



## Características de los errores médicos autopercebidos en una muestra de pediatras de Atención Primaria

Sebastián Tornero Patricio<sup>a</sup>, Elena Hernández Buiza<sup>b</sup>, Inmaculada Olga Alonso Rueda<sup>c</sup>,  
Guadalupe Borja Urbano<sup>d</sup>, Lourdes Romero Vázquez<sup>e</sup>

Publicado en Internet:  
22-diciembre-2022

Sebastián Tornero Patricio:  
sebastian.tornero.sspa@juntadeandalucia.es

<sup>a</sup>Pediatra. Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España • <sup>b</sup>MIR-Medicina Familiar y Comunitaria. CS Polígono Norte. Sevilla. España • <sup>c</sup>Pediatra. CS Carmona Nuestra Sra. de Gracia. Carmona Sevilla. España • <sup>d</sup>Pediatra. CS Polígono Norte. Sevilla. España • <sup>e</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Señor director:

El informe *To err is human* (Instituto Americano de Medicina, 1999)<sup>1</sup> impulsó el desarrollo de las estrategias nacionales de seguridad del paciente. La primera estrategia en España se diseñó en el año 2005<sup>2</sup> y a ella le siguieron varios estudios sobre los eventos adversos (EA): el estudio ENEAS<sup>3</sup> determinó su incidencia en el 9,3% de los pacientes hospitalizados y el estudio APEAS<sup>4</sup>, una prevalencia del 11,2% de los pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria. Los EA tienen un gran impacto en la calidad asistencial, en la mortalidad y en el gasto sanitario<sup>2,5</sup>.

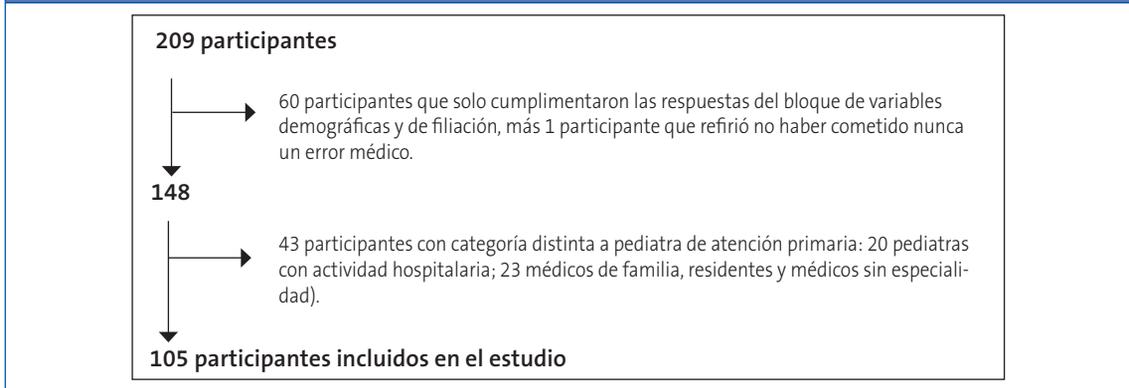
Con el objetivo de describir las características de los errores médicos (EM) autopercebidos en la atención pediátrica, se diseñó un estudio transversal mediante una encuesta anónima dirigida a pediatras de Atención Primaria (PAP), habilitada del 16 de marzo de 2021 al 15 de abril de 2021. Se incluyeron las definiciones<sup>2</sup> de “incidente de seguridad” (evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente) y “evento adverso” (incidente que produce daño al paciente), utilizando el término “error médico” (EM) como equivalente al “incidente de

seguridad” provocado por una acción u omisión del PAP. Se diseñó y validó un cuestionario sobre las características de los EM, su comunicación y consecuencias en los PAP (segundas víctimas). Las invitaciones se realizaron mediante mensajería instantánea telefónica a los PAP de la provincia de Sevilla y mediante correo electrónico a la lista nacional de PEDIAP<sup>6</sup>, con 1286 inscritos. Los criterios de exclusión fueron: profesionales distintos a PAP y cumplimentación incompleta de más de un bloque de preguntas. Se usaron la aplicación LimeSurvey y el programa estadístico R (v3.5.1).

