

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

Negligencia como principal error médico por parte del equipo quirúrgico: Conciencia Quirúrgica y Praxis.

Anderson Díaz Perez¹ Lys Silvia Jimenez Sierra¹, María Alejandra Botero Guerrero¹, Ricell Carolina Guerrero Yopez¹ Stefany Acosta Carbal¹ & Yesenia Morelo Torres.¹

¹ Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Instrumentacion Quirúrgica, Barranquilla, Colombia.

E-mail: adiaz72@unisimonbolivar.edu.co Celular: 3014288467

Abstract

Objective: Determine the factors influencing the negligence associated with mistakes in the patient in the different institutions providers of health care. **Methodology:** For bibliographic documents locating several sources and documentary were used. Bibliographic search was conducted in February 2019 in EBSCO, Pubmed, using descriptors; scientific writing, review of database of the library of the University, critical reading. Obtained records ranged between 85 and 16 registers after the combination of the different key words. The articles were sought between the years 2003 to 2019. There was also a search on the internet in the 'Academic Google' search engine with the same terms. We selected those documents which inform about the negligence, errors, surgical awareness. **Conclusion:** Within the literature reviewed could be observed that there are different factors that can reach in the surgical equipment surgical negligence. Yet this may be one the causes of that patient can be affected physically and psychologically they may even die.

Keywords: Damages and perjuries, demand, negligence, errors, surgical conscience, adverse events, professional ethics.

Resumen

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la negligencia que se asocian a cometer errores en la atención al paciente en las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud. **Metodología:** Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes y documentales. Se realizó búsqueda bibliográfica en febrero 2019 en Ebsco, Pubmed, utilizando los descriptores; escritura científica, revisión de base de datos de la biblioteca de la universidad, lectura crítica. Los registros obtenidos oscilaron entre 85 y 16 registros tras la combinación de las diferentes palabras claves. Los artículos se buscaron entre los años 2003 a 2019. Se realizó una búsqueda en internet en el buscador 'Google académico' con los mismos términos. Se seleccionaron aquellos documentos que informaran sobre la negligencia, errores, conciencia quirúrgica. **Conclusión:** Dentro de la literatura revisada se pudo observar que hay diferentes factores que pueden llegar a una negligencia quirúrgica en el equipo quirúrgico. Pese a ello esta puede ser una las causas de que el paciente puede quedar afectado físicamente como psicológicamente incluso pueden llegar a morir.

Palabras claves: Certificación, daños y perjuicios, demanda, negligencia, errores, conciencia quirúrgica, eventos adversos, ética profesional, etiología.

1. Introducción

A través del tiempo ha sido posible identificar un número importante de definiciones y conceptos sobre la calidad de la atención médica en general, enfocándose en el bienestar y la perspectiva del paciente (Aguirre-Gas, Zavala-Villavicencio, Hernández-Torres, & Fajardo-Dolci, 2010), además la negligencia y los demás errores son motivos permanentes en todo los procedimientos quirúrgicos debido a sus nefastas consecuencias y elevadas morbi-mortalidad y mortalidad que se ha generado en la responsabilidad profesional del personal quirúrgico (Torres, 2008).

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

La negligencia médica cometida por un profesional de salud comúnmente asociada con los médicos que realizan actos no apropiados o por no haber tenido la diligencia requerida para estos tipos de procedimientos, ocasionando daños a los pacientes («Introducción Negligencia Médica», s. f.), diferencia del error que es una mala praxis a la hora de realizar una cirugía, este error es independiente del daño que pueda producir en la salud del paciente. Un error sería también un resultado perjudicial que no deriva de la culpa del médico en la producción del daño sino de todo el cuidado individual o colectivo del equipo médico (Szanthó P, 2001). Para un buen procedimiento de deben tomar medidas para evitar eventos adversos que traigan como consecuencias perjuicios en la vida de los pacientes. Es importante reconocer el concepto de la calidad en los procedimientos médicos, para determinar los errores de una mala práctica y responsabilidad profesional con el fin de resolverlos y prevenirlos (Aguirre-Gas et al., 2010). Determinar los factores que influyen en la negligencia que se asocian a cometer errores en la atención al paciente en las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (Aguirre-Gas et al., 2010).

Metodología:

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes y documentales. Se realizó búsqueda bibliográfica en febrero 2019 en Ebsco, Pubmed, utilizando los descriptores; escritura científica, revisión de base de datos de la biblioteca de la universidad, lectura crítica. Los registros obtenidos oscilaron entre 85 y 16 registros tras la combinación de las diferentes palabras claves. Los artículos se buscaron entre los años 2003 a 2019.

También se realizó una búsqueda en internet en el buscador ‘Google académico’ con los mismos términos. Se seleccionaron aquellos documentos que informaran sobre la negligencia, errores, conciencia quirúrgica.

