

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y MANEJO DE RIESGOS EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Dr. Fabián Vítole
NOBLE S. A. ®

Las distintas estadísticas publicadas en la Argentina y en otros países muestran que los traumatólogos se encuentran entre los profesionales con mayor número de demandas por responsabilidad profesional (mala praxis). De hecho, la mayoría de las aseguradoras la consideran una especialidad de alto riesgo. Este hecho no sorprende, ya que en la práctica de la ortopedia y traumatología se presentan algunas condiciones características que ayudan en parte a explicar este fenómeno.

CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA (1)

1. Urgencias frecuentes

Las lesiones osteomusculares agudas son una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de urgencia. Los pacientes son en general adultos jóvenes en plena actividad productiva o bien niños, y la situación de emergencia suele encontrarlos en pleno estado de salud. Los traumatólogos se ven apremiados a instaurar tratamientos a veces definitivos bajo condiciones difíciles para la preparación ideal del paciente. Los mismos no han elegido al profesional sino que han concurrido o han sido derivados a una guardia de emergencias en donde muchas veces son recibidos por médicos generales, quienes inician el manejo de las condiciones clínicas generales, realizan el diagnóstico ortopédico por clínica y radiología y recién luego lo entregan al traumatólogo. Este hecho puede complicar la correcta atención inicial de estos pacientes, la cual es fundamental para obtener un resultado satisfactorio. Esta situación en donde el médico tratante no es el mismo que inicia la atención, expone al traumatólogo a una baja comunicación con el enfermo, pues en realidad la información necesaria para definir y realizar el tratamiento ya ha sido preestablecida por el médico general. El bajo contacto con el paciente facilita la deficiencia en la información, la cual es un elemento

básico de la relación médico-paciente y uno de los principales factores de demandas contra los profesionales de la salud.

2. Condiciones de trabajo desfavorables

Las condiciones actuales de prestación de los servicios de salud, tanto en el sector público como en las obras sociales y prepagas determinan que los traumatólogos (como la mayoría de los médicos) tengan que atender a un excesivo número de pacientes durante la jornada laboral, lo cual no sólo atenta contra una buena relación médico-paciente sino que también dificulta la generación de las pruebas que serán necesarias para una efectiva defensa en caso de reclamos: una buena historia clínica, la advertencia de los riesgos, el consentimiento y las recomendaciones ambulatorias.

3. Utilización de prótesis y elementos quirúrgicos especiales para los procedimientos.

Cuando estos elementos son inadecuados, reutilizados o defectuosos exponen a complicaciones en las que generalmente se considera sólo al profesional como responsable. El traumatólogo debería obtener el apropiado material protésico de proveedores o fabricantes reconocidos. La seguridad y confiabilidad de los materiales deberá estar sustentada en evidencias científicas publicadas. Debería estudiar también las instrucciones del fabricante y mantenerse actualizado en todo lo referente a materiales y diseños.

En muchos juicios, el tema de discusión es específicamente el tipo de implante indicado, no porque el colocado no se utilice, sino porque hay mejores. Que un traumatólogo utilice una técnica o implante de uso habitual, a los que está acostumbrado, y que son reconocidos tanto en la bibliografía nacional como internacional no constituye una mala práctica médica, aunque existan otros que puedan ser mejores.(2) Siempre deberá probarse la impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los deberes y no parece que la elección de una técnica o prótesis reconocida lo sea.

Ante un reclamo basado en daños producidos por implantes defectuosos el profesional deberá probar su diligencia, prudencia y pericia en la selección y manejo de los materiales ya que puede ser hallado responsable por cualquier daño originado en fallas del material. También las nuevas tecnologías, muy frecuentes en esta especialidad, exigen del profesional una gran capacidad de discernimiento e independencia frente a la presión comercial de los productores de estos elementos, que muchas veces pueden inducir daños al paciente por recibir tratamientos novedosos no adecuadamente probados o con la suficiente evidencia de investigación previa. Al respecto de la relación de los traumatólogos con la industria, la Ley Nacional 17.132 de Ejercicio de la Medicina es clara, cuando en su artículo 20 prohíbe taxativamente, entre otras cosas:

Art. 20 Inc. 19: *“Inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias o establecimientos de óptica y ortopedia”*

Art. 20. Inc 21: *“Obtener beneficios de establecimientos que elaboran, distribuyan, comercien o expendan... prótesis o cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades”*

Si el cirujano sospecha fallas, malfuncionamiento, defectos de fabricación o deterioro prematuro antes del uso de la prótesis (empaquetamiento defectuoso, corrosión, etc), deberá contactar al fabricante y notificar el incidente a la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica). Esta agencia ha desarrollado un sistema de tecnovigilancia y los formularios para la denuncia pueden bajarse de su página web.

4. Destreza manual especial adicional a un conocimiento específico

Más allá de los conocimientos teóricos, la ortopedia y traumatología exige el desarrollo de destrezas manuales que sólo pueden adquirirse luego de un cuidadoso entrenamiento supervisado. Muchos juicios se originan por delegar imprudentemente la reducción de fracturas o luxaciones en médicos en formación o a médicos de guardia sin la adecuada supervisión, contradiciendo los reglamentos establecidos en los contratos docente-asistenciales. Situaciones así pueden verse cuando el traumatólogo formado está de guardia pasiva y el procedimiento lo realiza un residente o concurrente sin supervisión. La impericia lleva a daños graves en los pacientes inadecuadamente tratados.

