



EDITORIAL

La responsabilidad profesional médica y la seguridad clínica en el ejercicio de la Cirugía Ortopédica y Traumatología



Medical professional responsibility and clinical safety in the the practice of Orthopaedic Surgery and Traumatology

Conceptos como responsabilidad profesional médica (RPM) y seguridad clínica (SC) son de máxima actualidad en los foros científicos sobre el ejercicio profesional de la medicina. La publicación en el año 1999 de «To err is human: Building a safer Health System» apuntaba a tasas de eventos adversos (EA) de 2,9-3,4% en la asistencia sanitaria, de las cuales más de la mitad serían prevenibles¹. Con posterioridad, Starfield publicó en *JAMA* que cada año se producían 225.000 muertes en los EE.UU. como consecuencia de la asistencia sanitaria, constituyendo así la tercera causa principal de muerte en dicho país, únicamente por detrás de la enfermedad cardíaca y el cáncer².

Hoy en día, la consulta de la base de datos de PubMed-NCBI con las palabras clave «malpractice claims» o «patient safety» arroja una gran cantidad de publicaciones científicas que abordan estas materias, con una tendencia temporal al incremento de publicaciones/año. La práctica médica actual, cada día más especializada, conlleva procedimientos diagnósticos y terapéuticos con riesgo, lo que se ha acompañado de una creciente preocupación por la seguridad clínica. Concretamente, en el caso de la Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), en los últimos años, los servicios de COT han aumentado enormemente su actividad, potenciando sobre todo la cirugía ambulatoria, y han aparecido nuevas técnicas de cirugía mínimamente invasora. Además, la COT no es ajena a la enorme presión asistencial debida a múltiples factores, que requiere medidas de gestión organizativas en los servicios de urgencias para minimizar riesgos, siendo el objetivo de la SC hallar soluciones para mejorar la atención sanitaria en COT, garantizando la calidad de la práctica clínica, con seguridad para el paciente. Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la mayoría de las sociedades científicas de diversas especialidades están realizando notables progresos en facilitar pautas para ejercer con más seguridad y a la vez minimizar

los EA que pueden surgir en el ejercicio de la medicina. Los conceptos de «check list» o las guías de práctica clínica han avanzado de forma progresiva en el ejercicio clínico. Desde el año 2000, los progresos en materia de seguridad en el paciente son palpables en la mayoría de hospitales y centros de atención primaria. En 2004 se fundó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (WHO, World Alliance for Patient Safety), cuyo objetivo es coordinar, difundir y acelerar las mejoras de la seguridad del paciente en todo el mundo, sirviendo de vehículo para coordinar de forma transversal, a nivel internacional, de los estados miembros, la propia OMS, los pacientes, los profesionales de la salud y la industria^{3,4}.

Diversos autores, tanto nacionales como internacionales, también ponen el acento en la SC en COT, determinando programas de seguridad, como la identificación y evaluación de los riesgos y EA, los sistemas de notificación de EA, alertas de seguridad, y cultura organizativa de la seguridad clínica⁵⁻⁷.

Paradójicamente en el último quinquenio han aumentado las reclamaciones por RPM en nuestro país, sin llegar a los niveles de países como EE.UU., inmersos en la «malpractice crisis», y las continuas novedades y reformas legislativas obligan al facultativo a estar al día en aspectos médico-legales. Este incremento se ha producido en el contexto de una medicina altamente especializada, con una evolución científico-tecnológica importante, y notoriamente influida por los cambios socio-culturales. La promulgación de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, supuso un gran cambio en la relación médico-paciente, pasando del papel tradicional paternalista y quizás impositivo, por parte del facultativo, a una forma de ejercicio basado en el principio de autonomía en el que prima la información y cobra una gran relevancia la

figura del documento de consentimiento informado (DCI). Tal como determina la legislación vigente, en su artículo 8.2, el consentimiento será por regla general verbal. Sin embargo, se realizará por escrito en los casos siguientes: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgo o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente⁸. En línea con esta promulgación legislativa, las sociedades científicas se han puesto al día en materia médico-legal. Por ejemplo, la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) ha realizado un gran esfuerzo para poner al día y actualizar los procedimientos quirúrgicos de los DCI, que son desde hace mucho tiempo la página más descargada de la web de la sociedad. Desde el principio, los DCI han demostrado ser muy útiles para los traumatólogos, reportando SC gracias al aval de la sociedad científica⁹.

