

Medicina Defensiva en Cirugía Ortopédica.

MIGUEL MARÍA SÁNCHEZ MARTÍN.

CÁTEDRA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID.

Resumen. La medicina defensiva se define como la práctica clínica que puede exonerar al médico de responsabilidad sin marcado beneficio para el paciente. Se ofrece un análisis de incidencia y costes en USA y Reino Unido en cirugía ortopédica. Ciertas especialidades quirúrgicas (columna vertebral, cadera, rodilla, tobillo y pie) tuvieron el mayor número de quejas en cirugía ortopédica, en tanto que la cirugía de hombro, codo, muñeca y mano, tuvieron la mayor parte de demandas en cirugía traumatológica. La relativa frecuencia de demandas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones (especialmente en artroplastias y osteosíntesis) orienta a la necesidad de hacer diagnóstico y tratamiento sistemático de las complicaciones. Se han previsto muchas soluciones para reducir costes por demandas de mala práctica ortopédica. Sin embargo, lo más eficaz es centrarse en los elementos que contribuyen a la seguridad del paciente como alternativa a centrarse en la presencia o la ausencia de negligencia.

Defensive Medicine in Orthopedic Surgery.

Summary. A defensive medicine is defined as medical practices that may exonerate physicians from liability without significant benefit to patients. A Web-based survey on orthopedic surgeons' defensive medicine in health care costs and marginal benefit to patients is offers. Certain surgical specialties (eg, spine and lower-limb surgery) have the most claims made during elective surgery, where as upper-limb surgery has the most claims made during trauma surgery. The relative frequency of claims alleging failure to prevent, diagnose, or treat complications, especially after joint replacement and fracture fixation, indicates a need for a systematic approach to surveillance for the early diagnosis and treatment complications. Many solution are being considered to reduce costs related to orthopaedic malpractice claims. However the more effective is to focus on the elements contributing to patient safety as an alternative to the current focus on the presence or absence of negligence.

Correspondencia:
Miguel María Sánchez Martín
Regalado, 13, 6º
47002 Valladolid.

Introducción

La medicina defensiva (MD) se ha considerado como uno de los ejes principales del problema del coste en Sanidad. No sin dificultad, se puede determinar a cuánto asciende el coste en USA, si bien se estima que la cuenta sube a la asombrosa cantidad de 650 billones de dólares cada año, es decir, el 26 por ciento de todo el presupuesto sanitario; alguien dice que no más del 5 por ciento o incluso menos.

Una opinión cabal

Una de las principales razones de este incremento del coste, se piensa que puede ser la MD¹. Gerkin últimamente se siente retado a pensar sobre la MD, debido a que mantiene la decisión de utilizar ciertas medicaciones para enfermedades autolimitadas o solicitar prue-

bas que con gran facilidad podrían resultar normales. ¿Cuál es la razón de pensar así –se pregunta el autor– cuando mi sagacidad clínica me lleva a creer que, con toda probabilidad, podrían no conducir a ningún cambio en la asistencia al paciente? La respuesta es la opinión probable de la sociedad actual que si no consigue su propósito, *piensa que ya nunca más se tendrá éxito*. El juicio del médico ha sido sustituido por el requerimiento de que el médico desaprobe lo improbable. Con el bombardeo de los medios de tipo médico y la publicidad en la asistencia y en los hospitales de hoy – si bien a veces de buen gusto– era de esperar la actitud de los pacientes. Hay otros que pueden asegurar que estoy practicando medicina inadecuada, y yo les podría preguntar que me den una fórmula que me permitiera no fallar nunca ante una enfermedad improbable.

Sigue opinando el autor que parte de muchos tratamientos médicos son un ataque a la defensiva contra alguna enfermedad y una manera de prevenir tal situación. La mayor parte de pacientes podrían decir (como usuarios) que les gustaría más saber que su médico ha utilizado todas las posibilidades para asegurarle todas las oportunidades de estar bien.

La asistencia médica actualmente se encuentra afectada por muchos espectáculos o shows médicos en televisión y anuncios en medios de comunicación, que ofrecen al paciente un montón de información, pero muy poca realidad y contenido y, a menudo, el paciente "lo compra", y ahora -señala Gerkin- encuentra que el médico tiene que reducir el número de pruebas para refutar el diagnóstico que el paciente trae consigo en su visita al consultorio.