5. Gran dependencia de la colaboración y cumplimiento del paciente

Tal vez en pocas especialidades como en la traumatología, el éxito de los tratamientos depende tanto del cumplimiento y de la colaboración de los pacientes. Los resultados se observan generalmente después de un tiempo, necesario para las consolidaciones y recuperación de tejidos, dependiendo mucho del autocuidado del enfermo y de una adecuada rehabilitación postoperatoria. Se requiere de los pacientes un compromiso prolongado en el tiempo, durante el cual es necesaria una buena comunicación, con recomendaciones ambulatorias muy claras y constatadas en la historia clínica, situación que por las condiciones de trabajo mencionadas previamente, es difícil de cumplir. De todos modos, desde el punto de vista médico-legal no puede dejar de insistirse en la necesidad de documentar adecuadamente las faltas de cumplimiento de las indicaciones, las ausencias a los controles, etc.

6. Altas expectativas del paciente con respecto a los resultados

El aparato locomotor es un sistema de mucha sensibilidad para el paciente, ya que su alteración, cualquiera sea su gravedad, implica la afección de su vida de relación y laboral. Generalmente el paciente espera una recuperación pronta y total y hay una gran resistencia a la aceptación de la pérdida siquiera leve de su capacidad previa. El compromiso de la función, aún después de un tratamiento correcto, suele ser percibido como un "fracaso" de la cirugía o técnica empleada. Para contrarrestar esta situación, es necesario dar una muy buena información acerca de los riesgos y el pronóstico, lo cual requiere disponer del tiempo suficiente como para establecer una relación médico-paciente efectiva.

7. Atención multidisciplinaria frecuente, especialmente en los politraumatizados

En estos casos los resultados ortopédicos dependen en buena parte del éxito en las otras áreas que prestan atención al paciente. La atención del politraumatizado es necesariamente protocolizada e interdisciplinaria, lo cual requiere del traumatólogo capacidad para trabajar en equipo y respeto por el accionar de colegas, ya que el orden de las actuaciones suele ser la clave del resultado final. La evaluación de las lesiones en las extremidades en la primera fase de asistencia del politraumatizado queda en un segundo plano, con la excepción hecha de algunas fracturas de pelvis o las amputaciones o lesiones de grandes vasos. Las lesiones óseas raramente pondrán en peligro la vida del paciente, pero sí serán la causa, si el mismo sobrevive de discapacidades e incapacidades. Por otra parte muchas veces la inestabilidad hemodinámica y la necesidad de realizar otros procedimientos de urgencia pueden retrasar el diagnóstico de fracturas, las cuales a veces son detectadas varios días después del accidente (en los pacientes en coma -farmacológico o no-). Por ello, una vez superado el cuadro inicial, se debe mantener un alto índice de sospecha.

8. Numerosas Subespecialidades

La expansión del conocimiento ha generado un importante número de subespecialidades dentro de la Ortopedia y Traumatología. Esta situación obliga al ortopedista general a considerar el hecho de derivar o no un determinado paciente, puesto que en caso de resultados adversos

podría ser reclamada la interconsulta o derivación al subespecialista durante el proceso de responsabilidad.

CAUSAS DE RECLAMOS EN ORTOPE-DIA Y TRAUMATOLOGÍA.

Argentina

La Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación difundió en el año 2006 una estadística con más de 700 demandas por mala praxis contra obras sociales discriminándolas por especialidad. La traumatología figuró en dicha muestra en el quinto lugar. Lamentablemente, si bien se sabe que los traumatólogos son demandados con relativa frecuencia, hay muy poco publicado en la Argentina acerca de las causas de los reclamos. (3)

En el año 2004, el Dr. Reynaldo Ludueña, Perito Médico Traumatólogo del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional publicó su experiencia como tal en 56 juicios a traumatólogos en los fueros Penal, Civil y Comercial.(2) El 27 % de los casos se originaron en procedimientos de columna, principalmente lumbosacra, seguidos por la cadera (18%), la rodilla (14%), el fémur (9%), el pie (9%) y el tobillo (7%). Las causas por las cuales se investigó fueron la muerte, en el 25% de los casos, infecciones (21%), dolor postoperatorio (20%) y equivocación de lado al operar (4%). El 30% restante estuvo representado por causas muy variadas. Algunas de las conclusiones a las que arriba el experimentado autor del trabajo son especialmente interesantes:

- Existió como constante en todas las causas relevadas una fisura o ruptura en la relación médico-paciente que se debió a que el profesional no le dispensó al paciente el tiempo que este requería para saciar todas las inquietudes y preguntas que lo agobiaban.

- No se le da al acto de consentimiento informado la real importancia que tiene. Se informan los procedimientos y las técnicas, pero no se le da tanto énfasis a las complicaciones, que si aparecen son entendidas por el paciente como una mala terapéutica.

- En un 16% de los casos evaluados, directamente por constancias médicas obrantes en autos, se pudo observar que la opinión de otro colega fue la que inició o desencadenó la acción legal. A veces, al evaluar un paciente, un gesto sin intención, un comentario fuera de lugar pueden dar origen a la litis (juicios).

- En un 4% de los casos la historia clínica de ingreso claramente decía que se iba a operar un determinado segmento corporal, del lado derecho-por ejemplo-, y en el protocolo quirúrgico se observó que se operó el izquierdo, no constando en el protocolo operatorio ni en la historia clínica las causas que llevaron a esa decisión

- Las historias clínicas muchas veces son una serie de jeroglíficos, con la utilización cada vez más notoria de siglas incomprensibles, con partes operatorios incompletos, que hacen muy dificultosa la evaluación para el perito interviniente.