2. Noción del error, consecuencia presente y eventos adversos en el equipo quirúrgico.

El error se puede definir como la falla de una acción planeada para ser completada y que fue ejecutada en forma defectuosa (error técnico); o como el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (error de planeación) (Prado, s. f.). Así mismo, la diferencia fundamental entre complicación, o evento adverso y el error son simplemente que en este último la prevención a través del conocimiento médico actual pudiese haber evitado el evento adverso. Por lo tanto, resulta imprescindible definir a la seguridad del paciente como todo acto que pretende evitar, prevenir o minimizar el resultado adverso, o detener la lesión que se presenta en el proceso de atención y de la cual resulta un costo e incapacidad medible (Arenas-Márquez & Anaya-Prado, 2008).

Dado que el manejo del paciente quirúrgico requiere la participación de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, generalmente el error no es el resultado de acciones individuales, más bien es la consecuencia predecible de una serie de acciones y factores que abarcan el proceso del diagnóstico o del tratamiento en un sistema de salud. Actualmente se reconocen 6 factores como causas de complicaciones y errores en cirugía: 1- Organización; 2- Situacionales; 3- Equipo de Trabajo; 4- Humanos; 5- la Rutina, y; 6- Paciente. En el equipo de trabajo, es fundamental la prevención del error: “la comunicación”, la confianza entre los integrantes del equipo y la habilidad que tengan estos para manejar eventos inesperados. Un buen cirujano conforma un buen equipo de trabajo que le permita asegurar calidad de atención y así disminuir errores. Una pobre comunicación genera graves consecuencias físicas, de salud y morales para el paciente (Arenas-Márquez & Anaya-Prado, 2008).

Frecuentemente en publicaciones de reportes sobre morbilidad y mortalidad quirúrgica. Sorprendentemente, estos reportes siempre se encuentran dentro de los intervalos publicados en la literatura mundial. Adicionalmente, los resultados de morbilidad relacionada con errores quirúrgicos no se reportan habitualmente por una sanción por parte del personal médico. Con ello se limita la oportunidad de mejorar el desempeño profesional al tomar como punto de partida el análisis crítico de los propios errores (Arenas-Márquez & Anaya-Prado, 2008).

2.1 Etiología del error: ¿La negligencia genera el error?

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

Desde el siglo XIX existen pruebas del interés por la mortalidad generada por una negligencia que genera un error, identificando claramente la falta de conocimientos y habilidades, y el pobre juicio quirúrgico y diagnóstico como causas de los errores. Actualmente se reconocen la mala organización, la falta de trabajo en equipo, y los factores relacionados con el médico y el paciente («Introducción Negligencia Médica», s. f.).

Los errores en el quirófano pueden tener consecuencias catastróficas para los pacientes, los familiares, el personal del equipo quirúrgico y la Institución en su totalidad. Compresas olvidadas, operaciones en el sitio equivocado, transfusiones sanguíneas y órganos trasplantados mal tipificados pueden ser el resultado de dinámicas interpersonales deficientes, en donde falla la “comunicación” y la colaboración en los miembros del equipo quirúrgico (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Teniendo en cuenta estos acontecimientos, también se generan por lista de chequeo, localización de la anatomía, la equivocación en pacientes correctos, historia clínica y falta guía de verificación quirúrgica. Si bien son ciertos estos errores que resultan de una negligencia del personal quirúrgico, podría llegar hacer causa de muerte, y esto traería consecuencia tanto para el personal que se encuentra en el quirófano como para el paciente. Así mismo siendo el paciente. Precisamente la Comisión de Acreditación de Instituciones de Salud de los EUA (Doyle et al., 2013; «Sentinel Event | Joint Commission», s. f.). identificó a las fallas en la “comunicación” como la causa raíz de operaciones en el sitio equivocado y de otros eventos adversos (Makary et al., 2006; «Sentinel Event | Joint Commission», s. f.).

Por otra parte, los pacientes quirúrgicos se ven involucrados hasta en el 45 % de los eventos adversos. Hay estimaciones que indican que el porcentaje de eventos quirúrgicos que pueden ocurrir mientras un paciente está en quirófano varían del 35 al 66 % (Flin, Yule, McKenzie, Paterson-Brown, & Maran, 2006). Ante esta literatura, el incremento de porcentaje y errores desde el año 2003 al año 2008 han cambiado en su magnitud, mientras que la literatura dice que los errores representan la octava causa de muerte. De especial interés es la Cirugía General, donde se puede documentar responsabilidad legal en más de 80 % de los casos (Flin et al., 2006).

