

Original

Análisis médico-legal de las reclamaciones judiciales en cirugía bariátrica

Miquel Bruguera ^{a,b,*}, Salvador Delgado ^c, Mercè Viger ^b, Josep Benet ^a, Roger Bruguera ^a y Josep Arimany ^a

^a Servei de Responsabilitat Professional i

^b Unitat d'Estudis Acadèmics del Col·legi de Metges de Barcelona

^c Servei de Cirurgia Gastrointestinal, Institut de Malalties Digestives, Hospital Clínic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de septiembre de 2011

Aceptado el 4 de diciembre de 2011

On-line el 8 de marzo de 2012

Palabras clave:

Cirugía bariátrica

Mala praxis médica

Litigiosidad

Responsabilidad médica

RESUMEN

Objetivos: Analizar las causas de reclamación por presuntos defectos de praxis en cirugía bariátrica y los resultados del proceso judicial.

Material y método: Revisión de los expedientes de los casos de reclamación presentados al Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña desde 1992 hasta 2009 por daños como consecuencia de cirugía bariátrica. Se calculó la tasa de reclamaciones mediante una encuesta en los cirujanos bariátricos.

Resultados: Se analizaron 49 casos, que representan una tasa de reclamaciones del 0,6% de los pacientes operados. En 23 ocasiones (47%) tuvo lugar el fallecimiento del paciente, en el 14% quedaron secuelas graves, en el 18% secuelas leves y en el 21% hubo una recuperación completa. Las causas más frecuentes de muerte fueron peritonitis por dehiscencia de sutura (48%) y complicaciones respiratorias (17,4%). Se consideró retrospectivamente que habían existido defectos de praxis en 10 (20%) de los casos reclamados por falta de documento de consentimiento informado adecuado, retraso en el reconocimiento de la complicación, o error en la interpretación o tratamiento de la misma. En 10 casos hubo sentencia condenatoria para el médico reclamado, 3 en un juicio penal y 7 en juicio civil, hubo absolución en 19, acuerdo extrajudicial con pago de indemnización en 4, retirada de la reclamación en 4 y están todavía pendientes de juicio o de sentencia 12 casos.

Conclusión: Se demuestra una relativamente baja tasa de reclamaciones por complicaciones relacionadas con la cirugía bariátrica. La muerte del paciente fue la principal causa de reclamación. El número de sentencias condenatorias fue relativamente elevado. La detección precoz de las complicaciones quirúrgicas es indispensable para la reducción de la litigiosidad relacionada con cirugía bariátrica

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Bruguera@clinic.ub.es (M. Bruguera).

0009-739X/\$ - see front matter © 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.12.003](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.12.003)

Medicolegal analysis of legal claims in bariatric surgery

A B S T R A C T

Keywords:

Bariatric surgery
Medical malpractice
Legal claims
Medical liability

Objectives: To analyse the causes for claims due to alleged malpractice in bariatric surgery and the results of the legal process.

Material and Method: A review was carried out on the case files of claims for damages as a result of bariatric surgery presented to the Professional Liability Department of the Catalonia Medical Colleges Council from 1992 to 2009. The claims rate was calculated using a survey of bariatric surgeons.

Results: A total of 49 cases were analysed, which represented 0.6% of the patients operated on. The patient died in 23 (47%) of the cases, 14% were left with serious after effects, 18% had mild after effects, and 21% made a complete recovery. The most frequent causes of death were peritonitis due to suture dehiscence (48%), and respiratory complications (17.4%). Retrospectively, malpractice was considered to have occurred in 10 (20%) of the sued cases due to lack of an adequate informed consent document, delay in recognising a complication, or an error in interpretation, or treatment of the complication. The doctor sued was convicted in 10 of the cases, 3 in a criminal court, and 7 in a civil court. There was acquittal in 19 cases, an out-of-court settlement with payment of compensation in 4, withdrawal of the claim in 4, and judgement or sentence is still pending in 12 cases.

Conclusion: The study showed a relatively low rate of claims for complications associated with bariatric surgery. The number of convictions was relatively high. The early detection of surgical complications is essential in order to reduce legal claims associated with bariatric surgery.

© 2011 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La obesidad severa es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo occidental, y está considerada como la pandemia del siglo xxi¹. El único tratamiento con eficacia demostrada, al obtener resultados permanentes y estables en un elevado porcentaje de pacientes, es la cirugía bariátrica²⁻⁴.

