



Universitat Autònoma  
de Barcelona

**ASPECTOS MEDICO-LEGALES DE LA  
PRÁCTICA DE LA ANGIOLOGÍA Y  
CIRUGÍA VASCULAR**

Tesis Doctoral presentada por **D. Enric Roche Rebollo**

Directores de la Tesis

**Dr. Josep ARIMANY MANSO**

**Dr. Miquel VILARDELL TARRÉS**



**Barcelona Julio de 2013**

**TESIS DOCTORAL:**

**TÍTULO:**

**ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA PRÁCTICA DE LA  
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**

Realizada por D. Enric Roche Rebollo

Departamento de Medicina de la Universitat Autònoma de  
Barcelona

Registrada en el programa de Doctorat con la referencia RD  
1393/2007

**DIRIGIDA POR:**

DR. D. JOSEP ARIMANY MANSO

DR. D. MIQUEL VILARDELL TARRÉS

**El autor declara que no tienen ningún conflicto de intereses así como que e  
trata de una obra original.**



## **DEDICATÒRIA**

Als meus pares Arturo i Mercè perquè ho han donat tot pels seus fills

A Ramón i Aurora pel suport permanent i als meus germans i resta de la família que em fan sentir una persona afortunada

A la meva dona Maria Àngels i als meus fills Oriol, Maria i Natàlia que són tots quatre el motor de la meva vida i motiu d'alegria diària.



## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Miquel Vilardell, president del COMB y co-director de la tesis doctoral por su ayuda y asesoramiento. Porque además supone un pilar en el mantenimiento de un modelo de defensa del colegiado , envidiado por la mayoría de asociaciones profesionales.

Al Dr. Josep Arimany Manso, director del servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Col.legi de Metges de Barcelona (COMB) y director de esta tesis, a quién expreso mi más sincera gratitud por haberme ofrecido la posibilidad de realizar este trabajo, facilitándome el trabajo , abriéndome las puertas del servicio e integrándome en un excepcional equipo profesional y humano.

A la Dra. Esperanza Gomez Durán cap de la Unidad de Medicina Legal por su permanente asesoramiento y soporte.

A Josep Benet por su incondicional ayuda y predisposición. A Jaume Martín por su entusiasmo y entrega .

A Mariona Subirana por su inacabable paciencia y estoica capacidad de colaboración y a todo el personal del Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB por su calurosa acogida y todo tipo de facilidades.

A mis compañeros de la Junta de Govern y a los ejecutivos del COMB por sus continuas enseñanzas y aportaciones.

A los Dres; Ramón Trías i Rubiés (†) y al Dr. Miquel Bruguera, ex presidentes del COMB, por su apuesta de la defensa del modelo catalán de responsabilidad profesional médica.

A la abogacía del SRP que participa diariamente en la defensa de los casos de reclamaciones contra los médicos.: Sr. Xavier Fusté de Nicolau (†) , Sr. Juan Miguel Dominguez, Sr. Julio Nuñez, Sr. Javier Molina, Sra. Marisa Maurel, Sr. Roger Bruguera, Sr. Umbert Saigí i Sra. Dolors Clos.

A los Dres; Prof. Armando Mansihla, secretario de la Sociedad Portuguesa de Angiología y Cirugía Vasculuar, (2010-2014), Dr. Jean Pierre Gobin; Presidente de la Societé Francaise du phlebologie (2010-2011), Prof. George Hamilton, President of Royal Vascular Society of Great Britain and Ireland (2011-2012) y al Prof. Gregorio Sicard; Honorary President of Society for Vascular Surgery desde 2007 (USA) por su orientación y ayuda para conocer la realidad de la responsabilidad profesional en sus respectivos países.

A mis compañeros de Hospital Plató por su paciencia y colaboración (Alex Garrido, Antoni Puig, Montse Salarich) y en especial a Samuel Mejía.

Quiero agradecer también a los Dres. Tomàs Alonso, Joan Pujol, Maria Àngels Salvador y Jordi Pujol por la confianza que tienen depositada en mí para dirigir el servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar de Hospital Plató.

## **IN MEMORIAM**

DR. JOSÉ MARIA CALLEJAS PÉREZ

El pasado mes de octubre fallecía tras ejercer de perito en un juicio en la ciudad de la Justicia la persona que ha sido más importantes en mi faceta profesional.

Fue primero el jefe de servicio en el Hospital Germans Trías i Pujol (HUGTiP), donde realicé la residencia de mi especialidad. Durante esa época fue para mí un generoso y brillante maestro. Sus cualidades humanas y su innato optimismo me enseñaron no sólo técnica y conocimiento, sino valores y actitudes ante pacientes , familiares y compañeros.

Después de mi etapa en HUGTiP siempre mantuve una estrecha relación profesional y personal de la cual atesoramos la organización conjunta de reuniones científicas, congresos y numerosos eventos. Su cercanía y humanidad así como su sentido del disfrute de la vida facilitó que nuestra relación evolucionara hasta la amistad de la que ahora disfrutábamos. Fue también implicado consejero y acudía a él antes de emprender todas mis decisiones profesionales importantes. Cuando le propuse colaborar en la co-dirección de esta tesis supe que le generó ilusión y reconocimiento.

Lamentablemente no ha podido seguir el trabajo ni celebrar su finalización, sin embargo yo siempre lo haré participe de esta tesis aunque sea en espíritu.

Siempre lo recordaré, descanse en paz.

## **INDICE**

### **1. AMBITO TEÓRICO**

#### **1.1 INTRODUCCIÓN A LA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**

1.1.1 Orígenes de la angiología y cirugía vascular.....15

1.1.2 La revolución reciente de la especialidad.....26

#### **1.2 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA**

1.2.1 Introducción a la responsabilidad profesional médica .....35

1.2.2 Defecto de praxis y práctica con riesgo de reclamación.....37

1.2.3. Niveles de responsabilidad sanitaria.....39

1.2.4. Tipos de responsabilidad médica

    1.2.4.1.Penal.....41

    1.2.4.2. Civil.....43

    1.2.4.3. Contencioso-administrativo.....46

    1.2.4.4. Responsabilidad colegial.....46

1.2.5. Elementos constitutivos de responsabilidad.....49

    1.2.5.1 Obligación pre-existente.....49

    1.2.5.2. Falta médica.....50

    1.2.5.3. Perjuicio ocasional.....50

    1.2.5.4. Causalidad.....51

1.2.6. La medicina defensiva.....53

1.2.7. La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional.....57

### **1.3 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN NUESTRO ENTORNO**

1.3.1 España .....61

1.3.2 Cataluña.....64

### **1.4 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR (ACV)**

1.4.1 España.....71

1.4.2 Ámbito internacional .....74

1.4.2.1. Portugal.....75

1.4.2.2. Francia.....76

1.4.2.3. Reino Unido.....78

1.4.2.4. Estados Unidos.....83

1.4.2.5. Australia.....93

## **2. AMBITO EMPÍRICO**

**2.1 JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS.....99**

**2.2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....102**

## **2.3 METODOLOGÍA**

2.3.1 Procedencia de la muestra .....	105
2.3.2 Muestra del estudio.....	108
2.3.3 Confección de la base de datos.....	110
2.3.4 Definición de variables.....	113
2.3.5 Análisis estadístico de los datos obtenidos.....	119

## **2.4 RESULTADOS**

2.4.1 Global de especialidades.....	121
2.4.2 Evolución de reclamaciones a lo largo del tiempo.....	123
2.4.3 Perfil de médicos implicados.....	124
2.4.4 Tipo de procedimiento reclamado.....	127
2.4.5 Ámbito asistencial.....	128
2.4.6 Motivo de reclamación.....	129
2.4.7 Clasificación de las demandas.....	130
2.4.8 Tipo de hospital y reclamaciones.....	132
2.4.9 Resultados en los subgrupos de patologías.....	135
2.4.9.1 a 2.4.9.13	
2.4.10 Reclamaciones y fallecimientos.....	169
2.4.11 Tipos de reclamación y vías de resolución.....	174

2.4.12 Indemnizaciones: Tipos y cuantías.....	181
2.4.13 Condenas.....	186
<b>2.5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>189</b>
<b>2.6 CONCLUSION.....</b>	<b>208</b>
<b>2.7 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>211</b>
<b><u>3. LISTADO DE FIGURAS.....</u></b>	<b>213</b>
<b><u>4. LISTADO DE TABLAS.....</u></b>	<b>214</b>
<b><u>5. BIBLIOGRAFIA.....</u></b>	<b>219</b>
<b><u>6. ABREVIATURAS.....</u></b>	<b>229</b>

# **1. AMBITO TEÓRICO**

## **1.1 INTRODUCCIÓN A LA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**

### 1.1.1 Orígenes de la angiología y cirugía vascular.

La especialidad de Angiología y cirugía vascular, es una disciplina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vasculares. La necesidad de especialización y de crear cada vez grupos más centrados en ámbitos más específicos hizo que esta especialidad se diferenciara en primer lugar de la práctica de la cirugía general y posteriormente de la cirugía cardíaca. Aunque esta situación es común en los países de nuestro entorno en otros sistemas sanitarios esta disciplina sigue integrada en la cirugía general.

La patología vascular es conocida desde la antigüedad existiendo datos directos e indirectos de su existencia al respecto, en pinturas, esculturas y restos arqueológicos. (Latorre, 1991)

Han existido hitos trascendentales en la historia de la cirugía vascular, en algunos de los cuales cirujanos españoles y catalanes tuvieron un papel destacado en la historia más reciente.

Existen hallazgos descritos de padecimiento de enfermedades vasculares en pueblos primitivos como los egipcios, mesopotámicos e indios. Marc Armand Ruffer (1858-1917), fundador de la Paleopatología, comprobó que las momias en el antiguo Egipto eran portadoras de lesiones arteriales, sobre todo placas de ateroma, descubriendo que la arteriosclerosis, estaba ya presente y bastante generalizada en dicha civilización. Se presume que la causa de la muerte de Ramsés II (1301-1234 A.J.), estaba relacionada

con una grave arteriosclerosis generalizada. Según consta en el Papiro de Smith (1550 A.J.) los médicos del antiguo Egipto hablaron por primera vez de la extensión de los latidos cardiacos a las extremidades, tomaron el pulso y posiblemente lo contaron.

En la antigua Grecia se atribuye a Hipócrates de Cos (460-377 A.J.), el tratamiento de las úlceras venosas con vendajes y aconsejaba trombosar las varices mediante la punción directa. De ésta práctica existe un relato de un guerrero griego que fue tratado mediante estas técnicas. Praxágoras de Cos (341 A.J.) es el responsable del nombre de vena cava. Herófilo estableció diferencias estructurales entre la pared arterial y venosa, y dio el nombre de "vena arteriosa" a la futura "arteria pulmonar. Rufus de Efeso describió la palpación del pulso y diferentes formas de tratar las hemorragias. En la antigua Roma existió un gran desarrollo de la escuela de cirujanos, algunos de los cuáles sólo realizarían operaciones vasculares, como ligaduras de vasos, amputaciones, flebotomías y cirugía de las varices. El cirujano más conocido de la antigüedad fue Antilo de Pérgamo (siglo II D.J.), y su prestigio se atribuye a su aportación al conocimiento y al tratamiento de los aneurismas. Según consta fue el primero en diferenciar los aneurismas verdaderos de los posttraumáticos o actualmente conocidos como pseudoaneurismas. Éste elaboró una técnica para tratarlos quirúrgicamente. Se trataba de aislar el aneurisma mediante el control proximal y distal mediante ligaduras, apertura del saco y extracción del contenido trombótico y posteriormente dejaba el saco abierto, intentando que se produjera una cicatrización espontánea. Es obvio que la mortalidad

era la norma, fuera por hemorragia durante la operación, por isquemia o por infección pero esta mecánica sigue siendo la base del tratamiento quirúrgico abierto actual. Podríamos considerar que Antilo fue el padre de la cirugía vascular .

Galeno fue el primero que definió y describió los aneurismas, distinguiendo además los falsos y tratando los aneurismas traumáticos, sobre todo, secundarios a traumatismos en la fosa cubital .

Durante los siglos XV y XVI, gracias al levantamiento de la prohibición de realizar disecciones en cadáveres, durante esta época se produjo un avance importante en el conocimiento de la anatomía y de la fisiología. Fue Miguel Servet y Reyes (1511-1553), al que podríamos considerar uno de los precursores de la Angiología, por su contribución al mejor entendimiento fisiológico de la circulación menor. También Andrea Vesalio (1514-1564), gran anatomista de la época, y su obra *De Humani Corporis Fabrica*, publicada en Basilea en 1543, prevalecerá durante mucho tiempo . En ella la Angiología está contemplada en el libro III. Vesalio fue el primero en describir un aneurisma de la aorta abdominal, y en 1542 empleó tallos de gramínea entre las arterias, lo que constituyó el primer intento de prótesis vascular. (Grangel, 1972)

Pero el sustantivo "circulación sanguínea " se le atribuye a Colombo (1511-1559). Sin embargo, la figura de cirujano más destacada de este periodo fue la de Ambrosio Paré (1510-1592). Paré rescató la técnica de la ligadura

de los vasos para el control de la hemorragia en las amputaciones en el año 1552.

En el terreno de la Angiología y fisiología debemos destacar los hallazgos de William Harvey (1578-1657) . Con su trabajo sentó las bases de la medicina moderna y de la fisiología experimental. También cabe destacar a Marcelo Malpighi (1628-1694), fundador de la anatomía microscópica y descubridor de los capilares pulmonares; Thomas Willis (1622-1675), quien describió el polígono que lleva su nombre; o Theodor Kerkring (1640-1693), descubridor de la Vassa Vassorum .

A Giovanni María Lancisi (1652-1720), se le atribuye la clasificación y distinción entre diferentes etiologías de aneurismas, introduciendo los conocidos como defectos congénitos. En su libro *De Mortu Cordis Aneurysmatibus* (1745), pone énfasis en la diferencia entre aneurismas "genuinos y espurios". Sostiene que las arterias deben debilitarse, previamente a sufrir una dilatación aneurismática; habla de que un defecto congénito puede ser la causa de la dilatación aneurismática. Alexander Monro, en 1733, describe las tres capas de las paredes arteriales y describe el proceso degenerativo de la formación de un aneurisma falso o uno verdadero

La primera reparación arterial directa o sutura sin comprometer el flujo se le atribuye a Hallowel, que el 15 de junio de 1759 reparó una arteria humeral lesionada durante una flebotomía. La primera reparación venosa o venorrafia se atribuyó a Nicasie en 1872. Los hermanos Hunter fueron las

figuras más destacadas del siglo que nos ocupa. William (1718-1783), hermano mayor de John, en 1756, presenta un trabajo titulado "Historia de los Aneurismas de la Aorta", con algunos comentarios sobre los aneurismas en general. Además, realizó la primera descripción del síndrome de vena cava superior en 1757, e importantes contribuciones sobre los falsos aneurismas. Por su parte, John (1728-1793) en diciembre de 1785, lleva a cabo la primera intervención en un aneurisma poplíteo, basándose en sus trabajos de la capacidad compensatoria de la circulación colateral, efectuando dos ligaduras sobre la arteria femoral superficial a nivel del canal subsartorial. Aunque el paciente falleció por una infección, su intervención fue exitosa y por ello la pierna de este paciente se encuentra expuesta en el museo del Royal College of Surgeons. Él fue el iniciador de la cirugía vascular moderna con una base experimental. Su técnica para el tratamiento de los aneurismas poplíteos ha sido realizada de forma sistemática por gran cantidad de cirujanos hasta las aportaciones de Rudolph Matas.

Otro personaje relevante fue Sir Astley Cooper (1768-1841), reconocido por haber realizado una ligadura de la carótida, de la iliaca externa e incluso de la bifurcación aórtica por aneurismas

El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1842), desarrolló el "torniquete", para facilitar la hemostasia durante el desarrollo de las amputaciones. Esta fue la primera gran técnica quirúrgica relacionada con la patología vascular. Otro cirujano militar francés fue Jean Dominique Larrey (1766-1842), famoso por mejorar los métodos quirúrgicos, concretamente la técnica de la

amputación y las ligaduras vasculares. Las limitaciones del momento contribuyeron a los pobres resultados de los pioneros de la reconstrucción vascular, ya que la sepsis fue el gran factor que favoreció la trombosis casi inevitable de la misma. Hubo que esperar al descubrimiento de la antisepsia por Lister en 1867, y sobre todo al descubrimiento de la heparina por MacLean, y la penicilina por Fleming, para que se dieran los pasos en firme en el campo de las reconstrucciones vasculares .

Debieron pasar muchos años, hasta fines del siglo XIX, cuando encontramos intentos sistemáticos de reparación de las heridas arteriales como los de Gluck en 1881, y la primera sutura efectuada por Jassinowsky en 1889, en la que este investigador evitaba penetrar la íntima arterial. Sucesivos progresos en las técnicas estuvieron en las manos de Burci en 1890, Murphy en 1897 y Dörfler, en 1899. Este último fue el primero que utilizó aguja y seda finas, demostrando que la penetración de la íntima no llevaba a la trombosis. Es interesante anotar que la primera anastomosis de dos vasos fue efectuada por el cirujano ruso de apellido Eck en 1879, y que esta fue el origen de las derivaciones portocavas desarrolladas posteriormente. Entre los años 1902 y 1906, el gran cirujano e investigador francés Alexis Carrel (1907), solo o asociado con Guthrie, es el verdadero pionero de la era moderna de la cirugía vascular en el mundo, sentando las bases de las modernas técnicas de sutura arterial, obteniendo en 1912 el premio nobel por sus aportaciones . En este contexto, debemos mencionar a Matas, quien describió la endoaneurismorrafia como tratamiento de los aneurismas en 1888. Un cirujano español, Goyanes en 1906, fue el primero en usar un

injerto venoso en la resección de un aneurisma poplíteo, también contribuyó en el perfeccionamiento de las suturas vasculares y describió como debía ser el material necesario para la reparación vascular. Un año más tarde, Lexer usó un injerto venoso libre tomado de safena para reparar la arteria axilar. Años más tarde, en 1913, Bauer, en Suecia, desobstruyó con éxito una oclusión arterial por embolia de la bifurcación aórtica. (Lexer, 1907) (Matas, 1940)

Lamentablemente la cirugía arterial directa tuvo que desarrollarse forzosamente debido a las lesiones que se produjeron durante los conflictos bélicos. Hasta la Primera guerra Mundial el procedimiento más comúnmente utilizada fue la ligadura vascular y la amputación. En el curso de la Segunda Guerra Mundial se repitió esta situación, lo que llevó a De Bakey y Simeone en 1944, a presentar 2471 heridas arteriales operadas por dichos autores, donde sólo pudieron efectuar 81 reparaciones de los vasos afectados. Sin embargo de aquella frustración se creó el impulso para el desarrollo de las técnicas de derivación sustitutivas que utilizarían materiales sintéticos o injertos autólogos extraídos del propio cuerpo. Es necesario esperar hasta el año 1973, en el que se publica el llamado Registro Vascular de Vietnam, coordinado por el Dr. Norman Rich y en el cual se sintetiza una enorme experiencia en cirugía arterial traumática, para conocer los resultados de las diferentes conductas quirúrgicas en esa materia. (Friedman, 2005) (Guijarro Escribano, 2003)

Un momento histórico importante en la evolución de la cirugía vascular lo constituye la introducción de los injertos vasculares no venosos. Novedoso resulta saber que Pirovano efectuó el primer injerto arterial homólogo en 1910 . Gross, en 1948, publica sus primeros casos de implantación de homoinjertos arteriales en aorta . Las dificultades de los homoinjertos llevaron pronto al uso de prótesis arteriales sintéticas. En 1952, Voorhees, Jaratski y Blakemore, reportaron por primera vez el uso de Vinyon-N, con buenos resultados . A partir de esta fecha se desarrolló rápidamente la utilización de otros materiales como el nylon, orlón, teflón y dacron. Pero todavía en base a la utilización de injertos homólogos, se asistió al más espectacular avance en cirugía aórtica en 1951, cuando Dubost reportó el primer caso de resección de un aneurisma aórtico abdominal, operado el 19 de marzo del mismo año .

Es interesante anotar que, previamente en 1950, Oudot efectuó la primera resección de la bifurcación aórtica trombosada, reemplazándola por un homoinjerto , inspirado en lo escrito por Leriche en 1923: "El tratamiento ideal de la trombosis de la aorta terminal debería consistir en la resección del segmento ocluido y el restablecimiento de la continuidad arterial con un injerto" . En lo que se refiere al desarrollo de otras técnicas de cirugía arterial, debemos mencionar la introducción de la trombo endarterectomía por Dos Santos (1947), en Portugal, siendo seguido inicialmente por escasos cirujanos: Wyzie, Barker y Cannon (1952), en Estados Unidos. J. Kunlin (1949), de París, fue el creador del concepto de la técnica del puente arterial (bypass) en 1948. El 3 de junio de ese año, él mismo efectuó un

punte fémoro poplíteo con un segmento de safena interna en un paciente con una isquemia invalidante, el que se recuperó en forma brillante. El principio y la técnica del puente arterial fueron rápidamente adoptados por los cirujanos en Francia y en el resto del mundo. En el campo de la cirugía aórtica más compleja, anotamos los intentos de reparación de aneurismas disecantes realizados por Gurin en 1935, y Shaw en 1955, falleciendo estos dos pacientes de insuficiencia renal. El primer resultado exitoso de esta cirugía fue comunicado por De Bakey en 1955, basándose en 6 casos . Ya en 1953, De Bakey y Cooley, habían dado cuenta de la resección con éxito de un aneurisma fusiforme de la aorta torácica, reemplazándolo por una prótesis plástica. Después de esta fecha, estos cirujanos comenzaron a publicar sus numerosos "primeros casos" en la literatura mundial: resección total de arco aórtico por aneurisma en 1955, resección de la totalidad de la aorta ascendente por aneurisma en 1956 y exéresis, más reemplazo por un homoinjerto de un segmento de la aorta torácica, y parte proximal de la aorta abdominal, por un aneurisma tóraco-abdominal. Es curioso considerar que los esfuerzos pioneros del Dr. De Bakey a partir de 1953 quedaron deslucidos, mirados en la perspectiva del tiempo, debido a que este cirujano no fue el primero que operó un aneurisma aórtico abdominal, ni el primero que usó prótesis arteriales, ni tampoco quien ideó o efectuó originalmente un puente arterial. Sin embargo, De Bakey y sus asociados contribuyeron, a través de sus enormes casuísticas, al desarrollo prodigioso de las técnicas en cirugía vascular y a su divulgación, a través del entrenamiento y visitas de cientos de cirujanos, al Fondren Foundation Hospital de la Universidad

Baylor, en Houston. Cannon aportó en 1955 la trombo endarteriectomía cerrada.

Seldinger, en 1956, aporta un revolucionario método de cateterismo vascular, que permite el cateterismo selectivo. Crawford, en 1959, comenzó a implantar parches para cerrar las arterias. Hall, en 1962, describe la técnica del bypass "in situ". Fogarty, en 1963, realiza una gran aportación a nivel vascular, utilizando la sonda balón que lleva su nombre como método ingenioso y revolucionario. Stradness, en 1964, empieza a utilizar el efecto Doppler como método diagnóstico, basado en estudios previos experimentales realizados por Franklin. Bill Gore, desarrolla en 1970 un tubo de politetrafluoroetileno (PTFE) como prótesis vascular. Dotter y Jenkins, en 1972, comienzan a emplear la angioplastia en la patología vascular. En el campo de la angiología contamos con una de las personalidades que más aportó en el conocimiento de la arteriosclerosis y sus efectos sobre el sistema arterial periférico. Fernando Martorell (1906-1984) fue el pionero en la fundación de la primera sociedad científica dedicada especialmente a la Angiología y cirugía vascular (1959). Creó la primera revista científica monográfica sobre la especialidad y consiguió que se reconociera la especialidad como tal en España en 1978. Sus aportaciones científicas han tenido el reconocimiento de diferentes acrónimos como las úlceras hipertensivas o de Martorell o el signo arteriográfico de Martorell relacionado con la aparición de la neovascularización en tirabuzón resultante de una obstrucción arterial subaguda. (Martorell, 1962)

Debemos especial reconocimiento al Dr. Eascott, de Londres, que fue pionero y promotor de la cirugía carotídea. Él realizó en 1954 efectuó la primera reconstrucción de la carótida interna en un paciente con ataques intermitentes de hemiplejía, usando anestesia general e hipotermia inducida . Este autor tiene, además, el mérito de haber estudiado a fondo la isquemia cerebral en relación con la carótida, y puesto en práctica la derivación interna durante la endarterectomía para asegurar la irrigación cerebral durante el procedimiento. De Bakey dio amplia difusión a la endarterectomía carotídea, dando lugar a una publicación, en 1965, en la que relatan una muy extensa experiencia que se inició en 1954. En el año 1965, Humphries, de la Cleveland Clinic, da cuenta de su experiencia en cirugía carotídea, alcanzando ésta un gran desarrollo en el ámbito de Estados Unidos . (Eascott, 1954)

### 1.1.2 La revolución reciente de la especialidad.

Probablemente la especialidad de la Angiología y cirugía vascular (ACV) ha sido una de las áreas de la cirugía donde se ha experimentado de forma más drástica una evolución hacia la "no cirugía" o mínima invasión. Nuestra realidad, a pesar de que existen siempre resistencias que suelen provenir de los estamentos más tradicionalistas o de profesionales de mentalidad más conservadora, es que la especialidad se ha transformado en los últimos 10 a 15 años. Se habla de una "La revolución endovascular" ya que hemos pasado de los abordajes quirúrgicos abiertos donde exponíamos las arterias y venas para manipularlas, coserlas, cortarlas, a la aproximación mediante punciones que introducen catéteres y sistemas que permiten trabajar a distancia utilizando la imagen radiológica o bien gracias a la imagen ecográfica. (Earnshaw, 1997)

El inicio de esta transformación tiene a Seldinger como protagonista cuando en 1953, describe un sistema de manipulación y abordaje vascular por vía percutánea. Fue el pionero que nos mostró de qué forma podríamos introducirnos en el interior de los vasos sin ser necesaria la apertura de la piel. En 1974, según la revisión de Latorre (1991) un cardiólogo alemán llamado Andreas Grünztzig desarrolló un catéter balón que utilizó para realizar la primera angioplastia coronaria. A partir de entonces estos dispositivos se han podido ir adaptando a los diámetros de cualquier vaso del organismo.

En 1980 Castañeda-Zuñiga demostraron que la acción de dilatación percutánea mediante balón de un vaso lleno de placa arteriosclerosa no sólo era factible sino que podía provocar una ruptura de las capas musculares de la arteria sin que ello comprometiera la permeabilidad del vaso. Como natural evolución de aquellos hallazgos, el argentino Julio Palmaz en 1988 diseñó un sistema que permitía proteger el interior del vaso una vez realizada esa dilatación. Se trataba del primer dispositivo de liberación con balón de angioplastia que adquiriría el nombre de "stent". Poco después otro cirujano vascular argentino amigo de Palmaz, Juan Parodi publicó un caso de tratamiento de un aneurisma de aorta mediante un sistema de stent cubierto de un tejido impermeable por vía femoral, sin ser necesaria la apertura del abdomen. Esta prótesis era liberada en la aorta forrando interiormente la porción dilatada y se adaptaba al interior del vaso hasta contactar con la pared arterial en zona sana. Todo ello sin requerir suturas. Este implante se realizó el 7 de septiembre de 1990 y recibió el nombre de Endoprótesis. Aunque éste caso no fue el primero ya que el ruso Nicholay Volodos en 1987 había realizado uno y previamente en 1984 había reparado ya un aneurisma de arteria ilíaca con la implantación de un stent recubierto. En cualquier caso, a partir de los años 90 y simultáneamente en todo el mundo ha habido un creciente interés por los procedimientos endovasculares y ello ha motivado un interés de la industria médico-tecnológica en desarrollar sistemas y dispositivos cada vez más sofisticados. Durante la década de los 90 se ha vivido una profunda transformación en la forma de tratar y abordar la patología arterial. Ello ha conllevado no sólo

enfrentamientos entre los propios colegas de especialidad sino que ha generado una competencia y confrontación con los radiólogos. Ésta situación ha sido en parte facilitada por los propios cirujanos vasculares ya que durante unos años, con el desarrollo de las técnicas vasculares abiertas durante los años 70 a 90, se dejaron un poco al margen las técnicas diagnósticas radiológicas. En el momento que se desarrollaron dispositivos y tecnología que partiendo de los estudios de imagen se podían convertir en procedimientos terapéuticos, los cirujanos vasculares vieron la posibilidad de perder competitividad y experiencia en estas nuevas técnicas. Esta amenaza y el hecho que el paciente vascular acude a la consulta del angiólogo y cirujano vascular convenció al colectivo de liderar esta revolución.

Como ya se ha mencionado uno de los resultados de esta transformación ha sido la creación de una industria medico tecnológica que mueve miles de millones de euros. También el campo de la cardiología y de la cirugía cardíaca se ha visto envuelta en esa vorágine. Hasta principios de los noventa se sentaron las bases de la técnica básica de manipulación endovascular. Pero ha sido en la primera década del siglo actual donde las aportaciones tecnológicas y la sofisticación de los dispositivos han invadido el mercado y el arsenal terapéutico vascular. Sistemas de recanalización de arterias totalmente obstruidas basadas en láser, micro-rotores , sistemas de aspirado por efecto Venturi, radiofrecuencia, catéteres con sistemas híbridos de reapertura o reentrada en los vasos etc. Prótesis diseñadas a medida con materiales cada vez más flexibles pero más resistentes al desgaste, balones

impregnados en drogas con capacidad anti proliferativa y mucha más variedad de sistemas que permiten tratar cada vez más un mayor porcentaje de lesiones y por tanto a más pacientes.

Actualmente la mayoría de las enfermedades cardiovasculares sea en la topografía que sea tienen dispositivos endovasculares diseñados y adaptados a sus necesidades. Si bien la cirugía convencional no ha desaparecido y aún presenta un papel importante y, en ocasiones, imprescindible, existe una inquietud basada en la preocupación de cómo se va a afrontar la formación de los nuevos especialistas. Hoy ya sabemos que muchos residentes no pueden adquirir habilidades quirúrgicas convencionales porque la tendencia generalizada es la de indicar técnicas cada vez menos agresivas.

Sin duda esta situación marca un cambio de paradigma en el abordaje de la patología vascular y aunque deberíamos gestionar el cambio no dejándonos llevar por la presión de la industria, la atracción por la adquisición y utilización de las nuevas técnicas hacen imparable la transformación. (Moore, 2013)

Paralelamente se ha experimentado un fenómeno similar en el campo del tratamiento de la patología venosa. Aunque el descubrimiento del Doppler y sus aplicaciones a la medicina es algo que data de mediados del siglo XIX, las aplicaciones a la medicina y concretamente al estudio de la fisiopatología vascular lo debemos a Eugene Strandness que en 1967 publicó un artículo donde recogía sus principales utilidades. Dando un salto en el tiempo y

enlazando este descubrimiento con el punto de inflexión que se vivió en el campo de la flebología debemos hablar de Claude Francheschi. Este autor publicó en forma de manuscrito un tratado de hemodinámica basado en la utilización del Ecodoppler que recogía una estrategia de tratamiento de las varices que revolucionó la visión clásica de esta enfermedad. Aún ahora sus aseveraciones son objeto de discusión pero lo que consiguió fue activar el interés por el estudio hemodinámico y incentivó a los flebólogos y cirujanos vasculares a realizar sus propias exploraciones con sus ecógrafos. (Francheschi, 1988)

La visión y estrategia de tratamiento clásicos se basaban en la eliminación sistemática de las fuentes de reflujo y de todos sus conductos (venas) afectados. El tratamiento clásico de eliminación de las varices es un procedimiento con más de 100 años de experiencia. Fueron Mayo y después Babcock a principios de 1900 que establecieron esta práctica que no ha sufrido cambios hasta principios del siglo XXI.

Por un lado Francheschi empezó a abogar por la conservación del capital venoso manteniendo como objetivo primordial no realizar una eliminación de la vena safena interna. Esta estrategia se basaba en la capacidad del sistema venoso superficial a redirigir o drenar el flujo venoso, aunque refluente, al sistema venoso profundo a través del sistema perforante.

Siguiendo los mismos preceptos de la cirugía clásica establecidos por los clásicos cirujanos aparecieron a principios de los 90 nuevos tratamientos que pretendían eliminar las varices mediante sistemas no invasivos o no

quirúrgicos. El primero fue Boné que presentó en Bremen en 1993 por primera vez la aplicación de una fuente de calor (láser endovenoso) sobre la vena safena interna provocando su obliteración sin ser necesario su abordaje quirúrgico. Este tratamiento revolucionario a pesar de ser inventado por un español fue el americano Min quién lo dio a conocer a través de la literatura científica internacional. (Min, 2000).

Han sido necesarios cientos de artículos para que este procedimiento sea aceptado como equivalente, aunque menos agresivo, que la safenectomía convencional. Poco después Cabrera, a primeros de los años 90 revolucionó la comunidad científica con la publicación de unos sorprendentes resultados utilizando un producto esclerosante denominado "microespuma". Aunque la escleroterapia aplicada a la flebología es el procedimiento más antiguo que se conoce, las aportaciones de Cabrera demostraron que era posible realizar tratamientos efectivos sobre cualquier tipo de varices sin ser necesaria ninguna intervención quirúrgica y por tanto ofreciendo un tratamiento realizable en cualquier consulta. (Cabrera, 1995) Poco después otros autores empezaron a publicar los primeros resultados de la utilización de técnicas endovenosas con el sistema de radiofrecuencia VNUS Closure Plus© o endolaser. También conviene recordar a Tessari por ser quién consiguió popularizar la utilización de los esclerosantes en espuma. Lorenzo Tessari mostró a la comunidad científica un sistema de fabricación de una espuma esclerosante de forma barata y sencilla. (Weiss, 2001) (Tessari, 2001)

Han habido en los últimos años nuevas aportaciones y dispositivos que han pretendido facilitar y simplificar el tratamiento de las varices pero siempre con un denominador común: la reducción o minimización de la agresividad para evitar el dolor post-tratamiento o para reducir las cicatrices. Dentro de esas novedades podemos destacar el sistema de eliminación venosa ideado por Milleret en 2009 mediante vapor de agua. También recientemente se ha presentado un sistema de eliminación venosa que utiliza un catéter giratorio que inyecta un líquido esclerosante llamado Clariveín ©. (Milleret, 2013)  
(Elias, 2012)

Todas estas novedades están aún compitiendo con lo que se ha considerado hasta el momento como "Gold estándar" representado por la técnica clásica de extracción quirúrgica de la safena y de las ramas dilatadas tributarias. Hoy podemos afirmar que la evidencia científica muestra que las técnicas de tratamiento endovenoso de las varices son , al menos , tan efectivas como la safenectomía, si bien estas técnicas modernas aportan ventajas en cuanto al dolor postoperatorio y a la reincorporación a las actividades laborales y cotidianas. (Graig Nesbitt,2012)

Conviene tener en cuenta que la ACV agrupa también un tipo de disfunciones o anomalías que están en un campo de medicina más estética que no disfuncional. Ello tiene un especial interés en la tesis que nos ocupa ya que como veremos más adelante es frecuente que en situaciones banales que no suponen ni riesgo para el paciente ni conllevan síntomas o trastornos importantes pueden llegar a generar problemas al profesional. Dentro de este conjunto de "patologías" incluimos a aquellas venas o

capilares dilatados superficiales que pueden formar grandes y antiestéticas manchas. Para eliminar este tipo de anomalías se han desarrollado diferentes sistemas que se han basado en la coagulación percutánea mediante calor a través de luz pulsada (láser) o electricidad. También las técnicas de escleroterapia han tenido un papel importante en la eliminación de éstas, siendo probablemente la mejor opción mientras sea factible la canalización venosa. Este procedimiento ha suscitado mucha controversia ya que supone una terapéutica que cada vez ha ido aumentando sus aplicaciones. Ello ha conllevado consecuentemente la necesidad de crear consensos de actuación y guías clínicas específicas. (Breu,2008)

Este conjunto de anomalías con un alto componente de alteración cosmética o estética lo podríamos incluir en un tipo de medicina conocida como "satisfactiva". Este nuevo concepto supone aquel tipo de medicina cuyo objetivo primordial no es tratar un enfermo sino una persona cuya autoestima pueda estar afectada por motivos puramente estéticos. En este grupo incluimos la mayoría de procedimientos de cirugía estéticas (aumento de mamas. Rinoplastias, mamoplastias, liposucciones etc.). (Carrasco, 2001)

Conviene finalizar este primer capítulo introductorio recordando que nuestra especialidad agrupa una gran variedad de enfermedades y que cada una de ellas tiene actualmente diversas posibilidades de tratamiento. Cabe destacar, como se ha intentado resumir, que la ACV ha experimentado tanto en el campo de la patología arterial como venosa un profundo cambio y transformación. Las aportaciones de la ingeniería médica han contribuido

a crear un escenario donde la cirugía clásica ha perdido su hegemonía y ello está arrastrando a profesionales y a pacientes hacia una medicina muy exigente no sólo en resultados sino en medios.