El error es común y puede causar daño. Sin embargo, aislar los factores que subyacen a los tipos específicos de errores ha demostrado ser una tarea formidable. Los tipos de errores que ocurren varían ampliamente debido a la extrema complejidad y heterogeneidad de las tareas involucradas en la atención. Así mismo un error persistente pero poco comprendido es dejar esponjas o instrumentos dentro de los pacientes que se someten a cirugía. Tales accidentes pueden resultar en lesiones mayores. En un informe sobre 24 casos de cuerpos extraños retenidos después de la cirugía intrabdominal, las complicaciones observadas incluyeron perforación del intestino, sepsis y, en dos pacientes muertos (Gonzalez-Ojeda et al., 1999). Como resultado actualmente ocurren estos tipos de situaciones que impactan mundialmente. Si un recuento es incorrecto, es decir, no se tienen en cuenta todos los materiales, se debe realizar una radiografía o una exploración manual. En series de casos publicadas, algunos incidentes parecen ser el resultado de un incumplimiento de estas normas (Kaiser, Friedman, Spurling, Slowick, & Kaiser, 1996).

Sin embargo, estos errores persisten. Aunque no se ha determinado la incidencia, las estimaciones sugieren que tales errores ocurren en 1 de cada 1000 a 1500 operaciones intrabdominales (Rappaport & Haynes, 1990). De las pruebas anteriores los reportes estadísticos revelan que aproximadamente un total de 234 millones de intervenciones quirúrgicas se realizan en todo el mundo cada año, de las cuales, se presentan complicaciones incapacitantes en 7 millones y muerte en 1 millón (Rappaport & Haynes, 1990). Se ha demostrado que con la aplicación de la lista de verificación se ha logrado reducir significativamente las tasas de morbi-mortalidad (Rappaport & Haynes, 1990).

2.2 Como se vio en el pasado, el error quirúrgico: ¿Un paso a la conciencia quirúrgica?

Probablemente los errores en cirugía existen desde que el hombre mismo se atrevió a violar la integridad del cuerpo humano buscando resolver un problema de salud. La conciencia acerca del error quirúrgico no es tampoco nada nueva. Ernest A. Codman (1908) investigó sobre las causas de muertes no esperadas en el quirófano y se atrevió a presentar una clasificación de los errores en cirugía (Weiser et al., 2008):

- ✓ Los errores quirúrgicos que se debían a la falta de conocimientos técnicos o de habilidades.
- ✓ Los que se debían a la falta de juicio quirúrgico.

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

- ✓ Los generados por falta de cuidados o de un equipo para tal afecto, a una negligencia.
- ✓ Los ocasionados por falta de habilidad en el diagnóstico.

En controversial de este propuso que las sociedades quirúrgicas debían exigir a los cirujanos un seguimiento de los resultados de sus propios casos, con el fin de conocer sus estadísticas y sus competencias. Sorprendentemente por esta propuesta, Codman fue expulsado de todas las sociedades quirúrgicas. Sin duda debe reconocerse su trabajo pionero en la promoción de los más altos patrones en de calidad en la cirugía (Weiser et al., 2008).

Lo complejo es que, en pleno siglo XXI, aún no es habitual el registro y análisis de los errores quirúrgicos. Menos aún es prioritario para las instancias gubernamentales y hospitales individuales, aplicar normas y sustentar privilegios profesionales derivados del análisis de los errores. Atendiendo a esta circunstancia, para esta fecha todavía sigue pasando que no hay prioridad a lo que implica un análisis de errores, ya que a partir de allí se puede interrumpir un error o una mala praxis («Introducción Negligencia Médica», s. f.).

Todas estas razones deben ir encaminada ccuando se brinda cuidado, todos los actos que en él se incluyen deben estar enfocados hacia brindar calidad, sin embargo, en virtud de esto se puede presentar situaciones en las que la calidad y por ende el cuidado se impacta de manera negativa debido a errores, incidentes, confusiones o eventos adversos como hoy se denomina a la lesión resultante de la intervención de los servicios de salud («Introducción Negligencia Médica», s. f.).

2.3 Errores frecuentes: Actualidad

Se viven en un mundo donde el profesional del equipo quirúrgico comete a menudo errores, y es por ello por lo que puede causar problemas graves al cuerpo durante un procedimiento quirúrgico, y a veces puede resultar como la muerte del paciente («(PDF) Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica», s. f.).

- ✓ Falta de verificación quirúrgica.
- ✓ Historia clínica
- ✓ Lista de chequeo
- ✓ Operaciones en el sitio equivocado.
- ✓ Falta de comunicación.
- ✓ Localización de la anatomía
- ✓ La equivocación en pacientes correctos
- ✓ Objetos extraños

Estos errores son derivados de acuerdo con a todas las literaturas revisada, las cuales fueron analizadas y se utilizaron las más frecuentes.