- La mayoría de los casos de columna se debieron a una inadecuada selección del paciente, sin una adecuada evaluación psicológica y sin haber agotado los tratamientos incruentos, a lo que se sumaron muchas veces las complicaciones de la instrumentación quirúrgica

- En los casos originados en el dolor postoperatorio (20%), se observó que las expectativas del paciente iban mucho más allá del plan terapéutico propuesto por el traumatólogo tratante, enfatizando la necesidad de una correcta y reiterativa información al paciente sobre su patología.

En otros países como Estados Unidos, México y Colombia se han publicado estadísticas muy coincidentes con las de nuestro Cuerpo Médico Forense. Considerando que el análisis de las experiencias sufridas por otros siempre resulta beneficioso, pasaremos a describir algunos de estos hallazgos:

Estados Unidos

En dicho país, existen fuentes de información nacionales, como la Physician Insurers Association of America (PIAA), que agrupa a más de 60 aseguradoras de médicos y la Harvard Risk Management Foundation, entidad que brinda servicios de prevención y seguros a más de 10 mil profesionales, 18 hospitales y 230 centros de salud. Analizando dichas fuentes se pueden establecer algunas tendencias en los juicios a traumatólogos en los Estados Unidos: (4)

- Los médicos de planta (formados) y las instituciones presentan el mayor riesgo de ser demandados, pero los residentes, fellows y personal auxiliar no están inmunes a ser incluidos en las demandas

- Más de la mitad de los casos se deben a trauma agudo y a enfermedad degenerativa.

- La mayoría de los reclamos por casos de miembro inferior involucran a la cadera y la rodilla. Los casos originados en miembro superior involucran mayormente a la mano.

- Más de la mitad de los casos se deben a eventos ocurridos en el quirófano. Aproximadamente el 25% de los reclamos tienen que ver con el manejo ambulatorio del paciente.

- Más de la mitad de las demandas se deben al mal desempeño quirúrgico y al error de diagnóstico. Le siguen como causales de reclamos el error de criterio o el inadecuado manejo del paciente.

- La mayoría de los litigios se resuelven por acuerdo entre las partes. En el 26% de los casos se retira la demanda. (5)

- Las indemnizaciones más altas suelen pagarse por daños causados en cirugía de columna, cadera y mano (túnel carpiano). Este último hecho llamó la atención de los especialistas, ya que la cirugía del túnel carpiano es considerada relativamente sencilla, lo cual debe prevenir acerca del cuidado con que debe realizarse. El promedio de indemnizaciones por complicaciones de este procedimiento es de US\$ 108.000 (5)

Otra fuente interesante de información es la que proporciona periódicamente el Comité de Responsabilidad Profesional de la American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Este Comité parece brindarle especial atención a los conflictos médico-legales surgidos a partir del tratamiento de fracturas femorales. El tema mereció dos revisiones, una en 1996 (Malcolm Meyn) en donde se revisaron 47 casos cerrados (6) y otra en 2001, en donde se expone la experiencia de más de 820 demandas vinculadas al tratamiento de la fractura de fémur (7) (hubo que pagar al actor en el 32% de los casos). Con los datos obtenidos la Academia pudo establecer tendencias.

Las fallas más frecuentes que sirvieron de base para las condenas fueron:

1. Problemas técnicos en el manejo de las fracturas (Por lejos, la causa más frecuente, quintuplicando las tres próximas causas)
2. Retraso en el diagnóstico
3. Infecciones
4. Tromboembolismo Pulmonar/Muerte
5. Cirugía del lado equivocado
6. No unión
7. Luxación
8. Necrosis avascular
9. Caídas desde la mesa de operación

A partir de estas observaciones, el Comité estableció recomendaciones para la prevención de este tipo de litigios. Muchas de estas sugerencias son aplicables también a toda la práctica ortopédica.(8) (5)

- En los casos de traumas femorales proximales, si las radiografías resultan negativas y en presencia de signos clínicos sospechosos, es prudente recurrir al examen de resonancia magnética. (En la Argentina esto no es fácil debido al alto costo y a la disponibilidad restringida. No obstante parece aconsejable advertir al paciente o a sus familiares de la posibilidad de una fractura no confirmada en el momento, pese a la radiografía negativa, e indicar la conveniencia de repetir el examen radiográfico días después)

- No descartar a la ligera la posibilidad de una lesión asociada (fractura de diáfisis, etc), particularmente en pacientes de alto riesgo, como en caso de enfermedades metabólicas, osteodistrofias, osteoporosis, ancianos, previos tratamientos con corticoides, etc.

- Tener presente que en los ancianos la fractura puede resultar de un trauma aparentemente leve. El síntoma principal puede ser solamente dolor en la rodilla: "Cuando la cadera sufre, la rodilla grita".

- Las artritis, bursitis y ciática previas pueden ocultar el cuadro de fractura

- El motivo más frecuente de demanda contra el facultativo es la disconformidad del paciente o sus familiares por la inadecuada información por parte del médico. Es provechoso mantener relaciones cordiales con el paciente y su familia. El médico debe transmitir confianza mediante diálogos serenos en forma explícita, incluyendo alternativas de tratamiento, expectativas de los

resultados, secuelas, riesgos y eventual invalidez, sin transmitir desánimo, pero dejando constancia de esta información en la historia clínica, principal evidencia para una defensa. El optimismo excesivo o prometer resultados sin advertir los riesgos, puede resultar peligroso.

- En los casos de fracturas de fémur, las infecciones se presentaron con mayor frecuencia en la revisión de la osteosíntesis fallida cuando la herida quirúrgica se encontraba aún en proceso de cicatrización. Es recomendable diferir el reemplazo hasta después de la cicatrización completa de la herida quirúrgica inicial.

