

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**  
**EN ENFERMERÍA**



**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

**LOS ERRORES SANITARIOS MÁS COMUNES EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**

**THE MOST COMMON HEALTH ERRORS IN THE HOSPITAL EMERGENCY  
DEPARTMENT**

**AUTOR**

**D<sup>a</sup>. Alba Borbalán Santiago**

**DIRECTOR**

**Prof. Karim El Marbouhe El Faqyr**



**Facultad de  
Ciencias de la Salud**  
Universidad de Almería

**Curso Académico**

2021/2022

**Convocatoria**

Junio

## ÍNDICE

1.	<b>Introducción</b> .....	1
2.	<b>Objetivos</b> .....	3
3.	<b>Metodología</b> .....	3
3.1	<i>Diseño</i> .....	3
3.2	<i>Pregunta de investigación</i> .....	3
3.3	<i>Base de datos</i> .....	4
3.4	<i>Descriptorios y estrategia de búsqueda</i> .....	4
3.5	<i>Criterios de inclusión</i> .....	4
3.6	<i>Criterios de exclusión.</i> .....	5
3.7	<i>Análisis de datos</i> .....	5
3.8	<i>Justificación</i> .....	5
4.	<b>Resultados</b> .....	5
5.	<b>Discusión</b> .....	11
6.	<b>Conclusion</b> .....	27
7.	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	28

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1. Estrategia de búsqueda</b> .....	4
<b>Tabla 2. Artículos seleccionados</b> .....	7

## ÍNDICE DE FLUJOGRAMA

<b>Flujograma 1. Diagrama de flujo PRISMA</b> .....	6
---	---

## **RESUMEN**

*Introducción:* La seguridad del paciente es la prevención y reducción de riesgos, errores y daños innecesarios acontecidos durante el proceso de asistencia sanitaria. Los servicios de urgencias hospitalarias se convierten en unidades con un elevado número de errores donde también existen muchos factores que contribuyen a la formación de estos, tales como aspectos relacionados con el exterior y con el personal.

*Objetivo:* Identificar cuáles son los factores que provocan los errores en los servicios de urgencias y comprender y conocer las consecuencias jurídicas sobre la comisión de errores en urgencias.

*Metodología:* Revisión sistemática integradora elaborada entre enero y abril de 2022 sobre artículos relacionados con el tema de los últimos 5 años de las bases de datos Pubmed y Scielo.

*Resultados:* Se seleccionaron 10 artículos del total en los que se observa y se estudia los factores y las causas que provocan los errores y se identifican las medidas preventivas para evitar errores de medicación y a su vez, consecuencias penales.

*Conclusión:* Se demuestra que los errores se pueden prevenir mejorando el sistema de salud en todos los niveles para que sea más seguro y eficiente. A su vez, depende de la responsabilidad de cada sanitario y lo involucrado que este con el paciente, es decir, depende mucho de la consciencia de cada profesional. Como consecuencia, los errores médicos pueden hacer que los pacientes pierdan la confianza y la fe en el sistema de atención de la salud proporcionado.

*Palabras clave:* errores, pacientes, médicos, negligencia, urgencias, derechos.

## **ABSTRACT**

*Introduction:* Patient safety is the prevention and reduction of risks, errors and unnecessary damage that occur during the health care process. Hospital emergency services become units with a high number of errors where there are also many factors that contribute to the formation of these, such as aspects related to the exterior and the staff.

*Objective:* Identify the factors that cause errors in the emergency services and understand and know the legal consequences of committing errors in the emergency room.

*Methodology:* Integrative systematic review carried out between January and April 2022 on articles related to the topic from the last 5 years of the Pubmed and Scielo databases.

*Results:* 12 articles were selected from the total in which the factors and causes that cause errors are observed and studied and preventive measures are identified to avoid medication errors and, in turn, criminal consequences.

*Conclusion:* It is shown that errors can be prevented by improving the health system at all levels to make it safer and more efficient. In turn, it depends on the responsibility of each healthcare provider and how involved they are with the patient, that is, it depends a lot on the awareness of each professional. As a consequence, medical errors can cause patients to lose trust and faith in the health care system provided.

*Keywords:* errors, patients, medical, negligence, emergencies, rights.

## 1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se considera según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la prevención y reducción de riesgos, errores y daños innecesarios acontecidos durante el proceso de asistencia sanitaria, siendo necesario llevar a cabo una serie de acciones por todo el sistema para la mejora y el progreso de la gestión de la seguridad y riesgos ambientales, incluyendo el uso seguro de los medicamentos, la revisión de infecciones, y la seguridad de la práctica clínica, equipos y el entorno donde se lleva a cabo el cuidado y la atención (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La seguridad del paciente en el sistema sanitario español es una exigencia jurídica que queda reflejada en el art. 15 de la Constitución Española, el cual habla del derecho a la vida; “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”. En el art. 43 de la Constitución Española, donde se habla de los derechos y deberes fundamentales, se reconoce el derecho a la protección de la salud y además las organizaciones civiles tienen la responsabilidad de mejorar y proteger la salud pública brindando medidas preventivas, beneficios y servicios apropiados. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto (Constitución Española, 1978).

La actual ley de autonomía del paciente 41/2002 tiene como objetivo la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para la regulación básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 2002).

El art. 14 del Código Deontológico de la Enfermería Española refiere que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.” (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1989).

Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse

de forma conveniente, moderada, integrada y eficiente (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Los Servicios de Urgencias Hospitalaria (SUH) suponen, junto a las visitas en Atención Primaria y las Consultas Externas en Atención Especializada, una de las actividades asistenciales de mayor volumen del Sistema Nacional de Salud (García Pérez, Y. L. 2018). Estos se clasifican en áreas de alto riesgo de errores porque son servicios organizados para brindar una atención rápida e integral a pacientes con condiciones patológicas graves, por lo que se convierten en unidades con un elevado número de errores. (Pérez, y otros, 2018).

En los SUH hay muchos factores que contribuyen a la formación de un mayor número de errores. Entre ellos, aspectos relacionados con el exterior (frecuentes interrupciones, alta presión asistencial, actividad ininterrumpida etc.) y con el personal (rotación excesiva, cansancio, agotamiento, fatiga, etc.). En el proceso asistencial de cara al paciente, la administración de medicamentos en urgencias se sitúa entre las primeras causas de iatrogenia que se cometen a diario. Estos errores en la medicación (EM) se relacionan directamente con el uso frecuente de fármacos de alto riesgo, la necesidad de atención médica inmediata y el uso de múltiples vías de administración. La clave para obtener una intervención exitosa que minimiza los EM es comprender cómo y por qué ocurren (De Andrés-Lázaro & Miró Andreu, 2018). (N Keers, D Williams, Cooke, & Darren, 2017). Actualmente reducir los EM y mejorar la seguridad del paciente se ha convertido en un tema principal en los sistemas de salud a pesar de las constantes preocupaciones sobre la seguridad de éste y la calidad de los servicios de atención médica (Ehsani, y otros, 2018).

Uno de los aspectos que promueve más recelo, es el de los avisos de los eventos adversos. Si el episodio o suceso adverso no se concreta en un daño, la cuestión de la opacidad informativa no plantearía problema alguno. Sin embargo, en caso que el evento adverso produzca un daño o una lesión, es más difícil sustentar tal opacidad, y menos aún, sería impensable ante el requerimiento de las autoridades judiciales. (Martínez Ques et al., 2008).