Tras aplicar los criterios de exclusión (Fig. 1), la muestra fue de 105 PAP: 85 mujeres y 20 hombres, con edad media de 48,7 años (desviación estándar [DE]: 10,7) y experiencia laboral media de 20,0 años (DE: 10,4). El 85,7% trabajaban exclusivamente en la sanidad pública. Se recibieron respuestas de 27 provincias españolas, siendo Sevilla ( $n = 38$ ), Madrid ( $n = 11$ ) y Málaga ( $n = 7$ ) las provincias con mayor participación. El 9,5% de los PAP recibió formación en el último año sobre prevención, notificación y gestión de EM, y el 27,6% ha recibido alguna vez formación sobre cómo comunicarlos al paciente y familiares.

**Cómo citar este artículo:** Tornero Patricio S, Hernández Buiza E, Alonso Rueda IO, Borja Urbano G, Romero Vázquez I. Características de los errores médicos autopercebidos en una muestra de pediatras de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e383-e385.

**Figura 1. Diagrama de flujo de la muestra**



El 11,4% cometió un EM en el mes anterior y el 43,8% refirió no saber si lo había cometido. La frecuencia de EM referida fue: mensualmente (6,7%), semestralmente (28,6%), anualmente (35,2%) y menos de un EM al año (22,9%). Los EM más frecuentes fueron el diagnóstico realizado (41,3%) o su retraso (39,4%), errores relacionados con el principio activo (dosificación: 27,9%, duración del tratamiento: 15,4%, elección del principio activo: 12,5%, duplicidad: 6,7%, alergia: 1,9%) y errores en la identificación del paciente (13,5%). Las principales causas referidas fueron: “falta de tiempo” (62,1%), “estrés laboral” (58,6%), “distracciones” (34,5%) y “falta de comunicación” (14,9%). En cuanto al daño producido fue: ninguno (42,9%), leve (31,4%), moderado (5,7%), severo (0,9%).

El 45,7% de los PAP conoce su sistema corporativo de notificación de EA, aunque solo el 14,3% lo usa “siempre” o “casi siempre”. El 77,1% comunica sus EM “siempre” o “a veces” a sus compañeros. La comunicación a los familiares se realiza “siempre” en el 27,6% de los PAP. El 43,8% lo comunica a los familiares “dependiendo del caso”, sobre todo, según haya generado daño o no. El 23,8% de los PAP refirió haber comunicado alguna vez un EM a su paciente pediátrico y el 67,6% considera necesario tener en cuenta la edad del paciente para comunicarlo, siendo el intervalo de 10 a 12 años el más adecuado para hacerlo según el 41,9%.

Las reacciones emocionales más frecuentes de los PAP (segundas víctimas) se muestran en la **Figura 2**.

El 14,3% consideró sus síntomas como graves o muy graves y un profesional precisó incapacidad temporal.

A pesar de no contar con una muestra representativa de PAP, los resultados de este estudio aportan información útil para futuras investigaciones sobre EM en Pediatría. Es necesario mejorar la formación sobre la prevención, notificación, gestión y comunicación de los EM. Los EM más frecuentes de nuestra muestra fueron los derivados del proceso diagnóstico y atribuidos al estrés laboral y a la falta de tiempo, principalmente. Si bien la comunicación de los EM entre los compañeros de trabajo es habitual, no es tan común comunicarlo a los familiares y menos aún a los pacientes pediátricos. La edad óptima considerada para la comunicación de EM al paciente pediátrico es de 10 a 12 años. Es fundamental contar con un sistema de apoyo a las segundas víctimas.

