

CIRUGÍA DE COLUMNA:

Aspectos médico-legales y manejo de riesgos.

Dr. Fabián Vítolo, Médico Neurocirujano - NOBLE S.A.

>>> ■ Las complicaciones de la cirugía de columna son una fuente importante de juicios por responsabilidad profesional para los traumatólogos y neurocirujanos que desarrollan esta subespecialidad. La patología discal lidera todos los rankings de demandas contra estos profesionales. (1)(2)(3) Esta situación no llama la atención, dado que las hernias de disco lumbar y cervical son afecciones frecuentes y cada vez son más los cirujanos que se vuelcan a esta actividad. Para el neurocirujano actual, la patología de la columna tiende a representar el 50% de sus prestaciones (4). El alto costo de los acuerdos y de las sentencias en casos de cirugías de columna es el reflejo de los infrecuentes pero severísimos daños que pueden producirse cuando se trabaja a milímetros de la médula espinal y de las raíces nerviosas.

La cirugía de columna tiene todos los ingredientes que pueden hacer de un juicio una pesadilla. Se trata en general de pacientes con patologías que no amenazan la vida, en donde el principal síntoma (dolor) tiene un fuerte componente subjetivo y en donde muchas veces las opiniones de los expertos difieren entre abordajes conservadores y radicales. Existen variadas alternativas que no siempre son adecuadamente informadas al paciente, el cual puede verse sorprendido ante evoluciones que no fueron anticipadas. Por otra parte, en caso de pacientes cuadri o parapléjicos los costos de lucro cesante y de gastos a futuro suelen ser millonarios. (5)(6)(7)(8)

Se trata de una disciplina extensa, variada y compleja y no son pocos los autores que plantean la necesidad de convertirla en una nueva especialidad (4)(9)(10). La cirugía espinal es técnicamente difícil

y la adquisición de las habilidades necesarias demanda años de aprendizaje. El margen de error es mínimo y sólo la cuidadosa atención a los detalles en el pre, intra y postoperatorio asegura buenos resultados en forma consistente. Cuando surgen complicaciones y juicios por responsabilidad profesional, el apresuramiento en la decisión quirúrgica (salvo en los casos de franca urgencia) y la falta de información adecuada al paciente suelen ser aspectos ampliamente debatidos por todas las partes.

La mayoría de las demandas por mala praxis en cirugías de columna tienen su origen en la inadecuada selección del paciente, la falta de una evaluación psicológica en casos que lo ameritan y a no haber agotado los tratamientos incruentos. A ello se suman muchas veces las complicaciones de la instrumentación quirúrgica (11).

Complicaciones específicas que desencadenan demandas

Cuadro 1. Causas de demandas por mala praxis en cirugías de columna:

- Desgarro dural
- Error de nivel
- Lesiones vasculares o viscerales
- Síndrome de cola de caballo
- Déficit neurológico agregado
- Oblitos
- Error de lado
- Amaurosis (Neuropatía óptica isquémica)
- Infecciones
- Síndrome de Cirugía Lumbar Fallida

- Desgarro dural

Se estima que la incidencia de durotomías no intencionales durante la cirugía espinal se encuentra entre el 0,3% al 13%, alcanzando un 17,6% en caso de reintervenciones (12). Es una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía de columna lumbar. En un estudio de 146 juicios contra traumatólogos norteamericanos, representó la segunda causa de demandas, sólo superada por el síndrome de cola de caballo (12). Si bien el desgarro dural se consideró siempre una ocurrencia relativamente benigna, un estudio del 2005 demostró una peor evolución a largo plazo en pacientes que habían sufrido esta complicación (13). La lesión dural en sí no basta para originar demandas. En todos los casos de la serie mencionada el desgarro dural se acompañó de alguna secuela (daño a nervios, síndrome de cola de caballo, fístula de LCR, dolor, aracnoiditis, pseudomeningocele, trastornos esfinterianos e infecciones.)

El daño a la duramadre es una complicación aceptada de la cirugía de columna lumbar que muchas veces es difícil de evitar en descompresiones complejas. Su ocurrencia puede complicar la cirugía, ya que la pérdida de líquido disminuye la presión sobre las venas epidurales, facilitando el sangrado. La sangre y el líquido dificultan entonces la visión del cirujano. De producirse la fístula, el cirujano debe intentar repararla, de ser posible, lo que muchas veces implica una mayor exposición. En el caso de no poder hacerlo, el cierre de los planos musculares debe ser muy meticuloso para evitar fístulas.

La mayoría de las mismas resuelven espontáneamente y en contadas ocasiones se requiere una nueva intervención. Excepcionalmente puede desarrollarse un pseudomeningocele que también requiera una solución quirúrgica.

Dada su relativa frecuencia, el desgarro dural es una potencial complicación que debería ser discutida con el paciente durante el proceso de consentimiento informado. En caso de producirse, debería figurar en el parte quirúrgico las medidas adoptadas para reparar el defecto. El paciente debería ser advertido de su ocurrencia y se deberían intensificar el control postoperatorio (y la documentación del mismo) buscando prevenir secuelas.