- Judicialmente la infección postquirúrgica es considerada como una complicación más allá del control del cirujano cuando se han tomado todas las precauciones que la práctica corriente indica (y que deben figurar en la historia). Pero cuando la infección aparece, debe ser identificada precozmente con los exámenes de laboratorio correspondientes y tratados agresivamente.

- En caso de consolidación lenta, es conveniente anticiparse al diagnóstico de no unión con tomografías y estudios adicionales advirtiendo al paciente sobre la evolución que está tomando el caso.

- Es prudente moderar el impulso de ofrecer al paciente resultados excelentes que sólo son posibles en condiciones ideales.

- En sala de urgencias es importante evaluar en forma completa la posibilidad de otras lesiones y no contentarse con la apreciación de las lesiones más aparentes; no es un examen dispendioso el que permite evaluar la integridad de las extremidades y de la columna vertebral.

- La función de los nervios periféricos en las extremidades debe explorarse de rutina mediante el examen de la motilidad voluntaria del pie o de la mano en forma simplificada. El constatar estas lesiones inicialmente defiende al médico de serios reclamos ulteriores. Se deben manifestar al paciente para que no los atribuya al tratamiento y dejar constancia en la historia clínica de su preexistencia.

- En la diáfisis femoral las fracturas reciben cada vez con mayor frecuencia tratamiento quirúrgico; aunque estos métodos han traído mejores resultados, también han generado nuevos desafíos técnicos y complicaciones quirúrgicas; aumentan las demandas, particularmente contra los médicos que, atraídos por la propaganda comercial, se precipitan a utilizar la más reciente instrumentación anunciada

- El tratamiento cerrado de la fractura de fémur en niños generó (por lejos), los casos más costosos debido a sus complicaciones: caída del pie, necrosis de piel, síndrome compartimental y malrotación/acortamiento. La mayoría de estos casos se debieron a tratamientos no estándar para este tipo de fracturas. También se consideró negligente el permitir complicaciones secundarias al yeso, lo que llevó a un miembro del Comité a preguntar: ¿Es posible que debido a toda la tecnología disponible hoy en día los ortopedistas se hayan olvidado de los principios básicos del tratamiento cerrado de fracturas?

Los niños no son “adultos pequeños” y sus fracturas de fémur deben ser tratadas de acuerdo a su edad.

México

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) publicó en el año 2004 una serie de 110 reclamos originados de la prestación de servicios de Ortopedia y Traumatología, presentados en el transcurso de un año (febrero 2001-febrero 2002). Los hechos relevantes de la muestra fueron: (9)

- El 36% de los médicos no contaban con la certificación del Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología
- En más del 60% de la muestra el conflicto se generó en la atención o servicios de urgencias.
- En el 87% de los casos existieron problemas de comunicación
- En el 44% de los casos hubo información deficiente
- En el 31% se observó la omisión de algún diagnóstico
- En el 24,5% se observó diferimiento del tratamiento
- En el 24,5% de los casos el tratamiento fue insuficiente.
- En el 18% de los casos se corroboró que existieron omisiones importantes de documentación en el expediente clínico.

- En el 15,5% el reclamo fue por falsas expectativas.

- En el 5,5% el reclamo fue por maltrato del profesional.

- La prolongación de la convalecencia, la limitación funcional y la necesidad de procedimientos complementarios significaron más del 70% de los reclamos.

- Principales complicaciones (en un reclamo puede haber más de una) :

- a. Infecciones (19%)
- b. Retardo de la consolidación/Pseudoartrosis (13%)
- c. Lesión de estructuras vecinas (12%)
- d. Problemas neurológicos periféricos (21%)
- e. Problemas tegumentarios (15,5%)
- f. Problemas vasculares periféricos (11,8%)
- g. Problemas neurológicos centrales (6,4%)

Colombia

En el año 2002, se realizó una revisión de 21 reclamos a traumatólogos presentados durante los dos años previos en el FEPASDE (Fondo Especial Para el Auxilio Solidario de Demandas) de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE).(1) Si bien el número de la muestra tiene menor relevancia estadística, las tendencias insinuadas son similares a las de los trabajos de otros países. La cirugía de urgencia fue el procedimiento más demandado. La dificultad procesal en estos casos se relacionó con la falta de seguimiento de guías de atención clásicas o protocolos de manejo de las patologías, por parte del médico general o del mismo ortopedista. En esta estadística, tal como se observó en la casuística norteamericana, también aparecen el túnel carpiano y la equivocación del sitio quirúrgico como causal de demandas. También se encontró una evidente relación entre la comunicación con el paciente y el reclamo. En más de la mitad de los casos se encontraron deficiencias en el consentimiento informado y en la historia clínica.

Fueron relativamente frecuentes en esta revisión las lesiones iatrogénicas de vasos y nervios, complicaciones descritas con un riesgo supuestamente bajo en los procedimientos ortopédicos y poco advertidas a los pacientes.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

1. Comunicación

Los estudios de las aseguradoras de praxis médica de los EE.UU han encontrado en sus revisiones de demandas contra ortopedistas que hasta un 75% de éstos tenían antecedentes de otras demandas, lo que estaría indicando un evidente problema de actitud.(5) En ortopedia y traumatología es ostensible la relación entre las demandas y la deficiente comunicación con el paciente. Habría una tendencia en esta especialidad a focalizarse casi exclusivamente en los aspectos técnicos de la atención descuidando el aspecto humano de la misma.

Cuando la comunicación es efectiva hay mayor satisfacción en todos los que participan de la relación, mayor cumplimiento por parte del paciente, mejores evoluciones, decisiones médicas mejor informadas, adecuado seguimiento y menos juicios por mala praxis.