Entonces, tenemos el otro lado acerca del riesgo del paciente. Ordenar pruebas o tratamientos de poca utilidad está bien si son positivas, pero puede ser una pega importante en el sentido de desventaja, incluyendo el gasto (que muchos pacientes no se lo pueden permitir); además del riesgo intrínseco de pruebas y tratamientos, lo cual afecta al consumidor por el gasto innecesario que supone.

Los estudios sugieren que más del 90 por ciento de los profesionales de la medicina practican medicina defensiva, al menos con algunos pacientes. Esto se considera como respuesta de base lógica a una cultura de litigio. Cada vez más pacientes asertivos y desconfiados exacerbaban la situación. El profesional tiene que decidir hasta qué punto la buena medicina se detiene y empieza la medicina defensiva. El autor acaba señalando que seguirá tratando de definir y practicar mejor la buena medicina, incluso si algo de esto se define por muchos como defensiva.

Medicina defensiva y biomedicina

Cuando se inicia un proceso de demanda para mejorar la asistencia sanitaria, algunos médicos parece que practican medicina defensiva cuando lo reciben. Uno de los objetivos del proceso de demanda es ofrecer mejor asistencia a la sociedad; no obstante, la medicina defensiva como respuesta es un resultado involuntario.

La práctica de la medicina en Occidente se basa de manera preferente en lo que se denomina biomedicina, modelo que surgió en el siglo XIX junto a la aparición del método científico, y la aplicación de sus principios sobre cómo entender el cuerpo humano, aplicado a la causa de la enfermedad, a las características del órgano afectado y al tratamiento actual de una patología conocida. Tal enfoque biomédico se apoya en investigación, práctica y formación médica, y lo ha sido y sigue siendo un modelo muy útil. Una metáfora útil es que "el cuerpo del paciente es una máquina y el médico un mecánico que pone en orden la parte afectada"². Tal metáfora ha sido útil, si bien la mayor parte de los médicos no lo examinan exactamente bajo tal supuesto, sino que lo hacen de manera bastante literaria. La implicación no específica es que teniendo el médico en cuenta suficiente conocimiento, debería casi siempre poder hacer el diagnóstico correcto o proporcionar un tratamiento correcto. La asunción no contestada ha dado lugar a una dicotomía blanco/negro en la práctica médica correcta/incorrecta, sin tener en consideración

las ideas, creencias, contexto particular de cada paciente y en cómo pueden impactar estos factores sobre el resultado de la enfermedad³. Parece existir una tendencia general que indica que demandas y resultados adversos repercuten de manera importante en el médico, quien responde de manera emocional e intelectual; esta última suele basarse en los principios de la biomedicina; la respuesta emocional puede ser de ira o enojo y depresión, lo cual le hace reducir su disfrute con la práctica de la medicina, y tener un sentimiento de culpa o vergüenza, así como de buena voluntad y compromiso con el paciente.

La MD puede ser positiva o negativa. Es positiva por cuanto se traduce en un mayor incremento de recursos, tanto para disminuir la posibilidad de recibir otra queja, como para aumentar la capacidad para defenderla, lo cual se podría denominar práctica médica aumentada o extra. La MD negativa se refiere a la retirada de servicios médicos: terminar de proporcionar asistencia si el médico considera que cierto tipo de pacientes o enfermedades le colocan en situación de gran riesgo de recibir una demanda, lo cual se entendería como práctica médica disminuida, inhibida o contraída.

La MD positiva se entiende como una menor confianza percibida, menor capacidad para tomar decisiones y presión del paciente; otras podrían ser mayor derivación e ingreso al hospital, identificación preventiva de pacientes problemáticos, documentación y consentimiento en exceso y cambios de horarios en consulta.

La MD negativa se traduce en cambios concretos para responder a una queja particular: cambio de práctica rural a urbana o retirada de pacientes con afecciones concretas con mayor riesgo de ser demandado por ellos.

En el mundo médico, la MD positiva de mayor número de pruebas, ingresos y prescripciones es la respuesta a un pleito. Tales respuestas proceden más de mecanismos interiorizados que de otro comportamiento exteriorizado modificado.

Cunningham y Wilson⁴ pretenden que la conexión entre biomedicina, demandas y medicina defensiva (por respuestas observadas del médico) se sitúan en la noción de vergüenza. La vergüenza se caracteriza por el deseo de huir, esconderse, desaparecer o retirarse. Es más una respuesta emocional interiorizada a un ataque real o percibido, o amenaza de sentimiento de uno mismo; se produce un criterio de fallo, y la persona misma se considera un fracaso.

