

MEDICINA LEGAL EN LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO LÁSER ENDOVENOSO

Por **Dr Ruben Vellettaz**

Médico especialista jerarquizado en Cirugía General, especialista en Flebología y Linfología
Director médico del Centro de Enfermedades Venosas y Linfáticas, Mar del Plata, Argentina

RESUMEN

Los procedimientos en venas varicosas producen un importante número de litigios y demandas legales las cuales representan el pico del iceberg de un grupo de pacientes que están insatisfechos por los procedimientos efectuados.

El 20% de los médicos matriculados y en actividad a nivel nacional, fue denunciado alguna vez por mala praxis (1 de cada 5 médicos).

En nuestro medio por falta de estadísticas en una base de datos nacionales, es muy dificultoso obtener información adecuada de las complicaciones en prácticas flebológicas y de las demandas legales que se originan.

Hasta fines de 2006 no hay demandas legales por tratamiento láser endovenoso.

Por lo tanto, en esta comunicación se presentan las principales estadísticas publicadas en la literatura mundial sobre demandas relacionadas con procedimientos quirúrgicos convencionales.

La comunicación esta orientada a describir complicaciones en el procedimiento mínimamente invasivo mas difundido en nuestro medio el EVLT (tratamiento láser endovenoso) y orientado a destacar métodos por los cuales podemos prevenir las complicaciones y evitar las demandas.

Finalmente la visión desde el punto de vista de una abogada de la institución, refiriéndose a aspectos legales relevantes, y el síndrome judicial, repercusiones físicas, psicológicas y sociales, que acarrear estos conflictos para el medico judicializado.

ABSTRACT

The medical practice on varicose veins produce an important number of litigations and legal demands which represent the pick of the iceberg of a group of patients that are unsatisfied with the procedures.

The 20% registered doctors at national level were denounced at some time by bad practice (1 of each 5 doctors).

It is very difficult to obtain appropriate information of complications in phlebology's practice and the legal demands because the absence of a national statistical database.

Until 2006, in Argentina, there are not legal demands for laser treatment.

So, in this communication the statistics dates are obtained from world publications about legal problems in conventional surgical procedures.

This communication describes complications in the procedure named EVLT (endovenous laser treatment) and we look for the highlight methods which could prevent the complications and avoid the legal demands.

Finally, the point of view of our institutional lawyer is presented (the judicial syndrome and his physical, psychological and social repercussions).

“Como cirujanos, podemos solamente confiar en disminuir las demandas legales, pero nunca eliminarlas totalmente”

Tennant and Ruckley, 1996

Es muy dificultoso obtener información adecuada de las complicaciones en prácticas flebo-lógicas en nuestro medio por falta de estadísticas en una base de datos nacionales, por eso en nuestra comunicación se referirá principalmente estadísticas de Gran Bretaña.

En una revisión de las demandas legales informadas por la unión de defensa médica de cirujanos generales y vasculares de Inglaterra el 17% de las demandas fueron por procedimientos de venas varicosas.

Del 2002 al 2003 hubo mas de 70.000 procedimientos de venas varicosas en el sistema nacional de salud en Inglaterra, esto hace que sea uno de los procedimientos más comunes realizados en ese país, esto refleja la alta incidencia de la patología (17% en el hombre y 31% en la mujer).

La mayoría de las intervenciones están orientadas a mejorar la calidad de vida por presencia de síntomas venosos y disminuir las posibles complicaciones, es de destacar que muchos de los síntomas de los MMII no están directamente relacionados con las várices, y que su falta de resolución pueden ser causa de litigio, por lo cual es indispensable el trabajo interdisciplinario con otros especialistas (neurólogo, traumatólogo, dermatólogo, etc.) para realizar diagnósticos diferenciales adecuados.

La mayoría de las cirugías venosas son electivas, en las cuales se debe valorar la relación riesgos beneficios. En pocos casos las intervenciones están indicadas por tratamiento de las complicaciones de venas varicosas, sangrado, tromboflebitis ascendente, úlcera etc, en las cuales las demandas son poco frecuentes; en otro extremo del abanico de pacientes se destacan los procedimientos por razones estéticas sobre todo en el sector privado con amplia incidencia de litigios

Sin duda la aparición de demandas legales representa el pico del iceberg de un grupo de pa-

cientes que están insastifechos por los procedimientos efectuados.

Según la sociedad de cirugía vascular de Inglaterra en 1999, cada cirujano ve aproximadamente 4 pacientes que realizan su primera consulta por patología varicosa por semana, y realiza 3 intervenciones de várices por semana el 15 % de estas son por várices recidivadas.

En nuestro centro se realizan 176 consultas de 1º vez mensuales, 146 microcirugías anuales y 255 procedimientos de láser endovascular en el último año.

Clásicamente se atribuye las complicaciones de cirugía venosa a cirugías realizadas por cirujanos con poca experiencia y sin supervisión, se mantiene el concepto, que la cirugía venosa es sencilla y son las primeras intervenciones realizadas durante la formación del medico cirujano. Sin embargo Tenant and Ruckey, en 1997, demostró que en una estadística que las demandas legales corresponden a un 47,5% a médicos consultores. Las lesiones nerviosas han sido reportadas como la causa mas común de demandas legales: en 349 casos de cirugía de várices: 15% de daño nervioso, 7,5% de lesión del nervio peroneo, además informó lesión de vena femoral 11%, arteria femoral 2%.

Campbell et all en el 2002 publica una estadística que el 26% de las demandas legales corresponde a cirujanos vasculares y el 74% a cirujanos generales, en esa misma estadística se muestra que el 34 % fue en el sistema público y 66% en el privado. En 244 casos 31% de daño nervioso, 6,5% lesión de la vena femoral, 5% de arteria femoral.

En 1997 Critchley et all reporta un 18% de los pacientes de cirugía venosa sufren alguna complicación: complicaciones de las heridas 4%, lesiones de vasos mayores 0,17%, trombosis: TVP y TEP 0,5%.

Scurr reporta 200 demandas legales consecutivas relacionadas con tratamiento venoso en un periodo de 1990 a 2002 (12 años) 169 demandas realizadas con cirugía de várices y 31 con escleroterapia. De las 169, 42 fueron de safena menor, 178 paciente (89%) en el sistema público y 22 pacientes (11%) en el sector privado. En esta estadística no se incluyen complicaciones quirúrgicas generales ni complicaciones relacionadas con la anestesia (injurias del plexo braquial por la posición). Dentro de los resultados de esta estadística la causa más común de demanda

legal en cirugía venosa es la lesión de los nervios, 62 demandas (31%), de las cuales 18 (9%) relacionada con lesión del nervio peroneo, 21 pacientes (10,1%) por lesiones de nervios cutáneos, 15 demandas por lesión del nervio sural, la mayoría de las demandas por injurias de vasos mayores fueron pagadas.

Recalcamos 25% de demanda por cirugía venosa estuvo relacionada con cirugía de la safena menor pero esta cirugía produjo un 53% de las demandas por injuria de los nervios, el autor refiere el pago de 86.700 libras esterlinas por lesión del nervio sural y una de 90.000 por lesión del nervio peroneo por foot drop.

Algunas de las lesiones no pudieron ser defendidas por no tener consentimiento informado en otros casos se documentó que el riesgo fue explicado al paciente y que resultó una ayuda para discontinuar la demanda. 31 demandas (15,5%) daño vascular, daño de la vena femoral (la más dañada). La demanda de daño de una vena femoral pago 22500 libras, se describe otro caso de lesión de arteria y vena femoral donde se pago 135000 libras también se describe lesiones bilaterales de las venas femorales y un stripping de la arteria femoral, otro caso a destacar es una cirugía de vena safena menor donde se lesiona la arteria poplítea, la vena poplítea y el nervio peroneo.

Las complicaciones de las heridas tuvieron 23 demandas, (11,5%) incluye hematoma, celulitis, abscesos y linforragia; 40 demandas (20%) por cicatrices inestéticas.

También describe demandas cuando se propone un tipo de cirugía, ejemplo safenectomía y se realiza una flebectomía de colaterales. Otras demandas son por retención de cuerpo extraño (oliva de fleboextractor) después de un stripping de safena interna.

Otras demandas son por TVP y TEP por las cuales se pagaron 120000 libras por no haber realizado profilaxis antitrombótica en pacientes con riesgo.