Es un hecho que los avances tecnológicos motivados por el interés en la reducción de la agresividad quirúrgica va unido a la presión de la industria tecnológico-médica. Es importante que ante ese posible conflicto de intereses nos obliguemos a tomar decisiones prudentes basándonos en los documentos de las agencias de evaluación tecnológica o los trabajos de revisión o guías de instituciones imparciales. Organizaciones como la Librería Cochrane, la inglesa National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) o la americana Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), pretenden aglutinar las mejores evidencias en diferentes campos con el objetivo de facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica. En ámbitos más relacionados con nuestra especialidad existen guías como la TASC , TASC II o sucesivas revisiones que pretenden reducir la variabilidad clínica y intentando mejorar los resultados de los tratamientos en continua evolución. (Norgren,2007)

La información que se puede extraer del estudio de las denuncias que se generan en una determinada especialidad pueden ser de gran utilidad ya que también puede aportarnos más elementos de decisión. (Gómez-Durán, 2013a) (Bruguera, 2012a)

## **1.2 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA**

### 1.2.1 Introducción a la responsabilidad profesional médica.

En los últimos años, las demandas contra médicos por presuntos errores, imprudencias, negligencia o por daños en una actuación médica están experimentando un aumento en España que, sin llegar a los niveles de algunos países anglosajones, están provocando un aumento de la sensibilidad sobre la profesión médica. La práctica médica actual sufre un proceso continuo de sofisticación y de especialización conllevando unos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con riesgo que, unidos a una serie de factores como una sociedad del bienestar, experimenta cambios tecnológicos y científicos rápidos e intensos, se fomenta la creencia de que cuanto mayor es el alcance técnico de la medicina, mejores resultados se producen. Hasta hace pocos años, los médicos ejercían un rol tradicionalmente paternalista y era excepcional que se cuestionaran su prestigio y autoridad. (Arimany-Manso, 1994 y 2007). Sin embargo, actualmente los médicos ejercemos en entornos con abundante carga de trabajo y con obligaciones administrativas que nos limitan el tiempo dedicado al pacientes que, además, demanda más atención e información. Hoy el paciente debe estar y está mejor formado e informado y por consiguiente como resultado está dotado de mayor autonomía y capacidad de decisión (consentimiento informado) Ley 21/2000 (DOGC 3303). (BOE 274 de 15/11/2002), (Gisbert,2004). (Quaderns de la bona praxi, 2008)

Aún así la correcta relación medico-paciente sigue basándose en la mutua confianza. Sin embargo existen actualmente fenómenos de desentendimiento y conflictos que pueden acabar llegando a la agresión.

Desgraciadamente son de plena actualidad los incidentes de violencia contra los médicos en su lugar de trabajo o la presencia médica en los medios de comunicación no siempre difundiendo la mejor imagen de la profesión. Hechos que han motivado iniciativas de convenios entre fuerzas de seguridad y los colegios médicos , siendo el COMB uno de los pioneros. (Gomez-Durán, 2012b). (Quaderns Bona Praxi, 2004)

El Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) contabilizó 89 casos de reclamaciones en el año 1986 mientras que en el 2005 sumó 301 reclamaciones. Esta cifra demuestra el aumento progresivo que se viene produciendo en el número de reclamaciones en los últimos años. Paralelamente, el análisis de estos datos constata una mayor tendencia a resolver los conflictos de RPM por la vía extrajudicial. A la vez, permiten afirmar que estas reclamaciones se convierten en un instrumento eficaz para evitar un posterior proceso judicial.

### 1.2.2 Defecto de praxis y práctica con riesgo de reclamación.

Conviene iniciar este capítulo clarificando a qué nos referimos cuando hablamos de responsabilidad profesional médica (RPM). Etimológicamente, la palabra "malpraxis" significa mala práctica (malpractice). Es decir, cuando el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* y que la doctrina anglosajona denomina *standard of care*, como sinónimo de técnica correcta. La *lex artis ad hoc* constituye el criterio para valorar la corrección del acto médico concreto, ejecutado por el médico. Hoy en día, los juristas definen una intervención médica como correcta si está médicamente indicada, si se ha realizado de acuerdo a la *lex artis* y si se ha informado correcta y específicamente al paciente, información que formaliza mediante documento de consentimiento informado (DCI). (Álvarez Caperochipi,2012) (Corbella,1991)

Al médico, en el ejercicio de su profesión, puede exigírsele responsabilidad de distinta naturaleza, entendiendo por RPM la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores, voluntarios e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. Es obligación de la medicina y no del derecho definir en cada momento los criterios científicos generales de actuación de "buenas prácticas".

El incremento de demandas en el ámbito médico condiciona a los facultativos a una actuación en la práctica profesional más segura y puede conllevar a solicitar pruebas y procedimientos diagnósticos adicionales que entrarían en la práctica de la denominada "medicina defensiva". Este tipo de

asistencia –además de poder generar situaciones de insatisfacción profesional en los médicos— comporta un incremento del gasto sanitario, mayor riesgo para el paciente y contribuye a aumentar las listas de espera. Tancredi se refería en la revista *Science* a la Medicina Defensiva como el ejemplo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica. (McQuade, 1991), (Tancredi, 1978), (Arimany,1994), (Arimany-Manso,2004), (González-Hermoso, 2001)

Conviene identificar que existe un tipo de práctica que puede entrañar riesgo de reclamación.

Siguiendo a Corbella, desde un punto de vista general, es posible clasificar los hechos más frecuentes que pueden derivar en una reclamación por presunta defecto de praxis: (Corbella, 1995)

1. Problemas derivados de la falta de asistencia o de insuficiencia de ésta, más que errores concretos.
2. En los casos que se realiza una actuación correcta y a pesar de ello existe un resultado negativo, lo que se denomina defecto de praxis aparente.
3. Defecto de praxis real, en los casos que exista un resultado negativo porque las actuaciones médicas no han sido las correctas.
4. Los resultados son malos debido a un alto riesgo conocido y previsible, y que ha tenido que afrontarse a pesar del peligro porque la situación del enfermo lo aconsejaba. Se conoce como la doctrina del riesgo conocido.

### 1.2.3 Niveles de responsabilidad sanitaria

La responsabilidad sanitaria puede afectar a 3 niveles:

1. Del médico: la relación médico/paciente se ha ampliado al trabajo en equipo de los médicos en el contexto de una relación guiada por la autonomía del paciente. Frecuentemente aparece la familia como elemento protagonista y conviene también tenerlo en cuenta. Estamos experimentando últimamente una evidencia de que el paciente tiene una mayor capacidad de decisión (consentimiento informado) respecto al procedimiento médico. También parece indudable que cuanto mayor nivel tecnológico mayor decepción cuando se presentan resultados desfavorables. Aún más cuando el paciente conoce mejor sus derechos y reclama que se cumplan y son las propias instituciones sanitarias las promovedoras de que el paciente denuncia y comente sus quejas o reclamaciones aunque sin interés del perjuicio propio sino como esfuerzo de transparencia . Hoy el acceso a contenidos médicos o científicos – especialmente, a través de la red de Internet -, pueden crear en el paciente y sus familiares confusiones y malas interpretaciones, que pueden animar ante un resultado insatisfactorio a solicitar una indemnización. Este fenómeno ya fue ampliamente debatido por instituciones sanitarias con el objeto de regular y orientar sobre su utilidad y correcto enfoque. (Fernández, 2010) (Moya Garrido, 2009).
2. Responsabilidad de las instituciones sanitarias (hospitales, clínicas, centros de atención primaria y áreas de salud) en cuanto al principio de organización clínica, jerarquía y coordinación, que son imprescindibles en

cualquier equipo sanitario. Es un hecho incuestionable la importancia de la coordinación asistencial entre los equipos médicos y de enfermería para la ejecución del trabajo en equipo, por ello –en la práctica asistencial– la responsabilidad sanitaria se debe compartir entre el profesional sanitario y la institución y/o administración. Cuando un enfermo es atendido en un centro sanitario, ya sea público o privado, puede existir una vinculación de responsabilidad del médico y la institución.

3. La responsabilidad de las administraciones que son las encargadas de la planificación correcta de la asistencia médico sanitaria y están, además, obligadas a proveerla sin riesgo. No podemos olvidar el precepto constitucional como es el derecho de la protección de la salud. (Corbella, 1985), (Couceiro, 2006).

#### 1.2.4 Tipos de responsabilidad médica

Los actos derivados del ejercicio profesional del médico pueden dar lugar a distintos tipos de responsabilidad en función del ámbito en que se produzca. Así, podemos distinguir una responsabilidad penal, civil, contencioso-administrativa y, finalmente una ético-deontológico y colegial.

##### 1.2.4.1 Responsabilidad Penal

El facultativo puede ser penalmente responsable de sus actos cuando el hecho incriminado constituye una infracción voluntaria (dolo), imprudente o negligente (culpa), tipificada como falta o delito en el Código Penal. Siguiendo a Romeo Casabona, la responsabilidad penal comprende las acciones u omisiones voluntarias tipificadas como delitos o faltas en el Código Penal. El derecho penal vigente distingue claramente dos tipos de conductas: las voluntarias o dolosas, y las imprudentes (art. 10 del Código Penal: "son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley"). (BOE, 1995)

El médico puede verse imputado en un proceso penal en varias circunstancias: Ha de distinguirse el delito propio (exclusivo del médico), por ejemplo, la firma de un certificado falso de enfermedad (artículo 397 del Código Civil) y los delitos ordinarios, que pueden agravarse por la condición de médico del autor, por ejemplo, omisión de deber de socorro (se castiga al médico que, estando obligado a ello, deniegue asistencia o abandone los servicios sanitarios y, como consecuencia, se derivase un grave riesgo para la salud de las personas), divulgación de secreto profesional, actos

relacionados con el tráfico de drogas tóxicas, estupefaciente o medicamentos psicotrópicas.

Pueden darse otras circunstancias de responsabilidad médica por infracción dolosa de preceptos legales, como la inducción, cooperación o consumación de la inducción al suicidio, la eutanasia activa, el aborto sin consentimiento o con consentimiento fuera de los casos permitidos por la ley, lesiones al feto, alterar el genotipo por manipulación genética con fines distintos de la eliminación o disminución de taras, la producción de armas biológicas, la reproducción asistida en una mujer sin su consentimiento, exposición dolosa a radiaciones ionizantes y el delito o falta de intrusismo.

Lo más común en responsabilidad penal de un médico se corresponden con conductas penadas por imprudencia profesional: éstas el código penal las clasifica en imprudencias de dos tipos:

1) La imprudencia grave subdividida en:

a) Imprudencia grave constitutiva de delito (homicidio, aborto, lesiones, lesiones al feto, manipulación genética, sustitución de un niño por otro, exposición a radiaciones ionizantes)

b) Imprudencia grave constitutiva de falta de lesiones.

2) La imprudencia leve con resultado de muerte o lesiones constitutiva de falta. Conviene resaltar que la condena al médico por delito de imprudencia profesional, además de la pena privativa de libertad, comporta la pena de inhabilitación profesional para el ejercicio profesional que puede ser de hasta 8 años.

#### 1.2.4.2 Responsabilidad Civil

El Derecho Civil regula las relaciones de las personas con los demás. Dentro de este contexto de relaciones interpersonales en el que la actividad médica también se halla inmersa, surge la responsabilidad médica de tipo civil. (Jiménez, 1993). Esta responsabilidad médica civil consiste en la obligación del médico en reparar el daño o perjuicio causado en el ejercicio profesional. La responsabilidad civil nace de la ley, de los contratos y de los actos y omisiones ilícitos o en los que intervenga la culpa o negligencia (artículo 1089 del Código Civil). Comprende la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios. Se sustenta en los preceptos de los Códigos Civil y Penal y cabe distinguir tres tipos:

1. Responsabilidad civil contractual: la RC del médico es intrínsecamente contractual a través de la relación entre el médico y el paciente. En ocasiones pueden existir relaciones multilaterales, con la intervención de centros sanitarios, o una Administración Pública prestacional. Es un contrato bilateral, consensuado, es decir, con consentimiento previo de las partes intervinientes y condicionado por la capacidad civil. Es, además, oneroso, continuado, informal o tácito (no escrito) y principalmente es un contrato de medios (el Tribunal Supremo lo califica de contrato de arrendamiento de servicios) no de resultados, salvo en algunas situaciones de ejercicio médico que el propio Tribunal Supremo denomina satisfactiva como la cirugía plástica, la odontología y los procedimientos de esterilización. En algunas formas de prestación de

servicios públicos, el contrato puede formalizarse antes o después de realizarse la actividad médica.

2. Responsabilidad civil extracontractual: nace del daño causado a otro por acción u omisión interviniendo culpa o negligencia (artículo 1902 del Código Civil). Ésta ha sido una doctrina tradicional en nuestro ordenamiento jurídico civil y en la mayoría de países europeos: responsabilidad basada en la culpa. Se responde cuando hay voluntad de causar daño o negligencia. En últimos 20 años, la Sala 1ª (Civil) del Tribunal Supremo ha introducido la llamada "responsabilidad objetiva" y que supone la reparación a la víctima del perjuicio o daño por el hecho de haberlo sufrido, sin precisar la existencia de culpa o no por el agente causal. Eran más frecuentes en casos de infecciones derivadas de transfusiones hemáticas, errores de dispositivos de implantes o instrumental quirúrgico. La tendencia actual según Carrasco (2004), mantiene la postura de considerar que no existe responsabilidad sanitaria si no se da la culpa médica.
3. Responsabilidad civil de origen penal: va unida a una sanción de tipo penal y se corresponde a los daños derivados de un hecho tipificado como delito o falta. Se establece para las personas responsables criminalmente. También, para la responsabilidad civil de las Administraciones Públicas sobre los daños causados por los contratados de la misma o funcionarios penalmente responsables de delitos dolosos o culposos cometidos en el ejercicio de sus cargos.

Pueden darse causas de exclusión de la culpabilidad: cuando se produzca el daño de forma fortuita o por fuerza mayor, por culpa del paciente o por un tercero. En estos dos últimos casos, pueden aparecer culpas concurrentes si se demuestra que el daño fue debido al error médico y la participación del paciente y/o un tercero.

En materia de responsabilidad civil, es necesario que el demandante demuestre con pruebas el daño. Es decir, quien reclama debe probar los hechos que le han causado el perjuicio o daño. A pesar de esto, en ocasiones, será el médico quien acredite haber actuado conforme la *lex artis* y por ello, la inexistencia de culpa, invirtiéndose entonces la carga de la prueba. Esta última situación suele ocurrir en los llamados supuestos en los que prima el resultado sobre los medios, debiendo en estos casos ser el consentimiento informado amplio y exhaustivo (cirugía estética, "medicina voluntaria o cirugía satisfactiva", análisis clínicos, o en aquellas situaciones en que se pacte con el paciente la obligación de un resultado). También, suele invertirse la carga de la prueba cuando se aplica la teoría del riesgo o de la responsabilidad objetiva. Entonces, en estos casos, es el médico quién deberá probar que obró con diligencia.

Las actuaciones médicas que acumulan un mayor número de demandas son: la denegación de asistencia o insuficiencia de ésta, la falta de consentimiento o la insuficiencia de éste, los errores diagnósticos o de tratamiento, la falta de seguimiento, la violación del secreto profesional, y la falta de información. En este último caso, es destacable que –incluso con la existencia de buena práctica asistencial– la Sala Civil del Tribunal

Supremo ha condenado a indemnizar la falta de información del riesgo previsible.

#### 1.2.4.3 Responsabilidad contencioso-administrativa

Debemos destacar el incremento de las demandas en la jurisdicción contencioso-administrativa a partir de la reforma legislativa de la Ley Orgánica del Poder Judicial (Ley Orgánica 6/1998), la Ley 4/99 de modificación de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de la Ley reguladora de la Jurisdicción contencioso-administrativa (Ley 29/1998, de 13 de julio). (Gomáriz,2001)

Se trata de una vía de reclamación de daños o perjuicios por presunta atención sanitaria deficiente contra la administración sanitaria o centros contratados o concertados. Cabe la posibilidad de demandar al médico de un centro público o concertado con la Administración.

A diferencia de los procedimientos de responsabilidad profesional por la jurisdicción penal o civil en que se ha de probar que ha existido falta médica, en la vía contencioso-administrativa según Rodríguez-Álvarez (2003), será suficiente que se demuestre la existencia de daño y que exista una relación causal entre la atención sanitaria y el perjuicio.

#### 1.2.4.4 Responsabilidad Colegial

Los Códigos de Deontología son promulgados por los colegios profesionales y obligan a todos los médicos en su actividad profesional en relación con los enfermos, con la sociedad y con los otros profesionales de la salud y entre los mismos médicos.

De acuerdo con sus Estatutos, el Col·legi de Metges de Barcelona asume en su ámbito territorial, todas las competencias que la legislación vigente le otorga, e, independientemente de éstas, la autoridad que de una manera expresa le delegue la Administración para el cumplimiento de las funciones que le son asignadas en estos Estatutos, en todo aquello que afecte la salud pública, la ordenación del ejercicio de la Medicina y la conservación de sus valores éticos. El art. 49 sobre la denegación de colegiación y recursos establece, entre otros supuestos, la inhabilitación para el ejercicio profesional ante la condena por sentencia firme de los Tribunales. El art. 55 de prohibiciones, además de las expresadas en los propios estatutos, determina que las normas de deontología, recogidas en el Código de deontología 2005, son de riguroso cumplimiento para los médicos.

Según Medallo (1997), la forma en la que se puede solicitar responsabilidades en los diferentes ámbitos puede generar diferentes procedimientos judiciales y ante un supuesto defecto de praxis médica, será distinto según la jurisdicción donde se presente la reclamación de la responsabilidad. El procedimiento penal regulado por la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr) se inicia, mediante una denuncia o una querrela al ponerse en conocimiento de la autoridad judicial el supuesto defecto de praxis médica en un Juzgado de Instrucción. (Ley 1/2000, BOE nº 7). La investigación se realizará en el mismo Juzgado de Instrucción, mientras que la fase plenaria u oral se llevará a término en un Juzgado de lo Penal o en la Audiencia Provincial. El procedimiento civil se encuentra regulado por la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). (Real Decreto 1882)

Cualquier persona que se sienta perjudicada puede reclamar una indemnización por daños y perjuicios presentando una demanda ante un Juzgado de Primera Instancia, dónde se celebrará el juicio tras presentación de las pruebas. Corresponderá a la Audiencia Provincial resolver los posibles recursos de las sentencias dictadas en los Juzgados de Primera Instancia. En casos extraordinarios se producirán recursos de casación ante la Sala Penal o Civil del Tribunal Supremo, según la jurisdicción que se trate. En la jurisdicción contencioso-administrativa las demandas se presentan ante los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo con sede en capitales de Provincia o ante la Sala Contencioso-Administrativa de la Audiencia Nacional según el alcance territorial de la Administración contra la que se reclama.

### 1.2.5 Elementos constitutivos de la responsabilidad médica

Debemos recordar que en la doctrina constante del Tribunal Supremo, en que la obligación contractual o extracontractual del médico no es la de obtener en todo caso la curación del enfermo si no una obligación de medios. Es decir, no es la suya una obligación de resultados. El profesional sanitario está obligado a proporcionar al enfermo todos los cuidados que requiera su estado, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de relación o nexo de causalidad y la culpa.

Sin embargo, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha ido evolucionando en el sentido de aplicar criterios cuasi objetivos de atribución de responsabilidad. Por un lado, con base a la facilidad probatoria, sobre todo en lo que atañe a los centros sanitarios. Por otro lado, con base a la doctrina angloamericana y alemana según la cual ante un resultado dañoso desproporcionado se evalúa la utilización de medios y la experiencia. En ese caso se produce una presunción de culpa del facultativo .

Si se trata de responsabilidad penal como de responsabilidad civil, para que pueda hablarse de responsabilidad médica deben concurrir ciertos requisitos, que deberán ser demostrados en las causas de esta naturaleza:

#### a) obligación preexistente

Es el elemento fundamental de la responsabilidad médica; consistiría en la omisión de la prestación de los servicios o atenciones médicas origen del daño.

## b) falta médica

Debe entenderse como imprudencia, la falta de atención o la inobservancia de las reglas del arte y la técnica de cura, definida por los juristas como "incumplimiento de la *lex artis*" o, lo que es lo mismo, falta de adecuación del ejercicio médico, en un determinado momento, a lo que es la norma según el estado de los conocimientos de la ciencia médica.

En estos casos hablamos de una conducta imprudente, que por su naturaleza y en función del resultado, justificará la calificación de imprudencia. En estas circunstancias la prueba pericial médica será clave para valorar el caso .

Para clarificar la información, el perito debe realizar un estudio detallado del caso a partir de todos los documentos disponibles, destacando entre ellos la historia clínica como elemento clave de valoración de la praxis clínica.

## c) perjuicio ocasionado

Para hablar de responsabilidad de un facultativo es necesario que la falta cometida haya ocasionado un daños o perjuicio, objetivables en el paciente o a otra persona.

Estos perjuicios pueden sufrirlos también:

1. *El propio enfermo*. Es el caso más corriente. Los perjuicios pueden ser:

a) *Somáticos*: complicaciones, agravación de una patología leve e, incluso, *exitus* del paciente.

b) *Pecuniarios*: gastos, a veces onerosos, como resultado de la prolongación de la enfermedad, obligando a consultar a especialistas, etc.

c) *Morales*: de variada índole.

2. *Los deudos del enfermo*. En este caso los perjuicios son exclusivamente de orden moral y económico. Tal sucede con la muerte del enfermo (pérdida del ser querido, que es, además, el sostén de la familia).

3. *Un tercero*. También se trata de los daños morales y pecuniarios.

En lo que se refiere al perjuicio ocasionado, la redacción dada actualmente en el Código penal es muy clara, especificando éste tanto en cada uno de los delitos imprudentes como en las faltas que contemplan los resultados de muerte y lesiones.

d) relación causalidad.

Es fundamental que exista una relación de nexo causal entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado. Cuando se demuestra que existe una relación de nexo causal, existirá RPM. Los peritajes médicos son fundamentales para esclarecer este tipo de nexo o si se trata del azar .

En muchas ocasiones ofrece extraordinarias dificultades para establecerla y valorarla, por lo que es motivo del dictamen pericial médico-legal, al que se dará un gran valor dada su trascendencia.

Una de las mayores dificultades que se manifiestan en un proceso radica en la pluralidad de las causas. Es común que en un proceso concurren diferentes concausas, cada una con un papel más o menos trascendental en el desencadenamiento del daño, es decir, constituyen en conjunto una realidad necesaria para la producción del evento dañoso, pero de forma aislada cada una de ellas no es suficiente para condicionar tal efecto sin la intervención de las otras.

Debemos reconocer que la Medicina no está, a menudo, en condiciones de satisfacer, en términos claros, la exigencias de la justicia, por lo que debe avalarse el criterio de la probabilidad, lo que puede suponer un riesgo si no está aplicado con el máximo rigor metodológico. Si esta circunstancia no se da puede ser fuente de errores judiciales.

### 1.2.6 La medicina defensiva

La relación médico-paciente debe considerarse una relación de confianza mutua. Esta reciprocidad se consideró uno de los valores de la ética médica hasta el siglo XIX, siguiendo el enfoque de Desiderio Erasmo Rotterdam, sacerdote renacentista. (Alburry,2001). Su tratado de "Oración de alabanza del arte de la medicina" describe las obligaciones morales del médico: competencia, beneficencia y diligencia mientras que las del paciente las enmarcó en gratitud y recompensa. El concepto de Erasmo Róterdam ha evolucionado con el conocimiento humano y los avances tecnológicos de la medicina. La ciencia médica y el conocimiento científico entra de lleno en una evolución que, como se ha explicado en la introducción, han transformado la relación médico-paciente, a veces, provocando un cierto clima de frialdad y distanciamiento favorecido por una asistencia médica mucho más compleja en la cual el médico está perdiendo gran parte de su autonomía tradicional ante nuevos elementos que han adquirido una mayor importancia como una gran presión asistencial, los nuevos imperativos de los gestores y la administración sanitaria, el trabajo de los equipos médicos y sanitarios, las especialidades y sub especialidades han adquirido mayor importancia. También, la actuación sanitaria en equipo, la aplicación de protocolos y guías clínicas de actuación, pueden provocar un distanciamiento del binomio médico-paciente. En la búsqueda de este humanismo, algunas organizaciones han publicado la "carta del profesionalismo médico en el nuevo milenio", que pronuncia como principios fundamentales: el bienestar del paciente, su autonomía y justicia social, y se acompaña de una declaración de diez compromisos profesionales, entre

los que destacan: competencia, honestidad, confidencialidad, recursos sanitarios equitativos, voluntad para mejorar la calidad de atención al paciente y mantener una buena relación médico-paciente.

En estas circunstancias y la aparición de nuevas normas legales, hacen que el médico tenga que adaptarse a nuevas situaciones –como al aumento de litigios o reclamaciones de la praxis médica—, factores que pueden crear insatisfacción en el ejercicio profesional y favorecer que el médico ejerza pensando en las situaciones de riesgo practicando la medicina defensiva.

En EEUU, la crisis de la negligencia médica, que actualmente parece haber llegado a su punto más álgido con la propugnación de la “Tort Reform” ( reforma de la responsabilidad civil) , se remonta a las tres últimas décadas mientras que, en los últimos años, la crisis del seguro de la RPM es ya un fenómeno que se está globalizando y con él –aunque se dispone de escasa evidencia empírica- se ha extendido la práctica de la medicina defensiva entre los médicos de todos los países. Y en este contexto es, precisamente, dónde surge la desconfianza del médico en el enfermo o en su entorno familiar que da base a la referida medicina defensiva.

Entendemos como medicina defensiva al conjunto de conductas desarrolladas por los médicos para evitar las demandas por defectos de praxis, consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluso de escasa efectividad o a evitar pacientes de alto riesgo, incrementando innecesariamente los gastos del sistema de salud sometiendo al paciente a riesgos evitables. Se calcula que los costes derivados de la medicina defensiva y las conclusiones se utilizaron para lograr reformas legales que pusieran

algún tipo de límite a las demandas. Este fenómeno según no sólo tiene costes económicos importantes sino una deshumanización de la práctica médica como se manifestó en una ponencia en 2005 sobre derecho sanitario. (Frigieri, 2005)

Se ha utilizado el símil de efecto boomerang a las consecuencias que pueden conllevar las actitudes extremadamente defensivas. Si las demandas y reclamaciones de los pacientes son la principal causa del proceder defensivo del médico, podría afirmarse que, si las primeras no se plantearan, la medicina defensiva no existiría. En su análisis, Paredes afirma que las prácticas defensivas del médico no son éticas médicamente aún considerando que se realizan para auto protección. (Paredes, 2003)

Otros autores anglosajones en uno de los primeros análisis de estos efectos, afirman que algunas prácticas de la medicina defensiva pueden ser beneficiosas aunque otras pueden tener efectos adversos. Según este estudio, el 98% de los médicos encuestados había cambiado su forma de ejercer la medicina para evitar las demandas de los pacientes. Entre las prácticas defensivas más habituales, reconocían evitar los procedimientos de riesgo aunque, por otra parte, consideraban que al concentrar determinados actos médicos en unos pocos especialistas se contribuía a aumentar la calidad de la atención. (Summerton, 1995)

También encontramos propuestas que propugnan la formación de agencias de evaluación que pretenden concentrar ciertos procedimientos , concretamente en el ámbito de la cirugía vascular (aneurisma, cirugía de carótidas) para reducir la variabilidad y mejorar resultados clínicos. Según este mismo

estudio, los médicos británicos consideraban que algunas prácticas defensivas incidían positivamente en su asistencia al tener que dedicarles más tiempo, extendiéndose en sus explicaciones sobre el diagnóstico o tratamientos así como facilitándoles unas indicaciones escritas más claras. (Black, 1990).

### 1.2.7 La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional

El informe pericial médico es imprescindible para valorar la praxis médica en aquellos casos de demandas contra actos médicos. El peritaje sirve para asesorar a la Administración de Justicia, para la compañía aseguradora y para ello se precisan de conocimientos de tipo científico-médicos, procesales y médico-legales. El informe puede ser solicitado por el juez a propuesta de las partes o directamente por él mismo. En nuestro entorno la peritación oficial es desempeñada por el Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y la peritación privada es realizada por los médicos propuestos a petición de las partes implicadas en el proceso judicial. (Real Decreto 296/1996)

La regulación legal de la intervención pericial en el ámbito judicial está bien definida, tanto en el ámbito penal, como en el civil, laboral y en la jurisdicción contencioso-administrativa. Quedan bien establecidas las causas de recusación e incompatibilidad para prestar la función pericial. Los peritos deberán poseer el título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio esté reglamentado por la Administración, prefiriéndose siempre los peritos titulados respecto a los no titulados. En algunos procedimientos, como en el sumario, es obligatorio que participen dos peritos.

La función pericial entra de lleno en el campo de la medicina legal y forense. Para llevar a cabo la valoración de la praxis asistencial se requieren unos conocimientos médico-jurídicos para adaptar la pericia al criterio médico-legal, poder desentrañar el caso clínico y la actuación médica. El informe

debe ser aclaratorio para el tribunal ya que no es vinculante para el juzgador.

Su contenido se dirige a convencer al tribunal de la exactitud o inexactitud de las afirmaciones que efectúan las partes en el procedimiento. El juez o el Tribunal valorará las pruebas emitiendo una interpretación que tendrá efectos judiciales. Así, el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil nos dice: "El tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica".

Los peritos deben expresar en sus informes el análisis de las deducciones personales siendo coherentes y concordantes con los conocimientos médicos del momento.

En algunas situaciones el perito se puede limitar exclusivamente a precisar posibles interpretaciones de los hechos o las circunstancias necesarias para poder concluir afirmativa o negativamente a las cuestiones planteadas por las partes. En este supuesto, el juez o el tribunal valora las conclusiones facilitadas y acaba emitiendo la interpretación que finalmente tendrá efectos jurídicos para la resolución judicial del caso.

Este informe no tiene que ser ni un tratado de patología médica ni una clase magistral ni tampoco un artículo científico. Ésta debe tener en cuenta además de la actuación profesional, la titulación del que la ha realizado, el entorno y las circunstancias del proceso, el nivel sanitario donde se ha efectuado, los medios disponibles por el médico, y el estado de los conocimientos médico-científicos en el momento que se realizó el acto médico enjuiciado. Es decir es muy importante el esfuerzo de

contextualización del caso. El perito se intente poner en el lugar del médico denunciado, en el sitio, la hora, las circunstancias, los medios disponibles, etc. dado que a posteriori, si no tenemos en cuenta todos estos factores, las cosas no son igual y pueden parecer de otra manera.

Es recomendable que el médico tenga una adecuada formación médica y conocimientos jurídicos (conceptos médico-legales) que le permitan captar el sentido de las cuestiones que los jueces, tribunales y abogados le propongan, con una adecuada orientación metodológica para la emisión del dictamen pericial. No es suficiente un conocimiento amplio y especializado del tema médico a peritar –ser un buen especialista no equivale a ser un buen perito— si no que un buen perito debe tener, además, de unas habilidades, conocimientos médicos profundos, conocimientos jurídicos, y, sobre todo, saber valorar el alcance de las conclusiones que aporte en sus informes. No debemos olvidar que un error profesional o un informe pericial poco escrupuloso puede comportar error en las decisiones que el tribunal adopte.

En caso que hubiera un perjudicado, éstos tienen reconocidas posibles acciones de índole diversa: penal (falsedad en la emisión de dictámenes periciales), civil (indemnización económica por daños y perjuicios) y deontológica (sanción disciplinaria), que pueden ejercer contra el médico perito y, si se prueba, obtener la sanción del profesional en cuestión. Por ello la aceptación del cargo de perito implica el juramento o promesa de decir la verdad y de una actuación máximamente objetiva e imparcial. Para realizar un dictamen pericial, el perito médico se basará en la querrela,

denuncia o demanda presentada, en todos los informes médicos disponibles del caso, declaración de testigos y facultativos, declaración del personal sanitario y, finalmente, del reconocimiento del perjudicado, si es posible. Con todos estos datos, consultará con especialistas, si procede, y tras una revisión bibliográfica del tema, estará en condiciones de emitir un dictamen médico-legal. Es de gran importancia el análisis de la historia clínica como punto de referencia. También se tendrá que analizar el caso teniendo en cuenta el consentimiento informado, las pautas correctas del diagnóstico médico, del tratamiento, seguimiento adecuado, guías de protocolos clínicos, y, finalmente valorar el caso concreto teniendo en cuenta todas sus circunstancias particulares.

El informe pericial constará de una relación detallada de la documentación clínica revisada, resumen de la historia clínica del paciente, antecedentes patológicos previos al acto médico valorado, evaluación de la praxis médica realizada, discusión médico legal y exposición de las conclusiones, que deben intentar concretar: 1) Si ha existido una falta médica y de qué tipo, 2) Si hay perjuicio, su valoración y repercusión laboral, familiar y social, 3) La posible relación de causalidad entre el defecto de praxis, si existe, y el perjuicio ocasionado, 4) Las circunstancias que han contribuido al resultado final en un caso concreto. (Arimany y Pujol, 2004) (Bayarri,1994)

### **1.3 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA EN NUESTRO ENTORNO**

Aunque el espíritu y objetivo de este trabajo pretende enmarcarse en nuestro país en este apartado distinguiremos entre el ámbito más estatal (Español) y la casuística y experiencia en Cataluña

#### **1.3.1 España**

Fue a partir de los años 60 cuando se produce un cambio en la percepción social de la llamada "clase médica" y su responsabilidad profesional en España. Este fenómeno que llegó a nuestro país después que emergiera en los países anglosajones supuso el inicio de la transición de la sociedad sometida a la voluntad y palabra incuestionable del médico a la fase de participación.

Muy probablemente el nivel sociocultural y la influencia o arraigo religioso contribuyeron a que esta transición fuera lenta y tardía

En España el examen de cualquier colección jurisprudencial muestra como cada año se incrementa sustancialmente el número de demandas y sentencias sobre responsabilidad médica, un proceso de judicialización de la actividad médica y hospitalaria que resulta igualmente inquietante para médicos y jueces. Es llamativa la repercusión mediática de estos temas, que muchas veces produce una indebida presión social tanto sobre los órganos juzgadores como sobre médicos juzgados. Ha contribuido la cobertura periodística y la tecnología actual a la banalización y a la alimentación del morbo.

Partiendo de esta premisa, y sin olvidar que la actividad médica constituye uno de los ámbitos de la realidad social más expuesto a las exigencias de responsabilidad, especialmente por la naturaleza de los bienes jurídicos que pueden resultar afectados, como son la vida o la integridad (sin obviar la intimidad), entorno a los años 2000, la responsabilidad penal médica es objeto de un constante interés por parte de la doctrina especializada, así como de lógica preocupación para los profesionales sanitarios sometidos a ella .

Los Tribunales penales españoles se han pronunciado sobre este tipo de cuestiones referentes a la actividad médica en varias ocasiones. No obstante, ha de reconocerse que son muchos más los supuestos en los que han debido intervenir los Jueces y Tribunales de las jurisdicciones civil y contencioso-administrativa (Urruela, 2011).

Refiriéndonos concretamente a la responsabilidad penal del médico por mala práctica profesional, el Tribunal Supremo español , a partir del análisis pormenorizado de situaciones diversas y a través de una serie de progresivas matizaciones, ha ido elaborando un cuerpo de doctrina relativo a la imprudencia del que son exponente algunas sentencias , entre otras, las SSTS de 29 de febrero y 23 de mayo de 1996, 14 de febrero, 8 de mayo y 3 de octubre de 1997 y 19 de julio de 2002.

Como hemos podido comprobar en nuestro territorio peninsular existe un aumento manifiesto de las reclamaciones interpuestas a médicos en los últimos 20 años. (Pujol-Robinat, 2012) .

A modo de ejemplo en el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) despachó alrededor 720 sumarios solo en el año 1999 según consta en la memoria estadística de ese año.

La gestión de las reclamaciones a lo largo de todo el país es muy variable. Si bien el papel de los colegios profesionales están implicados en el primer momento de la tramitación o notificación de la reclamación dependerá de qué compañía de seguros sea la que cubre la responsabilidad del profesional la tramitación del proceso.

En la mayoría de comunidades autónomas los colegios profesionales delegan en las compañías de seguros de responsabilidad profesional la gestión de los conflictos judiciales profesionales.