En medicina, algunos médicos responden con vergüenza más que con culpa cuando se aperciben de estar siendo juzgados por haber fallado en la práctica clínica.

Cuando se tiene un resultado adverso o se recibe una demanda, muchos médicos buscan de manera simplista una respuesta de dónde se equivocaron, lo que no supieron o si han cometido un error en el diagnóstico o en el tratamiento. Entonces valoran su actuación utilizando un modelo biomédico debido a que las normas de biomedicina se basan en "verdades externas" de la

enfermedad que los médicos necesitan conocer, siempre está presente la posibilidad de criterio u opinión. Al considerar que la enfermedad es independiente de la persona del paciente, la persona del médico y la relación médico-paciente -al juzgar resultados adversos con reglas del legado de la medicina- siempre encuentra que el médico ha fallado por debajo de lo establecido; por ello, la práctica de biomedicina puede inducir con bastante facilidad a una respuesta de vergüenza, con posibles resultados perjudiciales.

La clave para tener una formación eficaz ante una queja es minimizar la inducción hacia respuestas de vergüenza interiorizadas que pueden abrumar la emoción e interferir con la capacidad del médico para evaluar correctamente y responder a la queja.

Como corolario, el médico debería en estos casos conectar con colegas entrenados que actúan con capacidad de tutores para revisar la base biomédica de la demanda, relación médico-paciente y respuesta personal. Con esta reflexión se podría asistir al médico en su actuación práctica y mitigar las posibles consecuencias de cualquier respuesta de vergüenza o deshonra.

Incidencia y coste en USA

La medicina defensiva se define como la práctica médica que puede exonerar al médico de riesgo (responsabilidad) sin marcado beneficio para el paciente.

El producto interior bruto (PIB) americano (GDP, gross domestic product) en 2008 para la sanidad fue de 2.3 trillones de dólares, y sigue creciendo al doble del índice de precios al consumo, representa el 16.2 por ciento y se espera que para 2016 llegue al 20 por ciento⁵. Un componente del creciente gasto es el coste de pruebas médicas innecesarias, espoleado por el temor de los médicos a litigio por mala práctica.

La medicina defensiva (MD) se entiende como positiva o negativa. Positiva, cuando el médico proporciona pruebas diagnósticas excesivas e innecesarias, así como tratamientos, hospitalización o consultas. Negativa, cuando el médico restringe servicio para evitar pacientes o procedimientos de alto riesgo. Mello y cols.⁶ estiman que los costes de responsabilidad médica, incluyendo medicina defensiva, podrían ascender a 55.6 billones de dólares o 2.4 por ciento del gasto total en sanidad.

Sethi y cols.⁷ investigan la frecuencia y costes de la MD a nivel estatal entre muchas especialidades, incluyendo la cirugía ortopédica y lo establecen utilizando los datos del coste de Medicare 2011. Para ello utilizan el código del Current Procedural Terminology (CPT) de la base de datos del valor relativo de investigación de la American Medical Association. Los códigos de CPT relacionados con la práctica en cirugía ortopédica corresponden a ocho dominios: radiografías, RNM, TAC, ultrasonidos, consultas hospitalarias, biopsia/aspiración y pruebas de laboratorio.

Resultados. Desde el punto de vista demográfico, a

la encuesta enviada a 2.000 cirujanos ortopédicos en USA, respondieron 1.214 (61%), de los cuales 1.168 (96%) confirmaron haber practicado MD ordenando radiología, pruebas de laboratorio, envíos a especialistas o ingresos en el hospital, principalmente para evitar posible responsabilidad de mala práctica. De media, el 24 por ciento de todas las pruebas solicitadas se hicieron por razones defensivas. Siendo la población total de cirujanos ortopédicos en USA 20.400, los autores estiman que el coste nacional de MD en cirugía ortopédica es de 2 billones de dólares anuales.

Para pormenorizar los resultados, los que respondieron fueron el 93 por ciento, varones (media de 52 años). Casi la mitad (48.6%) se dedicaban a práctica privada en grupos. Las subespecialidades más populares fueron: rodilla de adulto (38.8%), medicina del deporte 35 por ciento, artroscopia 34.7 por ciento, artroplastia total 33.3 por ciento, y cadera del adulto 32.9 por ciento.