31 demandas (15,5%) seguidas a la escleroterapia, 3 casos pigmentación pago 3750 libras y otra una escara extensa 11000 libras, no se reportan demandas por inyección intraarterial NHSLA (autoridades sobre litigio del servicio nacional de salud) Inglaterra informa:1995

-2006: 110 demandas legales relacionadas a cirugía de várices debiendo pagar con respecto a daños y costos 48 millones de euros.

Otra causa de insatisfacción de los pacientes con cirugía venosa son las venas residuales luego de la operación, que no han sido extirpadas en forma adecuada, hay que diferenciarlo de las venas recidivadas, 10 años después de la cirugía, 70% de los pacientes tienen alguna várice nuevamente y en un 26% están igual o peor que antes de la operación, la mayoría de estas venas recidivadas son debidas a una mala táctica o técnica quirúrgica pero en algunos casos no hay mala praxis médica sino a una historia natural crónica de la patología y a la neovascularización.

Las operaciones en várices recidivadas son más dificultosas y se asocian aproximadamente con 40% de complicaciones.

De las demandas 47% fueron a médicos consultores, especialistas en cirugía general (38,5%) y en cirugía vascular (8,5%), y registrar (35,5%) y otros (12,5%). Hasta el 2005 de las 200 demandas, 30 demandas (15%) aún estaban en curso, 91 (45,5%) se pagaron y 79 (39,5%) se discontinuaron.¹

Como conclusión en esta primera parte podemos presumir que el tratamiento de las várices es extremadamente común y asociado con un gran número de demandas legales.

Las estadísticas no coinciden con el concepto que la mayor parte de las demandas se producen por operaciones realizadas por cirujanos jóvenes no especializados, las demandas son mayores en el sector privado, las lesiones de arteria y venas son complicaciones mayores que producen una significativa morbilidad.

Elis promueve el concepto entre las demandas legales y el poco conocimiento de la anatomía quirúrgica.

Las lesiones de los nervios son producidos por corte o traumatismo local de los nervios por una excesiva tracción durante el stripping.

Holme et al refiere injuria del nervio safeno en un 7% si se hace un stripping hasta la rodilla y 39% hasta el tobillo.

La cirugía de la safena menor es más dificultosa por las numerosas estructuras neurovasculares de la fosa poplítea por las variantes anatómicas. Se hace imprescindible el uso de ecodoppler

¹ Endovenous ablation of varicose veins: medicolegal claims will continue?, Scurr J. H., especialista en medicina legal, Royal Liverpool University, London UK, PHLEBOLOGY 2007

preoperatorio. Lusertini et al reporta lesiones del nervio peroneo siguiendo la cirugía de la safena menor en un 2%.

En flebectomía de colaterales se producen lesiones de nervios sensitivos con alteración de pequeñas áreas de piel en aproximadamente 10% de pacientes. Estas parestesias son reversibles y desaparecen a los 4 - 6 meses del tratamiento.

La TVP y el riesgo de TEP debería ser explicado al paciente en la entrevista prequirúrgica y aceptado en un consentimiento informado, pacientes con este riesgo deberían recibir apropiada profilaxis.

Las demandas por escleroterapia son especialmente cosméticas pero están apareciendo, por el uso de escleroterapia ecoguiada con foam, mayores casos de TVP y se destaca la relevancia del foramen oval y la necesidad de solicitar un ecocardiograma previo e interconsulta con especialista en cardiología.

En Argentina hubo un aumento en los últimos 10 años de un 80%. De los 100.000 médicos matriculados y en actividad a nivel nacional, el 20% fue denunciado alguna vez por mala praxis (1 de cada 5 médicos).

En nuestro medio la mayoría de las cirugías son realizadas por médico especialista en cirugía general o vascular, la aparición de nuevos métodos deberían ser realizados por médicos especialistas que deben poseer formación quirúrgica, formación en parámetros físicos del láser y en ecodoppler. Es necesario realizar estándar de práctica para este tipo de tratamiento y comprometerse en la difusión de estos nuevos procedimientos. Realizar grupos de trabajo de control y fiscalizadores, en nuestro país se denomina GLEVA grupo láser endovenoso argentino perteneciente al capítulo de láser de la S.F.L.B., el cual esta en contacto con grupos internacionales con las mismas características.

En conclusión podemos decir que los nuevos procedimientos terapéuticos deben mejorar las desventajas de la cirugía convencional y conseguir resultados semejantes o superiores.

Se destacan puntos clave en la aparición de nuevas tendencias terapéuticas en flebología, el primero y tal vez el más importante es la aceptación del ecodoppler como gold estándar diagnóstico, y que luego se convirtió en indispensable, como pronóstico, como base de procedimientos mini invasivos y como método de

control post tratamiento

Cabe destacar en estos procedimientos la esclerosis ecoguiada, la radiofrecuencia y el láser endoluminal que hoy ocupan un lugar de relevancia dentro del arsenal terapéutico de la especialidad.

En estos procedimientos mínimamente invasivos el que tuvo mayor difusión en nuestro medio fue el tratamiento láser endovenoso.

Hasta fines de 2006 no hay demandas legales por tratamiento láser endovenoso.

La comunicación esta orientada a describir complicaciones en el procedimiento mínimamente invasivo más difundido en nuestro medio el EVLT.

También está orientado a destacar métodos por los cuales podemos prevenir las complicaciones y evitar las demandas.

Las primeras publicaciones sobre EVLT son realizadas por autores como Navarro, Min, Bone Salat, Proestble, Goldman, Kabnick, Corcos, Percowski, Bush, Chang, Chua, Weis, Zimmet, Isaacs, Forrestal, Perrin, Terulla, Saddick, Timperman. Los cuales comunican varios estudios, pudiéndolos agrupar en:

Presentación general de la técnica

- Laser Endoveineux Anastasie B, Celerier A Phlébologie 2003, 56 (4) : 369-82.
- Endovenous laser ablation of varicose veins Min RJ, Khilnani NM J Cardiovasc Surg 2005, 46(4): 395 - 405.
- Cirugía por Endolaser Miquel C Angiología 2006; 58 (supl 2) : S17 – S24.
- Documento de Consenso del Capítulo Español de Flebología Ibañez V et al Angiología 2005: 57 (Supl 1) S25 - S46.

Estudios clínicos

Ver cuadro 1, página 430. La mayoría de autores no asocian crosectomía, sin embargo hay trabajos que informan diversos porcentajes con crosectomía.

- Chang (2002) 96.8% Crosectomía asociada
- GELEV (2003) 10.8% Crosectomía asociada
- Soracco J- Lopez Dambola J-Ciucci JL (abril 2000)

Dentro de la experiencia nacional es importante destacar la primera publicación: "Fototermo-

Cuadro I

Autor	Año	L de O	Nº	Seguimiento	E
Min RJ	2003	810 nm.	499	36 meses	93%
Proebstle	2003	940 nm.	41	12 meses	95%
Chang CJ	2002	1064 nm.	252	19 meses	96.8%
Boné C	2001	810 nm.	97	20 meses	100%
Disselhoff	2005	810 nm.	100	24 meses	100%
Perkowski	2004	940 nm.	203	12 meses	97%

obliteración intravascular de las venas varicosas FOTOV “ Soracco J- Lopez Dambola J-Ciucci Jose Luis, Abril 2000.

Codina –Segura J “Tratamiento endoluminal de várices con laser diodo 810 nm, Mayo 2000

A los que luego se sumaron otros autores con importante casuística.

Comparación respecto a otras técnicas.

Comparación de longitudes de onda.

Modelo teórico.

Para evaluar la eficacia de este procedimiento se han formado grupos de trabajo tales como: GLEVE, España, GELEV, Francia, VELTA, Italia, INTERNACIONAL ENDOVENOUS LASER WORKING GROUP y en nuestro país dependiente del capítulo de Láser de la Sociedad de Flebología y Linfología Bonaerense, el Grupo de Láser Endovenoso Argentino, GLEVA, estos organismos aseguran y difunden una correcta técnica, consensuada, para evitar riesgos y poder dar un criterio uniforme.

Actualmente el EVLT se realiza en Europa, USA, Canadá, algunos países de Asia y resto de América.

Esta nueva técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de las venas varicosas fue aprobada por la FDA el 22 de enero del 2002.

Es de destacar que los resultados del láser endoluminal son óptimos con cifras de oclusión trombotica completa retráctil, homogénea e hiperecogénica en el 98 % de los casos.

