



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CONTROVERSIAS EN DERMATOLOGÍA

La dermatología y sus aspectos médico-legales: seguridad clínica y dermatología



J. Arimany Manso^{a,b,*}, C. Martín Fumadó^{a,c} y J.M. Mascaró Ballester^d

^a Servicio de Responsabilidad Profesional, Área de Praxis, Colegio de Médicos de Barcelona, Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya, Barcelona, España

^b Unidad de Medicina Legal y Forense, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^d Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 8 de mayo de 2018; aceptado el 22 de junio de 2018

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2018

PALABRAS CLAVE

Seguridad clínica;
Seguridad del paciente;
Responsabilidad profesional médica;
Error médico;
Reclamaciones

KEYWORDS

Clinical safety;
Patient safety;
Professional medical liability;
Medical error;
Malpractice claims

Resumen La seguridad clínica y la responsabilidad profesional médica son hoy en día preocupaciones de primer orden en el ejercicio de la medicina. Interesa la valoración de las circunstancias en las que el ejercicio de la medicina no se ajusta a la *lex artis*, así como el impacto de las reclamaciones sobre los facultativos. Debe existir además un aprendizaje del error médico, identificando, mediante el estudio de reclamaciones, áreas específicas de mejora. La dermatología es una especialidad con bajo riesgo de reclamación a nivel internacional y también en nuestro contexto. Gran variedad de circunstancias clínicas dan lugar a reclamaciones por praxis médica en dermatología, y entre ellas destaca la actuación en caso de melanoma cutáneo maligno. Por otro lado, existen riesgos potenciales en las consultas de dermatología que merecen especial atención. El quehacer clínico está sujeto a un riesgo inherente de reclamación y por tanto son necesarias una serie de recomendaciones para prevenirlas.

© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Medical Malpractice Issues in Dermatology: Clinical Safety and the Dermatologist

Abstract Clinical safety and medical liability are first-order concerns in today's medical practice. It is important to understand the circumstances under which medical acts fail to live up to the accepted standard of care and to recognize the impact that malpractice claims have on physicians. Practitioners must also grasp the concept of medical error, studying malpractice claims in order to identify the areas where improvement is needed. The risk of accusations of malpractice in dermatology is comparatively low, both in Spain and worldwide.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josep.arimany@comb.cat (J. Arimany Manso).

However, a great variety of clinical scenarios in dermatology can potentially give rise to a claim, and malignant melanoma is most susceptible to risk. Dermatologists should know which actions during clinical consultation merit particular attention and care. Clinical practice carries inherent risk of malpractice claims, but taking certain recommended precautions can prevent them.

© 2018 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La seguridad clínica

La publicación en 1999 del informe *To Err is Human: Building a Safer Health System*¹ supuso el primer texto ampliamente reconocido por la comunidad científica que identificaba el alcance del daño médico prevenible, reflejando el daño asociado a la atención sanitaria en los pacientes, tanto desde la perspectiva sanitaria como desde la social y económica².

En respuesta a tal situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en 2002 la resolución WHAS 55.18, que proponía prestar la máxima atención a la seguridad del paciente (SP) y el establecimiento y la consolidación de sistemas de base científica, necesarios para mejorar la SP y la calidad de la atención de salud. Consecuentemente, en 2004, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de SP en todo el mundo, la OMS puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente³.

La SP o seguridad clínica (SC), entendida como el conjunto de actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud, ha ido adquiriendo importancia dentro de los fundamentos del ejercicio de la medicina actual, donde existe una constante evolución médica, científica y tecnológica y en la que se requiere a los profesionales médicos un permanente esfuerzo (que supone incluso en ocasiones una gran presión)⁴ para asumir un estándar de buena praxis médica. En este contexto, la SC, junto con la responsabilidad profesional médica (RPM), ha llegado a ser hoy en día una preocupación de primer orden en el ejercicio de la medicina³.

La RPM se define como la obligación de los médicos de prevenir, reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, dentro de lo posible, cometidos en el ejercicio de su profesión⁵, interesando a todas las especialidades, y la dermatología no es una excepción^{6,7}.