Por consiguiente, el art. 60 del capítulo X del Código Deontológico de la Enfermería Española remite que “será responsabilidad de la enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la

pérdida de salud o de vida de las personas que atiende” (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1989).

En el art.80 del capítulo XII, donde se habla de las condiciones de trabajo, queda expuesto que “cuando la enfermera/o observe que las faltas que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejecute las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.” (Código Deontológico de la Enfermería Española, 1989)

## 2. **OBJETIVOS**

El objetivo general de esta revisión sistemática integradora es:

Conocer cuáles son los factores que provocan los errores en los servicios de urgencias hospitalarias y los que podrían prevenir los mismos.

Los objetivos específicos de esta revisión integradora son:

- Comprender y conocer cómo el ordenamiento jurídico español establece las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.
- Conocer las consecuencias jurídicas sobre la comisión de errores en urgencias.
- Identificar medidas preventivas para evitar errores de medicación.

## 3. **METODOLOGÍA**

### 3.1 *DISEÑO*

El diseño que se utilizó fue un estudio de revisión sistemática integradora.

### 3.2 *PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN*

¿Cuáles son los factores que provocan los errores más frecuentes cometidos por las/los enfermeras/os en los servicios de urgencias hospitalarias y cuáles son los factores que podrían prevenir dichos errores?

### 3.3 BASE DE DATOS

Para el desarrollo de esta investigación, se realizaron búsquedas en las bases de datos Pubmed, Scielo y BOE.

### 3.4 DESCRIPTORES Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

En la búsqueda se emplearon los descriptores (DeCS) y medical subject headings (MeSH) que atendía a las siguientes palabras clave; “errors” (errores), “medical” (médicos), “negligence” (negligencia) y “emergency” (urgencias), “patients” (pacientes), “rights” (derechos) y COVID-19. Estos se combinaron entre ellos y además con los operadores booleanos “AND” y “NOT” para determinar las diferentes estrategias de búsqueda. Asimismo se combinó el lenguaje natural con el lenguaje estructurado.

La ecuación de búsqueda de resultados fue:

$$-(((\text{medical}[\text{Title/Abstract}] \quad \text{AND} \quad (\text{errors}[\text{Title/Abstract}])) \quad \text{AND} \quad (\text{negligence}[\text{Title/Abstract}])) \quad \text{AND} \quad (\text{emergency}[\text{Title/Abstract}]) \quad ) \quad \text{NOT} \quad (\text{covid-19}[\text{Title/Abstract}])$$

**Tabla 1. Estrategia de búsqueda**

	LENGUAJE NATURAL	INGLÉS	LENGUAJE ESTRUCTURADO
P	Urgencias hospitalarias	Hospital emergency	Emergency service
I	Personal sanitario, enfermeros	Health staff, nurses	Nurse
O	Errores médicos	Medical mistakes	Medical errors

### 3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Artículos publicados en los últimos 5 años (2017-2022) en Pubmed y Scielo.
- Artículos publicados en inglés y español.
- Documentos de texto completo.
- Escritos que incluyen errores en urgencias en su título o resumen.
- Artículos que incluyen los derechos del paciente.

- Artículos que analicen las consecuencias jurídicas de cometer errores en el ámbito sanitario.

### *3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.*

- Artículos que no corresponden con la pregunta de investigación.
- Documentos centrados en temas concretos, no genéricos.
- Artículos a los cuales no se podía acceder al texto completo.
- Textos duplicados.

### *3.7 ANÁLISIS DE DATOS*

Tras la búsqueda en la base de datos, se procedió a la selección de artículos teniendo en cuenta distintos requisitos. Inicialmente, se hizo la exclusión de publicaciones que no cumplían los criterios de selección, seguido de aquellos duplicados. Seguidamente, se realizó una lectura crítica de los resúmenes, y, por último, se seleccionaron los artículos cuyas conclusiones ayudaban a responder a la pregunta de esta revisión.