- Error de nivel

Si bien es infrecuente, la equivocación de nivel en cirugías de hernias de disco es una posibilidad concreta que en caso de materializarse tiene una chance cercana al 100% de transformarse en un juicio por mala praxis. Generalmente estos juicios son ganados por los demandantes. En la serie de 68 demandas por error de nivel presentada por Goodkin y Laska (14) en el año 2004, el 81% resultó en acuerdos o en sentencias favorables a la parte actora. La equivocación de nivel es la segunda causa de reoperaciones en hernias de disco (luego de la reintervención para extraer restos discales)

Muchas veces este error se origina en una mala interpretación de las variaciones anatómicas congénitas. Aproximadamente el 5% de la población tiene seis vértebras lumbares en donde uno de los segmentos sacros se encuentra "lumbarizado" o bien 4 vértebras lumbares, en donde la última lumbar se encuentra "sacralizada". Esto puede confundir al cirujano y gatillar el error, sobre todo cuando no se cuentan con los estudios en quirófano, no se dispone de radioscopia o no se logra tomar una adecuada radiografía por limitaciones técnicas de la mesa o alguna característica del paciente. El cirujano debe mantener un alto índice de sospecha cuando los hallazgos operatorios no se conciben con lo esperado de acuerdo a la semiología y estudios. Si bien puede comprenderse la causa raíz de este error, la mayoría de los peritos especializados lo considera inaceptable y muy difícil de defender. Es por ello imperativo que el cirujano adopte medidas de seguridad que garanticen la identificación del nivel correcto. Hay básicamente dos métodos. Uno consiste en exponer el sacro en el campo operatorio. Es posible identificar las estructuras mediante la visión directa y la palpación de los niveles. En el caso de cirugías mínimamente invasivas el nivel correcto puede ser identificado introduciendo una aguja en el nivel supuestamente afectado procediendo a chequearlo radiológicamente. Eventualmente puede utilizarse marcación con azul de metileno a través de la misma aguja. Es prudente documentar todas las medidas adoptadas para identificación del nivel y en caso de hacer control radioscópico con aguja realizar y guardar una placa.

- Lesiones vasculares o viscerales

Las lesiones vasculares o viscerales secundarias a la perforación del anillo fibroso anterior por el extractor son las complicaciones más letales a las que un cirujano de columna se puede enfrentar. La frecuencia descrita en algunos trabajos de lesiones vasculares (aorta, cava o vasos ilíacos) oscila en un amplio rango que va desde el 1,6 al 17 por cada 10.000 cirugías (15) (16), con una mortalidad asociada que va del 15% al 62%. Las lesiones viscerales (intestino, uréteres, vejiga y páncreas) se estiman en 3.8 cada 10.000 casos (17). En una revisión de 21 juicios por mala praxis a raíz de esta causa en los EE.UU, se observó que cerca de la mitad (48%) se resolvieron a favor de la parte actora. (15)

A pesar de la naturaleza ominosa de estas lesiones, su sola ocurrencia no suele considerarse “ipso facto” evidencia de negligencia por parte de los peritos. Lo que sí se espera en caso de que esto ocurra, es que esta complicación sea reconocida y tratada rápidamente. Esto no siempre es tan fácil. Muchas lesiones pasan inadvertidas en los primeros minutos ya que no se observa en el campo quirúrgico una hemorragia masiva que alerte tempranamente. La perforación del anillo fibroso y la lesión vascular generalmente pasan inadvertidas para el cirujano. El mismo debe mantener un alto índice de sospecha cuando trabaja en exéresis radicales en el espacio discal anterior. La hipotensión o la aparición de pequeñas cantidades de sangre en el instrumental de resección son los principales signos de alerta. El espacio discal es avascular y los instrumentos deberían aparecer secos y limpios.

Ante la sospecha, se debe pedir ayuda urgente a los cirujanos vasculares. Las tragedias ocurren cuando el cirujano de columna se deja estar en la esperanza de que la lesión sea mínima y resuelva espontáneamente. Es entonces muy tarde para evitar el desenlace fatal.

Existe cierta controversia acerca de la necesidad de informar al paciente un riesgo de tan baja frecuencia en el proceso de consentimiento. Algunos cirujanos consideran tan baja esta probabilidad que no la incluyen en forma explícita en la información brindada al paciente más allá de incluir a este riesgo

en forma genérica cuando se discute la posibilidad de muerte. Otros cirujanos consideran más fácil explicar una laparotomía no planeada si esta potencial complicación fue mencionada preoperatoriamente.

- Síndrome de Cola de Caballo

La aparición de este síndrome también suele originar problemas médico-legales. Puede manifestarse en el preoperatorio a consecuencia de la misma patología (discal u otras). En esos casos las demandas suelen basarse en la falta de diagnóstico y tratamiento precoz. También puede aparecer excepcionalmente en el postoperatorio como una complicación, y en ese caso las demandas generalmente se fundamentan en impericia quirúrgica.