COMPLICACIONES

Es importante conocer todos los factores de riesgo para evitar una demanda, entre ellos, las complicaciones del procedimiento.

Si bien el “L.E.P.E.” láser endoluminal percutáneo ecoguiado, presenta una menor morbilidad y una menor tasa de complicaciones respecto a safenectomía convencional y a la radiofrecuencia no está libre de ellas.²

Las complicaciones se pueden definir según la sociedad de intervencionismo radiológico como “Todos los efectos adversos que ocurren hasta 30 días luego del procedimiento”

Estas se pueden clasificar en:

- **MENORES:** no necesitan de un tratamiento específico, no dejan secuelas y puede incluir un día de internación para su observación.
- **MAYORES:** necesitan tratamiento específico, comprende desde dejar secuelas al óbito del paciente, estas a su vez se pueden subclasificar en:
 - **LEVES:** requieren de una internación menor de 48 hs.
 - **SEVERAS:** requieren de una internación mayor de 48 hs.

Las complicaciones las podemos separar en intraoperatorias, y postoperatorias.

A continuación se detallan los porcentajes de nuestra estadística (sobre un total de 617 pro-

² National Institute for clinical excellence: interventional procedure programme, consenso sobre evlt, vascular surgical society of great britain and ireland, abril 2003

cedimientos en un período de 38 meses hasta Diciembre del 2006) y de algunos autores:

Intraoperatorias:

VENOESPASMO 100%

El venoespasma produce dificultad en el acceso vascular, las causas de dicha complicación son variadas: la ansiedad del paciente, baja temperatura de la sala de cirugía ambulatoria, reiterados intentos infructuosos de canalización de la vena. Para contrarrestar este efecto podemos administrar medicación preanestésica en pacientes ansiosos, colocar calor en la zona de abordaje o parches de nitroglicerina, realizar compresión proximal, colocar la camilla en posición anti trendellemburg.

Dentro de nuestra casuística, no se convirtió ningún procedimiento a cirugía convencional, ni se realizó acceso vascular quirúrgico. Un paciente con imposibilidad de canalizar la vena luego de tomar todas las medidas previamente descritas, se postergó y se realizó 72 hs. después pudiendo acceder sin dificultad.

DOLOR 100%

EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ un paciente

ARRITMIA CON BRADICARDIA EXTREMA un paciente

Post-operatorias:

DOLOR POST OPERATORIO

Leve 68%

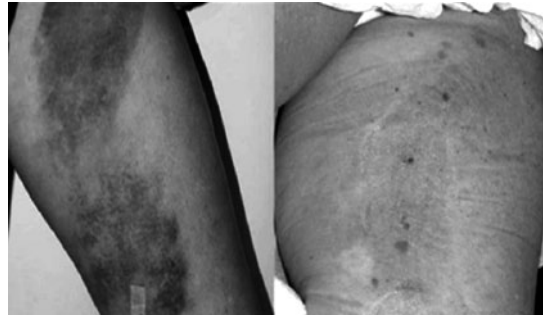
Moderado 28%

Severo 4%

EQUIMOSIS 100%, el grupo GELEV 2003 informa equimosis: 2.5%.

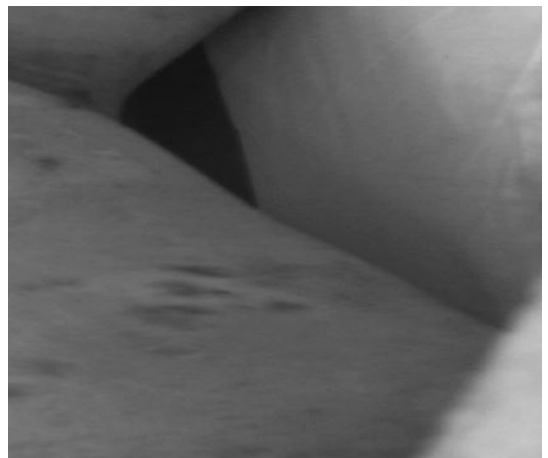


HEMATOMA: colección de más de 6 cm. de diámetro: 54 MMII 8,75%, Chang 2002: refiere un 5%.



INDURACIÓN 100%. En 5 estudios se describe en 100% de los casos en post Quirúrgico inmediato. Desaparece en 3-4 semanas.

TROMBOFLEBITIS SUPERFICIAL 32 MMII 7,76%. Periflebitis / Flebitis: 3.2 al 7.7% (Proebstle 2002 / Min 2003) // 1 al 1.7% (Chang 2002 / GELEV 2003). Desapareciendo en 3-4 semanas con tratamiento con DAINE



PARESTESIAS 6 MI 0,97%

DISESTESIAS: 1.1% (Proebstle 2002) // 1.2% (Min 2001) Desaparición en 6 semanas. 2.8% (Chang 2002) persistían a los 6 meses – Desaparición a los 12-28 meses.

La injuria térmica de nervios para venosos es una de las complicaciones que más preocupa, si bien estudios con modelos animales han detectado altas temperaturas en el extremo de la fibra (superior a 1334 °), por estudios con termocu-

plas la disipación del calor a tejidos perivenosos es escasa a 3 mm. 43.3° a 5 mm. 42° ya 10 mm. 36°. Existe poca probabilidad de lesión térmica si se realiza una cuidadosa anestesia tumescente.³ La lesión del nervio sural por su estrecha relación anatómica con la safena externa es la lesión mas frecuente, pero menos grave, produce parestesia en la región postero lateral de la pantorrilla, tobillo y pie la cual generalmente se recupera dentro de la 3° a 6° semana.⁴

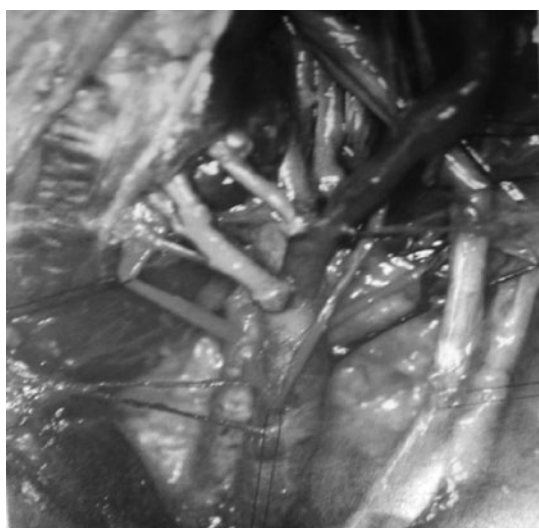
Por otro lado la lesión del nervio peroneo tiene una relación menos íntima con la safena externa, debido a ello es menos frecuente, pero al tener fibras motoras es potencialmente más grave.

PIGMENTACIÓN 31 MI 5,02%. - PIGMENTACIÓN PERSISTENTE 2.4% (Chang 2002)

TELANGIECTASIAS SECUNDARIAS matting 38 pacientes

NO FÍSTULAS A-V

Otra complicación poco frecuente pero relatada en comunicaciones es la fístula arteriovenosa, producida por la proximidad de los vasos, el reconocimiento de estas relaciones por el ecodoppler determina el aumento de cuidados en el procedimiento para evitar posibles daños.⁵



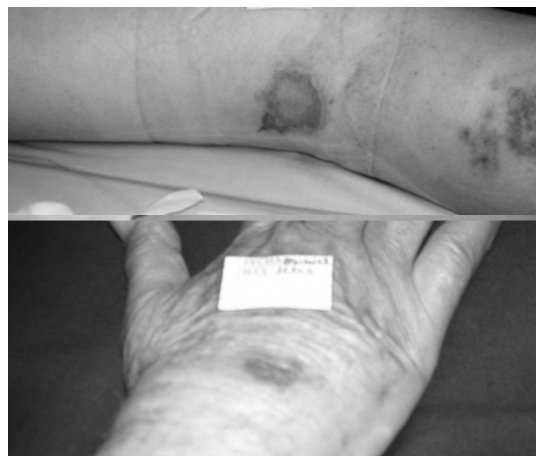
NO QUEMADURAS DE PIEL. La injuria térmica cutánea luego de EVLT es muy poco frecuente: 0 en los 1000 primeros MMII tratados en nuestro centro.

Su prevención se basa en cumplimiento de protocolos internacionales: una prolija anestesia tumescente ecoguiada y sedación conciente que además de confort permite la colaboración del paciente (refiere dolor inusual) y control ecográfico estricto de la sonda durante todo el procedimiento.

