

## Reclamaciones por cirugía en sitio erróneo (1986-2017)

### *Analysis of claims for wrong-site surgery (1986-2017)*

doi.org/10.23938/ASSN.0309

J. Arimany-Manso<sup>1,2</sup>, L. Aragonès Rodríguez<sup>1</sup>, J. Benet-Travé<sup>1</sup>, C. Martín-Fumadó<sup>1,3</sup>,  
R. Bruguera Villagrasa<sup>1</sup>, F. Fuz<sup>4</sup>, E. L. Gómez-Durán<sup>1,5</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** La cirugía en sitio erróneo (CSE) es un evento adverso de la asistencia sanitaria potencialmente prevenible.

**Material y método.** Análisis retrospectivo de las 9.129 reclamaciones registradas entre 1986 y 2017 en el Servicio de Responsabilidad Profesional Médica del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña.

**Resultados.** Se localizaron 57 reclamaciones sobre CSE (1,78 reclamaciones/año) con incremento en los últimos diez años (0,92 a 3,83). Hubo un error de paciente correspondiente al procedimiento anestésico; las zonas anatómicas más implicadas fueron los dedos (17,5%) y la columna (15,8%), seguidos de la rodilla y los dientes (12,3% cada uno). Cirugía Ortopédica y Traumatología fue la especialidad más implicada (54,4%). Los procedimientos más frecuentemente implicados en la CSE fueron extracción dental, cirugía de hernia discal y resección ósea en dedo (7 casos cada uno, 12,3%). La vía de reclamación fue penal en 16 casos (28,1%) y civil en 9 (15,8%), con dos sentencias condenatorias por vía civil. El 59,6% de los expedientes conllevaron indemnización, con una cuantía media de 9.210,23 euros por caso, un 65,6% en vía extrajudicial y un 50% en vía judicial.

**Conclusiones.** La CSE presenta una incidencia no desdiable de reclamación y elevadas tasas de responsabilidad profesional médica, reforzando la necesidad de incrementar los esfuerzos en materia de seguridad del paciente en esta área.

**Palabras clave.** Análisis de reclamaciones. Error médico. Cirugía en sitio erróneo.

#### ABSTRACT

**Background.** Wrong site surgery (WSS) is a potentially preventable adverse event in healthcare.

**Methods.** We performed a retrospective analysis of the 9,129 claims managed by the Professional Liability Service of the Catalanian's Colleges of Physicians from 1986 to 2017.

**Results.** We identified 57 claims for WSS (1.78 per year), with an increase in the final ten years (0.92 to 3.83). One patient identification error corresponded to the anesthetic procedure; surgery involving fingers (17.5%), backbone (15.8%), knee (12.3%) and teeth (12.3%) was predominant. Orthopedic Surgery and Traumatology was the specialty most involved (54.4%), being tooth extraction, vertebral disc prolapsed surgery and finger bone resection the most frequent procedures with seven cases each (12.3%). Claims followed criminal (16 cases, 28.1%) or civil proceedings (9 cases, 15.8%), with two guilty verdicts on a civil basis. The frequency of claims leading to compensation was 59.6%, averaged 9,210.23 euros per claim, resolved through extrajudicial (65.6%) or judicial channels (50.0%).

**Conclusion.** WSS events cannot be overlooked and shows high incidence of claims liability rates, which highlights the need to increase efforts to ensure patient safety in this area.

**Keywords.** Analysis of claims. Medical errors. Wrong-site surgery.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (2): 205-209*

1. Servicio de Responsabilidad Profesional. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Barcelona. España.
2. Unidad de Medicina Legal y toxicología. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.
3. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Barcelona. España.
4. SHAM. Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles. Lyon. Francia
5. Departamento de Medicina. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona. España.

#### Correspondencia:

Esperanza L. Gómez Durán  
Passeig de Bonanova, 47  
08017 Barcelona  
España  
E-mail: elgomezduran@comb.cat

Recepción: 01/03/2018

Aceptación provisional: 18/06/2018

Aceptación definitiva: 13/07/2018

## INTRODUCCIÓN

La cirugía en sitio erróneo (CSE) o *wrong side surgery* (WSS) se define como la cirugía que ha sido realizada en la persona, órgano, miembro, lado o nivel vertebral erróneos<sup>1</sup>. La incidencia descrita en EEUU varía de 0,09 a 4,5 casos por 10.000 procedimientos quirúrgicos<sup>2</sup>, pero solo reclaman el 17-38% de los pacientes<sup>3,4</sup>.

Si bien las reclamaciones judiciales por CSE suponen solo un 1,8-7,0% de las reclamaciones en EEUU, el 85% de los casos acaban en condena. La incidencia de pronunciamientos judiciales es baja y puede deberse a que normalmente se pacta un acuerdo económico<sup>5,6</sup>.

