

# Mapa de riesgo de las actuaciones de cirugía ortopédica y traumatología sobre la cadera. Estudio médico-jurídico de 96 sentencias judiciales

## Orthopaedic malpractice risk in hip care. Study of 96 medical malpractice court decisions

Sanz Martín J<sup>1</sup>, Sanz Hospital FJ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Responsabilidad Civil Profesional. Agrupación Mutual Aseguradora A.M.A. <sup>2</sup> Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital La Moraleja. Madrid. España.

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

### Resumen

**Objetivo:** Conocer los factores de riesgo médico-jurídico asociados a las actuaciones sobre la cadera en cirugía ortopédica y traumatología.

**Material y método:** Se han estudiado 96 sentencias judiciales, analizando 17 variables médico-jurídicas.

**Resultados:** Los actos que originaron el mayor número de procedimientos judiciales fueron las artroplastias de cadera (64 casos), seguidas de los retrasos diagnósticos de diversas patologías (13 casos). La complicación que se había producido en mayor número de casos era la lesión del nervio ciático (22 casos), seguida de las infecciones (12 casos). Las lesiones neurológicas fueron las más reclamadas (27 casos), seguidas de los fallecimientos (17 casos). La cuantía media reclamada fue de 181.386 € y la cuantía media de las sentencias condenatorias de 72.867,72 €.

**Conclusiones:** Las actuaciones con más riesgo de las que realizan los COT sobre la cadera son las quirúrgicas debido fundamentalmente a las lesiones neurológicas que se producen sobre el nervio ciático (la gran mayoría lesiones indirectas). Les siguen con muchos menos casos los procedimientos diagnósticos, destacando los de retraso diagnóstico de cáncer a través del hallazgo de metástasis en la cadera. El porcentaje de condenas es elevado (45%), no así la cuantía que se concede en esos casos, que se sitúa en niveles medios-altos (72 000 €), propios de una especialidad que rara vez causa daños gravísimos, pero que tiene repercusiones importantes en la calidad de vida de los pacientes.

### Palabras clave:

Cadera, negligencia, complicaciones perioperatorias, riesgo.

### Abstract

**Objective:** To identify medical and legal risk factors associated with interventions on the hip in orthopedic surgery.

**Material and method:** We studied 96 court decisions analyzing 17 medical-legal variables.

**Results:** The interventions that brought about the greatest number of legal proceedings were hip replacements (arthroplasty) (64 cases), followed by diagnostic delays of various diseases (13 cases). The complication that occurred in the greatest number of cases was sciatic nerve injury (22 cases), followed by infections (12 cases). Neurological injuries were claimed for most (27 cases), followed by death (17 cases). The average amount claimed was € 181,386 and the average amount awarded was € 72,867.72.

**Conclusion:** The interventions with the highest level of risk by orthoprosthetic surgery are mainly due to neurological injuries that occur on the sciatic nerve (most indirect injuries). They are followed by a far lower number of cases of diagnostic cases; late diagnosis of cancer through discovery of metastasis in the hip standing out in this selection. The conviction rate is high (45%), although the amount awarded in such cases is not, medium-high levels (€ 72,000), being as it is a specialty that on rare occasion may cause serious damage, but has significant impact on the quality of life of patients.

### Key words:

Hip, malpractice, peroperative complications, risk.

### Correspondencia

J Sanz Martín  
Av. de la Osa Mayor 90, 2-A. 28023 Madrid. España.  
e-mail: javiersanzmartin@yahoo.es

## I Introducción

Desde el punto de vista médico, la zona anatómica de la cadera tiene un especial interés si atendemos al número de actuaciones que los cirujanos ortopédicos y traumatólogos realizan sobre ella. Ese interés es mayor si consideramos que esta articulación afecta directamente a la funcionalidad de los miembros inferiores, lo que se traduce en consecuencias importantes para la calidad de vida de los pacientes.