La perforación de la pared venosa con salida accidental de la fibra pone en riesgo la lesión de estructuras vecinas, debido a ello aconsejamos el estricto control ecográfico durante todo el procedimiento, ya que no es confiable el control solo por transiluminación. Dentro de las estadísticas publicadas el Dr. Chang (2002) refiere: 4.8% - Quemaduras cutáneas 12/252 safeñas tratadas, con anestesia peridural.

Existe una comunicación de 1 caso:⁶ en donde la injuria térmica se produce por la migración en tributarias superficiales de sangre caliente por acción del láser. Actualmente agrega al protocolo ecográfico la medición de colaterales directas de safena y determinar la distancia a piel.

En nuestra experiencia, un paciente con lesión eritematosa en hueco poplíteo luego del procedimiento láser de safena externa, sin determinar aún las causas, ya que se encontró otra lesión de las mismas características en la mano, en el sitio de la punción de la venoclisís.



³heat dissipation during endovenous laser treatment of varicose veins-is there a risk of nerve injury?, Phebiology 2006 Beale.

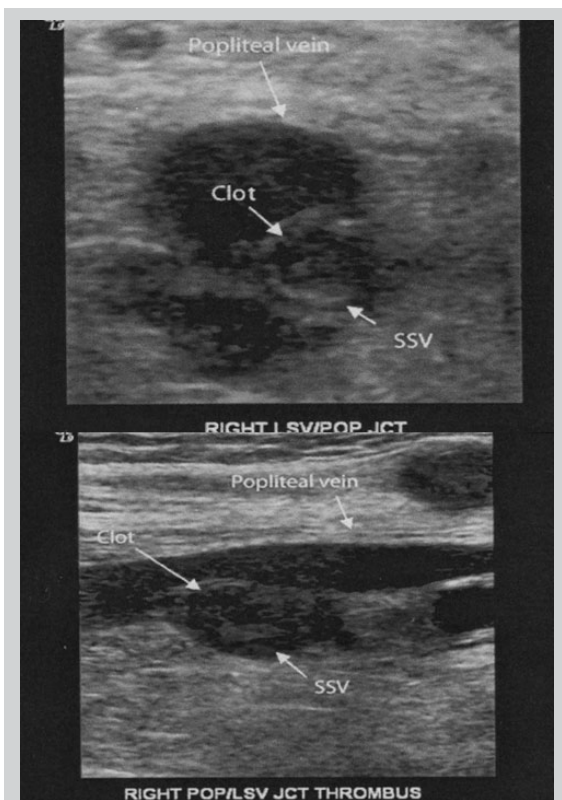
⁴Heat dissipation during endovenous laser treatment of varicose veins-is there a risk of nerve injury?, Phebiology 2006 Beale.

⁵Arteriovenous fistula after endovenous laser treatment of the short saphenous vein. J Vasc Interv Radiol. 2004 Jun;15(6):625-7. Timperman PE.

⁶Cutaneous thermal injury after endovenous laser treatment of the saphenous vein.

TVP: ningún caso.

Proebstle en el 2003 presenta 1 caso por Trombofilia previa / No T.E.P.



Gibson, Kathleen; et al "Endovenous laser treatment of the short saphenous vein: Efficacy and complications" J Vasc Surg 2007;45:795-803

La trombosis venosa profunda sigue siendo un ítem a destacar dentro de las complicaciones por láser, si bien no hay comunicaciones con altos índices de ella es importante realizar una correcta prevención según el Altman "la terapéutica preventiva tiene como objeto minimizar las posibilidades de un evento trombótico"⁷.

El láser endoluminal produce un tipo diferente de trombosis venosa inducida por calor (EHIT)⁹.

Es importante destacar que:

Todos los pacientes deben ser evaluados entre el 2º y 7º día por ecodoppler luego del láser.

⁷Tratado de patología venosa y linfática. Dr Simkin ed. Medrano 2008.

⁸Tratado de patología venosa y linfática ob cit.

⁹Estudio multicéntrico: con láser diodo 980 7000 casos incluye: Veins Institute of New Jersey (Kabnick), Miami Veins Center (Almeida), Day Surgery Center Padua Italia (Baccaglioni) publicado por Kabnick: 0,271%.

Clasificación del riesgo para el tromboembolismo venoso en pacientes quirúrgicos ⁶

Bajo riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes menores de 40 años• Cirugías de corta duración (menos de 30')• Inmovilidad mínima• Pacientes sin antecedentes de trombofilia
Riesgo moderado
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía mayor o menor en pacientes mayores de 40 años sin otros riesgos• Cirugía mayor en pacientes < 40 años asociados a otros factores de riesgo• Cirugía menor en pacientes con factores de riesgo
Alto riesgo
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía mayor en pacientes > de 60 años sin otros factores de riesgo• Cirugía mayor en pacientes de 40/60 años asociados a otros factores de riesgo
Riesgo muy alto
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía mayor en pacientes > de 40 años y antecedentes de trombosis venosa profunda o de enfermedades malignas o de trombofilia

Otro punto es como valoramos la efectividad del tratamiento:

TERMINOLOGÍA

1. Recanalización con o sin reflujo, la podemos dividir en:
 - temprana: antes del mes
 - tardía: posterior al mes

SE DEBE DOCUMENTAR FLUJO EN UNA VENA PREVIAMENTE OCLUIDA

2. Ablación primaria: luego del tratamiento inicial
3. Ablación secundaria: retratamiento exitoso luego de fracaso terapéutico clínico y por ecodoppler TOTAL
4. Ablación primaria asistida: retratamiento exitoso luego del fracaso clínico y por ecodoppler PARCIAL

5. Neovascularización: documentar múltiples y tortuosas venas a nivel del muñón

El paciente debe entender que el EVLT esta orientado a tratar grades venas y que deberá recibir tratamientos complementarios.

- Todos los procedimientos en nuestra institución fueron completados con microcirugía, escleroterapia y/o láser transdérmico, ecoesclerosis según el requerimiento denominándose a la terapéutica tratamiento combinado.

LOS ERRORES MÉDICOS MÁS FRECUENTES EN FLEBOLOGÍA

- No realizar o realización incompleta de anamnesis y examen físico o lo mas frecuente su registro incompleto de esto surge la necesidad de foto digital previo a procedimientos invasivos.
- Falta, o mal empleo o pedido a destiempo de exámenes complementarios. Empleo de medios diagnósticos peligrosos sin preparación ni control adecuado.
- Errores en la interpretación del examen complementarios.
- No realizar prevención general: contraindicación del reposo en cama, explicarle la importancia de la deambulacion precoz, mantener una dieta según co morbilidades.
- Prescripción inadecuada de tratamientos farmacológico: evaluar profilaxis antitrombótica, profilaxis antibiótica, efectos secundarios del uso DAINÉ.
- Prescripción inadecuada de terapia compresiva: medias de compresión elevada en pacientes con arteriopatía concomitante, falta de enseñanza de colocación de venda elástica.
- Prescripción inadecuada de kinesiología y fisioterapia por ejemplo en pacientes cursando TVP.
- Lesiones secundarias al procedimiento: morbilidad.
- No lograr los resultados esperados por el paciente.
- Fallecimiento por la inadecuada prestación de cuidados médicos o prestación a destiempo.
- Transmisión de enfermedades por transfusión, o material contaminado.
- Infecciones intrahospitalarias, nosocomiales

por bacterias frecuentes en el medio.

- Daños por la “lista de espera”, agravamiento de la enfermedad. mal funcionamiento de la institución.
- Lesiones por mal uso de material médico o instrumental.
- Falta de cumplimiento de normas de bioseguridad.
- Falta de consentimiento informado para cirugía y anestesia.
- Falta de grabación del procedimiento, destacando los pasos críticos del mismo.
- Falta de habilitación adecuada de la unidad ambulatoria.
- Falta de título habilitante: médico, especialista en cirugía general, especialista vascular, especialista en flebología y linfología; habilitación para uso de láser.
- Abandono del quirófano por parte del cirujano antes de finalizar la operación, dejándolo en manos de ayudantes.
- Falta de solicitud al paciente del consentimiento informado, o falta de información acerca de las consecuencias posibles del acto quirúrgico realizado.
- Olvido de instrumental en el interior del cuerpo del paciente (oliva fleboextractor).
- Extirpación de pieza sana por error o realización de una operación distinta a la requerida.
- Corte accidental de una arteria.
- Realización de una cirugía que no era necesaria terapéuticamente o desproporcionada con los riesgos corridos.
- Improvisación de técnicas inadecuadas, que pueden implicar complicaciones posteriores o severas lesiones.