Causas por el cual se comete los errores	
Falta de verificación quirúrgica.	Contribuyera a garantizar el cumplimiento de las normas básicas de seguridad en los procedimientos quirúrgicos lo cual mejora la seguridad del paciente quirúrgico
Historia clínica	Es la relación de los eventos de la vida de una persona, se registran datos de una extrema intimidad, debe tener licitud esto se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.
Lista de chequeo	Se le atribuye como herramienta de seguridad del paciente, acredita la buena praxis, prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no solo disminuye la morbimortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales (segundas víctimas), herramienta de seguridad jurídica
Operaciones en el sitio equivocado	Se le atribuye por la falta de revisión de la historia clínica del paciente
Localización de la anatomía	El sitio para operar es unas de los casos más graves ya que de allí se determinará el estado de salud del paciente, por esa razón se debe de contar con personal capacitada y conocimiento técnico para la prevención del mismo.

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

Falta de comunicación.	El ambiente es el lugar más efectivo para la convivencia del equipo quirúrgico, por ese motivo la comunicación debe ser precisa, efectiva y clara.
La equivocación en pacientes correctos	Se le atribuye ser causa de negligencia por falta de revisión de la historia clínica del paciente. Por tanto, se debe tener en cuenta la conciencia quirúrgica.
Objetos extraños	Hace referencia a un descuido por parte del equipo quirúrgico, compresa, pinzas, agujas, son casos que por lo general se dejan después de terminar de cerrar la pared abdominal.

3. proceso de comunicación en la toma de decisiones del Equipo quirúrgico: Error individual o falla en el sistema.

Con respaldo a la forma de decisión el estudio del trabajo en equipo, en los quirófanos es una tarea compleja, ya que, para empezar, las habilidades no técnicas que deben tenerse en cuenta son diversas, entre muchas otras, la comunicación, el liderazgo, la cooperación y la coordinación (Polk, 2005). Además, como bien lo hacen notar los autores, los profesionales de la salud que interactúan en los quirófanos (cirujanos, enfermeros, anestesiólogos e instrumentadores) cuentan con estilos de trabajo y representaciones del concepto de 'equipo' diferentes y la tarea de integrar estos aspectos, si bien es difícil, resulta crucial para promover una adecuada cultura de seguridad (Polk, 2005).

Teniendo en cuenta el liderazgo, la comunicación, la falta de conciencia quirúrgica y la toma de decisiones en el equipo quirúrgico, permite obtener buenos resultados de desempeño que conlleven a la calidad en la atención en salud en el paciente. Por tanto, el trabajo en equipo es un componente integral de una cultura de buena comunicación en el quirófano la seguridad del paciente (Arenas-Márquez & Anaya-Prado, 2008).

3.1 Alternativa para evaluar la eficacia en la comunicación en el Equipo quirúrgico.

Con respecto al evaluar la eficacia en la comunicación de los equipos de trabajo facilitar la solución oportuna de los problemas de lo que se ha venido tratando negligencia, error, y de las intervenciones potenciales en los cuidados quirúrgicos. Los estudios observados haciendo de esto la concientización individual desempeñan un papel importante desde la perspectiva del funcionamiento de los equipos quirúrgicos, pero un abordaje complementario es el de examinar las actitudes subyacentes que están influyendo en estos comportamientos de los miembros para tal efecto la falta de comunicación (Cassinello Plaza, 2015).

Por consiguiente, uno de los procesos más eficientes para recolectar esa información es a través de las encuestas de actitud de trabajo en equipo y comunicación para tener la certeza del problema a resolver, lo cual permita la disminución de estas clases de errores, en las afirmaciones anteriores (Cassinello Plaza, 2015).

3.2 Conciencia quirúrgica para mejorar la seguridad en el paciente quirúrgico:

La conciencia quirúrgica es una de la clave para minimizar una negligencia que esto a su vez genera un error, ya sea por ejecución o por el plan equivocado por parte del equipo quirúrgico. Tal es el caso, de la verificación quirúrgica, esta a su vez se refiere a los principios morales que las gobiernan, en todo caso, para el equipo quirúrgico es un reto mayor en los sistemas de salud, la cual se basa en mejorar la calidad de la atención; el único camino efectivo para lograrlo es estableciendo medidas de seguridad lideradas, con responsabilidad. Encaminada a la protección del paciente. Se propone lo siguiente (Torres, 2008).

- ✓ Crear la cultura de la seguridad (lista de chequeo, guía de verificación)
- ✓ Cultivar la cultura de la humildad (comunicación)
- ✓ Crear la cultura del trabajo en equipo
- ✓ Desarrollar la cultura de la comunicación abierta y directa. En este apartado lo fundamental es perder el temor/miedo al reconocimiento del error.
- ✓ Estrategias para disminuir errores en el acto quirúrgico.
- ✓ Crear la cultura del reporte voluntario de errores

3.3 Principio de seguridad del paciente:

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

El Instituto de Medicina de Estados Unidos publica su estudio To errores human (Errar es humano), en el que se incluye la cirugía en lugar equivocado como uno de los principales errores que se cometen en las instituciones de salud, y establece que las cifras más altas de error con consecuencias serias se presentan en unidades de cuidado intensivo, salas de cirugía tales como (cirugía general, cirugía plástica, ginecología) y salas de emergencia (Patiño, s. f.).