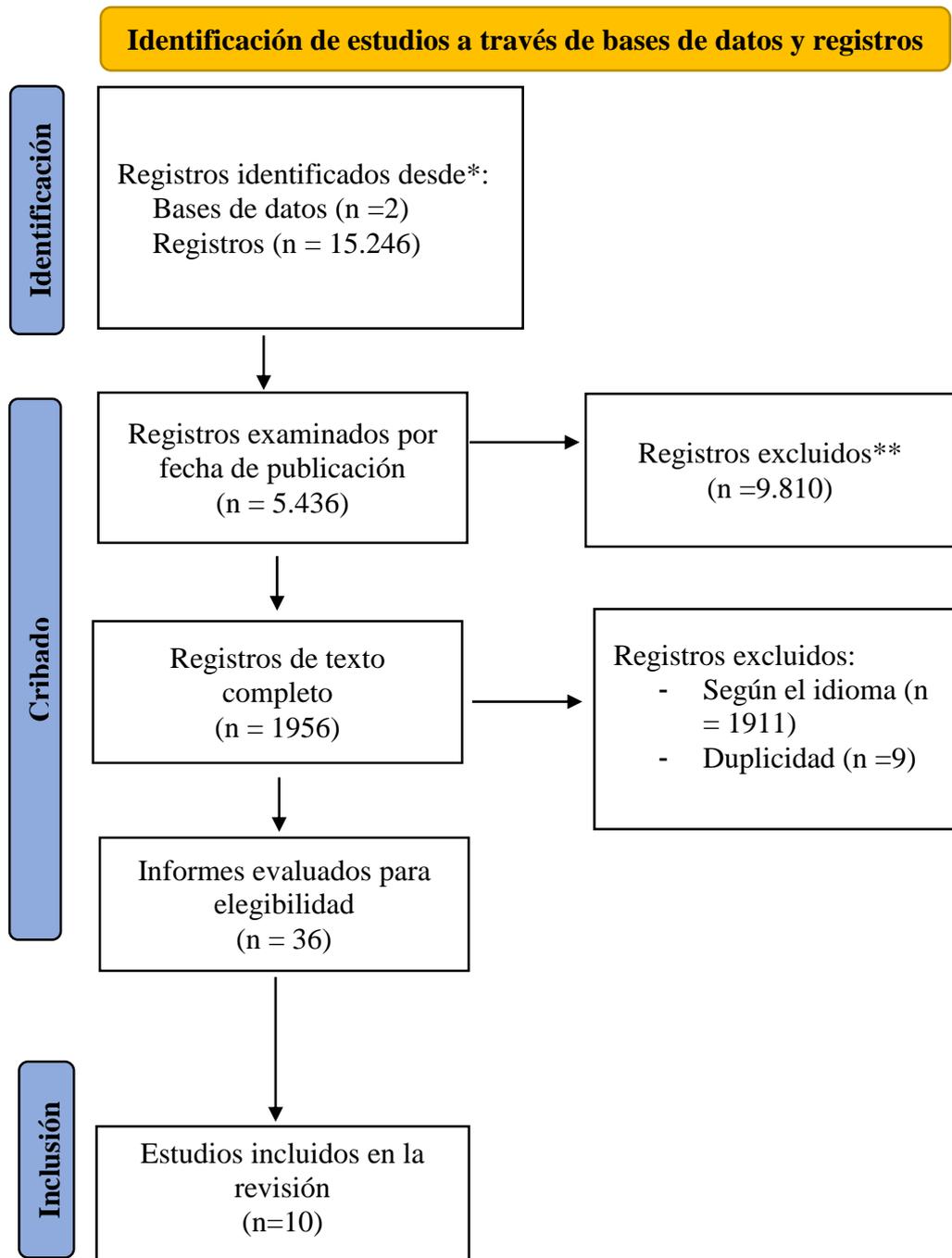
### *3.8 JUSTIFICACIÓN*

Hablamos de errores en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) porque suponen una gran repercusión sanitaria dada que el paciente y el personal sanitario pueden salir afectados. Es cierto que cada vez se idealiza más la profesión de enfermería, lo cual lleva consigo mayor presión para no cometer fallos, lo que conlleva a una mayor obstaculización del reconocimiento y aceptación de los propios errores. La filosofía de la ciencia enfermera es conseguir la “perfección” en el cuidado y estudiar los factores que determinan la comisión de errores y como evitar los mismos. Es por esto, que en esta revisión, veremos cómo aprender del error, teniendo una actitud y visión más crítica, analizando los diferentes tipos de errores, situaciones en las que se dan, sanciones jurídicas y a su vez, los efectos que pueden tener sobre los pacientes de tal forma que se implanten métodos de prevención.

## **4. RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en las diferentes bases de datos fueron un total de 15.023 artículos en PubMed y 223 en Scielo. Al aplicar los criterios de selección (inclusión y exclusión) los resultados de la búsqueda se quedaron en 1955 y 1 artículos

respectivamente, de los cuales se descartaron 9 por estar duplicados. De los 1.947 artículos restantes sólo se seleccionaron 36 después de realizarse una lectura comprensiva de los trabajos. Los demás 1.911 trabajos fueron descartados puesto que no eran de los idiomas seleccionados y no proporcionaban la información necesaria. (Figura 1)



Flujograma 1. Diagrama de flujo PRISMA

¡Error! Marcador no definido.

**Tabla 2. Artículos seleccionados**

<b>AUTORES</b>	<b>DISEÑO DEL ARTICULO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
Rodziewicz, T. L. et al., (2022)	Diseño narrativo explicativo	Describir los principales tipos de errores, resumir los objetivos de seguridad del paciente y la importancia de colaboración y comunicación entre los miembros del equipo para disminuir los errores.	El equipo identifica cambios en los sistemas y procesos que mejorarán el rendimiento y reducirán la incidencia del mismo evento. Además, el trabajo en equipo, la educación y la formación son el mecanismo más eficaz para mejorar la seguridad del paciente.
Anzan, M., et al., (2021)	Estudio transversal observacional prospectivo	Explorar la prevalencia de la prescripción de medicamentos (PE) en urgencias e identificar los factores de riesgo potenciales asociados a dicha prescripción.	La capacitación adicional de los residentes y la comunicación adecuada entre los profesionales de la salud pueden reducir el riesgo de EP en el servicio de urgencias
Muhammad, D., Jan, A., & Naz, S. (2021).	Estudio descriptivo	Evaluar la consciencia de los pacientes hospitalizados sobre sus derechos.	La mayoría de los pacientes no son conscientes de sus derechos individuales de salud

Hanson, A., & Haddad, L. M. (2021)	Diseño narrativo explicativo.	Identificar y conocer los “5 correctos” además de la toma de decisiones. Educar al paciente sobre sus medicamentos y la importancia de su participación durante la administración de estos.	Existe un claro beneficio en el valor de la experiencia de enfermería en relación con la capacidad de toma de decisiones, sin embargo, afirma que son necesarios más estudios para la mejora de la comprensión de como las enfermeras interpretan y aplican la intuición sobre el contexto de la situación
Stehman, C. R. et al., (2019).	Revisión bibliográfica narrativa	Revisión del alcance del agotamiento y las consecuencias para la medicina por el aumento de errores médicos, la insatisfacción del paciente y el abandono de la práctica médica	El agotamiento es una condición compleja que tiene muchas consecuencias. El riesgo de suicidio por abandono de la especialidad es cada vez más elevado.
Frierson, R. L., & Joshi, K. G. (2019).	Artículo narrativo, explicativo	Revisar los elementos principales de un reclamo por negligencia médica, revisar los tipos de cobertura de seguro y aportar	Mejora de la participación de los psiquiatras en un programa activo de educación médica continúa

		recomendaciones sobre cómo actuar para responder adecuadamente a una acción por negligencia.	
Di Simone, E et al., (2018).	Estudio descriptivo respaldado por una revisión bibliográfica	Describir que actitudes de las enfermeras, que comportamientos y que necesidades de formación pueden prevenir los errores de medicación en urgencias	Solo el 15,6% de los enfermeros creían tener un excelente conocimiento sobre la preparación y administración de medicamentos IV, por lo que dicho personal debe mantenerse actualizando sus conocimientos periódicamente.
Mendes, J. R et al., (2018)	Estudio transversal y descriptivo.	Identificar frecuencia, compatibilidad y tipos de errores en la preparación y administración de fármacos.	Errores comunes como la no higiene de manos (70,29%) y no uso de técnica aséptica (80,85%).
Haroutunian, P. et al., (2017)	Estudio de cohorte retrospectivo	Analizar los factores que contribuyen a las quejas de los pacientes en Urgencias.	Entre los factores analizados se encuentra la mala comunicación y los errores médicos. Se prevé una mejora de la comunicación,

			dotación adecuada de personal y la supervisión de alumnos para la reducción de las quejas.
Peled-Raz M. (2017).	Revisión observacional, descriptiva y narrativa	Encontrar solución desde un enfoque jurídico a los límites que existen tanto en la Ley Médica como en la Ley de Salud Pública a través del concepto de derechos humanos en la atención al paciente (HRPC)	HRPC es un enfoque que cierra brechas para la promoción de la salud tanto individual como comunitaria, aplicando el discurso de los derechos humanos y la ley de derechos humanos en el entorno de atención al paciente mientras se aleja de la visión consumista estrecha de la prestación de atención médica

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 *Error sanitario*

La mala praxis es un efecto negativo que se puede prevenir en la atención de la salud y que representan una amenaza para la seguridad del paciente. De acuerdo con el Instituto de Medicina, se define como “acción planificada para completarse según lo previsto o el uso de un plan incorrecto para lograr un objetivo” (Rodziewicz, 2022). Hay distintos tipos de errores:

- *Errores de omisión*: son resultado de acciones no realizadas, por ejemplo, no ponerle el freno a la cama y/o las barandillas antes de movilizar a un paciente (Rodziewicz, 2022).
- *Errores de comisión*: son resultados de acciones incorrectas realizadas, como por ejemplo, administrar un medicamento a un paciente que tiene alergia a dicho fármaco (Rodziewicz, 2022).
- *Error latente*: son fallos en el diseño del sistema o proceso, instalación defectuosa o mantenimiento del equipo. Se consideran “accidentes a punto de ocurrir”, como por ejemplo en un hospital donde hay diferentes equipos de drenaje torácico que requieren distintas conexiones y configuraciones, pero no todos los médicos y enfermeros están familiarizados con las complejidades de cada sistema (Ehsani, y otros, 2018).
- *Episodios nocivos*: eventos adversos y complicaciones que resultan de medidas diagnósticas o terapéuticas aceptables que se instituyen considerablemente. Por ejemplo, enviar a un paciente traumatizado hemodinámicamente inestable a estudios de imagen prolongados en lugar de al quirófano. El resultado podría ser un arresto traumático y la muerte (Mendes, 2018).
- *Errores quirúrgicos*: pueden producirse cirugías en el sitio incorrecto o algún procedimiento erróneo. Las causas de estos errores son la falta de formación y educación del cirujano, el uso de protocolos poco fiables, la ausencia de normas y reglamentos estandarizados, la escasa comunicación entre el paciente y el cirujano médico, la prisa por completar casos, etc (Rodziewicz, 2022).
- *Errores de diagnóstico*: suele producirse más en la atención primaria, debido a la alta carga de trabajo individual. Los pacientes suelen ser vistos por diferentes médicos, enfermeros, estudiantes de medicina, todos ellos con diferente criterio

muchas veces. Estos fallos ocurren por la falta de orden de las pruebas adecuadas, la falta de seguimiento, la falta de derivación... (Di Simone, 2018).