El síndrome de cola de caballo es una rara complicación de la cirugía de columna lumbar, con una probabilidad que oscila entre el 0,002% y el 0,3% (18) (19). En una revisión de 20 juicios por mala praxis con este cuadro postoperatorio, 6 casos estaban asociados a fístulas de líquido cefalorraquídeo y 4 se debieron a hematomas epidurales (20). 16 de los 20 casos se resolvieron en favor de los demandantes. Como ocurre con otras complicaciones de baja frecuencia pero de potencial gravedad, también es controvertido si este riesgo debe ser discutido con los pacientes. Parece prudente hacerlo, sobre todo en los que se refiere a potenciales trastornos esfinterianos y sexuales.

La consulta de un paciente no operado con esta sintomatología también debe gatillar una respuesta rápida. El síndrome de cola de caballo se presenta en cerca del 3% de las hernias de disco lumbares (21). El reconocimiento de este cuadro agudo generalmente recae en el médico de guardia y en forma secundaria sobre el especialista llamado en interconsulta. En estos casos se debe realizar y documentar un meticuloso interrogatorio y examen físico, incluyendo el tono rectal y la sensibilidad peri-anal. Se debe dejar asentada también la evaluación de la función vesical. El monitoreo neurológico debe ser realizado y registrado a intervalos frecuentes. En caso de compromiso severo, la respuesta debe ser inmediata.

- Déficit neurológico agregado

La incidencia de daño a raíces motoras con paresia resultante en cirugía de columna lumbar ha sido estimada entre un 0,5% al 9%, siendo L5 la raíz nerviosa más comúnmente dañada (22) (23). En su revisión de 109 juicios de mala praxis por cirugía de columna, Goodkin y Laska identificaron 15 casos de lesiones de raíces nerviosas: 14 con déficit en la dorsiflexión -“pie caído”- y 1 con pérdida de la flexión plantar). Un tercio de estos casos se asoció con desgarros duros. Los médicos perdieron más de la mitad de los mismos (12).

Cuando se producen estas lesiones, las defensas suelen basarse en que la cirugía discal trabaja descomprimiendo raíces que ya se encontraban vulnerables y comprimidas en el foramen y aún la retracción más delicada de las mismas (necesaria para exponer el disco o para remover el hueso que comprime) puede afectar la función futura. Esto puede ocurrir aún en las mejores manos y es inevitable. Sin embargo, en ocasiones las raíces son laceradas y severamente dañadas por el instrumental. Esta situación suele ser el resultado de una pobre técnica quirúrgica y es muy difícil de defender. No suele esperarse esta complicación de un cirujano de columna competente. Una única línea de defensa consistiría en poder demostrar que el foramen se encontraba tan estrecho que impedía la completa visualización de la raíz haciendo inevitable la contusión de la misma. Todas las dificultades operatorias deben quedar bien expuestas en el parte quirúrgico. De poco valdrá en estos casos la frase habitual: “cirugía según técnica...”

La fijación con injerto óseo y tornillos transpediculares también es una fuente posible de lesiones radicales. La maniobra de inserción de los tornillos se realiza generalmente a ciegas, con conocimiento anatómico de la dirección de los pedículos. Los estudios han demostrado que aún en manos expertas un 20% de los tornillos traspasan un poco los límites del pedículo (24). Esto no suele ser clínicamente importante, pero de vez en cuando puede ocurrir alguna desviación seria en la inserción que termine dañando alguna raíz nerviosa. Esto puede ocurrir cuando la anatomía de

la columna es ligeramente anormal, pasando incluso desapercibido para el cirujano. La complicación entonces suele ser advertida cuando el paciente se recupera de la anestesia quejándose de dolor o déficit en la pierna. No siempre las radiografías ayudan a confirmar si el tornillo ha traspasado o no el pedículo debido a sombras superpuestas en la placa. El diagnóstico clínico tampoco es sencillo, ya que el dolor postoperatorio también puede deberse a la manipulación y compresión previa de dicha raíz y no puede determinarse en qué grado es el tornillo mal colocado el responsable de esta situación. Si el tornillo ha transfixiado completamente la raíz es poco probable que la cirugía alivie los síntomas. Si sólo la comprime o irrita, la remoción puede ser beneficiosa. No necesariamente la mala posición de los tornillos es fruto de la impericia y hay elementos que permiten elaborar alguna línea de defensa si el cirujano es demandado. En estos casos, la posición del profesional se debilita cuando en la historia clínica no se justifica claramente la necesidad de instrumentación (la primera acusación suele ser que la misma no era “realmente necesaria”) y cuando no se informó al paciente de esta posibilidad en el proceso de consentimiento informado. La minimización del procedimiento siempre trae problemas cuando la evolución es desfavorable.

Los déficits neurológicos luego de cirugías de columna cervical tienen una presentación muy diversa, que va desde la cuadriplejía a la irritación aislada de una raíz. También son complicaciones conocidas la lesión del recurrente laríngeo y de la cadena simpática. No existen publicadas muchas series de juicios vinculados a estas complicaciones (25) (26), pero nadie discute que las mismas deben ser discutidas con el paciente en el proceso de consentimiento informado.