Cada año, miles de personas sufren lesiones debido a errores quirúrgicos causados por negligencias como se ha mencionado que su vez generan errores. Es por esto por lo que, desde octubre del 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló como estrategia la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, la cual promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, de esta manera, en su Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente tomaron la seguridad de las prácticas quirúrgicas. Promovieron la utilización de la lista de verificación o “Check List”, la cual actualmente es utilizada en distintas instituciones de salud de muchas partes del mundo («OMS | La Cirugía Segura Salva Vidas», s. f.).

Esta lista se elaboró como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos.

4. Aspecto ético y legales presentes en el equipo quirúrgico: Responsabilidad Civil

Cada vez que se recibe un paciente en el servicio de cirugía es responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico. Es importante tener las debidas precauciones y cuidados con el paciente, evitando así agravio, daño o perjuicio, evitando provocar un proceso disciplinario que de encontrarse justificado será una falta elevada al tribunal de ética y a su vez si se encuentran los méritos suficientes, llegará a una instancia mayor que juzgará y clasificará la ley ordinaria como negligencia, impericia u otras (Flin et al., 2006).

Es importante aclarar el concepto básico de negligencia, el cual se define como “el fracaso en el ejercicio del cuidado debido, o del cuidado que una persona prudente ejercitaría en las mismas circunstancias” (Flin et al., 2006). Dentro de la estructura sanitaria, como empresa, cada actor tiene sus propias funciones, deberes y responsabilidades. Lo que implica que cada quien debe desempeñar las funciones que le corresponden y que están consideradas, desglosadas y medidas en las guías de manejo, hoy exigidas por las entidades de salud, apuntando a la seguridad del paciente y con el ánimo de disminuir el error humano (Flin et al., 2006).

- Ética: la filosofía explica que la ética es una ciencia que estudia las acciones del ser humano en cuanto se relacionan con los fines que determinan su rectitud. La ética pretende siempre determinar una conducta ideal en el hombre, basada en la ley natural de la vida («Editorial Reus | Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, Domingo Bello Janeiro | 978-84-290-1552-2 | Comprar online en Editorial Reus», s. f.).
- Evento adverso: es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base («Editorial Reus | Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, Domingo Bello Janeiro | 978-84-290-1552-2 | Comprar online en Editorial Reus», s. f.).
- Negligencia: es un acto mal realizado por parte de una persona del área de la salud que se desvía de las normas aceptadas en la comunidad médica y que causa alguna lesión al paciente. Es realizar actos no apropiados o por no haber tenido la diligencia requerida para el caso particular («Editorial Reus | Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, Domingo Bello Janeiro | 978-84-290-1552-2 | Comprar online en Editorial Reus», s. f.).
- Responsabilidad: la responsabilidad es un concepto bastante amplio que guarda relación con el asumir las consecuencias de todos aquellos actos que realizamos en forma consciente e intencionada («Editorial Reus | Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, Domingo Bello Janeiro | 978-84-290-1552-2 | Comprar online en Editorial Reus», s. f.).

4.1 Proceso legal: campo quirúrgico

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

Conocer la responsabilidad legal del equipo quirúrgico protege la integridad en su campo laboral, lo que le permite asumir qué es lo correcto, qué se debe hacer y conocer cómo se debe actuar cuando se presenta una acción legal. En todo acto quirúrgico se hacen presentes varios profesionales que conforman el equipo quirúrgico, todos con un mismo objetivo ⁽¹⁸⁾. Cabe resaltar que, frente a un evento adverso, lleguen a ser culpados todos los integrantes del equipo quirúrgico, según la ley colombiana, solo están obligados a responder las personas o la persona que condujo al error, de acuerdo con el artículo 77 y 83 de la Ley 23 de 1981 actualizada el 26 de enero de 2019 (Marín, s. f.).

En cualquier caso, legal, el personal que hace parte del equipo quirúrgico responde ante la ley de manera individual, para ello, es tenida en cuenta la autonomía, el grado de conocimiento, la pericia y la experiencia profesional. Los aspectos legales que cobijan los actos quirúrgicos deben ser bien conocidos por los actores del grupo y deben estar reforzados, apoyados y sustentados en la ética profesional.

Los profesionales de la salud se muestran conocedores de las normas del Sistema y en ocasiones serviles ante ellas, pero ignoran aquellas que regulan aspectos fundamentales de su labor y que prevalecen frente a las demás normas, las cuales son específicas en cada país. Por ejemplo, en Colombia la Constitución Política del 1991 (art. 4), la cual además de hacer mención de la salud como derecho, establece también el derecho a la libertad y la autodeterminación (arts. 16 y 28) y la Ley 23 de 1981 sobre ética médica, la cual no se encuentra derogada en ningún aspecto por la Ley 100 de 1993 y que por regular el tema específico de la ética prevalece en estos asuntos (Marín, s. f.).