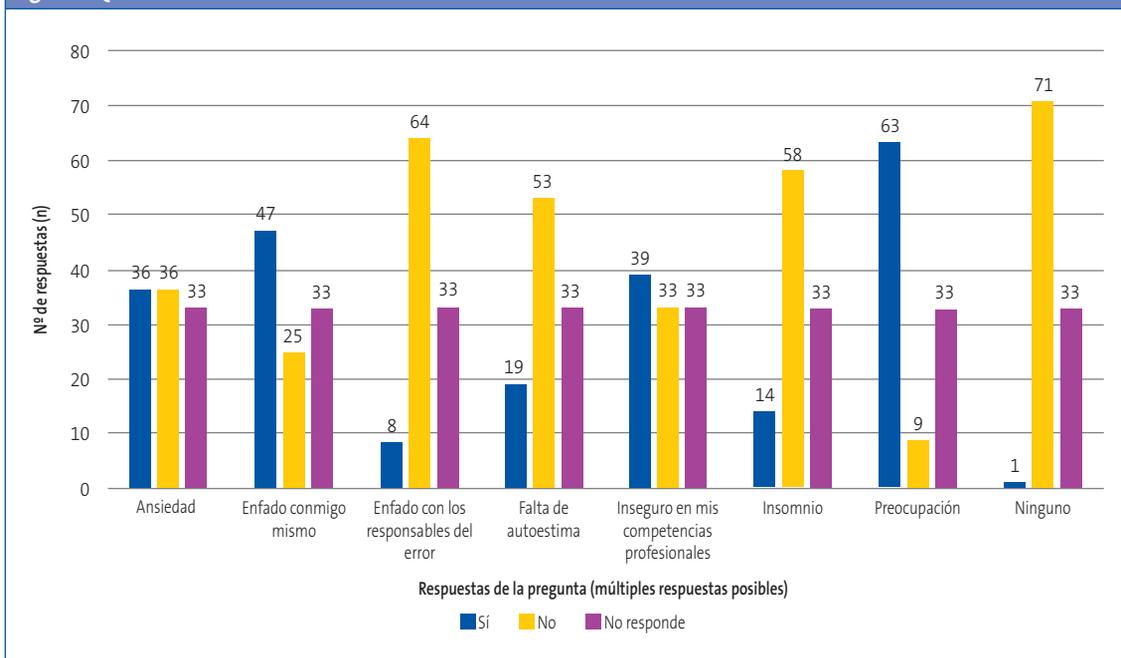
### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo. Este trabajo fue presentado y premiado en forma de comunicación en el I Congreso de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía: [www.easp.es/premiadas-cuatro-comunicaciones-de-andalucia-que-impulsan-la-seguridad-del-paciente-en-los-centros/](http://www.easp.es/premiadas-cuatro-comunicaciones-de-andalucia-que-impulsan-la-seguridad-del-paciente-en-los-centros/)

### AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos a los participantes su tiempo dedicado a la cumplimentación de la encuesta.

Figura 2. ¿Cómo se ha sentido cuando ha cometido un error médico?



## BIBLIOGRAFÍA

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health system. In: Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson E, ed. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2000. 312 p [en línea] [consultado el 4/05/2021]. Disponible en [www.nap.edu/catalog/9728.html](http://www.nap.edu/catalog/9728.html)
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2016 [en línea] [consultado el 4/05/2021]. Disponible en [www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2](http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2)
- Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Murillo J, Ruiz López P, Limón Ramírez R, Terol García E. Incidence of adverse events related to health care in Spain: Results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:1022-9.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid; 2008 [en línea] [consultado el 4/05/2021]. Disponible en [www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
- Singh H, Thomas EJ, Wilson I, Kelly PA, Pietz K, Elkeeb D, et al. Errors of diagnosis in pediatric practice: A multisite survey. *Pediatrics*. 2010;126:70-9.
- Foro general sobre pediatría: lista PEDIAP 2021. En: Rediris [en línea] [consultado el 4/05/2021]. Disponible en <https://www.rediris.es/list/info/pediap.html>