

ERRORES MÉDICOS MÁS FRECUENTES EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Consideré que sería importante volcar la experiencia acumulada como Perito Médico Traumatólogo del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial de la Nación, evaluando las causas que me fueran asignadas, y en las cuales se hubiera investigado la existencia de una probable mala praxis en nuestra especialidad. Para ello, realicé la evaluación de mi actividad desde el año 1993 a febrero de 2001, período en el cual intervine como perito en 56 casos de los cuales, 33 (59%) correspondieron al Fuero Penal, 22 (39%) al Civil y 1(2%) al Comercial.

En el año 1994 el número de causas fueron 9, siendo 5 los casos en 1995, 1996, 1997 y 1998. En el año 1999 la cifra ascendió a 8 casos, en el 2000 a 9 y en los dos primeros meses de 2001 a 10.

En relación al segmento corporal que había recibido la práctica cuestionada la distribución fue:

Cadera	18,00 %
Columna lumbosacra	18,00 %
Rodilla	14,00 %
Fémur	9,00 %
Pie	9,00 %
Columna cervical	7,00 %
Tobillo	7,00 %
Muñeca	4,00 %
Antebrazo	1,80 %
Columna dorsal	1,80 %
Hombro	1,80 %
Muscular	1,80 %

Pierna	1,80 %
Pericial	1,80 %
Otros	2,00 %

*Reynaldo A. Ludueña**

De la evaluación precedente, se observa claramente que la suma de los distintos segmentos columnarias, muestra que esta patología encabeza la serie con un 26,80 % de las causas denunciadas.

Las primeras causas en estudio, eran habitualmente casos en que los pacientes habían fallecido, o que las secuelas posteriores a la intervención del Traumatólogo, eran de gran magnitud. Con el correr de los años vemos que esto no se mantiene así, y que las denuncias se realizaron por muy variada signo sintomatología.

Es así que de las peritaciones realizadas, las causas por las cuales se investigó fueron:

Muerte	25,00 %
Infecciones	21,00 %
Dolor post operatorio	20,00 %
Equivocación del lado a operar	4,00 %
Otros	30,00 %

En el mayor número de casos de la presente serie, las actuaciones se iniciaron por complicaciones del tratamiento efectuado, que tanto la literatura nacional como internacional indican como probables, siendo el caso principal el de las infecciones.

* Perito Médico Traumatólogo del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial de la Nación. Especialista Recertificado Consultor en Ortopedia y Traumatología por la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.

Creo que una de las peores dificultades que podemos experimentar en un post operatorio, es una infección. Todos tenemos, sin lugar a dudas, en nuestras espaldas la cruz que significa el tratamiento de una artroplastia total infectada, o una osteomielitis. No es posible pensar que halla un Médico que puede realizar una cirugía con la finalidad de que se infecte. Pero vemos a diario que infección o cualquier otro tipo de complicación es sinónimo de mala praxis. En esto, considero que a pesar de estar constantemente discutiendo sobre el valor del consentimiento informado, si nos puede hacer evitar una demanda judicial, o cual es la mejor fórmula para utilizar, no se le da a este acto la real importancia que tiene, y que consiste en explicar claramente, llanamente, en términos simples y las veces que sea necesario, el tratamiento que vamos a efectuarle al paciente que estamos asistiendo. Se informan los procedimientos, las técnicas, pero no se le da tanto énfasis a las complicaciones, que si aparecen, son entendidas por el paciente como una mala terapéutica.

Pero para que esto ocurra, sin lugar a dudas, y siendo una constante en las causas relevadas, existió directa o indirectamente una fisura o ruptura en la relación médico paciente, que puede deberse a muchos motivos, pero que fundamentalmente ocurrió no porque el Traumatólogo tratante no se halla ocupado científicamente del tratamiento en sí, sino por no brindarle la explicación, o dispensarle el tiempo que el Actor requirió para saciar todas las inquietudes y preguntas que lo agobiaban.

En un 16 % de los casos evaluados, directamente por constancias médicas obrantes en autos, se ha

podido observar que la opinión de otro colega fue la que inició o desencadenó la acción legal. Sin dudas al leer las demandas, y principalmente en los puntos de pericia médica solicitados por las partes, se observa que en los mismos ha intervenido directamente o como asesor un médico, que en ocasiones actúa también como Perito y en otras no figura en las actuaciones.