Desde el punto de vista jurídico, el gran número de actos médicos realizados sobre la cadera, y sus repercusiones funcionales, convierten el estudio de las sentencias judiciales sobre la materia en un asunto de gran interés. Este interés es triple, ya que podemos adoptar la perspectiva del paciente que inicia los trámites judiciales buscando una solución jurídica a un problema médico, el punto de vista del médico que desea conocer qué actuaciones conllevan más riesgos y en qué consisten estos, y por último, el punto de vista de la aseguradora del médico que quiere conocer qué actos generan mayor o menor responsabilidad jurídica, y cuáles pueden ser las consecuencias que se deriven de los mismos.

El estudio pretende trazar un mapa de riesgo médico-jurídico de las actuaciones que se realizan sobre la cadera, que debe mostrar de forma clara y ordenada los riesgos médicos y jurídicos que se derivan de los actos médicos sobre la zona, estratificando la intensidad de estos y de los resultados que se producen cuando se materializan.

El objetivo del estudio es profundizar en el conocimiento de los factores médicos y jurídicos que subyacen dentro de los procedimientos judiciales que tratan sobre actos médicos realizados por cirujanos ortopédicos y traumatólogos sobre la cadera. Se pretende obtener información sistematizada y útil para el desempeño diario de los cirujanos ortopédicos y traumatólogos.

## I Material y metodología

Para desarrollar el mapa de riesgo, nos hemos basado en el estudio de sentencias judiciales que analizan actos médicos realizados sobre la cadera por especialistas en COT. Para localizar las sentencias se ha utilizado la base de datos jurídica Tirant Online, disponible a través del portal del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid.

La citada base cuenta con una colección de más de 1.700.000 sentencias, por lo que resultaba importante realizar una adecuada selección de las palabras clave. Nos hemos guiado en todo momento por el criterio de no exclusión para encontrar el mayor número de sentencias válidas para nuestros propósitos, asumiendo un riesgo mínimo de excluir resultados válidos.

El cumplimiento del principio de no exclusión ha supuesto tener que leer 1.432 sentencias para comprobar si el contenido de las mismas era válido para los fines de la investigación, ya que el motor de búsqueda no permitía afinar más sin correr el riesgo de perder resultados útiles.

De ese total de 1.432 sentencias consultadas, hemos comprobado que finalmente 96 servían para la investigación: 15 sentencias de la jurisdicción civil, 4 sentencias de la jurisdicción penal y 77 sentencias de la jurisdicción contencioso-administrativa. Consideramos que hemos contado con una muestra más que suficiente para los objetivos de la investigación. De las 96 sentencias, 84 enjuician actos realizados en la sanidad pública, 2 en mutuas laborales y 10 en centros privados.

Salvo una sentencia penal dictada por un juzgado, todas las demás sentencias han sido dictadas por Audiencias Provinciales, Tribunales Superiores de Justicia y el Tribunal Supremo. El hecho de que no figuren sentencias dictadas por los juzgados (que son las más comunes por constituir generalmente la primera instancia) se debe a las limitaciones de la base de datos, que no recoge este tipo de resoluciones por sus reducidos efectos jurídicos a la hora de servir como jurisprudencia para resolver casos similares.

La sentencia más antigua es del año 1991. Solo contamos con cuatro sentencias de los años 90, lo que se debe a la que las bases de datos digitales surgieron a finales de esa década. La sentencia más reciente es de marzo de 2011, poco antes del comienzo del estudio.

Los hechos más recientes de los estudiados datan de 2006. Es importante tomar en consideración este dato, dado que con el transcurso de los años van variando poco a poco los tipos de actos que realizan los COT sobre la cadera, así como las técnicas y tecnologías que se utilizan. Igualmente han podido variar algo los comportamientos de los especialistas en lo que respecta al grado de cumplimiento de la normativa, sobre todo en materia de información y consentimiento.

El tiempo medio transcurrido desde la realización del acto médico hasta la resolución judicial fue de 2.580 días, algo más de siete años. Se ha de tener en cuenta que en muchos casos se trata de resoluciones dictadas en segunda instancia, tras recurrirse una primera sentencia, lo que implica procedimientos más largos que aquellos que terminan en primera instancia.