Una demanda civil se entabla cuando, por una mala praxis médica, la víctima o actor decide que se lo indemne por el daño causado.

El resarcimiento económico viene como consecuencia de existir imposibilidad de volver las cosas a su estado anterior (ya que el daño esta producido), por lo tanto la ley transforma la compensación de ese daño en un resarcimiento económico. Expresamente el código civil en su art. 1083 expresa: “la reparación de daños consistirá en la reposición de las cosas a su estado anterior, excepto si fuere imposible, en cuyo caso la indemnización se fijara en dinero. También el damnificado podrá optar por la indemnización en dinero”.

La responsabilidad se supone una relación entre dos personas y que se resuelve en una obligación de reparación. Traduce la posición de quien no ha cumplido con la obligación sin que pueda ser constreñido a cumplirla en especie y que por ello es condenado al pago de daños y perjuicios.

El resarcimiento económico se traduce entonces en distintos rubros indemnizatorios según la magnitud del daño. La reparación será pues integral restableciendo exactamente el equilibrio destruido por el hecho ilícito.

En la demanda civil existen diferentes clases de daños, a saber:

Daño Material: Lucro Cesante: es la frustración de las ventajas económicas esperadas, es decir, la ganancia dejada de percibir o la pérdidas de ingresos como consecuencia directa del hecho lesivo, las ganancias que se vio privado a percibir a raíz de ese hecho dañoso. Este rubro requiere una prueba adecuada como ser actividad que realiza, ingresos y utilidades dejadas de percibir, el tiempo transcurrido etc.

Daño Emergente: empobrecimiento del patrimonio, es decir, des el costo de la reparación necesaria del daño causado y los gastos en los que se han incurrido en ocasión del perjuicio, ya sea que se hayan ocasionado o que se vayan a ocasionar y que el damnificado o un tercero deba asumir. Es el desembolso de dinero efectivamente realizado, para que este rubro proceda el demandante deberá acreditar fehacientemente los gastos en los que ha incurrido por el hecho dañoso.

Perdida De Chance: (u oportunidad de ganancia), se la puede definir como la desaparición de la probabilidad de un evento favorable, son todos aquellos casos en los cuales la persona afectada podría haber realizado un provecho, obtenido una ganancia o beneficio o evitar una pérdida. Daño este que deberá ser cierto, es decir real y efectivo.

Daño Moral: son los padecimientos, sufrimientos, preocupaciones, disgustos contrariedades, intranquilidades, molestias e incomodidades que padezca el damnificado, incluyendo el daño psicológico.

Incapacidad Sobreviviente: es la disminución de las facultades atinentes a lo laboral y al resto de la vida social.

Daño Estético: es la alteración o detrimento experimentado por una persona en su armonía física, que afecta a su fisonomía o configuración, que atenta contra su belleza o grata presencia, viene constituido por cicatrices o alteraciones morfológicas, que provoca en la persona inseguridad. Generalmente procede cuando el daño estético implica en un desmedro patrimonial en razón a la profesión o actividad de la víctima.

Es un criterio jurisprudencial que no cualquier molestia genera un daño moral que deba ser resarcido. No todo disgusto desagrado o aflicción encuadra en este concepto jurídico, deberá, entonces tener cierta envergadura, ser prolongado en el tiempo y que lesione sentimientos espirituales.

La relación médico paciente tiene su naturaleza en una relación contractual cuya acción prescribe a los diez años, la víctima tiene dicho plazo para iniciarla

La prueba más relevante en este tipo de procesos es la pericial, aceptándose además todos los medios de prueba. Quien en principio debería probar los hechos alegados es el actor.

Quienes pueden iniciar la acción: el damnificado directo o sus derechohabientes (herederos forzosos del fallecido)

Para que exista responsabilidad civil de resarcir se deben dar 3 elementos fundamentales:

1) **Existencia real de un daño.**

2) **Antijuridicidad,** es un obrar contrario a derecho, en el caso de los médicos se puede dar por: rehusarse a la asistencia de un enfermo sin causa justificada, interrupción de la asistencia brindadas, antes de delegarla a otro profesional, no brindar la adecuada información acerca de los riesgos de una operación, sus secuelas, evolución previsible, limitaciones resultantes etc. Es por ello que es fundamental a la hora de realizar prácticas quirúrgicas el consentimiento informado.

3) **Relación de causalidad:** es la existencia de una vinculación directa entre el proceder profesional y el perjuicio sufrido por el damnificado. Esto no solo permite establecer la autoría material del sujeto, sino también la medida o extensión del resarcimiento a su cargo. Nues-

tro código civil ha receptado el sistema de la “causalidad adecuada” la cual será únicamente aquella condición que según el curso natural y ordinario de las cosas era la idónea para producir ese resultado.

Generalmente se acepta en nuestra doctrina que la prueba de la existencia de un daño se encuentre a cargo del damnificado pero existe la llamada teoría de las pruebas dinámicas “que expresa que quien este en mejor posición en cuanto a conocimiento, en este caso el profesional, deberá aportar todo el conocimiento a los fines de develar cuales fueron los hechos generadores del daño. Es por ello que el profesional debe aplicar aquí todo su conocimiento y pruebas a fin de demostrar su falta de responsabilidad. La responsabilidad del médico puede ser por culpa o dolo.

Será entonces dolo cuando haya existido la intención de dañar, el dolo supone la voluntad de realizar un acto antijurídico con conocimiento de su ilegalidad, sabiendo que puede ser dañoso, pero sin que el agente haya previsto o podido prever todos y cada uno de sus posibles efectos.

Y será culpa cuando por impericia, negligencia o imprudencia, no se obró como habría debido hacerse.

La Negligencia es entonces la omisión de cierta actividad que habría evitado el resultado dañoso, es decir, no se hace o se hace menos de lo debido.

Imprudencia: es el obrar precipitado sin prever las consecuencias, se hace lo que no se debe o más de lo debido.

Impericia es el desconociendo de las reglas y métodos propios de la profesión.

Hay que tener en cuenta que la medicina, salvo la cirugía estética, es considerada una obligación de MEDIOS y no de resultados. En la obligación de medios, el profesional esta obligado a emplear los medios apropiados para alcanzar el resultado deseado; en la obligación de resultados no solo esta obligado a utilizar los medios apropiados sino también a obtener un resultado determinado.

Las demandas civiles pueden ser prolongadas y de ello depende la voluntad de las partes en llegar al final de la cuestión litigiosa, que puede ser de diferentes formas, llegar a la sentencia, o conciliar un pago justo (transacción), que es

aceptada por el o los actores), que abarque el daño causado siendo un monto equitativo para ambas partes, según lo expresado por el Dr. Javier Fernández Costales (ilustre maestro leones) “...en los ordenamientos jurídicos continentales se suele situar el centro de atención en el paciente perjudicado y basándose en un criterio de solidaridad social, se tiende a objetivizar la responsabilidad con el fin de que siempre haya una indemnización a disposición del que ha sufrido el daño...”

Generalmente quien se hace cargo del pago de la indemnización es el seguro que el profesional contrata, para ello es de fundamental importancia informarse acerca de cuales son las coberturas en cuanto a responsabilidad civil y los eximentes de responsabilidad por parte del asegurador.

Nuestras indemnizaciones pueden ubicarse entre las mas elevadas del mundo occidental, próximas a las fijadas por E.E.U.U. y muy lejos de las que tienen acogida en Latinoamérica.

El mero hecho de la no obtención del resultado esperado, pero no prometido, de la curación, no puede traer aparejada necesariamente la responsabilidad civil del médico, dado que las ciencias médicas tiene sus limitaciones y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo mas riguroso o a las previsiones mas prudentes, lo que obliga a restringir el campo de la responsabilidad, máxime teniendo en cuenta que en los especialistas en cirugía, estos no trabajan solos y son responsables por los hechos de sus dependientes. Dado ello por ser la especialidad de los cirujanos la responsabilidad médica más compleja dado el carácter intrusivo y cruento, como ya lo expresamos, y la participación de otros profesionales y asistentes.