### 1.3.2 Cataluña

El Col.legi de Metges de Barcelona atesora uno de los modelos de gestión de denuncias más eficiente de los colegios profesionales y actualmente ofrece a los facultativos una de las mejores pólizas de responsabilidad vigentes , tanto por coberturas como por coste. Antes de entrar en detalle sobre algunas características de esta póliza relataremos como se desarrolla una reclamación desde la llegada al COMB hasta su cierre o resolución. (Clos-Masó, 2013)

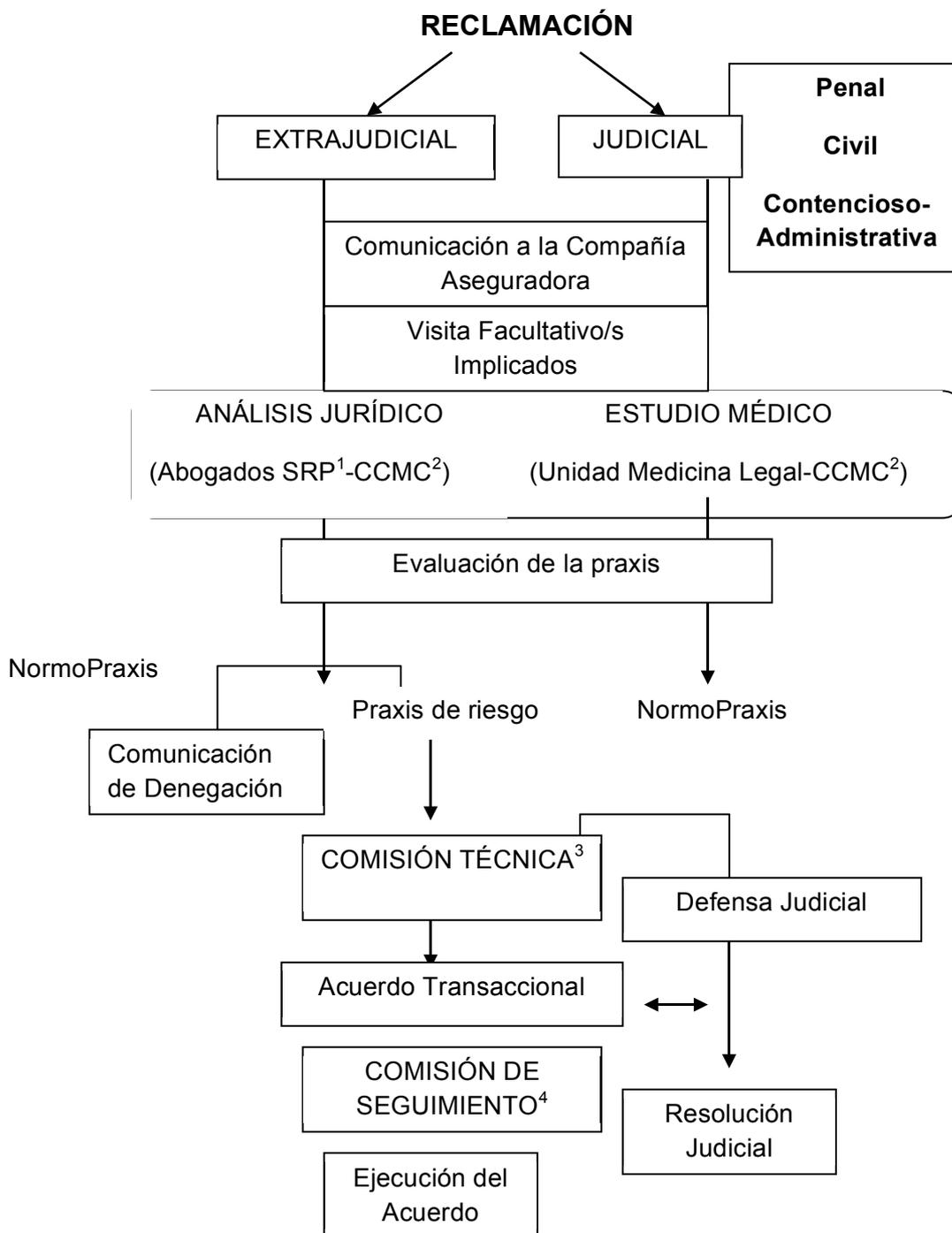
En el momento que se recibe una reclamación a través de ventanilla general o directamente desde alguna de las áreas específicas de COMB se dirige a una persona encargada de iniciar el proceso de valoración interno . Existe una primera dicotomía que define si la reclamación progresa por vía judicial o extrajudicial. En ambos casos se realiza una primera comunicación a la compañía aseguradora. Paralelamente se notifica al implicado o implicados que se ha recibido una reclamación y se organiza una reunión a la que acuden , el médico especialista del área de Praxis, el letrado de la compañía aseguradora y la gestora de casos. Una vez se ha dado a conocer el expediente se solicita por escrito al reclamado un informe. Se realiza una evaluación interna del caso a través de los propios médicos evaluadores del área de praxis que en el COMB se conoce como SRP (Servei de Responsabilitat Professional) o bien a los especialistas de cada una de las disciplinas y se realiza un análisis jurídico. Se evalúa la praxis y se determina si existe norma praxis o ha habido praxis de riesgo. En caso de determinar una actuación correcta se comunica al demandante el

desacuerdo. Si el proceso es judicial se prepara la defensa judicial, que requerirá de uno o más peritajes a defender en las vistas judiciales.

En caso de detección de una situación "de peligro" basada en defectos de praxis o posible negligencia se establece una comisión técnica para intentar llegar a un acuerdo.

En caso de no llegar a un acuerdo y el demandante inicia una vía judicial se asigna un abogado y se solicitan uno o dos peritajes profesionales para poder sustentar los argumentos de la defensa. Cuando se convocan las vistas judiciales y la celebración del juicio, el médico siempre es acompañado por el abogado de la compañía aseguradora a que a su vez es la persona con la que ha estado en contacto durante todo el proceso , y por el abogado de la institución donde trabaja (si es empleado por cuenta ajena). La tramitación de todo el proceso es extremadamente personalizada y el profesional se siente en todo momento protegido aun tratándose de situaciones contrarias donde todos los esfuerzos irán en la línea de la negociación. (Arimany, 2013a)

Figura 1. Algoritmo de funcionamiento de I SRP ante una demanda. Adaptado de Arimany et al Med Clin



<sup>1</sup>SRP- Servicio de Responsabilidad Profesional.<sup>2</sup>CCMC – Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.<sup>3</sup>COMISIÓN TÉCNICA – Director del SRP, 2 expertos asesores externos, la Responsable de Gestión y Tramitación del SRP, la Responsable de la Unidad de Medicina Legal e Investigación, los miembros de la misma y los abogados especialistas del SRP. <sup>4</sup>COMISIÓN DE SEGUIMIENTO – 4 vocales del CCMC, 4 vocales del CatSalut (que presentan casos propios), 4 vocales de la Compañía Aseguradora y 1 vocal de cada correduría de seguros (con voz pero sin voto). Pudiendo asistir otros profesionales que acuerde la Comisión.

Una de las ventajas de este modelo se basa en que la póliza de responsabilidad profesional es gestionada directamente por el personal del COMB que tiene implicados en la misma estructura funcional a ambas partes , la profesional médica y la representante legal personalizada en un grupo de abogados cuya cercanía y proximidad facilita cualquier gestión que sin duda siempre son desagradables.

Este modelo propugnado por Arimany basa su actividad en tres pilares fundamentales

1º Gestión directa desde el personal del área de praxis (Abogados y médicos expertos y especialistas en prueba pericial) de cada uno de los expedientes o reclamaciones recibidas. Ello confiere al sistema no sólo un manejo profesionalizado y cercano al médico sino un conocimiento profundo de la materia y de todos los detalles del caso.

2º Análisis de toda la casuística con objeto de generar información que se traslada al colegiado con el objetivo de mejorar la seguridad clínica .

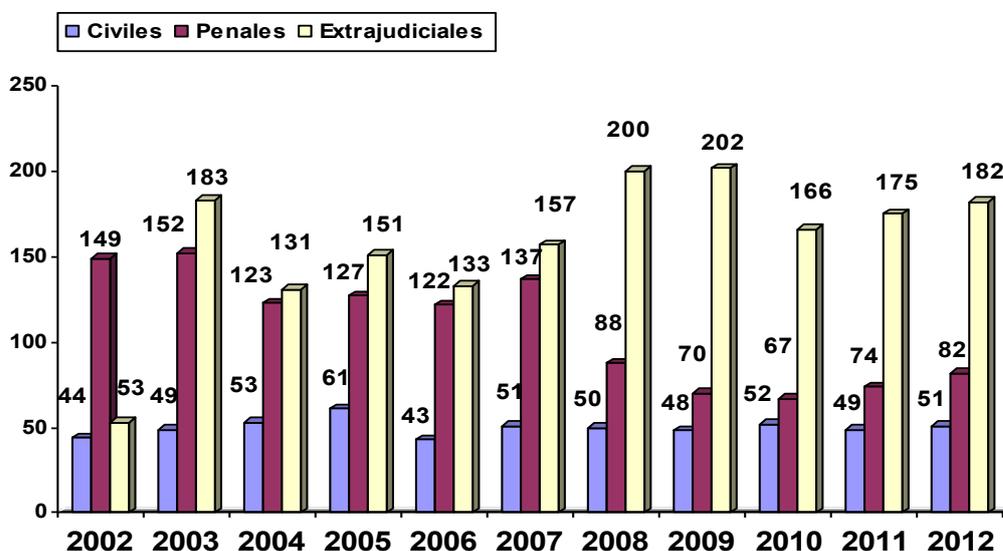
3º Unidad de "Medicina Legal i Recerca" que trata de articular todo el conocimiento sedimentado del análisis de cada una de las líneas de investigación para generar documentos y publicaciones. (Gómez-Durán, 2012a, 2013a), (Bruguera, 2012b), (Arimany, 2011).

También se ha iniciado una política de colaboraciones institucionales con diferentes universidades y sociedades científicas entre las cuales están el Instituto de Probática, ESADE y la cátedra de derecho probatorio. Existen líneas de investigación en Psiquiatría, ginecología y obstetricia, cirugía

bariátrica, Cardiología, Anestesia, enfermedades degenerativas y muchas más. (Gómez-Durán, 2013b, 2013c), (Arimany-Manso, 2012a, 2012b)

El análisis de las diferentes vías de reclamación en los últimos diez años sin entrar en detalle de cada una de las especialidades estudiadas, muestran un incremento en la resolución de conflictos por la vía extrajudicial, pasando de un 47,8% en 2003 a un 57,8% en 2013. De la vía judicial sigue siendo la penal, más frecuente que la civil. Tal como se observa en el gráfico esta tendencia tuvo un proceso involutivo desde 2007 hasta 2011, si bien parece que existe desde hace tres años una moderada tendencia creciente.

Figura 2. Evolución de las demandas según vía judicial. Modificada de la Memoria del SRP del COMB 2013



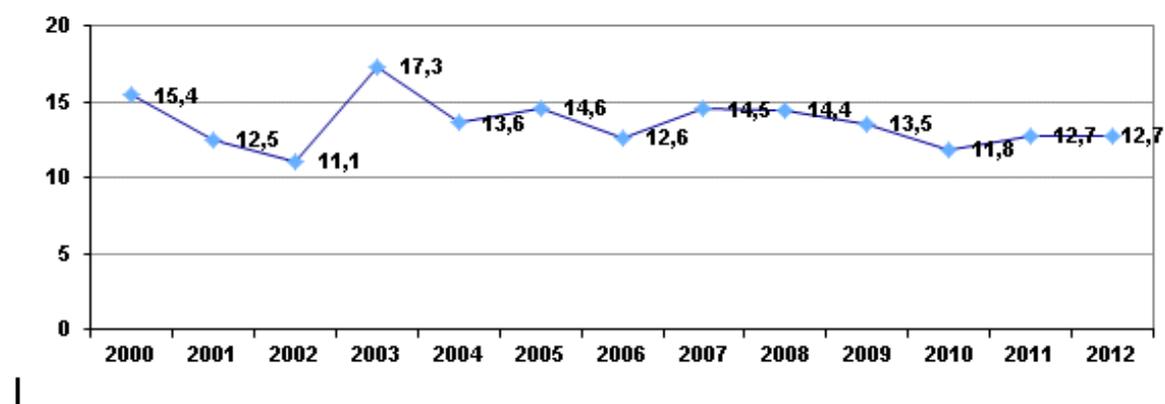
Otro de los hallazgos interesantes es que paralelamente al aumento de las demandas que se resuelven por una vía extrajudicial existe como contrapartida un aumento de demandas contra la administración sanitaria, hecho asociado a la propia disposición de la Ley 29/1998 reguladora de la

jurisdicción contencioso administrativa. (Martin-Fumadó, 2011a), (Martin-Fumadó, 2011b)

De todos los expedientes extrajudiciales entre 2007-2012 (1082) un 19% acaban judicializándose por no haber llegado a un acuerdo.

Como se puede observar la siguiente ilustración el número de reclamaciones por 1000 colegiados y año fluctúa entre 17,1 y 11,1 lo cual no representa una cifra aparentemente alta y tiende a la estabilidad.

Figura 3. Evolución de las reclamaciones por médico/año.



En definitiva, todo el análisis de estos datos no tendrían valor si no los podemos utilizar para que el profesional conozca cuales son los riesgos y conductas susceptibles de ser demandado. La sensibilización no punitiva de esta línea de investigación tiene como objeto la promoción y fomento de la seguridad clínica.

Mención especial se merece la actual póliza de RP que vigente para cualquier profesional médico incluso de fuera de Cataluña. Es una póliza voluntaria pero su carácter competitivo hace que la mayoría de los colegiados del Consell de Col.legis Metges de Catalunya la tengan contratada . Actualmente da cobertura a 24,665 profesionales (20,578 de Barcelona, 1025 de Lleida, 1739 de Tarragona y 1323 de Girona) .

Recientemente se ha renovado la nueva póliza de responsabilidad civil (Julio de 2012) por 4 años, prorrogables dos más. Se ha adjudicado por concurso público y ha sido publicada en BOE, en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE) y en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). El modelo del COMB ha conseguido disminuir las cuotas del colegiado por una póliza que aún ofrece mejores coberturas que la póliza anterior. Como mejoras destacables resaltamos el aumento de cuantía asegurada por siniestro (de 750.000 a 1.000.000 euros), aumento de los límites por año asegurado (de 35.000.000 a 40.000.000 euros), cobertura de pacientes sometidos a ensayos clínicos o tratamientos avanzados y un aumento de prestación económica en caso de inhabilitación (de 24 a 30 meses y de 3.600€ a 3.800€ al mes). Todo ello con un pago de 98€ al trimestre. Además aporta un descuento del 20% de la cuota a colectivos como Médicos internos residentes y médicos de familia, un pago reducido a jubilados del 10% del importe y coste cero a los MIR de primer año.

Todo ello puede ser sostenible sólo si existe una gestión muy directa de los siniestros con los objetivos antes mencionados.

## **1.4 LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.**

Uno de los motivos de interés en este trabajo tiene su origen en la escasez de información respecto a las implicaciones medico-legales que la práctica de la ACV tiene ante situaciones de conflicto. En otras especialidades como la cirugía general o la cirugía plástica han sido áreas que clásicamente han generado más interés y preocupación.

### **1.4.1 En España**

El único trabajo español dedicado a algún aspecto de responsabilidad medico-legal de nuestra especialidad es una obra editada por la propia Sociedad española de angiología y Cirugía vascular (SEACV) en Julio de 2007. Esta obra recoge en sus diferentes capítulos diferentes aspectos generales y otros documentos de consenso dedicados específicamente a los consentimientos concretos de las diferentes patologías que trata el cirujano vascular. El formato de la obra está diseñado diferenciando un capítulo dedicado a Aspectos Legales y otro, el más extenso, a la incorporación de todos los documentos de consentimiento informado (DCI) generados por un grupo de expertos y que divide por áreas anatómicas. Además se añaden otros capítulos dedicados especialmente a patología venosa y sus diferentes variantes o técnicas, a los Accesos de hemodiálisis, a los diferentes tipos de amputación, isquemias agudas y finalmente a Miscelánea. (Cairols, 2007)

En la presentación del libro, Marc Cairols presidente de la SEACV en el momento de su publicación, escribe "No cabe duda que uno de los problemas crecientes son las demandas judiciales. Este aumento se basa en una tendencia cultural que potencia los derechos del paciente, también llamado usuario, y por otra parte, en más de una ocasión, la pretensión de algunos por conseguir compensaciones por supuestos casos de mala práctica".

A continuación en el bloque dedicado a los aspectos legales se realiza una revisión de conceptos tan elementales como la relación médico-paciente y sus diferentes vertientes como la creación de una relación contractual. También aborda las diferencias sutiles que se crean en el ámbito de asistencia pública o privada. Posteriormente dedica un apartado extenso al análisis del documento de consentimiento informado. En él analiza las consecuencias judiciales de la falta de información y/o consentimiento. En este capítulo incluye una extensa revisión de toda la documentación clínica (Historia clínica, Informe de Alta, certificados) y realiza una breve mención al informe pericial.

Antes de llegar a el capítulo dedicado a la enumeración de los diferentes DCI específicos se insertan dos apartados de derecho más técnicos como son; la Ley 41/2002 del 14 de noviembre referente a la básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y el Convenio para la protección de los derechos humanos y la biomedicina.

La iniciativa de plasmar esta preocupación en un libro que contenga toda esta información y que además inicie al lector a temas de tipo medico-legal fue absolutamente acertada. Sin embargo, el impacto que la publicación de éste tuvo como elemento sensibilizador en nuestra comunidad fue relativo. Es cierto que el autor que escribe estas líneas, así como las Dras. Álvarez y Moreno (2007), formamos parte de un colectivo de profesionales especialmente interesados en esta temática. La utilidad más tangible fue la paulatina incorporación de estos textos a la documentación propia de los diferentes servicios del país. Sin embargo, la temática de fondo y la preocupación mostrada por Cairols en su introducción podría haber motivado mayor participación y haber promovido el establecimiento de algún comité de trabajo para el fomento de la práctica segura, la buena praxis o de conductas constructivas de mediación de conflictos. Este situación no se propició y por tanto una vez publicado el libro, la temática medico legal en ACV quedó en una vía muerta.

Es probable que el carácter genérico de la temática de los conflictos medico-legales pudiera haber frenado interés por esta obra, por ello creo que nuestra revisión y estudio puede aportar más elementos de interés y suscitar mayor implicación del profesional. Esperamos que el contenido de nuestra investigación que aportará un análisis de casuística específica de nuestra práctica ayude a este fin.

Respecto a otras iniciativas relacionadas con esta área sólo nuestro trabajo cuyos resultados preliminares fueron presentados en el congreso de la SEACV de 2011, han emprendido esta línea investigadora.

#### 1.4.2 Internacionalmente

Es sobradamente conocido que en el mundo anglosajón, teniendo como máximo exponente a Estados Unidos pero también el Reino Unido y Australia, son países con una gran tradición litigadora. Basándose en los principios de una sociedad tremendamente exigente y liberal es muy común que el ciudadano acuda al abogado para tramitar cualquier demanda relacionada con la usurpación de sus derechos o para resarcir los daños causados por terceros.

La mayor casuística relacionada con demandas en la práctica de la cirugía vascular proviene de Reino Unido y Australia. En ambos países existen expertos dedicados especialmente a el análisis y evaluación de esta problemática. También conviene destacar la labor del registro de actividad de cirugía vascular que se realiza en Suecia a través del National Vascular Registry (Swedvasc, 2011). También debemos tener en cuenta un país como Francia donde se realiza un seguimiento detallado de la siniestralidad liderada por las compañías aseguradoras.

A continuación se comentarán diferentes experiencias y visiones de los siguientes países:

- Portugal
- Francia
- Reino Unido
- Estados Unidos
- Australia

#### 1.4.2.1 Portugal

A nivel de la sociedad Portuguesa existen dos entidades profesionales diferentes y frecuentemente enfrentadas, la Sociedad Portuguesa de cirugía vascular y la sociedad Portuguesa de cirugía cardiovascular. En ninguna de las dos entidades existen grupos específicos de dedicación a temas de ámbito medico-legal . Para conocer cual es su grado de preocupación en este ámbito conviene acudir a la Ordem dos Medicos (<https://www.ordemosmedicos.pt>) que es el equivalente al colegio de médicos, y en su página web se recogen todos los aspectos más generales de la práctica profesional. En ella se puede acceder a un apartado dedicado a temas judiciales y en su interior el profesional y el paciente , ya que es de acceso libre , puede consultar diversos temas de tipo jurídico. En éste se incluyen desde sentencias relativas a temas patrimoniales hasta anuncios u ofrecimiento de trabajo. Curiosamente en el apartado de jurisprudencia de la web existe un formato de cuestionario dirigido a la denuncia entre profesionales sanitarios. Sin duda este tema es de gran trascendencia aunque este trabajo no sea el indicado para su análisis. En relación a este tipo de conflictos De Los Reyes hace un análisis profundo en la referencia adjunta. (De los Reyes, 2001). Tras una búsqueda dirigida concretamente a temática medico-legal en revistas portuguesas no he podido obtener información relacionada con la cirugía vascular. Coincidentemente la persona consultada desconocía en su entorno a nadie interesado ni implicado en el tema que nos ocupa, por lo cual podemos afirmar que nuestro país vecino existe una evidente oportunidad de sensibilización.

#### 1.4.2.2. Francia

La realidad de la práctica en cirugía vascular en este país es compleja ya que existen diferentes sociedades que se dedican independientemente a tratar patologías comunes y en ninguna de ellas existe un órgano o comité especializado en aspectos de esta índole. Coexisten en nuestro país vecino una Société Française de Angiologie, una Société Française de Phlebologie y una Société Vasculaire de Langue Française. Según Gobin y Bernard Marabelle, especialistas en flebología el primero y en angiología en Cannes, el segundo, la problemática judicial y litigadora es centralizada desde el Conseil national de l'Ordre des Médecins (<http://www.conseil-national.medecin.fr>) que es un órgano estatal equivalente a un colegio de médicos pero de ámbito nacional. Este consejo mantiene representantes regionales a los cuáles el profesional debe dirigirse en caso de conflicto. Es interesante que este órgano pone a disposición de los pacientes a través de su página web una esclarecedora y transparente información que anima al paciente a contactar con su médico para intentar solucionar problemas de tipo médico-legal. También informa sobre los procedimientos de arbitraje de conflictos y mantiene en cualquier caso la diferenciación de la vía del pacto extrajudicial con las otras vías penales.

En este país existe una gran intervención por parte de las empresas aseguradas profesionales, siendo La medical y el Groupe MACSF las más potentes. Periódicamente estas empresas realizan revisiones e informes de la casuística. A destacar el papel de Groupe MASCF que publica anualmente todos estos datos con una estadística pormenorizada de las reclamaciones

gestionadas. Éstos son a modo de ejemplo los informes "Responsabilité: Revue de de formation sur le risque médical 2008, "2009" y Le risque des professionnels de santé 2011. (Responsabilité Groupe MASCF,2009,2010,2012)

En estos informes se analizan las incidencias de los años 2008, 2009 y 2011 registrados en la compañía que asegura más de 115.000 médicos-clientes. En éstas se recibieron 2025, 1964 y 1945 reclamaciones respectivamente. Los índices de siniestralidad fueron de un 2,54, 2,56 y 2,37% . De estas reclamaciones el año 2011 un 4% fueron por vía penal, el 20,5 % siguieron una vía civil o administrativa, un 9,3% vía ordinaria, un 30,2% siguieron una resolución basada en conciliación o pacto extrajudicial y el 36,2% fueron escritos de reclamación o quejas orales.

Extrayendo la casuística específica en lo que refiere a la práctica en cirugía vascular y mostrando únicamente el último año evaluado obtuvieron un total de 23 reclamaciones. De ellos 9 relacionados con la práctica de la Flebología y 14 con procedimientos arteriales.

De estos datos ya podemos extraer ciertas tendencias y podemos afirmar que el sistema de protección jurídico o medico-legal francés tienen un gran interés en la defensa extrajudicial lo que está en directa sintonía con las facilidades que el Ordre Medical pone para fomentar los acuerdos extrajudiciales. También podemos comprobar que el numero de demandas en Francia es superior a las de España, sea por mayor número de actividad o médicos o ligados a una tradición más demandante. Más adelante ya detallaremos otras comparaciones con nuestra especialidad.

#### 1.4.2.3 Reino Unido

Como ya se ha comentado, la cultura anglosajona tiene como un elemento identificador una cierta tradición litigadora no por actitud beligerante sino por su convencimiento en la defensa de sus derechos ciudadanos. Pero no debiéramos interpretar esta realidad como algo puramente agresiva ya que por otro lado nace en este país una tradición rigurosa de la búsqueda de la excelencia médica, de la auto exigencia y provienen de este entorno la creación de guías clínicas con el objeto de la reducción de la variabilidad en la práctica médica. (Levy,2006)

No es casualidad que la Vascular Society for United Kingdom and Ireland cuente en su sociedad con un comité asesor conocido como nombrado como "Professional Standards" que tiene estructura de comisión o grupo de trabajo y que cuenta con cirujanos vasculares de prestigio internacional y de reconocido perfil científico <http://www.vascularsociety.org.uk/about-us/council-committees/>. Este consejo tiene una serie de funciones tal y como se lee en la página de presentación:

- Aconseja al consejo sobre los casos concretos de reclamaciones, los analiza y registra y realiza la función de informadora a los medios y a las autoridades.
- Juntamente con el "Audit Committee" equivalente a un comité de auditoría interna, trabaja por mantener garantías de buena práctica , y mantiene relaciones con otras sociedades e instituciones gubernamentales

- Obtiene información de los casos para proveer a los miembros de la sociedad de las tendencias y correctas prácticas con objeto de evitar reclamaciones.

Los miembros del comité actualmente cuentan con Mr. J.J. Earnshaw como presidente de esta comisión y como vocales los Prof. AR. Naylor, Prof. DJA. Scott, Prof. LD Beard, Mr.P.Blair, Mr DC Mitchell.

De todas las sociedades científicas investigadas es la única que cuenta con una estructura estable y jerárquica dedicada a este tipo de problemática. La producción científica relacionada con aspectos medico-legales no es abundante si bien es la más numerosa de toda nuestra revisión.

A continuación comentaré brevemente los más relevantes si bien se analizarán con detalle en la discusión.

El primer trabajo se realizó conjuntamente con un representante de National Health service Litigation authority y con la Medical Defense Union que es la compañía aseguradora más importante del país. Revisaron la incidencia y contenido de las reclamaciones en su país dentro del National Health Service. (Campbell, 2002)

En esta revisión se registraron 424 reclamaciones provenientes de dos de las entidades más representativas en cuestión de defensa medico legal, la National health service Litigation Authority (NHSLA) y de la Medical defense Union (MDU) ability. La muestra analizada recoge los incidentes desde 1995 en la NHSLA y el período 1990 a 1999 de la MDU. La distribución de las reclamaciones fue clasificada en dos grupos, la referente a patología venosa

(varices) y otro grupo referente a patología arterial. En la tabla 1, reproducida del original se muestra su distribución.

Uno de los datos interesantes que se puede comprobar es que en el Reino Unido existe un importante número de intervenciones, sobre todo de varices, que se realiza por cirujanos generales. Consecuentemente también parece asociarse un mayor número de demandas aunque no podemos saber si se trata de una relación estrictamente relacionada con el número de intervenciones o bien existen otros factores. Uno de los puntos débiles del estudio está en que no se aporta el número total de procedimientos sobre los que se da esta casuística.

Nótese que hay mayor número de reclamaciones relacionadas con patología venosa que de procedimientos arteriales.

A pesar de que este estudio fue en su momento el único que describía esta situación, adolece de un análisis económico y de la incidencia de los diferentes tipos de evolución desde el punto jurídico. Sin embargo supuso el primer análisis de la problemática y ayudó a reconocer el tratamiento de las varices como una actividad potencialmente peligrosa desde el punto de vista legal. Concretamente la lesión de tipo neurológico se consideró de alto riesgo. Obviamente la cirugía aórtica y la isquemia crítica con resultado de amputación son los principales motivos de reclamación en el subgrupo de patología arterial. Finalmente el autor afirma que existieron proporcionalmente más lesiones y complicaciones en el grupo de cirujanos generales que en el de vasculares, sin embargo tampoco da las cifras totales de intervenciones realizadas unos u otros.

El estudio más completo por su contenido realizado en Reino Unido que analiza las demandas en cirugía vascular fue publicado unos años más tarde. (Markides,2008). La muestra analizada proviene del NHSLA desde 1995 hasta 2007.

En este trabajo de las 303 reclamaciones cerradas hubieron 160 ( 53%) en las que se dictaminó compensación económica a demandante. La causa más común de reclamación y de condena fue dentro del tratamiento de varices la lesión neurológica.

Este trabajo también analiza la incidencia de reclamación entre cirujanos vasculares o cirujanos generales. Se afirma que la tendencia de nuevas reclamaciones se ha mantenido estable durante los años analizados, que la patología venosa ha sido la más demandada.

Para finalizar este capítulo conviene nombrar especialmente los trabajos realizados por John Scurr y sus hijos, James R y Victoria . John H. Scurr es *Consultant Surgeon de cirugía vascular* del Lister Hospital de Chelsea en Londres y es probablemente una de las personas más expertas en aspectos medico-legales en cirugía vascular en Reino Unido y a juzgar por su currículum bibliográfico, del mundo. Sus hijos James, cirujano del Royal Liverpool University hospital y su hija Victoria R. dedicada a el derecho han colaborado con él en diferentes publicaciones . Aunque ha tratado temas relacionados con los procedimientos endovasculares arteriales y uno de sus más reconocidos artículos trata de las amputaciones (Scurr, 2012) y sus implicaciones medico-legales en su país, ha analizado exhaustivamente las complicaciones vasculares relacionadas con el tratamiento de las varices,

sea mediante técnicas clásicas, tratamientos endovasculares venosos e incluso relacionados con la escleroterapia. (Scurr, 1993, 2005, 2007a, 2007b, 2008).

Ha prestado especial atención a la relación entre la experiencia quirúrgica con la formación de residentes y el índice de complicaciones y por supuesto también ha dedicado parte de su interés en la ecléctica enfermedad tromboembólica venosa. (Scurr, 2006, 2010, 2011)

El interés por la problemática judicial en Reino Unido es algo demostrable por la calidad y cantidad de estudios que se han realizado.

Sin duda esta inquietud entronca con la filosofía que pretende reducir la variabilidad de la práctica médica .

#### 1.4.2.4 Estados Unidos

Actualmente en EEUU existen varios problemas relacionados con la seguridad del paciente y del médico que obsesionan Legisladores, gestores y a políticos. Estos están íntimamente relacionados por no decir que pueden ser consecuencia uno del otro.

La medicina defensiva y el coste del sistema sanitario han propiciado que se debatiera sobre lo que se conoce como Tort Reform. El origen de la problemática radica en la gran cantidad de pleitos activados sin suficiente justificación animados por un ávido interés de abogados por obtener una compensación económica . Esa práctica ha generado en la comunidad profesional y en ciertas instituciones sanitarias la necesidad de la sobre indicación de pruebas o exceso de celo y prudencia ante el paciente. Ya es comentado ampliamente por Arimany al hablar de la problemática que supone este tipo de práctica. Este miedo a ser demandado es el germen de la medicina defensiva que nació en EEUU. El problema es que esta tendencia juntamente con la propia maquinaria litigadora ha generado unos costes inasumibles por muchas compañías aseguradoras que han tenido que ir adaptando al alza año tras año las pólizas de responsabilidad profesional (RP) . Situaciones extremas como que en el estado de Missouri un cirujano general paga una media de 89.000 dólares al año como póliza de RP, pero un neurocirujano puede llegar a pagar 150.000 dólares. O situaciones en las que algunos ginecólogos principiantes se ven incapaces de pagar las pólizas exigidas. Esta situación desbocada obligó a tomar

medidas regulatorias en las que se establecieron tasas anuales máximas (unos 25.000 dólares) pero con reducción de coberturas. (Arimany, 2007). Afortunadamente nuestra realidad es muy diferente a la experimentada por nuestros colegas estadounidenses. (Arimany-Manso, 2013b)

Expertos norteamericanos coinciden en afirmar que los EEUU están inmersos en plena "malpractice crisis". Este fenómeno que se inició a mediados de los años 1970s, responde a la exponencial alza de precios que experimentaron las primas del seguro de responsabilidad médica coincidiendo con un importante aumento de la frecuencia de las demandas así como a una mayor severidad de las compensaciones pagadas a los demandantes. Una nueva crisis reapareció en los 1980s y que aunque pareció haber tocado fondo en esta última década, cuando algunas de las principales compañías aseguradoras han abandonado el mercado de la RPM dejando algunos estados o a las especialidades consideradas de riesgo sin cobertura. (Thorpe, 2003)

A principios del 2005, ante el substancial crecimiento de las primas del seguro de RPM en los estados que no habían emprendido reformas legislativa del sistema médico-legal, la American Medical Association (AMA) en un reporte de noticias, elaboró el mapa de los estados en situación de "crisis de RP gravemente alarmante". Al mismo tiempo, mantuvo una activa campaña de presión mediática sobre la Medical Liability Reform de 2006 a niveles federales y nacionales. Los líderes políticos norteamericanos y la misma administración no tardaron en hacerse eco de esta presión e incorporado la "Tort Reform" entre los temas prioritarios de sus agendas políticas. El mismo presidente Bush, a pesar de defender la reforma que en

su discurso inicial dirigido a la nación tras ser elegido en este mandato, se vio obligado a aparcar su propuesta, aprobada en el Congreso, tras ser derrotado en el Senado con la oposición de demócratas y algunas emblemáticas deserciones en el seno del propio partido republicano.

Al margen de los movimientos políticos y administrativos surgieron en EEUU algunas iniciativas dirigidas por grupos de presión y organizaciones, entre las que destaca la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO). Tras declarar que la crisis del seguro de la RPM era una barrera para la calidad y seguridad de la atención al paciente, elaboró una hoja de ruta de la reforma con 19 recomendaciones específicas que van más allá de los discutidos límites por daños no económicos o las estrategias de prevención de los errores médicos. JACHO promovió la creación de un sistema de compensación centrado en el paciente, la divulgación no punitiva de los efectos médicos adversos, la prohibición de las cláusulas encorsetadas de algunas resoluciones judiciales, la asignación de abogados por parte de los tribunales o la implantación de los expertos independientes.

También existen otros nuevos planteamientos destacables como la creación de los Tribunales Especiales de Salud, una iniciativa defendida por "Common Good", 2007 una ONG que cuenta entre sus filas con profesionales de la medicina y del derecho además de destacados congresistas y senadores norteamericanos. Esta organización, conjuntamente con la Robert Wood Johnson Foundation y la Escuela de Salud Pública de Harvard, dirigió el programa piloto que acabó implantándose en estos Tribunales de Salud. Common Good defendía la

credibilidad de estas salas especiales ante las irregulares decisiones jurídicas que se adoptan en los casos de negligencia médica en el sistema tradicional. Consideraba que éstas eran uno de los principales elementos conductores de los excesivos costos sanitarios, el origen de la "cultura del miedo" además de estar provocando ineficiencias que contagiaban a todos los niveles de la medicina.

A través de los Tribunales Especiales de Salud, según los patrocinadores del programa, los pacientes recibirían una compensación para cubrir todos sus gastos así como la pérdida de ingresos mientras que la compensación por daños y sufrimiento lo fijará un baremo establecido en función del tipo del daño. Para los líderes de Common Goods, los Tribunales Especiales de Salud fueron la única alternativa capaz de superar aquel clima de desconfianza generado en el sistema de responsabilidad médica en EEUU. Conseguiría reducir los costes sanitarios y contribuiría a reducir las prácticas de medicina defensiva, que algunos autores se atrevieron a vaticinar como la antesala de la desaparición de la clase médica. (Baicker, 2005)

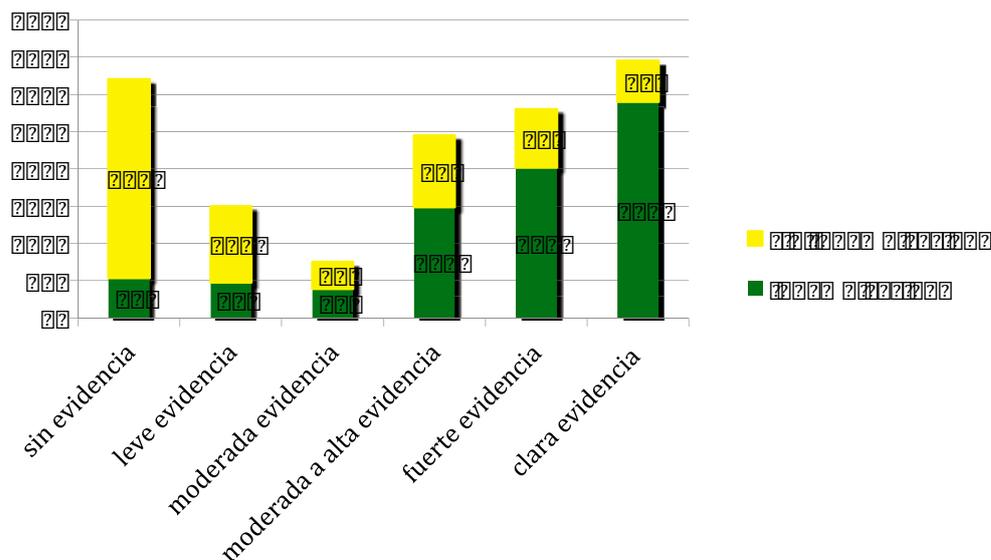
Desde Harvard promovieron estos Tribunales especiales de salud ya que se había llegado a la conclusión de que: Existían frecuentes demandas infundadas; la mayoría de los expedientes de reclamación iban a juicio y el coste de la gestión litigadora era exorbitante.