El 96.2 por ciento ordenaron procedimientos con problemas de responsabilidad, con una media de tipo defensivo oscilando entre el 44 por ciento para ultrasonidos a 7 por ciento por ingreso hospitalario.

El 77 por ciento de los que contestaron llegarían a reducir o interrumpir la práctica de MD si se promulgara una marcada reforma de la MD, en tanto que el 52.3 por ciento reducirían el número de pacientes considerados de alto riesgo, debido a problemas de responsabilidad profesional, y el 62.7 por ciento reducirían o eliminarían el número de procedimientos de alto riesgo en su práctica.

En cuanto al coste de la MD, el mayor fue para RNM y radiografías simples (31% defensivos para RNM y 19% para radiografías). El coste global se estimó en 2 billones de dólares anuales.

Este estudio es el primero de este tipo que demuestra que la práctica de medicina defensiva es corriente en los cirujanos ortopédicos americanos, que le cuesta 2 billones de dólares/año a la sanidad.

En el caso de que los costes sigan aumentando, los informes legislativos del paquete de responsabilidad ayudarían a contener los costes médicos de servicios que no reportan beneficio marginal o ninguno al paciente ni al sistema sanitario.

Análisis de demandas en Cirugía Ortopédica en Reino Unido

Las estadísticas del National Health Service (NHS) inglés, confirman un incremento de demandas por negligencia clínica en los últimos 30 años, lo cual supone una enorme carga. Entre 2006 y 2007, el NHS Litigation Authority (NHSLA) pagó cerca de 424 millones de libras esterlinas en compensación por demandas de negligencia clínica, un incremento de 140 millones sobre el año precedente. Por ello, este incremento no puede ser ignorado y necesita ser investigado, ya que afecta a todos los profesionales médicos y quirúrgicos en todo el mundo.

En el artículo de Khan y cols.⁸ se recogen los datos de quejas recibidas por NHSLA con relación a cirugía ortopédica, entre 1995 y 2006. Los datos se aportan bajo los siguientes títulos: fecha del incidente, detalles de la historia concreta de la demanda individual, cantidad pagada por daños, coste de la defensa y coste del demandante, coste total, causa del evento adverso, sitio de lesión y área clínica responsable.

Ciertas subespecialidades quirúrgicas (columna, cadera, rodilla, tobillo y pie) tuvieron el mayor número de quejas en cirugía electiva, en tanto que la cirugía traumatológica de hombro, codo, muñeca y mano, tuvieron mayor participación en demandas.

Resultados. Se demuestra en primer lugar el incremento del número de quejas en cirugía ortopédica, lo cual puede achacarse a varios factores: mayores expectativas del paciente sobre su tratamiento y anticipar mejores resultados; menor esperanza y confianza en el sistema sanitario; una sociedad más litigiosa persiguiendo acciones legales y menor respeto hacia la profesión médica en su papel como experta. Esta, al intentar reducir las demandas legales, se compromete en las decisiones clínicas por miedo al litigio, lo cual da lugar a adoptar una postura defensiva, como ordenar pruebas innecesarias o rechazar casos de alto riesgo.

En este estudio se demuestra que el número y coste de las demandas es mayor cuando el paciente se ha sometido a intervención quirúrgica. Las razones en los últimos 6 años analizados fueron: complicaciones postoperatorias y diagnóstico erróneo, diferido o fallido.

El retraso en el diagnóstico varía según especialidades. Así, en Urgencias, se debe a no solicitar radiografías; los errores inadecuados a no ver fracturas que pasan desapercibidas o a mala interpretación de radiografías o que no se solicitaron⁹.

Muchos diagnósticos diferidos o fallidos ocurrieron en pacientes externos en relación con tratamiento de tumores, especialmente vertebrales y óseos. Esto se debe atender enviando al paciente sospechoso de tener tumor a un centro regional especializado para ulterior investigación y tratamiento.

En el paciente hospitalizado, una causa recurrente es el retraso diagnóstico, como el que ocurre en el síndrome de compartimento.

Con relación a la cirugía, las quejas provienen sobre todo de complicaciones postoperatorias, con cierto predominio (54%) en cirugía electiva, la mayoría en cirugía vertebral y del miembro inferior (cadera, rodilla, tobillo y pie), en tanto que las demandas en cirugía traumatológica ocurren en la extremidad superior, lo cual refleja la diferencia de actitud o práctica de trabajo en subespecialidades dentro de la cirugía ortopédica: hay más especialistas de la extremidad inferior que de la superior.