Otro tema es la posibilidad de iniciar acciones judiciales por montos desmedidos; el “Beneficio de litigar sin gastos”, que se otorga, en principio, a quienes no están en situación de poder afrontar económicamente un proceso judicial, ha sido desvirtuado, otorgándole este beneficio a todos los que lo requieren, sin tener en cuenta su situación económica y permitiendo así que los montos de lo reclamado sean exorbitantes ya que no tienen la obligación de pagar las tasa de justicia (que es un porcentaje del monto que se reclama).

ESPECIALIDADES MÉDICAS POR SU SINIESTRALIDAD

Año 96/99 sobre 1500 casos Capital.

Gineco/Obstetricia 26,5%
Traumatología 18%
Cirugía 10%
Anestesiología 6%
Psiquiatría 5%
Clínica Médica 4%
Cirugía Plástica 4%
Oftalmología 3,5%
Flebología 0,5%
Otras 22%

Año 2005 SSS de la Nación.

Gineco/Obstetricia 26%
Cirugía 25%
Traumatología 14%
Pediatría 10%
Clínica Médica 9%
Infectología 8%
Cirugía Plástica 4%
Anestesiología 4%

¿Por qué se origina una demanda penal o civil?

- Mala relación médico-paciente.
 - Secuelas de tratamiento o fallecimiento de causa poco clara para los familiares.
 - Influencias de un tercero (familiar, amigo, paramédicos, médico).
 - Estudios jurídicos que se dedican a recolectar casos.
- Utilización desmedida del beneficio de litigar sin gastos.

¿Cómo se origina una demanda penal?

POR DENUNCIA: del damnificado o sus familiares ante la Fiscalía Penal de turno o la Fiscalía de Delitos Culposos.

DE OFICIO: investigación directa del Fiscal con autorización de los familiares (delito instancia privada).

Existen razones potenciales que aumentan las posibilidades de las demandas legales. Por un lado el incremento de la tendencia al litigio, las expectativas exageradas con respecto al procedimiento, y en nuestro caso los tratamientos de várices realizados por médicos no especialistas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Previas al procedimiento

-Realizar historia clínica flebológica completa
-Realizar ecodoppler diagnóstico rutinario: medición de diámetros venosos a distintas altura del MMII, detallar tortuosidad de la vena, grosor de la pared, distancia de la piel, definición de ratios. Detectar patología concomitante colaterales, perforantes y profunda.



-Determinar relaciones de relevancia y variantes anatómicas: es de particular importancia en láser de safena menor para establecer desemboadura del cayado según clasificación de Gibbson.

Deben ser precisos los criterios para definir reflujos y las maniobras que aumentan los mismos a cargo del operador .

Si bien el ecodoppler es nuestra arma diagnóstica tiene limitaciones, por un lado es operador

dependiente e influye la tecnología que posea el equipo.

SCHADECK.:“Existen áreas en las cuales el análisis hemodinámico es excesivamente difícil y su interpretación es delicada”

El ecodoppler diagnóstico preoperatorio debe contener un informe detallado de fácil interpretación, fotos que identifiquen la patología, definición del diámetro máximo basal, los ratios.

Inmediatamente previo al procedimiento es de suma importancia un exhaustivo ecomaraje:

- Traducción de la información obtenida durante la exploración.
- Guía durante el procedimiento terapéutico.
- Debe ser meticuloso y preciso.
- En el LEPE aporta datos para la estrategia y para definir posibles variaciones en los parámetros físicos a aplicar.
- El ecomaraje es específico para cada caso clínico.
- Determina la zona de máxima dilatación, importante para facilitar el acceso vascular



Tomando todos estos recaudos podemos facilitar el procedimiento así mismo dentro de las dificultades técnicas podemos encontrar:

- Malformaciones complejas en el trayecto safeno.

- Trayectos tortuosos con angulaciones de más de 75°
- Impactación en vena colateral
- Estenosis naturales o estenosis por esclerosis previas
- Fondos de saco de perforantes de gran calibre

Se debe solicitar prequirúrgico

Consulta preanestésica

Consentimiento informado quirúrgico y anestésico

Se deben respetar criterios de inclusión y exclusión:

Indicaciones

Insuficiencia de safena interna

Insuficiencia de safena externa

Insuficiencia de colaterales G 4-5

Várices recidivadas y residuales (siempre que el acceso vascular y enhebre de la vena sea posible)

Insuficiencia de venas perforantes

Malformaciones vasculares de bajo flujo

Hemorroides

Varicocele, várices pelvianas, angiodisplasias gastrointestinales.

Contraindicaciones- Exclusiones

ABSOLUTAS:

Embarazo

Safenas de menos de 3 mm.

Cayados globulosos, cavernomas

Trombosis Venosa Profunda

no repermeabilizada o reciente

TEP activo

Tromboflebitis Superficial

Isquemia Crónica avanzada de MMII

Hipercoagulabilidad Primaria

Infección dérmica evolutiva

Edad avanzada > 85 años ?

Alteración grave del estado general.

neoplasias

Dificultades técnicas

RELATIVAS:

Confluente complicado con: múltiples fuentes de reflujo
Obesidad
Úlcera infectada
Alergia a anestésicos locales
Tratamiento con anticoagulantes orales
Diabetes descompensada
Safenas de mas de 20 mm.

Contraindicaciones formales
Falta de experiencia en ecodoppler
Ausencia de curva de aprendizaje
Infraestructura inadecuada

- Realizar un correcto consentimiento informado

Consentimiento informado

NICE (Nacional Institute for Clinical Exce-lencia) Inglaterra establece los protocolos para informar al paciente previo al procedimiento y redactar el consentimiento informado.

El consentimiento informado debe tener siempre dos partes, una donde consten las firmas y otro informativo específico:

Parte de identificación, declaraciones y firmas:

1. datos personales del paciente
2. nombre y apellido del médico que informa
3. disponibilidad para ampliar información
4. manifestación del paciente de haber recibido la información adecuada
5. consentimiento del paciente
6. fechas y firmas del paciente
7. consentimiento a través de representante legal
8. apartado para la revocación

Contenido informativo

1. nombre del procedimiento que se va a realizar
2. explicación sencilla de cuál es el objetivo

3. en que consiste y como se va a llevar a cabo
4. descripción de las consecuencias seguras de la intervención
5. descripción de los riesgos del procedimiento
6. descripción de los riesgos personalizados
7. alternativas a la actuación propuesta y sus consecuencias
8. autorización para la participación de estudiantes y/o médicos en formación
9. autorización para el uso de imágenes y documentación iconográfica del paciente.¹⁰

Es de destacar que si bien el consentimiento informado, no asegura la no producción de una demanda, la falta de este o la mala realización del mismo agrava dicha litigio.

- Una correcta y detallada historia clínica

Durante el procedimiento:

A pesar de seguir protocolos americanos donde se realizan estos procedimientos en consultorio, en la actualidad realizamos el procedimiento en unidad de cirugía ambulatoria flebológica adaptándonos a la legislación Argentina.

Foto digital preoperatoria

Grabación del procedimiento, destacando los pasos críticos del mismo foto de la fibra en unión s/f o s/p, luego del acceso vascular y luego de culminar anestesia tumescente para evitar desplazamiento accidental de la fibra
Circuito utilizado en el CEVYL para entregar al paciente un cd con imágenes del procedimiento obtenidas del ecodoppler

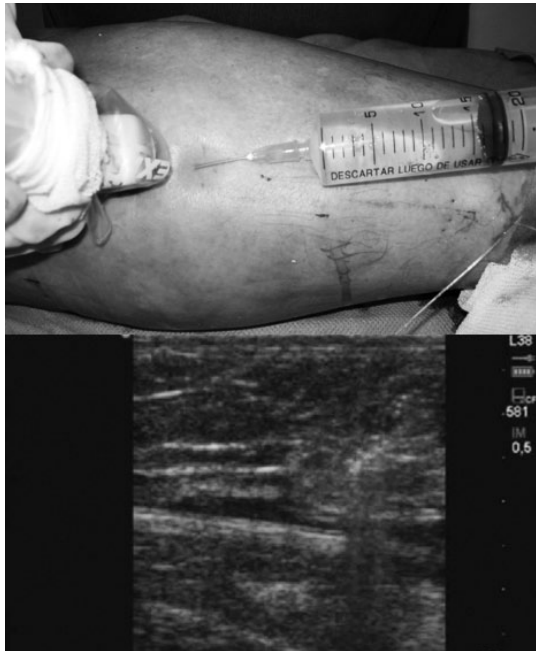
Respetar parámetros físicos del láser: según criterios actuales se prefiere utilizar potencias bajas y un retiro de la fibra lento

La anestesia es local tumescente ecoguiada (los ratios se deben duplicar en el muslo y triplicar

¹⁰ ¿Son válidos los documentos de consentimiento informado que utilizamos en cirugía vascular? J Hospedales et al Angiología 2005; 57 (6):487-495

en la pierna) realizada por el cirujano, margen de seguridad de 1 cm., a la cual se le agrega sedación consciente realizada por el anestesta.