- Oblitos

La columna ha sido descrita como una de las áreas en donde la incidencia de oblitos (gasas, algodones, compresas o instrumental olvidados en el paciente) es mayor (27). Casi unánimemente los fallos judiciales consideran al oblito como constitutivo de negligencia, entendiendo a la misma como a la falta de adopción de las precauciones necesarias.

Generalmente se considera que faltó hacer algo más para evitar que el hecho sucediera. La mayoría de estos casos se resuelven a favor de los demandantes y son prácticamente imposibles de defender. En general se aplica el principio jurídico de “res ipsa loquitur” (la cosa habla por sí sola). La única forma de prevenir este error es la firme adherencia a los protocolos de recuento y a las normas a seguir en caso de que el mismo sea discrepante. Para quienes estén especialmente interesados en profundizar el tema de oblitos, pueden acceder a una revisión especial del tema en nuestra biblioteca virtual (www.noble-arp.com/blog).

-Error de lado

El error de lado ha recibido en los últimos años la atención de los especialistas en seguridad quirúrgica de todo el mundo. Se trata de un incidente evitable en un 100% y su ocurrencia resulta indefendible. Se han descrito estas equivocaciones también en cirugía de columna, favorecidas por la confusión que a veces genera el decúbito ventral. La inmensa mayoría de los juicios originados en esta equivocación se pierden con indemnizaciones importantes. Para prevenir este riesgo no alcanza con apelar a la responsabilidad individual de cada cirujano. Sin lugar a dudas se deben tomar también medidas institucionales que permitan interceptar este error y evitar que ocurra. La mayoría de los autores coinciden en la necesidad de estandarizar y normatizar la marcación prequirúrgica (28) (29). El error de lado es prevenible cuando se establecen niveles de chequeo por parte del cirujano y su equipo y cuando el paciente sube a quirófano con el sitio marcado en forma indeleble. El paciente debe participar en forma activa especificando el sitio afectado. A su vez, la verificación de que la marca es correcta forma parte del checklist que todo equipo quirúrgico debe realizar antes de incidir piel (30).

- Amaurosis (Neuropatía Óptica Isquémica)

Nuestro departamento legal ha recibido en los últimos 5 años dos demandas por esta causa. El cuadro es devastador. Pacientes sometidos a cirugías de columna por patologías benignas se despiertan ciegos de un ojo. Esta rarísima probabi-

lidad no había sido advertida, generando un profundo enojo y angustia en el paciente. La frecuencia descrita de esta posibilidad según algunos autores es del 0,12% (31). Un trabajo reciente (2009) que analiza la prevalencia de este fenómeno a lo largo de 10 años, informó una incidencia de 3,09/10.000 en fusiones espinales (32). La pérdida inesperada de visión en estos procedimientos es una complicación que ha recibido una creciente atención por parte de los anestesiólogos, los cirujanos de columna y los oftalmólogos en los últimos 15 años. Sin embargo, a pesar de la mayor conciencia, los profesionales se encuentran en una difícil situación, ya que es muy difícil prevenir estas complicaciones cuando en la mayoría de los casos no queda clara la etiología. Generalmente la pérdida de la visión no es producida por la compresión directa sobre el globo ocular, si bien es lo primero que se tiende a pensar. Se postula en cambio una etiología multifactorial, probablemente asociada a grandes pérdidas de sangre, hipotensión, anemia y prolongada duración de la cirugía. Sin embargo, la amaurosis también puede estar originada en la compresión del globo contra el cabecillo cuando el paciente se encuentra en decúbito ventral. Cuando ocurre esta complicación, lo más probable es que la demanda se base en que el anestesiólogo y el cirujano no protegieron adecuadamente el ojo.

Desde el punto de vista médico-legal, los abogados de la parte actora suelen invocar también en estos casos la doctrina legal del “res ipsa loquitur” (“la cosa habla por sí sola”). Si bien puede ser discutible, lo concreto es que ante situaciones de este tipo la carga de la prueba recae fuertemente sobre el profesional, quien deberá demostrar que la atención no fue negligente. Y la mejor forma de hacerlo sin dejar flancos débiles es documentar en la foja anestésica la protección del decúbito de los globos oculares.

No hay unanimidad entre los profesionales acerca de si un riesgo de tan baja probabilidad debe ser informado al paciente en el proceso de consentimiento. Sin embargo, algunos autores recomiendan que todos los pacientes que van a ser operados de columna sean advertidos de este riesgo, que si bien es muy bajo es invalidante e intratable.