A veces, al evaluar un paciente, un gesto sin intención, un comentario fuera de lugar, pueden dar origen a la litis.

Dijimos que las denuncias se efectuaban por muy diversas causas, observando en demandas en las cuales el paciente había sido intervenido quirúrgicamente de su columna lumbosacra, que el tema de discusión era específicamente el tipo de implante indicado, no porque el colocado no se utilizase, sino porque había mejores. Que un Traumatólogo utilice una técnica o implante de uso habitual, a los que esta acostumbrado, que son reconocidos en la bibliografía tanto nacional o internacional, no constituye una mala práctica médica, aunque existan otros que puedan ser mejores. Vemos estas discusiones muchas veces en las juntas médicas que realizamos con Peritos o Consultores Técnicos Médicos, que creen encontrarse en un Ateneo Científico y no en un acto pericial, donde la evaluación principal es determinar si ha existido impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los reglamentos o deberes del médico, en su accionar como profesional en un específico caso, debiéndose analizar un sin número de elementos de los cuales uno puede ser el implante colocado, pero no el único.

En un 4 % hemos observado que la historia clínica de ingreso del paciente claramente decía que se iba a operar un determinado segmento corporal, del lado derecho -por ejemplo-, y en el protocolo quirúrgico observamos que se operó el izquierdo, no constando ni en el protocolo operatorio ni en la historia clínica las causas que llevaron a esa decisión. En las correspondientes contestaciones de demanda, los argumentos vertidos pueden considerarse válidos, preguntándose uno si en lugar de estar pasando por lo que significa una demanda, no hubiese sido más fácil volcar las explicaciones en la historia clínica y realizar la correspondiente aclaración al paciente.

En referencia a la historia clínica, creo sin temor a equivocarme, que es el documento que mejor debería realizarse, y muchas veces es el que peor encontramos. Este documento, que debe ser claro, legible, en el cual deben volcarse todos los hechos vinculados con el paciente que estamos tratando, muchas veces es una serie de jeroglíficos, con la utilización cada vez más notoria de siglas incomprensibles, con partes operatorios incompletos, que hacen muy difícil la evaluación para el perito interviniente.

Estimados colegas, pudiendo decir que estamos en pleno auge de la industria del Juicio a la Medicina, no sólo debemos realizar todo nuestro accionar dentro del arte propio de nuestra profesión, sino que debemos mostrar que lo hacemos bien, y el modo idóneo para ello es sin lugar a dudas la historia clínica. Esta no sólo debe ser completa en pacientes internados, sino también en pacientes ambulatorios, en consultorios externos,

a nivel hospitalario, privado o por obra social. Una constante de lo expuesto es la necesidad de solicitar, en un alto porcentaje de los casos, la transcripción mecanografiada de la historia clínica, fundamentalmente cuando la mayoría de los puntos de pericia se refieren específicamente a la misma. Hemos observado que la mayoría de los Juzgados accede a nuestro pedido, pero no todos, presentando argumentaciones jurídicas válidas que hacen que tengamos que expedirnos diciendo en muchas ocasiones que no entendemos que quiere decir tal párrafo o tal palabra con el correspondiente perjuicio para todas las partes.

Tratando de mostrar ejemplos de lo peritado, hemos visto que el mayor número de demandas fueron por patología columnaria. Creo que coincidiremos que la mayor causa de consultas al Traumatólogo corresponde a patologías de este sector. Y creo también que estaremos de acuerdo, que esta franja de pacientes, llevan prácticamente siempre asociada a su patología raquídea, distintos grados de trastorno psíquico. Spengler y col. y Long y col. observaron que la principal causa de fracaso es la selección inadecuada del paciente. En nuestra casuística hemos visto lo mismo. Se trató de pacientes que han consultado a distintos profesionales, que exigían curaciones rápidas, con expectativas distintas a las reales, que de pronto vieron la cirugía como una solución a sus problemas. Y encontraron colegas, que ante una discopatía diagnosticada por resonancia magnética, decidieron sin agotar tratamientos incruentos, ir a una cirugía, intentando no solo tratar la lesión, sino también mejorar la estabilidad columnaria con implantes, injertos, etc.