De las sentencias judiciales hemos extraído y analizado los siguientes datos: fecha del acto médico, fecha de la sentencia, tiempo transcurrido entre el acto médico y la resolución judicial, cuantía reclamada, cuantía concedida por los tribunales en los casos en que existe condena, tipo de

daño sufrido por el paciente, tipo de acto médico realizado, motivo de la reclamación (actuación inadecuada/ausencia de información), causa de la condena (actuación inadecuada/ausencia de información), consentimiento informado, órgano judicial que dicta la resolución, si la reclamación se dirige al mismo tiempo contra otro profesional y en su caso la especialidad de este; para las sentencias penales hemos examinado también el tipo de condena (falta/delito) y la pena impuesta.

## Resultados

La cuantía media reclamada fue de 181.386,14 €, siendo 720.000 € la cuantía máxima reclamada y 24.000 € la mínima (Tabla 1). La cuantía media de las indemnizaciones concedidas fue de 72.867,72 €, prácticamente la mitad de la cuantía media reclamada, siendo 900.000 € la indemnización máxima concedida (cuantía solicitada más intereses) y 6.000 € la indemnización mínima.

En 43 de los 96 casos estudiados los tribunales estimaron al menos parcialmente las pretensiones de los recurrentes, otorgando una indemnización a los perjudicados. En los 53 casos restantes se desestimaron íntegramente las pretensiones de los recurrentes, no concediéndose indemnización alguna.

Atendiendo al daño reclamado, hemos distinguido tres supuestos: 17 fallecimientos, 72 casos de secuelas y siete ca-

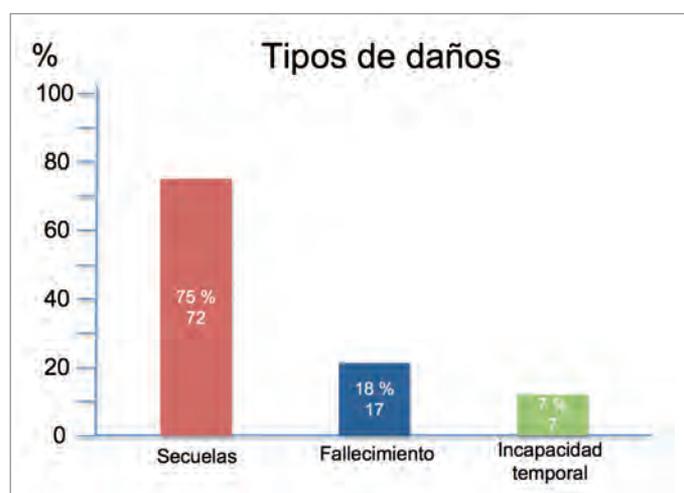


Fig. 1. Tipos de daños.

sos de incapacidades temporales sin secuelas (Figura 1).

En los casos en que se reclamaban las secuelas sufridas por el paciente hemos distinguido la siguiente casuística: 27 casos de secuelas neurológicas, nueve de disimetrías; cuatro de luxaciones repetidas; tres de amputaciones; uno en que el perjudicado quedó en estado vegetativo; uno de ceguera; uno de paraplejia; un caso de síndrome de cauda equina, y 25 casos en que los pacientes sufrieron otras secuelas.

Tabla 1. Frecuencia de casos y promedio de las cuantías reclamadas y concedidas.

Características clínicas	Casos	Media reclamación (€)	Media condena (€)
Fallecimiento	17	150.312	53.916
Incapacidad temporal	7	118.829	22.500
Lesión ciática	22	178.774	43.814
Lesión femoral	5	185.980	49.460
Dismetría	9	96.516	27.440
Luxaciones	4	130.880	51.500
Trombosis	5	118.907	57.000
Otras secuelas funcionales	10	277.335	86.225
Infecciones	12	202.270	151.864
Acto			
Cirugía prótesis	55	172.046	69.551
Recambio prótesis	9	257.574	259.256
Retraso intervenciones quirúrgicas	6	106.360	59.961
Retraso diagnóstico	13	174.848	61.035
Jurídico			
Falta información	36	150.227	47.834
Totales			
Casos	96	181.386	72.868

La mayoría de las reclamaciones traen causa de algún tipo de acto relacionado con la cirugía de cadera, en concreto 80 casos distribuidos de la siguiente forma: intervención quirúrgica de implantación de prótesis de cadera (55), intervención quirúrgica de revisión de artroplastia (9), retraso en la realización de la cirugía (6) y otros casos de cirugía de cadera (10). En los restantes 16 casos los actos que originan la reclamación son retrasos diagnósticos (13), infiltraciones (2) y reducción (1).