En una revisión de 1.452 reclamaciones cerradas sobre defecto de praxis recogidas de cinco aseguradoras de responsabilidad profesional y se evaluaron, existencia de error médico, prevalencia, tipos de error, vía de resolución y costes. (Studdert, 2006) (Studdert, 2012)

Los resultados mostraron que en un 3% de casos no hubo ni tan solo lesiones y en un 37% tampoco hubieron errores médicos. En los casos en los que no hubo error o lesiones la mayoría no recibieron una compensación económica (72% y 84% respectivamente) y los que se demostraron lesiones producidas por un error se recompensó en 73%. Las reclamaciones no asociadas a errores médicos supusieron hasta el 16% del presupuesto total de gastos (administrativos, abogados, peritos, tasas) .

En la tabla 1 se reproduce una interesante tabla proveniente de este trabajo. En ella se muestra que de las más de 1.400 reclamaciones que fueron evaluadas por los especialistas algunas fueron indemnizadas cuando no estuvo justificado y otras no fueron compensadas a pesar de una clara evidencia de error.

Tabla 1: Valoración del error de acuerdo a evaluación de praxis y indemnización. Modificada de Studdert et al . New Eng. 2006



Como puede verse en la Tabla 1 a ambos lados de la tabla existe un porcentaje de expedientes que aún con diferentes grados de evidencia incluyen expedientes catalogados como normo praxis o bien ligados a posibles errores. En los casos de una reclamación no ligada a error médico tenía un 31,6% de posibilidades de recibir compensación. Por otro lado el 26,3% de las reclamaciones que supusieron un probable actuación de riesgo no tuvieron indemnización. De estos datos se deduce que en ambos grupos alrededor del 70% de los casos reciben una adecuada resolución.

Conviene remarcar que el estudio de Studdert puntualiza que no es cierto que exista una exagerada actividad litigadora por interés frívolo económico, aunque existan frecuentes casos no ligados a defecto de praxis. También afirma que el sistema judicial de mal praxis funciona razonablemente bien ya que en un 75% de los casos existe una concordancia entre el motivo de la denuncia y su resolución sea condenatoria o exculpatoria. Aún así, a pesar de asumir que el sistema no es tan catastrófico , los costes generados son enormes y el tiempo medio de resolución de los casos fue de 5 años.

En conclusión aunque sería provechoso realizar un esfuerzo en cambiar o limitar las facilidades a que se lleven a cabo juicios frívolos poco justificados el ahorro que esto supondría no sería tan elevado. Afirman que es necesaria una reforma más profunda que facilite la evolución extrajudicial de los conflictos para hacer más rápido, económico y eficiente el sistema judicial y por ello aboga por esos tribunales especiales.

He encontrado un estudio genérico relacionado con la práctica quirúrgica que revela la casuística de complicaciones en cirugía general y que sufrieron

un proceso medico-legal. En éste se recogen 470 reclamaciones relativas a procedimientos quirúrgicos recogidos en dos años a través del American College of Surgeon´s. (Griffen,2007). A pesar de que el tipo de información es muy limitada se comentaran algunos aspectos.

En su introducción recuerda que si consideramos que existe alrededor de un 3% global de efectos adversos en cualquier tratamiento o actividad asistencial, entre el 27,4 % al 32,6% están ligados a un defecto de práctica. La American College of Surgeons planteó esta revisión sobre procedimientos cerrados ya que , debido al miedo a la demanda , el análisis de expedientes que pudieran estar abiertos podría generar resistencias. En esta revisión se halló que el manejo quirúrgico fue correcto en el 64% de los expedientes. La casuística más frecuente se relacionó con la cirugía de la bía biliar (20%), repartiéndose el resto entre cirugía colorectal, hernias, patología vascular (7%), estómago y esófago. Los motivos fundamentales fueron los clásicos: defecto de técnica, retraso de tratamiento o error de tratamiento. El trombo embolismo pulmonar estuvo presente en el 3% de la serie. Pudieron comprobar que cuando en la reclamación hubo fallecimiento en una tercera parte de esos casos el fallo se localizó preoperatoriamente. Y se estimó de uno a cinco errores quirúrgicos cada 1000 laparoscopias, siendo éstos fallos más frecuentes durante las primeras 200 intervenciones. No se recoge información relacionada con cuantías de indemnización, ni las vías de resolución ni muchos datos que podrían ser de interés y finaliza haciendo una declaración de intenciones consistente en la labor de sensibilización del profesional (cirujano) en la implicación del análisis y revisión de las

complicaciones para poder tomar medidas preventivas e implementar cambios de conductas de riesgo. En este trabajo ya se insiste mucho en la utilización del término defecto de praxis evitando los términos "negligencia" o "error médico".

Adentrándonos en cuestiones más relacionadas con nuestra especialidad en EEUU existe una patología que obsesiona a abogados y sanitarios: la enfermedad trombo embolica venosa. De toda la bibliografía generada en EEUU relativa a aspectos médico-legales ésta supone la gran mayoría de lo hallado. Es una evidencia que las implicaciones que una trombosis venosa con su supuesto desenlace fatal en forma de embolia pulmonar y muerte han obligado a generar multitud de consensos y guías de obligado cumplimiento en hospitales y centros sanitarios. Aún así el nivel de seguimiento de las recomendaciones es injustificadamente bajo a pesar de su popularización. (Ganz, 2000), (Silwka, 2010), (Lefevre,2012)

En todos estos trabajos se realizaron revisiones del nivel de aceptación de las guías médicas de prevención tromboembólica en servicios de urgencias, medicina interna y traumatología. En todos los estudios coincidieron que aun existía un alto grado de incumplimiento.

Otros tipos de revisiones o estudios se centran sobre todo en aspectos socioeconómicos y de tipo epidemiológico. En ellos se esfuerzan en mostrar los enormes costes que generan la incorrecta prescripción preventiva primaria o secundaria con las complicaciones que comportan. (Levitan, 1999), (Russell, 2002), (Spyropoulos, 2007), (Tagalakis,2010), (Tamariz,2012).

Para finalizar otra problemática debatida enérgicamente estuvo relacionada con las implicaciones legales que tiene la actuación médica en circunstancias excepcionales. Esta cuestión está relacionada con la necesidad de crear unos estatutos que pudieran proteger al profesional de eventuales demandas generadas en situaciones especiales (atención médica en un avión en pleno vuelo, asistencia a un accidentado, salvamiento de un ahogado...). Este autor insistió en la necesidad de rebajar el nivel presión del profesional en situaciones de desprotección legal. A modo de ejemplo se debatía sobre la obligación de un cirujano vascular de socorrer a un paciente de forma urgente ante una hemorragia sin que éste estuviera de guardia o no tuviera ningún vínculo u obligación profesional. Lo que aquí nos parece una obviedad en EEUU las implicaciones medico-legales que pudiera tener un desenlace fatal frenaba a ciertos profesionales a tomar una postura proactiva. Las medidas que Brown proponía se basaban en la "Good samaritan Statutes" que se basa en unas normas que faciliten el altruismo en situaciones excepcionales sin tener que pensar en las posibles consecuencias legales. Esta ley o estatutos es una alegación eximente de responsabilidad en frecuentes pleitos. (Brown, 2010a, 2010b) (Jones, 2010)

Un elemento importante distintivo de las sociedades científicas americanas es que debido a la existencia de gran presión por parte de las compañías de seguros y a los supuestos despachos de abogados especializados en litigios médicos en casi todas estas asociaciones existen comités de vigilancia y de expertos en peritajes de los propios dictámenes. Ya que los costes de las indemnizaciones pueden llegar a ser muy elevados, también los honorarios

de los médicos que realizan los peritajes por parte de los demandantes también son muy elevados. Por ello la Society for Vascular Surgery tiene expertos que supervisan los dictámenes realizados en contra de los profesionales para que cumplan con un mínimo de rigurosidad. Si ésta teórica imparcialidad no se diera pueden decidirse sanciones a los médicos que incurrieran en estas irregularidades.

Finalmente en EEUU la gestión de los defectos de praxis y de las demandas está muy atomizada y depende de cada compañía de RP y tal como ya se ha nombrado los costes son elevadísimos. Por ello el alto coste de la pólizas de seguro profesional.

#### 1.4.2.5 Australia

Las autoridades sanitarias Australianas con el Australian Institute of Health and Welfare a la cabeza lideran la promoción sanitaria y se ocupan de revisar y explotar los datos relativos a la buena praxis. Así como en Francia son las compañías de seguros, en UK, son las sociedades científicas, en USA ambas y en España algunos colegios de médicos, en este país, el instituto cuya presidencia está ocupado por Dr. Andrew Refshauge y su director es David Kalisch, son los promotores de la seguridad clínica y los vigilantes de las características de la reclamaciones y eventos judiciales.

Periódicamente se realizan publicaciones referentes a diferentes temáticas y el último informe sobre aspectos medico legales fue presentado en 2012. El Australia's medical indemnity claims 2010-2011 trata del análisis de las reclamaciones recibidas entre 2010 y 2011 en hospitales públicos y privados de toda Australia excepto de las regiones del Oeste. El informe está elaborado de los casos recogidos por la Medical Indemnity national Collection (MINC) que es la institución que el propio ministerio creó para custodiar toda la información relativa a esta materia. Este informe es el primero en recoger la información y realizar un análisis público y privado y en hacer un estudio a largo plazo de tendencias . Se trata de un informe de 174 páginas donde existe infinidad de información donde se detallan las nuevas demandas, demandas en curso, su coste, duración, vías de reclamación, las especialidades, tipo de lesiones, motivos etc. Su nivel de detalle se centra en aspectos administrativos y económicos sin entrar en valoración de praxis.

La incidencia de reclamaciones relacionadas con la cirugía vascular no parece mostrarla como una práctica de riesgo de ser demandado (0,6% del total)

De esta revisión conviene resaltar que hace una diferenciación muy clara de los dos sectores de asistencia pública y privada. Para cada uno de estos sectores realiza un análisis pormenorizado de todas las variables. Cabe destacar que en el presente informe hubieron más reclamaciones en el sector público que en el sector privado (1.500 y 1.300 respectivamente). Alrededor de la mitad de las reclamaciones cerradas (53%) fueron por menos de \$10.000, en comparación con el 41% que se estableció entre \$10.000 y \$500.000, y el 6% resolvió por \$500.000 o más.

No existen datos específicos en referencia a los casos de cirugía vascular ya que globalmente se registraron menos de 15 casos año lo cual queda muy por debajo de los 30 casos/año que como mínimo se dan en enfermería general. El año 2011 los servicios de medicina de urgencias tuvieron 140 reclamaciones y ginecología 35 casos.

Este tipo de informes tienen entre otros objetivos, conocer el coste económico que las demandas generan en el sistema sanitario. Por ello más que analizar datos referentes a praxis o seguridad clínica se centra en información más administrativo económica.

El tiempo medio de resolución de las demandas se situó en 32,6 meses (Rango 30,7 - 35,4) y pudo observarse como es lógico un retraso más marcado en los procesos de mayor cuantía.

Es difícil extraer una conclusión de este extenso documento ya que éste se limita a realizar una explotación de datos y presenta los resultados sin plantear ninguna discusión al respecto.

A modo de comentario resumen se puede deducir que en Australia las demandas realizadas en el ámbito público son más costosas, laboriosas y se cierran más lentamente. El coste total de las indemnizaciones va en aumento. La vía judicial es muy poco común (4%) potenciándose la resolución a través de sistemas de negociaciones o pactos.

Merece comentar específicamente un trabajo de una psiquiatra Australiana que muestra claramente que los aspectos médico legales son motivo de preocupación del profesional médico. En una encuesta realizada a casi 3000 médicos se pretendía conocer la actitud profesional ante diferentes situaciones y concretamente quiso descubrir ciertas tendencias o reflejos de medicina defensiva. Algunos de los resultados del trabajo fueron que un 43% de los médicos consultados reconocía haber derivado a pacientes por quitarse un problema de encima o por cierta inseguridad, que un 55% realizaba más pruebas por cubrirse y un 11% prescribían más fármacos de los que creía estrictamente necesarios. De los encuestados que habían sufrido alguna demanda un 33% se planteaba dejar la práctica médica, un 32% reducir la jornada laboral y un 40% coincidían en que se retirarían pronto. (Nash, 2010)

Respecto a la bibliografía específica relacionada con temas medico-legales en cirugía vascular volvemos a encontrarnos con un tema recurrente y muy común conjuntamente con EEUU. La enfermedad tromboembólica supone una patología que obsesiona al clínico y al gestor por las consecuencias económicas y judiciales que un error diagnóstico o terapéutico suponen.

Sin embargo no hemos encontrado ningún estudio que analice la casuística de reclamaciones en ACV.

## **2. ÁMBITO EMPÍRICO**

## **2.1 JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS**

## Justificación de la Tesis

La profesión médica del siglo XXI está inmersa en una constante dinámica de cambios en las organizaciones y reformas de los sistemas de salud. Los médicos ejercen en un entorno cada vez más complejo, en constante evolución tecnológica y científica. Hoy en día, ser médico requiere un permanente esfuerzo de actualización de conocimientos y habilidades profesionales. En este nuevo escenario algunos médicos se interesan cada vez más por los aspectos médico legales del ejercicio de la profesión y en concreto los relacionados con la responsabilidad médica, además de temas como la seguridad clínica, calidad asistencial, información al paciente y gestión de riesgos. (Medallo, 2006) (ABIM Foundation, 2002)

En la mayoría de especialidades médicas los temas medico legales no suscitan interés en el profesional hasta que a éste se le presenta una reclamación por un daño sanitario, sin embargo aquellos que se ven envueltos en una reclamación y posterior demanda quedan marcados en su actividad profesional. (Nash, 2010)

La Angiología y cirugía vascular (ACV) no se contempla como una especialidad de riesgo de reclamaciones, en comparación con otras especialidades (ginecología/obstetricia, traumatología o cirugía plástica-estética) según el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Col.legi Oficial de Metges de Barcelona (1986-2010). La ACV aún estando considerada de bajo riesgo de reclamación, presenta por un lado un elevado número de procedimientos muy prevalentes con elevado componente

estético; las varices y por otro lado, patologías de elevada morbilidad y mortalidad. En la práctica de la especialidad se dan casos de pacientes que reclaman por algún daño sanitario y en ocasiones en algunas intervenciones de alto riesgo se puede producir hasta el fallecimiento del paciente (2,1%-5% en aneurismas de aorta no urgente) y hasta el 60% en aneurismas rotos. (Berman, 2010) (Sanders, 2010).

Además, tal y como se ha pretendido mostrar en la introducción histórica, nuestra especialidad tiene una naturaleza cambiante y se han multiplicado los diferentes tratamientos llegando a englobar desde procedimientos estéticos hasta tratamientos de máxima complejidad y riesgo.

En este contexto llama la atención que no exista ninguna publicación española ni en Cataluña que haya estudiado las implicaciones medico- legales de la práctica de esta especialidad.

Más allá de nuestro país son muy pocos los artículos que tratan esta temática y ninguno ha profundizado como nosotros pretendemos con este trabajo. Existen trabajos que reúnen consensos sobre consentimientos informados. Se han publicado algunos artículos de otras especialidades que evalúan las complicaciones de alguna intervención específica y sus implicaciones. Sin embargo únicamente hemos encontrado tres trabajos que analizan una casuística similar pero en otros países, Reino Unido y Suecia. (Campbell, 2002), (Markides, 2008), (Rudström, 2011)

De lo anteriormente expuesto se deduce que conocer los actos médicos y procedimientos de riesgo que se realizan en nuestro entorno puede tener gran interés para las sociedades científicas de nuestra especialidad y ello revertirá en la recomendación de prácticas de mayor seguridad clínica. (Kolh,2011)

Por tanto, esta tesis pretende no solo profundizar en el conocimiento de las causas concretas que generan una reclamación, sino que ofrecerá a nuestros colegas la oportunidad de consultar el estado actual de las implicaciones legales en diferentes situaciones.

## **2.2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

## Hipótesis y Objetivos

El presente estudio se ha efectuado para confirmar la hipótesis principal de que la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular tiene una baja frecuencia de reclamación por responsabilidad profesional médica, siendo la patología más implicada la patología venosa, concretamente el tratamiento quirúrgico de las varices.

La referida hipótesis corresponde al objetivo principal del estudio de determinar la frecuencia de reclamación en ACV en el periodo de estudio y las patologías y procedimientos implicados en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica.

Igualmente, el trabajo responde a los siguientes objetivos secundarios:

- Determinar el ámbito de actuación (hospitalario vs. extrahospitalario), el tipo de centro implicado, el perfil de médico afectado, el tipo de acto reclamado (médico o quirúrgico), el motivo principal de la demanda, la vía de reclamación utilizada, la vía de resolución del expediente y la cuantía de la indemnización en los casos en que se ha reconocido o establecido por sentencia la existencia de RPM.
- Determinar la existencia de diferencias entre las variables analizadas, así como la posible asociación de estas con la concurrencia final de responsabilidad profesional médica, ya sea reconocida por acuerdo extrajudicial o establecida por sentencia judicial.

## **2.3 METODOLOGÍA**

## Metodología

### 2.3.1 Procedencia de la muestra

El Departamento de responsabilidad profesional (SRP) del Col.legi de Metges de Barcelona tiene su propia base de datos donde registra todas las reclamaciones presentadas desde 1986. El SRP promueve la asistencia médica ajustada a criterios de seguridad clínica y se ocupa de asesorar al profesional y dar cobertura de gestión, tramitación y defensa de las reclamaciones judiciales o extrajudiciales a los médicos asegurados en la póliza voluntaria y colectiva del COMB. Ésta engloba a la mayoría de médicos colegiados en Cataluña (24.063 en 2010), ya que también aglutina los profesionales pertenecientes al Consell de Col.legis Metges de Catalunya (CCMC) y por tanto procedentes de otras provincias como Tarragona , Girona o Lleida.

El archivo o base de datos utilizado en el estudio no recoge la totalidad de las reclamaciones realizadas en Cataluña ya que existe un porcentaje de las mismas que no se dirigen directamente al médico si no que se tramitan como reclamación administrativa a las instituciones sanitarias con objeto de obtener una compensación económicas exclusivamente. Esta vía de reclamación es la conocida como Contencioso administrativo. Aunque a esta casuística el COMB no puede acceder , nuestra muestra es actualmente la más importante del país y es representativa de esta actividad. Conviene aclarar que nuestras reclamaciones siempre están dirigidas a uno o mas

médicos al margen de que finalmente puedan participar las instituciones sanitarias con cierta responsabilidad subsidiaria

La base de datos del CCMB recoge no sólo aquella información relacionada con los procesos judiciales que se han interpuesto a los médicos sino también mantiene información referente a expedientes o demandas abiertas que puedan estar en fase preventiva o de negociación extrajudicial .

Se entiende como expediente extrajudicial el que se abre cuando un profesional avisa al SRP de una situación conflictiva en espera que pudieran darse acciones litigadoras. El informe o expediente extrajudicial es aquel que contienen toda la información relativa a los eventos, peritajes, entrevistas y documentación clínica pero que no ha iniciado una vía judicial.

Desde Enero de 1986 a 31 de diciembre de 2009 hay registradas un total de 6,952 reclamaciones. Para el desarrollo del presente estudio se clasificaron los eventos que causaron una reclamación en diferentes categorías de acuerdo con los datos clínicos obtenidos en el registro electrónico y de la revisión manual de los expedientes. Hasta la actualidad no existe ninguna otra base de datos equivalente en España.

La utilización o consulta de esta base de datos cuyo programa informático se denomina SASA (programa específico diseñado por los servicios informáticos del COMB para el SRP) es confidencial y exclusiva del personal del servicio SRP. Para la elaboración de la revisión de los expedientes físicamente y para consultar la base de datos fue necesaria una autorización específica y esa labor tuvo que realizarse físicamente en las dependencias

de la oficina de SRP del COMB. Se solicitó autorización expresa al Comité de Ética del COMB obteniéndose la correspondiente autorización para la revisión de todo este material.

La fuente de información aglutina:

- Resumen de datos de la historia clínica
- Declaraciones de los implicados
- Peritajes médicos
- Revisiones de expertos
- Sumarios judiciales
- Seguimiento de los procesos
- Costes de las indemnizaciones

### 2.3.2 Muestra del Estudio

La muestra del estudio está compuesta por todos los expedientes registrados en la base de datos conocida como SASA del CCMC desde 1986 hasta diciembre de 2009 que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

- Supuestos defectos de praxis atribuibles cirujanos vasculares. Es decir cuando un médico , cirujano vascular es acusado por algún daño. (Ejemplo: lesión neurológica tras operación de varices)
- Supuestos defectos de praxis con participación e imputación de cirujanos vasculares. Cuando un cirujano vascular participa en un proceso indirectamente que acaba con un daño o secuela (ejemplo: Paciente que tras intervención traumatológica padece una trombosis venosa y requiere la participación de un cirujano vascular y acaba produciéndose un daño o secuela)
- Supuestos defectos de praxis de actos médicos clasificados como propiamente vasculares. Cuando un médico recibe una reclamación por un tratamiento realizado típicamente por cirujanos vasculares. (Ejemplo: un paciente se ha sometido a un tratamiento estético de varices y ha sido intervenido por un no especialista)

Siguiendo estos tres criterios de inclusión el único criterio que requirió un moderada depuración de datos fue el segundo punto .

En una primera selección de los casos a incluir se obtuvo una primera muestra de 94 expedientes. Tras la revisión de todos ellos se consideró que 3 de los 94 no debían ser incorporados en el estudio quedando finalmente la muestra final de 91 casos. Motivos de exclusión:

CASO 1. Expediente que fue atribuible a Traumatología y apareció incorrectamente clasificado

CASO 2. Expediente atribuible a cirugía cardíaca por problemática en postoperatorio de cirugía valvular.

CASO 3. Expediente con trombosis venosas atribuible a supuesto defecto de praxis sin participación directa o imputación de ningún cirujano vascular.

### 2.3.3 Confección de la base de datos

El estudio se pretende centrar en el análisis de las reclamaciones desde la perspectiva de los procedimientos médicos de riesgo intentando evaluar una serie de variables.

Se confeccionó una base de datos mediante tabla Excel que recogería las siguientes variables cuantitativas:

1. Ámbito de actuación
2. Especialidad del facultativo
3. Cobertura o tipo de centro hospitalario
4. Acto médico o quirúrgico
5. Tipificación de perjuicio o falta
6. Vía de reclamación
7. Vía de resolución
8. Sentencia o resolución
9. Cuantía de indemnización

También se decidió realizar una sub clasificación en dos grandes grupos dentro de la especialidad ya que éstos tienen connotaciones muy diferentes: Grupo Patología venosa y Grupo de patología arterial .

Patología venosa: Se entiende como aquella parte de la especialidad dedicada a la Flebología. Se trata de las enfermedades relacionadas con la patología varicosa. las varices suponen la enfermedad más prevalente de todas la enfermedades vasculares. Así mismo generan una gran cantidad de

procedimientos quirúrgicos que, como cualquier tratamiento quirúrgico, son susceptibles de complicación.

Patología arterial: Se trata de aquellas patologías que afectan al sistema arterial. Son menos prevalentes pero en sí entrañan mayor dificultad, afectan a pacientes más mayores con comorbilidades y su propia naturaleza genera unas posibles complicaciones más graves como la amputación de un miembro o la muerte. Dentro de este grupo se añadieron los casos de enfermedad tromboembólica no ligados al tratamiento de las varices

Una vez analizados los expedientes se realizó una nueva agrupación de expedientes según el tipo de daño registrado o bien dependiendo del procedimiento más específico generador de la demanda.

Dos grandes grupos Patología venosa y Patología arterial y dentro de cada uno de ellos:

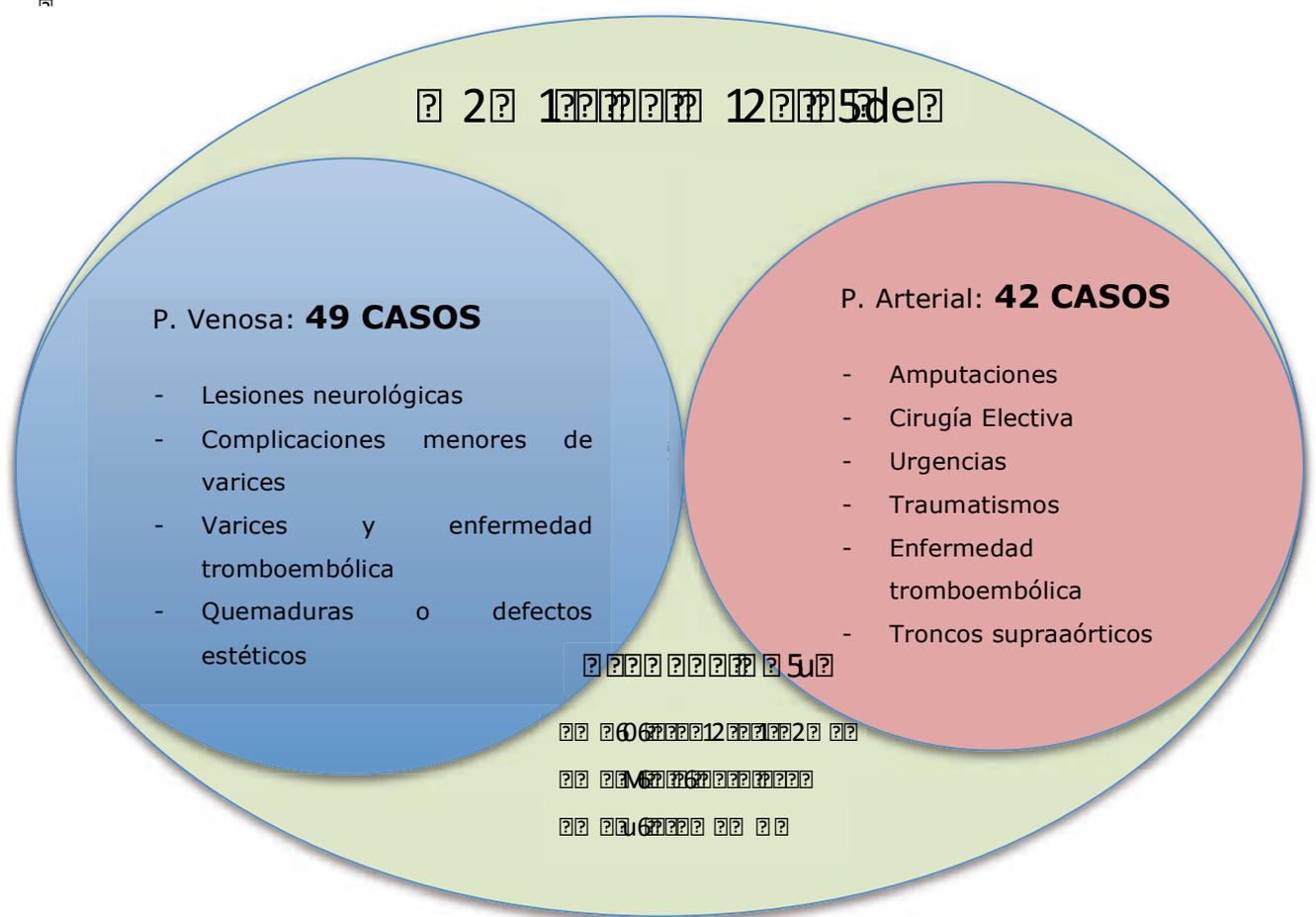
Patología Venosa:

- Lesiones neurológicas
- Complicaciones menores de varices
- Varices y enfermedad tromboembólica
- Quemaduras o defectos estéticos
- Cuerpo extraño

Patología Arterial:

- Amputaciones
- Cirugía Electiva
- Urgencias
- Traumatismos
- Enfermedad tromboembólica
- Troncos supra aórticos
- Miscelánea

Figura 4. Muestra del estudio y subgrupos



#### 2.3.4 Definición de las Variables

##### 1. Ámbito de actuación.

Se distinguieron tres ámbitos probables de actuación aunque tuvieran matices en cuanto a tamaño de institución o características ligadas a la dotación o recursos. Las reclamaciones se dieron en dos posibles lugares.

1.1. Ámbito Hospitalario: entendiéndose de un centro con unas mínimas infraestructuras, camas de hospitalización, urgencias y servicios centrales. Este ámbito no discrimina la titularidad o tipo de prestación administrada en el centro

1.2.Ámbito Extra hospitalario: Se refiere a los actos médicos desarrollados en consultas médicas o centros médicos.

##### 2. Cobertura o tipo de centro .

Se distinguieron entre tres posibilidades

2.1Actividad Privada o mutual. Referido a actividad laboral individual e independiente

2.2 Actividad Pública: Dentro de este grupo se incluyeron los centros públicos "puros" que serían los pertenecientes al Instituto Catalán de la Salut (ICS).

2.3. Actividad XHUP: Grupo de hospitales de carácter mixto cuya actividad fundamental es pública (XHUP: Xarxa Hospitalaria de utilització pública)

### 3. Especialidad del Facultativo.

- 3.1 Cirujano vascular
- 3.2. Cirujano general
- 3.3. Internista o medicina general
- 3.4. Médico de urgencias
- 3.5. Traumatólogo
- 3.6. Cirujano cardiovascular
- 3.7. Facultativo dedicado a medicina estética
- 3.8. Indeterminado

### 4. Acto médico o quirúrgico.

Se diferenciaron aquellas reclamaciones fundamentadas en episodios ligados a un proceso quirúrgico o a un procedimiento médico.

### 5. Motivo principal de la demanda

En cada expediente se realiza una valoración por los expertos del SRP formado por epidemiólogos, especialistas en valoración del daño corporal y abogados que determinan el tipo de perjuicio o defecto de praxis atribuyéndole un motivo o causa de la demanda. Son motivos estándares utilizados en ámbito medico-legal de forma que éstos pueden favorecer las comparativas. Su enumeración no requiere aclaración dada la claridad de los conceptos.

#### 5.1. DEFECTO DE PRÁCTICA

#### 5.2. SECUELAS

#### 5.3. RETRASO ASISTENCIAL

5.3. MALA RELACIÓN CON PROFESIONAL

5.4. ERROR DIAGNÓSTICO

5.5. DEFECTO EN EL SEGUIMIENTO

5.6. DEFECTO EN LA INFORMACIÓN

5.7. COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA

5.8. CONTAGIO

## 6. Vía de reclamación

Hemos de recordar que existen diferentes vías de desarrollo de las demandas. Las diferencias entre las diferentes vías ya se han explicado con detalle en la introducción de la tesis pero a modo de resumen distinguimos entre:

6.1 VIA JUDICIAL . En estos casos existe participación de la autoridad competente. La administración judicial toma partido y puede desarrollarse en los juzgados de Derecho Civil o de Derecho Penal

VIA CIVIL: Existe una demanda cuyo objetivo es demostrar responsabilidad o no para justificar una indemnización por los daños recibidos o secuelas fruto de ese acto/s denunciados.

VIA PENAL: Se acusa al médico de un delito cuya culpabilidad si es demostrada puede conllevar penas de inhabilitación e incluso privación de libertad. En esta vía también se contempla la indemnización por los daños producidos.

6.2. VIA EXTRAJUDICIAL. En este caso se establece una negociación entre los demandantes y los representantes del demandado con el objeto de llegar a una resolución pactada al margen de los juzgados. También puede darse que no exista una reclamación formal sino que se genera un expediente porqué un facultativo realiza una notificación de alguna situación de riesgo o amenaza de ser denunciado. También se clasifican como tal las notificaciones realizadas por pacientes afectados sin que exista continuidad en el proceso.

## 7. Vía de resolución.

Conviene aclarar que una demanda puede iniciarse por una vía y progresar a otra. Una de las circunstancias más frecuentes es que se inicie un proceso judicial pero se acabe "cerrando" o resolviendo el caso a través de un pacto extrajudicial entre las diferentes partes personificado por el abogado demandante y la compañía o compañías representantes del médico.

No es infrecuente es la transformación de un proceso que se inicia por vía CIVIL que por desestimar derecho a indemnización la parte demandante acude a la vía penal para obtener la condena y consecuente indemnización. Por tanto al final también es importante conocer como se finalizan los expedientes y sólo pueden darse tres opciones

### 7.1. CIVIL

### 7.2. PENAL

### 7.3. EXTRAJUDICIAL

Aquellos expedientes cerrados o finalizados se clasificaron en judiciales o extrajudiciales dependiendo si éstos se desarrollaron a través de un proceso judicial civil o penal. Los resultados de ellos se subdividieron en "con" o sin consecuencias" dependiendo de si éste acabó con indemnización o no.

## 8. Sentencia o resolución

Para poder hablar con propiedad hemos de diferenciar entre las decisiones tomadas en un juzgado y las resoluciones que se consiguen al margen de la administración

8.1. SOBRESEIMIENTO O ARCHIVO. Se trata de la decisión tomada por los instructores del caso a través de una vía Judicial (PENAL o CIVIL) que tras recibir y estudiar la demanda ya desestiman dar opción de desarrollar un proceso judicial.

8.2. ACUERDO EXTRAJUDICIAL. Supone que ambas partes se han puesto de acuerdo para cerrar el caso . Este tipo de resolución puede ser incluso propuesta por el propio fiscal del caso cuando se observa en el proceso una situación de difícil resolución. Este acuerdo puede llegar en cualquier vía.

8.3. SENTENCIA ABSOLUTORIA. Una vez se ha desarrollado el juicio (penal o civil) el Juez dictamina y establece en sentencia que el demandado no es culpable y por tanto no debe hacerse responsable ni a él ni a su compañía aseguradora de ningún pago indemnizatorio.

8.4. SENTENCIA CONDENATORIA. Una vez se ha celebrado el Juicio (penal o Civil) el juez dictamina y establece que el demandado es culpable y con la

sentencia detalla cual es la pena y el montante económico con el que debe responder el médico y su compañía aseguradora.

Es importante remarcar que cuando un médico se somete a un juicio penal por imprudencia médica está inmerso en un procedimiento que en caso de sentencia condenatoria la pena privativa de libertad va asociada a la inhabilitación de la profesión de médica con penas que pueden llegar hasta los 8 años.

#### 9. Cuantía de indemnización

Se detallan las cantidades resultantes de los diferentes expedientes donde por acuerdo o por condena se deben abonar al paciente.

Durante la explotación de los resultados se mostrarán los análisis globales y por grupos. Debido a que la muestra es limitada y al realizar los subgrupos por patologías el número queda muy reducido , en los casos que no sea posible no se realizarán test estadísticos y únicamente se realizará una estadística descriptiva .

### 2.3.5 Análisis Estadístico

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico analítico para comparar la tipología de los procedimientos con mayor riesgo de responsabilidad y analizar la asociación con el pago de indemnizaciones elevadas.

El análisis del riesgo de responsabilidad entre los grupos se comparó mediante el análisis de la Chi-cuadrado de Pearson. La comparación de los pagos de las indemnizaciones se llevó a cabo mediante la comparación de medias con la T de Student.

Todos los análisis se realizaron mediante el software estadístico SPSS 12.0.

