

## Mala praxis médica en el quirófano

### Medical malpractice in the operating room

**Dra. Tania Amores Agulla, Dr. José Ángel Marrero Quesada**

Hospital Clínicoquirúrgico "Julio Trigo López". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La mala praxis médica constituye actualmente un problema global de salud, incluso en los mejores centros hospitalarios del mundo. Se consultaron 26 referencias bibliográficas nacionales e internacionales acerca del tema con el objetivo de determinar el estado actual de los errores médicos en el quirófano. El ejercicio de la medicina tiene riesgos inherentes y la naturaleza humana hace imposible que el hombre sea infalible. Los tipos de errores más frecuentes en la práctica médica son: administración equivocada de medicamentos, diagnósticos inciertos, fallas técnicas (procedimientos insuficientes, incompletos y/o incorrectos) y demora en el salón de operaciones. Las causas más frecuentes engloban el cansancio, la prisa, falta de conocimientos, entre otras. La prevención es posible y son numerosas las estrategias aplicadas por los diferentes sistemas de salud: estimular el trabajo en equipo, fortalecer la capacitación del médico y personal paramédico, evitar confiar en la memoria usando listas de chequeo, estandarizar procedimientos y protocolos, crear la cultura del reporte voluntario de errores. El error debe ser utilizado como una oportunidad para aprender, para mejorar la calidad en la atención y por ende, la seguridad de los enfermos.

**Palabras clave:** error médico, evento adverso, impericia, mala praxis.

---

#### ABSTRACT

The medical malpractice represents a global health problem, even in the best hospitals of the world. Twenty six bibliographic references, both national and international, were consulted about the topic, with the objective of determining the

---

current situation of the medical errors in the operating room. Medical practice has its inherent risks since the human nature makes it impossible to be totally error-free. The most common errors in medical practice are wrong administration of drugs, uncertain diagnoses, technical failures (inadequate, incomplete and/or incorrect procedures) and delays in the operating room. The most frequent causes comprise tiredness, hurry, lack of knowledge and others. Prevention is possible and a number of strategies have been applied by the various health systems: encouraging the teamwork, strengthening the physician and the paramedic staff training, avoiding just trust on one's memory by using checking lists, standardizing procedures and protocols and creating the culture of voluntary reporting errors. The error should be used as a possibility of learning in order to improve the quality of care and thus the patient's safety.

**Keywords:** medical error, adverse event, incompetence, malpractice.

---

## INTRODUCCIÓN

La perfección en la medicina es ideal pero no siempre es posible. El error médico constituye actualmente un tema de gran actualidad y un serio problema de salud que debemos afrontar.

Hace 100 años uno de los padres fundadores de la Medicina contemporánea, Sir William Osler, la definió como la Ciencia de lo incierto y el Arte de lo probable y enfatizó el riesgo del error como algo propio: "lo único seguro en Medicina es lo probable y lo incierto"<sup>1</sup>

Los errores existen desde que el hombre mismo se atrevió a violar la integridad del cuerpo humano buscando resolver un problema de salud.<sup>2</sup>

El dilema del error médico no es nuevo. En el mundo antiguo se utilizó la frase *primun non nocere* como una forma concreta de expresar el necesario humanismo de la atención médica y que señalaba la necesidad de evitar los malos procedimientos en aquel entonces. En estados como Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas establecidas. En Babilonia, Mesopotamia en 1750 años a.n.e, con el código de Hamurabi, se regulaba el trabajo médico y se castigaba severamente los malos resultados de un tratamiento u operación según el nivel social del enfermo: "Si un médico hace una incisión profunda en un hombre con bisturí de bronce y le provoca la muerte... que le corten la mano." El Juramento Hipocrático en el siglo V a.n.e, estableció las bases para la ética y conducta médica, su fin era mejorar su práctica y sus resultados, postulados que están vigentes en la actualidad. En el siglo XIII de nuestra era, la primera escuela de Medicina del mundo en Salerno, Italia, establece regulaciones del trabajo médico que contenían elementos de auditoría.