En Ateneos que hemos realizado, existe una real coincidencia y preocupación, por el constante aumento de instrumentación en prácticamente todas las cirugías columnarias. Estas intervenciones requieren de una técnica muy precisa, con tiempos operatorios prolongados, con aparatología e instrumental sofisticado, que aumentan la probabilidad de complicaciones, y tras ello el juicio de mala praxis.

Estos serían los factores comunes que hemos encontrado en los distintos casos que hemos peritado, siendo una constante el carácter querellante del paciente.

En relación a las denuncias por tratamientos a nivel de la cadera, las mismas se debieron a infecciones post quirúrgicas o post revisión. Volviendo a lo expresado con anterioridad, en este tipo de cirugía, hay que dejar bien claro el alto índice de posibilidades de infección, recordando que Charnley ya consideraba que ante una reoperación de cadera la probabilidad de una infección era del 100%. Por ello, es necesario que se le explique al paciente de esta posibilidad, como de todas aquellas complicaciones posibles, así sean de remota aparición; y ante la aparición de alguna de ellas las medidas a tomar.

Un 20% de los casos analizados, mostró al dolor como causa principal de signo sintomatología posterior a una cirugía, que llevó al paciente a iniciar una demanda. La anamnesis efectuada a estos pacientes, nos mostró que las expectativas del paciente iban mucho más allá del plan terapéutico propuesto por el Traumatólogo tratante. Por lo tanto, reiteramos, consideramos imprescindible una correcta y reiterativa información al paciente sobre su patología, plan

terapéutico a seguir, rehabilitación y tratamiento de las complicaciones de producirse las mismas.

La presencia de exámenes complementarios cada vez más sofisticados, permiten mostrar, por ejemplo, restos de disco intervertebral, que antes era prácticamente imposible de objetivar, y que ante la presencia de dolor puede considerarse como el responsable del mismo, y atribuirle al profesional tratante como un error en su accionar, aunque así no lo sea.

Hemos observado en esta serie, que no existió relación entre la complejidad del acto quirúrgico y el resultado del mismo. Es así que un desgarró crónico del recto anterior del cuádriceps, en un deportista de 28 años de edad, en una cirugía programada, tuvo como complicación una fascitis necrotizante y muerte; existiendo demandas por complejas cirugías de urgencia en que la complicación fue un retardo de consolidación.

Para finalizar, hemos tenido que peritar en un caso en el cual el imputado en un Juzgado Nacional de Instrucción fue un Perito Oficial por un Informe Pericial requerido por la Excelentísima Cámara de Apelaciones del Trabajo, siendo la denuncia por lo que podría constituir el delito previsto en el art. 275 del Código Penal, es decir, por falso testimonio. Este artículo dice:

Será reprimido con prisión de un mes a cuatro años, el testigo, perito o intérprete que afirmare una falsedad o negare o callare la verdad, en todo o en parte, en su deposición, informe, traducción u interpretación, hecha ante la autoridad competente.

Si el falso testimonio se cometie-

re en una causa criminal, en perjuicio del inculpado, la pena será de una a diez años de reclusión o prisión.

En todos los casos se impondrá al reo, además, inhabilitación absoluta por doble tiempo del de la condena.

¿Cómo se llegó a esta denuncia?; muy sencillo, en una demanda donde el Litigante había sido examinado en Primera Instancia y se le habían encontrado secuelas indemnizables; al ir a una Instancia Superior y solicitársele al Cuerpo Médico Forense un nuevo dictamen mostró que no presentaba secuelas indemnizables. Ante esta situación el Actor inició la denuncia contra el

Perito actuante. Un nuevo examen pericial efectuado por una Junta de Traumatólogos Forenses, donde se documentó el examen realizado con tomas fotográficas de todas las maniobras realizadas para mejor ilustrar al Magistrado interviniente, coincidió con la segunda peritación. En estos últimos años, hemos visto con gran preocupación esta nueva forma de denuncia a nivel de los distintos fueros Nacionales.

He tratado de hacer una sucinta reseña de casos ocurridos en nuestro accionar, cada peritación en sí, requeriría de su análisis y posterior discusión, y lamentablemente, las causas siguen aumentando ya no en progresión aritmética, sino en progresión geométrica.