5. ¿Qué es un error médico?

Error. Concepto equivocado, juicio falso, acción desacertada. Diferencia entre un valor medido o calculado y el valor real, equivocación de buena fe (Aguirre-Gas et al., 2010).

La definición más frecuentemente citada es la del Institute of Medicine: "Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)" («Diccionario de la lengua española (2001)», s. f.). La definición más frecuentemente citada es la del Institute of Medicine: "Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)" («Diccionario de la lengua española (2001)», s. f.). La definición de: "decisión diagnóstica o terapéutica o procedimiento que, dado el momento y las circunstancias de la ocurrencia puede ser considerado erróneo por pares calificados y con experiencia" parece más clara. Esta definición excluye las consecuencias y el curso natural de la enfermedad y excluye decisiones hechas bajo circunstancias extremas como puede ser una atención de urgencia con gran presión clínica (Murphy, Stee, McEvoy, & Oshiro, 2007).

En la declaración de derechos y deberes de los pacientes, no se considera originalmente que el paciente tenga el derecho a ser informado de los errores producidos en el transcurso de la atención del equipo quirúrgico («Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria en Salud | FECOER», s. f.). Si bien los actuales estándares de acreditación del Ministerio de Salud se refieren al registro y evaluación de los eventos adversos y los errores cometido en el acto quirúrgico («Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error - Lester - 2001 - Medical Education - Wiley Online Library», s. f.).

6. Dilema que se presenta en el equipo quirúrgico.

Los médicos cocientes y clínicamente competentes cometen errores que reconocen, lamentan, con los cuales aprenden y conviven. Ser explícito con el paciente sobre los errores representa el cambio de paradigma para los médicos. A pesar de que la mayoría de los médicos reconoce un hipotético error, una minoría de ellos está dispuesta a entregar detalles a su paciente acerca de este; sobre todo si es un error poco aparente y de un efecto trivial (Rosen, Adams, Derse, Grossman, & Wolfe, 2012), esas reacciones se presentan como "conducta clínica equivocada en la mala práctica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto". El dilema temor de las demandas, la amenaza a su prestigio, sentirse avergonzado o no saber cómo efectivamente informar a los pacientes puede influir en el silencio de los médicos sobre sus errores. La angustia como "reacción de rebote": ¿Qué va a pasar?, ¿Qué voy a perder?, ¿Qué van a decir quienes me

JMCRR 2019, 2:6, Page No: 268-276

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

conocen?, ¿De dónde voy a sacar para pagar el abogado de mi defensa? (Gallagher, Studdert, & Levinson, 2007).

7. La mala práctica deriva de las acciones negativas: Negligencia, impericia, imprudencia.

Teniendo en cuenta el gran riesgo de cometer un error que existe en la práctica médica, la mala práctica se define como la responsabilidad profesional derivada del ejercicio inadecuado de la práctica médica esto a su vez involucra al equipo quirúrgico («Editorial Reus | Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, Domingo Bello Janeiro | 978-84-290-1552-2 | Comprar online en Editorial Reus», s. f.).

- La mala práctica puede generar daño en el paciente y responsabilidad para el equipo médico.
- Negligencia: es un juicio que se presenta por una mala práctica, no hacer lo que se debe, hacer menos; en otras palabras, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace descuido.
- La impericia: es la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente. Falta de habilidad.
- Imprudencia: es lo opuesto a la prudencia. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión
-

8. Responsabilidad profesional: conocer los aspectos fundamentales.

- Señala que el equipo quirúrgico tiene otro tipo de responsabilidades derivadas del ejercicio de la profesión como son (Miranda, s. f.):

Tipo de responsabilidad	Descripción	Equipo quirúrgico
Responsabilidad administrativa	Ocurre cuando el profesional de la salud infringe alguno de los preceptos establecidos en la Ley General de Salud, sus Reglamentos y demás disposiciones que se desprenden de dicha ley	Que se haya o no causado un daño en la salud del paciente
Responsabilidad Civil	La existencia de un daño, que puede ser patrimonial o moral	Que se cause un daño procediendo con dolo o culpa
Responsabilidad Penal	ocurre cuando una persona, en contravención a las normas que describen las conductas delictivas, comete en forma dolosa o culposa alguno de los ilícitos previstos por dichos ordenamientos	Culpa ha de ser cometida en acciones relativas a la labor profesional.