Los resultados específicos los hemos agrupado por tipos de daños y por tipos de actos. Vamos a analizar los resultados que hemos obtenido para los tres tipos de daños que hemos analizo.

**Fallecimiento.** En 17 de los 96 casos analizados se reclamaba por el fallecimiento del paciente, resultando condenatoria la sentencia en cinco de ellos.

La cuantía máxima reclamada fue de 400 000 €, la mínima de 51 300 €. La cuantía máxima concedida ascendió a 90. 000 € y la mínima a 24 000 €. Estas cuantías resultan llamativamente reducidas atendiendo a las previstas en el baremo para accidentes de tráfico que suele aplicarse en casos de responsabilidad civil sanitaria, al menos con carácter orientativo [1].

Las cuantías medias reclamadas y concedidas se encuentran claramente por debajo de las cuantías medias del conjunto de casos (tabla 1).

Analizando el tipo de acto realizado por el COT encontramos que ocho fallecimientos se relacionaron con intervenciones quirúrgicas de implantación de prótesis de cadera; tres con el retraso diagnóstico de algún tipo de cáncer con sintomatología en la zona; dos con el retraso diagnóstico de fracturas; uno con una infiltración, y tres con otro tipo de actos (Figura 2).

También procedimos a estudiar cuál era la complicación que provocó el fallecimiento de los pacientes, observando que en cuatro casos la causa era una infección; en tres la evolución del cáncer; en dos eran hemorragias; en otros tres ACVs o tromboembolismos; en dos casos las cardiopatías de base que padecían los pacientes, y en los dos últimos casos no se pudo determinar la causa (Figura 3).

**Incapacidad temporal.** En siete de los 96 casos los daños consistían únicamente en periodos de incapacidad temporal, sin que finalmente al paciente le hubiera quedado ningún tipo de secuela.

Encontramos que en cinco de los casos la causa de la incapacidad se relacionaba con retrasos en la realización de la intervención de implantación de prótesis de cadera. En otro caso el problema fue el retraso en el diagnóstico de una luxación de cadera de un neonato. El último tenía co-

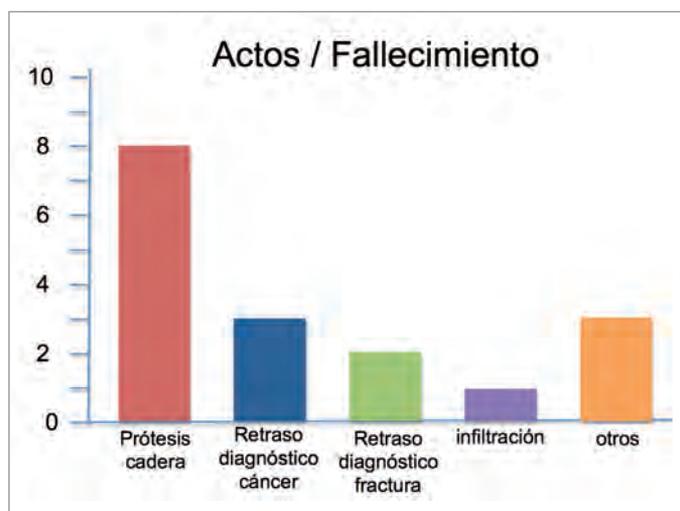


Fig. 2. Tipos de actos de los que derivaron los casos en que se produjo el fallecimiento del paciente.