La importancia de la anestesia tumescente es múltiple disminuir el dolor intraoperatorio, post operatorio inmediato, comprimir la vena target optimizando el contacto con la fibra y proteger estructuras vecinas de lesión térmica.

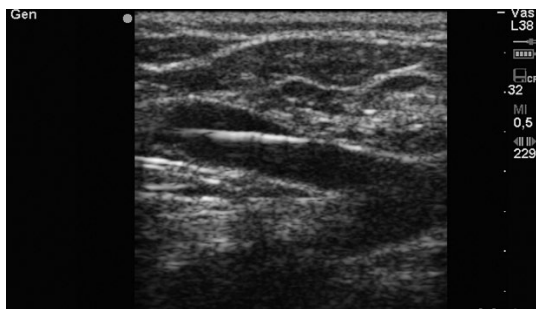


El operador comprime la vena durante el laseo esto produce mayor contacto entre la fibra y la pared fundamental en los últimos trabajos de modelos experimentales dejado en segundo plano la producción de burbujas de calor

Se coloca venoclisis, oxímetro de pulso y monitor cardiaco durante el procedimiento se indica una ampolla de dexametasona y diclofenac.

Se realiza antibiótico profiláctico en C6 y heparina de bajo peso molecular : en pacientes con riesgos de TVP

Acceso vascular y ascenso de la fibra ecoguiado documentar localización de la fibra a 2 cm. de vena femoral común o poplítea por debajo de epigástrica o de Giacomini en Gibson B, con foto digital



Retiro de la sonda ecoguiado: verificar signo de la nube, la cual asegura la fotoobliteración

Recuperación post anestésica

Procedimiento ambulatorio el paciente se retira aproximadamente a los 30 minutos de finalizado el procedimiento.

Respetar los criterios de alta:

- El paciente se retira a los 20 minutos de terminado el procedimiento si cumple con 12-14 criterios del Fast Tracking Score

Manejo del dolor post

- Protocolo multinodal o balanceado
- El ultimo task force de el ASA (American Society of Anesthesiologists) recomienda el uso de 2 o más técnicas (incluyendo no farmacológicas) que utilicen diferentes mecanismos de acción, esto produce efecto sinérgico y reducción de reacciones adversas

Posterior al procedimiento:

Adecuado tratamiento compresivo

Adecuado tratamiento farmacológico, analgesia, protección gástrica, heparina tópica gel. (el dolor más importante entre el 6° y 8° día.

Medios físicos, frío

Deambulacion precoz

Comienzo de la actividad a los 3 días.

Control clínico y ecográfico, 24 hs., 48hs descartar TVP, 7 días ecográfico: detectar TVP y falla de fotoobliteración temprana, 30 días 3 meses: detectar falla de fotoobliteración tardía, 6 meses, verificar reabsorción

DEFENSA DEL MÉDICO

Antes del reclamo o demanda

- Tener una capacitación y actualización adecuadas.
- Mantener una buena relación medico-paciente.

- Historia Clínica completa.
- Consentimiento informado.
- Seguro médico

Después del reclamo

- Asesoramiento adecuado
- Nombrar un perito medico de parte.
- Interesarse en el conflicto y estudiar la evolución del mismo.
- Continuar con el ejercicio de la profesión.

Según el Dr. Arturi Gustavo (JORNADAS SOBRE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD Febrero 2007):

“El colegio de médicos de la Pcia. de Buenos Aires ha desarrollado a partir de los años 90 el denominado SISTEMA DE AYUDA PROFESIONAL, que constituye un fondo solidario de apoyo al médico matriculado sometido a una demanda judicial, ya sea en el fuero penal, civil o contencioso administrativo. Por lo que cuentan con una enorme experiencia en demandas judiciales y las consecuencias que las mismas provocan en el médico y su familia.

Para hablar del impacto en las demandas judiciales en el médico y su familia, por lo habitual y equivocadamente llamada mala praxis, entendemos en principio. Que estamos en presencia de un error terminológico en razón de que dicha denominación o calificación es equivalente a una sentencia, y que debemos corregir a todo aquel que se refiera a esta problemática por su correcta expresión, que es la de responsabilidad profesional médica, la que definiría en primera instancia como la acción judicial que entabla un paciente o sus fliares., por el presunto accionar errado del médico en el tratamiento de una patología o enfermedad.

Ahora bien, ¿es la opinión del paciente o sus familiares la que configura el actuar errado del médico? Yo diría que no y me atrevo a decir que tampoco el del juez quien es el encargado de definir la culpabilidad y el resarcimiento.

Los que realmente definen el accionar del mé-

dico si fue correcto son sus pares, que actúan en la litis en el rol de expertos o peritos, quienes desde una óptica academicista y alejada del acto médico en sí mismo que genero la demanda, se expiden sobre los puntos de pericia que le requieren las partes, determinando si el demandado actuó aplicando los conocimientos adecuados que requería la situación, si lo hizo en tiempo y forma, etc. y además muchas veces, sin que se lo pregunten puntualmente, en el apartado destinado a las consideraciones médicas, hemos podido ver que inclusive ligeramente se expresan sobre el grado de responsabilidad legal de él o los médicos denunciados.

Estos peritos médicos son sobre los cuales recae la responsabilidad de emitir dictamen sobre el acto médico de un colega, según hemos visto, muchas veces exceden el hecho para el cual fueron convocados, pudiendo generar en el juez una impresión errada de lo que realmente ocurrió provocando dudas donde no deberían existir, creemos que los abogados que toman casos de responsabilidad médica, requieran la correspondiente opinión de un perito en la especialidad de la cual se trata el caso, ya que dicho proceder sin duda limitaría lo que se conoce como litigiosidad indebida.

Estamos convencidos que los peritos en sus dictámenes deben tener en cuenta todas las situaciones que rodearon el acto médico, como así también el ámbito y las circunstancias en el que se desarrollo, haciéndolo saber al juez hechos como por ejemplo, son las faltas de recursos de diagnóstico, insumos, sobrecarga laboral, etc. que necesariamente deberán actuar como atenuantes en la interpretación judicial del caso y su decisión final. Por nuestra parte instruimos a nuestros abogados para que formulen como puntos periciales estas situaciones en los casos que correspondan

...es por ello que en una actividad como la medicina que no es una ciencia exacta que es falible, la cual desde siempre ha buscado dos racionalidades posibles, como son las del menor error posible y la del mayor beneficio probable, esas circunstancias que contextúan la época y el lugar e incluso la situación socio económica, pueden contribuir a desestimar una demanda.

No podemos los médicos caer en la postura irrazonable de no reconocer la probable existencia de impericia, imprudencia y negligencia en el accionar cotidiano de los médicos. La di-

ferencia esta en que el colega que desgraciadamente ha caído en alguna de estas situaciones lo sabe perfectamente, y analizara en su intimidad y con sus defensores las circunstancias que lo llevaron a incurrir en alguna de esas situaciones, y así lo planteara en su defensa, pero no es el mismo impacto del que recibe una demanda que cree le han inventado el que además se encuentra apoyado por fundamentaciones científicas rebatibles.

La demanda que recibe el médico que se sabe inocente, ya que su accionar se ha ajustado a las reglas y normas reconocidas y aceptadas por sus pares, le ocasionan un grave perjuicio físico, psíquico y social.

Cuando un médico recibe una demanda judicial sabiendo que su accionar ha sido correcto, lo que 1° se le representa es un sentimiento de indignación, el que se transforma en incredulidad y luego depresión. Mucho tiene que ver quizás los cambios de estado de animo, los resabios de la medicina paternalista que todavía a los médicos nos permite cotidianamente saborear el reconocimiento, el afecto, el respeto y la retribución de nuestro enfermo cuando lo curamos o aliviamos su sufrimiento.