9. Efecto de la mala práctica por el cual se cometen los errores

Los tipos de responsabilidades en los que pueden incurrir los profesionales de la salud a través de cualquiera de sus tipos bajo las modalidades de la impericia, negligencia o imprudencia que vimos líneas arriba se resumen en la mala práctica, a la cual se le define como una violación de los principios médicos fundamentales o la inobservancia de los señalamientos de la Lex Artis “estado del arte médico o mala práctica” (*indice.pdf*, s. f.).

En cuento, la lex Artis implica la obligación del profesional de la salud a proporcionar al paciente los cuidados necesarios para lograr el fin deseado, a través de los conocimientos de su ciencia y pericia. Actuar con prudencia a efectos de evitar ser responsable a la integridad del paciente. En ese sentido, explica Bañuelos Delgado que el profesional de la salud solo podrá ser responsable de sus actos cuando se demuestre que incurrió en culpa por haber sido negligente en su atención (*indice.pdf*, s. f.).

En Colombia son pocas las estadísticas que permite conocer demandas causada por la mala práctica, esto a su

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

vez, también toma relevancia en México que son pocas las que permitan conocer las cifras reales en el número de demandas médico-legales que se inician en las diferentes instancias judiciales (ministerio público, tribunales penales, civiles, administrativos, laborales), independientemente de las de carácter no legal como CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos), CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es la institución en México que mejor lleva y publica estadísticas actualizadas que permiten conocer algunos de los datos más importantes que motivan a los usuarios de servicio de salud a presentar quejas y demandar a las instituciones (*REVISTA_OCT-DIC_2011_supl.pdf*, s. f.).

En función de lo anterior, se hace una revisión a las principales especialidades médicas, describiendo el número de quejas concluidas mediante la emisión laudo (sentencia que prefiere el tribunal de arbitraje); por presentar incidencia de mala práctica en cada especialidad, que se le atribuye al equipo quirúrgico. Según el resultado de análisis documental, en cuanto a la prueba se reportan las cifras por mala práctica por especialidad para el periodo 2011-2015 (*REVISTA_OCT-DIC_2011_supl.pdf*, s. f.).

El Cuadro de Quejas concluidas mediante la emisión de un laudo por especialidad según resultado del análisis documental, periodo 2011-2015 se evidencio que cirugía general con 14 casos, ginecología 7 casos, seguida de ortopedia con 11 casos son las que más se hace actos de mala práctica. Por tanto, son las que más tiene tendencias a evidenciar praxis quirúrgica. Sin tomar en cuenta el primer semestre de 2015, entre los años 2011 y 2014. (*REVISTA_OCT-DIC_2011_supl.pdf*, s. f.).

9.1 Negligencia médica. Características de sus consecuencias en el proceso penal.

En nuestro país, de acuerdo con lo establecido con el Código Penal, toda acción u omisión socialmente peligrosa, prevista y sancionada en la legislación, constituye un delito («Semana Judicial de la Federación - Tesis 2006245», s. f.)

- En algunos casos la negligencia médica puede dar lugar a la configuración de diversos delitos, dependiendo de las circunstancias del caso en concreto.
- Algunos de los tipos penales en los que pueden incurrir los médicos por actuar negligentemente son: responsabilidad profesional, lesiones, y homicidio.
- Su objeto es imponer alguna pena al personal del equipo quirúrgico que hubiera actuado delictuosamente.
- El proceso penal la víctima tiene derecho a la reparación del daño, este deberá ser reparado por el médico penalmente responsable y no por la entidad pública para la que labora.

Reflexiones finales

Sugerimos que los profesionales en salud deben de tener conciencia quirúrgica, ya que es la tendencia de no cometer errores y velar por el bienestar del paciente.

Mediante la literatura revisada, se observó que hay diferentes factores que implican a cometer negligencias generando errores, los cuales el equipo quirúrgico es responsable como primera medida causándole a los pacientes graves consecuencias físicas, mentales incluso puede llegar hasta la muerte, esto puede llegar a disminuir si se adopta medidas de conciencia quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguirre-Gas, H. G., Zavala-Villavicencio, J. A., Hernández-Torres, F., & Fajardo-Dolci, G. (2010).

Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos*, 78(5). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=66220238015>