En el ámbito de la RPM interesa el concepto de mala praxis, que se aplica en aquellas circunstancias en que el ejercicio de la medicina no se ajusta a lo que en el lenguaje jurídico se conoce como *lex artis* (*standard of care*⁸ en la doctrina anglosajona). Se trata de un concepto legal y no médico⁹ usado como sinónimo de técnica correcta o, de manera más precisa, como la atención médica razonable que, siguiendo las normas, proporcionaría un médico bien formado en las mismas o similares circunstancias^{10,11}. La *lex artis ad hoc* constituye el criterio para valorar la corrección de un acto médico concreto ejecutado por el médico¹².

Los actos derivados del ejercicio profesional médico pueden dar lugar a distintos tipos de RPM en función del ámbito

de actuación en el que tienen lugar. Así, puede distinguirse una vía de responsabilidad a nivel judicial —penal, civil o contencioso-administrativa— y una vía extrajudicial, además de existir una responsabilidad ético-deontológica y colegial. Por otro lado, además, se distinguen tres niveles de responsabilidad sanitaria¹³. En un primer nivel, la responsabilidad es del propio médico. Un segundo nivel afecta a la responsabilidad de las instituciones sanitarias en cuanto al principio de organización clínica, jerarquía y coordinación. Un tercer nivel se refiere a la responsabilidad de las administraciones, que son las encargadas de la planificación correcta de la asistencia médico-sanitaria y están, además, obligadas a proveerla sin riesgo. Por otro lado, los datos disponibles subrayan la relevancia del impacto de las reclamaciones sobre los facultativos y urgen a instaurar medidas de prevención y abordaje del denominado síndrome clínico judicial¹⁴, entendido el mismo como todas las alteraciones que modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus distintas etapas (conciliación-mediación, juicio, sentencia) y/o después de haber concluido, englobando todas las alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir.

Cabe recordar que la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud. En este sentido destaca el respeto por el derecho a decidir del enfermo (principio de autonomía) como un principio legal fundamental en la asistencia sanitaria, siendo el mismo un deber para el médico, que se ejerce a través del consentimiento informado (CI), procedimiento por el cual el paciente, debidamente informado y competente, decide libremente entre las opciones clínicas disponibles. La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁵, establece que el consentimiento por regla general será verbal; sin embargo, deberá prestarse por escrito en determinados casos, que de forma genérica se describen como «intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

Se ha señalado que la praxis y los estándares actuales de CI a menudo no resultan de utilidad al paciente, y que suponen riesgos innecesarios en materia de RPM para los profesionales¹⁶. Sin embargo, se han utilizado judicialmente como estándar de información adecuada¹⁷. Dado que la información al paciente ha de ser individualizada, se recomienda el desarrollo experto de modelos personalizables de documentos de consentimiento informado (DCI),

aumentando las garantías para pacientes y profesionales¹⁸. En este sentido, el CI debe entenderse como un proceso y no como un hecho puntual, que implica la reflexión del paciente, siendo altamente recomendable el uso de los modelos de las sociedades científicas, como en nuestra especialidad la Academia Española de Dermatología. Esto puede ser aún más importante en dermatología cosmética, incluida en el concepto de medicina satisfactiva. Se entiende por medicina voluntaria o satisfactiva la medicina que tiene un carácter meramente voluntario, es decir, donde el interesado acude al médico no para el tratamiento de una dolencia patológica, sino para mejorar su aspecto físico o estético o para la transformación o control de una actividad biológica¹⁹. Esto implica un plus de responsabilidad que, en último caso, comporta la obtención de un buen resultado²⁰ o, dicho con otras palabras, «el cumplimiento exacto del contrato en vez del cumplimiento defectuoso»²¹. Es por ello que resulta fundamental que el médico explique la posibilidad real de mejora y no la hipotética que desearían ambos.

Paralelamente, respecto al error médico —inesperado e involuntario o por diversas causas— que existe, conviene saber cómo afrontar sus consecuencias²². Los postulados establecidos por Reason²³ permitieron visualizar que los accidentes ocurren por múltiples factores y que, si bien existen mecanismos para evitarlos, la concatenación de múltiples errores alineados permite que los accidentes o efectos adversos tengan lugar. Dicho esto, debe existir un aprendizaje de los errores médicos. Deben identificarse, mediante el análisis de reclamaciones, también en dermatología²⁴, áreas específicas de atención al paciente por debajo de los estándares requeridos que pueden orientar el desarrollo de programas de mejora de la calidad en el ámbito de la SC²⁵.