Lamentablemente, la relación médico-paciente es uno de los aspectos más débiles de esta especialidad y los traumatólogos no parecen ser buenos comunicadores: En 1998 la American Academy of Orthopaedic Surgeons condujo una importante encuesta a nivel nacional a la cual respondieron 807 pacientes y 700 cirujanos ortopédicos. (10) Según la misma, los pacientes ven a los traumatólogos como profesionales altamente técnicos, pero con muy poca capacidad para comunicarse. Esta deficiencia, particularmente notoria en el interrogatorio de los pacientes, se observó tanto en residentes como en médicos formados.

¿Cómo solucionar este factor cultural? No basta con aconsejar "relacionese mejor con sus pacientes". Pareciera imprescindible algún tipo de capacitación formal en comunicación durante la especialización, congresos y cursos de actualización. El reconocimiento de la importancia de la comunicación ha influido para que las escuelas de medicina y las asociaciones médicas de los EE.UU revisen sus programas y comiencen a enseñar técnicas comunicacionales durante las residencias y en los programas de educación médica continua. Los exámenes nacionales de certificación también están siendo diseñados para incorporar estas aptitudes. Si bien el material escrito es útil para aumentar la conciencia acerca de la importancia de una buena comunicación entre el médico y el paciente, el cambio de actitud es más probable que ocurra en el ambiente creado

por un workshop específico del tema. (11)

La falta de comunicación con colegas que han atendido con anterioridad al paciente también es un factor a tener en cuenta. Un número no despreciable de reclamos e incidentes llegados a NOBLE fueron en parte desencadenados por comentarios despectivos o inapropiados de médicos acerca del accionar previo de un colega. En esto, la experiencia de nuestra aseguradora es coincidente con los hallazgos del Dr. Ludueña, del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. (2)

2. Historia Clínica

"La realidad no es lo que sucedió o lo que usted sostiene que aconteció, la realidad es lo que consta en la historia clínica". (Brittain, 1989). (12) Los médicos son absueltos o condenados con las pruebas que ellos mismos aportan y elaboran a través de la documentación registrada en la historia clínica.

Si bien la importancia de este documento va mucho más allá de lo estrictamente médico-legal (planificación, estadística, facturación comunicación entre efectores, etc), la historia clínica debe ser completada teniendo en cuenta que podrá ser leída, examinada, auditada e impugnada por auditores, abogados, peritos y jueces.

Lamentablemente, la experiencia demuestra que la mayoría de los traumatólogos no suelen ser muy minuciosos en su documentación. A las escuetas y generalmente ilegibles evoluciones de consultorios externos se suman muchas veces historias de internaciones incompletas, a veces delegadas a médicos clínicos, sin documentación de la semiología ortopédica y de los estudios que justifican la intervención. Tampoco se suelen documentar las indicaciones dadas a los pacientes o las faltas de cumplimiento. Todo esto complica la prueba de un profesional a la hora de defenderse en un juicio de responsabilidad profesional. La historia clínica debe reflejar una secuencia lógica y ser una verdadera hoja de ruta para comprender sin fisuras el accionar médico en la atención de un determinado paciente.

3 Consentimiento Informado

Cuando un paciente aduzca en un juicio que una determinada complicación no le fue advertida, el traumatólogo deberá demostrar que se esforzó para brindarle al paciente la información que razonablemente debía conocer para permitirle tomar una decisión informada. Lamentablemente, los formularios de consentimiento entregados por un administrativo minutos antes de la cirugía (y muchas veces en blanco o no firmados por los médicos) no suelen reflejar la diligencia del médico en este aspecto y tienen poco valor probatorio. El proceso del consentimiento informado exige que el médico informe al paciente la naturaleza de la lesión y de la intervención a realizar, sus beneficios, riesgos y alternativas. Si bien cada operación tiene riesgos específicos y no se pueden discutir todas las posibilidades de complicación, hay algunos riesgos que son inherentes a la mayoría de las cirugías ortopédicas y deberían ser mencionados taxativamente: falla del procedimiento, infecciones, hemorragias o hematomas, rigidez y disminución de la motilidad y daños vasculares o a nervios. También resulta importante no atemorizar al paciente explicando cómo se prepara para minimizar estas eventualidades y destacando que los beneficios superan a los riesgos. La obtención del consentimiento y su documentación es un acto indelegable del profesional y debe ser una actividad del consultorio, permitiendo que el paciente tenga el tiempo suficiente como para asimilar la información y firmar. Es ideal desarrollar formularios por patologías. Este documento debe formar siempre parte de la historia clínica.

4. Fallas Técnicas

Un número no despreciable de demandas se deben a lo que los peritos consideran fallas técnicas. La mayoría son casos en donde el implante falló antes de la consolidación ósea y suelen originarse en una fijación inadecuada. Esto puede deberse a la inexperiencia del cirujano en la utilización del dispositivo o bien porque no se previó la necesidad de partes de la instrumentación y por lo tanto las mismas no estaban disponibles en quirófano. El cirujano que utiliza dispositivos para reducir y fijar fracturas debe estar familiarizado con el instrumental y debe sentirse cómodo y experimentado en su uso. Todas las partes del set que podrían remotamente necesitarse deberían estar disponibles al momento de la cirugía. (6)

Se han descrito también complicaciones

adicionales por la utilización de placas y tornillos para fracturas subtrancantéricas a pesar de la advertencia en contra del fabricante, clavos intramedulares cortos y pobre selección del material de instrumentación. (7)

Los pacientes tienen una baja tolerancia al acortamiento de los miembros y a las deformidades angulares o rotacionales. Si bien en algunos casos esto es inevitable, en todos los casos los pacientes deberían ser advertidos de estas posibles complicaciones. Las mismas suelen deberse a una pobre selección del implante, lo que puede ser evitado con una adecuada planificación preoperatoria.