- *Errores de medicación:* se consideran un evento prevenible. Estos ocurren por falta de atención a la etiqueta del producto, deterioro de la medicación, diferentes medicamentos mezclados en el mismo cajón, medicamentos no utilizados devueltos al lugar equivocado, uso de medicamentos caducados, calculo erróneo dosis/peso... (Ehsani, y otros, 2018)
- *Errores de dispositivos:* mal funcionamiento de dispositivos médicos implantados en pacientes, tales como marcapasos, desfibriladores, estimuladores nerviosos y cerebrales para controlar las derivaciones, el dolor, las convulsiones... (Mendes, 2018).

Como resultado de estos errores, encontramos una serie de consecuencias en el paciente y/o instituciones sanitarias tales como quemaduras, caídas, efectos adversos de medicamentos, diagnóstico erróneo, cánceres no identificados, identidades de pacientes equivocadas, úlceras por presión (UPP), trombosis venosa profunda (TVP), etc (Mendes, 2018).

Además de los errores encontramos los “casi fallar”, que se refiere a cualquier evento que podría haber tenido una consecuencia grave para el paciente pero que finalmente no la tuvo, ya sea por casualidad o bien porque alguien intervino. Estos casi accidentes brindan oportunidades para desarrollar estrategias de prevención y mejorar la atención del enfermero y/o médico (Rodziewicz, 2022).

Según el estudio (Haroutunian P et al., 2017), las quejas de los pacientes deben verse de forma positiva ya que pueden detener y prevenir errores sanitarios porque pueden determinar defectos e incompetencia con precisión. Se observa como las quejas en los pacientes mayores se relacionaron con el incumplimiento de alguna necesidad básica, seguido de las largas estancias en los hospitales. En los pacientes más jóvenes, las quejas estaban relacionadas con un mal manejo del dolor y un diagnóstico erróneo.

En dicho estudio (Haroutunian P et al., 2017) se analizaron una serie de casos, de los cuales 21 se debieron a errores de diagnóstico que ocurrieron con mayor frecuencia cuando los residentes trataban a los pacientes sin supervisión. Después de revisar los 21 casos de errores de diagnóstico, la mayoría de las quejas se debieron a una comunicación

insuficiente, a estancias prolongadas, y al diagnóstico erróneo. En el 98% de los casos, las disputas se resolvieron sin ninguna acción legal al proporcionar disculpas y explicaciones del hospital a los pacientes, sus familias o sus abogados designados y 3 casos acabaron con una compensación económica a los pacientes.

Por el contrario, Wong et al., mostraron que las quejas se debían principalmente a la organización y logística, la comunicación y el estándar de atención. Mientras Zengin et al., mostraron que la mayoría de las quejas se debieron principalmente a la mala actitud, comunicación y atención médica (Stehman C. T., 2019).

Concluyendo el estudio (Haroutunian P et al., 2017) nombrado anteriormente, se identifican los factores que aumentan el riesgo de errores médicos, que fueron; la interpretación incorrecta de las radiografías y el manejo de los pacientes por parte de un residente, lo cual también fue encontrado por Kachalia et al. Otra explicación de los errores médicos es la falta de cumplimiento de las pautas médicas. Nuestros resultados sugieren que una mejor comunicación con los pacientes, la reducción de las estancias, la dotación adecuada de personal y la supervisión de los alumnos pueden disminuir las quejas de los pacientes y los errores médicos.

Una de las principales conclusiones del informe del Instituto de Medicina (IOM) de 1999 es que la mayoría de los errores no son resultado de la irresponsabilidad individual o de las acciones de un grupo en concreto. Más comúnmente, los errores suelen ser causados por sistemas, procesos y condiciones defectuosos que llevan a las personas a cometer errores o a no poder prevenirlos (Carver, 2021).

### *5.2 Eventos centinela*

Los eventos centinela se definen como un suceso inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física o psicológica grave que causa daño permanente o la muerte del paciente. Se denominan así porque una vez descubiertos, suelen indicar la necesidad de una investigación inmediata, una respuesta y a su vez, el descubrimiento de la causa. Un evento centinela puede prevenir por ejemplo, la muerte imprevista de un bebé a término, radioterapia en una zona del cuerpo incorrecta o más del

25% por encima de la dosis planeada o la hiperbilirrubinemia severa en un neonato >30mg/dl (Coín, 2016).

### *5.3 Evento adverso*

Los eventos adversos son un tipo de lesión que generalmente se deben a errores en el tratamiento médico o en la cirugía más que a la condición médica subyacente del paciente. Los eventos adversos se pueden evitar cuando no se siguen las prácticas aceptadas a nivel de sistema o individual (Rodziewicz, 2022).

- No todos los resultados adversos son el resultado de un error; por lo que solo los eventos adversos prevenibles se atribuyen al error médico.
- Los eventos adversos pueden incluir lesiones no deseadas, hospitalizaciones prolongadas o discapacidades físicas que sean derivadas de la atención médica o la cirugía de un paciente.

Los eventos adversos también pueden incluir problemas debidos a hospitalizaciones prolongadas o eventos sistémicos (Rodziewicz, 2022).

### *5.4 Seguridad del paciente*

La seguridad de los pacientes es la principal preocupación de todos los sistemas sanitarios del mundo; esta preocupación es compartida y señalada por la OMS que solicita a las organizaciones de salud tomar acciones urgentes en este aspecto.

Es el proceso de mejora, prevención y evitación de lesiones o efectos adversos que surgen como resultado del proceso de asistencia sanitaria (Mora Guillart, 2015). Para prevenir errores, en primer lugar, quirúrgicos, los hospitales han introducido una serie de pautas entre las que se encuentran; identificación del paciente, comprobación del lugar de cirugía, revisar el consentimiento firmado por el paciente, identificación de la necesidad de profilaxis antibiótica, recuento de materiales al acabar la cirugía y etiquetar la muestra (Rodziewicz, 2022).

Para los errores de medicación, se han incluido mejoras. Algunas de ellas son la inclusión de registros electrónicos además de la administración de códigos de barras ya que ayudan a identificar fármacos incorrectos, cancelados y/o modificados, la realización de controles dobles y triples por parte de farmacéuticos, enfermeros y médicos, la inclusión

de alertas cuando la dosis esta fuera del rango de lo normal y la retirada de medicamentos peligrosos del inventario de farmacia (Rodziewicz, 2022).