## **2.4 RESULTADOS**

## Resultados

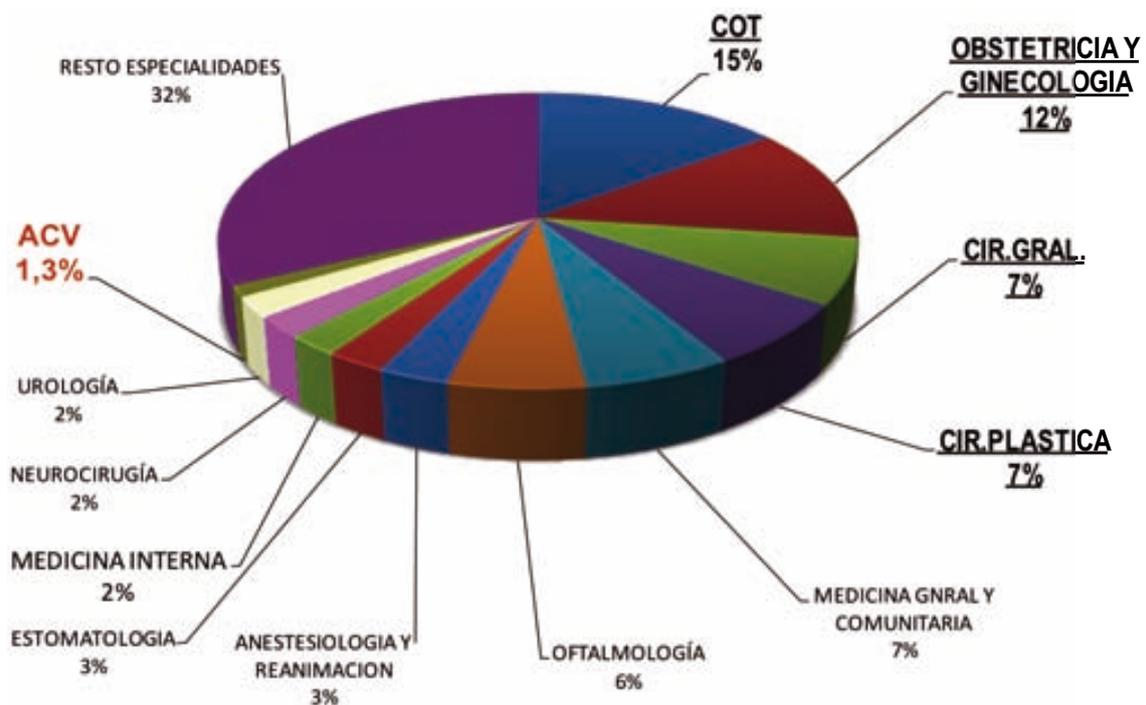
### 2.4.1. Resultado global de las especialidades

De las 6.952 reclamaciones registradas en el SRP del COMB entre 1986 y 2009, 91 (1,3%) se relacionaron directamente con algún procedimiento o complicación médica correspondiente a la especialidad de angiología y cirugía vascular.

La revisión de la base de datos SASA analizada muestra la siguiente frecuencia de reclamaciones en diferentes especialidades

### 2.4.1 Incidencia Por Especialidades

Figura 5. Proporción de nº reclamaciones por total de especialidades



Ct & s M

Una de los primeros hallazgos relevantes ha sido observar la distribución de las reclamaciones comparándolas entre diferentes especialidades. En la figura adjunta se puede observar que la ACV no supone una especialidad con elevado riesgo si lo comparamos con otras especialidades quirúrgicas como la Traumatología o Ginecología que son con diferencia las especialidades más reclamadas.

## 2.4.2 Evolución de las Reclamaciones a lo largo del tiempo

Tal y como se ha podido comprobar en la casuística global de reclamaciones registradas en el COMB la ACV no es una especialidad que acumule un gran número de demandas y por tanto anualmente son pocos casos los que se incorporan . En la tabla adjunta se recoge la frecuencia de aparición de éstas.

Tabla 2.Distribución de las reclamaciones a lo largo de la época estudiada

AÑO	JUDICIALES	EXTRAJUD	ACUERDOS	TOTAL ACV	% ACV	TOTAL ESPECIALIDADES
1986	4		1	5	5,6%	89
1987	1			1	0,9%	116
1988	3			3	1,9%	161
1989	3			3	1,4%	214
1990	2	2		4	1,7%	233
1991	5			5	1,6%	305
1992		1	1	2	0,8%	252
1993	6		1	7	2,7%	263
1994	3			3	0,9%	319
1995	1			1	0,3%	360
1996	2	1		3	0,8%	367
1997	3		1	4	1,2%	346
1998	2	1		3	0,8%	362
1999	2	1	1	4	1,0%	385
2000	1			1	0,3%	329
2001	2	1		3	1,1%	270
2002	3		1	4	1,6%	243
2003	4	1	1	6	1,6%	387
2004	3	2	1	6	1,9%	309
2005	3	2	1	6	1,8%	340
2006	2	3	1	6	2,0%	298
2007	2		2	4	1,2%	345
2008	3		4	7	2,1%	338
2009					0,0%	321
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>91</b>	<b>1,3%</b>	<b>6.952</b>

### 2.4.3 Perfil de los médicos implicados

Uno de los aspectos sorprendentes de la serie hace referencia al perfil de médicos implicados ya que según una primera revisión y según la BBDD consultada el número de especialistas y perfil de profesionales implicados no coincidió con la segunda revisión en la cual se comprobó que un % de cirujanos vasculares titulados no habían depositado o notificado el título de especialista en el COMB y por tanto estaban catalogados como no especialistas. Aún así la cifra no despreciable de no especialistas.

Figura 6. Distribución de especialistas según BBDD

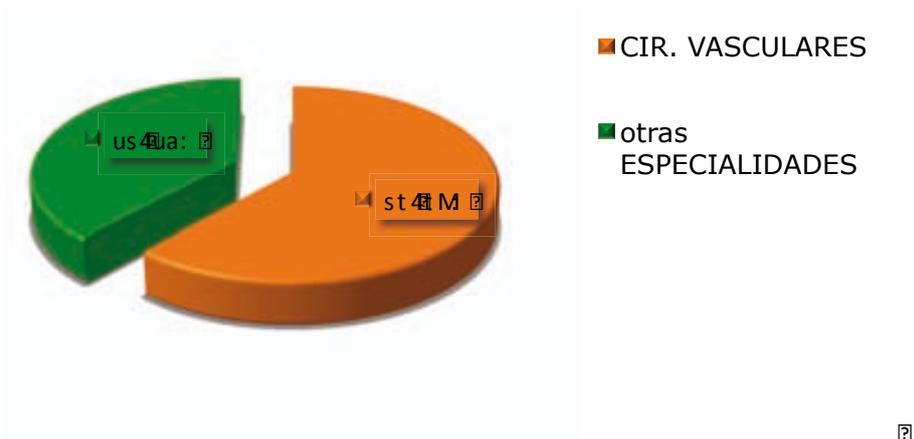
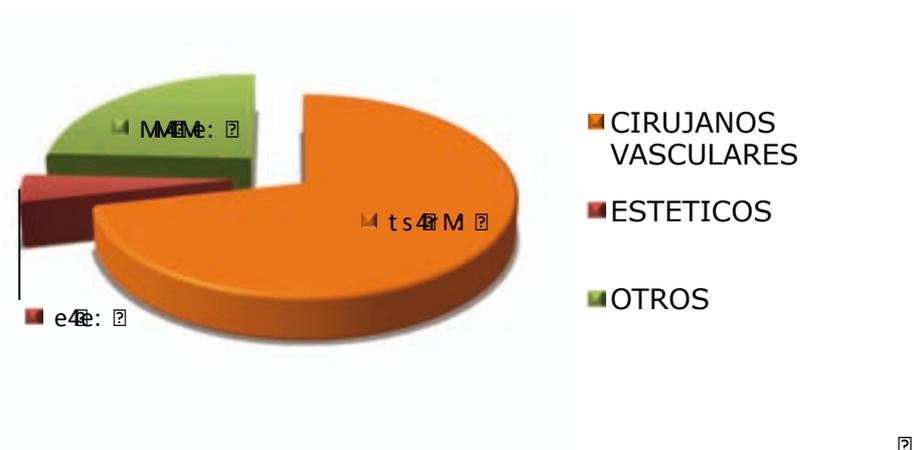


Figura 7. Distribución de especialistas tras comprobación de especialidad



Un dato interesante fue comprobar cuáles fueron las especialidades se vieron envueltas en las reclamaciones y en qué porcentaje intervinieron. En total las reclamaciones afectaron a 65 especialistas en ACV, si bien algunos de ellos tuvieron más de una denuncia.

Tabla 3. Especialidades de los médicos implicados

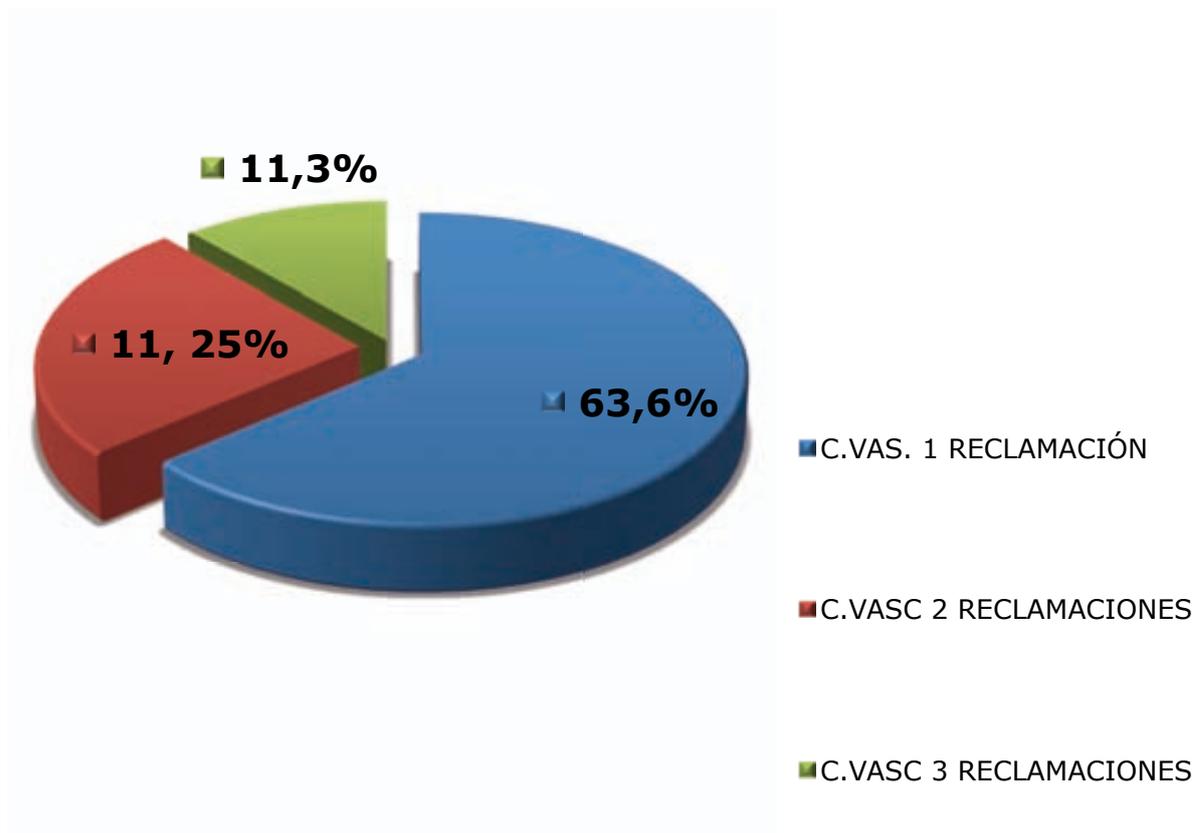
ESPECIALIDAD	Nº
<b>CIRUJANOS VASCULARES</b>	<b>44</b>
<b>MÉDICOS ESTÉTICOS</b>	<b>5</b>
<b>TRAUMATOLOGOS</b>	<b>4</b>
<b>INTERNISTAS /Medicina GENERAL</b>	<b>4</b>
<b>MED. URGENCIAS</b>	<b>3</b>
<b>CIRUJANOS GENERALES</b>	<b>2</b>
<b>CIR. CARDIOVASCULAR</b>	<b>1</b>
<b>SIN IDENTIFICAR</b>	<b>7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>

Lógicamente se vieron implicados una mayoría de especialistas en ACV. (n=44)

Es sorprendente comprobar la reiteración en las reclamaciones a facultativos concretos ya que los 44 cirujanos vasculares, 28 fueron reclamados en una única ocasión, mientras que 5 cirujanos vasculares estuvieron implicados en 3 reclamaciones y 11 en 2 reclamaciones.

En los casos de múltiples reclamaciones, todos los facultativos formaban parte del grupo de especialistas en cirugía vascular. A continuación mostramos la distribución del grupo de cirujanos vasculares.

Figura 8. Gráfico sobre nº reclamaciones por cirujano vascular



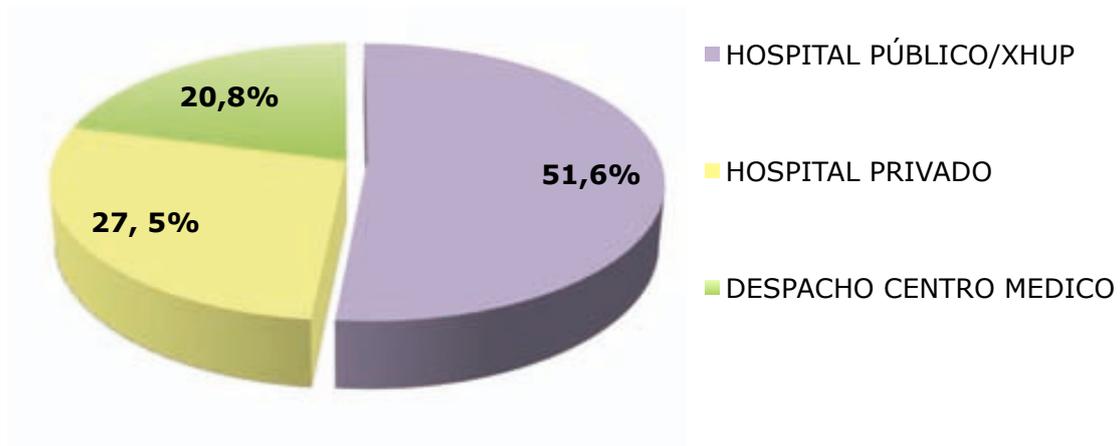


#### 2.4.5 Ámbito asistencial

El tipo de Hospital o centro implicado en los diferentes expedientes se distribuyó de forma similar entre el ámbito público 47 (51,6%) y privado 44 (48,3%).

Dentro de los centros de ámbito privado también distinguimos entre las reclamaciones realizadas en centros hospitalarios de las realizadas a médicos en sus despachos privados o centros médicos que en nuestra serie corresponden a 19 expedientes (21%).

Figura 10. Tipo de centro sanitario implicado



?

?

?

#### 2.4.6 Motivos de reclamación

La distribución de las causas de las diferentes reclamaciones se distribuyen de la siguiente manera tal y como les muestra el gráfico.

Coincidente con la bibliografía relacionada los motivos de reclamación más comunes son los catalogados como defectos de práctica 31,8% (29 expedientes), las secuelas tras procedimiento quirúrgico 29,6% (27 expedientes) y fallos en seguimiento 13,2% (12 expedientes).

Tabla 5. Motivo de reclamación

<b>EVENTO ADVERSO RECLAMADO</b>	<b>Nº CASOS</b>
<b>DEFECTO DE PRÁCTICA</b>	29
<b>SECUELAS</b>	27
<b>FALLO DE SEGUIMIENTO</b>	12
<b>FALLO DIAGNÓSTICO</b>	8
<b>COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA</b>	7
<b>DEFICIENCIAS EN INFORMACIÓN</b>	3
<b>MALA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE</b>	2
<b>RETRASO ASISTENCIAL</b>	1
<b>CONTAGIO ENFERMEDAD</b>	1
<b>TOTAL</b>	91

## 2.4.7 Clasificación de las demandas

Se adjunta la distribución de diferentes patologías en dos grupos y diferentes subgrupos. Como puede comprobarse la mayor parte de los expedientes estuvieron relacionados con procedimientos quirúrgicos (77%).

Tabla 6. Clasificación de las demandas

<b>Patología Venosa</b>	<b>N=49</b>	<b>%</b>	<b>Patología arterial</b>	<b>N=42</b>	<b>%</b>
Lesión neurológica	<b>14</b>	<b>28,6%</b>	Amputaciones	<b>10</b>	<b>23,8%</b>
Quemaduras	<b>11</b>	<b>22,5%</b>	Urgencias	<b>7</b>	<b>16,7%</b>
Trombosis venosa postquirúrgica	<b>7</b>	<b>14,3%</b>	Cirugía electiva	<b>6</b>	<b>14,3%</b>
Seromas	<b>7</b>	<b>14,3%</b>	Trombo embolismo	<b>6</b>	<b>14,3%</b>
Gasa	<b>4</b>	<b>8,2%</b>	Traumatismo	<b>4</b>	<b>9,5%</b>
Complicaciones inespecíficas	<b>3</b>	<b>6,1%</b>	TSA	<b>2</b>	<b>4,7%</b>
Lesión vasos femorales	<b>1</b>	<b>2%</b>	Otros	<b>7</b>	<b>16,7%</b>
Linfedema postquirúrgico	<b>1</b>	<b>2%</b>			
Arritmia y fallecimiento	<b>1</b>	<b>2%</b>			

Las reclamaciones se relacionaron con patología venosa en un 53.8% de los casos (49 expedientes) , correspondiendo los restantes a patología vascular arterial 46,1% (42 expedientes). El grupo de patología venosa recoge fundamentalmente casos relacionados con el tratamiento de varices y sus complicaciones neurológicas, complicaciones trombóticas, secuelas estéticas u otros daños. El grupo de patología arterial engloba otro tipo de situaciones globalmente más graves, con secuelas más invalidantes y con posible resultado de muerte.

#### 2.4.8 Tipo de hospital y reclamaciones

El perfil de paciente y el tipo de intervención realizada en algún caso es diferente dependiendo del centro hospitalario donde se realice. Por supuesto, el bajo número de casos impide realizar un estudio detallado de ciertas tendencias si bien podemos inferir algunas conclusiones. En nuestro análisis estadístico sólo podemos afirmar que las complicaciones ligadas a la lesión neurológica en tratamiento de varices se da más ampliamente en ámbito público 64,3% frente a un 35,7% en la práctica privada. Sin embargo las complicaciones clasificadas como menores (seromas, heridas infectadas, o problemas estéticos post operatorios) son más frecuentes en el ámbito privado . Aunque parece lógico ya que existe más actividad en este ámbito será motivo de discusión porqué las lesiones neurológicas se producen más en el ámbito público. La esclerosis de varices está asociado obviamente a la práctica en ámbito privado y se realiza en un ambiente extrahospitalario.

En la siguiente tabla no se ha diferenciado entre hospitales del ICS o de la XHUP ya que ambos realizan actividad pública o concertada

Tabla 7. Reclamaciones según tipo de hospital

<b>CAUSA VASCULAR</b>	<b>Privado</b>	<b>% Privado</b>	<b>Publico / XHUP</b>	<b>TOTAL</b>	<b>P&lt; 0.005</b>
<b>Lesión neurológica</b>	5	<b>35,7%</b>	9	<b>14</b>	<b>s.e</b>
<b>TROMBOEMBOLIA</b>	7	<b>53,8%</b>	6	<b>13</b>	<b>n.s</b>
<b>Estética-quemaduras</b>	11	<b>100%</b>	0	<b>11</b>	<b>s.e</b>
<b>Amputaciones</b>	2	<b>20,0%</b>	8	<b>10</b>	<b>s.e</b>
<b>Troncos Supra Aórticos</b>	0	<b>0%</b>	2	<b>2</b>	<b>-</b>
<b>Cirugía electiva</b>	1	<b>16,6%</b>	5	<b>6</b>	<b>-</b>
<b>Urgencias</b>	3	<b>42,8%</b>	4	<b>7</b>	<b>-</b>
<b>Gasoma</b>	2	<b>50,0%</b>	2	<b>4</b>	<b>-</b>
<b>Traumatismos</b>	1	<b>25,0%</b>	3	<b>4</b>	<b>-</b>
<b>Complicación menor varices</b>	7	<b>77,4%</b>	2	<b>9</b>	<b>-</b>
<b>Otros</b>	5	<b>38,5%</b>	6	<b>13</b>	<b>s.e</b>
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>48,3%</b>	<b>47</b>	<b>91</b>	<b>n.s</b>

Complicaciones graves como amputaciones, hemorragias, traumatismos e incluso fallecimientos están mas ligados a la práctica pública hospitalaria si bien el tamaño de nuestra muestra no nos permite concluirlo con evidencia estadística.

Realizamos un test estadístico mediante tablas de contingencia y Chi cuadrado comparando el tipo de hospital (público o privado) y el tipo de patología reclamada en cada caso. Si bien conviene tener en cuenta un

sesgo relacionado con el número de expedientes que se generan en el ámbito público que sigue un contencioso administrativo.

El porcentaje de reclamaciones por Patología Arterial o otras enfermedades complejas tratados en un Hospital Privado supusieron un 31% frente al porcentaje de reclamaciones por Patología Venosa tratados en estos mismos Hospitales fue del 63,3%. La comparativa resultó con significación estadística ( $p < 0,010$ ).

Por lo que podemos concluir que los centros privados se ven más implicados en cuestiones de denuncias por temas venosos que no arteriales.

Esta conclusión parece lógica ya que es conocido que la patología más compleja tiende a tratarse en ambientes de hospital público en servicios con más medios humanos y materiales.

## 2.4.9 Resultados de los subgrupos de patologías

A continuación realizaremos un repaso por cada uno de las agrupaciones de reclamaciones para comentar aspectos de interés . Iniciaremos esta revisión con el detalle de las agrupaciones de demandas en subgrupo Patología venosa.

2.4.9.1 Lesión neurológica e intervención de varices

2.4.9.2 Quemaduras estéticas

2.4.9.3 Enfermedad tromboembólica y varices

2.4.9.4 Complicaciones postoperatorias de varices

2.4.9.5 gasa o cuerpo extraño

2.4.9.6 Fallecimiento tras varices

#### 2.4.9.1 Lesión neurológica e intervención de varices

Este grupo es el más numerosos en cuanto a reclamaciones (14 casos), suponiendo un 15,4 % de toda la muestra pero un 28,6% del grupo de patología venosa. En la totalidad de expedientes fueron cirujanos vasculares los demandados y todos se produjeron en un ámbito hospitalario si bien un 64,3 % en centros públicos (9/14). El tipo de reclamación fue en partes iguales relacionado con secuelas postoperatorias (7 casos) como por defecto de práctica (7). La topografía lesional se muestra en la siguiente tabla. Se incluye en la tabla la columna que muestra el tipo de secuela neurológica que acompaña a la lesión del nervio afectado. En las columnas se agrupan los casos que se refieren a la misma lesión.

Tabla 8. Topografía de la lesión neurológica

TIPO LESIÓN	AFECTACIÓN	TIPO DE DAÑO	CASOS	%
<b>Ciático Popliteo Externo</b>	Motora y sensitiva	5 SECUELA 1 DEFECTO	<b>6</b>	42,9%
<b>Ciático poplíteo interno</b>	Motora y sensitiva	1 DEFECTO	<b>1</b>	7,1%
<b>Nervio Safeno interno</b>	Sensitiva	4 DEFECTO	<b>4</b>	28,6%
<b>N. Cutáneo sural</b>	Sensitiva	1 SECUELA 1 DEFECTO	<b>2</b>	14,3
<b>Neuroma</b>	Sensitiva	1 SECUELA	<b>1</b>	7,1%
<b>TOTAL</b>			<b>14</b>	<b>100%</b>

La evolución de los casos se resume a continuación si bien cabe destacar la alta probabilidad de requerir una indemnización sea por una vía judicial como por condena. Así mismo de los 14 casos se pudieron cerrar todos excepto uno que quedó en situación preventiva

Tabla 9. Inicio y evolución de los casos de lesión neurológica

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>3</b>
<b>CIVIL</b>	<b>4</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>6</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>1</b>

Tabla 10. Resoluciones en lesión neurológica

LESIÓN NEUROLÓGICA	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

La media de indemnización en los casos de lesión neurológica fue de 46.598 euros, siendo las indemnizaciones dictaminadas por vía judicial un 27 % más elevadas. Lo cual confirma la conveniencia de potenciar una política pactista o negociadora.

La cifra total de pagos en indemnizaciones fue de 257.256€, siendo la mayor cantidad por siniestro de 91.954€ y la menor de 10.000€ .

Tabla 11. Indemnizaciones en lesiones neurológicas

<b>LESIÓN NEUROLÓGICA</b>	<b>Euros</b>
<b>1 CIATICO POPLITEO EXTERNO</b>	91.954
<b>2 CIATICO POPLITEO EXTERNO</b>	30.546
<b>3 CIATICO POPLITEO EXTERNO</b>	10.000
<b>1 SAFENO INTERNO</b>	14.000
<b>2 SAFENO INTERNO (LASER)</b>	20.000
<b>CIATICO POPLITEO INTERNO</b>	90.000

Se realizó análisis comparativo para saber si existía relación entre lesión neurológica y responsabilidad, comparando los pacientes con responsabilidad sin estar implicados en reclamaciones por lesión neurológica (18/77;31%) con aquellas reclamaciones con responsabilidad y lesión nerviosa (8/14;57,1%) .

Pudimos concluir que la lesión neurológica está fuertemente asociada a tener responsabilidad en el proceso de reclamación. (p=0,010 )

#### 2.4.9.2 Quemaduras estéticas

Supone el tercer grupo más numeroso en reclamaciones después del grupo de enfermedad tromboembólica tal como veremos más adelante. Este tipo de lesiones representa el 12,1% (11 casos) de la muestra, y un 22,5% del grupo de patología venosa. Todos se dan en un ámbito de medicina privada y 4 en centro hospitalario. Este tipo de complicaciones se enmarcan en el tratamiento, excepto un caso, de lesiones estéticas o imperfecciones cosméticas vasculares. En este grupo se vieron demandados dos facultativos que realizaban tratamientos de medicina estética y nueve cirujanos vasculares. El 63,6% (7 casos) se relacionan con un tratamiento de varices con técnicas de esclerosis donde estuvieron incluidos los dos médicos no especialistas. El 36,4% se trata de procedimientos relacionados con aplicación de láser percutáneo (3 casos) para lesiones dérmicas tipo arañas vasculares y un tratamiento de láser endoluminal en 1 paciente con varices tronculares. En el cuadro adjunto se inserta el tipo de falta registrado.

Tabla 12. Tipo de lesiones estéticas o quemaduras

LESION	LASER	ENDO LASER	ESCLEROSIS	TIPO DAÑO	CASOS	%
<b>QUEMADURA</b>	3	1		2 SECUELA 2 DEFECTO	<b>4</b>	36,4%
<b>MANCHA</b>			1	1 SECUELA	<b>1</b>	9,0%
<b>NECROSIS CUTANEA</b>			6	3 SECUELA 3 DEFECTO	<b>6</b>	54,6%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>		<b>11</b>	<b>100%</b>

El desarrollo de los casos se muestran a continuación

Tabla 13. Inicio y evolución de los casos de quemaduras

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>3</b>
<b>CIVIL</b>	<b>2</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>4</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>2</b>

Tabla 14. Resoluciones de los casos de quemaduras

LESIÓN QUEMADURAS	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

La cifra total de indemnizaciones se adjunta a continuación. Obsérvese que las cifras son diversa aunque el tipo de lesión o secuela pueda ser similar.

Tabla 15. Indemnizaciones en subgrupo de quemaduras

<b>QUEMADURAS ESTÉTICAS</b>	<b>Euros</b>
<b>1 QUEMADURA LASER ARGON</b>	4.808,1
<b>2 QUEMADURA LASER ARGON</b>	15.025
<b>QUEMADURA ENDOLASER</b>	10.000
<b>1 NECROSIS CUTANEA ESCLER.</b>	16.300
<b>2 NECROSIS CUTANEA ESCLER.</b>	7.594,10
<b>MANCHAS TRAS ESCLEROSIS</b>	18.000

También se efectuó análisis comparativo para saber si existía relación entre este tipo lesión estética y responsabilidad, mediante Chi.Cuadrado resultando no estadísticamente significativa con una  $p < 0,05$  . ( $p=0,156$ )

Pudimos concluir que aunque la lesión estética aparentemente está fuertemente asociada a tener responsabilidad en el proceso de reclamación, el tamaño de la muestra no permite concluirlo con suficiente evidencia.

### 2.4.9.3 Enfermedad tromboembólica y varices

La enfermedad tromboembólica (ETE) supone una de aquellas patologías más frecuentemente demandadas en todas las series consultadas. En nuestro estudio hemos dividido en dos grupos los expedientes ya que un grupo de 7 reclamaciones están directamente relacionadas con la cirugía de varices y las otras 6 pertenecen a un grupo de miscelánea. En el cuadro adjunto se distingue entre las diferentes técnicas. Concretamente son 7 expedientes que corresponden al 14,3% de los casos de patología venosa y un 7,7% del total del estudio. Todos se produjeron en ámbito hospitalario (3 XHUP, 4 centros privados). En 6 de 7 se relaciona la demanda con la aparición de una trombosis venosa en el transcurso del postoperatorio de un tratamiento de varices, excepto un caso de esclerosis con la posterior complicación. Ésta fue realizada por un médico estético. La mayoría de los implicados fueron 5 cirujanos vasculares, 1 cirujano general y 1 médico estético.

Tabla 16. Tratamiento de varices y trombosis venosa profunda

<b>TÉCNICA</b>	<b>TIPO DAÑO</b>	<b>CASOS</b>
<b>CHIVA</b>	1 COMPLICACIÓN	<b>1</b>
<b>CIRUGIA CLÁSICA</b>	2 FALTASEGUIMIENTO 1 DEFECTO PRÁCTICA 2 SECUELA	<b>5</b>
<b>ESCLEROTERAPIA</b>	1 SECUELA	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>

A continuación se muestra como se solucionaron los casos y parece intuirse ya que la casuística no nos permite realizar deducciones basadas en una muestra significativa, que al tratarse de una complicación esperable aunque no común es difícil que exista condena, siendo más lógico el sobreseimiento o absolución.

Tabla 17. Inicio y evolución de trombosis venosa tras varices

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>1</b>
<b>CIVIL</b>	<b>2</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>1</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>3</b>

Tabla 18. Resoluciones trombosis tras tratamiento de varices

TROMBOSIS TRAS VARICES	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS=</b> <b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

En el único caso en que se realizó una indemnización se pagaron 121.129 €. donde se llegó a un acuerdo en uno de los casos de falta de seguimiento en un proceso donde los informes periciales de la parte demandante hicieron

mucha incidencia en la profilaxis de este paciente por padecer de base una enfermedad predisponente.

Tabla 19. Indemnizaciones en enfermedad tromboembólica y varices

<b>TROMBOSIS Y VARICES</b>	<b>Euros</b>
<b>CIRUGIA CLÁSICA</b>	121.129

El análisis comparativo mediante Chi Cuadrado para saber si existía relación entre este tipo de complicación y responsabilidad, resultó no ser estadísticamente significativo una ( $p > 0,05$ ). ( $p = 0,449$ )

#### 2.4.9.4 Complicaciones postoperatorias de varices

A continuación se indican un conjunto de expedientes que hacen referencia a diferentes tipos de complicación de heridas, seromas, problemas de cicatrización o dolor. Suponen 11 expedientes, es decir un 22,4% de los casos de patología venosa y un 12,1 del total del estudio. La totalidad de casos se realizaron cirujanos vasculares en Hospitales, 8 de los cuáles eran centros privados frente a dos de la XHUP y un hospital del ICS. Dada la heterogeneidad de la muestra se adjunta listado de casos.

Tabla 20. Complicaciones quirúrgicas de las varices

<b>COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS</b>	<b>TIPO DAÑO</b>	<b>CASOS</b>
<b>MALA CICATRIZACIÓN</b>	SECUELA	<b>1</b>
<b>GRANULOMA POSTOPERATORIO</b>	DEFECTO PRACTICA	<b>1</b>
<b>VARICES RESIDUALES</b>	DEFECTO PRACTICA	<b>1</b>
	DEFECTO INFORMATIVO	<b>1</b>
<b>EDEMA</b>	COMPLICACIONES	<b>1</b>
<b>HEMATOMA</b>	DEFECTO INFORMATIVO	<b>1</b>
<b>DOLOR</b>	SECUELA	<b>1</b>
<b>QUEMADURA BISTURÍ ELÉCTRICO</b>	SECUELA	<b>1</b>

<b>LINFEDEMA</b>	DEFECTO PRACTICA	<b>1</b>
<b>AUSENCIA EFECTO MESOTERAPIA</b>	DEFECTO PRACTICA	<b>1</b>
<b>LESION ARTERIA Y VENA FEMORAL</b>	DEFECTO PRACTICA	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>

El desarrollo de los expedientes mostró una tendencia favorable al facultativo si bien el caso de quemadura de piel con bisturí eléctrico durante una intervención de varices tuvo que ser indemnizado con 15.025€. tras haberse iniciado un juicio penal que acabó en acuerdo extrajudicial. Existe mayoría de sobreseimientos o archivos tal como puede comprobarse. Sin embargo en otro expediente relacionado con la aparición de un linfedema tras la intervención se interpuso una demanda civil que acabó con sentencia favorable al demandante el cual recibió 18.000€.

Tabla 21. Inicio y evolución de reclamaciones tras cirugía de varices

<b>VIA</b>	<b>CASOS</b>
<b>PENAL</b>	<b>6</b>
<b>CIVIL</b>	<b>1</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>0</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>4</b>

Tabla 22. Resoluciones de complicaciones postquirúrgicas de varices

COMPLICACIÓN OPERATORIA	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 11</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

En este subgrupo se considero adecuado llegar a un acuerdo en 2 casos y hubieron dos indemnizaciones relacionadas con éstos a los que se añadió la indemnización de la condena. Es posible que exista archivo del caso asociado a un acuerdo, situación que se produjo en el caso de la lesión de arteria femoral.

Tabla 23. Indemnizaciones en subgrupo de complicaciones post operatorias de varices

COMPLICACIONES VARIADAS	Euros
<b>QUEMADURA BISTURÍ</b>	15.025
<b>LINFEDEMA POSTOPERATORIO</b>	18.000
<b>LESION ARTERIA FEMORAL</b>	60.101

El análisis comparativo mediante Chi.Cuadrado para saber si existía relación entre este tipo de complicación y responsabilidad, resultó no ser estadísticamente significativo una ( $p > 0,05$ ). ( $p = 0,328$ )

#### 2.4.9.5 gasa o cuerpo extraño

Esta situación o efecto adverso es una reclamación común en cualquier ámbito de la cirugía. En nuestra serie se recoge en cuatro ocasiones representando un 8,2% de las complicaciones venosas y un 4,4% de todas las demandas.

Estuvieron implicados cuatro cirujanos vasculares, dos en ámbito hospitalario público y dos en centros privados. En todos los casos se trató del olvido de una gasa en la herida inguinal.

Fueron etiquetados como dos defectos de práctica y dos como complicaciones, si bien lo correcto hubiera sido que los cuatro se consideraran DEFECTO DE PRACTICA.

Tabla 24. Inicio y evolución de cuerpo extraño

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>0</b>
<b>CIVIL</b>	<b>2</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>2</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>0</b>

Tabla 25. Resoluciones de cuerpo extraño

CUERPO EXTRAÑO	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

En uno de los casos iniciados como vía civil se convirtió en juicio penal que finalmente falló con el archivo del caso. Hubo una condena vía civil a pagar 11.200€ al demandante. La totalidad de las indemnizaciones ascendió a 38.564€ y se detallan a continuación.

Tabla 26. indemnizaciones en subgrupo de cuerpo extraño tras cirugía de varices

<b>COMPLICACIONES VARIADAS</b>	<b>Euros</b>
<b>1 GASA CUERPO EXTRAÑO</b>	11.200
<b>2 GASA CUERPO EXTRAÑO</b>	12.820
<b>3 GASA CUERPO EXTRAÑO</b>	13.823

#### 2.4.9.6 Fallecimiento tras varices

Existe un caso excepcional inclasificable debido a una muerte fortuita en el postoperatorio de varices. Un cirujano vascular en un hospital de la XHUP intervino a un paciente de varices. En el postoperatorio el paciente se levantó de la cama y al parecer sufrió una muerte súbita por un probable problema de arritmia. El caso quedó en situación preventiva. No se inició ningún proceso judicial.

No se aplicaron estadísticos dado el bajo número de casos implicados en el subgrupo.

A continuación se presentarán los casos de reclamaciones que afectan a un grupo de patologías o situaciones más heterogéneas y también con repercusiones más graves. Este grupo de patologías queda enmarcada como Grupo de Patología arterial.

2.4.9.7 Amputaciones

2.4.9.8 Urgencias

2.4.9.9 Cirugía arterial directa

2.4.9.10 Traumatismos

2.4.9.11 Enfermedad tromboembólica

2.4.9.12 Troncos supraaórticos

2.4.9.13 Miscelánea

#### 2.4.9.7 Amputaciones

Lamentablemente nuestra especialidad trata situaciones de gran complejidad y con una elevada morbimortalidad. La enfermedad arterial periférica o los problemas agudos de lesión vascular con este desenlace no son excepcionales. A continuación se detallan los motivos de reclamación.