Los implementos de fijación interna deben ser seleccionados y utilizados de acuerdo a las especificaciones del fabricante y a la información que surge de la literatura científica. (6)

5. Infecciones

Las infecciones luego de las cirugías ortopédicas pueden ser devastadoras tanto para el paciente como para el médico. A pesar de que su incidencia se ha reducido en forma significativa gracias a las mejoras en las técnicas quirúrgicas, el tratamiento del aire en el quirófano y la profilaxis antibiótica, es habitual encontrar tasas de infecciones que oscilan entre el 1% y el 3%, aún con las mejores medidas de prevención. La etiología es bien conocida y existe un claro predominio de las infecciones causadas por grampositivos, que constituyen más del 50% de los casos, particularmente del género *Estafilococo* (13). La infección post quirúrgica se considera una complicación más allá del control del cirujano cuando se han tomado todas las precauciones que la práctica corriente indica. Se trata de un riesgo previsto que debe advertirse al paciente, sin perjuicio de que el médico tome las medidas adecuadas para prevenir la infección y, en caso de presentarse la complicación, atenderla con oportunidad y eficacia evitando el agravamiento de la misma.

Tradicionalmente, cuando deben decidir casos de infecciones intrahospitalarias, nuestros tribunales recurrieron a aplicar la obligación de seguridad a los profesionales y (sobre todo) a las instituciones involucradas. Esta obligación es objetiva y exige resultado. Probada la infección, el médico y el hospital debían responder, salvo excepciones muy puntuales, independientemente de que no hubiera habido culpa (factor de atribución subjetivo).

Conscientes de que aún tomando todas las precauciones hay tasas de infecciones intrahospitalarias aceptadas como normales en la literatura mundial y con un mejor conocimiento de la patogenia de las mismas, algunos jueces han comenzado a mostrar mayor flexibilidad. Un fallo de la Cámara Nacional Civil Sala D del 17/06/01, dictado con el 1º voto del reconocido jurista Alberto J. Bueres expresa: *“si el paciente acude por necesidad (se refiere a un acontecimiento que así lo amerite) a un hospital y las autoridades de éste, aún con el empleo de la más exquisita diligencia, no pueden excluir de plano algunos tipos de infección, y a ello se agrega que el propio paciente puede ser portador del germen infeccioso, cabe ubicar el asunto dentro de la responsabilidad subjetiva, lo cual significa considerar que la obligación asumida por el establecimiento médico y por los profesionales actuantes en este acto quirúrgico, es de medios”*

Sin duda este fallo abre una línea de defensa en casos de juicios por infecciones intrahospitalarias. Al considerar que la obligación asumida por el ente asistencial – y por los propios médicos- es de medios, estos podrán eximirse si prueban su ausencia de culpa, lo que se traduce en la acreditación de haber cumplido con las normas de asepsia que impone el ejercicio de la medicina (la “lex artis”).

La carga de la prueba recae entonces fuertemente sobre médicos e instituciones, quienes deberán demostrar su diligencia exquisita en la prevención de infecciones. Lamentablemente, la mayoría de los registros médicos no suelen reflejar dicha diligencia. Ante un conflicto médico-legal la siguiente documentación suele ser de ayuda:

- Programa de control de infecciones de la institución
 - Tasas conocidas de infecciones en la institución
 - Documentación de los factores de riesgo (ej: diabetes, obesidad) y su eventual corrección antes del procedimiento.
 - Documentación taxativa de esta complicación en el consentimiento informado (evitar “riesgos habituales”)
 - Documentación de la preparación de la piel.
- El CDC recomienda que por lo menos la noche anterior a la cirugía-si el paciente está internado- o antes de ir a la sala de operaciones el paciente reciba un baño o ducha

preoperatoria con soluciones antisépticas apropiadas. Recomendación categoría B, es decir fuertemente recomendada para su implementación y respaldada por algunos estudios epidemiológicos, clínicos o experimentales e importante evidencia teórica racional)

- Documentación clara de la profilaxis antibiótica
- Documentación de la antisepsia de piel en el parte quirúrgico, especificando si se utilizó steri-drape.
- Documentación de la verificación del estado de los testigos de las cajas esterilizadas (hojas de las instrumentadoras)
- Documentación al momento del alta hospitalaria de las instrucciones dadas al paciente acerca del cuidado de la herida y de los signos precoces de alarma

6. Error de lado o sitio quirúrgico

Hemos visto que este error se presenta en todas las estadísticas de juicios a traumatólogos. La cirugía en el sitio equivocado es una tragedia y suele ser el resultado de una pobre planificación preoperatoria, de fallas en el control institucional y de problemas de comunicación entre el traumatólogo, su equipo y el paciente.

La equivocación de lado/sitio es un problema que afecta también a otras especialidades, pero los traumatólogos son los más expuestos a cometer este error. Según estudios en los EE.UU, cerca del 41% de errores de sitio corresponderían a esta especialidad (14). La American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), desarrolló una investigación del tema y estimó que un traumatólogo, en una carrera de 35 años, tiene una posibilidad del 25% de equivocarse de sitio quirúrgico al menos una vez en su carrera.(15) Entre los sitios quirúrgicos más afectados por este error se han descrito en un trabajo sobre 37 casos en primer lugar la rodilla, principalmente artroscopias, con el 41%, seguido del pie y el tobillo (24%), la cadera (14%), y el miembro superior (13%). (16) Se mencionan también estos errores entre los discos intervertebrales, especialmente a nivel lumbar.