Una intervención bariátrica debe ser segura, con una morbilidad inferior al 10% y una mortalidad inferior al 1%, efectiva, con una pérdida de peso superior al 50% en más del 75% de los pacientes, reproducible, debe ofrecer una buena calidad de vida y provocar los mínimos efectos secundarios⁵. Asimismo, es imprescindible, para poder garantizar el éxito en este tipo de cirugía, la existencia de un grupo multidisciplinario (cirujano, endocrinólogo, dietista, psiquiatra) que trabaje conjuntamente, tanto en la indicación, como en el seguimiento posterior del paciente.

Este tipo de cirugía, al margen de su eficacia, comporta la posible aparición de variadas complicaciones, que el cirujano debe intentar evitar, y una tasa de mortalidad no despreciable relacionada con alguna de estas complicaciones⁶. Ello ha comportado un aumento progresivo del número de reclamaciones judiciales de pacientes sometidos a cirugía para el tratamiento de una obesidad, que el reclamante atribuye a defectos de praxis del cirujano⁷. El riesgo de denuncias previsiblemente aumentará en el futuro, en paralelo a la mayor difusión de los tratamientos quirúrgicos⁸.

En este artículo se analizan, desde el punto de vista médico-legal, 49 casos de reclamaciones por presuntos defectos de praxis relacionados con actos quirúrgicos efectuados como tratamiento de una obesidad mórbida, con la finalidad de valorar las causas y motivos de la reclamación, así como el

resultado del procedimiento judicial, con objeto de determinar qué medidas pueden ser recomendadas para reducir la litigiosidad generada por este tipo de cirugía.

Pacientes y métodos

Se han examinado los expedientes de la totalidad de las reclamaciones contra médicos de Cataluña atendidas en el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) desde 1992 hasta 2009 por presuntos defectos de praxis en la asistencia de pacientes operados de obesidad mórbida. Todas las intervenciones habían sido efectuadas en el marco de la práctica privada en distintas clínicas de la ciudad de Barcelona.

De cada uno de los expedientes se han registrado los siguientes datos: características demográficas de los pacientes, patología médica asociada a la obesidad, tipo de cirugía bariátrica practicada, complicaciones de cada tipo de procedimiento quirúrgico, consecuencias de las mismas, es decir, fallecimiento o secuelas, resultado de la reclamación y del proceso judicial, e influencia en la decisión judicial de la gravedad de las complicaciones y de otros factores. Tras la revisión del contenido de la historia clínica se valoró si había elementos que hicieran suponer la existencia de defectos de praxis.

Para calcular la tasa de reclamaciones y de mortalidad de la cirugía bariátrica en nuestro medio se solicitó a los cirujanos bariáticos con práctica privada que habían sufrido al menos una reclamación, información sobre la totalidad de actos quirúrgicos efectuados durante el periodo de estudio, así como de los casos de fallecimiento del paciente en relación con el procedimiento quirúrgico.

Resultados

Características demográficas

En total reclamaron 49 pacientes o familiares de pacientes operados por un total de 11 cirujanos, que habían efectuado un total de 4.157 intervenciones, con la finalidad de reducir su peso corporal. De los 49 pacientes, 40 (82%) eran mujeres. La edad media fue de 40 años, con un rango entre 19 y 65 años. El IMC fue superior a 40 en 36 y estuvo entre 35 y 40 en 6. En estos casos la intervención quirúrgica se efectuó por la existencia de algún tipo de comorbilidad.

La cirugía

Las operaciones que motivaron la reclamación fueron en 30 casos un *by pass* gástrico con asa en Y de Roux, en 6 una gastroplastia vertical anillada, en 9 una diversión biliopancreática/cruce duodenal, en 3 un *banding* y en uno de los expedientes no constaba el tipo de cirugía efectuada.