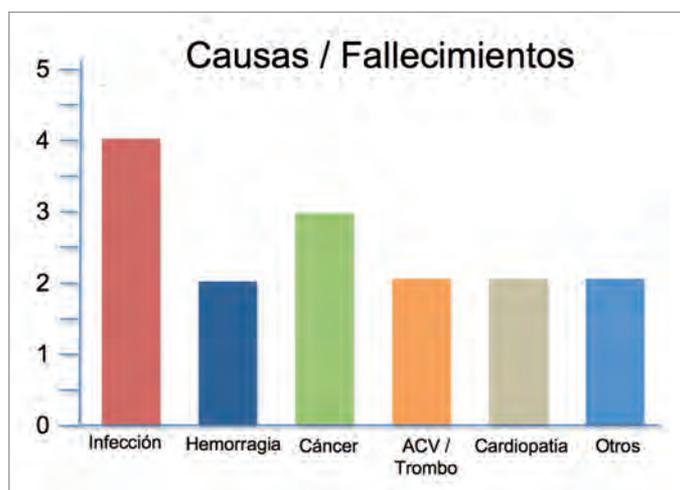


Fig. 3. Complicaciones y causas que provocaron los fallecimientos.

mo causa la falta de obtención de resultados en la realización de una intervención de cadera en resorte que se solucionó posteriormente con otra intervención.

La cuantía media reclamada y la cuantía media de condena en estos casos se situó claramente por debajo de los promedios del total de casos (tabla 1).

**Secuelas.** El estudio de los casos en los que se reclamaban secuelas físicas lo vamos a realizar centrándonos en las más relevantes de entre las enumeradas anteriormente.

**-Lesión del nervio ciático.** Encontramos 22 casos, en nueve de los cuales la sentencia es condenatoria. Por tanto, en casi el 25% de los casos estudiados se produjo una lesión del nervio ciático que provocó secuelas funcionales a los pacientes. Las cuantías medias de las cantidades reclamadas son similares a las cuantías medias del total de los casos que

estamos analizando. Las cuantías medias de las condenas en los casos en que se produjo una afectación del nervio ciático están por debajo de la mitad del promedio general (tabla 1).

Todas las lesiones del nervio ciático se produjeron en actos quirúrgicos: 18 intervenciones quirúrgicas de implantación de prótesis; tres intervenciones quirúrgicas de revisión de artroplastia; una intervención quirúrgica de tratamiento de epifisiolisis con material de osteosíntesis.

–**Lesión del nervio femoral.** Encontramos cinco casos de lesión de este nervio, existiendo condena en dos de ellos. Se trata de cuatro casos de intervenciones quirúrgicas de prótesis y una intervención quirúrgica para revisión de artroplastia. Al igual que ocurría con las lesiones del nervio ciático, en estos casos apreciamos que la media de las cuantías reclamadas está en la línea del promedio general y la media de las indemnizaciones concedidas está por debajo de la mitad del promedio general (tabla 1).

–**Disimetrías.** Hemos analizado nueve casos en que quedaron disimetrías en las piernas de los pacientes, en cinco de los cuales hubo condena.

La cuantía media reclamada en estos casos es un 50% inferior al promedio general, y la cuantía media de las condenas se corresponde con un 25% del promedio general (tabla 1). En seis casos las disimetrías se produjeron como consecuencia de un intervención quirúrgica de prótesis, en otro como consecuencia del diagnóstico tardío de una fractura intertrocanterea, y en otro como consecuencia del diagnóstico tardío de epifisiolisis en un menor.

–**Luxaciones repetidas.** Encontramos cuatro casos, con condena en la mitad de ellos. En tres casos el acto consistió en la realización de una intervención quirúrgica de prótesis y en el otro en una reducción no quirúrgica.

La media de la cuantía reclamada en estos casos es un 30% inferior al promedio general y la media de las cuantías de condena casi un 50% inferior al promedio general (tabla 1).

–**Amputaciones.** En el estudio hemos identificado tres casos en los que la secuela reclamada por el paciente era la amputación del miembro inferior. En dos casos la causa de la amputación fue una infección y en otro un tromboembolismo.

La cuantía reclamada media fue un 50% superior a la media y la cuantía media de condena un 20% superior (tabla 1).

Otros datos y resultados jurídicos:

–**Procedimientos penales.** En el estudio tan solo contamos con cuatro resoluciones penales. En tres de ellas al COT se le imputaba un delito (dos casos de lesiones imprudentes y uno de homicidio imprudente), y en el otro se le imputaba una falta por un homicidio por imprudencia leve.