Con relación al consentimiento informado, los problemas son más frecuentes en cirugía electiva. Muchas de las demandas se deben a que el paciente no ha en-

tendido todas las posibilidades sobre el riesgo de complicaciones del tratamiento que se le ofrece. En Urgencias un consentimiento inadecuado parece ser menos importante por cuanto el paciente tiene pocas opciones de elegir cirugía.

El caso de fallo del tratamiento es la queja más notable en pacientes que se operan de traumatismos; así, tratados inicialmente de manera conservadora, luego tienen que intervenir quirúrgicamente; reducción inadecuada de fracturas o con pérdida de posición después de su manipulación.

Los casos de tratamientos fallidos en cirugía electiva se centran en la percepción del paciente del éxito que ha tenido la operación o si ésta ha fracasado finalmente (ejemplo del hallux valgus operado con poca o ninguna satisfacción del paciente). Es evidente que muchos casos de insatisfacción del paciente por posibles complicaciones se deben a no haberse informado adecuadamente en el momento del consentimiento.

Hay que evitar equivocarse al sitio a operar, pero desgraciadamente esto todavía ocurre, a veces más de lo que se piensa; incluso en Reino Unido va en aumento, así como los costes por daños y legales. Los incidentes predominan en cirugía de mano, pie y tobillo y raquis en orden decreciente. Las causas y factores de riesgo se deben a interrupción de comunicación entre equipo quirúrgico, paciente y familia; otras causas son: no comprobación de la lista de verificación, valoración preoperatoria incompleta, problemas de dotación de personal y distracción. La manera de evitarlo: verificación preoperatoria, señalamiento del sitio a operar y disponer de un tiempo inmediatamente antes de la intervención quirúrgica.

Valoración de demandas y seguridad del paciente

Es importante desarrollar formas de prevenir que lleguen demandas cerradas al juzgado por mala práctica en cirugía ortopédica, especialmente para fomentar la mayor importancia en ofrecer seguridad tanto a los pacientes como a los cirujanos ortopédicos.

Con esta intención, Matsen y cols.¹⁴ analizan una gran serie de 404 demandas cerradas, desde la actuación de una gran compañía nacional de seguros en USA. Como resultado del análisis y establecimiento de la gravedad de las lesiones que alegan los demandantes, establecen cinco grupos de incapacidad: temporal menor, temporal mayor, permanente menor, permanente mayor, y muerte. Se revisó la descripción de la demanda y el sumario narrativo para extraer datos acerca de: edad, sexo, traumatismo o presentación de urgencia, localización anatómica, tratamiento, complicaciones y alegación del paciente que condujeron a la demanda.

Resultados. Así, de los 464 pacientes, el 33 por ciento presentaron incapacidad permanente y severa (128 pacientes) o muerte (27 pacientes); ochenta y ocho de 128 paciente (69%) con lesión permanente mayor reclamaron una marcada pérdida de función (amputación,

daño cerebral, lesión seria de nervios periféricos). De las quejas que no presentaron lesión severa permanente o muerte, la complicación más frecuente fue por procedimientos quirúrgicos adicionales no planificados y/o recuperación prolongada no esperada.

El ochenta y uno por ciento de las quejas y el 89 por ciento de la cantidad total de pagos estuvo en relación con tratamientos quirúrgicos. Las derivadas por consultas o valoración diagnóstica (sin tratamiento) condujeron a muerte o lesión severa permanente en comparación con el 32 por ciento de las demandas por cirugía, y el 25 por ciento por enyesado, vendaje.

Las intervenciones sobre raquis representaron el 15 por ciento de todas las demandas; por contra las quejas por cadera y pelvis solo fueron el 10 por ciento de todas las demandas.

En el 45 por ciento de quejas por intervención quirúrgica vertebral, los pacientes murieron o tuvieron lesión permanente severa, en comparación con el 24 por ciento de las extremidades inferiores y el 24 por ciento de cadera y pelvis.

Los pacientes con traumatismos supusieron el 44 por ciento de todas las quejas; los que presentaban afecciones degenerativas murieron o tuvieron lesiones permanentes severas; el 29 por ciento de todas las quejas procedieron de asistencias en Urgencias.