Los 49 pacientes que reclamaron presentaron un total de 54 complicaciones, 44 presentaron solo una y 5 tuvieron 2. Las complicaciones experimentadas por estos pacientes se describen en la tabla 1. Las más frecuentes fueron: dehiscencia de sutura (32,6%), problemas respiratorios graves (20,4%), lesiones vasculares mayores (aorta, vena cava o bazo) (10%), absceso intraabdominal (8%), y hemorragia (8%). La dehiscencia de sutura fue la complicación más frecuente en los pacientes en quienes se efectuó un *by pass* gástrico (46,6%), seguido de la gastroplastia vertical (16,6%) y la derivación biliopancreática (11%). En 35 (70%) pacientes hizo falta una

reintervención para corregir la complicación y 30 (60%) tuvieron que ser atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (tabla 2).

Fallecieron 23 pacientes (47%), de los cuales en 12 (40%) se había realizado un *by pass* gástrico, en 8 (89%) una derivación biliopancreática/cruce duodenal, en 2 (33,3%) una gastroplastia vertical, y en 1 (33,3%) se había colocado una banda gástrica. La causa de fallecimiento más frecuente, en aproximadamente la mitad de los casos (11 de 23, 48%), fue la dehiscencia de sutura que causó una peritonitis y requirió habitualmente una reintervención quirúrgica. La segunda causa de muerte fueron las complicaciones respiratorias. En la tabla 3 se indica la tasa de mortalidad de cada una de las complicaciones.

Los pacientes con índice de masa corporal > 50 presentaron mayor mortalidad (9 de 10) que aquellos con un IMC < 50 (9 de 26) (90% versus 34%) (tabla 4).

De los 26 pacientes no fallecidos, 14% quedaron con secuelas graves, 18% con secuelas leves y 21% se recuperaron completamente.

Las reclamaciones

La distribución temporal de las reclamaciones muestra un número anual bajo desde 1992, inicio de la cirugía bariátrica en nuestro medio, hasta 2000, y un aumento súbito del número en el periodo 2001-2003, que inmediatamente llega a un plateau, con 15-17 reclamaciones cada 3 años a partir de 2004 (fig. 1).

En 29 (59%) reclamaciones se escogió inicialmente para presentar su reclamación la vía penal, y 8 de ellas las sometieron a la vía civil después de que el juez dictó

Tabla 1 – Complicaciones conn relación al tipo de cirugía

Complicación	Nº	By pass	Gastro-plastia	D/C	Banding	No consta
Dehiscencia de sutura	16	14	1	1	-	-
Insuficiencia respiratoria/embolia	5	-	-	4	-	1
Absceso intraabdominal	4	1	1	2	-	-
Hemorragia digestiva/hemoperitoneo	4	4	-	-	-	-
Obstrucción intestinal/gástrica	2	1	1	-	-	-
Mala nutrición/malabsorción	3	2	-	1	-	-
Lesión vaso intraabdominal	3	1	-	2	-	-
Problemas en la pared abdominal ^a	4	3	-	1	-	-
Otros ^b	13	7	3	-	3	-
Total	54	34	6	11	3	1

D/C: derivación biliopancreática/cruce duodenal

^a Infección (1), hematoma (2), eventración (1).

^b Absceso glúteo (1), accidente vascular cerebral (1), fascitis (1), fracaso metabólico agudo (1), neumonía (1), perforación esofágica (2), rabdomiólisis (2), ruptura esplénica (2), sin pérdida de peso (2).

Tabla 2 – Necesidad de reintervención y estancia en UCI después de cada tipo de procedimiento

Procedimiento	N.º	Cirugía	UCI
By pass gástrico	30	23	76,67%
Gastroplastia	6	4	66,67%
Diversión biliopancreática/cruce duodenal	9	5	55,56%
Banding	3	2	66,67%
No consta	1	1	100,00%
Total	49	35	71,43%
			30
			61,22%

Tabla 3 – Mortalidad según complicación

Complicación	N.º	Muerte
Dehiscencia de sutura	16	11 (68,75%)
Insuficiencia respiratoria/embolia pulmonar	5	4 (80,00%)
Absceso intraabdominal	4	2 (50,00%)
Obstrucción intestinal/gástrica	1	-
Lesión de vaso intraabdominal	3	2 (66,66%)
Otros	20	4 (20,00%)

Tabla 4 – Relación del IMC con la evolución del paciente

IMC	Total	Mortalidad
<40	6	12,24%
>40-50	20	40,82%
>50-60	5	10,20%
>60	5	10,20%
No consta	13	26,53%
Total	49	100%
		23
		46,94%

sobreseimiento o una condena absolutoria en vía penal para el médico; 13 (26%) se presentaron únicamente en vía civil y 7 (15%) las sometieron únicamente al SRP del CCMC sin ir a juicio. En la figura 2 se detalla el resultado del procedimiento judicial según cómo se inició.