Efectuadas las consultas legales que correspondan para su adecuada defensa, el medico judicializado debe seguir realizando las actividades que viene haciendo desde el día en que le entregaron el título y tratando que no nuble su mente en el accionar diario. El médico que es llevado a tribunales y se sabe inocente tiene que seguir adelante aunque sabemos que nunca va a volver a ser el mismo que antes.. su amor propio, su dignidad como ser humano fue agredida, su accionar ha sido injustamente cuestionado, sus colegas, si bien se solidarizan con él, algunos en el fondo piensan por suerte no me toco a mi y del tema no se habla, porque el médico demandado además no quiere hablar de ello para no instalar la cuestión, lo cual no ocurre muchas veces cuando su accionar es cuestionado mediaticamente, donde el daño es mayor, en razón de ocupar el medico un lugar destacado en la sociedad, destruyendo una imagen y un prestigio logrado con sacrificio y dedicación a la comunidad.

Desde que el médico recibe la cedula de notificación, se inician los mecanismos de adaptación ya que el proceso judicial significa expectativa, incertidumbre ante lo desconocido, que provo-

ca un estado de sobre presión que desencadena un desequilibrio psicofísico que actúa como una noxa que afecta inespecíficamente su organismo, determinando cuadros de stress agudo, luego se transforma en crónico y que le ocasiona graves daños a su salud, llevándolo incluso a la muerte.

El cuadro clínico que presenta el médico en el cual se ha instalado el Síndrome Judicial es multisintomático y puede consistir en :

- Trastornos del sueño,
- Pérdida del apetito,
- Pérdida del entusiasmo en el ejercicio de la profesión,
- Descreimiento y preocupación exagerada ante problemas habituales,
- Ansiedad,
- Depresión con baja autoestima,
- Efectos sobre la relación médico paciente con marcado accionar a la defensiva,
- Adicción al alcohol y psicofármacos
- Incertidumbre laboral, profesional económica y familiar.
- Bajo nivel de tolerancia a las situaciones de stress laboral,
- Sensación de sentirse sospechado por colegas y pacientes,
- Apatías
- Empeoramiento de las enfermedades que pudiera padecer previamente, desencadenando en cuadros de hipertensión arterial, infarto, cuadros gastroenterológicos y psiquiátricos, lo que conocemos como Burn Out, que en algunos casos ha desembocado en el suicidio del medico en el cual fallaron todos los mecanismos de compensación.

Además rechazar pacientes con riesgo, convertir especialidades quirúrgicas en clínicas, derivando los casos quirúrgicos a otros colegas que aun no han sido demandados, o que si lo fueron, poseen mejores mecanismos de adaptación.

Se sabe que hoy en día 1 de cada 6 médicos ha sido llevado a tribunales por sus pacientes, y que esta situación se multiplicara por cinco antes que termine este decenio. Por ello las instituciones deben trabajar en eso que se ha llamado flagelo.

Si bien con el plan de ayuda ha podido paliar las consecuencias inmediatas, aun no hay desarrollado un sistema que evite que el médico enfrente el síndrome judicial”.

CONCLUSIÓN

Es claro que los cirujanos repetimos los mismos errores en forma reiterada y que debemos aprender de ellos

Mucha insatisfacción de los pacientes se debería a una expectativa excesiva de los resultados de la cirugía, la cual a veces es alentada por publicaciones inciertas principalmente en Internet ofreciendo soluciones sin riesgos.

Es cierto que las lesiones de nervios periféricos y grandes vasos son evitables, la TVP y TEP en pacientes con riesgo se evitarían con profilaxis pero muchas complicaciones no dependen de mala praxis médica. En estas últimas las demandas dependen de mal entendimiento del paciente por mala comunicación o directamente por falta de la misma en la entrevista prequirúrgica. Es necesario también consignar estas explicaciones en un consentimiento informado.

Otro elemento que nos puede defender en nuestra práctica es la realización de hojas de información para los pacientes donde se detallen en forma minuciosa los pasos del prequirúrgico y las indicaciones del post operatorio incluyendo fechas de control y seguimiento.

En el consentimiento se debe especificar las posibles complicaciones del procedimiento flebológico: TVP; TEP, hematomas, infección, sangrado, linforragia, alteraciones de la sensibilidad por injuria nerviosa, lesiones térmicas cutáneas, complicaciones de anestesia. También se deben destacar en el EVLT la posibilidad de falla de la fotoobliteración parcial o total y al

igual que en otros métodos minimamente invasivos, la posibilidad de retratamiento. Se debería consignar las características técnicas del procedimiento y las posibilidades de distintos tratamientos, debe incluir la posibilidad de interconsultas con otros profesionales.

Una buena información prequirúrgica y un detallado consentimiento informado reducen sustancialmente los litigios.

El monto de la demanda depende de los daños. Muchas de estas demandas toma años en resolverse y el monto aumenta con el tiempo transcurrido.

Es prioridad detectar el litigio en una primera etapa, y avisar inmediatamente al seguro médico para que ellos estén al tanto de una probable demanda.

Hemos visto que la cirugía flebológica tiene un alto número de litigios, nos queda como pregunta si esta nueva técnica minimamente invasiva, disminuirá dicho número debido a la reducción de complicaciones, si se emplea una buena técnica y se toman todos los recaudos para realizar dicho tratamiento bajo los standards internacionales.

Agradezco la colaboración del Dr. Adolfo Peñenory, Médico especialista en Cirugía General, especialista en Medicina Legal y de la Dra. Silvana Sante, abogada, departamento legal, staff profesional del Centro de Enfermedades Venosas y Linfáticas, Mar del Plata.

Dr. Vellezz Rubén

BIBLIOGRAFÍA

1. Complains and litigaion following varicose vein surgey Mr Supid Ray Clinical Risk 2005 11,221-224
2. ¿Son válidos los documentos de consentimiento informado que utilizamos en Cirugía vascular? J HOspedales et all. Angiología 2005;57(6):487-495
3. ¿Consentimiento informado o desinformado? Broggi-Trías Medicina 1999;1112:95-6
4. Causes of legal action following treatment for varicose vein. Tennat WG, Ruckley CV. Clinical Risk 1997;3:52-4
5. Laser Endoveineux Anastasie B, Celerier A Phlébologie 2003, 56 (4) : 369-82.
6. Endovenous ablation of varicose veins:medicolegal claims will continue? Scurr J H especialista en medicina legal Royal Liverpool University, London UK PHLEBOLOGY 2007

7. Endovenous laser ablation of varicose veins Min RJ, Khilnani NM J Cardiovasc Surg 2005, 46(4):395-405
8. Cirugía por Endolaser Miquel C Angiología 2006; 58 (supl 2) : S17 – S24.
9. Documento de Consenso del Capítulo Español de Flebología Ibañez V et al Angiología 2005: 57 (Supl 1) S25 - S46.
10. Technical tips: cold saline infiltración instead of local anesthetic in EVLT , Chong, P. Phlebology 2006
11. Ela of GS veins with a diodo laser 980: early treatment failures and successful repeat Kim, H. 2007
12. Endovenus laser ablation of varicose veins Dr. RJ MIN 2006
13. Heat dissipation Turing endovenous laser treatment of varicose vein is there a risk of nerve injuria? Dr Khilnany
14. Diffuse phlemonus phlebitis after EVLT of grater saphenous vein. Mayo 2006
15. Arteriovenous fistula after endovenous laser treatment of the short saphenous vein.J Vasc Interv Radiol. 2004 Jun;15(6):625-7.Timperman PE
16. Fate and clinical significance of s/f juntion tributarias following endovenous laser ablation of great saphenous veins THEIVACUMAR N Leeds Vascular Institute BJS 2007
17. Is there recanalizacion of SI vein 2 years after evlt ?Journal of endovascular therapy 2006 Disselhoff B Holanda JOURNAL OF VASCULAR SURGERY 2006
18. “Laser endoluminal Percutáneo Ecoguiado” Vellettaz RubenNorman Candelaria 15 World Congress of Phlebolgy. Septiembre 2006 Río de Janeiro Brasil.
19. “Manejo Anestésico del Laser Endoluminal Percutáneo Ecoguiado” Vellettaz R. Constantini CXVI Congreso argentino de Cirujanos cardiovasculares, Jueves 4 de Octubre 2007.
20. “Laser Endoluminal de Safena Externa” Vellettaz R, Norman C.XVI Congreso argentino de Cirujanos cardiovasculares, Jueves 4 de Octubre 2007.