En 1908, *Ernest A. Codman* investigó sobre las causas de muertes no esperadas en el posoperatorio y se atrevió a presentar una clasificación de los errores en cirugía. En la década del sesenta, en los EUA, resurgió la preocupación en cuanto a la alta frecuencia con que los enfermos hospitalizados eran maltratados, lesionados o dañados. La década del noventa se consideró como la de mayor atención y entrega

de los científicos sobre el error médico. Es importante destacar que actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ocupa por el desarrollo de una metodología para el estudio de eventos adversos, la seguridad del paciente, y los errores de la atención médica.<sup>3,4</sup>

## **ERROR MÉDICO, MALA PRAXIS, IMPERICIA Y SUS PROBLEMÁTICAS**

Etimológicamente, la raíz latina de la palabra error es perder el rumbo, más cerca de errático o errabundo que de hacer mal las cosas. El error, así concebido, no es más que el extravío del rumbo que sigue el actuar médico frente al requerimiento de un paciente.<sup>5</sup>

En su artículo "Definiendo el error médico", *Grober* dice que es: un acto de omisión o comisión en la planeación o ejecución, que contribuye o puede contribuir a un resultado no intencionado. *Patient Safety Foundation* (PSF) menciona que es: un resultado no intencionado causado por un defecto en el cuidado de la salud de un paciente.<sup>6,7</sup>

Al abordar este tema no podemos excluir ciertas definiciones que le son inherentes: evento adverso, mala praxis e impericia.

Hoy para hablar de error médico se usa indistintamente la palabra "incidente": una falla en la toma de decisiones que puede causar un evento adverso, entendido como el daño o la lesión causada en el proceso de la atención médica, que puede ser prevenible con los conocimientos actuales de la medicina.<sup>8,9</sup>

Mala praxis puede definirse como la infracción o imprudencia cometida en ocasión del ejercicio de la profesión, que provoca efectos sobre la vida o la salud del enfermo y por lo cual se puede exigir responsabilidad jurídica.<sup>9,10</sup>

La impericia es definida como la falta de habilidad, sabiduría o experiencia en una ciencia o arte. Esta incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica, puede ser total, cuando el que la comete carece de la condición profesional requerida; o cuando a pesar de estar capacitado, emplea deficientemente, o no emplea, los conocimientos científicos y técnicos requeridos, causando lesión o muerte.<sup>11</sup>

El problema fundamental del error médico consiste en su elevada incidencia y escaso reporte. Según datos proporcionados por los Institutos de Salud de Estados Unidos de Norteamérica, anualmente los errores en su sistema de salud ocasionan alrededor de 100 mil muertes y el costo asociado es de 29 billones de dólares; los errores representan la octava causa de muerte (más personas mueren por error médico que por accidentes automovilísticos) y se les considera un problema nacional de proporciones epidémicas. A esto se suma que, en su mayoría, las equivocaciones no son reportadas por miedo a la crítica del paciente o del gremio médico, así como a una potencial acción legal.<sup>2</sup>

A pesar de esto aun existe entre nosotros un enorme tabú y resistencia a reconocer que nos hemos equivocado: ¿por qué seguir manteniendo esta actitud?

El error médico es un problema global que afecta a todos los países, incluso a los más desarrollados. Tradicionalmente, en la formación de un médico las equivocaciones son inaceptables y las autoridades docentes son muy respetadas y "no se equivocan". Como resultado: los errores no se aceptan o no se discuten abiertamente, a eso nos han enseñado, a pesar de saber que *errar es humano*.

Mientras más compleja es una actividad, mayor es la oportunidad de cometer errores graves. El acto quirúrgico es una experiencia extrema para el paciente y sus médicos (anestesiólogo y cirujanos). En cirugía, se busca la perfección en el diagnóstico y tratamiento. A pesar de los múltiples consentimientos informados que se emplean, los pacientes no esperan y no perdonan un error.