Solo en 3 (10%) de los 29 que acudieron a un juicio penal hubo sentencia condenatoria, en una se alcanzó un acuerdo extrajudicial, en 21 hubo sentencia absolutoria o sobreseimiento y 4 están todavía pendientes de sentencia.

Un total de 21 reclamaciones fueron objeto de un procedimiento civil, 13 desde el inicio y 8 después de que se fallara en contra del reclamante por la vía penal. De las 21 hubo condena para el médico en 7 (33%), una sentencia absolutoria o sobreseimiento de la causa en 6 (28%), se alcanzó un acuerdo extrajudicial en 2 (9%) y están pendientes 6 (28%).

De las 7 reclamaciones que no llegaron a juicio, en 4 la respuesta de los letrados del SRP, eximiendo de responsabilidad al médico acusado, hizo desistir a los que presentaron la reclamación, en un caso hubo un acuerdo extrajudicial y 2 casos están todavía pendientes de la decisión de los reclamantes.

El fallecimiento del paciente fue la razón principal para que el resultado de la reclamación fuera satisfactorio para el reclamante. En 5 (50%) de los 10 casos en los que existió sentencia condenatoria, 3 por la vía penal y 7 por la civil, y en 3 de los 4 casos en que el SRP del CCMC consideró que podría haber existido responsabilidad del médico y por tanto se llegó a un acuerdo extrajudicial, había ocurrido la muerte del paciente. Contrariamente solo hubo condena o acuerdo extrajudicial en 6 (30%) de los 20 casos en que no hubo fallecimiento del paciente.

Existencia de defectos de praxis

En 10 (20%) de las 49 reclamaciones la revisión del expediente sugirió la existencia de defectos de praxis, 4 por defectos de información (40%), 3 por demora en el reconocimiento de la complicación (30%) o una por falta de habilidad en su manejo (10%), y 2 por error en la interpretación del cuadro clínico (20%). Se consideró como falta de información en estos 4 casos la ausencia de documento de consentimiento informado (CI) en la historia clínica del paciente o la existencia de un documento poco informativo o genérico sin mención de las complicaciones más frecuentes, específicamente las que presentó el paciente. En los 4 casos hubo condena del médico reclamado.

Frecuencia de reclamaciones judiciales

Respondieron a la encuesta solicitada 6 de los 11 cirujanos a quienes se solicitó. Estos cirujanos informaron que habían operado un total de 4.157 pacientes durante el periodo de estudio, de los que fallecieron 14, lo que representa una tasa de mortalidad de 0,36%. Estos mismos cirujanos fueron reclamados en 25 ocasiones, lo que da una tasa de reclamación de 0,6%.

Discusión

Este es el primer análisis de la problemática médico-legal asociada con la cirugía bariátrica que se ha efectuado en España, orientado a detectar la incidencia de reclamaciones

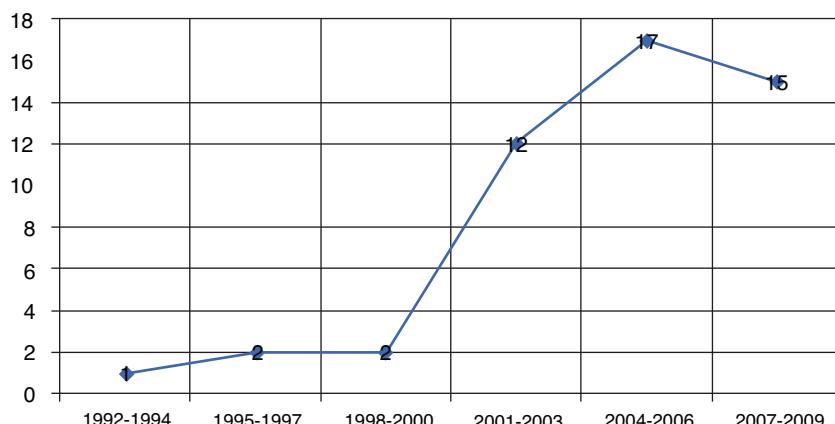


Figura 1 – Frecuencia de las reclamaciones en cirugía bariátrica (n = 49).