Tabla 27. Detalle de demandas sobre amputaciones

<b>AMPUTACIONES</b>	<b>TIPO DE DAÑO</b>	<b>CASOS</b>
<b>GANGRENA SIN DIAGNOSTICO</b>	<b>ERROR DIAGNOSTICO</b>	<b>1</b>
<b>ISQUEMIA AGUDA SIN DIAGNOSTICO</b>	<b>ERROR DIAGNOSTICO</b>	<b>2</b>
<b>MAL PERFORANTE SIN TRATAMIENTO</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>1</b>
<b>COMPLICACIÓN DE AMPUTACIÓN CON GANGRENA GASEOSA MUERTE</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>2</b>
<b>COMPLICACIÓN ANEURISMA</b>	<b>COMPLICACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>INYECCIÓN ERRÓNEA INTRARTERIAL</b>	<b>DEFECTO PRACTICA</b>	<b>1</b>
<b>AMPUTACIÓN PIERNA EQUIVOCADA</b>	<b>DEFECTO INFORMACION</b>	<b>1</b>
<b>AMPUTACIÓN FALANGE EQUIVOCADAS</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>

Nuestra muestra cuenta con 10 expedientes, un 23,8% de los casos arteriales y un 10,9 % del total. Se dio en un ámbito hospitalario en todos los casos excepto en una a demanda generada tras un defecto de diagnóstico en un paciente encamado en domicilio. Este caso estuvo implicado un médico generalista. En el resto todo fueron cirujanos vasculares. El perfil de hospitales estuvo formado por dos centros privados , dos de titularidad ICS y dos de la XHUP. El análisis de este tipo de situación puede sugerir situaciones tan inexplicables como inverosímiles. Del estudio de los expedientes conviene esclarecer que algunos casos llamativos como las amputaciones en lugar equivocado se desarrollan en escenarios complejos.

A continuación mostramos la evolución de los casos y que vías judiciales se utilizaron y como se resolvieron.

Tabla 28. Inicio y desarrollo de demandas sobre amputaciones

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>3</b>
<b>CIVIL</b>	<b>2</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>2</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>3</b>

Tabla 29. Resoluciones en las Amputaciones

AMPUTACIONES	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Se produjeron tres trasvases de vías judicial civil a penal resolviéndose las tres como absoluciones. Sin embargo se cerraron tres acuerdos extrajudiciales de alta cuantía. Uno de ellos el resultado fue la muerte tras una gangrena húmeda en el postoperatorio de una amputación a un nivel inferior. En este caso se indemnizó con 49.282€. El caso de la amputación digital de mano por inyección intraarterial errónea supuso una compensación de 60.101€. El caso motivado por un error en el correcto diagnóstico de una isquemia aguda con resultado de amputación fue indemnizado con 117.716€.

Tabla 30. indemnizaciones en subgrupo de amputaciones

<b>INDEMNIZACIONES</b>	<b>Euros</b>
<b>ISQUEMIA AGUDA SIN DX</b>	117.716
<b>GANGRENA GASEOSA MUERTE</b>	49.282
<b>AMPUTACIÓN FALANGES</b>	60.101

El análisis comparativo mediante Chi.Cuadrado para saber si existía relación entre este tipo de complicación y responsabilidad, resultó no ser estadísticamente significativo una ( $p > 0,05$ ). ( $p = 0,966$ )

#### 2.4.9.8 Urgencias

La atención urgente siempre supone una fuente de problemas. Nuestra serie recoge 7 casos, 16,6% del grupo arterial que equivale al 7,7% del total. Cuatro expedientes corresponden a eventos hospitalarios y tres extra hospitalarios, que corresponden a centros privados. Los otros centros fueron tres de la XHUP y uno del ICS. Se vieron involucrados tres cirujanos vasculares, tres especialistas de Unidad de Cuidados Intensivos y un médico de urgencias.

Tabla 31. Detalle de demandas de casos generados en Urgencias.

ATENCIÓN EN URGENCIAS	TIPO DAÑO	CASOS
<b>HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ANTICOAGULACION POR TVP</b>	ERROR DIAGNÓSTICO	<b>1</b>
<b>EMBOLIA PULMONAR ASOCIADO A HERIDAS EEII</b>	SECUELA* MUERTE	<b>1</b>
<b>HEMATOMA RETROPERITONEAL POR ANTICOAGULACIÓN</b>	DEFECTO SEGUIMIENTO	<b>1</b>
<b>ANEURISMA DE AORTA ROTO</b>	SECUELA* MUERTE	<b>2</b>
<b>COMPLICACIÓN ANEURISMA POPLITEO</b>	ERROR DIAGNÓSTICO	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>

Como puede verse la casuística es heterogénea y en los tres primeros casos el motivo que genera la demanda corresponde a una problemática de sangrado de origen farmacológico.

Tabla 32. Inicio y desarrollo de demandas sobre atención e Urgencias

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>6</b>
<b>CIVIL</b>	<b>1</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>0</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>3</b>

Tabla 33. Resoluciones de demandas de urgencias

URGENCIAS	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Tabla 34. indemnizaciones en subgrupo de URGENCIAS

INDEMNIZACIONES	Euros
<b>HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ANTICOAGULACIÓN</b>	34.112

En este subgrupo se produjeron tres defunciones. Dos pacientes que acudieron a urgencias con cuadros clínicos confusos y estando en Urgencias sufrieron una muerte súbita sin que ningún cirujano estuviera a tiempo de solucionar la complicación.

El otro fallecimiento afectó a un paciente afecto de una enfermedad periférica con lesiones de ambas extremidades inferiores que durante su estancia en urgencias sufrió una embolia pulmonar y falleció. La argumentación de los expedientes promovió la sentencia absolutoria y tres sobreseimientos. Sin embargo en el caso indemnizado se trató de una complicación médica por sobredosificación de anticoagulante que motivó una hemorragia grave retroperitoneal. En este caso la parte demandante inició el proceso por vía civil que al perder lo convirtió en una vía penal. Aún así el juez dictaminó absolución si bien se determinó que el demandante tenía derecho a una compensación económica.

Debemos tener en cuenta que cuando hablamos de la atención en Urgencias hemos querido seleccionar aquellas situaciones ligadas a la práctica de la cirugía vascular arterial ya que podríamos haber incluido en este capítulo los episodios de embolismo pulmonar que frecuentemente aparecen en el hospital accediendo por el área de urgencias.

#### 2.4.9.9 Cirugía arterial directa

La especialidad de ACV trata patologías de elevada morbimortalidad no sólo por representar procedimientos que entrañan cierta dificultad sino porque los pacientes que trata suelen tener factores de riesgo avanzados. Este grupo está formado por 6 demandas (14,3% del grupo arterial y 6,6% de la muestra total). Todos se desarrollaron en ámbito hospitalario: 3 ICS, 2 XHUP, 1 Privado. Afectaron a tres cirujanos vasculares, un cirujano cardiovascular y dos especialistas que no pudieron identificarse.

Tabla 35. Detalle de demandas tras cirugía arterial electiva .

CIRUGÍA ELECTIVA	TIPO DAÑO	ESPECIALISTA	CASOS
<b>PARAPARESIA TRAS BYPASS AORTOBIPOPLITEO</b>	DEFECTO PRÁCTICA	CIR. VASCULAR	<b>1</b>
<b>ISQUEMIA CEREBRAL TRAS EMBOLIZACIÓN CAROTIDA EXTERNA</b>	DEFECTO PRÁCTICA	¿?	<b>1</b>
<b>ROTURA AORTICA TRAS ANGIOPLASTIA. BYPASS AORTOBIFEMORAL CON PARESIA DISTAL</b>	SECUELA	CIR. VASCULAR	<b>1</b>
<b>PSEUDOANEURISMA HUMERAL INTERVENIDO CON NEUROPRAXIA</b>	DEFECTO PRACTICA	CIR. VASCULAR	<b>1</b>
<b>CIRUGÍA DOBLE LESIÓN AÓRTICA</b>	SECUELA* EXITUS	CARDIOVASC.	<b>1</b>
<b>SINDROME COLA DE CABALLO TRAS ANESTESIA BYPASS</b>	DEFECTO PRÁCTICA	¿?	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>			<b>6</b>

El desarrollo de los expedientes mostró la complejidad de la patología de base y se resolvieron todos los casos si bien se llegó a un acuerdo en el caso de monoparesia tras bypass aorto-bifemoral. Esta cirugía se realizó normalmente pero presentó una obstrucción de la derivación realizada lo que obligo a reintervenirse pasadas unas horas. Tras la segunda intervención el paciente presentó una parálisis motora que afectaba a una pierna desde el muslo.

Tabla 36. Inicio y desarrollo de demandas sobre cirugía electiva

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>4</b>
<b>CIVIL</b>	<b>2</b>

Tabla 37. Resoluciones en cirugía arterial electiva

CIRUGIA ELECTIVA	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Tabla 38. indemnizaciones en subgrupo de cirugía electiva

INDEMNIZACIONES	Euros
<b>PARAPARESIA TRAS BYPASS</b>	120.000

#### 2.4.9.10 Traumatismos

Nuestra serie registra cuatro demandas en casos de traumatismos. Éstos representan el 9,5% del grupo arterial y el 4,4 % del total. Hubo involucración de dos traumatólogos un cirujano general y un cirujano vascular. Se generaron 3 en ámbito hospitalario y uno un centro médico privado. Los hospitales fueron dos de la XHUP y uno del ICS.

Tabla 39. Detalle de demandas y traumatismos .

TRAUMATISMOS	TIPO DAÑO	ESPECIALISTA	CASOS
<b>POLITRAUMATISMO SHOCK HIPOVOLÉMICO</b>	SECUELAS* EXITUS	CIR. VASCULAR	<b>1</b>
<b>ROTURA DE AORTA DETENIDO EN CUSTODIA</b>	DEFECTO PRÁCTICA* EXITUS	TRAUMA	<b>1</b>
<b>TRAUMATISMO HUMERAL</b>	ERROR DX	CIR. GENERAL	<b>1</b>
<b>TRAUMATISMO EEII SINDROME COMPARTIMENTAL</b>	DEFECTO PRACTICA	TRAUMA	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>			<b>4</b>

Es interesante resaltar del primer expediente referente al poli traumatizado que la lectura detallada del mismo muestra una situación de enfrentamiento

entre profesionales. Los facultativos de guardia que debían actuar el día del accidente no se pusieron de acuerdo en el orden de actuación. Ello motivó diferentes escenas de tensión que quedaron reflejadas en las declaraciones de ambas partes. Este expediente fue el único que mereció indemnización según acuerdo si bien fue archivado por el juzgado de lo penal.

Tabla 40. Inicio y desarrollo de demandas sobre Traumatismos

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>4</b>

Tabla 41. Resoluciones en Traumatismos

TRAUMATISMOS	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCION	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Tabla 42. indemnizaciones en subgrupo de Traumatismos

INDEMNIZACIONES	Euros
<b>POLITRAUMATISMO Y EXITUS</b>	180.000

#### 2.4.9.11 Enfermedad tromboembólica

Como ya se ha comentado anteriormente hemos realizado una separación entre los casos de trombosis ligada al tratamiento de varices y los casos relacionados con otras situaciones aunque estuvieran ligadas a diversas etiologías. Aun tratándose de una patología médica presenta una importante mortalidad como veremos a continuación. Se incluyen 6 demandas (14,3% del grupo arterial y 6,6% de la muestra total), sin embargo si añadimos los casos de trombosis ligados a cirugía la Enfermedad tromboembólica (ETE) acumula 13 demandas, la segunda en frecuencia tras la lesión neurológica.

A continuación se describen brevemente los motivos de la reclamación.

Tabla 43. Detalle de demandas relativas a ETE

ENFERMEDAD TROMBO EMBOLICA	TIPO DAÑO	ESPECIALISTA	CASOS
<b>TROMBOSIS VENOSA – TEP EXITUS</b>	<b>SECUELA * EXITUS</b>	<b>CIR. VASCULAR</b>	<b>1</b>
<b>TVP INMOVILIZACIÓN YESO</b>	<b>ERROR DIAGNÓSTICO</b>	<b>TRAUMA</b>	<b>1</b>
<b>TEP Y LESION NEUROLOGICA DISTAL SDME VOLKMANN</b>	<b>SECUELA</b>	<b>M. INTERNA</b>	<b>1</b>
<b>TEP MASIVO EN CONTEXTO DOLOR MUSCULAR EXITUS</b>	<b>SECUELA* MUERTE</b>	<b>M.INTERNA</b>	<b>1</b>
<b>TVP ILIOFEMORAL</b>	<b>ERROR DIAGNÓSTICO</b>	<b>M.INTERNA</b>	<b>1</b>
<b>TEP MASSIVO TRAS ARTROSCOPIA</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>TRAUMA</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>			<b>6</b>

De los 6 expedientes en dos se trataron fuera del hospital (uno en centro dependiente de la XHUP y otro privado). Tres casos provenían de la práctica privada y los otros tres de ámbito XHUP. Se vieron implicados en estas reclamaciones un cirujano vascular, tres médicos generalistas y dos traumatólogos.

Es significativo que dentro de este pequeño subgrupo se recojan tres de las 15 defunciones de todo nuestra muestra. La evolución de los casos se muestran a continuación.

Tabla 44. Inicio y desarrollo de demandas sobre ETEV / TEP

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>4</b>
<b>CIVIL</b>	<b>2</b>

Tabla 45. Resoluciones en ETEV

ETEV /TEP	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCION	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Tabla 46. indemnizaciones en subgrupo de ETEV

INDEMNIZACIONES	Euros
<b>SDME. VOLKMANN</b>	10.393
<b>TEP MASSIVO</b>	210.825

La condena del grupo de estudio se refiere al caso de TEP masivo tras artroscopia ya que durante el juicio se demostró que el Traumatólogo implicado no prescribió la profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) que todas las guías actuales contemplan. Este juicio celebró en dos instancias ya que hubo una primera sentencia absolutoria pero los demandantes acudieron a una instancia superior que dictaminó culpa y obligación de indemnizar a la familia del fallecido.

#### 2.4.9.12 Troncos supraaórticos

Sólo dos expedientes se han recogido que se refieran a patología de los troncos supraaórticos (TSA). Representan el 4,7% del grupo arterial y el 2,2% del global. Son demandas que se generaron en hospitales públicos , uno con cirugía y otro derivado de un cateterismo arteriográfico. Afectó a un cirujano vascular una y a la otra a un angiorradiólogo.

Tabla 47. Detalle de demandas relativas a troncos supra aórticos

<b>TSA</b>	<b>TIPO DAÑO</b>	<b>ESPECIALISTA</b>	<b>CASOS</b>
<b>ACCIDENTE VASCULAR POR CATETERISMO SELECTIVO</b>	DEFECTO PRÁCTICA	ANGIORRADIÓLOGO	<b>1</b>
<b>ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL TRAS CIRUGÍA</b>	COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA	CIR. VASC	<b>1</b>

Ambos casos suponen ponen en manifiesto los riesgos de cada una de las técnicas que se aplicaron. En el caso del cateterismo se trataba de un estudio diagnóstico que presentó un espasmo arterial con el consiguiente cuadro de isquemia cerebral. En la lectura del sumario no se observan anomalías.

El segundo caso es una complicación probable de este tipo de cirugía y tampoco se determinó responsabilidad por opinar que se trataba de un riesgo conocido.

Tabla 48. Inicio y desarrollo de demandas sobre TSA

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>1</b>
<b>CIVIL</b>	<b>1</b>

Tabla 49. Resolución de TSA

TSA	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCION	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS=</b> <b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

En ninguno de los casos se reconoció derecho a indemnización.

### 2.4.9.13 Miscelánea

Dentro de este subgrupos incluyen expedientes de situaciones difícilmente agrupables. Se trata de 7 expedientes que afectan a dos casos de ámbito extra hospitalario. Por su heterogeneidad se adjuntan detalles en la tabla los motivos de reclamación.

Tabla 50. Detalle de demandas sobre miscelánea

MISCELÁNEA	TIPO DAÑO	ESPECIALISTA	ÁMBITO	CASOS
<b>TROMBOSIS MESENTÉRICA EXITUS</b>	RETRASO ASISTENCIAL	CIR. GENERAL	EXTRAH. PRIVADO	<b>1</b>
<b>TRANSFUSIÓN VIH</b>	CONTAGIO	CIR. VASC.	HOSP.ICS	<b>1</b>
<b>PUNCIÓN GASOMETRÍA PSEUDOANEURISMA</b>	SECUELAS	CIR. VASC.	HOSP ICS	<b>1</b>
<b>HERIDA CRÓNICA</b>	MALA RELACIÓN	CIR. VASC.	EXTRAH. PRIVADO	<b>1</b>
<b>ACCIDENTE VASCULAR TRAS FIBRINOLISIS TVP</b>	DEFECTO SEGUIMIENTO	CIR.VASC.	HOSP.ICS	<b>1</b>
<b>FRACTURA BIMALEOLAR</b>	SECUELAS	TRAUMA	HOSP. PRIVADO	<b>1</b>
<b>ANTICOAGULACIÓN EXITUS</b>	DEFECTO SEGUIMIEMTO	CIR.VASC.	HOSP XHUP	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>				<b>7</b>

De todos los expedientes detallados, únicamente el referente al cuidado de una herida crónica por parte de un despacho profesional no progresó de una notificación preventiva. En esta reclamación se manifestaba una falta de

entendimiento entre la familia y afectado con la enfermera que llevaba o cuidaba de las lesiones del paciente. También conviene destacar las dos defunciones si bien las analizaremos en un capítulo específico.

Tabla 51. Inicio y desarrollo de demandas sobre miscelánea

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>4</b>
<b>CIVIL</b>	<b>1</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>1</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>1</b>

Tabla 52. Resoluciones Miscelánea

MISCELÁNEA	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCION	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

La única indemnización se decidió por acuerdo extrajudicial en el caso de la fractura bimalleolar que requirió de diferentes intervenciones que incluyeron unos injertos cutáneos que evolucionaron tórpidamente acompañada de unas secuelas vasculares y neurológicas

Tabla 53. indemnizaciones en subgrupo de miscelánea

INDEMNIZACIONES	Euros
<b>FRACTURA BILATERAL E INJERTOS</b>	45.079

#### 2.4.10 Reclamaciones y fallecimientos

De los 91 expedientes, 15 casos fueron de éxito. Las enfermedades que se relacionaron más frecuentemente con el fatal desenlace fueron el sangrado o rotura arterial por aneurisma (4), complicaciones postquirúrgicas (4), la enfermedad tromboembólica, sea por embolia masiva o por sangrado secundario a tratamiento (4) y otras causas variadas.

Cabe señalar que la única condena registrada en este subgrupo de casos se relaciona con la aparición de un trombo embolismo pulmonar provocado supuestamente por la omisión de un tratamiento profiláctico por parte de un especialista en cirugía ortopédica y Traumatología. La mayoría de las reclamaciones finalizaron en sobreseimiento (10), hubo 2 absoluciones, 1 acuerdo y un caso se mantiene en situación preventiva.

A continuación se detalla la casuística dividida por los diferentes motivos de fallecimiento con el correspondiente fallo o resolución de expediente.

Tabla 54. Fallecimientos por rotura aórtica

<b>ROTURA AÓRTICA</b>	<b>TIPO FALTA</b>	<b>ESPECIALISTA</b>	<b>AMBITO</b>	<b>CASOS</b>
<b>ANEURISMA DE AORTA ROTO</b>	<b>SECUELA</b>	<b>M.URGENCIAS</b>	<b>H.ICS</b>	<b>2</b>
<b>ANEURISMA DE AORTA ROTO</b>	<b>SECUELA</b>	<b>CIR.VASCULAR</b>	<b>EXTRAHOSP. PRIVADO</b>	<b>1</b>
<b>CAIDA DETENIDO Y ROTURA DE AORTA</b>	<b>DEFECTO PRÁCTICA</b>	<b>TRAUMA</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>

Tabla 55. Fallecimiento por complicaciones postoperatorias

<b>COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS</b>	<b>TIPO FALTA</b>	<b>ESPECIALISTA</b>	<b>AMBITO</b>	<b>CASOS</b>
<b>COMPLICACIÓN AMPUTACIÓN GANGRENA GASEOSA MUERTE</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>CIR. VASCULAR</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>
<b>NEUMONÍA TRAS AMPUTACIÓN</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>CIR. VASCULAR</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>
<b>ACCIDENTE VASCULAR TRAS FÍSTULA ARTERIOVENOSA CEREBRAL</b>	<b>DEFECTO PRÁCTICA</b>	<b>DESCONOCIDO</b>	<b>H.ICS</b>	<b>1</b>
<b>CIRUGÍA LESIÓN AÓRTICA</b>	<b>SECUELA</b>	<b>CARDIOVASC.</b>	<b>H.ICS</b>	<b>1</b>

Tabla 56. Fallecimientos por ETEV

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>TIPO FALTA</b>	<b>ESPECIALISTA</b>	<b>AMBITO</b>	<b>CASOS</b>
<b>TROMBOEMBOLICA</b>				
<b>ARTROSCOPIA TROMBOSIS VENOSA Y TEP</b>	<b>SECUELA</b>	<b>TRAUMA</b>	<b>H.PRIVADO</b>	<b>1</b>
<b>EMBOLIA PULMONAR ASOCIADO A HERIDAS EEII</b>	<b>SECUELA</b>	<b>M.URGENCIAS</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>
<b>TEP MASIVO EN CONTEXTO DOLOR MUSCULAR</b>	<b>SECUELA</b>	<b>M.INTERNA</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>
<b>HEMORRAGIA PROVOCADA POR ANTICOAGULACIÓN EN TVP</b>	<b>DEFECTO SEGUIMIENTO</b>	<b>CIR.VASCULAR</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>

Tabla 57. fallecimientos por causas varias

OTROS	TIPO FALTA	ESPECIALISTA	AMBITO	CASOS
<b>POLITRAUMATISMO SANGRADO PELVIS Y MUSLO</b>	<b>SECUELAS</b>	<b>CIR. VASCULAR</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>
<b>TROMBOSIS MESENTÉRICA EXITUS</b>	<b>RETRASO ASISTENCIAL</b>	<b>CIR. GENERAL</b>	<b>EXTRAH. PRIVADO</b>	<b>1</b>
<b>ARRITMIA TRAS VARICES</b>	<b>SECUELA</b>	<b>CIR VASCULAR</b>	<b>H.XHUP</b>	<b>1</b>

De los 15 casos revisados en que el paciente falleció, 14 se relacionaban con patología vascular arterial aunque la causa directa del fallecimiento no fuera el sangrado sino enfermedades más complejas relacionadas.

Tabla 58. Inicio y desarrollo de demandas en fallecimientos

VIA	CASOS
<b>PENAL</b>	<b>14</b>
<b>CIVIL</b>	<b>0</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	<b>0</b>
<b>PREVENTIVA</b>	<b>1</b>

Tabla 59. Resolución en grupo de fallecimientos

FALLECIDOS	INDEMNIZACIÓN	ACUERDO	ABSOLUCIÓN	CONDENA	EXTRAJUDICIAL	ARCHIVO
<b>Nº CASOS= 15</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>9</b>

Las tres indemnizaciones corresponden a situaciones diversas.

El único caso de condena se relaciona con caso del TEP masivo tras tratamiento de una artroscopia. En una primera instancia fue absuelto y se decidió recurrir la sentencia que acabó dictaminando condena. En este caso quedó comprobado que el traumatólogo no prescribió la medicación profiláctica necesaria según todas las guías clínicas consultadas. En este caso se decidió también una indemnización de 210.835€ .

En el caso de la amputación que progresó hacia una gangrena gaseosa y muerte hubo en primera instancia una sentencia absolutoria si bien se llegó a un acuerdo extrajudicial con objeto de reducir la cuantía de la reclamación que finalmente ascendió a 49.282€.

La tercera indemnización se corresponde con un desgraciado caso de accidente de circulación que ingresó en urgencias de un hospital XHUP en estado de poli traumatizado. Según las declaraciones de los diferentes imputados existió un enfrentamiento entre varios profesionales porque no se pusieron de acuerdo con el orden de actuación. Probablemente eso motivó un retraso en la decisión final o bien el orden de intervención no fue el correcto y el caso acabó trágicamente. Durante la instrucción del caso tuvieron que participar miembros de SRP a diferentes niveles y con diferentes implicados (facultativos, jefes de servicio, directores médicos) para intentar apaciguar la mala relación que se había generado por el caso y finalmente se consideró mejor para los imputados llegar a un pacto extrajudicial.

A continuación se detallan los importes de las 3 indemnizaciones.

Tabla 60. indemnizaciones en subgrupo de fallecimientos

<b>INDEMNIZACIONES</b>	<b>Euros</b>
<b>ARTROSCOPIA TROMBOSIS VENOSA Y TEP</b>	210.835
<b>POLITRAUMATISMO SANGRADO PELVIS Y MUSLO</b>	180.000
<b>AMPUTACIÓN POR GANGRENA GASEOSA MUERTE</b>	49.282

Se realizó un estudio estadístico mediante Chi-cuadrado para evaluar si existía relación entre el desenlace de éxitus con la determinación de responsabilidad, comparando aquellas reclamaciones en los se determinó responsabilidades pero no hubo fallecimiento (23/76; 30,3%) con el número de casos de responsabilidad del grupo de fallecimientos (3/15; 20%).

El resultado fue negativo ( $p=0,421$ ) por lo que podemos concluir que en nuestra serie el desenlace fatal del caso no tiene porqué estar asociado a responsabilidades.

#### 2.4.11 Tipos de reclamación, responsabilidad y vías de resolución

En nuestro estudio el 53,8% (49) correspondieron a aspectos de patología venosa frente a un 46,1% (42) de patología arterial o miscelánea compleja. En nuestro estudio la mayoría de los casos requirieron un procedimiento judicial. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre la vía seleccionada entre patologías venosas o arteriales ( $\chi^2 = 193.2$ ,  $p = 0,0001$ ), tal como adjuntamos en el cuadro. Los casos que tratan aspectos de patología venosa suelen obtener una resolución extrajudicial (42,8%) ya que aunque la vía penal se selecciona en el 24,5% las posibilidades de éxito son remotas sólo 1 condena).

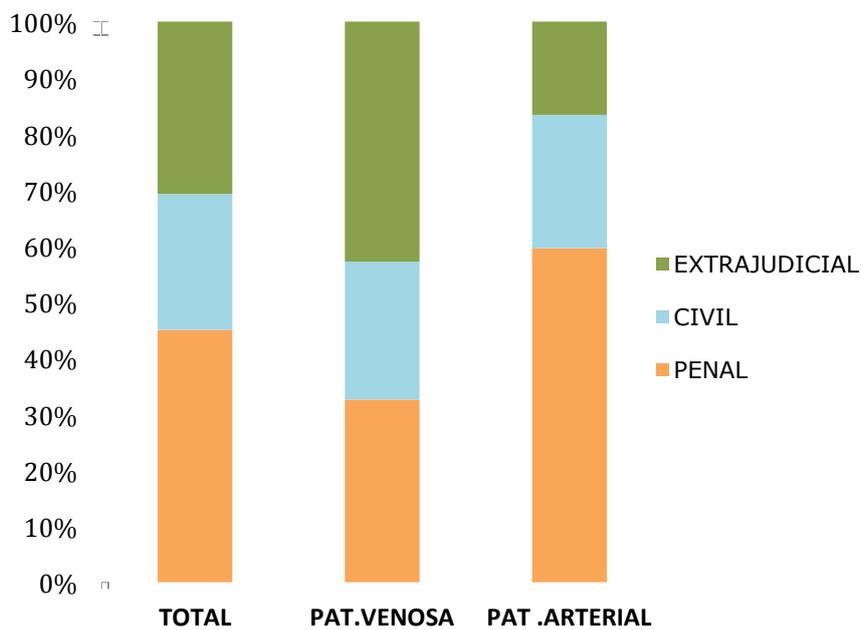
Entre los 85 procedimientos cerrados en el 65,9% existió participación de los juzgados (al menos se inició la vía judicial), únicamente en el 57,6% de los casos cerrados, con un notable incremento de las resoluciones extrajudiciales en los últimos años (29,8% en los años 80-90, 50% desde el año 2000).

63 demandas se iniciaron a través de la vía judicial, lo que supone un 69,2% del total y un 81,8% de los expedientes concluidos. Al final del proceso se consiguieron cerrar por una vía extrajudicial un 32,9 % (30 expedientes).

El 69.4% de los procedimientos se resolvieron sin consecuencias, es decir que no hubo ni condena penal ni necesidad de indemnización económica. Existieron 8 expedientes que finalizaron con sentencia condenatoria (8,8%) y 19 mediante acuerdo extrajudicial (22,4%).

En la Figura 12 adjunta se muestran de forma gráfica las diferencias de desarrollo de las diferentes demandas dependiendo de si se trata de la vía penal, civil o extrajudicial tanto para la patología venosa como para la patología arterial. La vía de reclamación iniciada no supone la misma vía de resoluciones ya que puede derivar a otra vía de cierre.

Figura 11 Vías de reclamación en Patología venosa y Patología arterial.



Otro elemento interesante que conviene conocer para entender los resultados de las resoluciones es que un expediente puede variar la vía de resolución a lo largo del proceso. Concretamente durante el desarrollo de los expedientes hubieron 7 casos que dada la ausencia de condena por lo civil decidieron progresar a la vía penal. De éstos, sólo 1 caso logró una sentencia condenatoria.

Tabla 61. Inicio y final de las vías de reclamación y evolución

<b>VIA RECLAMACION</b>	<b>Nº INICIO</b>	<b>%</b>	<b>FINAL</b>	<b>%</b>
<b>EXTRAJUDICIAL</b>	28	<b>30,7 %</b>	30	<b>32,9%</b>
<b>PENAL</b>	41	<b>45%</b>	46	<b>50,5%</b>
<b>CIVIL</b>	22	<b>24,3%</b>	15	<b>16,6%</b>
<b>TOTAL</b>	91	100,0%	91	100,0%

Como puede verse en la tabla anterior no es infrecuente que un procedimiento judicial que se inicia por vía civil al finalizarse con una sentencia favorable al facultativo puede llevarse a una demanda penal dejando abierto de nuevo el proceso y alargando todo el proceso. A continuación se adjunta la tabla que resume la resolución de todos los casos.

Conviene recordar que la indemnización de los expedientes no siempre va ligada a la resolución de absolución ya que en ocasiones existe una absolución con derecho a indemnización. Este dato es importante para poder interpretar correctamente los resultados de las tablas que se adjuntan.

Tabla 62. Detalle de las resoluciones de las demandas

<b>VARICES= 49</b>	<b>INDEMNIZ</b>	<b>ACUERDO</b>	<b>ABSOL.</b>	<b>CONDENA</b>	<b>EXTRAJUD.</b>	<b>ARCH.</b>
L.NEUROLOGICA=14	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
COMP VARICES=11	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
EDEV POSTOP=7	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
QUEMADURAS=11	<b>6</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
GASA =4	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
LINFEDEMA =1	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
MUERTE SÚBITA=1	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TOTALES</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
<b>ARTERIAL =42</b>	<b>INDEMNIZ</b>	<b>ACUERDO</b>	<b>ABSOL.</b>	<b>CONDENA</b>	<b>EXTRAJUD.</b>	<b>ARCH.</b>
AMPUTACIONES=10	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
C. ELECTIVA=6	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
URGENCIAS=7	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
TRAUMATISMO=4	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
EDEV=6	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
TSA=2	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
MISCELÁNEA=7	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>TOTALES</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>22</b>

Las tablas de contingencia y las pruebas Chi- cuadrado al estudiar si existen diferencias entre la patología venosa y el grupo de patología arterial en cuanto a responsabilidad, entendiendo como tal que hubieran habido consecuencias en el procedimiento, sea con condena o con indemnización resultaron estadísticamente significativas.

Al comparar expedientes venosos con responsabilidad 20/46 (43,5%) frente a expedientes arteriales con responsabilidad 6/35 (15,4%) el análisis estadístico no permitió concluir que existen diferencias entre ambos grupos asociándose mayor probabilidad de responsabilidad en el grupo de patología venosa que en el de patología arterial. ( $p > 0,005$ ).

Otro de los elementos que nuestro trabajo parece mostrar es que las vías de reclamación para cada uno de los dos grupos es diferente. Así se analizan el % de expedientes según su vía de presentación y según sean por patología arterial o venosa. Mediante Chi cuadrado comparamos

- Vía penal: Patología Arterial (31/42; 73,8%) frente Patología Venosa (15/49; 30,6%)
- Vía Civil: P. Arterial (5/42; 11,9%) frente P. Venosa (10/49; 20,4%)
- Vía Extrajudicial: P. Arterial (6/42; 14,3%) frente P. Venosa (24/49; 49%)

Tras el análisis estadístico pudimos concluir que la vías de reclamación en patología Arterial y venosa son diferentes ( $p < 0,005$ ). La vía penal es más utilizada en la patología arterial. La vía civil y la extrajudicial es más común en las demandas relacionadas con temas venosos.

Del cuadro resumen anterior podemos concluir en la siguiente tabla los porcentajes de participación de las diferentes vías judiciales en nuestra serie.

Por tanto queda confirmado que existen diferencias entre el grupo de patología venosa y el de patología arterial en el porcentaje de demandas tramitadas y resueltas por vía judicial o extrajudicial. En la mayoría de procedimientos relacionados con patología arterial existió participación de la vía judicial (85.7%), mientras que en aquellos relacionados con la patología venosa la participación de los tribunales fue del 51%. La vía penal también fue más utilizada en el grupo de patología arterial (86,1%) que en el grupo de tratamiento de patología venosa (60%).

En aquellos casos que se consideró que existía responsabilidad profesional, en el 100% de los relacionados con patología arterial se alcanzó un acuerdo extrajudicial, mientras que en patología venosa un 30% se resolvieron mediante sentencia judicial condenatoria.

Respecto al subgrupo de 26 expedientes en que se consideró que había existido responsabilidad profesional (únicamente 6 correspondían a expedientes relacionados con patología arterial (15.6% de las reclamaciones en esta área), mientras que 20 se relacionaban con patología venosa (43.5% de las reclamaciones en esta área).

La lesión neurológica en atención a patología venosa registró la mayor proporción de expedientes con responsabilidad profesional (30.8%), seguido de las quemaduras (19.2%), el olvido de gasas (11.5%) y las amputaciones (11.5%).

Cabe señalar que la única condena registrada entre los casos que implicaban el fallecimiento del afectado, hacía referencia a la aparición de

un trombo-embolismo pulmonar que se relacionó con la omisión de un tratamiento profiláctico por parte de un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Los expedientes que se gestionaron extrajudiciales fueron 30, de los cuáles 25 estuvieron relacionados con tratamiento de varices y 5 con patología arterial y otras complicaciones. Hubieron 14 que no se resolvieron y quedaron sin cerrar.

De los que afectaron a patología venosa, 14 se resolvieron mediante acuerdo extrajudicial con indemnización y el resto quedaron en vía preventiva. De los 5 expedientes por patologías más graves en 2 se pactó una indemnización y 3 quedaron sin resolución ni hubo pacto entre las partes.

#### 2.4.12 Tipos y cuantías de las indemnizaciones

Se indemnizaron en 26 reclamaciones lo que supuso un 28,57% de los expedientes. La media de las indemnizaciones en aquellos casos en que se consideró que existía responsabilidad profesional fue de 50.440.7€, resultando superior en las establecidas por sentencia condenatoria que por acuerdos extrajudiciales (70.424€ vs. 43.078.5€).

Las cantidades correspondientes a indemnizaciones en reclamaciones por patología arterial resultaron mucho más elevadas (103.740,6€ vs 34.450,8€), si bien el porcentaje de expedientes que conllevaron consecuencias resultó mucho menor (15.4% vs. 43.5%). Al analizar el número de indemnizaciones y su cuantía se pudo comprobar que existían diferencias entre ambos grupos.

De los 49 expedientes venosos en 20 ocasiones (40,8%) se dictaminó o pactó una indemnización (14 extrajudiciales y 5 judiciales), frente a 8 casos (19%) de los 42 expedientes arteriales (4 judiciales y 4 por acuerdo extrajudicial). La cuantía de las mismas también difirió ya que las cantidades totales aportadas por las compañías de seguros en cada una de ellas fue: 575.652 euros en los expedientes relacionados con tratamiento de varices, correspondiendo 376.831 a acuerdos extrajudiciales (65,4%), frente a 746.679 euros en los casos de patología arterial aún siendo éstos muchos menos (8 a 19), de los cuáles 342.892 provienen de acuerdos extrajudiciales (45,9%).