Los sanitarios pueden aumentar la seguridad relacionado con la tecnología a través del proceso de selección, estandarizando equipos como bombas de infusión y monitores y asegurándose de que la tecnología utilizada cumple los requisitos de calidad y seguridad. Por otro lado, las instituciones deben contar con políticas y procesos relacionados con el mantenimiento, monitorización y reporte de eventos adversos relacionados con la tecnología (Anzan, 2021)

A su vez, encontramos la prevención de infecciones, las cuales pueden llevar al crecimiento de bacterias tales como *Escherichia coli* o *Helicobacter Pylori*. Por ello, es muy importante el lavado de manos, el cual es muy efectivo para la disminución de la transmisión de infecciones (Anzan, 2021) y además está relacionado con la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad. Los centros para el control y prevención de enfermedades han pautado una serie de normas para realizar/mantener una buena higiene (Coín, 2016):

- Evitar las uñas artificiales y largas
- Cambiar los guantes después de tocar a cada paciente
- Lavado de manos con agua y jabón
- Uso de desinfectantes para manos a base de alcohol

Uno de los estudios (Mendes et al., 2018) se realizó en el Hospital Sao Paulo (HSP) sin que los profesionales supiesen cuando se iba a hacer la observación. Los errores se clasificaron según la gravedad. Los incidentes leves tuvieron un efecto nulo o pequeño en los pacientes mientras que los graves causaron una reducción o pérdida permanente de la función orgánica del paciente, conduciéndolos a la muerte. A su vez los errores de fármacos se clasificaron en errores de omisión, de tiempo, de dosificación, de preparación y de administración.

Durante la fase de preparación y administración de medicación se observaron los siguientes errores: falta de higiene de manos antes de la preparación (70,2%); no utilización de una técnica aséptica para la preparación (80,8%); identificación incorrecta del medicamento (47,9%); no comprobación de la identificación del paciente (62,3%), y la dilución del medicamento en un volumen inferior al recomendado por el fabricante (1,6%) (Mendes, 2018).

Lo más observado en este estudio fueron los errores en la administración ya que solían ser superiores o inferiores a la dosis prescrita y los errores de tiempo ya que se observa como la mayoría de medicamentos administrados estaban fuera del tiempo recomendado y la bomba de infusión no estaba bien programada. Todo esto es debido a la práctica frecuente de adelantar las actividades para optimizar el tiempo lo que conlleva a graves consecuencias para el paciente como el aumento de la estancia hospitalaria, la modificación de las constantes vitales, el retraso de la función social del paciente llegando incluso a la muerte (Mendes, 2018). Como resultado observamos que se deben implementar medidas de prevención y educación permanente en el equipo, aumentando así la calidad de atención y seguridad del paciente.

Por último hablamos de la prevención de errores de comunicación, un factor que no solo depende del personal sanitario, sino también del paciente y sus respectivos familiares. Los médicos y enfermeros deben escuchar las dudas y preguntas de los pacientes, intentando brindarle toda la información necesaria posible acerca del tratamiento que va a recibir, de los procedimientos a los que se va a someter o le van a realizar. Además, la Comisión Conjunta ha apoyado las iniciativas “Speak Up”, que anima a los hospitales a informar a los pacientes sobre la importancia de sus contribuciones a la atención que reciben. Las preocupaciones y decisiones deben ser aceptadas, respetadas y siempre documentadas en el caso de que sean contrarias a la medicina basada en la evidencia. El equipo médico debe animar al paciente a realizar preguntas, aportándole confianza y seguridad fomentando así la escucha activa (Haroutunian, 2017).

El trabajo en equipo, la educación y la formación a través de iniciativas estructuradas son el mecanismo más eficaz para mejorar la seguridad del paciente. Aceptar las contribuciones de del equipo, disminuir las barreras para informar errores y promover un ambiente de trabajo donde todos los individuos trabajen juntos tendrá el efecto más significativo para mejorar la seguridad del paciente y del personal (Rodziewicz, 2022).

### *5.5 Los cinco derechos de enfermería*

Puesto que las enfermeras tienen una responsabilidad enorme en la verificación del medicamento que se prescriba y en su administración, es fundamental en la educación de enfermería recibir conocimientos acerca de dichas intervenciones. Por ello se crean los “cinco derechos” o los “cinco correctos” (Hanson A., 2021)

- *Paciente correcto*: verificar que el paciente que está siendo tratado es el destinatario correcto del medicamento.
- *Fármaco correcto*: asegurarse de que el medicamento que se administra sea igual al nombre del fármaco que se recetó y revisar la fecha de caducidad.
- *Vía correcta*: administrar el fármaco por la vía que especifique el médico, ya que algunas son más rápidas que otras a la hora de la absorción.
- *Fecha y hora correcta*: administrar el medicamento a la hora prevista y a la velocidad correcta ya que puede haber una alteración de la biodisponibilidad o alteraciones con otros fármacos.
- *Dosis correcta*: asegurarse de la dosis que pone el médico antes de suministrársela al paciente.

El estudio (Hanson et al., 2021) demostró más específicamente que la mayoría de los errores relacionados con la medicación ocurren en los puntos de pedido de medicamentos (39 %) y administración de medicamentos (38 %). Por lo tanto, las enfermeras deben ser competentes al considerar cómo manejar el entorno en el que trabajan para facilitar la disminución de los errores de medicación.

La promoción de prácticas seguras en la administración de medicamentos debe ser una preocupación constante del equipo de enfermería. Muchos de los fallos ocurren por falta de personal, exceso de trabajo, elevado número de fármacos a administrar, ruido e iluminación excesiva, etc. Sobre todo el servicio de urgencias es una zona de alto riesgo para la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la medicación ya que hay una alta demanda de medicamentos prescritos y administrados por diferentes vías (vía oral, subcutánea, intravenosa) que requieren a su vez, la adición de electrolitos y el cálculo de tasas de goteo durante las fases críticas de la atención (Mendes, 2018)

El estudio (Anzan, M et al., 2021) explora la prevalencia y la naturaleza de la prescripción de medicamentos al alta en urgencias y los factores de riesgo relacionados en un hospital de Arabia Saudita. Este estudio demuestra que la dosis incorrecta, la frecuencia incorrecta y la concentración errónea son los errores más frecuentes cometidos en urgencias en cuanto a medicación y los factores contribuyentes a estos estudios fueron la falta de conocimiento, los niveles de personal insuficientes y la excesiva carga de trabajo, coincidiendo así con los estudios anteriores.

Es importante ir revisando las cajas de medicamentos y el etiquetado ya que muchas veces los fabricantes cambian el diseño y puede llevar a una confusión. A su vez, las etiquetas negativas como “no para uso oral” puede malinterpretarse como lo contrario, por lo que hay que evitarlas. Con esto se entiende que los “cinco derechos” no solo son responsabilidad de los enfermeros, sino que también incluye a médicos, farmacéuticos, fabricantes y aquel personal implicado en los fármacos. (Hanson A., 2021)

### *5.6 Agotamiento, burnout*

El burnout se describe como un síndrome psicológico enfocado a tres dimensiones; el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal. Es decir, se reúnen una serie de puntajes elevados, entre los que se encuentran el cinismo, el afrontamiento y la ineficacia. (Stehman C. T., 2019)

En general, las personas que sufren agotamiento, se encuentran exhaustas, sienten que su trabajo no es válido y su capacidad de atención se ve disminuida. Existen una serie de herramientas para medir el agotamiento en el cuidado de la salud, entre las que encontramos el Inventario de agotamiento de Maslach (MBI) y el Inventario de Agotamiento de Oldenburg. (Stehman C. T., 2019)

Diversos estudios cursan este factor en el ámbito médico, siendo cada vez más elevado el porcentaje de sanitarios que experimentan agotamiento. Shanafelt et al., afirmaron que el agotamiento de los sanitarios estaba relacionado con el estrés del trabajo y por anteponer las necesidades de los demás a las propias. A su vez, los registros de salud electrónicos (EHR) consumen mucho tiempo y crean problemas, como tiempo de inactividad y errores en el sistema de recetas electrónicas, además de disminuir el tiempo con el paciente y la satisfacción laboral (Stehman C. T., 2019).