Responsabilidad profesional médica en dermatología

A nivel internacional los datos confirman que la dermatología es una especialidad con un bajo riesgo de reclamación^{6,26-28}, si bien existe una preocupación creciente por la SC y la RPM. Además, en los casos en que existe condena, la indemnización media en dermatología también es muy inferior de la indemnización media de todas las especialidades médicas²⁹.

Por otro lado, los datos disponibles en nuestro entorno confirman los resultados internacionales a nivel español^{30,31}. En 1986, el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), integrado por los cuatro colegios de médicos catalanes, desarrolló y puso en marcha el modelo catalán de póliza de RPM, en el cual la compañía aseguradora delega la gestión integral de la póliza en el Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP) del CCMC. El SRP recoge variables clínicas, jurídicas y administrativas de todos los casos. Así, se registraron un total de 9.115 expedientes en el periodo comprendido entre 1986 y 2017, siendo la media de casos en los últimos 10 años de este periodo de 318 casos/año, con una tendencia a la estabilización/decrecimiento de los mismos (316 en 2016 y 273 en 2017), tendiendo asimismo al aumento del porcentaje de expedientes extrajudiciales respecto a los judiciales. En el ámbito específico de la dermatología, el mismo periodo registró una incidencia acumulada en 31 años

de 113 casos o, lo que es lo mismo, un porcentaje del 1,24% del total de reclamaciones gestionadas en el CCMC. El motivo de reclamación en estos 113 casos, similares a los recogidos a nivel internacional, se expone en la figura 1.

También en dicha muestra, atendiendo al ámbito asistencial de procedencia del acto médico que da origen a la reclamación en dermatología, se registró que el 74,34% (84 casos) se trataba de actuaciones médicas realizadas en consultas, el 18,58% (21 casos) en quirófano, el 3,54% (4 casos) en urgencias, el 1,77% (2 casos) en consultas de atención primaria y, finalmente, el 1,77% (2 casos) en planta de hospitalización.

Una gran variedad de circunstancias clínicas dan lugar a reclamaciones por mala praxis médica en la especialidad de dermatología. Sin embargo, de todas ellas cabe destacar la actuación en el caso de melanoma cutáneo (MC), ya que se ha asociado con un alto riesgo de reclamación³² por la dificultad que puede entrañar a veces su diagnóstico, incluso para expertos^{33,34}.

En estas, las dos causas principales de reclamación son el retraso diagnóstico clínico o diagnóstico erróneo con lesiones de morfología clínica o histológicamente similar. Algunas lesiones melanocíticas atípicas pueden comportar interpretaciones histopatológicas muy dificultosas por parte del dermatopatólogo, siendo muy complicado diferenciar estas lesiones de un auténtico MC (y dichas lesiones representan hasta el 33% del total de reclamaciones en Gran Bretaña)³⁵. Este tipo de lesiones se han clasificado a lo largo de los años con diversas denominaciones que incluyen hiperplasia melanocítica atípica, tumor Spitz atípico, nevus azul atípico, nevus de penetración profunda, melanocitoma, *melanocytic tumor of uncertain malignant potential* (MELTUMP) o *Spitzoid melanocytic tumor of uncertain malignant potential* (STUMP), pero la nomenclatura ha ido cambiando e irá cambiando con el tiempo, añadiendo mayor confusión a un tema tan controvertido³⁶⁻³⁸.

También se han apuntado otras causas de reclamación en dermatología, como las debidas a quemaduras por tratamiento con fototerapia (UVA o PUVA)³⁹, que representan el 23% del total de reclamaciones en Gran Bretaña³⁵, o complicaciones derivadas del fármaco prescrito durante el tratamiento²⁸. En Estados Unidos, en una muestra de gran tamaño, el error en el diagnóstico del MC fue la segunda causa de reclamación tras las reclamaciones motivadas por la realización inadecuada de procedimientos quirúrgicos en la piel. Además, en los casos relativos al MC se registró un porcentaje de indemnización del 42,2%²⁷.