Tabla 633. Detalles de las indemnizaciones en p. venosa

	<b>EXP. CERRADOS</b>	<b>% CON CONSECUENCIAS (N)</b>	<b>MEDIA INDEMNIZACIÓN</b>	<b>MEDIA INDEMNIZACIÓN EN ACUERDO EXTRAJUDICIAL (N)</b>	<b>MEDIA INDEMNIZACIÓN EN SENTENCIA CONDENATORIA (N)</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Patología Venosa</b>	<b>46</b>	<b>43.5 % (20)</b>	<b>34.450.8€</b>	<b>29.063€ (14)</b>	<b>47.022.2€ (6)</b>	<b>49</b>
<b>Lesión neuroológica</b>	<b>13</b>	<b>61.5 % (8)</b>	<b>46.598€</b>	<b>42.667.5€ (6)</b>	<b>58.389€ (2)</b>	<b>14</b>
<b>Quemaduras</b>	<b>10</b>	<b>50 % (5)</b>	<b>12.826,7€</b>	<b>12.277€ (4)</b>	<b>15.025.3€ (1)</b>	<b>11</b>
<b>Trombosis venosa postquirúrgica</b>	<b>6</b>	<b>16.7 % (1)</b>	<b>121.128,,7€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>121.128,7€ (1)</b>	<b>7</b>
<b>Seromas</b>	<b>7</b>	<b>14.3 % (1)</b>	<b>15.025,3€</b>	<b>15.025,3€ (1)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>7</b>
<b>Gasa</b>	<b>4</b>	<b>75 % (3)</b>	<b>12.614,4€</b>	<b>13.321,6€ (2)</b>	<b>11.200€ (1)</b>	<b>4</b>
<b>Complicaciones inespecíficas menores</b>	<b>3</b>	<b>0% (0)</b>	<b>0€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>3</b>
<b>Lesión vasos femorales</b>	<b>1</b>	<b>100 % (1)</b>	<b>60.101,21€</b>	<b>60,101,21€ (1)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>1</b>
<b>Linfedema postquirúrgico</b>	<b>1</b>	<b>100 % (1)</b>	<b>18.000€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>18.000€ (1)</b>	<b>1</b>
<b>Arritmia y fallecimiento</b>	<b>1</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>1</b>

Tabla 64. Detalle de las indemnizaciones en patología Arterial

	EXP CERRADO S	% CON CONSECUENCIA S (N)	MEDIA INDEMNIZACIÓ N	MEDIA INDEMNIZACIÓ N EN ACUERDO EXTRAJUDICIAL (N)	MEDIA INDEMNIZACIÓ N EN SENTENCIA CONDENATORIA (N)	TOTAL
<b>Patología Arterial</b>	<b>39</b>	<b>15.4 % (6)</b>	<b>103.740,6€</b>	<b>103.740,6€ (6)</b>	<b>0</b>	<b>42</b>
<b>Amputaciones</b>	<b>10</b>	<b>30 % (3)</b>	<b>75.700,2€</b>	<b>75.700,2€ (3)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>10</b>
<b>Atención urgente</b>	<b>7</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>7</b>
<b>Cirugía electiva</b>	<b>3</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>6</b>
<b>Tromboembolismo</b>	<b>6</b>	<b>16.6 % (1)</b>	<b>210.835€</b>	<b>210.835€ (1)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>6</b>
<b>Traumatismos</b>	<b>4</b>	<b>25 % (1)</b>	<b>180,000€</b>	<b>180.000€ (1)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>4</b>
<b>Patología troncos supra-aórticos</b>	<b>2</b>	<b>0 (0)</b>	<b>0€</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>2</b>
<b>Otros</b>	<b>7</b>	<b>14.3% (1)</b>	<b>4.507,6€</b>	<b>4.507,6€ (1)</b>	<b>0€ (0)</b>	<b>7</b>

Las tablas de contingencia y Chi-cuadrado muestran diferencias estadísticamente significativas entre la probabilidad de ser indemnizado por una demanda por patología arterial o venosa ( $p < 0,005$ ).

Casos indemnizados en patología arterial 6/42 (14,3%) frente a Casos indemnizados en patología venosa 20/49 (40,8%)

Los siguientes gráficos muestran visualmente la proporción de los casos indemnizados en cada uno de los dos grupos.

Figura 12. Casos con o sin indemnización Patología venosa

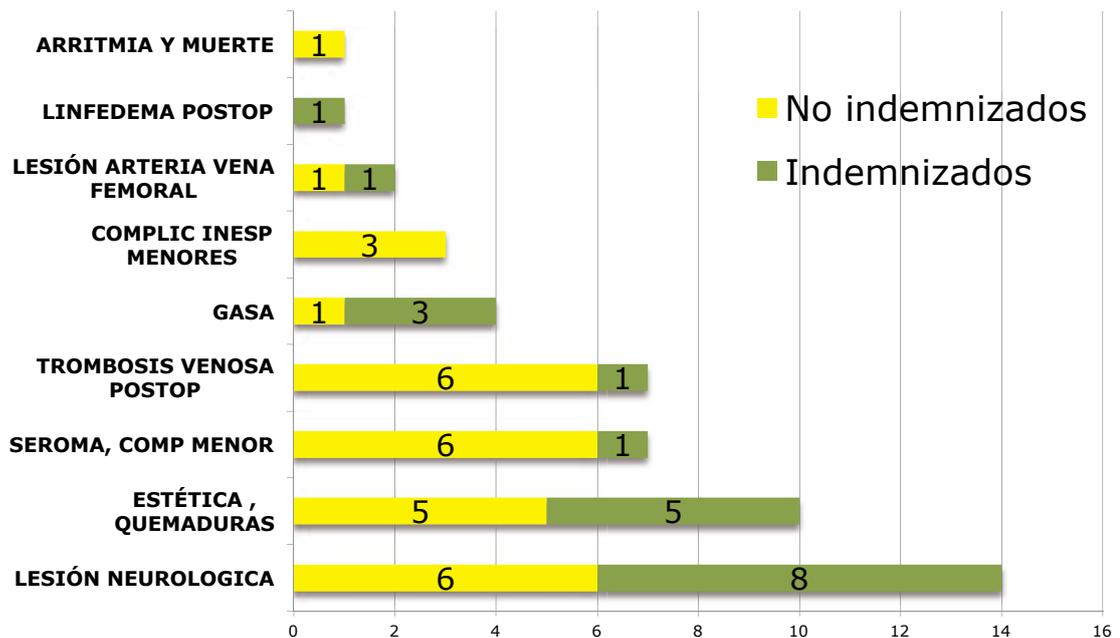
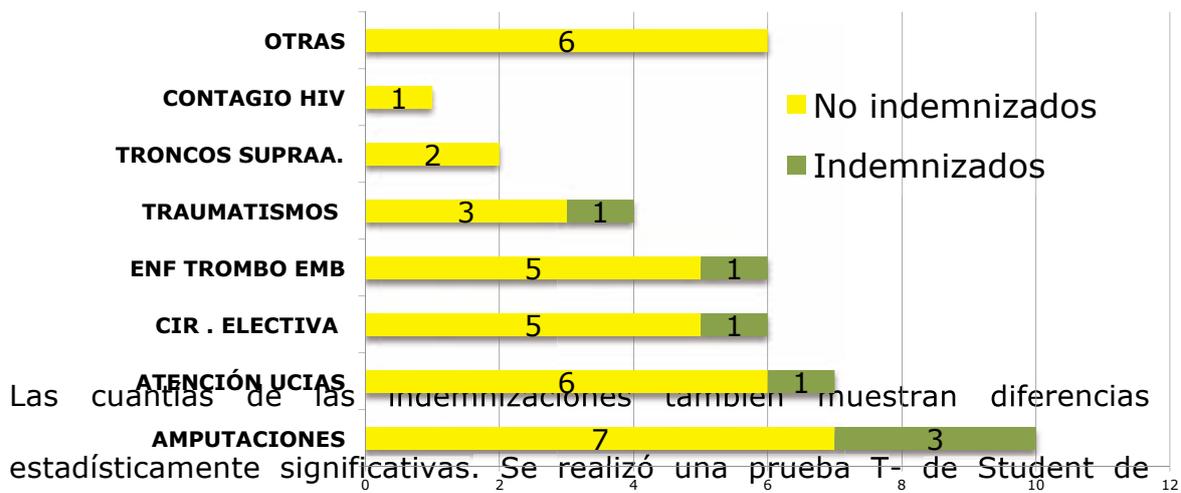


Figura 13. Casos con o sin indemnización de Patología arterial



Las cuantías de las indemnizaciones también muestran diferencias estadísticamente significativas. Se realizó una prueba T- de Student de comparación de medianas. El estudio comparativo entre cantidad económica

indemnizada y el tipo de patología (arterial o venosa) mostró los siguientes resultados.

Pagos en casos arteriales (n= 6): 103.740,53 €. (de 80.246,19 €)

Pagos en casos venosos (n=20): 34.450,79 €. (de 34.823,02 €)

Promedio de pago global: 50.44,73 €. (de 55.640,36 €)

El análisis estadístico mostró diferencias significativas ( $p < 0,005$ ) entre ambos grupos.

#### 2.4.13 Análisis de las Condenas

El SRP en su informe global de todas las especialidades analizadas destaca que sólo un 12,8% de los casos han sufrido condena.

En el caso específico del estudio aquí publicado el total de condenas del global de reclamaciones que siguieron un proceso judicial han supuesto el 8,8 % del total. De las 8 condenas, 7 pertenecen al grupo de patología venosa lo cual supone que el 14,3% de las 49 reclamaciones y la única condena hallada en el grupo de patología más grave supuso el 2,4% de los 42 expedientes arteriales.

Tabla 65. Enumeración de las condenas

	CONDENAS	AMBITO	VIA JUD.	DCI	INDEM. EUROS
	<b>Pat. VENOSA = 49 Casos</b>				
<b>1</b>	<b>LESIÓN CIÁTICO POPLITEO EXTERNO</b>	H.ICS	CIVIL	NO	<b>30,546</b>
<b>2</b>	<b>LESION CIÁTICO POPLITEO EXTERNO</b>	H.XHUP	PENAL	NO	<b>86,233</b>
<b>3</b>	<b>TROMBOSIS TRAS VARICECTOMÍA CLÁSICA</b>	H.XHUP	CIVIL	NO	<b>121,129</b>
<b>4</b>	<b>QUEMADURAS LASER ARAÑAS VASCULARES</b>	PRIVADO	PENAL	NO	<b>15,025</b>
<b>5</b>	<b>NECROSIS POR ESCLEROTERAPIA ARAÑAS</b>	PRIVADO	CIVIL	NO	<b>7,594</b>
<b>6</b>	<b>GASA EN INGLE</b>	PRIVADO	CIVIL	NO	<b>11,200</b>
<b>7</b>	<b>LINFEDEMA POSTQUIRÚRGICO</b>	PRIVADO	CIVIL	SI	<b>18,000</b>
	<b>Pat. ARTERIAL= 42 Casos</b>				
<b>8</b>	<b>TEP FATAL TRAS ARTROSCOPIA</b>	PRIVADO	PENAL	NO	<b>210,835</b>

Podemos destacar que contra lo que uno podría pensar a priori, la patología arterial por ser más grave, podría conllevar más implicaciones legales. No sólo no es así sino que precisamente la única complicación del grupo de patología más grave condenada no es una patología arterial propiamente, sino una situación grave trombótica posterior a una intervención de traumatología.

Conviene resaltar que en 7 de las 8 condenas no había documento de consentimiento informado.

## **2.5 DISCUSIÓN**

## Discusión

Este es el primer análisis de los datos relativos a las demandas en la de la ACV en España. . Nuestra especialidad, a pesar de tener una amplia variedad de procedimientos muchos de los cuáles son de elevada morbimortalidad, no parece ser una actividad de riesgo de ser demandada. Dentro del comparativo de todas las especialidades registradas en la base de datos del SRP del COMB sólo suponen el 1,3 % de las reclamaciones. Por ello está considerada de riesgo medio-bajo tal y como se muestra en el cuadro adjunto.

Figura 14. Especialidades según riesgo de reclamación. Fuente Arimany 1994 y SRP del COMB

Bajo	Medio	Alto
M. Familiar	ORL	COT
Pediatría	Urología	Obst i Gine
M. Interna	Hematología	Anestesia
A. Patológica	Oncología	Oftalmología
Cardiología	Psiquiatría	C. Plástica
C. Vasular	C.Maxilo-F	C. General

Al ser éste el único trabajo realizado en nuestro país que trata los aspectos medico legales de la practica de la ACV, los resultados obtenidos nos ayudarán a dar una serie de consejos y sugerencias para una práctica más segura. Conviene recordar que una de las limitaciones de nuestro estudio está en relación con el desconocimiento de las demandas o reclamaciones que se realizan directamente a través del contencioso administrativo. Este proceso consiste en todas aquellas reclamaciones patrimoniales que se

realizan desde las instituciones sanitarias sin que hayan acusaciones o denuncias directas a un profesional. Es decir, nuestro estudio ha revisado y analizado todas las demandas realizadas contra un profesional, sea en el ámbito que sea. Si algún paciente perjudicado ha considerado acudir directamente a la institución donde se la ha provocado el daño esta información no pasa a través del SRP.

Aún así y asumiendo esta limitación nuestra serie es única y por ello consideramos nuestra serie como representativa de los riesgos que afronta un CV en el ejercicio de su profesión. Hasta el momento no existe ninguna base de datos tan completa como la que atesora el SRP de nuestro colegio profesional.

La revisión bibliográfica realizada pone en manifiesto una pobre lista de artículos dedicados a esta temática. Si bien es cierto que existen trabajos dedicados a algunas de las complicaciones concretas, sólo hay tres trabajos, dos de Reino Unido y uno sueco, que revisan su casuística de forma similar tal y como lo hemos planteado en esta tesis. En estos tres trabajos se aportan un número mayor de casos y aunque existen diferencias sustanciales mantienen bastantes puntos de coincidencia con nuestra investigación. (Campbell, 2002), (Markides, 2008), (Rudström, 2011)

El trabajo de Campbell consistió en la revisión de 424 reclamaciones en el período entre 1990 y 2002. En el Reino Unido existen dos instituciones que se encargan de registrar y tramitar la defensa de los facultativos tal y como ya se explicó en el capítulo dedicado a este país. La National Health Service Litigation Authority (NHSLA) creada en 1995 y la Medical Defense Union (MDU) son las encargadas de canalizar toda la gestión relacionada con las

reclamaciones medico legales. La decisión de crear la NHSLA fue motivada por la necesidad de profesionalizar y encauzar de forma más homogénea la defensa de los demandados que hasta ese momento eran representados individualmente por sus compañías de seguro y/o abogados particulares. Este estudio recoge la información registrada por esta asociación y por la MDU que tienen clasificados sus sucesos por especialidad. Concretamente en esta serie puede comprobarse como una patología tradicionalmente tratada en nuestro país por cirujanos vasculares en otros países son tratados por cirujanos generales. Este hecho se da por la inexistencia de la especialidad como tal de angiología y cirugía vascular en la mayoría de países europeos. En ellos, y concretamente en UK, la ACV supone un Board o reconocimiento que se realiza una vez se ha completado un período de formación en cirugía general.

Ese es el motivo por el cual en el trabajo de Campbell de las 424 reclamaciones 176 hacen referencia a cirujanos vasculares y 248 a cirujanos generales.

El ritmo de nuevas demandas por año sobrepasó las 40, muy por encima de nuestra media de 5/6 casos por año. Este trabajo también realiza una subdivisión en dos grandes grupos: Varices y patología Arterial. En sus resultados coincide en hallar la patología venosa como la primera causa de reclamación representando el 57,5 % (244 casos) del total. Coincide también con nuestra serie en la frecuencia y motivos de reclamación dentro de este grupo obteniendo un 31,1 % (76) de lesiones neurológicas, que al igual que en nuestra serie, donde la lesión neurológica supone un 28,5%

dentro del grupo de reclamación venosa y el 15,4% del total . Además en ambas representan la causa más frecuentemente indemnizada.

También añade como segunda causa el mal resultado quirúrgico o terapéutico 14,7% y como tercera las manchas o necrosis tras tratamiento por escleroterapia o láser 8,6%. En cuanto al grupo de patología arterial 41,03% (174 casos), las complicaciones relacionadas con la patología aórtica suponen un 25,8% (45 casos) y la isquemia con o sin amputación un 20,7% (36 casos). En este estudio llama la atención la lentitud de los procesos judiciales o extrajudiciales ya que de las 254 reclamaciones procedentes de la MDU en el período de estudio sólo un 14% se habían cerrado. Algo más eficientes fueron a través de la NHSLA pero sólo consiguieron cerrar el 49% de las demandas interpuestas a cirujanos vasculares frente un 66% contra cirujanos generales. En contraposición en nuestra casuística la proporción de reclamaciones cerradas supera el 80%. La revisión concluye que en la mayoría de casos existe un defecto de información que parece ser más acusado en la práctica privada cuando los procedimientos son realizados por médicos no especialistas.

El otro trabajo similar a nuestra tesis es el publicado por G.A. Markides unos años más tarde (2008). Este trabajo, más completo que el de Campbell, no sólo realiza una revisión de la casuística sino que recoge tendencias , costes de indemnizaciones y revisa otras variables. Su muestra recoge 395 casos de la NHSLA desde 1995 hasta 2007. Se confirmó una tendencia de los últimos cinco años a registrar unos 49 casos por año, frente a una tendencia del SRP del COMB de 6 por año en el período 2003-

2009. En su trabajo registraron un 53% de reclamaciones cerradas a favor del demandante frente al 30% de nuestra serie.

También como en el trabajo de Campbell, las varices son el procedimiento más demandado suponiendo en esta revisión el 48% de las demandas exitosas, donde la primera causa también son las lesiones neurológicas. Los motivos de reclamación están ligados en un 50 % a problemas intra operatorios, un 14% en retraso o fallo de tratamiento, un 11% en retraso diagnóstico y un 6% en complicaciones postoperatorias.

Tabla 66 Motivos de reclamación según Markides y serie SRP de COMB

<b>EVENTO ADVERSO RECLAMADO</b>	<b>% Markides</b>	<b>% Comb</b>
<b>DEFECTO DE PRÁCTICA</b>	<b>39,7</b>	<b>31,8</b>
<b>SECUELAS</b>	<b>14%</b>	<b>29,6</b>
<b>FALLO DIAGNÓSTICO</b>	<b>11,8</b>	<b>8,7</b>
<b>COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA</b>	<b>6%</b>	<b>7,7</b>

De todas las reclamaciones con sentencias condenatorias el 77,48% estuvieron relacionadas con el tratamiento de varices, un 33,21% con la enfermedad arterial periférica de extremidades inferiores, un 10,6% con los aneurismas y un 9,6% en relación a infecciones. En el análisis de las reclamaciones ligadas a un procedimiento quirúrgico en el 75% se vieron implicadas las varices , en el 13% fueron problemas arteriales periféricos de extremidades inferiores y en un porcentaje mucho menor los aneurismas.

En referencia a los problemas operatorios la causa más frecuente de denuncia fue la lesión neurológica 60% (36 casos) y la lesión vascular 27% (16 casos). El nervio peroneo fue el más frecuentemente afectado así como en nuestra serie.

Es interesante el análisis que realiza sobre la incidencia anual de reclamaciones exitosas relacionadas con el tipo de intervención. Según su estudio, teniendo en cuenta el registro de actividad del año 2005/06 del NHS, la incidencia de sufrir una reclamación con condena en cirugía vascular oscila entre 1/12.104 procedimientos en tratamiento de las varices hasta 1/577.632 tras intervención de revascularización de extremidades inferiores. Este dato parece lógico al correlacionarse con el número de procedimientos totales realizados.

Parece incuestionable que en todos los trabajos encontrados la patología venosa y, en concreto, el tratamiento de las varices supone la primera causa de reclamación relativa a la actividad de la ACV. Otra muestra de ello representa la revisión que Rudström realizó basándose en el registro Swedish Vascular Registry ( Swedvasc ) que ostenta gran prestigio en el ámbito de la especialidad por ser el más completo y con más larga historia. Éste se inició en 1987 y actualmente supone el modelo de registro a seguir. Este trabajo analizó 193 reclamaciones registradas de 2002 a 2007 de las cuáles el 35% eran específicamente relacionadas con tratamiento de varices, un 23,3% de patología de extremidades inferiores, un 16% de patología aórtica y un 10,8% de troncos supraaórticos. De todas ellas casi un 40% estuvo relacionada con lesiones neurológicas y obtuvieron indemnización casi la totalidad. Las indemnizaciones relativas a la compensación de secuelas en varices supuso una tercera parte de todo el presupuesto. (Rudström, 2011), (Swedvasc, 2011)

Ciertamente si valoramos el número total de procedimientos quirúrgicos que realiza el cirujano vascular las varices suponen sin duda el más numeroso.

En España, la encargada del registro de la sociedad española de angiología y cirugía vascular (SEACV) es la Dra. R.M. Moreno. El registro español que periódicamente es publicado en la revista de la sociedad intenta aglutinar el máximo de actividad realizada en nuestro país tanto en ámbito público como privado. Éste registro lleva realizándose más de 10 años, es voluntario y suelen participar la mayoría de servicios de ACV del país (Año 2010: 83 servicios, 38 docentes). (Moreno, 2012)

Una fuente de datos de actividad más local es la referente al Servei Català ya que nos pueda hacer más representativa nuestra muestra teniendo en cuenta que nuestras reclamaciones se produjeron en el seno de Consell de Col.legis de Metges de Catalunya. En esta base de datos no está contabilizada la actividad quirúrgica privada aunque en Cataluña los hospitales públicos deben realizar todo tipo de intervención para cumplir con los objetivos del Pla de Salut y por ello el porcentaje de procedimientos venosos debería ser representativo.

En la tabla 67 hemos intentado mostrar la actividad Española y Catalana agrupada por tipos de patología para ilustrar el porcentaje de procedimientos que se realizan anualmente incluyendo algunos de los datos aportados también por Markides y por Rudström . Éstos últimos datos corresponden a una media de procedimientos calculados en base a la Swedvasc durante el intervalo 2002-2007.

Ya hemos comentado el cálculo que hace Markides en el ámbito del NHS sobre la incidencia de reclamaciones con responsabilidad en diferentes procedimientos

.

Éstos eran: 1 reclamación cada 12.104 procedimientos de varices, 1 de cada 55.514 tratamientos de aneurismas de aorta y 1 de cada 193.275 casos en cirugía de carótida.

De otra forma Rudström , por otro lado calcula la incidencia de ser demandado con o sin responsabilidad. Sus datos fueron proporcionalmente similares, 1 de cada 1475 varices, 1 de cada 1.180 cirugías de aorta, y una sorprendente elevada incidencia de 1 da cada 650 cirugías de troncos supraaórticos.

Tabla 67. Grupos de procedimientos extraído de registro SEACV 2010, Catsalut 2011, NHS 2005 (Markides) y Swedvasc 2011 ( Rudström)

Grupos de Procedimientos	Cat Salut 2011		RUDSTRÖM SWEDVASC		MARKIDES NHS 2005		SEACV 2010	
ANEURISMA TORACICOS	74						139	
ANEURISMA ABDOMINAL	480		983		5.829		1.600	
ANEURISMA VISCERAL	120						158	
TRONCOS SUPRAAORTICOS	460		866		4.943		2.641	
P.AORTOILIACA ISQUEMICA	250				7.012		1.964	
P.PERIFERICA ISQUEMICA	1.252		3.652		12.034		4.370	
FÍSTULAS HEMODIÁLISIS	2.000						9.167	
AMPUTACIONES	1.200						6.600	
VARICES	9.104	61,%	6.145	43.1%	36,483	55,%	28.878	52,%
<b>TOTAL proced.</b>	<b>14,920</b>		<b>14,247</b>		<b>66,301</b>		<b>55,517</b>	

Si realizamos un cálculo de incidencia de nuestras reclamaciones por año y por actividad (teniendo en cuenta una serie de variables como porcentaje de actividad realizada en pública o privada) obtendríamos que según nuestra casuística obtendríamos: 1 reclamación de cada 6.029 procedimientos de varices, 1 de cada 2173 aneurismas, 1 de cada 1521 revascularizaciones periféricas y 1 de cada 3538 carótidas. Los resultados son significativamente menores que los resultados del trabajo sueco. Como puede verse en la tabla existen más de la mitad de procedimientos que se realizan tanto en España (52%) como en Cataluña (61%) relacionados directamente con la patología venosa y concretamente con las varices. En otros países el porcentaje es algo menor (Reino Unido 55%, Suecia 43,3%) pero conviene recordar que en la mayoría de países de Europa las varices son indistintamente tratadas por cirujanos vasculares o generales y ello genera un sesgo de registro en las bases de datos de actividad de la actividad de los cirujanos vasculares. Lógicamente esta frecuencia de procedimientos ya justifica que exista mayor probabilidad de reclamaciones ligadas a esta patología. El tipo de complicación y de lesión también es común: la incidencia de lesiones neurológicas es un hecho constante y su traducción en reclamaciones algo común.

Según Markides en caso de recibir una denuncia por daño en el tratamiento de unas varices existe un 61% de posibilidades de indemnización frente a un 38,7% de nuestro estudio y de un 38% en la serie de Rudström. La lesión neurológica está presente en el 47% de las reclamaciones exitosas. El nervio peroneo común o ciático poplíteo externo (CPE) es el nervio más comúnmente afectado como ya es conocido en la literatura y coincide en

todas las series. Nos ha sorprendido comprobar que la incidencia de reclamaciones relacionadas con infección de herida quirúrgica en varices es muy baja en nuestra experiencia 2 % , frente a un 16,6% según Rudström.

Un dato diferencial que aporta la serie sueca se relaciona con el porcentaje de reclamaciones relativas a patología de los troncos supra aórticos que si bien en nuestra serie supone el 2,2% , en su trabajo afecta al 10,8% y curiosamente además presenta un 38% de compensaciones económicas. Una vez más en la serie de carótidas el pago de indemnización no está relacionado con un accidente vascular sino precisamente con una lesión neurológica de pares craneales. Este dato nos plantea la idoneidad del contenido de los DCI cuando se habla de patologías complejas, las cuáles no sólo deben incluir información relativa a las complicaciones mayores sino a temas aparentemente banales o menores como son la lesión de pares craneales, disestesias o parálisis transitorias. (Forbes, 2010)

James Scurr , probablemente el autor más experto en temas medico legales en cirugía vascular, publicó una revisión de 200 reclamaciones consecutivas referentes a el tratamiento de las varices. En este trabajo mantienen que las varices suponen unos 70.000 procedimientos entre los años 2003-2004 y que suponen el 17% de todas las reclamaciones registradas en el MDU. Aunque exista la creencia que este tipo de tratamiento por su sencillez cuando se complica pudiera afectar a los cirujanos menos experimentados, Tennant y Ruckley en 1997 demostraron que no fue así. Esta serie también reporta un 15% de lesión neurológica y un 13% de demandas a procedimientos de escleroterapia. Ellos mostraron que los especialistas fueron responsables del 47,5% de las demandas, los residentes un 19,2% y los menos implicados

fueron los Senior House Officers (residentes más jóvenes) con un 10,6%. Unos datos similares fueron reportados por Critchley en 1997 que atribuyó a los especialistas de ACV un índice de infecciones del 4%, trombosis venosa del 05%, o algún tipo de complicación del 18%. (Scurr, 2005)

Scurr revisó 200 demandas consecutivas entre 1990 y 2002 incluyendo tratamiento de varices (169) y escleroterapia (31). De los 169 casos quirúrgicos 42 afectaron a la safena externa lo que representó un 25% del total. El 31% de las demandas estuvieron relacionadas con lesión neurológica de los cuáles el 9% afectaban al CPE y 10,5% al cutáneo superficial. En nuestro trabajo también hemos recogido la lesión neurológica como complicación de tratamiento de varices como motivo de reclamación específico más común y al compararlo con la probabilidad de tener consecuencias sea por indemnización o por condena obtuvimos que ésta se mostró estadísticamente significativa ( $p=0,010$ ). El tipo de nervio afectado coincidió con todas las series.

El 53% de las lesiones neurológicas se dieron durante cirugía de la vena safena externa si bien esta vena fue el origen de las varices sólo en un cuarto de los casos. Las indemnizaciones en este grupo oscilaron entre 30.000 – 175.000 libras. Hubieron 31 demandas relacionadas con lesiones vasculares de vena femoral (12%) e incluso hubo una demanda por lesión bilateral de arteria poplítea. La trombosis venosa también estuvo presente en la serie con 8 casos en los que uno falleció a consecuencia de una embolia pulmonar. Otros tres casos sufrieron una TVP con EP sin haber recibido medicación profiláctica si bien tenían antecedentes de trombosis anteriores. Esta terrible complicación se registró en 6 casos en nuestra serie y al igual

que el trabajo de Markides nos planteamos serias dudas sobre la necesidad o no de la prescripción de heparinas profilácticas.

De los 31 casos de demandas relacionadas con escleroterapia (15,5%) los motivos fundamentales fueron la pigmentación y la necrosis recibiendo indemnizaciones desde 3.759 hasta 11.000 libras. En nuestra serie las cuantías económicas son sensiblemente menores.

Las reclamaciones afectaron más a cirujanos generales que a vasculares y más comúnmente a los especialistas (47%) que a los residentes (35,5%). De todas las demandas el 39,5% fueron archivadas y un 45,5% cerradas. En nuestro entorno, sobre todo en Cataluña, la cirugía de varices es un procedimiento realizado fundamentalmente por cirujanos vasculares y por ello no podemos establecer diferencias con otros países. En nuestra serie todos los implicados en tratamiento de varices eran especialistas en ACV.

Una de las conclusiones más sorprendentes de estos trabajos fueron que las complicaciones no aparecen más frecuentemente en los médicos más jóvenes o inexpertos sino en cirujanos no especialista (cirujanos generales). También se relaciona menor índice de complicaciones cuando se realiza el mapeo preoperatorio mediante Duplex , cuando se evita la extracción de la safena interna desde el maléolo y a toda costa la evitación de la extirpación de la safena externa.

En referencia a la prevención de la trombosis venosa profunda se recomienda seleccionar el paciente y prescribir profilaxis en casos dudosos. También queda patente al igual que en nuestra serie que muchos casos de pacientes afectados por un daño tras una intervención de varices desconocía por completo las posibles complicaciones y ello muestra un defecto evidente de

información. Recordemos que de nuestra serie de condenas 7 de 8 pacientes no habían firmado un DCI .

Según nuestra revisión , en referencia a la patología arterial el elemento más determinante en la reclamación es la falta de diagnóstico o retraso de tratamiento. El fallo o retraso en el correcto diagnóstico de una isquemia aguda o de un cuadro de rotura de aneurisma de aorta comporta la mayor parte de las demandas que aunque en nuestra serie se resuelven favorablemente para el médico, justifican una reacción por parte del paciente o sus familiares. El coste total de las indemnizaciones en este grupo de pacientes tiende ser superior al resto, al igual que en nuestra serie.

Otro trabajo interesante relacionado con las reclamaciones en el terreno de la enfermedad arterial periférica fue el publicado también por la familia Scurr. En él se evaluaron las causas y evolución de las reclamaciones relacionadas con las amputaciones realizadas en Reino Unido e Irlanda durante 20 años. Se trata de una serie de 154 demandas recogidas en 20 años (1990-2010). (Scurr,2012)

Las características de los pacientes amputados fueron de una edad media 67a, (Rango 20-101 años) y 32% diabéticos. El 51% de las amputaciones estaban relacionadas con una amputación esperable dada la enfermedad de base. 149 amputaciones fueron a nivel de extremidades inferiores y 5 a nivel de dedos de manos y de antebrazo . Las causas de denuncia fueron retraso diagnóstico y/o de tratamiento en un 34% y lesiones iatrogénicas en un 5%. Un 54% fueron sobreseídas, un 34% llegaron a un pacto extrajudicial y sólo 3 fueron a juicio. En nuestra serie aunque las causas de demanda son coincidentes no existe paralelismo en el desarrollo de los mismos ya que

pesar de que el 83,3% acuden a los tribunales más del 52% son archivados aunque un 19% recibieran una indemnización.

En su serie se dieron 8 reclamaciones por amputaciones de causa iatrogénica de las cuales se pactó una indemnización en 4, dos casos fueron archivados y el resto siguen en curso en el momento de la publicación del trabajo.

Las indemnizaciones económicas oscilaron entre los 32.000 a las 260.000 libras.

En nuestro trabajo de 10 casos de amputaciones en tres se consiguió un pacto extrajudicial, tres resultaron absueltos y hubo un sobreseimiento. 6 de 10 siguieron un proceso judicial. La conclusión de este trabajo coincide con la interpretación que debemos hacer de nuestra propia serie. El error de diagnóstico o el retraso en la aplicación de cirugía revascularizadora son las causas primarias de estas amputaciones . Por ello conviene ser más estricto y cuidadoso en el manejo de ciertos pacientes en riesgo.

En nuestra muestra además se dan dos casos de cirugía en lugar equivocado lo cual merece un comentario especial ya que aunque pudiera tratarse de dos casos injustificables, el hecho que ninguno de los dos progresara ni en juicio ni requiriera indemnización pone en manifiesto que se trata de situaciones excepcionales. En estos casos el papel del médico admitiendo el error y contextualizando la situación es fundamental para que no evolucionara el conflicto.

La trascendencia de la información previa a cualquier tratamiento se muestra como tema recurrente en la bibliografía internacional. Parece aconsejable utilizar la información generada en consensos de la especialidad para la

redacción de consentimientos informados que hagan referencia a las complicaciones más comunes (Arimany-Manso, 2007).

En la revisión de Adar se realizan recomendaciones ante la detección de los errores médicos, que lejos de auto justificar el error obliga a la continua re-evaluación de los procedimientos, actualización de protocolos o guías clínicas. Las guías clínicas y los documentos de posicionamiento de las sociedades científicas son de gran utilidad ya que garantizan una actualización de avances terapéuticos y facilitan la transmisión de conocimiento. (Adar, 1982), (Ahmed, 2009)

Sin embargo, aún existe una baja implantación de las guías clínicas, así Silwka mostró en hospitales de EEUU durante 2010, que hasta en un 62% de los casos de trombo embolismo los pacientes no recibían el correcto tratamiento profiláctico. Destaca en este sentido la identificación en nuestro trabajo de 13 casos de enfermedad tromboembólica lo que suponen un 14,3% del total de reclamaciones, con cuatro casos de fallecimiento por embolia pulmonar. De ellos además se incluyó una condena por aplicar una inadecuada profilaxis.

Si bien la ETEV no era un objetivo específico del estudio merece un comentario en profundidad. Esta patología ha estado presente en ambos grupos de la revisión bien ligada a complicación tras cirugía de varices o bien a reclamación por otras causas. Ha estado implicada en dos condenas de 4 y ha motivado 4 fallecimientos de los 15 éxitus. Aunque se trate de un grupo pequeño parece evidente de la trascendencia de este tipo de complicación es indiscutible.

Precisamente porqué es una enfermedad que muestra una importante morbilidad y mortalidad, porqué es de difícil diagnóstico y porqué existen multitud de factores predisponentes conviene crear y seguir los consensos o

guas clínicas confeccionadas ad hoc. Tal y como se ha comentado en el trabajo de Scurr i Markides la trombosis venosa ligada a cirugía de varices es una complicación que aunque poco frecuente es difícil de prever, si bien en pacientes con antecedentes de trombosis o flebitis la profilaxis parece mandatorio. Sin embargo la revisión basada en el Swedvasc no incluye la ETEV dentro de las patologías vasculares y las analiza aparte dentro de casuística médica. (Scurr, 2006, 2007c)

En las dos condenas que reporta nuestra serie, una con resultado de muerte y otra con una embolia pulmonar y grave secuela posterior no se había prescrito la heparina de bajo peso molecular que cualquier guía hubiera recomendado.

S. Fink en 1998 revisó 160 reclamaciones consecutivas relacionadas con mal praxis de los últimos 11 años previos a 1997. Se encontraron siete casos de trombosis venosa y embolia pulmonar de todas las reclamaciones (4,3%). Seis de ellos habían tenido historia previa de algún episodio de trombosis venosa y en tres casos fallecieron de una embolia pulmonar masiva.

Como muestra este artículo tenemos ante nosotros mucha más información de la que preguntamos, ya que al historiar a los pacientes por los antecedentes trombóticos frecuentemente podemos descubrir situaciones de peligro que permitan adecuar las correctas medidas preventivas.

Finalmente, es coincidente en cualquier trabajo similar que conviene insistir en la correcta prevención de las reclamaciones haciendo hincapié en la completa información preoperatoria, en mantener y cumplir las guías de práctica clínica.

No podemos pasar por alto un hecho sorprendente, ni Campbell ni Markides pero sí Adar 1982 hablan de la importancia del DCI. En nuestro estudio el índice de cumplimentación de este documento es muy bajo y de hecho en 7 de las 8 condenas no se encontró un documento firmado por el paciente. Si bien es cierto y aceptado que en situaciones de cirugía urgente el valor de este documento es relativo, no sería así en cualquier tipo de intervención o tratamiento programado. Aún más, en nuestra serie en los casos de tratamientos estéticos en los tres expedientes que son archivados existía un DCI y en las dos condenas del grupo no existía tal documento informativo firmado. Aunque ese trata de un pequeño grupo parece indicar la importancia que éste tienen en determinados tratamientos. Sin embargo de la revisión de los 91 expedientes la presencia o no del DCI no parece ser un elemento clave a la hora de decidir sobre una condena o un archivo.

Hemos visto que tratamientos con elevado componente estético que además suelen tener una baja morbilidad son los que generan más insatisfacción al paciente cuando el resultado no es el esperado, dando lugar a un número importante de reclamaciones conforme a nuestros datos (21.7% de los casos en atención a patología venosa). Por ello debemos ser exhaustivos en la información al paciente y solicitar el DCI cuando corresponda.

