focal en tejidos blandos periesofágicos. Páncreas: sin lesiones. Ovario con varios



folículos quísticos y/o desarrollo en zona cortical. Útero miometrio con congestión, sin otro hallazgo. Glándula salival con ocasional y discreto infiltrado linfoide periductal.

Diagnóstico de informe anatomopatológico y conclusión;

Hidrocefalia, congestión pasiva generalizada; hemorragias focales subaracnoideas, de tejidos periesofágicos y pulmonares; congestión de hígado y de pulpa roja de bazo.

Análisis

La hidrocefalia es la alteración en la concentración de líquido cefalorraquídeo con su aumento a nivel endocraneano. El líquido cefalorraquídeo es un amortiguador que impide el trauma del cerebro, es medio de nutrientes para el sistema nervioso y es un mecanismo de excreción de productos del sistema nervioso central. Esta hidrocefalia puede ser el resultado de condiciones como: anormalidad en la producción de líquido cefalorraquídeo; su sobreproducción se observa en casos de tumores benignos o malignos de una estructura cerebral. Aumento de la resistencia del flujo cefalorraquídeo que se da por obstáculo en la circulación. La obstrucción puede ser dada por lesiones que producen presión sobre las vías del líquido cefalorraquídeo, bien sea quistes o masas, tumores benignos o malignos, hemorragias, infecciones; además, en el gradiente de presión venosa, si las suturas craneanas (espacios cerebrales) se encuentran abiertas o cerradas.

Todo lo anterior es identificado mediante imagenología, principalmente por TAC.

A nivel visceral hubo congestión generalizada (acúmulo de exceso de sangre), esta se ve porque puede faltar el oxígeno (anoxia) lo que origina una serie de respuestas en el organismo como lo es la vasodilatación (dilatación de vasos sanguíneos) que ocasiona acúmulo mayor en los órganos. Además, el edema pulmonar también puede ser debido a anoxia. El informe anatomopatológico hizo referencia a una pequeña hemorragia subaracnoidea localizada por la membrana que lo protege y fue en piamadre y como causas comunes, si la

hemorragia es grande, puede ser debido a malformación arteriovenosa, aneurisma, fístula, aumento de la presión intracraneana por hidrocefalia o coagulopatía”.

En la conclusión, la médica que realizó la necropsia dijo que la muerte fue “por una hipertensión endocraneana debida a una hidrocefalia aguda”. En esta oportunidad el adecuado análisis realizado por la patóloga hospitalaria permitió una correcta interpretación de lo que sufrió la paciente y su causa de muerte. Es muy probable que por la sintomatología y por los hallazgos en el examen del cerebro se hubiese tratado de un quiste coloide del tercer ventrículo cerebral (19, 20).

9. No mencionaremos un ejemplo, pero son muy numerosas las confusiones al observar al microscopio degeneración turbia de los tubos renales, sin ningún otro hallazgo, que deben corresponder a cambios postmortem precoces, muy diferentes de la verdadera necrosis tubular, que como ya se mencionó, tiene unas características particulares histológicas y existe fallo renal agudo en la presentación clínica (8, 16, 23). El errado diagnóstico de necrosis tubular da lugar a veces a la indagación del fallo renal y la causa de muerte.

Consecuencias legales de estos errores

Es probable que muchos de estos errores de interpretación no sean advertidos por algunos profesionales del derecho, pero en otras oportunidades, cuando buscan asesoría en los alegatos de conclusión, una de las partes toma a su favor, según le convenga, los errores o simplemente los objeta (3, 5).

De otra parte, el juez de la causa necesita conocer de manera inobjetable la verdadera interpretación de los hallazgos descritos, lo que obliga al Auxiliar de la Justicia a estudiar de manera minuciosa los datos de la historia clínica y lo descrito en la necropsia, para ilustrar de manera objetiva e imparcial al funcionario. El error en la necropsia médico legal puede inducir a una decisión judicial desafortunada.

Propuestas para mejorar la calidad del informe pericial

Las propuestas se refieren a un cambio en la norma existente para que se actualice y tenga en cuenta el concepto de la salud como un derecho fundamental.

En la ya mencionada Circular de la Fiscalía General de la Nación y del Ministerio de Salud, la fundamentación fue que en los primeros siete meses de 2018, se informó que el 47% de las necropsias médico legales fueron por muerte por causas naturales, lo que es debido a que el derecho a la salud es fundamental, ya reglamentado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y da lugar a que los dolientes puedan acudir a la Administración de Justicia cuando consideren que la atención sanitaria no fue la adecuada y entonces pudiera incluirse la necropsia clínica en el plan de beneficios en salud (PBS), aún con copago para los deudos y una reglamentación que no le ponga dificultades a los dolientes, en una IPS que tenga morgue y adecuado servicio de Patología.

Se debería procurar que el informe de necropsia hiciera peso de los órganos y un estudio histológico de los tejidos (6), incluyendo el sistema nervioso central, corazón, pulmones, hígado, riñones, bazo, como mínimo, y en caso de síntomas digestivos, endocrinológicos, o hematopoyéticos, también estudiarlos. Respecto al resultado de la histología postmortem, debería haber un concepto unificado del patólogo y del médico que hizo la necropsia, con la inclusión de una correlación clínico patológica y médico legal adecuada, porque en la actualidad el informe de patología se parece más a un informe de patología quirúrgica, y esa descripción de patología quirúrgica va dirigida a un par de la medicina; en cambio, el informe de patología forense va a un proceso judicial en la que intervienen profesionales del derecho que no tienen formación médica, y por lo tanto no lo comprenden.