Según Kizer, expresidente del *National Quality Forum*, el sistema moderno de salud es la actividad más compleja a la que se ha dedicado el ser humano, pues se trabaja con tecnología complicada, drogas poderosas, infinidad de escenarios clínicos y combinaciones únicas de paciente-enfermedad siempre bajo presión.<sup>3</sup>

El error médico traumatiza al paciente y suele ser devastador para el médico. De ahí el término de "segunda víctima", pues su integridad y capacidad se cuestionan, su prestigio se lesiona y se afectan sus relaciones familiares. Esto conduce a una práctica médica defensiva caracterizada por el uso excesivo de métodos diagnósticos y terapéuticos, remitir pacientes sin fundamento, el rechazo de casos difíciles, limitar la información, así como considerar al paciente y a su familia como potenciales enemigos.<sup>12,13</sup>

En la *Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México* (Conamed) fueron evaluadas 8 062 quejas, se contó con elementos para determinar la existencia de mala práctica en 1 673 personas (20,8 %), es decir, en uno de cada cuatro.<sup>14</sup>

*Moreno y col.* realizaron en Cuba una investigación en dos años diferentes para conocer el grado de error en la no correlación clínico-patológica y encontraron en 1989 un 28,9 % y en 1994 un 28,6 % de errores, valores que se encuentran por encima de lo reportado en la literatura internacional revisada.<sup>15</sup>

Los errores más frecuentes en un salón de operaciones incluyen: administración equívoca de medicamentos, diagnósticos inciertos, fallas técnicas (procedimientos insuficientes, incompletos y/o incorrectos) y demora en el quirófano. Las causas más frecuentes engloban el cansancio, la prisa, falta de conocimientos, inexperiencia, juicio defectuoso, confianza excesiva, deficiencias de comunicación interpersonal, procesamiento imperfecto de la información, alteraciones de la personalidad e inadecuada relación médico-paciente.

*Wasel* y otros reportan en un estudio realizado en Sudáfrica, 303 errores por administración de medicación, de ellos 5 muertes. En una revisión retrospectiva de 2,000 procedimientos anestésicos en Australia, 144 fueron errores en la administración de medicamentos. Un total de 2,266 miembros de la Sociedad Canadiense de Anestesiología fueron abordados para conocer la incidencia de errores de medicación, 30 % de ellos admitieron que tuvieron más de un error en su vida.<sup>16,17</sup>

Los resultados del *Harvard Medical Practice Study* mostraron que, casi la mitad de todos los eventos adversos, eran prevenibles. La incidencia de error fue más alta en cirugía torácica, vascular y trauma, donde los errores ocurrieron en 10, 91 y 95 de los pacientes, respectivamente. Casi un cuarto de ellos requirió intervenciones adicionales mayores para contrarrestar el efecto del error.<sup>12</sup>

La cirugía del lado equivocado es afortunadamente rara, pero cuando ocurre es devastadora para el paciente y para los profesionales. Debería ser considerado el error quirúrgico arquetípico en el que sistemas simples pero inteligentes deben ser aplicados para reducir su incidencia a cero. *Seiden* y *Barach* estimaron que 5 a 10 de esos eventos ocurren a diario en los Estados Unidos. La base de datos del *New York Patient Occurrence and Reporting Tracking System*, en la que los reportes son obligatorios,

indicó 100 o más eventos de pacientes equivocados, zonas del cuerpo erradas y procedimientos invasivos desacertados por año en ese estado para el período 2003-2005.<sup>18,19</sup>

Uno de los ejemplos más dramáticos de errores son los cuerpos extraños retenidos (CER) después de las operaciones (instrumentos quirúrgicos, agujas y gasas). Existen numerosos casos reportados de cuerpos extraños descubiertos años o décadas después de la operación primitiva en pacientes con síntomas crónicos. *Mayo Clinic Rochester* (MCR) reporta 34 eventos de cuerpos extraños retenidos durante un período de análisis de 4 años en que fueron realizadas 191,168 operaciones. La falta de sistemas confiables responsables de los instrumentos quirúrgicos, agujas y gasas al momento de la operación o el uso infrecuente de investigaciones posoperatorias para detectarlos conducen muy probablemente a una subestimación de esta incidencia reportada en la literatura actual.<sup>20</sup>

El manejo del paciente quirúrgico requiere la participación de un equipo multidisciplinario y muchas veces el error no es el resultado de acciones médicas individuales sino la consecuencia predecible de una serie de acciones y factores de un trabajo en equipo, donde participan enfermeras, técnicos, estudiantes, empleados. En ocasiones, el médico realiza un comentario sobre su paciente enfrente a este personal, que en ocasiones faltan a la ética y transmiten la información distorsionada a los familiares y crean en ellos un estado de falsa alarma.