La especialidad de COT, según diversos estudios publicados, ocupa un puesto elevado en el *ranking* de las especialidades con mayor frecuencia de reclamaciones^{10,11}. Así, el análisis de las reclamaciones en nuestro ámbito determinó que la COT se sitúa en el primer lugar en frecuencia, alcanzando el 17,3% del total de los procedimientos quirúrgicos reclamados, pero a pesar de ello, (el volumen económico de las reclamaciones no es elevado (menores de 50.000 €), siendo el principal motivo de la reclamación el error terapéutico durante el acto quirúrgico¹⁰⁻¹²).

Consideramos necesario abordar el tema de la RPM, desde el análisis de los procedimientos médicos o quirúrgicos objeto de reclamación, su análisis pericial y su resolución judicial o extrajudicial, para determinar cuáles son los procedimientos de riesgo en que implementar medidas. Dicho análisis ha de contextualizarse para reforzar al máximo la atención a la seguridad del paciente y desarrollar actuaciones organizativas y científicas que mejoren la calidad de la atención sanitaria. Es de vital importancia establecer conductas preventivas de riesgo mediante el establecimiento de estándares que tengan en cuenta los riesgos principales de reclamación.

En el contexto actual resulta fundamental que los cirujanos ortopédicos y traumatólogos tengan interiorizados en su práctica clínica diaria los conceptos médico-legales que rigen la atención sanitaria. Esto es importante tanto para minimizar los riesgos para los pacientes, como para evitar el incurrir en la medicina defensiva. Por ello, el análisis de la información que se genera en el estudio de las reclamaciones es clave¹³, y el conocimiento producido debe revertir a los profesionales en forma de publicaciones de carácter científico, y mediante la colaboración entre los analistas de la información generada y los especialistas. Aquí también el papel de las sociedades científicas es de máxima relevancia, debiendo tomar un papel decisivo para ayudar a difundir el conocimiento surgido del análisis de las reclamaciones, por lo que felicitamos a la REVISTA por los artículos que abordan en el presente número esta temática, de máximo interés en una especialidad de elevado riesgo como la traumatología^{12,14}.

Nivel de evidencia

V.

Bibliografía

1. Kohn KT, Corrigan JMDM. To Err Is Human: Building a safer health system, [Internet; citado 30 Oct 2015]. Medicine. Washington: National Academy Press; 1999. Disponible en: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S095026880100509X.
2. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284:483-5.
3. World Health Organization Patient safety: Report by the secretariat. En: Fiftyninth World Health Assembly, 4 May 2006 [citado 6 Abr 2012].
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud [citado 6 Abr 2012].
5. Grau J, Santiña M, Combalia A, Prat A, Suso S, Trilla A. Fundamentos de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2010;54:251-8.
6. Digiovanni CW, Kang L, Manuel J. Patient compliance in avoiding wrong-site surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 2003;85A:815-9.
7. James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. 2013;9:122-8.
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15/11/2002, p. 40126-40132.
9. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Documentos. Consentimiento informado [citado 6 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.secot.es/consentimiento.php>.
10. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365:629-36.
11. Arimany-Manso J, Benet-Travé J, Bruguera Cortada M., Torné-Escasany R, Klamburg-Pujol J, Gómez-Durán EL. Procedimientos quirúrgicos objeto de reclamación por presunto defecto de praxis. *Med Clin (Barc)*. 2014;142 Supl 2:S47-51.
12. Cardoso-Cita B, Perea-Pérez B, Albarrán-Juan ME, Labajo-González ME, López-Durán L, Marco-Martínez F, et al. Análisis de sentencias judiciales relativas a negligencias médicas emitidas contra traumatólogos entre 1995 y 2011. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2015. doi:10.1016/j.recot.2015.07.001.
13. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. *Int J Legal Med*. 2013;127:1051-3.
14. Bori G, Gómez-Durán EL, Combalia A, Trilla A, Prat A, Bruguera M, et al. Seguridad Clínica y Reclamaciones por Responsabilidad Profesional en Cirugía Ortopédica y Traumatología. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2015. doi:10.1016/j.recot.2014.10.004.

J. Arimany-Manso^{a,b,*} y A. Combalia-Aleu^c

^a Servicio de Responsabilidad Profesional, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), Barcelona, España

^b Unidad de Medicina Legal y Forense, Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Instituto Clínic de Especialidades Médicas y Especialidades Quirúrgicas (ICEMEQ), Hospital Clínic, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josep.arimany@comb.cat

(J. Arimany-Manso).