### *5.7 Miedo al castigo*

Los profesionales sanitarios experimentan efectos psicológicos graves ante un error cometido o percibido, tales como depresión, ansiedad, ira, culpa, incluso el suicidio. Esto conlleva a una pérdida de la confianza clínica, ya que dichos errores los igualan con el fracaso (Rodziewicz, 2022).

El miedo al castigo conlleva a que los profesionales de la salud sean reacios a informar de los errores, ya que temen por la seguridad y vida del paciente, al igual que temen el perder su trabajo si denuncian un incidente (Rodziewicz, 2022).

Desafortunadamente, la falta de notificación contribuye al riesgo de daño grave para el paciente. Muchos proveedores de atención médica tienen políticas estrictas que crean un entorno negativo y por lo tanto, hacen que el personal dude en informar un error, o disminuir el problema. Todo esto conlleva a un ciclo constante de errores médicos y cuando salen a la luz, puede repercutir gravemente en la reputación de la institución de la salud y de los trabajadores (Coín, 2016)

A pesar de los esfuerzos y mejoras en la actitud y responsabilidad de los sanitarios, la incidencia de errores sigue siendo muy elevada con una discapacidad y muertes significativas. Los errores médicos prevenibles contribuyen significativamente a los costos de atención médica, incluidos los costos más altos del seguro médico por gastos de persona. Solo trabajando en conjunto se reducirán los costos y las lesiones relacionadas con los errores médicos. La Comisión Conjunta ha expuesto una serie de objetivos para la seguridad del paciente, para así ayudar a las instituciones y profesionales sanitarios a crear un entorno más seguro y eficiente. Dichos objetivos son:

- Identificar las amenazas y riesgos para la seguridad del paciente
- Identificar a los pacientes correctamente confirmando la identidad de al menos dos formas, por ejemplo a través del número de historia clínica (NHC) y/o nombres y apellidos.
- Mejorar las habilidades de comunicación tanto con el paciente como con los familiares.
- Prevenir las infecciones mediante la limpieza de manos y el uso de antisépticos, antes y después de tocar al paciente y/o realizar alguna técnica.
- Usar los medicamentos de manera correcta y segura, verifique dos veces las etiquetas y comprobando los cinco correctos.
- Etiquetar todos los medicamentos, incluso los de jeringa. Esto debe hacerse preferentemente en el área donde se preparan los medicamentos.

El castigo puede disminuir los errores notificables debido a la disciplina y la humillación que conlleva, sin embargo, no aborda el problema y esto hace que aumente el número de eventos adversos. Los administradores y las juntas de revisión deben avanzar hacia la eliminación de la culpa, vergüenza y disciplina, y hacia la prevención y educación, mejorando así los esfuerzos de aprendizaje y el rediseño del sistema (Frierson, 2019).

Uno de los mayores problemas que acarrearán estos sanitarios cuando ocurre un error es el Síndrome de la segunda víctima (SVS), que expone el trauma psicológico que sufren los sanitarios por estar involucrados en un error, esperado o inesperado en el paciente. Cuando se sufre SVS, la percepción de no ser apoyado o incluso de ser victimizado por el propio hospital puede empeorar el síndrome. Esto surge aunque las investigaciones hayan demostrado que los efectos adversos más graves ocurridos en el paciente son por errores del sistema y no de la persona que cometió el error (Stehman C. T., 2019).

Esta es una cadena continua de eventos; si un profesional está agotado también puede interactuar negativamente con los compañeros creando así un ambiente nefasto por lo que es más probable que se cometa un error durante la atención del paciente, lo que lo pone en riesgo de SVS y el estrés de los litigios y seguramente aumente su agotamiento. Este ciclo y su costo emocional asociado conducen a consecuencias negativas, que pueden incluir depresión y abandono de la profesión por agotamiento o suicidio (Stehman C. T., 2019).

En el estudio de Di Simone et al., (2018) se puede observar como la administración de fármacos intravenosos (IV) parece ser la causa más frecuente de errores en el servicio de urgencias. Se calcula que el riesgo de error de medicación en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) es de 4-14%. En este estudio se realiza un muestreo donde el 94% de los participantes defiende la importancia del lavado de manos antes de administrar los fármacos y el 90% consideraron que se debería monitorizar las constantes vitales antes y durante la administración de drogas vasoactivas para reducir las complicaciones.

Además, este estudio también va dirigido a los profesionales, a los cuales se les ha preguntado cómo juzgan su propio nivel de competencia en la preparación y administración de fármacos intravenosos. El 17,9% creen que tienen un excelente nivel. Casi el 85,4% consideraron que se debería mejorar e implantar habilidades sobre la

preparación y administración de medicamentos intravenosos para así reducir la carga de trabajo y con ello, los errores médicos (Di Simone, 2018).

Los hallazgos del estudio destacaron la importancia de ejecutar futuras investigaciones para evaluar los impactos clínicos, económicos y humanos negativos que los errores sanitarios pueden causar en el servicio de urgencias, que suele ser descrito como un entorno de trabajo rápido que lo convierte en un área de alto riesgo de errores de medicación, incluidos los errores de prescripción (Anzan, 2021).

### *5.8 Derechos del paciente*

Los derechos humanos son definidos por los especialistas en ética como “derechos fundamentales e incuestionables a los que una persona tiene derecho intrínseco simplemente porque es un ser humano” (M., 2017)

La atención al paciente y la salud pública son un enfoque doble para el apoyo y la protección de la promoción de la salud y seguridad. Sin embargo, la atención al paciente y la salud pública deben diferenciarse porque, en varios puntos, no son lo mismo. La atención al paciente se refiere a la prevención, el tratamiento, el manejo de la enfermedad y la protección del bienestar físico y mental a través de los servicios ofrecidos por sanitarios, es decir, se centra en el diagnóstico, rehabilitación, tratamiento y alivio del sufrimiento. Por otro lado, la salud pública, según el Instituto de Medicina, “es lo que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones para que las personas estén sanas”. La salud pública identifica y desarrolla respuestas a las amenazas de la población y busca asegurar ciertos servicios de salud (M., 2017).

El derecho médico rige la práctica profesional y la atención al paciente a través del derecho civil, principalmente el derecho de responsabilidad civil. Se centra en la relación entre los pacientes y profesionales de la salud, y se enfoca especialmente en las obligaciones del cuidador en esa relación. Es importante que se aplique en situaciones donde la persona que recibe o solicita tratamiento sufre un daño directo, por vulneración de su derecho al buen cuidado. Se ha visto como una buena práctica de atención médica es proporcionarles a los pacientes la capacidad para tomar decisiones en cuanto a su tratamiento, para que abandonen cuando deseen o bien, para recibir igual atención de manera no discriminatoria (Muhammad, 2021).