Cuatrocientas veinte de las 464 quejas (91%) incurrieron en costes por defensa, mientras que solo 88 condujeron a pagos al demandante. Por sexos: mujeres 51 por ciento, varones 49 por ciento. Por edades: 6 por ciento menores de 18 años, 80 por ciento entre 18 y 65 años, y 14 por ciento mayores de 65 años.

Entre las intervenciones quirúrgicas con mayor frecuencia de demandas se encuentran: osteosíntesis de fracturas, cirugía vertebral, artroscopia de hombro, artroplastias de cadera y rodilla y artroscopia de rodilla. El treinta y ocho por ciento de las quejas por osteosíntesis alegaron errores en el tratamiento (callos viciosos, pseudartrosis, luxaciones u otras negligencias al realizar la osteosíntesis). El dieciséis por ciento de osteosíntesis fueron demandadas por lesión de otras estructuras, sobre todo vasculares y nerviosas, en el campo operatorio; y el 13 por ciento relacionadas con prevención y tratamiento de infección. En el 12 por ciento no se diagnosticaron o trataron las complicaciones adecuadamente, y 6 de 10 quejas lo fueron por síndrome de compartimento.

El treinta y dos por ciento de intervenciones vertebrales presentaron quejas por lesión de otras estructuras del campo operatorio (nervios, médula, duramadre, vejiga, vasos). El dieciocho por ciento lo fueron por fallo diagnóstico o terapéutico del actual problema; el 12 por ciento por otros errores del tratamiento quirúrgico, la mitad por cirugía del raquis a nivel equivocado.

El cuarenta y nueve por ciento de artroplastias fueron motivo de alegación por mala posición del implante; el 17 por ciento por no proteger estructuras vecinas en

artroplastia de cadera (nervios, nuevas fracturas).

El diecinueve por ciento por mala posición del implante en artroplastia de rodilla; el 16 por ciento por problemas de prevención o tratamiento de infección; el 14 por ciento por lesiones de otras estructuras (vasos, nervios, hueso, ligamentos y tendones). Por contra, el 25 por ciento de artroscopia de rodilla alegaron fallo de diagnóstico o tratamiento.

Hubo 10 alegaciones por cirugía en sitio erróneo (4 vertebrales) y 6 en extremidad inferior.

Medidas para mejorar la seguridad del paciente. Conseguir optimizar la seguridad es un asunto complejo que requiere de estrategias por parte del sistema, de la formación pregrado y continuada y de la experiencia del cirujano, según la complejidad del caso.

El análisis que presentan Matsen y cols.¹⁴ plantea muchas sugerencias. La prevención deberá dirigirse a la seguridad del momento operatorio, poniendo énfasis en los errores más llamativos sobre abordaje quirúrgico y protección de estructuras del campo operatorio, adaptadas a cada caso, pero especialmente nervios, vasos y otras estructuras en la cirugía vertebral y de la extremidad inferior.

Para ello se necesitan programas de formación para aumentar la conciencia, el conocimiento, la destreza y la experiencia del cirujano mediante ideas, actuaciones en cadáver y simulaciones quirúrgicas de abordajes. Otra medida es la administración profiláctica de antibióticos, y de evitar el sitio equivocado, mejor mediante actuaciones prácticas que con formación solamente. De este estudio se destaca que las demandas vienen más a menudo de antes que de después de la cirugía, como del mismo procedimiento quirúrgico.

La frecuencia relativa de demandas sobre prevención, diagnóstico o tratamiento de complicaciones (especialmente en artroplastias y osteosíntesis) orienta sobre la necesidad de hacer diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones (síndrome de compartimento, úlceras por presión, embolismo pulmonar, infecciones). Para infección tiene importancia insistir (ante la demanda) en aplicar a tiempo el antibiótico profiláctico, así como el diagnóstico y tratamiento de la infección cuando se presente.

Soluciones para reducir costes por demandas en cirugía ortopédica hay muchas, incluyendo la reforma de agravio (*tort reform*), pero teniendo en cuenta que muchas complicaciones yatrogénicas no acaban en demandas por mala práctica y muchas no terminan en veredicto, la reforma de agravio no parece que sea el objetivo ideal para optimizar la seguridad del paciente¹⁵. Posiblemente, para reducir quejas por mala práctica, la formación y la orientación del sistema sanitario, dirigidos hacia la seguridad del paciente, serán más útiles. Greenberg y cols.¹⁶ sugieren que es más eficaz orientar este problema sobre los elementos que contribuyen a la seguridad del paciente, como alternativa a la orientación actual de presencia o ausencia de negligencia.