En nuestro entorno hemos localizado dos estudios sobre la CSE, ambos en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT). Asunción y col analizaron en 2012 el proceso de identificación del lado correcto en una serie de 101 intervenciones de cirugía de pie<sup>7</sup> y García-Germán y col una serie de 25 sentencias y reclamaciones sobre CSE en COT<sup>8</sup>. El objetivo del presente estudio fue realizar un análisis retrospectivo sobre la incidencia y las características médico-legales de 57 reclamaciones sobre CSE.

## MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un estudio retrospectivo de tipo descriptivo sobre reclamaciones por CSE. El Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) gestiona el seguro de responsabilidad profesional médica mayoritario en Cataluña (más de 25.000 facultativos) y registra todas las reclamaciones dirigidas contra facultativos asegurados desde el año 1986<sup>9</sup>. Se identificaron las reclamaciones por CSE recogidas en la base de datos del SRP entre 1986 y 2017, identificándolas informáticamente, con una extracción anonimizada de los datos mediante la codificación de los casos y analizándose las variables clínicas, médico-legales y jurídicas registradas. Se realizó el análisis estadístico descriptivo

de los datos mediante el software SPSS v17.0 (IBM SPSS Statistics).

## RESULTADOS

Entre 1986 y mayo de 2017 se registraron un total de 9.129 reclamaciones en el SRP del CCMC, de las cuales 57 correspondieron a CSE (0,62 % de las reclamaciones; 1,78 reclamaciones/año). Entre 1986 y 1993 no se contabilizó ninguna reclamación, entre 1994 y 2005 se registró una media de 0,92 reclamaciones/año, siendo la media en el periodo 2006-2017 de 3,83 reclamaciones/año.

Las zonas anatómicas más frecuentemente afectadas por la CSE fueron los dedos en un 17,5%, seguida por la columna (15,8%), la rodilla (12,3%) y los dientes (12,3%). Cirugía ortopédica y Traumatología fue la especialidad más afectada (54,4%). El caso de error de paciente correspondió a la especialidad de Anestesiología y Reanimación. Los procedimientos más frecuentemente implicados en la CSE fueron: extracción dental, cirugía de hernia discal y resección ósea en dedo con siete casos cada uno (12,3%), herniorrafia en cinco casos (8,8%) y exéresis cutánea y cirugía meniscal en cuatro casos cada uno (7,0%) (Tabla 1).

La vía de reclamación fue penal en dieciséis casos (28,1%), de los cuales en cinco hubo sobreesimio (31,3%), en dos sentencia absolutorias (12,5%), en siete casos se acordó una indemnización entre las partes (43,8%) y dos causas siguen abiertas, no habiendo sentencias condenatorias. La vía de reclamación fue civil en nueve casos (15,8%): 3 sentencias fueron absolutorias (33,33%), en dos se estimó responsabilidad (22,2%), en un caso se llegó a un acuerdo (11,1%) y tres causas siguen abiertas (33,3%). Los restantes treinta y dos casos fueron extrajudiciales (56,1%). Un 59,6% de los cincuenta y dos casos cerrados acabaron en indemnización, un 65,6% en vía extrajudicial (acuerdo en veintiuno de los treinta y dos procedimientos) y un 50% en la vía judicial (por acuerdo entre partes, salvo dos sentencias condenatorias en vía civil).

**Tabla 1.** Zona anatómica y especialidad implicada en la cirugía en sitio erróneo

Variable	N (%)
<b>Zona anatómica</b>	
Dedos	10 (17,5)
Columna	9 (15,8)
Rodilla	7 (12,3)
Dientes	7 (12,3)
Piel	4 (7,0)
Región Inguinal	4 (7,0)
Pie y tobillo	4 (7,0)
Cadera	3 (5,3)
Mano y muñeca	2 (3,5)
Abdomen	1 (1,8)
Nariz	1 (1,8)
Lengua	1 (1,8)
Úvula	1 (1,8)
Testículo	1 (1,8)
Plexo Braquial	1 (1,8)
Paciente equivocado	1 (1,8)
<b>Especialidad</b>	
Cirugía Ortopédica y Traumatología	31 (54,4)
Cirugía General	5 (8,8)
Cirugía Maxilo-facial	5 (8,8)
Neurocirugía	4 (7,0)
Estomatología	3 (5,3)
Cirugía Pediátrica	2 (3,5)
Cirugía Plástica	2 (3,5)
Otorrinolaringología	2 (3,5)
Dermatología	1 (1,8)
Urología	1 (1,8)
Anestesiología	1 (1,8)

La cuantía media reclamada fue de 37.829,18 €, mientras que la cuantía media por caso indemnizado fue de 9.210,23 € (cuantía mínima 2.958,80 y máxima 50.001 €).