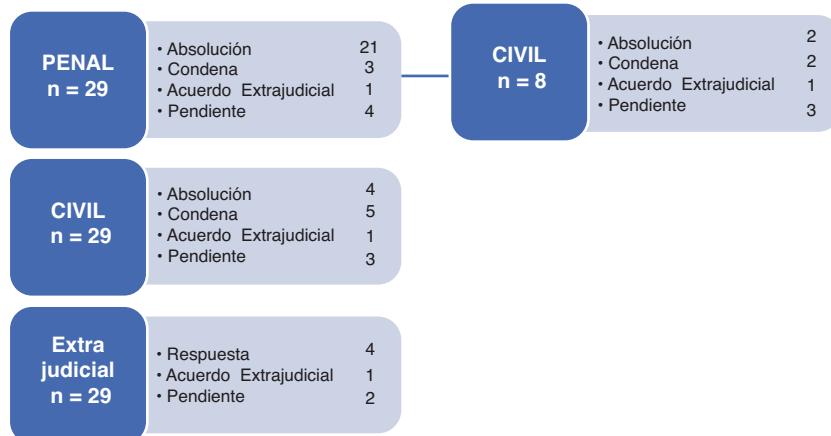


Figura 2 – Resultado (o estado) del proceso de reclamación según decisión del reclamante.

debidas a malos resultados de este tipo de cirugía y caracterizar los motivos de las mismas. Algunos hallazgos de este estudio parecen relevantes, como son la alta proporción de fallecimientos como motivo de reclamación y la relativamente elevada proporción de casos sin evidente mala praxis que han sido objeto de reclamación.

En el examen retrospectivo de los expedientes de los casos que reclamaron, se llegó a la conclusión de que en 17 de los 23 pacientes fallecidos no hubo una mala praxis evidente, así como tampoco la hubo en 5 de los 7 que quedaron con secuelas graves. Es posible que en la valoración de la mala praxis que hemos efectuado se hayan juzgado benévolamente algunos casos con complicaciones graves debidas a deficiencias técnicas en el acto quirúrgico no registradas en los informes operatorios, aunque hay que hacer constar que todos los cirujanos que fueron objeto de reclamación eran cirujanos con una amplia experiencia en este procedimiento quirúrgico en quienes es previsible una normo praxis.

También es posible que la evolución catastrófica de alguna complicación estuviera en relación con el ámbito donde fue atendido el paciente, ya que es previsible que en las clínicas privadas haya una menor dotación de personal y por tanto menor vigilancia en el seguimiento de los pacientes operados que en una institución hospitalaria pública. Esta circunstancia podría justificar el retraso en el reconocimiento de la complicación, hecho que ocurrió en 3 pacientes o en la mala interpretación o el mal manejo de la misma, lo que ocurrió en otros 3.

En los 4 casos restantes se consideró como defecto de praxis la falta de información al paciente, identificada por la ausencia de documento de CI en la historia clínica o por la existencia de un CI genérico y poco explicativo, que hizo plausible considerar que el paciente habría aceptado la indicación quirúrgica desconociendo algunos de los riesgos a que estaba expuesto, como argumentó el abogado del reclamante.

Estas observaciones ponen en evidencia la existencia de puntos de posible mejora en la atención quirúrgica de los pacientes operados de obesidad mórbida, como son la toma de conciencia por todos los cirujanos bariátricos de la necesidad de un buen CI, que haga constar las posibles complicaciones del procedimiento y que se haya obtenido del paciente con

suficiente antelación al acto quirúrgico que permita pensar que el paciente fue al quirófano con conocimiento de los riesgos de la intervención a la que iba a ser sometido. Por otra parte parece muy conveniente que se asegure una vigilancia cuidadosa de los pacientes operados para detectar precozmente la aparición de signos, a veces poco expresivos, que advierten de una complicación, antes de que se manifiesten de un modo clínico más evidente y sea ya tarde para poder resolverla de modo eficaz^{9,10}. Esta recomendación parece obvia, pero quizás deba explicitarse en la práctica quirúrgica que se efectúa en el ámbito privado, ya que en la mayoría de centros no se dispone de los recursos de personal y de vigilancia que suele existir en los hospitales públicos¹¹.