La inmensa mayoría de los juicios originados en esta equivocación se pierden con indemnizaciones importantes. Para prevenir este riesgo no alcanza con apelar a la responsabilidad individual de cada cirujano. Sin lugar a dudas se deben tomar también medidas institucionales que permitan interceptar este error y evitar que ocurra. La mayoría de los autores coinciden en la necesidad de estandarizar y normatizar la marcación quirúrgica. En esa línea, los estándares más conocidos son los publicados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Establecimientos Sanitarios de los EE.UU (JCAHO) y los presentados por la Agencia Nacional de Seguridad de los Pacientes Británica. Ambos protocolos puede consultarse en el artículo al respecto de este tema de nuestra biblioteca web (www.noble-arp.com) (17)

El error de lado/sitio quirúrgico es prevenible cuando se establecen niveles de chequeo por parte del cirujano y su equipo y cuando el paciente sube a quirófano con el sitio marcado en forma indeleble. El paciente debe participar en forma activa especificando el sitio afectado. A su vez, antes de iniciar la cirugía la verificación de que la marca es correcta forma parte del checklist que todo equipo quirúrgico debe realizar antes de incidir piel, contrastándola con los dichos del paciente, la historia clínica y los estudios. La realización del chequeo debe quedar documentada adecuadamente. Los errores de nivel en columna pueden evitarse con radiología/radioscopia intraoperatoria que demuestre que se está trabajando en el nivel correcto (hecho que también debe quedar registrado en el parte quirúrgico)

7. Trombosis venosa profunda y tromboembolismo de pulmón

La trombosis venosa profunda (TVP) es una complicación común de la cirugía ortopédica, principalmente en reemplazos totales de cadera y rodilla. Sin profilaxis, la incidencia objetivamente confirmada de TVP luego de una cirugía traumatológica mayor varía entre el 40 al 60%. (18) Si bien la asociación entre TVP y tromboembolismo de pulmón (TEP) es generalmente aceptada, afortunadamente esta complicación es infrecuente y se encuentra actualmente por debajo del 1% (19) (20). Se ha observado también que pese a las mejoras significativas en la profilaxis de la TVP y de las técnicas quirúrgicas en estos últimos 10-15 años, las tasas de tromboembolismo y de mortalidad por esta complicación se han mantenido marcadamente estables. (20)

Sin embargo, de ocurrir una muerte, es muy probable que el traumatólogo se enfrente a una demanda y en su defensa deberá demostrar cuál fue su estrategia para prevenir esta complicación. Hay consenso mundial en utilizar la profilaxis antitrombótica en pacientes de alto riesgo, como en los casos de las cirugías mencionadas, pacientes obesos o postrados, portadores de neoplasias, embarazadas y otros estados de hipercoagulabilidad. En EE.UU generalmente se utiliza o bien warfarina sódica por vía oral o heparina de bajo peso molecular subcutánea. Otros medicamentos utilizados son la aspirina y los pentasacáridos sintéticos. Además, existen medidas generales, como la movilización temprana, ejercicios activos de flexo-extensión de los tobillos y medias de presión graduadas. La evaluación del riesgo del paciente y las medidas adoptadas deberían figurar siempre en la historia clínica en forma clara.

Obviamente, la utilización de medidas antitrombóticas suele aumentar la preocupación de los traumatólogos por la posibilidad de complicaciones hemorrágicas mayores, que se ven en el 1 al 3% de los casos de reemplazos totales de cadera o rodilla (21) y que pueden derivar en infecciones o posterior rigidez de la articulación. El sangrado es una causa común de retorno al quirófano para la evacuación de un hematoma, o en el peor de los casos para la remoción del implante a consecuencia de una infección. Es sin duda un riesgo que no debe ser subestimado. Esta preocupación sumada a la potencial complicación devastadora de un hematoma espinal en pacientes sometidos a anestesia raquídea ha llevado muchos traumatólogos en los EE.UU a iniciar la profilaxis con heparina de bajo peso molecular a partir de las 12 horas postoperatorias (incluso 24 hs. después), o alternativamente a utilizar warfarina debido a que el inicio de su efecto anticoagulante es más tardío que el de la heparina.

Si bien no existen dudas en realizar la profilaxis en cirugías ortopédicas mayores (principalmente en reemplazos totales de cadera y de rodilla), el temor del sangrado hace que el "timing" de la administración de la medicación anticoagulante sea un tema controvertido. Raskob y Hirsh, luego de revisar la literatura, publicaron en la revista CHEST (publicación oficial del Colegio Americano de Médicos de Tórax) en diciembre del 2003 sus conclusiones: (22)

1. No se requiere la administración preoperatoria de la terapia antitrombótica para alcanzar una buena eficacia, y cuando la misma se administra dentro de las dos horas de la cirugía, aumenta el riesgo de sangrado.

2. La iniciación de la terapia entre las 6 y 9 hs. postoperatorias es efectiva y no se asocia con un aumento de sangrado mayor.

3. La iniciación de la terapia antes de las 6 hs. postoperatorias aumenta el riesgo de sangrado sin demostrar mayor eficacia antitrombótica, por lo que las 6 horas parecen ser el umbral para el inicio de la profilaxis

4. La iniciación de la profilaxis entre las 12 y las 24 hs postoperatorias podría ser menos efectiva que la iniciación a las 6 hs, aunque se necesitan estudios randomizados comparativos para confirmar esta hipótesis.