## DISCUSIÓN

Se constata un aumento de las reclamaciones por CSE a lo largo del periodo estudiado, con un aumento significativo a partir de 2006, lo que no implica necesariamente una mayor incidencia de CSE. La aplicación

de los protocolos para evitar este tipo de errores probablemente haya propiciado una disminución de los mismos, como se ha descrito en EEUU<sup>10</sup> o Reino Unido<sup>11</sup>; sin embargo, el incremento del número de intervenciones quirúrgicas ha sido importante desde el año 2007<sup>12</sup>. Asimismo, los cambios socioculturales y de paradigma han propiciado una mayor atención a los derechos del paciente y transparencia en la asistencia.

En el presente estudio las zonas anatómicas más frecuentemente afectadas por la

CSE fueron los dedos, la columna, la rodilla y los dientes. En la muestra analizada por García-Germán y col, la rodilla representaba el 52% de los casos<sup>8</sup>, probablemente por tratarse de una muestra exclusiva de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y eminentemente judicial, en que los casos de cirugía de columna podrían quedar fuera (neurocirugía), así como los de menor cuantía (ej. CSE en dedos) que se resuelven con más facilidad por acuerdo extrajudicial. Nuestro análisis abarca todas las especialidades, así como los errores supuestamente de menor repercusión como el error de pieza dentaria.

En nuestro estudio la especialidad más implicada fue COT, puesto que actúa frecuentemente sobre estructuras anatómicas pares y con escasas evidencias externas de patología<sup>8</sup>. En EEUU esta especialidad supone entre el 41 y el 68% del total de CSE<sup>13</sup>, y la *American Academy of Orthopedic Surgeons* ha establecido que la probabilidad acumulada de que un cirujano ortopédico tenga un episodio de CSE en treinta y cinco años de ejercicio profesional es del 35%<sup>14</sup>.

El 59,6% de los expedientes conllevaron indemnización, cifra superior a la media en nuestras reclamaciones<sup>14</sup>, pero inferior al 85% descrito en EEUU<sup>5-6</sup>, lo que apunta a características diferenciales entre ambos escenarios<sup>15</sup>. El 56,1% del total de expedientes se resolvió extrajudicialmente, en las causas penales no existieron sentencias condenatorias y en las causas civiles solo se produjeron dos condenas. Estos resultados, a diferencia de la serie publicada en COT<sup>8</sup>, se relacionan con el modelo de gestión del aseguramiento del CCMC, que potencia la resolución extrajudicial de los expedientes propiciando el acuerdo cuando existe defecto de praxis o riesgo jurídico<sup>9</sup>. Esta estimación de riesgo se hace teniendo en cuenta que la jurisprudencia hace recaer la responsabilidad de la CSE sobre el cirujano, no aceptando que este se excuse en el error de preparación del campo quirúrgico por el resto del equipo. El profesional que ha realizado una CSE debe comunicarlo y dejar constancia de ello en la historia clínica, tanto mediante la hoja quirúrgica como

las anotaciones del curso clínico y el informe de alta. La transparencia en la gestión de este tipo de errores se relaciona con una menor predisposición a interponer una reclamación<sup>8</sup>. Por otro lado, en determinados casos existe la misma patología en la zona contralateral de la inicialmente programada para cirugía, lo que es frecuentemente alegado en la defensa de casos de CSE. Jurisprudencialmente el daño que sufren los pacientes puede considerarse antijurídico, con incumplimiento de la *lex artis ad hoc*, limitándose entonces la defensa al *quantum indemnizatorio*<sup>8</sup>.

La mayoría de casos de CSE se relacionan con falta de información del lugar de intervención en la historia clínica, historia preanestésica o hoja de programación quirúrgica<sup>7</sup>, y reducir estos errores debería formar parte de las estrategias para reducir los CSE<sup>16</sup>, centrándose en esta área de mejora. La relevancia de la CSE, evidenciada en el presente estudio, refuerza la recomendación a los facultativos de aplicar los protocolos específicos de prevención del error de sitio, estar físicamente con el paciente momentos previos a la anestesia revisando la intervención, documentar claramente en los registros clínicos el lugar anatómico de la intervención, marcar el lugar anatómico de la intervención previa revisión de la documentación clínica, que la cirugía sea practicada por el mismo cirujano que indicó la intervención y utilizar el *check-list* como herramienta de control preoperatorio. Estas herramientas, pese a no eliminar el riesgo, utilizadas de forma atenta, contribuyen a minimizarlo. Las resistencias descritas en el uso de algunas de estas buenas prácticas deben abordarse implicando a los facultativos<sup>17</sup>, los casos de CSE deben ser correctamente abordados y analizados para prevenir casos futuros y los facultativos deben estar preparados para afrontarlos<sup>18</sup>.