- Infecciones

La probabilidad de infección superficial o profunda luego de una cirugía de columna, de acuerdo a grandes series publicadas, es cercana al 4%. En más de dos tercios de los casos el microorganismo causal es el *Estafilococo Aureus* (33). Se trata de un riesgo previsto que debe advertirse al paciente, sin perjuicio de que el médico tome las medidas adecuadas para prevenir la infección y, en caso de presentarse la complicación, atenderla con oportunidad y eficacia evitando el agravamiento de la misma. En juicios originados en esta causa, la carga de la prueba recae fuertemente sobre el cirujano y la institución, quienes deberán demostrar una “diligencia exquisita” en la prevención de estos eventos. Todas las medidas tendientes a ello deben quedar adecuadamente asentadas en la historia clínica (ej: baño prequirúrgico, antisepsia, glucemia controlada, suspensión del hábito de fumar, etc) . No hay consenso acerca de la necesidad de antibioticoterapia profiláctica en cirugías sin instrumentación, y no suelen utilizarse antibióticos de rutina. Sin embargo, en caso de colocar prótesis, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI ,Consenso 2009, Mar del Plata) recomienda administrar 1 a 2 gr de cefazolina en la preinducción anestésica y continuar con 1 a 2 gr c/8 hs. por un máximo de 24. Como alternativa plantea la utilización de cefalotina 1 a 2 gr. en la preinducción, y luego 1 gr. c/6 hs por 24 hs. En el caso de alergia a β lactámicos, la SADI recomienda Vancomicina 1 gr en la preinducción anestésica y continuar con 1 gr c/12 hs por un máximo de 24 hs. (34)

- Síndrome de Cirugía Lumbar Fallida (“Failed back surgery syndrome)

La cirugía descompresiva de hernia discal es la intervención quirúrgica más frecuente a nivel de la columna lumbar y una de las más comunes de la cirugía ortopédica y neurológica. El éxito de la misma varía en un amplio rango, encontrándose en la literatura porcentajes que van del 60 al 90% (35) 36). El número de pacientes que no mejoran o que incluso empeoran es entonces significativamente alto y se los agrupa dentro de los que evolucionan

con el “Síndrome de Columna Lumbar Fallida”. Se caracteriza por la recurrencia del dolor tras la cirugía, en ausencia de patología del disco u ósea que lo justifique. Debido al alto porcentaje de fracasos, las reintervenciones tras la primera cirugía se hacen a veces necesarias, en un rango que oscila entre el 5 y el 18% de los pacientes, obteniendo en estos casos pobres resultados respecto a la disminución del dolor y mejoría funcional (37).

Este cuadro es una de las principales causas de demandas contra traumatólogos y neurocirujanos. Si bien frecuentes, es muy difícil que estos juicios se resuelvan en contra del médico. Hay muchas causas que pueden explicar esta sintomatología y la mayoría no se deben a mala praxis por parte de los profesionales actuantes. La principal etiología (en torno al 24% de los casos) es la fibrosis peridural (38), resultado de una respuesta cicatrizal propia de cada organismo que está fuera del control del profesional. Existe por otra parte una fuerte evidencia de que factores psicosociales pueden tener una significativa influencia en la percepción y cronicidad del dolor, lo que podría explicar parcialmente la falta de éxito de esta cirugía, incluso cuando los problemas morfológicos han desaparecido tras la intervención. Otra causa descrita de este síndrome se origina en una descompresión insuficiente del receso lateral con estenosis foraminal. Si bien alguien puede alegar algún error de criterio o de ejecución por parte del cirujano, difícilmente pueda decirse que el mismo ha incumplido con el estándar de práctica aceptado por el profesional medio.

El desarrollo de inestabilidad segmentaria luego de la cirugía de hernia de disco lumbar puede hacer necesaria una fijación posterior, pero también este problema puede aparecer sin que esto implique necesariamente negligencia.

Prevención de demandas

NO TOME DECISIONES APRESURADAS

La cirugía de columna es un procedimiento con complicaciones potenciales serias, aún en las mejores manos.

Si bien los beneficios de la misma pueden ser considerables, deberían agotarse primero todos los abordajes conservadores que sean razonables. La decisión del momento quirúrgico es difícil y requiere de un juicio clínico muy desarrollado. Por otra parte, el espectro de opiniones para una misma patología entre distintos cirujanos es amplio. Algunos prefieren un abordaje radical, ofreciendo una cirugía temprana con el objetivo de acelerar la recuperación y facilitar la reinserción laboral. Otros son partidarios de un abordaje más conservador. A largo plazo, la mayoría de las condiciones espinales tienen una historia natural benigna y la única indicación absoluta de cirugía son los síntomas esfinterianos o el déficit neurológico severo. Aún con ciática severa y marcados signos de tensión de la raíz, la cirugía no es mandatoria. Con el tiempo los síntomas suelen resolverse, tal vez no completamente, pero al menos hasta un nivel manejable. Si la duración de los síntomas ha sido menor a las dos semanas, es muy difícil predecir la evolución natural. Sin cirugía estos pacientes suelen recuperarse con tratamiento conservador con remisión total de los síntomas y están en condiciones de volver al trabajo a los tres meses. Sin embargo, si la sintomatología inicial persiste por más de seis semanas, el pronóstico de remisión es menos optimista. Por ello, muchos cirujanos de columna no consideran de buena práctica operar a pacientes con lumbociática de menos de seis semanas de evolución., en ausencia de síntomas de disfunción vesical o motora.