Los derechos del paciente se incluyen dentro de un marco consumista en el que más que derechos, se consideran obligaciones para los sanitarios. Si estas obligaciones no se cumplen, pueden ser motivo de una demanda civil, exigiendo el arreglo de daños y perjuicios cometidos por la violación directa del propio derecho y/o por el daño físico que se haya causado por esta violación (Muhammad, 2021).

La Ley General de Salud Pública 14/1986, 25 de abril, emite la autoridad y el deber del Estado para identificar y reducir los riesgos para la salud de la comunidad. Los componentes legales de esta ley son las regulaciones administrativas, estatutarias y constitucionales que facultan u ordenan a un gobierno a actuar a favor de la salud de la comunidad, así como aquellas que limitan la capacidad del Estado para hacerlo. Los gobiernos tienen la responsabilidad de hacer que las personas estén saludables respetando, protegiendo y cumpliendo los derechos, es decir, no violando los derechos, previniendo las violaciones de los derechos y creando políticas, estructuras y recursos que promuevan y cumplan estos tributos (M., 2017) (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, 1986).

El estudio de Muhammad, D et al., (2021) muestra a través de un cuestionario, los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes acerca de sus derechos. Un total de 65,5% no eran conscientes de sus derechos, el 59% no sabían que los pacientes tenían el derecho a recibir un trato no discriminatorio y oportuno, el 54,5% no sabían que tendrían acceso a una enfermera/médico y el 62% de los participantes no sabían que los diferentes tratamientos se iban a discutir con los pacientes.

Por lo que se observa, la consciencia de los pacientes sobre sus derechos es baja, sin embargo, comparándolo con otro estudio realizado en Sudán, este nivel de conciencia es mucho más alto ya que dicho estudio muestra que el 95,4% de los pacientes no eran conscientes de nada. Este estudio (Muhammad, D et al., 2021) muestra que el 48% del total de participantes no estaban satisfechos con las prácticas actuales de los derechos de los pacientes en el hospital. Existen una serie de factores que contribuyen a la falta de consciencia, tales como la falta de educación, la falta de políticas de salud y la escasa distribución de la carta de derechos entre pacientes, además de que muchas de las demandas, sugerencias y recomendaciones de los pacientes no están siendo escuchadas ni precedidas por el departamento de asuntos del paciente.

Los derechos humanos en la atención al paciente (HRPC) es un enfoque transversal para promover la salud individual y pública, aplicando el discurso y la ley de los derechos humanos en el entorno de atención al paciente mientras se aleja de la visión consumista de la prestación de atención médica. Funciona observando las acciones e intereses de todas las personas involucradas en la prestación y promoción de la salud, incluyendo pacientes específicos, proveedores de atención médica y la comunidad en general y además, buscando violaciones directas y/o indirectas del derecho a una atención de calidad. Un ejemplo de violación indirecta es la notificación que requiere por parte del profesional a las autoridades sobre el tratamiento de los inmigrantes ilegales (violación de su derecho a la privacidad y confidencialidad), lo que hace que no busquen atención médica (M., 2017).

La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales (Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, 2011)

#### *5.9 Principios éticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería.*

El término de bioética aparece en 1970 y rápidamente recibe un fuerte impulso a través de los informes Belmont (1978) y los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (1979). Así quedan establecidos cuatro principios:

- *Principio de beneficencia:* se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo (Mora Guillart, 2015).
- *Principio de la no maleficencia:* se trata de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico (Mora Guillart, 2015).
- *Principio de la justicia:* se basa en atender primero al más necesitado, tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar correctamente las acciones a realizar; hacer

uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten (Mora Guillart, 2015).

- *Principio de autonomía*: es la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información acerca de las consecuencias de las acciones realizadas. Además también supone el respeto por las personas, tratarlas como lo que son. (Mora Guillart, 2015).

### 5.10 Negligencia y litigios.

Es el incumplimiento de los estándares razonables esperados de un profesional médico cualificado y promedio que atiende a un paciente en situaciones similares. La función de informar situaciones propensas a errores es suavizar futuros fallos médicos. Si estas situaciones propensas a errores se informan y se gestionan mediante la modificación del sistema, se producirá una reducción en la frecuencia del error y todos los factores asociados a él (Rodziewicz, 2022).

Por lo tanto, la negligencia médica tiene 3 objetivos: reducir y/o eliminar las prácticas inseguras de los sanitarios, compensar a las personas lesionadas por negligencia y aplicar justicia correlativa (Frierson, 2019).

Los delitos contra la salud varían de un estado a otro, pero todos se basan en los conceptos legales de la ley de responsabilidad civil. Un “agravio” es un daño civil por el cual se puede obtener una reparación, generalmente en forma de indemnización. La negligencia médica implica una demanda legal por negligencia, con los requisitos adicionales de que la negligencia tuvo lugar en el contexto de una relación médico-paciente y que el médico no cumplió con el estándar "profesional" en la prestación de servicios. Por ello, se debe siempre cumplir con las 4D: “deber hacia el paciente”, “abandono”, “daños” y “causalidad directa”(Frierson, 2019).

- *Deber*: una vez que el medico examina, diagnostica y acepta tratar a un paciente, está obligado a continuar con el tratamiento (Frierson, 2019).
- *Abandono*: se refiere a la terminación indebida de la relación médico-paciente. Para probar la negligencia, el demandante lleva un testigo de la misma especialidad que el acusado para brindar una declaración sobre la atención apropiada ante una situación clínica determinada. El perito es quien luego opina si se ha emitido dicha atención por parte del sanitario acusado (Frierson, 2019).

- *Daños*: se pueden dividir en compensatorios y punitivos. Los compensatorios compensan a la parte lesionada, incluyendo pérdidas cuantificables, pérdidas no económicas y pueden incluir un reclamo por pérdida de consorcio por parte de un cónyuge. Los daños punitivos solo se evalúan contra el acusado cuando la conducta negligente es imprudente e intencional, no cuando es accidental.
- *Causalidad directa*: el demandante debe probar que los daños sufridos fueron resultado directo de la conducta negligente del psiquiatra. (Frierson, 2019)

La mayoría de los litigios civiles, incluidos los casos de negligencia médica, son decididos por los tribunales estatales después de un largo proceso judicial. Este proceso empieza cuando el demandante presenta una denuncia ante el tribunal y la persona demandada. En algunas jurisdicciones, la denuncia debe ir acompañada de una declaración jurada de un testigo experto del demandante que haya revisado los registros y haya determinado que la atención brindada por el acusado fue negligente. A continuación empieza la fase de descubrimiento, a través de preguntas orales que se le hacen a un testigo bajo juramento. Después de esto, las dos partes pueden negociar un acuerdo. La mayoría llegan a un acuerdo fuera de los tribunales pero si una demanda por mala práctica no se resuelve, se realizan mociones previas al juicio y se lleva a cabo un juicio por mala práctica (Frierson, 2019).

El seguro de responsabilidad civil es hacer frente a las consecuencias, daños y materiales que, por error u omisión, el profesional haya podido causar a sus pacientes, así como las pérdidas económicas que de ellos se pudieran derivar. Hay 2 tipos principales de pólizas de seguro de responsabilidad médica (seguro de responsabilidad civil).