En conclusión, las reclamaciones por CSE han aumentado en los últimos años, en línea con el aumento de procedimientos quirúrgicos que se realizan en la actualidad, y estas reclamaciones se acompañan de tasas elevadas de responsabilidad profesional. La mayoría de casos podrían

evitarse con una correcta adherencia a los protocolos de seguridad clínica por parte de los equipos quirúrgicos. Centrarse en favorecer el uso de herramientas de seguridad del paciente, así como mejorar el registro de la información que consta en la historia clínica, contribuirían a disminuir este tipo de *never events* en medicina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ALGIE CM, MAHAR RK, WASIAK J, BATTY L, GRUEN RL, MAHAR PD. Interventions for reducing wrong-site surgery and invasive clinical procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015.
2. DEVINE J, CHUTKAN N, NORVELL DC, DETTORI JR. Avoiding wrong site surgery: a systematic review. *Spine* 2010; 35: S28-S36.
3. MEIMBERG EG, STERN PJ. Incidence of wrong-site surgery among hand surgeons. *J Bone Joint Surg Am* 2003; 85: 193-197.
4. MODY MG, NOURBAKHSH A, STAHL DL, GIBBS M, ALFAWAREH M, GARGES KJ. The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons. *Spine* 2008; 33: 194-198.
5. REGENBOGEN SE, GREENBERG CC, STUDDERT DM, LIPSTIZ SR, GAWANDE AA. Patterns of technical error among surgical malpractice claims. An analysis of strategies to prevent injury to surgical patients. *Ann Surg* 2007; 246: 705-711.
6. KWAAN MR, STUDDERT DM, ZINNER MJ, GAWANDE AA. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. *Arch Surg* 2006; 141: 353-358.
7. ASUNCIÓN MÁRQUEZ J, LÓPEZ GUTIÉRREZ A, PÉREZ MARTINEZ V, POGGIO CANO D, COMBALIA A. Cirugía del lado erróneo: implicación del paciente y los profesionales. Experiencia en Cirugía Mayor Ambulatoria de la Unidad del Pie. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2012; 56: 104-114.
8. GARCÍA-GERMÁN D, SANZ MARTÍN J, CANILLAS F. Cirugía en sitio erróneo en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Estudio de sentencias judiciales y reclamaciones. *Trauma Fund MA-PFRE* 2010; 21: 256-261.
9. ARIMANY-MANSO J, GÓMEZ-DURÁN EL, BRUGUERA M, AUBÍA J. Un modelo integral y de gestión directa del aseguramiento de la responsabilidad profesional médica en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2013; 141: 300-304.
10. VACHHANI JA, KLOPFENSTEIN JD. Incidence of neurosurgical wrong-site surgery before and after implementation of the Universal Protocol. *Neurosurgery* 2013; 72: 590-595.
11. HARRISON WD, NARAYAN B, NEWTON AW, BANKS JV, CHEUNG G. Litigation costs of wrong-site surgery and other non-technical errors in orthopaedic operating theatres. *Ann R Coll Surg Engl* 2015; 97: 592-597.
12. Antares Consulting, General Electric. Libro blanco de la actividad y gestión del Bloque Quirúrgico en España. Antares Consulting: Madrid, 2015. <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/356f8ea46ff1e222fbcddafb4415c0363c9c9aa.pdf>. Consultado el 12 de diciembre de 2017.
13. Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations. A follow-up review of wrong site surgery. *Sentinel Event Alert* 2001; 24: 1-3. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>
14. CANALE ST. Wrong-site surgery: apreventable complication. *Clin Orthop Rel Res* 2005; 433: 26-29.
15. ARIMANY-MANSO J, GÓMEZ-DURÁN EL, AUBÍA-MARI-MÓN J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit* 2013; 27: 92-93.
16. GERAGHTY A, FERGUSON L, MCLHENNY C, BOWIE P. Incidence of Wrong-Site Surgery List Errors for a 2-year period in a single national health service board. *J Patient Saf* 2017. doi.org: 10.1097/PTS.0000000000000426.
17. BATHLA S, CHADWICK M, NEVINS EJ, SEWARD J. Preoperative site marking: are we adhering to good surgical practice? *J Patient Saf* 2017. doi.org: 10.1097/PTS.0000000000000398.
18. ENGELHARDT KE, BARNARD C, BILIMORIA KY. Wrong-site surgery. *JAMA* 2017; 318: 2033-2034.