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

- Arenas-Márquez, H., & Anaya-Prado, R. (2008). Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cirugía y Cirujanos*, 76(4), 355-361.
- Cassinello Plaza, F. (2015). La importancia del trabajo en equipo en las salas de cirugía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2014.10.003>
- Diccionario de la lengua española (2001). (s. f.). Recuperado 3 de abril de 2019, de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/diccionarios-antiguos-1726-2001/diccionario-de-la-lengua-espanola-2001>
- Doyle, C., Howe, C., Woodcock, T., Myron, R., Pheko, K., McNicholas, C., ... Bell, D. (2013). Making change last: applying the NHS institute for innovation and improvement sustainability model to healthcare improvement. *Implementation Science*, 8(1), 127. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-127>
- Editorial Reus | Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, Domingo Bello Janeiro | 978-84-290-1552-2 | Comprar online en Editorial Reus. (s. f.). Recuperado 3 de abril de 2019, de <https://www.editorialreus.es/libros/responsabilidad-civil-del-medico-y-responsabilidad-patrimonial-de-la-administracion-sanitaria/9788429015522/>
- Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 4(3), 145-151.
- Gallagher, T. H., Studdert, D., & Levinson, W. (2007). Disclosing harmful medical errors to patients. *The New England Journal of Medicine*, 356(26), 2713-2719. <https://doi.org/10.1056/NEJMra070568>
- Gonzalez-Ojeda, A., Rodriguez-Alcantar, D. A., Arenas-Marquez, H., Sanchez Perez-Verdia, E., Chavez-Perez, R., Alvarez-Quintero, R., & Perea-Sanchez, A. (1999). Retained foreign bodies following intra-abdominal surgery. *Hepato-Gastroenterology*, 46(26), 808-812.
- indice.pdf*. (s. f.). Recuperado de http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/indice.pdf

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>

Introduccion Negligencia Medica. (s. f.). Recuperado 6 de marzo de 2019, de <https://es.scribd.com/document/239046294/Introduccion-Negligencia-Medica>

Kaiser, C. W., Friedman, S., Spurling, K. P., Slowick, T., & Kaiser, H. A. (1996). The retained surgical sponge. *Annals of Surgery*, 224(1), 79-84.

Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria en Salud | FECOER. (s. f.). Recuperado 6 de marzo de 2019, de <http://www.fecoer.org/ley-1751-de-2015-ley-estatutaria-en-salud/>

Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746-752. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017>

Marín, H. A. (s. f.). *LA HISTORIA CLÍNICA Y SUS IMPLICACIONES LEGALES*. 3.

Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error - Lester - 2001 - Medical Education - Wiley Online Library. (s. f.). Recuperado 3 de abril de 2019, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2001.01003.x>

Miranda, L. (s. f.). *LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO MÉDICO*. Recuperado de https://www.academia.edu/35778578/LA_RESPONSABILIDAD_PROFESIONAL_DE_LOS_PRESTADORES_DEL_SERVICIO_M%C3%89DICO

Murphy, J. G., Stee, L., McEvoy, M. T., & Oshiro, J. (2007). Journal reporting of medical errors: the wisdom of Solomon, the bravery of Achilles, and the foolishness of Pan. *Chest*, 131(3), 890-896. <https://doi.org/10.1378/chest.06-2420>

OMS | La Cirugía Segura Salva Vidas. (s. f.). Recuperado 6 de marzo de 2019, de WHO website:

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/es/>

Patiño, N. E. R. (s. f.). *COLOMBIA EN CUIDADOS INTENSIVOS*. 63.

(PDF) Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. (s. f.). Recuperado 6 de marzo de 2019, de ResearchGate website: https://www.researchgate.net/publication/242632763_Errores_en_cirugia_Estrategias_para_mejorar_la_seguridad_quirurgica

Polk, H. C. (2005). Quality, safety, and transparency. *Annals of Surgery*, 242(3), 293-301.

Prado, D. R. A. (s. f.). Comunicación en el equipo quirúrgico y seguridad. *Cirujano General*, 3.

Rappaport, W., & Haynes, K. (1990). The retained surgical sponge following intra-abdominal surgery. A continuing problem. *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)*, 125(3), 405-407.

REVISTA_OCT-DIC_2011_supl.pdf. (s. f.). Recuperado de http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2011_supl.pdf

Rosen, P., Adams, J., Derse, A. R., Grossman, S., & Wolfe, R. (2012). *Ethical Problems in Emergency Medicine: A Discussion-based Review*. John Wiley & Sons.

Semanario Judicial de la Federación - Tesis 2006245. (s. f.). Recuperado 3 de abril de 2019, de <https://sjf.scjn.gob.mx/sjfsist/paginas/DetalleGeneralV2.aspx?ID=2006245&Clase=DetalleTesisBL&Semana=0>

Sentinel Event | Joint Commission. (s. f.). Recuperado 6 de marzo de 2019, de http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx

Szanthó P, G. (2001). Definiciones respecto al error en medicina: Some definitions. *Revista médica de Chile*, 129(12), 1466-1469. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872001001200016>

Torres, J. I. (2008, mayo 14). negligencias medicas en el mundo: oblitos quirurgicos y manejo legal. Recuperado 6 de marzo de 2019, de negligencias medicas en el mundo website: <https://negligenciasmedicasenelmundo.blogspot.com/2008/05/oblitos-quirurgicos-y-manejo-legal.html>

Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., &

Publicado en Journal of Medical Case Reports and Reviews 2:6 (2019)

Gawande, A. A. (2008). An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet (London, England)*, 372(9633), 139-144.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60878-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60878-8)