El fallecimiento del paciente o la existencia de secuelas graves se asociaron con mayor riesgo de sentencia condenatoria en los casos que llegan a juicio (33 casos), o de conllevar un acuerdo extrajudicial (4 casos). En esta serie hubo condena en 10 casos, 8 por fallecimiento del paciente o por haber causado secuelas graves, y se llegó a un acuerdo extrajudicial en 4 casos, 3 de los cuales habían fallecido. La muerte o la persistencia de secuelas graves en pacientes que habitualmente no se consideran enfermos antes de la cirugía y que son mayoritariamente personas jóvenes con obligaciones familiares, que hacían una vida normal antes de la operación, podrían influir en la condena del médico en vía civil, por considerar estas consecuencias del acto quirúrgico como una iatrogenia causante de daños desproporcionados.

Destaca en este estudio que los pacientes con mayor grado de obesidad presentaron una tasa de mortalidad superior a la de los pacientes con menos sobrepeso, lo que justifica la conveniencia de extremar la vigilancia postoperatoria en estos pacientes.

Aunque solo contestó la encuesta solicitada el 45,4% de los cirujanos que habían sido objeto de reclamación, el número total de pacientes operados, 4.157, es suficientemente elevado para efectuar el cálculo de las tasas de reclamación y de mortalidad. Ambas tasas, 0,6% y el 0,36%, respectivamente no superan los estándares habituales en otras áreas geográficas para este tipo de cirugía¹², aunque parecen más elevadas que las que experimentan los cirujanos generales por intervenciones quirúrgicas de otra naturaleza. Por consiguiente, parece

conveniente efectuar una investigación prospectiva del riesgo comparativo de la cirugía bariátrica y de la cirugía abdominal no bariátrica, ya que no existe información sobre este punto en la literatura.

En conclusión, en el estudio que presentamos se demuestra una relativa baja tasa de reclamaciones por complicaciones relacionadas con la cirugía bariátrica en nuestro medio, pero un elevado número de condenas. La muerte del paciente fue la principal causa de reclamación y mayoritariamente fue debida a dehiscencia de sutura y a problemas respiratorios. El número de sentencias condenatorias fue elevado a pesar de la infrecuencia de defectos de praxis. La detección precoz de las complicaciones quirúrgicas y el buen manejo de las mismas es indispensable para la buena evolución de los pacientes y la reducción de la litigiosidad relacionada con cirugía bariátrica¹³.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEEDO 2000. Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of criteria for therapeutic intervention. *Med Clin.* 2000;115:587-97.
2. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA.* 2002;288:1723-7.
3. Buchwald H, Buchwald JN. Evolution of operative procedures for the management of morbid obesity. *Obes Surg.* 2002;12:705-17.
4. Rubio MA, Martínez C, Vidal O. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes.* 2004;4:223-49.
5. Fobi MA, Lee H, Holness R, Cabinda D. Gastric bypass operation for obesity. *World J Surg.* 1998;22:925-35.
6. Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, Baeul D, Sledge I. Trends in mortality in bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Surgery.* 2007;142:621-32.
7. Kaufman AS, Mc Nelis J, Slevin M, La Marca C. Bariatric surgery claims. A medico-legal perspective. *Obes Surg.* 2006;16:1555-8.
8. Eagan MC. Bariatric surgery: malpractice risks and risk management guidelines. *Am Surg.* 2005;71:369-75.
9. Cottam D, Lord J, Dallal RM, Wolfe B, Higa K, Mc Cauley K, Schauer P. Medicolegal analysis of malpractice claims against bariatric surgeons. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3:60-6.
10. Casey BE, Civello KC, Martin LF, O'Leary JP. The medical malpractice risk associated with bariatric surgery. *Obes Surg.* 1999;9:420-5.
11. Cséndes A, Maluenda F. Morbimortalidad de la cirugía bariátrica. Experiencia chilena en 10 instituciones de salud. *Rev Chile Cir.* 2006;58:208-12.
12. Spyropoulos C, Argenton M, Petsas T, Thomopoulos K, Kehagias I, Kalfareutzy F. Management of gastrointestinal leaks after surgery for clinically severe obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2011.
13. Lee MJ, Scott DJ. Medical management of postsurgical complications. The bariatric surgeon's perspective. *Gastrointest Endosc Clin N Amer.* 2011;21:246-56.