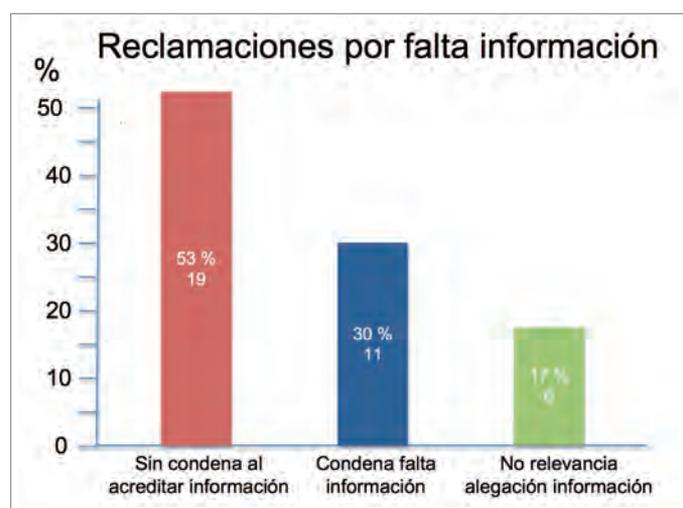


Fig. 4. Resultados judiciales de la alegación de falta de información.

–**Consentimiento informado.** En 36 de los 96 casos analizados los reclamantes alegaban que el paciente no había sido informado de forma adecuada o suficiente. En 11 de estos casos se condenó al estimarse esta alegación. En 19 casos se consideró que la información facilitada había sido suficiente. En seis casos el tribunal no entró a valorar esta cuestión por no considerarla relevante (Figura 4). Lo más llamativo es que de los 11 casos en los que se condenó por falta de información, solo en uno de ellos no constaba la existencia de consentimiento informado. En los otros 10 sí que había consentimiento informado, pero a pesar de ello se condenó al considerarse que el mismo era genérico o incompleto (Figura 4). Igualmente llamativo resulta que en nueve de los 19 casos en que se consideró suficiente la información facilitada al paciente, no existía documento de consentimiento informado y el proceso de información se probó por otros medios (historia clínica y testigos).

## Discusión

El estudio realizado presenta una serie de limitaciones que es importante considerar. En primer lugar, el estudio no recoge la totalidad de los casos enjuiciados por los tribunales españoles, sino solo aquellos cuya sentencia ha sido publicada en la base de datos utilizada (la limitación no es específica de la base utilizada sino común a todas las que existen). Lo anterior supone que queden fuera del estudio la gran mayoría de los casos en los cuales se dictó sentencia de primera instancia por parte de un juzgado y no se recurrió la misma a una instancia superior (la limitación es más importante en las jurisdicciones civil y penal que en la contencioso-administrativa, en la que muchos casos se enjuician directamente por los Tribunales Superiores de Justi-

cia). En segundo lugar, se debe de tomar en consideración la dispersión temporal de las sentencias recogidas, dispersión que también se debe a cómo están estructuradas las bases de resoluciones judiciales, que recogen pocas sentencias anteriores al año 2000 y casi todas las posteriores. En tercer lugar, el tiempo que transcurre entre la realización del acto y la resolución judicial definitiva del mismo hace que los datos extraídos, sobre todo los relativos a las cuantías, muestren una realidad no del todo actualizada al momento presente.

Estas limitaciones las conocíamos antes de iniciar el estudio y a pesar de las mismas, consideramos que la muestra de 96 sentencias con la que se ha realizado el estudio es suficiente para considerar consistentes los datos extraídos.

Sentado lo anterior, debemos comenzar la discusión advirtiendo de que los resultados obtenidos evidencian que los actos que realizan los COT sobre la cadera son actos que conllevan un riesgo médico-jurídico del que el profesional tiene que ser consciente. No son actos que presenten un alto ratio reclamación judicial/número de actos realizados, pero sí que son de los que originan mayor número de reclamaciones en esta especialidad, la cual es una de las que más litigios judiciales genera [2].