NO RETRASE DECISIONES URGENTES

Algunos reclamos se fundamentan en que el médico de guardia o el cirujano demoraron mucho la decisión quirúrgica en pacientes con signos evidentes de compromiso medular. Con respecto a la cirugía lumbar, cualquier patología que comprometa al cono y las raíces sacras representa una emergencia. No debe demorarse la intervención ante la presencia de disfunción vesical y trastornos esfinterianos. Todo profesional sabe que un paciente con retención urinaria y/o incontinencia presenta una condición seria con potenciales secuelas. El compromiso de L5 aislado puede dejar

al paciente con un déficit en la dorsiflexión, pie caído y parestesias, pero esta incapacidad, aún sin recuperarse, no parece tan grave como la vejiga neurogénica por compromiso de las raíces sacras que inervan la vejiga. Cuando los síntomas persisten por varias horas, el problema tiende a ser permanente, con pérdida de la función vesical de por vida. El compromiso suele afectar también a la función intestinal y sexual, y por ello las sentencias, en caso de probarse negligencia, pueden ser millonarias.

DESCRIBA DETALLADAMENTE EN LA HISTORIA DE INTERNACIÓN LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO Y DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

En los cuadros de dolor lumbar, el diagnóstico se basa en la historia y en el examen físico. La semiología es fina y debe ser realizada por un especialista. Los estudios complementarios generalmente confirman el diagnóstico y ayudan a determinar el nivel en el cual se requiere la eventual cirugía. La radiología simple sólo es útil para descartar otras causas posibles de dolor. Puede descartar una espondilitis anquilosante con esclerosis de las articulaciones sacroilíacas. Puede demostrar una espondilolistesis o una metástasis que justifiquen el dolor. También puede hacer evidente una fractura osteoporótica. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes con dolor lumbar, la radiografía simple no dice mucho. No siempre hay buena correlación entre el dolor y los cambios degenerativos a nivel lumbar.

El estudio de elección es la resonancia magnética. La misma ayuda a identificar protrusiones discales, cambios degenerativos en los discos, canal estrecho, infecciones, tumores, etc. Hoy resulta inaceptable operar a un paciente sin disponer de este recurso. La resonancia es tan sensible que aún en ausencia de síntomas suelen observarse imágenes patológicas. Por ello la misma sólo tiene valor cuando las imágenes se correlacionan con la historia y los hallazgos del examen físico. Solo en casos urgentes y ante la falta de disponibilidad de una RMN podrá optarse por una tomografía computada o eventualmente una mieloradiculografía, ya en desuso.

Debe intentarse que la cirugía de columna sea una experiencia por la que el paciente no deba volver a pasar. No se trata de un procedimiento exploratorio para establecer un diagnóstico y, antes de incidir, el cirujano debe disponer de la mayor cantidad de información posible.

Muchas defensas se dificultan porque el cirujano deja la documentación del proceso de diagnóstico en los médicos de guardia que internan al paciente y no suelen volcar en la historia de internación los antecedentes, la semiología y los estudios que justifican la intervención. Un número significativo de demandas se basan en que el paciente no debió ser operado. Dado que son pocas las indicaciones absolutas para la cirugía de columna, es muy importante que se pueda contar entonces con suficiente documentación de respaldo.

EN CASOS DE INSTRUMENTACIÓN, JUSTIFIQUE EN LA HISTORIA DE INTERNACIÓN LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS

La colocación de prótesis aumenta el riesgo de infección y, como vimos, de algunos daños agregados durante el implante de los tornillos. Es común que en estos casos el demandante alegue que la fijación no estaba realmente indicada y que podrían haberle solucionado el dolor sin tener que hacerla. Por ello resulta importante que en la historia de internación (que es la que generalmente tiene más peso en un juicio), figure el por qué de esta decisión.

DOCUMENTE MINUCIOSAMENTE LA INFORMACIÓN BRINDADA AL PACIENTE Y EL CONSENTIMIENTO DE ÉSTE

Una de las causas más comunes de insatisfacción de los pacientes que evolucionan desfavorablemente luego de las cirugías de columna es la falta de información acerca del procedimiento, sus riesgos y alternativas. Muchos cirujanos informan adecuadamente al paciente, pero muy pocos registran lo informado en forma satisfactoria. Cuando los pacientes alegan que no se hubieran

operado en caso de haber sido advertidos de tal o cual complicación, los formularios genéricos entregados por administrativos a minutos del procedimiento suelen ser una pobre herramienta probatoria. Recomendamos el desarrollo de formularios específicos para las distintas cirugías de columna, en concordancia con lo requerido por la nueva Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento informado. En caso de desear un modelo, no dude en contactar a NOBLE, Aseguradora de Responsabilidad Profesional.

En términos generales, el paciente debería ser informado de las probabilidades de mejoría con la cirugía. Por ejemplo, cuando se realiza una discectomía por compresión de una raíz, hay un 90% de probabilidades de que el dolor radicular disminuya significativamente. En cambio, cuando se realiza una descompresiva/fijación por canal estrecho lumbar con claudicación neurogénica y dolor crónico, hay sólo un 60% de probabilidades de que estos síntomas disminuyan.