Los errores médicos nacen de factores internos y externos al individuo como: fatiga, descuido, temor, sobrecarga cognitiva, falta de conocimientos, inexperiencia, juicio defectuoso, confianza excesiva, deficiencias de comunicación interpersonal, procesamiento imperfecto de la información, alteraciones de la personalidad, inadecuada relación médico-paciente y el síndrome de agotamiento profesional o «*burn-out*» (pérdida de energía, motivación e idealismo que derivan en una actitud apática y negativa).<sup>21</sup>

La relación médico-paciente se establece sobre la base de que el enfermo viene a buscar instancias de mejoría en el doctor y éste hacer todo lo posible por mitigar su molestia, buscar su beneficio o definitivamente mejorarlo. El médico jamás se propone dentro de los planes, dañar o perjudicar a su paciente. Está dentro de ese contrato, cada vez más explícito y documentado, el hecho de buscar el mayor beneficio para el paciente. A pesar de ello, la probabilidad de que ocurran eventos adversos no planificados siempre existe.<sup>22</sup>

Según el psicólogo Reason J, hay dos abordajes para el error humano: el personal y el sistémico. En el personal se culpa a un individuo; el error se tratará de esconder y no se podrá aprender de él ni evitar su recurrencia. El abordaje sistémico acepta que aun el personal más calificado puede errar; la causa del error se explora dentro del sistema de trabajo, el problema se analiza desde su raíz y luego se rediseña el sistema de forma tal que el error no se repita o no tenga consecuencias de gravedad.<sup>23</sup>

*Walton* y *Kovacs* han comprobado estrategias para reducir la posibilidad de errores en medicina, al estimular y evaluar el trabajo en equipo; éste es el secreto del éxito de las industrias llamadas seguras. Ambos autores establecen también la necesidad de educar al profesional de la salud en aspectos de calidad y seguridad en la atención del paciente.<sup>24</sup>

Para combatir los errores en medicina hay que coleccionarlos y analizarlos a través de un sistema de reportes; si conocemos el trasfondo de los errores éstos disminuirán, pero hay limitantes muy fuertes: el temor y saber el qué, cómo y a quién se deben redactar.

La OMS creó en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo objetivo es crear conciencia y compromiso en el desarrollo de políticas de seguridad para el paciente.

Un reto mayor en los sistemas de salud es mejorar la calidad de la atención; el único camino efectivo para lograrlo es establecer medidas de seguridad lideradas, con responsabilidad, por la profesión médica. Para lograr esta meta, y siguiendo la filosofía de Deming en la mejora de la calidad, en la cual la suma de recursos y procesos produce el resultado, se propone por la mayoría de los autores: trabajar en equipo, fortalecer la capacitación del médico y personal paramédico, evitar confiar en la memoria usando listas de chequeo y diagramas de flujo, simplificar y estandarizar procedimientos y protocolos, crear la cultura del reporte voluntario de errores, entre otros.<sup>25</sup>

Lo paradójico es, que en pleno siglo XXI, aún no es rutinario el registro y análisis de los errores quirúrgicos.

Estas lesiones con frecuencia son percibidas como eventos aislados que se presentan en las sesiones de morbilidad y mortalidad hospitalaria, y no ayudan a documentar la prevalencia real del error. Es justamente en esas sesiones donde se analiza el caso en particular cuyo resultado puede conducir a la identificación del error y al "castigo para el culpable", pero no a la solución del problema y a la mejora continua a partir del mismo. Por lo tanto, no se obtienen propuestas concretas y positivas que ayuden a disminuir la posibilidad de que se repita el error. Más aún, el análisis mal dirigido de los errores es fuente de conflictos interpersonales que repercuten directamente en la atención de los pacientes y en las buenas relaciones sociales que deben existir entre los profesionales de la salud.<sup>26</sup>

Crear una cultura de seguridad médica resulta una labor árdua con grandes obstáculos, pero son numerosas las estrategias que se aplican en los diferentes sistemas de salud: estimular el trabajo, fortalecer la capacitación del médico y personal paramédico, evitar la confianza en la memoria al usar listas de chequeo, estandarizar procedimientos y protocolos, crear la cultura del reporte voluntario de errores.