La idea de estos autores se concreta en “...los profesionales podrían mejorar su propia actuación práctica haciendo su asistencia médica más segura”.

Opinión del abogado

Abogados especialistas en mala práctica obtienen datos de un estudio de investigación en varios aspectos en medicina ortopédica e identifican los factores de riesgo en Cirugía Ortopédica¹⁷. Para ello, realizan una encuesta basada en un cuestionario a doble hoja realizado por 5 cirujanos ortopédicos y el abogado de la institución (Ohio) y de 15 abogados especializados. El cuestionario ofrece datos sobre demografía y también sobre la opinión de los abogados sobre casos de mala práctica en Cirugía Ortopédica.

Resultados. De una población de 696 se recibieron 179 muestras completas y devueltas con una tasa del 25.7 por ciento. La edad media de los cirujanos fue de 44.1 años (27-73); 141 varones y 34 mujeres.

La respuesta de los abogados supuso una media de 14.4 años de experiencia en legislación de mala prác-

tica médica; 50 de los encuestados estaban exclusivamente especializados en ello.

Ciento diez de 176 encuestados (63%) estimaron que entre el 6 y el 25 por ciento en todos los casos de litigio médico afectaban a ortopedia, siendo el grupo mayor de pacientes entre 21 y 65 años.

El 18 por ciento opinaba que el número de casos disminuía (27%) y el 55 por ciento se mantenía o no cambiaba.

El 50 por ciento procedía de práctica privada, el 14 por ciento de asistencia dirigida y el 13 por ciento de indemnización laboral.

Las causas más frecuentes fueron error médico durante la intervención quirúrgica, error diagnóstico y elección de tratamiento incorrecto; la mala relación médico-paciente fue un factor agravante. La zona anatómica más afectada fue la columna vertebral lumbar, la rodilla y el pie y tobillo. La mayor parte de casos se llevaron al juzgado, pero los que llegaron a juicio contra el cirujano ortopédico por el jurado fueron un porcentaje bajo en veredicto.

Bibliografía:

1. Gerkin DG. Defensive medicine: what is it. *Tenn Med* 2011; 104:7-8.
2. Samson C. Health studies: a critical and cross-cultural reader. Oxford: Blackwell, 1999.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196:129-36.
4. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf* 2011; 20:449-52.
5. Poisal JA, Truffer C, Smith S et al. Health spending projections through 2006; modest changes obscure part D's. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26:w242-453.
6. Mello MM, Chandra A, Gawande MA, Studdert DM. National costs of medical liability system. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:1.569-77.
7. Sethi MK, Obremskey WT, Hazel N y cols. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *Am J Orthop* 2012; 41:69-73.
8. Khan I, Jamil W, Lynn S y cols. Analysis of NHSLA claims in orthopedic surgery. *Orthopedics* 2012; 35:e726-31.
9. Guly HR. Diagnostics errors in an accident and emergency department. *Emerg Med J* 2001; 18:263-9.
10. Mello MM, Studdert DM, Schumi J y cols. Changes in physician supply and scope of practice during a malpractice crisis: evidence from Pennsylvania. *Health Aff* 2007; 26:425-35.
11. Mello MM, Studdert DM, DesRoches CM y cols. Effects of malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Ann Surg* 2005; 242:621-8.
12. Stewart Rm, Johnston J, Geogheagn K y cols. Trauma surgery malpractice risk: perception vs reality. *Ann Surg* 2005; 241:969-77.
13. McGwin G, Wilson LA, Bailes J y cols. Malpractice risk: Trauma care versus other surgical and medical specialities. *J Trauma* 2008; 64:607-13.
14. Matsen III FA, Stephens L, Jette JL y cols. Lessons regarding the safety of orthopaedic patient care. *J Bone Joint Surg Am* 2013; 95:1-8.
15. Bishop TF, Ryan AM, Casalino P. Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient setting. *JAMA* 2011; 305:2.427-31.
16. Greenberg MD, Haviland Am, Ashwood JS, Main R. Is better patient safety associated with less malpractice activity? Santa Monica: RNAD Corporation; 2010. p. 1-22.
17. Klimo GF, Daum WJ, Brinker MR y cols. Orthopedic medical practice: an attorney perspective. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2000; 29:93-7.