En el año 2007, la American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) publicó una Guía Clínica para la Prevención del Tromboembolismo Pulmonar en pacientes que afrontan una Artroplastia Total de Cadera o Rodilla y que puede consultarse ingresando a su página web:

www.aaos.org/Research/guidelines/PEguide.asp

El documento, de más de 60 páginas, es muy completo y no intenta ser un protocolo fijo, aclarando que el tratamiento debería siempre basarse en el criterio independiente del médico de acuerdo a cada circunstancia individual. Sus principales recomendaciones son: (21)

- Los pacientes con riesgo elevado de TEP y riesgo estándar de sangrado deberían ser considerados para alguno de los agentes evaluados en la guía (heparina de bajo peso molecular, pentasacáridos o warfarina)

- Los pacientes con riesgo estándar de TEP y alto riesgo de sangrado deberían ser considerados para alguno de los agentes evaluados en la guía (warfarina, aspirina o nada)

- Los pacientes con alto riesgo de TEP y también de sangrado deberían ser considerados para alguno de los agentes evaluados en la guía (aspirina, warfarina o nada)

De lo expuesto, surge con claridad que el traumatólogo puede optar entre distintas estrategias para prevenir la eventual catástrofe de una muerte de su paciente por un TEP. Lo que no puede dejar de tener es precisamente una estrategia y reflejar la misma en la historia clínica.

Palabras Finales

Luego de pasar revista a los principales riesgos que afrontan tanto los pacientes como los traumatólogos queda claro que si se quiere minimizar la posibilidad de daños y por ende de juicios no basta con apelar a la responsabilidad individual del cirujano para que se comunique y documente mejor. Los responsables institucionales (hospitales, clínicas y financiadores) deberían a su vez trabajar para crear las condiciones de trabajo que permitan que el profesional disponga del tiempo suficiente para poder establecer un vínculo con el paciente, informarlo y escribir una adecuada historia clínica. Ninguna medida aislada será suficiente para prevenir estos eventos si no se encuentra enmarcada en una cultura institucional que ponga a los pacientes en primer lugar.

Bibliografía

1. Manrique Bacca JI. La Responsabilidad Médico-Legal en Ortopedia. Rev. Médico-Legal (Colombia). Mayo-Agosto 2002. pág. 17-31
2. Ludueña R. Errores médicos más frecuentes en ortopedia y traumatología. Cuadernos de Medicina Forense. Año 3-Nº 2 (15-19) 2004
3. Cochlar O. Gerencia de Legales de Superintendencia de Servicios de Salud. Presentación en curso de Gerenciamiento Estratégico en Salud de ADEMP (Asociación de Empresas de Medicina Prepara). Junio 2006
4. Lanier L. Orthopaedic Closed Claims: National Statistics and Case Study. The Reporter. Texas Medical Liability Trust. Special Issue, 2002
5. Montes B. Ética profesional y responsabilidad legal en ortopedia. Editorial de la Revista Colombiana de Ortopedia. Nov. 1997
6. Meyn M. Minute of Malpractice. American Academy of Orthopaedic Surgeons.. October 1996 Bulletin
7. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Femur fracture care frequent cause of lawsuit. February 2001 Bulletin
8. Gainer LC; Howard MH. A Minute with Malpractice. American Academy of Orthopaedic Surgeons. April 1996 Bulletin
9. Rosiles Exkiws J; Muñoz Gutiérrez J y col. Recomendaciones generales para mejorar la práctica de la ortopedia. Revista CONAMED. Vol 9. Número especial, 2004 (p 34-70)
10. Tongue John R. et al. Communication Skills for Patient-Centered Care. The Journal of Bone and Joint Surgery (JB&JS). 2005; 87:652-658
11. Frymoyer JW. Physician-Patient Communication: A Lost Art? J Am Acad Orthop Surg Vol 10, Nº 2 March/April 2002, 95-105
12. Ferreres AR. Aspectos medicolegales en Ortopedia y Traumatología. Rev. Asoc. Arg. Ortop y Traumatol. Vol 66 Nº 3, págs 218-223, 2001
13. Sociedad Española de Quimioterapia y Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Consenso. Diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección de prótesis articulares. Rev. Esp. Quimioterapia. Diciembre 2003; Vol 16 (Nº 4) 467-478
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. A follow-up review of wrong site surgery. Sentinel Event Alert Nº 24, Dec.2001. www.jointcomission.org
15. American Academy of Orthopaedic Surgeons: Sign your Site: Wrong Site Surgery www.aaos.org
16. Pinzón J; Pedraza C. Error de sitio quirúrgico en ortopedia. Sociedad Colombiana de Ortopedia. Nov 2001. Ver ref 1. (Manrique Bacca. La Responsabilidad Médico-Legal en Ortopedia.)
17. Vítolo F. El Error de Sitio Quirúrgico. Biblioteca virtual de NOBLE Aseguradora de Responsabilidad Profesional. www.noble-arp.com (Ingresar a la sección "Administración de Riesgos" y de allí a la "Biblioteca". Diciembre 2007.
18. Geerts WH et. Al. Prevention of venous thromboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004. Sep; 126 (3 Suppl): 338S 400S
19. Katz JN; Barret J et al. Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States Medicare population. Journal of Bone & Joint Surgery- American Volume 2001 Nov; 83 (A-11-): 1622-9
20. Howie C; Hughes H. et. Al. Venous Thromboembolism associated with hip and knee replacement over a ten-year period: a population-based study. Journal of Bone & Joint Surgery-British Volume 2005 Dec; 87 (12): 1675-80
21. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Clinical Guideline on Prevention of Pulmonary Embolism in Patients Undergoing Total Hip or Knee Arthroplasty. May 2007
22. Raskob G; Hirsh J. Controversies in timing of the first dose of anticoagulant Prophylaxis against venous thromboembolism after major orthopedic surgery. Chest 2003; 124: 379-385