Riesgos potenciales en las consultas de dermatología

Existen distintas circunstancias (incluso el sexo del facultativo)⁴⁰ que merecen especial atención en relación con la posibilidad de suponer un riesgo potencial de futuras reclamaciones en dermatología. Por ejemplo, en relación con la exploración física del paciente, cuando la misma exige una exploración completa corporal, esta puede ser controvertida, ya que todavía hay pacientes que pueden sentirse violentos e incluso «agredidos» por la misma. Sin embargo, si son pacientes con daño solar o antecedentes de cáncer

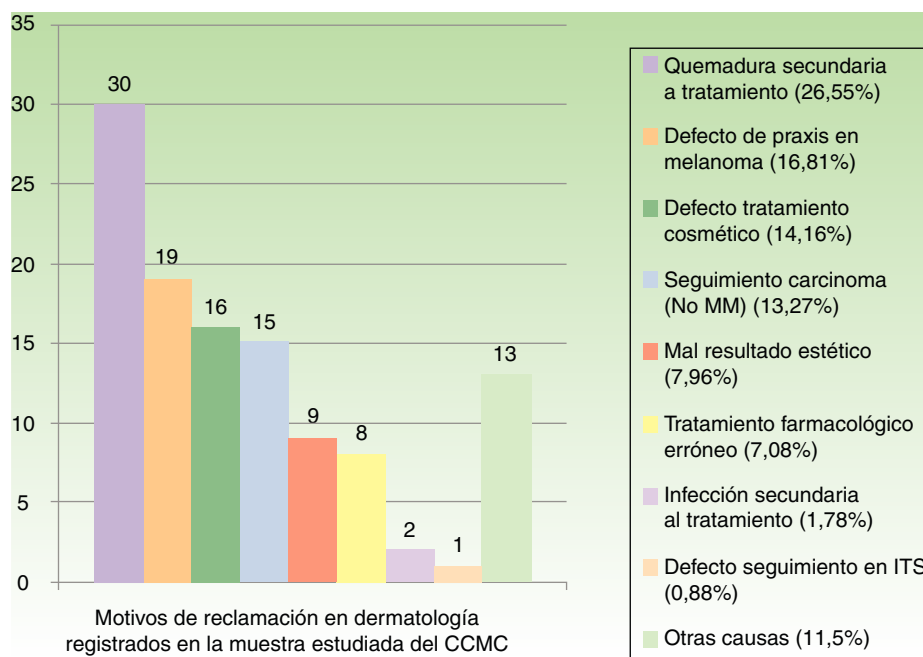


Figura 1 Motivos de reclamación en dermatología registrados en la muestra estudiada del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC) (n = 113).

Fuente: Servicio de Responsabilidad Profesional del CCMC.

o precáncer cutáneo, así como para la evaluación de nevos melanocíticos, está médicamente justificado. En este tipo de reconocimientos, que pueden llevarse a cabo sucesivamente por áreas para evitar la desnudez total, se considera conveniente dentro de lo posible la colaboración de personal de enfermería o auxiliar. Ante todo, lo más importante es hablar y comunicarse con el paciente. La comunicación también es vital para la obtención del CI en las circunstancias que apunta la Ley 41/2002¹⁵.

Por otro lado, en dermatología se requiere de forma habitual el uso de fotografías. En los casos en que puede ser identificado el paciente es necesario el DCI previo. En ocasiones es recomendable mostrar la fotografía al paciente para que comprenda el interés médico de esta.

Otra fuente potencial de errores es la medicación. En este punto cabe resaltar que deben extremarse los controles adecuados en medicaciones de riesgo (como metotrexato, antipalúdicos, terapia biológica, retinoides, corticoesteroides, sulfonas o propranolol). Asimismo, deben seguirse las medidas de SC en cirugía dermatológica y tratamientos con láser. Para ello se recomienda el uso de listados de verificación o checklists. Sin perjuicio del uso del valioso listado de verificación quirúrgico de la OMS, de amplio uso hospitalario, se sugiere un checklist útil para la cirugía dermatológica (fig. 2).