Conforme a nuestros resultados, ante patologías más banales que afectan a aspectos estéticos o a patologías menores se tiende más a recurrir a la vía civil que tiene como objetivo la obtención de una indemnización económica.

La gestión extrajudicial basada en la búsqueda de acuerdos económicos es mucho mayor en el grupo de enfermedad venosa (58.7% frente al 23.1% en patología arterial). Es decir, en reclamaciones relacionadas con patologías con

bajo índice de complicación como las venosas, existe un mayor porcentaje de reclamaciones extrajudiciales o bien demandas civiles que tienen como objetivo indemnizar el daño causado, siendo también superior el porcentaje de casos en que se acepta la responsabilidad profesional (43.5% frente al 15.4% en patología arterial).

En el grupo de patologías arteriales un desenlace fatal o la aparición de secuelas se relaciona más fácilmente con la propia naturaleza de la enfermedad. Si bien la gravedad de las consecuencias del evento adverso puede generar beligerancia y eso puede favorecer que la vía penal sea la escogida, el porcentaje de casos en que se considera que existe responsabilidad profesional resulta menor. Ello se debe a la dificultad de condenar a un profesional ante situaciones clínicas de por sí graves. Si bien las condenas en la vía penal resultan poco frecuentes, ésta vía expone al profesional a penas de inhabilitación profesional de hasta 8 años y excepcionalmente una pena privativa de libertad.

Finalmente cabe destacar un dato positivo de nuestro entorno nacional y es que la frecuencia e incidencia de reclamaciones en nuestra especialidad es comparativamente mucho menor que la que hemos encontrado en la mayoría de países occidentales.

## **2.6. CONCLUSIONES**

## Conclusiones

En nuestro ámbito geográfico, Cataluña (España), la ACV no se muestra como una especialidad de especial riesgo de reclamación (1,3%) y se sitúa en el grupo de especialidades de riesgo bajo a medio-bajo juntamente con la pediatría, cardiología o medicina Familiar.

Dentro de la especialidad, la frecuencia de reclamaciones en el ámbito de la flebología (49;53,8%) es similar a la de procedimientos relacionados con la patología arterial (42;46,1%) . Las reclamaciones ligadas al tratamiento de las varices suponen la primera causa del global de reclamaciones .

Los principales motivos de reclamación son los defectos de procedimiento y las secuelas.

La mayoría de las reclamaciones se realizan por vía judicial (69,5%) , siendo la vía penal más frecuente en los casos de patologías más graves, aunque ésta suele ser más favorable al médico. La vía extrajudicial que busca llegar a pactos entre las partes es más utilizada en el grupo de patología venosa suponiendo un 49% de los cierres de estas reclamaciones.

De las 91 reclamaciones presentadas únicamente se obtuvo condena en 8 demandas (8,8%), siete provenientes de complicaciones relacionadas con patología venosa y tratamiento de varices y 1 en relación a una embolia pulmonar. Sólo en el 28,6% de las reclamaciones se consideró que hubo responsabilidad profesional y ello motivó una indemnización y/o condena.

La lesión neurológica en el postoperatorio de cirugía de varices se ha mostrado ligada a responsabilidad. Los procedimientos quirúrgicos ligados a patologías banales de tipo satisfactiva (tratamientos estéticos de arañas vasculares y varices) también tienen un alto riesgo de ser demandados si los resultados no cumplen las expectativas del paciente y tienden a resolverse a favor del demandante.

Globalmente las varices, si bien es la patología más común en la práctica del cirujano vascular también es la enfermedad más expuesta a la reclamación tanto judicial como extrajudicial con el objetivo de compensar económicamente el daño generado. En este caso la lesión neurológica supone la secuela más frecuentemente compensada.

La enfermedad tromboembólica ligada a cualquier tipo de procedimiento, arterial, venoso, traumatológico o médico es de alto riesgo de reclamación por lo que conviene insistir en la aplicación de las guías clínicas que definen muy claramente las indicaciones profilácticas y terapéuticas.

Las reclamaciones ligadas a patología arterial y enfermedades complejas, a pesar de tener resultados más graves como la amputación o incluso el fallecimiento, no suelen resultar con responsabilidad para el facultativo.

Aunque es más frecuente la condena y la necesidad de indemnizar a los afectados de complicaciones posquirúrgicas venosas, las cuantías económicas de las indemnizaciones son mayores en las patologías arteriales más graves.

El porcentaje de reclamaciones extrajudiciales ha ido en aumento en los últimos años y esa tendencia parece mantenerse para bien de todas las partes

implicadas ya que supone una resolución más rápida y menos costosa evitando someter al médico a pasar por un proceso judicial siempre desagradable.

En conclusión, la especialidad de ACV la consideramos de bajo riesgo de reclamación. Las reclamaciones por tratamiento de las varices son las más frecuentes y presentan riesgo de condena debido en muchas ocasiones a secuelas neurológicas. En patología arterial las reclamaciones se realizan en situaciones de secuelas o daños que pueden ser muy graves incluyendo la amputación y el éxitus del paciente, aunque aún así existe un bajo porcentaje de condena.

## 2.7 RECOMENDACIONES

Para finalizar se enumeran una serie de recomendaciones que si bien son de aplicación general adaptaré a las conclusiones de nuestro estudio para que tengan utilidad para los cirujanos vasculares:

- a. En tratamientos quirúrgicos electivos procurar una información exhaustiva y solicitar el DCI específico y detallado con tiempo suficiente para que el paciente lo lea y pueda plantear las cuestiones que no entienda.
- b. En tratamientos urgentes o evoluciones tórpidas registrar en la historia clínica toda la información relevante y referirse a las informaciones orales establecidas con paciente o familia.
- c. Los tratamientos de medicina satisfactiva (arañas vasculares, venas estéticas), solicitar el DCI detallado que indique tipo de procedimientos, posibles complicaciones y riesgos individualizados. (Scurr, 2008)
- d. Ante una complicación, gestionarla con rapidez, transparencia, máxima colaboración y reconocimiento de error si ha existido.
- e. Ante un efecto adverso estético nunca despreciar la insatisfacción del paciente. Mostrarse comprensivo, generoso en dar toda la información necesaria tranquilizando y ofreciendo tratamientos complementarios
- f. Aplicar medidas de seguridad clínica tipo Check-list y aplicar las guías de práctica clínica publicadas por las sociedades científicas, sobre todo respecto a la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa.

- g. En el tratamiento de las varices intentar utilizar siempre que sea posible la anestesia local que permite detectar la manipulación neurológica que bajo anestesia general, raquídea o troncal pasa desapercibida
- h. Para el tratamiento de venas estéticas o manchas capilares se aconseja realizar fotografías antes de empezar el tratamiento y al finalizarlo. Es mandatorio informar que no existe garantía de éxito.
- i. Extremar el cuidado en pacientes frágiles y añosos con enfermedad arterial periférica avanzada y siempre mantener un relación estrecha con familia y/o cuidadores.
- j. Fomentar en todo momento una buena relación médico-paciente.

### **3. LISTADO DE FIGURAS**

1. Algoritmo de funcionamiento de I SRP ante una demanda.
2. Evolución de las demandas según vía judicial
3. Evolución de las reclamaciones por médico/año
4. Muestra del estudio y subgrupos
5. Proporción de nº reclamaciones por total de especialidades
6. Distribución de especialistas según BBDD
7. Distribución de especialistas tras comprobación de especialidad
8. Número de reclamaciones por cirujano vascular
9. Tipos de tratamientos implicados
10. Tipo de centro sanitario implicado
11. Vías de reclamación de P. Arterial o venosa
12. Casos con o sin indemnización en patología venosa
13. Casos con o sin indemnización en patología arterial
14. Especialidades según riesgo de reclamación

#### **4. LISTADO DE TABLAS**

1. Valoración del error de acuerdo a evaluación de praxis y indemnización. Extraída de Studdert et al . New Eng. 2006
2. Distribución de las reclamaciones a lo largo de la época estudiada
3. Especialidades de los médicos implicados
4. Tipos de procedimientos
5. Motivo de reclamación
6. Clasificación de las demandas
7. Reclamaciones según tipo de hospital
8. Topografía de la lesión neurológica
9. Inicio y evolución de los casos de lesión neurológica
10. Resoluciones en subgrupo lesión neurológica
11. Indemnizaciones en lesiones neurológicas
12. Tipo de lesiones estéticas o quemaduras
13. Inicio y evolución de los casos de quemaduras
14. Resoluciones en subgrupo quemaduras
15. Indemnizaciones en subgrupo de quemaduras
16. Tratamiento de varices y trombosis venosa profunda

17. Inicio y evolución de trombosis venosa tras varices
18. Resoluciones en subgrupo trombosis tras cirugía de varices
19. Indemnizaciones en enfermedad tromboembólica y varices
20. Complicaciones quirúrgicas de las varices
21. Inicio y evolución de reclamaciones tras cirugía de varices
22. Resoluciones en subgrupo complicaciones tras cirugía de varices
23. Indemnizaciones en subgrupo de complicaciones post operatorias de varices
24. Inicio y evolución de cuerpo extraño
25. Resoluciones en subgrupo cuerpo extraño
26. Indemnizaciones en subgrupo de cuerpo extraño tras cirugía de varices
27. Detalle de demandas sobre amputaciones
28. Inicio y desarrollo de demandas sobre amputaciones
29. Resoluciones en subgrupo de amputaciones
30. Indemnizaciones en subgrupo de amputaciones
31. Detalle de demandas de casos generados en Urgencias.
32. Inicio y desarrollo de demandas sobre atención e Urgencias
33. Resoluciones en subgrupo atención en urgencias

34. Indemnizaciones en subgrupo de urgencias
35. Detalle de demandas tras cirugía arterial electiva .
36. Inicio y desarrollo de demandas sobre cirugía electiva
37. Resoluciones en subgrupo de cirugía arterial electiva
38. Indemnizaciones en subgrupo sobre cirugía electiva
39. Detalle de demandas y traumatismos .
40. Inicio y desarrollo de demandas sobre Traumatismos
41. Resoluciones en subgrupo Traumatismos
42. Indemnizaciones en subgrupo de Traumatismos
43. Detalle de demandas relativas a ETEV
44. Inicio y desarrollo de demandas sobre ETEV / TEP
45. Resoluciones en subgrupo ETEV / TEP
46. Indemnizaciones en subgrupo de ETEV
47. Detalle de demandas relativas a troncos supra aórticos
48. Inicio y desarrollo de demandas sobre TSA
49. Resoluciones en subgrupo TSA
50. Detalle de demandas sobre miscelánea

51. Inicio y desarrollo de demandas sobre miscelánea
52. Resolución en subgrupo miscelánea
53. Indemnizaciones en subgrupo de miscelánea
54. Fallecimientos por rotura aórtica
55. Fallecimientos por complicaciones postoperatorias
56. Fallecimientos por ETEV
57. Fallecimientos por causas variadas
58. Inicio y desarrollo de demandas en fallecimientos
59. Resoluciones en subgrupo fallecimientos
60. Indemnizaciones en subgrupo de fallecimientos
61. Inicio y final de las vías de reclamación y evolución
62. Detalle de las resoluciones de las demandas
63. Detalle de las indemnizaciones en patología venosa
64. Detalle de las indemnizaciones en patología Arterial
65. Enumeración de las condenas
66. Motivos de reclamación según Markides y según SRP de COMB
67. Grupos de procedimientos extraído de registro SEACV 2010, Catsalut 2011, NHS 2005 (Markides) y Swedvasc 2011 ( Rudström)

## 5. BIBLIOGRAFIA

En esta tesis se sigue el sistema de citación nombre-año ( o sistema Harvard) . En el texto, cada referencia se identifica por el apellido(s) de (los) firmante(s) y el año de publicación.

En la bibliografía, el estilo de las referencias bibliográficas sigue las recomendaciones de los "requisitos de Uniformidad para manuscritos Presentados a revistas Biomédicas" tal y como indican las normas del Comité de Editores de revistas médicas (ICMJE) en su última edición, disponibles en [http://www.icmje.org/manuscript\\_1prepare.html](http://www.icmje.org/manuscript_1prepare.html)

## Bibliografía

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Foundation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium.; APhysician Center. Ann Intern Med 2002;136 (3): 243-6.

Adar R., Bass A., Walden R. Iatrogenic complications in Surgery. Ann Surg.1982 dec; vol 196(8):725-729.

Ahmed K, Ashrafian H, Hanna GB, Darzi A, Athanasiou T. Assessment of specialists in cardiovascular practice. Nat Rev Cardiol. 2009 Oct;6(10):659-67. Epub 2009 Sep 1.

Alburry WR, Weisz GM. The medical Ethics of Erasmus in the physician-patient relationship. Med Human 2001; 27 (1):35-41.

Álvarez Caperochipi JA. Curso 2012. VII Edición Máster en Bioética La Lex Artis: una perspectiva jurisprudencial

Álvarez R, Moreno RM, Cairols M, De Lorenzo R, De Lorenzo O,. Documentos de consentimiento informado en Angiología y cirugía vascular. Ed. EDIMSA. 2007. Madrid.

Annual report 2011, Swedish National Registry for vascular surgery, Swedvasc.

Arimany, J., Pujol, A., Aspectos médico-legales de las malpraxis en dermatología. Piel, 1994;9:16-22

Arimany J., Pujol, A. Tribuna: La prueba pericial médica en casos de responsabilidad profesional. Diario Médico. 7 abril 2004;8.

Arimany-Manso J. Visión de la responsabilidad profesional médica y la medicina basada en la evidencia. En: González Fernández J, Gutiérrez Hoyos A, editores. Octavo Curso de Patología Forense. Gobierno de la Rioja, 2009. p 33-36.

Arimany-Manso J, Roche Rebollo E, Benet Travé J, Klamburg Pujol J, Sauca Riera C, Gómez Durán EL. La patología vascular y venosa en las reclamaciones por defecto de praxis en cirugía vascular y angiología. Poster en 19th World IAFS Meeting, Madeira, September 12th-17th 2011.

Arimany-Manso J et al. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica de Cataluña. Med Clin (Barc). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013a.02.025>

Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. Gac Sanit. 2013b Jan-Feb;27(1):92-3.

Arimany-Manso J; Gómez-Durán EL; Boada M; Ventura Mas S; Tàrraga L; Clos Masó D; Matías-Guiu J. La investigación en los procedimientos de incapacidad de las personas con enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. Rev Esp Med Legal. 2012a;38:89-90

Arimany-Manso J. La responsabilidad profesional en cardiología. Rev Esp Cardiol. 2012b;65(9):788-790.

Arimany-Manso J. La medicina defensiva: un peligroso boomerang. Humanitas, Humanidades Médicas 2007; 12: monográfico.

Barker WF, Cannon JA. An evaluation of endarterectomy. *AMA. Arch Surg.* 1952; 66:488.

Bayarri P, Casanellas JM, Rovira M, Vilardell M. Finalitat i ús de la història clínica. *Quaderns de la Bona Praxi*, Núm. 4, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Juliol 1994

Berman L, Curry L, Goldberg C, Gusberg R, Fraenkel L. Pilot testing of a decision support tool for patients with abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2010 Nov 8.

Black N. Medical litigation and the quality of care. *Lancet* 1990;335:35-7.

Breu FX, Guggenbichler S, Wollmann JC; Second European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy. Duplex ultrasound and efficacy criteria in foam sclerotherapy from the 2nd European Consensus Meeting on Foam Sclerotherapy 2006, Tegernsee, Germany. *Vasa.* 2008 Feb;37(1):90-5.

Brown OW, MD, JD Good Samaritan statutes: A malpractice defense for "doing the right thing". *J Vasc Surg* 2010a;51:1572-3.

Brown OW Reviewing medical malpractice cases for a plaintiff's attorney: heresy or Responsibility. *J Vasc Surg.* 2010b Apr; 51(4):1054-5.

Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, Pujol Robinat A, Medallo Muñoz J. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp.* 2012b Apr;212(4):198-205.

Bruguera M. Els col·legis professionals del segle XXI: Paper social i responsabilitats envers els seus membres. Discurso de ingreso a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. 27 de mayo de 2012a.

Cabrera J, Cabrera J Jr. Nuevo método de esclerosis en las varices tronculares. *Patología Vasular.* 1995; vol 1, nº 4:55-73

Campbell WB, France F, Goodwin HM. Medico-legal claims in vascular surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 2002;84:181-184

Carrasco D, La información en cirugía satisfactiva ha de ser exhaustiva . Recuerda un fallo del Supremo. *Diario Médico*, 14 de mayo de 2001;

Carrasco D, No hay responsabilidad sanitaria sin culpa, dice ahora lo civil del TS. *Diario Médico*, 19 de abril de 2004;8.

Carrel A. The surgery of blood vessels. *Bull John Hopkins Hosp.* 1907;18:18.

Castañeda-Zuñiga, W.E., Yormanek, A., Tadavarthy, M., et als. The mechanism of ballon angioplasty. *Radiology* 1980; 135: 565-71. *Cir Esp.* 2012 Apr;90(4):254-9.

Clos-Masó D, Gómez-Durán EL, Morales JI, Arimany-Manso J. Los seguros de responsabilidad civil profesional médica. *Problemas jurídicos en Ginecología y Obstetricia.* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ISBN: 978-84-695-7381-5 (2013)

Código de Deontología, aprobado en la Asamblea de Metges de Catalunya, Palau de la Música Catalana, 16.06.2005, actualizado en el Congrés de la Professiò Mèdica de Catalunya, por acuerdo del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 24 de enero de 2005.

Código Penal. Publicado en el BOE num 281 de 24 de noviembre de 1995

Código Civil . Publicado en el BOE núm. 206 de 25 de junio de 1889

Cooley DA, Mahaffey DE, De Bakey ME. Total excision of the aortic arch for aneurysm. SGO. 1955; 101:667.

Corbella, J. Evolución del concepto de responsabilidad médica. Organización Médica Colegial, 1991;13:27-28

Corbella, J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Discurso de ingreso en al Real Academia de Medicina de Barcelona, Barcelona 1985

Couceiro a. The levels of health justice and the distribution of resources An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 61-74.

Craig Nesbitt, Ron KG Eifell, Peter Coyne, Hassan Badri, Vish Bhattacharya, Gerard Stansby. Endovenous ablation (radiofrequency and laser) and foam sclerotherapy versus conventional surgery for great saphenous vein varices. Cochrane library . 2012

Critchley G, Handa A, Maw A, Harvey A, Harvey MR, Corbett CRR. Complications of varicose vein surgery. Ann R Coll Surg Engl 197;79:105-10

De Bakey ME, Cooley DA, Creech OJ. Surgical considerations of dissecting aneurysm of the aorta. Ann Surg. 1955;142:586.

De Bakey ME, Cooley DA. Successful resection of aneurysm of the thoracic aorta and replacement by graft. JAMA. 1954;152:673.

De Bakey ME, Simeone FA. Battle injuries of the arteries in the world war II. An analysis of 2 471 cases. Ann Surg. 1946; 123:524.

De los Reyes López M. et al Relaciones entre profesionales sanitarios *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 339-350

Dos Santos EJ. Sur la desobstruction des thromboses artérielles anciennes. Mem Acad Chirurg. 1947;73:409.

Earnshaw The endovascular revolution The endovascular revolution Ann R Coll Surg Engl. 1997 March; 79(2): 81-82.

Eascott HH, Pickering GW, Rob CG. Reconstruction of internal carotid artery in a patient with intermittent attacks of hemiplegia. Lancet. 1954;2:944.

Elias S, Raines JK Mechanochemical tumescentless endovenous ablation: final results of the initial clinical trial. Phlebology. 2012 March; 27(2): 67-72.

Fernandez A. Improving the quality of informed consent: it is not all about the risks. Ann Intern Med. 2010 Sep 7;153(5):342-3.

Fink S, Chaudhuri TK, Davis HH. Pulmonary embolism and malpractice claims. South Med J. 1998 Dec;91(12):1149-52. Erratum in: South Med J 1999 eb;92(2):189.

Forbes TL. Informed consent: what level of risk to disclose with carotid artery endarterectomy? J Vasc Surg. 2010 Jun;51(6):1548-9.

Francheschi CL. Théorie et pratique de la cure hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire. Armaçon. Précý sous Thil.1988

Friedman SG. A History of Vascular Surgery. New York: Future Publishing Company Inc; 1989.

Frigieri D. Victor A. J.. Consideraciones sobre la deshumanización en el ejercicio

médico. XII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid, 20 y 21 octubre 2005.

Ganz DA, Glynn RJ, Mogun H, Knight EL, Bohn RL, Avorn J. Adherence to guidelines for oral anticoagulation after venous thrombosis and pulmonary. 2000

Gisbert Grifo MS, Fiori A. Responsabilidad médica. En: Villanueva E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6.a ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 109-24.

Gomàriz R. La valoració medicoforense de la responsabilitat sanitària en la jurisdicció contenciosa administrativa. En libro de ponencias de las Cincuenes Jornades Catalanes d'Actualització de Medicina Forense. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya; 2001. p. 81-9

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. 2013a Jul 5. DOI: 10.1007/s00414-013-0885-9

Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Barbería-Marcain E, Clos Masó D, Arimany-Manso J. Respeto a la autonomía del paciente con demencia y la necesidad de colaboración interdisciplinar. Neurología. 2012a Sep 13. Doi:10.1016/j.nrl.2012.06.012.

Gómez-Durán EL, Mulà-Rosías JA, Lailla-Vicens JM, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Analysis of obstetrics and gynecology professional liability claims in Catalonia, Spain (1986-2010). J Forensic Leg Med. 2013b Jul;20(5):442-6.

Gómez-Durán EL, Saigí-Ullastre U, Bruguera-Villagrasa R, Arimany-Manso J. Sobre la desviación del espíritu del consentimiento informado y otras reflexiones de interés en los ensayos clínicos. Med Clin (Barc). 2013c Jun 19. doi:pui: S0025-7753(13)00308-4.10.1016/j.medcli.2013.04.025.

González-Hermoso F. Medical errors or adverse events in daily clinical practice (Cir Esp 2001; 69: 591-603)

Goyanes J. Nuevos trabajos de cirugía vascular, substitución plástica de las arterias por las venas o arterioplastia venosa, aplicada como nuevo método al tratamiento de los aneurismas. Siglo Med. 1906;53:546-61.

Grangel LS. Cirugía del Renacimiento. Italia, España e Inglaterra. En: Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1972.

Griffen FD, Stephens LS, Alexander JB, Bailey HR, Maizel SE, Sutton BH, Posner KL. The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care. J Am Coll Surg. 2007 Apr; 204(4):561-9

Guijarro Escribano JF, Moratinos Palomero P. Influencias y aportaciones de la cirugía castrense al desarrollo de la cirugía vascular. Med Mil. 2003;59(4):46-52.

Gurin D, Bulmer JW, Derby R. Dissecting aneurysm of aorta: diagnosis and operative relief of acute arterial obstruction due to this cause. New York J Med. 1935;35:1200.

<http://www.conseil-national.medecin.fr>. Página oficial del consejo nacional de médicos de Francia

<http://www.reformapenal.es/wp-content/uploads/2011/11/resmedica.pdf>

<http://www.vascularsociety.org.uk/about-us/council-committees/>. Enlace con la página del comité asesor de la sociedad Society for Vascular Surgery Of England and Ireland

<http://www.ordemosmedicos.pt>. Página oficial del colegio de médicos portugueses

<http://www.comb.cat/cat/comb/publicacions/anuari2009/home.htm>.

Insalud. Memoria Estadística Insalud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999

Jiménez, M. Legislación/derecho sanitario. Introducción al derecho. Barcelona: Jims, 1993.

Jones JW, McCullough LB.. To sleep or not to sleep, that is the question J Vasc Surg. 2010 Apr; 51(4):1033-4.

Kolh P. Analysis of insurance claims after vascular surgery: a tool for quality improvement? Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011 Oct;42(4):506-7. doi:10.1016/j.ejvs.2011.07.018. Epub 2011 Aug 6. PubMed PMID: 21821438.

Kunlin J. Le traitement de l'artérite oblitérante par le greffe veineuse. Arch Mal Coeur. 1949;42:371.

Latorre Villalonga J, Callejas Pérez JM, Capdevilla Mirabet JM, Jiménez Cossío JA, Estevan Solano JM, Cairols Castellote MA. La angiología y cirugía vascular a través de la historia. Benalmádena: Centro de documentación Uriach; 1991.

Lefebvre P, Laliberté F, Nutescu EA, Duh MS, LaMori J, Bookhart BK, Olson WH, Dea K, Schein J, Kaatz S. All-cause and potentially disease-related health care costs associated with venous thromboembolism in commercial, Medicare, and Medicaid beneficiaries. J Manag Care Pharm. 2012 Jun;18(5):363-74.

Levitan N, Dowlati A, Remick SC, Tahsildar HI, Sivinski LD, Beyth R, Rimm AA. Rates of initial and recurrent thromboembolic disease among patients with malignancy versus those without malignancy. Risk analysis using Medicare claims data. Medicine (Baltimore). 1999 Sep;78(5):285-91.

Levy S. Criminal liability for medical negligence Med Law. 2006 Dec;25(4):601-10. Source University of East London.

Lexer E. Die ideale operation des arteriellen und des arteriovenosen aneurysma. Arch Klin Chir. 1907; 83:459.

LEY 1/2000 de 7 de Enero de enjuiciamiento civil BOEnº 7 de 08/01/2000

LEY 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa. Boletín oficial del estado, 14 de Julio de 1998, numero 167, p 23516-23551.

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 274 de 15/11/2002

LEY de Enjuiciamiento Criminal de 14 septiembre de 1882 y disposiciones de reforma BOE

LEY Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal

LEY Orgánica 6/1998 de 13 de julio de reforma de la ley orgánica del Poder judicial BOE 167. 14 de Julio.1998

LLEI 21/2000, de 29 de desembre sobre els Drets d'Informació concernent a la salut, a l'autonomia del pacient i la documentació (DOGC 3303)

Louise M Nash, Merrilyn M Walton, Michele G Daly, Patrick J Kelly, Garry Walter, Elizabeth H van Ekert, Simon M Willcock and Christopher C Tennant. Perceived practice change in Australian doctors as a result of medico legal concerns *Med J Aust* 2010; 193 (10): 579-583.

Markides GA, Subar D, Al-Khaffal H. Litigation Claims in Vascular Surgery in the United Kingdom's NHS. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008.36,452-457.

Martín-Fumadó C; Barbería Marcalain E; Pujol Robinat A; Arimany-Manso J. Revista Española de Medicina Legal: Análisis de la nueva etapa. *Rev Esp Med Legal*. 2011a;37(1):1-4

Martorell F. Historia del conocimiento de la oclusión de los troncos supraaórticos: discurso de recepción del título de miembro de la real academia de medicina de Cataluña y baleares. 1962

Matas R. Personal experiences in vascular surgery. A statistical synopsis *Ann surg*. 1940 november; 112(5): 802-839. PMID: PMC1387979

McQuade JS. The medical malpractice crisis--reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *J R Soc Med* 1991;84:408-11.

Medallo J, Montero F, Bono N, Gené M. La responsabilidad penal y civil del médico. El procedimiento judicial. *Cuadernos de Gestión*. 1997;3:37-49.

Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Medicina Clínica*. Barcelona. 2006;126(4);152-156

Milleret R, Huot L, Nicolini P, Creton D, Roux AS, Decullier E, Chapuis FR, Camelot G. Great saphenous vein ablation with steam injection: results of a multicentre study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013 Apr;45(4):391-6. doi: 10.1016/j.ejvs.2013.01.027. Epub 2013 Feb 12.

Min RJ, Navarro L Transcatheter duplex ultrasound-guided sclerotherapy for treatment of greater saphenous vein reflux: preliminary report. *Dermatol Surg*. 2000 May;26(5):410-4; discussion 413-4.

Moore W. Vascular and ebdovascular surgery: a comprehensive review. Eight edition.2013..Elsevier

Moreno-Carriles RM et al. Registro de actividades de la sociedad española de angiología y cirugía vascular 2010. *Angiología*.2012;(64).1. 13-30

Moya Garrido, M<sup>a</sup> N. Internet, salud y ciudadanía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2009. CONSEJERÍA DE SALUD Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía Sevilla (Aetsa) Informe de Evaluación. La Biblioteca Cochrane Plus

Norgren L. Hiatt W.R., Dormandy J:A: Nehler KA; et al INTER-Society Consensus for the Management of peripheral artial Disease ( TASC II) *Eur J Vasc Endovasc Surg* 33, S1-S75 (2007)

Palmaz, J.C., Sibbitt, R.R., Tio, F.O., et als. Expandable intraluminal vascular graft: A feasibility study. *Surgery* 1986;99: 199-205.

Paredes R. Ética y Medicina Defensiva, Seminario El ejercicio actual de la medicina, Facultad de Medicina UNAM, Méjico, 2003

Parodi, J.C., Palmaz, J.C., Harone, H.D. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann. Vasc. Surg.* 1991; 5; 491-9.

Quaderns de la bona praxi. El consentiment informat. La presa de la decisió informada del pacient. Març 2008. CCMC. COMB

Quaderns de la Bona Praxi .Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges., Núm. 17, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Setembre 2004

Real Decreto 296/1996 de 23 de febrero por la que aprueba el Reglamento orgánico del Cuerpo de médicos Forenses BOE. 1 de Marzo 1996

Responsabilité civile professionnelle et protection juridique Le risque des professionnels de santé Responsabilité - Novembre 2012. Groupe MASCF sur l'exercice 2011

Responsabilité: Revue de de formation sur le risque médical. Rapport du Conseil médical du sou Médical. Décembre 2009. Groupe MACSF sur l'exercice 2008.

Rich NM. Vascular trauma. *Surg Clin N.A.* 1973; 53:1367.

RJ 1989 \4126 Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Penal) de 5 mayo 1989

Rodríguez Álvarez P. Nociones de derecho procesal. En: García Barrios PJ, editor. *Medicina legal: responsabilidad por las actuaciones sanitarias.* Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2003. p. 17-29.

Rudström H, Bergqvist D, Ahlberg J, Björck M. Insurance claims after vascular surgery in Sweden *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011 Oct;42(4):498-505. doi:10.1016/j.ejvs.2011.04.026. Epub 2011 Jun 12.

Russell MW, Taylor DC, Cummins G, Huse DM. Use of managed care claims data in the risk assessment of venous thromboembolism in outpatients. *Am J Manag Care.* 2002 Jan;8(1 Suppl):S3-9

Sanders RD, Gurney S. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm.. *N Engl J Med.* 2010 Oct 7;363(15):1479; author reply 1481-2.

Scurr JH, Shields DA, Shami SK, Coleridge Smith PD. [Medico-legal aspects of venous surgery]. *Phlebologie.* 1993 Oct-Dec;46(4):609-12. French.

Scurr JR.H, Scurr J.H. varicose veins: a review of a 200 consecutive medicolegal claims. *Clinica Risk.* (2005) 11,225-230.

Scurr JR, Ahmad N, Thavarajan D, Fisher RK. Traveller's thrombosis: airlines still not giving passengers the WRIGHT advice! *Phlebology.* 2010 Oct;25(5):257-60.

Scurr JR, Gilling-Smith GL, Fisher RK. Systematic review of foam sclerotherapy for varicose veins (*Br J Surg* 2007; 94: 925-936). *Br J Surg.* 2007a Oct;94(10):1307-8; author reply 1308.

Scurr JR, Hufton A, Jeffrey V, Vallabhaneni SR. www.Accurate information for varicose vein patients.com? *Ann R Coll Surg Engl.* 2008 Oct;90(7):554-6.

Scurr JR, Oshin OA, Hinchliffe RJ, Holt PJ, Gohel M. Deficiencies in venous experience in UK vascular trainees: a survey of Rouleaux Club members. *Phlebology.* 2011 Sep;26(6):227-31.

Scurr JR, Scurr JH. Common peroneal nerve injury during varicose vein surgery.*Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Sep;32(3):334-5.

Scurr JR, Scurr JH. Endovenous ablation of varicose veins: medicolegal claims will continue! *Phlebology*. 2007b;22(3):95-7.

Scurr JR, Scurr JH. Is failure to provide venous thromboprophylaxis negligent? *Phlebology*. 2007;22(4):186-91.

Scurr JR, Scurr JH. Venous thromboprophylaxis in UK medical inpatients. *J R Soc Med*. 2006 Jan;99(1):5.

Scurr VR, Scurr JR, Scurr JH. Medico-legal claims following amputations in the UK and Ireland. *Med Leg J*. 2012;80(Pt 3):105-9.

Sentencia del Tribunal Supremo. Sala 1º de lo civil. 27 Septiembre. 2010.

Shaw RS. Acute dissecting aortic aneurism treated by fenestration of the internal wall of the aneurysm. *New Engl J Med*. 1955;25:331.

Silwka D, Fang M, . Venous thromboembolism Prophylaxis in the United Status: Still Room for Improvement. *J Gen Intern Med* 2010. 25(6):484-6

Spyropoulos AC, Lin J. Direct medical costs of venous thromboembolism and subsequent hospital readmission rates: an administrative claims analysis from 30 managed care organizations. *J Manag Care Pharm*. 2007 Jul-Aug;13(6):475-86.

Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 1995;310:27-29

Studdert David M., LL.B., Sc.D., M.P.H., Michelle M. Mello, J.D., Ph.D., M.Phil., Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., Tejal K. Gandhi, M.D., M.P.H., Allen Kachalia, M.D., J.D., Catherine Yoon, M.S., Ann Louise Puopolo, B.S.N., R.N., and Troyen A. Brennan, M.D., J.D., M.P.H. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. *N Engl J Med* 2006;354:2024-33.

Studdert David M., LL.B., Sc.D., M.P.H., Michelle M. Mello, J.D., Troyen A. Brennan, Defensive medicine and Tort Reform: a Wide View. 2010. *J. Gen Intern Med*. 25(5):380-1  
Lawson EH, Louie R, Zingmond DS, Brook RH, Hall BL, Han L, Rapp M, Ko CY. A comparison of clinical registry versus administrative claims data for reporting of 30-day surgical complications. *Ann Surg*. 2012 Dec;256(6):973-81. doi:10.1097/SLA.0b013e31826b4c4f. PubMed PMID: 23095667.

Tagalakis V, Kahn SR. Determining the test characteristics of claims-based diagnostic codes for the diagnosis of venous thromboembolism in a medical service claims database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2011 Mar;20(3):304-7. doi:10.1002/pds.2061. Epub 2010 Dec 30.

Tamariz L, Harkins T, Nair V. A systematic review of validated methods for identifying venous thromboembolism using administrative and claims data. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2012 Jan;21 Suppl 1:154-62.

Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. *Science* 1978;200:879-82.

Tennant WG, Ruckley CV. Causes of legal action following treatment for varicose veins. *Clinical risk* 1997;3:52-4

Tessari L, Cavezzi A, Frullini A, Preliminary experience with a new sclerosing foam in the treatment of varicose veins. *Dermatol Surg* 2001 Jan;27(1):58-60.

Urruela Mora A, Romeo Malanda S Tendencias actuales de la jurisprudencia española en materia de responsabilidad penal Médica. *Revista de Derecho Penal Jurisprudencia española responsabilidad penal médica en 2011*.

W. B. Campbell, F. France, H. M. Goodwin, and Research and Audit Committee of the Vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland. Medicolegal claims in vascular surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002 May; 84(3): 181–184.

Weiss Ra, Weiss MA. Controlled radiofrequency endovenous occlusion using a unique radiofrequency catheter under duplex guidance to eliminate saphenous varicose vein reflux: a 2-year follow-up. *dermatol Surg.* 2002 Jan; 28(1):38-42.

Wyzie EJ. Thromboendarterectomy for arteriosclerotic thrombosis of major arteries. *Surgery.* 1952;32:275.

## **6.ABREVIATURAS**

AAA. Aneurisma de aorta abdominal

ACV. Angiología y cirugía vascular

BBDD. Base de datos

COMB. Col.legi Oficial de metges de Barcelona

CPE. Ciático popliteo externo

CPI: Ciático popliteo interno

CV. Cirujano vascular

CATSALUT. Institut Català de la Salut

DCI. Documento de Consentimiento informado

ETEV. Enfermedad tromboembólica venosa

HBPM. Heparina de bajo peso molecular

MDU. Medical Defense Union

NHSLA. National Health Service Litigation Authority

P.A. Patología arterial

P.V Patología venosa

RP. Responsabilidad profesional

SASA. Sistema informático base de datos específico para el Servicio de responsabilidad profesional del COMB

SRP. Servicio de Responsabilidad profesional

SEACV . Sociedad española de angiología y cirugía vascular

STS. Sentencia del tribunal supremo

TEP. Trombo embolismo pulmonar

TS. Tribunal supremo

TSA. Troncos supraaórticos

XHUP. Xarxa Hospitalaria de utilitzación pública

WHO. World Health Organization