- *Pólizas de siniestros*: la cobertura que se ofrece es solo para los accidentes que ocurren y se informa mientras la póliza esté vigente. Si el incidente que da lugar al reclamo ocurrió mientras el acusado tenía cobertura pero se informa después de que la póliza haya expirado, la aseguradora no aporta cobertura. Por ello, es necesaria renovar el seguro anualmente ya que la póliza vence (Frierson, 2019).
- *Póliza de ocurrencia*: la cobertura que ofrece es para un incidente que da lugar aún reclamo que ocurre mientras la póliza está vigente, independientemente de cuando se informe el reclamo a la compañía de seguros, aunque se informe después de la fecha de vencimiento de la póliza. Es decir, este seguro garantiza la cobertura de por vida del paciente (Frierson, 2019).

Las pólizas de seguro por negligencia no cubren los daños punitivos, sin embargo, es posible que estas empresas deban cubrir los daños punitivos si sus pólizas no los excluyen explícitamente (Frierson, 2019).

#### *5.11 Consecuencias penales de la comisión de errores*

Anteriormente hemos hablado de errores cometidos por el personal sanitario, los cuales según de qué forma se produzcan, se pueden considerar delitos o no. Se dividen en dos grupos (Ortiz, 2017):

- *Delitos dolorosos*: cuando el sanitario sabe lo que hace y además quiere hacerlo.
- *Delitos imprudentes*: cuando el sanitario omite la diligencia debida.

De acuerdo con la reforma del Código Penal (CP) de 2015, se ha distinguido dos tipos de imprudencia:

- *Imprudencia grave*: omisión del cuidado o diligencia que se exige cuando el profesional que la ejecuta no piensa en las posibles consecuencias y se expone a producir un daño en las personas o cosas que pudo y debió evitar (Abogado, s.f.).
- *Imprudencia menos grave*: depende de la gravedad del parte de lesiones para saber si hay que tramitarla por vía penal o por un procedimiento civil (Abogado, s.f.).

Existe la imprudencia profesional, la cual se define como ineptitud o ignorancia de las reglas de la profesión. Esta imprudencia si es castigada penalmente, puede acabar con inhabilitación profesional, además de la pena que le corresponda (Ortiz, 2017).

En el art. 142.1 del Código Penal se habla del delito de homicidio por imprudencia grave, el cual se castiga con pena de prisión de uno a cuatro años. En el apartado 2 del art. 142 se habla del castigo del homicidio por imprudencia menos grave, siendo una pena de multa de tres a dieciocho meses (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, 1995)

En cuanto al delito de lesiones por imprudencia grave, regulado en el art.152.1, se introduce junto a la pena de prisión, la multa de seis a dieciocho meses, en atención al riesgo creado y al resultado producido. Por delito de lesiones por imprudencia menos grave, regulado en el art.152.2, queda reflejado una pena de multa de tres a doce meses, derivando las lesiones cometidas por imprudencia leve a la jurisdicción civil (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, 1995).

De acuerdo con lo anterior, es posible la condena penal a un enfermero por la negligencia médica cometida. Si no se declara una condena penal, la víctima o familiares (en caso de fallecimiento del paciente) pueden acudir al procedimiento civil o contencioso administrativo para obtener una indemnización (Ortiz, 2017)

## 6. **CONCLUSION**

Por lo general, aparte de la cantidad de errores que suceden en los centros sanitarios y/o clínicas, que cada vez son más aunque se pongan medios para evitarlos, los errores se pueden prevenir mejor diseñando el sistema de salud en todos los niveles para que sea más seguro y eficiente. Aun así, por supuesto que las personas deben seguir siendo responsables y más cuando se les impute un error. Tanto el equipo interprofesional como el farmacéutico, enfermero y médico, deben de ser conscientes de que los errores no solo ponen en juego la vida de los pacientes, exponiéndolos a daños, sino que también pueden conducir a acusaciones por negligencia médica. Como conclusión y resultado se observa que por muchas normas y reglamentos que se hayan introducido en los hospitales para minimizar los errores, la experiencia y las habilidades son fundamentales para adoptar los comportamientos correctos con el fin de prevenir cualquier tipo de error en estos servicios. En consecuencia, los errores médicos pueden hacer que los pacientes pierdan la confianza y la fe en el sistema de atención de la salud proporcionado.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abogado, S. (s.f.). *Negligencia medica*. Obtenido de Código Penal: <https://negligenciamedica.abogado/denunciar-negligencia-medica/negligencia-medica-codigo-penal/>
2. Anzan, M. A. (2021). Prescribing errors and associated factors in discharge prescriptions in the emergency department.
3. Carver, N. G. (2021). *Medical Error*. StatPearls Publishing.
4. Coín, U. d. (2016). Procedimientos de notificación de acontecimientos adversos. En S. A. Salud.
5. Constitución Española. (1978).
6. De Andrés-Lázaro, A. M., & Miró Andreu, Ó. (2018). La contribucion del farmacéutico clínico a la atención del paciente en Urgencias. *Farmacia Hospitalaria*, 217-218.
7. Di Simone, E. G. (2018). Medication Errors in the Emergency Department: Knowledge, Attitude, Behavior, and Training Needs of Nurses. En *Indian journal of critical care medicine* (págs. 346-352).
8. Ehsani, S. R., Mohammad, A. C., Amir, N., Amir, S., Ayeshe, H. E., & Esmail Mohammad, N. (2018). Errores de medicacion de enfermeras en el servicio de urgencias. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6-11.
9. Española, C. D. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*.
10. Estado, B. O. (25 de Abril de 1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado.
11. Estado, B. O. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, para la regulación básica de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado.
12. Estado, B. O. (2011). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado.
13. Frierson, R. &. (2019). Malpractice Law and Psychiatry: An Overview. En *American Psychiatric Publishing* (págs. 332-336).
14. Hanson A., & H. (2021). *Nursing Rights of Medication Administration*. StatPearls.
15. Haroutunian, P. A. (2017). Analysis of Factors and Medical Errors Involved in Patient Complaints in a European Emergency Department. En *Advanced journal of emergency medicine*.
16. M., P.-R. (2017). Human rights in patient care and public health. En *Public Health Reviews*.

17. Mendes, J. R.-C. (2018). Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. . En Einstein.
18. Mora Guillart, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. En *Revista Cubana de Oftalmología* (págs. 228-233).
19. Muhammad, D. J. (2021). Assessment of hospitalized patients awareness of their rights. En *The Pan African medical journal* (pág. 157).
20. N Keers, R., D Williams, S., Cooke, J., & Darren, A. (2017). Causas de errores en la administración de medicamentos en hospitales: una revisión sistemática de evidencia cuantitativa y cualitativa. *Seguro de drogas*, 1045-1067.
21. Ortiz, R. D. (26 de Octubre de 2017). Atlas Abogados. *¿Es posible la condena penal de un sanitario por una negligencia médica?* Madrid, España.
22. Penal, C. (1995). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado.
23. Pérez, C., JM, R., Noya, M., F, A., MR, A., & JB, P. (2018). Errores en la administracion de medicacion en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. *Revista Española de Salud Pública*, 412-415.
24. Rodziewicz, T. H. (2022). Reduccion y prevención de errores médicos. StatPearls.
25. Salud, O. M. (2019). *Organización Mundial de la Salud*.
26. Seguro de responsabilidad civil. (s.f.).
27. Stehman, C. T. (2019). Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine,. En *The western journal of emergency* (págs. 485-494).
28. García Pérez, Y.L (2018)
29. Martínez Ques, Angel Alfredo; Vázquez Campo, Miriam (2008)