Otro aspecto de interés actual en la jurisprudencia española es la denominada pérdida de oportunidad terapéutica. Se refiere a los supuestos que presentan, como característica común, un error o retraso de diagnóstico de un proceso que finaliza con lesiones graves o el fallecimiento del paciente. Desde el punto de vista de la RPM, toda omisión hace referencia a una acción concreta: la acción que cabía esperar del facultativo que tenía la obligación de actuar y,

- ✓ Identificación del paciente (IP).
- ✓ Identificación de la lesión cutánea.
- ✓ Revisar antecedentes patológicos (patologías de base).
- ✓ Revisar alergias (ej. medicamentos, látex, adhesivos).
- ✓ Necesidad de antibioterapia previa intervención (valvulopatías).
- ✓ Sedación previa en pacientes ansiosos.
- ✓ Precauciones en pacientes con marcapasos o desfibriladores.
- ✓ Valoración de pruebas de coagulación (según antecedentes patológicos del paciente).
- ✓ Atención en pacientes que toman anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.
- ✓ Precaución en pacientes con deterioro cognitivo o sensorial (hipoacusia severa), siendo necesaria la interrelación con la familia o cuidador.
- ✓ Documento de consentimiento informado (previo).
- ✓ Higiene de manos y control de la esterilización del material.
- ✓ Intervención quirúrgica en la localización correcta.
- ✓ «Time out» previo a la intervención quirúrgica.
- ✓ Monitorizar/verificar signos vitales.
- ✓ Seguridad ocular (láser).
- ✓ Entrenamiento básico RCP y equipo mínimo con fármacos (adrenalina, atropina, actocortina).
- ✓ Antibióticos/analgesia post-intervención.
- ✓ Biopsia correctamente identificada, con localización y marcación en caso de tumores y en el contenedor con el fijador (habitualmente formol) o medio de transporte (ej. para inmunofluorescencias).
- ✓ Atención a otro tipo de pruebas.
- ✓ Informe de petición con información clínica.
- ✓ Tiempo de espera post-intervención (evitar caídas).
- ✓ Informe clínico quirúrgico y posibilidad de contacto en caso de complicación.

Figura 2 Checklist en cirugía dermatológica.

Fuente: elaboración propia, Servicio de Responsabilidad Profesional (SRP): Arimany Manso-Martin Fumadó-Mascaró.

más bien, de actuar de determinada manera, es decir, con arreglo a la *lex artis*⁴¹.

Respecto a la tele dermatología, si bien el uso de la misma como acto médico está respaldado por la Academia Americana de Dermatología y por la Academia Española de Dermatología y Venereología, siempre que forme parte integrante de un proceso asistencial implantado (acto médico), es cierto que se ha sugerido una menor seguridad diagnóstica y un mayor número de diagnósticos erróneos en atención médica especializada. Cabe pues, como tecnología emergente, ser cautos en su uso, ya que existen aspectos legales

POTENCIAL ERROR	POTENCIAL SOLUCIÓN
Error en la localización de la extirpación del cáncer cutáneo o de localización de la biopsia cutánea	Fotografía clínica y dermatoscopia
Técnica quirúrgica errónea (biopsia parcial, «shave», «punch»)	Si es posible, escisión. Evitar en la medida de lo posible los «shaving» en nevus melanocíticos que pueden tener gran trascendencia diagnóstica
Medio de conservación de la muestra erróneo y etiquetado incorrecto Procesado histológico	Varios profesionales que confirmen y revisen el mismo proceso. Controles de calidad del proceso
Transporte de la pieza	Clarificar si es el clínico o el paciente el que remite la muestra al laboratorio
Error de interpretación del patólogo	Comunicar dudas diagnósticas al clínico Solicitar segunda opinión Derivación de la pieza a un centro de referencia
No comunicación al médico (pérdida del informe/error de identificación del paciente/traspapele)	Establecer un método estandarizado de aviso/recuerdo (sería conveniente firmar un documento)
No comunicación al paciente (el paciente tiene derecho a tener una copia del informe histopatológico y si lo desea el bloque de parafina y laminillas histológicas)	Controlar mediante algún método estandarizado la entrega del informe, bloque y laminillas al paciente
(no acude a la consulta/médico no informa)	

Figura 3 Errores potenciales más comunes y potenciales soluciones en relación a las biopsias cutáneas. Fuente: figura modificada de Hansen et al.⁴⁵.

pendientes de resolver⁴² y debe hacerse un uso racional de ella, de acuerdo con lo que establecen al respecto las sociedades científicas⁴³.