También se le debería informar que existe alguna posibilidad de que el procedimiento no alivie sus síntomas. En discectomías simples, el dolor puede persistir por un tiempo, ya que la raíz ha sufrido y la irritación de la misma puede tardar en desaparecer. En canal estrecho, aproximadamente el 40% de los pacientes continúan con dolor.

Siempre hay una remota posibilidad de que el paciente empeore, y éste debería ser advertido. Entre un 2 a un 3% de los pacientes intervenidos por hernias de disco lumbares se complican (daño a la raíz, fístulas, infecciones), y siempre está la chance de complicaciones anestésicas. En general, no es necesario abundar en detalle acerca de estas probabilidades y bastará sólo con mencionarlas enfatizando su baja frecuencia junto con todo lo que se hará para evitarlas y eventualmente tratarlas.

MANTENGA UN ALTO NIVEL DE ALARMA EN EL POSTOPERATORIO

El cirujano y su equipo deben estar muy vigilantes en el postoperatorio. Apenas el paciente se encuentre recuperado de la anestesia debe realizarse y documentarse una evaluación neuroló-

gica para confirmar que no hay ninguna anomalía que no estuviera presente antes del procedimiento. El hallazgo de un área de anestesia en el extremo distal de la pierna o el pie o algún déficit motor sugiere daño a una raíz. Lo mismo si tiene un intenso dolor de distribución radicular no presente antes de la cirugía. La sección completa de la raíz no suele estar acompañada de dolor, pero en esos casos, el déficit motor y sensitivo es mayor. La anestesia sacra y la pérdida de tono en el esfínter anal sugieren daño a las raíces sacras y anticipan la disfunción vesical. Son signos mayores que generalmente determinan una reintervención urgente en el caso de haber sido producidos por un hematoma.

Siempre hay que tener en mente la posibilidad de que la descompresión haya sido insuficiente o de haberse equivocado de nivel o de lado. Por ello, si en los primeros días postoperatorios el paciente continúa con intenso dolor radicular (ya sea similar al que tenía en el preoperatorio o de distinta distribución), resulta aconsejable estudiarlo rápidamente con RMN y eventualmente reoperarlo. Si los síntomas aparecen luego de un intervalo de días libres de dolor, es posible que algún fragmento remanente del disco se haya desplazado y esté comprimiendo nuevamente la raíz. No suele haber responsabilidad del cirujano en estos casos, y la decisión de reintervenir o esperar dependerá de la severidad de los síntomas.

Si aparece una fístula de líquido cefalorraquídeo el paciente deberá permanecer en cama con profilaxis antibiótica y curaciones. Si la situación no resuelve en pocos días, lo más prudente reexplorar al paciente y reparar el defecto. En caso de fiebre postoperatoria y una vez descartados otros focos, lo más probable es que se trate de una infección del sitio quirúrgico. No debe demorarse en estos casos el cultivo y el inicio del tratamiento antibiótico. Si el cuadro febril se acompaña de intenso dolor lumbar que se incrementa al pararse y con contractura de los músculos espinales, es probable que se trate de una discitis (infección del espacio discal). En estos casos las radiografías suelen ser normales las primeras semanas y el método diagnóstico de elección es la RMN. Puede ser entonces necesario

una punción con aguja del espacio para identificar el germen y su sensibilidad. Todas estas acciones deben quedar adecuadamente documentadas.

A pesar de todos los problemas mencionados en esta revisión, la mayoría de los pacientes que se operan de la columna evolucionan favorablemente. La cirugía suele ayudar a aquellos que han sido adecuadamente seleccionados, operados y seguidos. Habiendo sido advertido de las potenciales complicaciones, estos pacientes (y sólo estos), suelen aceptar que el cirujano hizo lo mejor que pudo en una patología de compleja resolución. ■ <<<