Jurídicamente se debe tener presente que el riesgo de condena en caso de que se produzcan complicaciones y se inicien acciones judiciales es alto, concretamente del 45% en la muestra estudiada.

El acto que concentra mayor número de reclamaciones es la intervención de implantación de prótesis de cadera. En estos actos la complicación más típica es la afectación del nervio ciático, la cual suele provocar importantes daños funcionales a los pacientes (debilidad muscular, pie equino, etc.), que ven perturbada o anulada su capacidad de marcha. Las artroplastias de cadera son actos con un alto riesgo médico-jurídico, tanto por su frecuencia de aparición como por las cuantías indemnizatorias que conceden los tribunales (69 551 € de media).

Siguiendo con las intervenciones quirúrgicas, encontramos que las de revisión de artroplastia concentran aún más riesgo, dado que el porcentaje de reclamaciones respecto del número de actuaciones es mayor, del mismo modo que lo son el porcentaje de condenas, las cuantías reclamadas y sobre todo las cuantías de las condenas (tres de las cinco condenas estudiadas son superiores a los 100 000 €). Estos datos de riesgo jurídico parecen corresponderse con los datos de riesgo médico [3][4].

Otros actos que concentran el riesgo de condena en caso de que se produzcan reclamaciones judiciales son los actos diagnósticos, aunque si relacionamos el número de actos

diagnósticos que se realizan en nuestro país con el número de reclamaciones por complicaciones derivadas de los mismos, su incidencia es mínima. Entre los casos de retraso diagnóstico, vemos que destacan los retrasos o errores diagnósticos de epifisiolisis en menores y la ausencia de diagnóstico de afectaciones metastásicas en adultos. Estos casos son llamativos porque la actuación del COT es secundaria respecto del proceso principal.

Entre las complicaciones más destacables ya hemos señalado la relevancia que tiene la afectación del nervio ciático, relevancia que concuerda con los resultados de otros estudios [5]. Es la complicación que se presenta con mayor frecuencia, y se asocia a las intervenciones quirúrgicas. Llama la atención que en la mayoría de los casos que hemos analizado no se constató que se hubiera producido la sección del nervio, ni que se produjera su lesión directa, considerándose acreditado en la mayoría de los casos que la lesión debió de obedecer a causas indirectas, como la compresión o la sobreextensión del nervio. En varios de estos casos, el hecho de que se recogiera o no la posibilidad de que se produjera la complicación en el documento de consentimiento informado resultó determinante para el resultado final del procedimiento judicial.

Además de las lesiones neurológicas [6], resultan relevantes las infecciones [7]. Son las complicaciones de frecuente aparición asociadas a mayores condenas, tanto por los amplios periodos de incapacidad temporal asociados a las mismas como por las graves secuelas que pueden llegar a producir (amputaciones y fallecimientos).

A las lesiones neurológicas y las infecciones les siguen por su frecuencia los episodios de trombosis y las dismetrías. Aunque poco frecuentes, debemos de señalar también la incidencia de las complicaciones hemorrágicas porque son responsables de daños sumamente severos.

Las reclamaciones en aquellos casos en que se producen reiteradas luxaciones de las prótesis [8] ni son frecuentes ni llevan aparejadas condenas de cuantías relevantes; por tanto, desde el punto de vista jurídico no representan un riesgo importante, lo que contrasta con el punto de vista médico [9].

En lo que respecta a las cuestiones más jurídicas, una de las principales causas de reclamación es la alegación de que el paciente no fue suficientemente informado. Más del 25% de las condenas totales son por esta causa. Lo más llamativo es que estas condenas se producen a pesar de la existencia de un documento de consentimiento informado firmado por el paciente. Los tribunales consideran en muchas ocasiones que estos documentos son simples formularios de descargo de responsabilidad que no cumplen la finalidad que les es propia, facilitar información suficiente al pacien-

te que le permita decidir de forma fundamentada si se somete o no al acto médico que el profesional le propone.