Así mismo, en esta parte normativa, decreto 786 de 1990, algunas situaciones como la despenalización del aborto en tres circunstancias por sentencia C355 de 2006, deberían modificar el artículo séptimo. La exigencia de autorización de la necropsia clínica (artículo 16) no se justifica porque son

los dolientes los que solicitan la necropsia. El artículo 30 de la ya citada norma impuso la obligación de tener sala de necropsias en los hospitales y clínicas, pero nunca se ha cumplido. Las circulares conjuntas de la Fiscalía y del Ministerio de Salud del 2018, y la circular 19 del 2007 del Ministerio de Salud, ignoraron la norma y desconocen la importancia de la necropsia en los procesos civiles y contencioso administrativos, por lo que deberían ser anuladas.

El peso de los órganos, la toma de muestras histológicas, su análisis y la unificación del dictamen entre el médico que le hizo la disección macroscópica y el patólogo, deberían tener un informe pericial integrado con el análisis del objeto del litigio, para que las partes y el juez puedan recibir un dictamen pericial de inmensa utilidad en la controversia probatoria de los procesos por responsabilidad en salud. Esta presentación del estudio integrado de la necropsia la podría establecer una directriz del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Por último, sería muy útil que el ente rector de la Medicina Legal, o las Secretarías de Salud, o algunas de las universidades que tengan servicio de patología, establecieran un programa de telemedicina, que, con los medios tecnológicos existentes hoy, se pudiera prestar asesoría en los aspectos morfológicos y en los hallazgos postmortem que puedan causar dificultad en su interpretación. Este programa sería más económico y menos desgastante para los actores del sector salud y de mayor utilidad para una recta Administración de Justicia. ■

REFERENCIAS

1. Téllez Nelson, Editor (2014). Patología Forense. Tomo 01. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
2. Paredes L.E (2016). Necropsia en eventos terapéuticos adversos. Universidad Santiago de Cali, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
3. Duque O.A. (2014). Temas de prueba en la responsabilidad médica. Universidad CES. Biblioteca Jurídica DIKE.
4. Montoya L. (2019). Cómo ser un buen médico calificador. Universidad de Antioquia.
5. Castañeda D.A (2019). Carga Dinámica de la Prueba y responsabilidad civil extracontractual por actividades peligrosas y actividad médica. Señal editora.
6. Giraldo C.A (2017) ¿Qué es patología forense? Casos forenses en medicina legal. No. 19. Señal editora.
7. Vásquez F.H (2003). Investigación Médico Legal de la Muerte. Astrea. Buenos Aires.
8. Rezek and Millar (1963). Autopsy Pathology Thomas Publisher.

9. Kumar Abbas Aster. Robbins y Cotran (2015). Patología estructural y funcional. Novena edición. Saunders.
10. Skrum M.R. (2007). Forensic Pathology of Trauma. Human Press.
11. Peper, Wecht (1990). Microscopic Diagnosis in Forensic Pathology. Thomas Publisher.
12. Adelson I. (1981). The pathology of homicide. Thomas Publisher.
13. David B. (2006). Medicolegal aspects error in Pathology. Archives of Pathology Laboratories. Medicine: 130 (86), 617.
14. Kandel E.R (2019). La nueva biología de la mente. Paidós
15. Giraldo C. A. (2010). La encefalopatía hipóxico-isquémica. Una aproximación médicolegal. En: Uribe CS, Arana A. Lorenzana P. Neurología clínica 7ª edición, CIB.
16. Rubbin (2012). Patología. Fundamentos clínico patológicos en medicina. Sexta edición: Williams Wilkins.
17. Harrison (2013). Manual de medicina. MC Graw Hill Education.
18. Tierney L. MC Phee S. Papadakis M. (2004). Current Medical Diagnosis Treatment. 43 Edition.
19. Díaz F. M (2003). Hidrocefalia en adultos en 100 Emergencias Neuroquirúrgicas, editores Giraldo J, Cumplido A, González J, Uribe H. UDEA HUSVP.
20. Perry A, Roseblum M. (2018). Central Nervous System. En: Rosai and Ackerman's. Surgical Pathology (vol. 2), 11edition. Elsevier, Philadelphia.
21. Miller, D. V. (2018). Cardiovascular System. En: Rosai Ackerman's. Surgical Patology Vol 2, 11 Edition. Elsevier, Philadelphia.
22. Valdés, C.E. (2010). Metodología Forensis. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá.
23. Longo. D et al. (2012). Insuficiencia Renal Aguda. En: Harrison Manual de Medicina. McGraw Hill, 18 Edition.
24. Giraldo. C.A. (2018). Consideraciones médico legales sobre el trauma encefalocraneano, 193-212, número 20, Señal Editora.
25. Rut. J.J., Burrow. R.E, Hendon. D.H. (1999). Electrical Injuries: 30 years review. J. Trauma 46: 933-950.