El error debe ser utilizado como una oportunidad para aprender, para mejorar la calidad en la atención y, por ende, la seguridad de los enfermos. El compromiso de los profesionales de la salud es velar por la defensa y los intereses individuales del paciente. Se requiere además, de ética, transparencia, honestidad, empatía, tolerancia, responsabilidad y profesionalismo en su relación con los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foradori A. El error en Medicina, la tormenta perfecta. Rev Chil Pediatr. 2006;77(4):337-40.
2. Arenas Márquez H, Anaya Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Cir Ciruj. 2008;76:355-61.

3. Ramos Domínguez B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(3):145-52.
4. Vázquez Frías J, Villalba Ortiz P, Villalba Caloca J, Montiel Falcón H. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? An Med Mex. 2011;56(1):49-57.
5. Vega Zúñiga F. Enunciados lógico-periciales en los dictámenes médico legales. Medicina Legal de Costa Rica. 2011;28(2):23-33.
6. Bagnulo H, Barbato M, Godino M, Basso J. Los que sufren innecesariamente. Rev Méd Urug. 2010;26(1):312-25.
7. Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. J Can Chir. 2005;48(2):39-44.
8. Ramos Domínguez BN. El error médico y la seguridad del paciente. En: Dirección de Hospitales. Un complejo universo. t. 1. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2010. p. 239-50.
9. Artilles Granda D, Balmaseda Bataille I, Prieto Valdés AL. Responsabilidad ante el error y la mala práctica del actuar médico. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2013;27(1):214-7.
10. Trejo Mares J. Teoría del error médico. Algunos aspectos que lo perpetúan. Economist & Jurist. 2010;20(158):22-35.
11. Cárcamo C. Atajos, beneficios, cegueras y distracciones, una nueva clasificación de los errores médicos. Rev Chil Sal Púb. 2010;14(1):34.
12. Bosma E, Veen EJ, Roukema JA. Incidencia, naturaleza e impacto del error en cirugía. Br J Surg. 2011;98(11):1654-9.
13. Camarena Robles E, Hernández Torres F, Fajardo Dolci G. Consideraciones teóricas en torno de la psicología de la queja en el contexto médico. Consideraciones teóricas en torno de la psicología de la queja en el contexto médico. 2011;16(1):39-45.
14. Aguirre-Gas HG. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir 2010;78:456-62.
15. Díez E, de la Cotera M. El diagnóstico médico, problema crucial en el siglo XXI. Medisur. 2010;8(5):121-30.
16. Gonzalo Campaña V. Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Rev Chil Cir. 2006;58(3):235-8.
17. Merchant R, et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia Revised Edition 2010. Can J Anaesth. 2010;57(1):58-87.
18. Bernstein M. Error en cirugía. "Lado equivocado" en cirugía. J Can Chir. 2003;46(2):144-6.
19. Neily J. Procedimientos quirúrgicos incorrectos dentro y fuera de la sala de operaciones. Arch Surg. 2009;144(11):1028-34.

20. Cima RR, et al. Cuerpos extraños postoperatorios. J Am Coll Surg. 2008;207(1):80-7.
21. Pujol Farriols R. ¿Están nuestros residentes "quemados"? Rev Clin Esp. 2010;210(5):227-9.
22. Bertello L. Error cartesiano y ciencias. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2013;126(2):125-9.
23. Reason J. Human error: Models and management. Br Med J. 2000;30:768-70.
24. Kovacs BK. Canadian patient safety champions: collaborating on improving patient safety. Healthc Q. 2008;11:95-100.
25. Brener C. Ser médico ayer, hoy y mañana. Rev Arg Cardiol. 2010;78(4):375.
26. Aubia J. ¿Sancionar el error médico o mejorar la seguridad de los pacientes? Error y conocimiento: La gestión de la ignorancia. 2012:153-78.

Recibido: 18 de abril de 2014.  
Aprobado: 20 de mayo de 2014.

*José Ángel Marrero Quesada.* Hospital Clínico Quirúrgico "Julio Trigo López" La Habana, Cuba. Correo electrónico: joanmarrero@infomed.sld.cu