Curiosamente, casi en el mismo número de veces que los tribunales estimaron que un documento de consentimiento informado firmado por el paciente era insuficiente o genérico, consideraron que pese a la inexistencia del mismo, se había acreditado que al paciente se le había facilitado información suficiente por otros medios. Lo anterior pone de manifiesto lo importante que es:

1. Utilizar documentos de consentimiento informado adecuados y que sirvan a la finalidad que les es propia de forma efectiva (aún a día de hoy se ven documentos de consentimiento informado que no recogen expresamente el riesgo de afectación del nervio ciático en intervenciones quirúrgicas de cadera).
2. Anotar en la historia clínica cómo se desarrolla el proceso de información al paciente, de tal forma que si se llegara a tener que defender la actuación del profesional en un juicio se pudiera acreditar convenientemente el mismo.

Antes de terminar es preciso señalar que los datos de este estudio muestran que las cuantías de condena en casos en que se enjuician los actos sobre la cadera que realizan los COT parecen bajas en comparación con las que presentan otras especialidades. Esta realidad se ve claramente reforzada si quitamos los casos en que realmente la complicación que origina la reclamación se le puede imputar a un profesional de otra especialidad, como por ejemplo el caso de lesión medular por la anestesia, o los casos de fallecimiento en el postoperatorio que se relacionan con el seguimiento realizado por los especialistas en medicina interna. En el presente estudio, las cuantías de condena de la mayoría de los actos en los que el verdadero responsable era un médico de otra especialidad eran las más altas.

La conclusión final es que los COT deben extremar el cuidado en las intervenciones quirúrgicas que realizan sobre la cadera, sobre todo a la hora de no dañar el nervio ciático o el femoral. Parece que generalmente este daño se relaciona con lesiones indirectas consistentes en estiramientos y compresiones del nervio (las lesiones directas que hemos documentado en el estudio son mínimas).

Al mismo tiempo que extreman el cuidado médico, los profesionales deben extremar el cuidado jurídico, utilizando documentos de consentimiento informado adecuados a los riesgos más relevantes de los actos que realizan, y documentando adecuadamente su actuación en la historia clínica. Los consentimientos genéricos no parece que otorguen una completa protección al profesional, por lo que consideramos que de forma específica se debería de explicar en los mismos el riesgo de lesión de los nervios ciático y femoral,

y el riesgo de infección, personalizando este último en caso de que concurren factores agravantes (diabetes, tabaquismo, etc.). ■

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolución de 24 de enero de 2012, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2012 el sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE núm. 31 de 6 de febrero de 2012, Sec. III, pág. 10 394.
2. Perea B, Santiago A, Labajo ME, Albarrán ML, Sánchez JA. Análisis de las consecuencias médico-legales de las reclamaciones judiciales de pacientes. Estudio comparativo de los casos de traumatología, ginecología y obstetricia, anestesia y reanimación y odontoestomatología. Trauma FUNDACIÓN MAPFRE 2009; 20:264-8.
3. Selgrath C, Mohler C, Collis D, Jiranek W, Callahan J, Rosenberg A, Rubash H. Complicaciones precoces y su tratamiento. En: Selgrath C, Callahan J, Rosenberg A, Rubash H (eds). Cadera. Madrid: Editorial Marban; 2012. p. 1016-7.
4. Mahomed NN, Barret JA, Katz JN, *et al.* Rates and outcomes of primary and revision total hip replacement in the United States Medicare population. J Bone Joint Surg (Am) 2003; 85-A:27-32.
5. Dehart MM, Riley LH Jr. Nerve injuries in total hip arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg 1999; 7:101-11.
6. Brown GD, Swanson EA, Necessian OA. Neurologic injuries after total hip arthroplasty. Am J Orthop. 2008; 37:191-7.
7. Salvati EA, González Della Valle A, Masri BA, Duncan CP. The infected total hip arthroplasty. Instructional Course Lectures 2003; 52:223-45.
8. Woolson ST, Rahimtoola ZO. Risk factors for dislocation during the first 3 months after primary total hip replacement. J Arthroplasty 1999; 14:662-8.
9. Fernández M, Hernández D, Murcia A, Querales V, Torres AI, Murcia A. Inestabilidad de la artroplastia total de cadera. Una aproximación desde los criterios de la evidencia científica. Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2011; 55:460-75.

### Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este trabajo. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.