Bibliografía

1. Klimo GF, Daum WY, Brinker MR, McGuire E, Elliot, M. Orthopedic medical malpractice: An attorney's perspective. *Am J Ortho* 2000; 29 (2): 93-97
2. American Academy of Orthopaedic Surgeons. *Managing Orthopaedic Malpractice Risk*. Second edition. Rosemont ILL: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
3. Rovit, RL, et al. Neurosurgical experience with malpractice litigation. *J. Neurosurg.* 2007; 106:1108-1114
4. Mezzadri JJ, Gardella J: Cirugía de Columna: ¿Con una nueva identidad?. *Revista Argentina de Neurocirugía* 17: 41, 2003
5. Roberts K: Managing risk in orthopaedics. *Spinal surgery claims cost Medical Defense Union £9 Million*. Independent Practitioner, July 2007
6. Epstein NE: A Review of Medicolegal Malpractice Suits Involving Cervical Spine: What can we learn or change? *J Spinal Disord Tech* 2010 Jan 16
7. Epstein NE: It is easier to confuse a jury than to convince a judge: the crisis in medical malpractice. *Spine.* 2002 Nov 15; 27(22): 2425-30
8. Fox BA; Richardson WJ: Medical Liability: The Spine Surgery Perspective. *AAOS Bulletin*-August 2006
9. Dwyer AP, Herkowitz HN, Benzel EC: Controversies in spine. Should there be subspecialty certification in spine surgery? *Spine* 2002; 27: 1478-83
10. Crockard HA: Training spinal surgeons. *J Bone Joint Surg* 1992; 74(B):174-5
11. Ludueña R. Errores médicos más frecuentes en ortopedia y traumatología. *Cuadernos de Medicina Forense*. Año 3-Nº 2 (15-19) 2004
12. Goodkin R, Laska LL. Unintended "incidental" durotomy during surgery of the lumbar spine: medicolegal implications. *Surg Neurol* 1995. Jann; 43(1): 4-14
13. Saxler G, Krämer J, Barden B, et al. The long-term sequelae of incidental durotomy in lumbar disc surgery. *Spine* 2005; 30(20): 2298-2302
14. Goodkin R, Laska LL. Wrong disc space level surgery: Medicolegal implications. *Surg Neurol* 2004; 61: 323-342
15. Goodkin R, Laska LL. Vascular and visceral injuries associated with lumbar disc surgery: Medicolegal implications. *Surg Neurol* 1998; 49:358-372
16. DeSausare RL. Vascular injury coincident to disc surgery. *J Neurosurg* 1959; 16:222-229
17. Smith EB, Hanigan WC. Injuries to the intra-abdominal viscera associated with lumbar disk excision. In: Tarlov EC, ed. *Neurosurgical Topics: Complications of Spinal Surgery*. Park Ridge ILL: American Association of Neurological Surgeons, 1991: 41-49
18. Oppel F, Scramm J, Schirmer M, Zeitner M. Results and complicates course after surgery for lumbar disc herniation. *Adv. Neurosurg* 1977; 4:36-51
19. McLaren AC, Bailey SI. Cauda equine syndrome: A complication of lumbar discectomy. *Clin Orthop* 1986; 204:143-149
20. Goodkin R, Laska LL. In: Hardy R, ed. *Lumbar Disc Disease*. Second edition. New York: Raven, 1993:331-349
21. Kostuik JP. Medicolegal consequences of cauda equine syndrome: An overview. *Neurosurg Focus* 2004; 16(6):39-41
22. Horwitz NH, Rizzoli HV. Herniated intervertebral discs and spinal stenosis. In: Horwitz NH, Rizzoli HV, eds. *Postoperative Complications of Extracranial Neurological Surgery*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1987: 30-72
23. Schepelmann F, Greiner L, Pia HW. Complications following operation of lumbar discs. *Adv Neurosurg* 1977; 4:52-54
24. Porter RW. Spinal surgery and alleged medical negligence. *Journal of the Royal College of Surgeons Edinburgh*. 1997
25. Epstein NE. A review of medicolegal malpractice suits involving cervical spine: what can we learn or change? *J Spinal Disord Tech*. 2010, Jan 16
26. Epstein NE. A medico-legal review of cases involving quadriplegia following cervical spine surgery: Is there an argument for a no-fault compensation system? *Surg Neurol Int* 2010 Apr 7; 1:3
27. Gawande A et al. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *New Engl J Med.* 348:229-235. Jan 2003
28. Giles, SJ et. al Experience of wrong site surgery and surgical marking practices among clinicians in the UK. *Qual Saf Health Care* 2006, 363-368
29. Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations Universal Protocol For Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. www.jointcommis-sion.org/PatientSafety/UniversalProtocol
30. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de Verificación de Seguridad de la Cirugía. Manual de Aplicación. www.who.int/patientsafety/en/
31. Chang SH, Millar NR. The incidente of perioperative ischemic optic neuropathy associated with spine surgery. *Spine* 2005; 30(11): 1229-1302
32. Aso J, Martínez Quiñones JV et.al. Ceguera tras cirugía discal lumbar. Aspectos asistenciales y médico-legales. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cuadernos de Medicina Forense* N° 58. Sevilla. Oct. 2009
33. Pull ter Gunne, Albert F. MD; Mohamed, Ahmed S. MD; et.al. The presentation, incidence, etiology and treatment of Surgical Site Infections after Spinal Surgery. *Spine.* 1 June 2010. Vol 35: 13 (1323-1328)
34. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Prevención de infección del sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y postquirúrgico. Documento de Consenso. Junio 2009, Mar del Plata.
35. Rodríguez García J, Sánchez Gastaldo A, et al. Factores relacionados con la cirugía fallida de hernia discal lumbar. *Neurocirugía* 2005; 16: 507-517.
36. Ostelo RW, de Vet HC, et al. Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery : a systematic review within the framework of the Cochrane Colaboration. *Spine* 2003; 28: 209-218
37. Fritsch E.W, Heisel, J, Rupp S: The failed back surgery syndrome: reasons, intraoperative findings and long-term results: a report of 182 operative treatment. *Spine* 1996; 21:626-633
38. Ross JS; Robertson JT, et al. Association between peridural star and recurrent radicular pain after lumbar discectomy : magentic resonance evaluation. *Neurosurgery* 1996; 38: 855-863.