Además de las situaciones mencionadas hasta ahora en este apartado, destacan de manera muy relevante los posibles riesgos derivados de dos casos que requieren especial atención: el melanoma cutáneo y la biopsia cutánea. La biopsia cutánea con examen histopatológico debe hacerse ante cualquier extirpación de una lesión cutánea, constituyendo un elemento de SC^{44,45}. La figura 3 expone los errores potenciales más comunes y las potenciales soluciones. También debe hacerse mención a los casos de procedimientos quirúrgicos realizados bajo anestesia local en consultas externas, donde es necesario una anamnesis previa por la posibilidad de posibles reacciones adversas⁴⁶.

Finalmente, cabe destacar que actualmente muchos pacientes consultan en internet sus problemas y el médico debe saber manejar la situación aclarando ideas, exponiendo que las promesas y consejos son frecuentemente falsos e incluso contrarios a lo que conviene en su caso particular. Así mismo, debe aclarar que, en caso de complicaciones, debe comunicárselo a él y no seguir la indicación que internet le sugiera.

Especial atención al melanoma cutáneo

Soslayando el carcinoma de células de Merkel, de frecuencia significativamente menor, el MC es el cáncer de piel de peor pronóstico y que afecta a población más joven. Actualmente en Estados Unidos es el quinto cáncer más frecuente en

hombres (6% de todos los cánceres) y el sexto en mujeres (4% de todos los cánceres)⁴⁷. Si bien en los últimos 5 años se ha producido un cambio substancial en el pronóstico de los pacientes con melanoma metastásico, gracias a las nuevas terapias sistémicas diana e inmunoterapia que permiten prolongar la supervivencia media más de 2 años⁴⁸, cabe asimismo señalar que si bien aún no se ha conseguido demostrar en estudios longitudinales prospectivos que el diagnóstico precoz mejore la supervivencia global⁴⁹, esta no sería el único objetivo y, por otra parte, está demostrado el beneficio del diagnóstico precoz mediante la dermatoscopia manual o digital y sistemas de acceso rápido sobre indicadores proxy de supervivencia (Breslow estadio T) que hoy en día ayudan al dermatólogo en el pronto y más acertado diagnóstico, permaneciendo estable dicha supervivencia, a diferencia de lo que ha ocurrido con otros tipos de cánceres.

Por otro lado, a pesar de que las nuevas técnicas que se utilizan hoy en día en el diagnóstico histopatológico del melanoma y las lesiones melanocíticas resultan de gran ayuda, en la mayoría de los casos de melanoma el diagnóstico es morfológico, y en los casos difíciles o complejos la combinación de la información clínica, la morfología y los estudios moleculares complementarios ayuda a establecer el diagnóstico de la lesión en cuestión⁵⁰, siendo aún el factor pronóstico más importante el índice de Breslow.

Así pues, el hecho de que su incidencia esté en aumento en los últimos años, los datos del propio SRP, así como la existencia de abundante jurisprudencia y literatura científica en relación a procedimientos relacionados con casos de MC, dan fe de que también es una de las patologías más relacionadas con reclamaciones en nuestro contexto. Ello obliga

a dedicar más esfuerzos en la aplicación de estrategias de SC individualizadas en relación con las actuaciones médicas que tratan este tipo de patología. Dichas estrategias deberían ir encaminadas a un mejor control de los pacientes, con cribados de acuerdo con las recomendaciones de las guías actuales, aumentando la conciencia a nivel poblacional y también entre dermatólogos y promoviendo la extirpación de cualquier lesión con criterios clínicos y dermatoscópicos de sospecha.

Recomendaciones para evitar una reclamación en dermatología

El ejercicio clínico de los facultativos está sujeto a un riesgo inherente de reclamación y, por tanto, el acto médico del dermatólogo debe seguir una serie de recomendaciones para prevenir una reclamación, entre las que destacamos:

- a) El uso de guías de práctica clínica, que aseguran el cumplimiento de la *lex artis* y, en consecuencia, suponen un instrumento muy útil para la mejora de la SC y, por supuesto, para evitar reclamaciones.
- b) Ser exhaustivo en los datos que se incluyen en la historia clínica de los pacientes (también en los soportes electrónicos)⁵¹.
- c) Recordar que ante procedimientos quirúrgicos o diagnósticos invasivos es necesario el consentimiento personalizado del paciente mediante el DCI⁵².
- d) La realización de biopsia cutánea requiere el seguimiento del circuito y del diagnóstico final.
- e) En cirugía dermatológica es aconsejable el seguimiento de un checklist previo a la intervención (fig. 2).
- f) Ante medicaciones con similares indicaciones, siempre que sea posible, debe usarse la de menor riesgo, y en medicaciones potencialmente teratogénicas debe solicitarse el DCI.
- g) En el ámbito hospitalario se estima necesario la colaboración con las unidades de gestión de riesgos.
- h) En los casos complejos y de controversia clínica es indispensable realizar interconsultas o sesión clínica, haciendo constar en la historia clínica las decisiones consensuadas y las controversias de cada caso.
- i) La dermatoscopia debe incluirse en el proceso estándar de valoración de cualquier lesión cutánea, tanto pigmentada como no pigmentada.
- j) Al tratarse de un supuesto de la denominada medicina satisfactiva, en dermatología cosmética es preciso orientar el proceso de información de manera específica, clarificando de antemano la posibilidad real de resultados.

En definitiva, el aumento de competencias en los procedimientos quirúrgicos y la implementación de protocolos⁴⁵, así como un flujo libre y honesto de comunicación entre el clínico y el patólogo, un riguroso control del rastro del tejido desde el consultorio clínico hasta el laboratorio, estrategias o mecanismos integrales de calidad en los laboratorios de histopatología, cuidadosas interpretaciones patológicas que reconozcan las limitaciones del arte y la ciencia que aplicamos a nuestra disciplina, y una revisión integral que fuera abierta y transparente para los profesionales clínicos son

las mejores líneas de defensa en un entorno litigioso³⁷, de acuerdo con los principios de la SC.

Tampoco deben olvidarse las recomendaciones generales en la práctica de la medicina para evitar reclamaciones en dermatología. Se recomienda así evitar hablar mal de los colegas, aprender de los errores (análisis de riesgos y gestión de errores) a través del estudio de casos de RPM, una mayor formación medicolegal⁵³, uso de checklists para comprobar el cumplimiento de los estándares de seguridad, promover las exploraciones, intervenciones y tratamientos con el menor riesgo posible e informar al paciente, dejando constancia escrita en la historia clínica del paciente. Tampoco debe olvidarse el seguimiento de estrategias relacionadas con la satisfacción del paciente, dado que dicha satisfacción afecta a los resultados clínicos y a la prevención de reclamaciones por mala praxis médica⁵⁴.

Conclusiones

La dermatología es una especialidad de bajo riesgo de reclamación. Dicha baja siniestralidad puede ser debida al poco riesgo quirúrgico, dado que la mayoría de intervenciones se realizan con anestesia local y que la patología cutánea mayoritariamente no comporta riesgo vital, excepto el MC. En el MC existen dificultades diagnósticas, tanto clínicas como histopatológicas. También debe prestarse atención a las nuevas formas de atención dermatológica (consultas virtuales, etc.), a la dermatología cosmética, incluida en el concepto de medicina satisfactiva, así como a las nuevas doctrinas jurídicas, como la pérdida de oportunidad. En cualquier caso, las dos prácticas de mayor resultado en cuestión de SC y de prevención de reclamaciones por RPM son mantener una buena relación con el paciente y su entorno y hacer constar todo lo que suceda en relación con el proceso y con el paciente en la historia clínica.

Un buen médico puede verse inmerso en un procedimiento por un error médico (cierto o no cierto, a causa de un error propio o de otro). Este error puede derivar en un síndrome clínico-judicial, un procedimiento judicial o una inhabilitación por condena. El conocimiento de las causas de error y de sus consecuencias puede ser de gran utilidad para la prevención. Las políticas de SC van encaminadas hoy en día en este sentido^{55,56}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
2. De Las Heras-Alonso ME, Aranaz-Andrés JM. *Primum non nocere or how to create a culture of patient safety*. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:269–74.
3. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. *La importancia de la seguridad clínica*. *Med Clin (Barc)*. 2017;148:405–7.
4. Adler NR, Adler KA, Grant-Kels JM. *Doctors' mental health, burnout, and suicidality: Professional and ethical issues in the workplace*. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:1191–3.

5. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos medicolegales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:152–6.
6. Kornmehl H, Singh S, Adler BL, Wolf AE, Bochner DA, Armstrong AW. Characteristics of medical liability claims against dermatologists from 1991 through 2015. *JAMA Dermatol*. 2018;154:160–6.
7. Pierce RR, Martell DW. Ablative lasers: 24 years of medical malpractice cases in the United States. *Dermatol Surg*. 2018;44:730–1.
8. Brown JP. Toward an economic theory of liability. *J Legal Stud*. 1973;2:323–49.
9. Meyer DJ, Simon RI. Psychiatric malpractice and the standard of care. En: Simon RI, Gold LH, editores. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004. p. 185–203.
10. Ryan M. Medical malpractice: A review of issues for providers. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2002;16:1331–50.
11. Brendel RW, Schouten R. Legal concerns in psychosomatic medicine. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30:663–76.
12. STS 2209/1991, de 11 de marzo de 1991. Sala Civil.
13. Corbella J. La responsabilitat del metge i de les institucions sanitàries. Discurso de ingreso en al Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona 1985.
14. Arimany-Manso J, Vizcaíno M, Gómez-Durán EL. El síndrome clínico judicial: el impacto de los procedimientos judiciales en los médicos. *Med Clin (Barc)*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2018.02.017>. En prensa.
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. pp. 40126-40132.
16. Gómez-Durán EL, Saigí-Ullastre U, Bruguera-Villagrasa R, Arimany-Manso J. Sobre la desviación del espíritu del consentimiento informado y otras reflexiones de interés en los ensayos clínicos. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:558–9.
17. Arimany-Manso J. La responsabilidad profesional en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:788–90.
18. Gómez-Durán EL, Ferran-Ballús B, Torrent Jansà L, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Accesibilidad a documentos de consentimiento informado a través de las sociedades científicas. *Rev Esp Med Legal*. 2016;42:67–71.
19. STS 877/97, de 11 de febrero de 1997. Sala Civil.
20. Andreu Tena E, Azparren Lucas A, Donat Laporta E. Estudio jurisprudencial en medicina satisfactoria. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39:162–7.
21. STS 279/2012, de 16 de enero de 2012. Sala Civil.
22. Mascaró JM. La ética y la estética en dermatología cosmética (soliloquio sobre normas y derechos a una juventud aparente). *Actas Dermosifiliogr*. 2001;92:124–6.
23. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ*. 2000;320:768–70.
24. Lydiatt DD. Medical malpractice and cancer of the skin. *Am J Surg*. 2004;187:688–94.
25. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Arimany-Manso J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to research in medical liability. *Int J Legal Med*. 2013;127:1051–3.
26. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365:629–36.
27. Moshell AN, Parikh PD, Oetgen WJ. Characteristics of medical professional liability claims against dermatologists: Data from 2704 closed claims in a voluntary registry. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:78–85.
28. Ogawa S, Isogawa N, Ushiro S, Ayuzawa J, Furue M. Dermatological legal claims in Japan. *J Dermatol*. 2008;35:426–32.
29. Carney PA, Frederick PD, Reisch LM, Knezevich S, Piepkorn MW, Barnhill RL, et al. How concerns and experiences with medical malpractice affect dermatopathologists' perceptions of their diagnostic practices when interpreting cutaneous melanocytic lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:317–24.
30. Arimany-Manso J, Gómez-Durán EL, Aubia-Marimon J. Las reclamaciones sobre responsabilidad profesional por especialidades en un escenario diferente al estadounidense. *Gac Sanit*. 2013;27:92–3.
31. Arimany Manso J, Pujol Robinat A. Aspectos medicolegales de la malpraxis en dermatología. *Piel*. 1994;9:16–22.
32. Read S, Hill HF 3rd. Dermatology's malpractice experience: clinical settings for risk management. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:134–7.
33. Dandekar M, Lowe L, Fullen DR, Johnson TM, Sabel MS, Wong SL, et al. Discordance in histopathologic evaluation of melanoma sentinel lymph node biopsy with clinical follow-up: Results from a prospectively collected database. *Ann Surg Oncol*. 2014;21:3406–11.
34. Shoo BA, Sagebiel RW, Kashani-Sabet M. Discordance in the histopathologic diagnosis of melanoma at a melanoma referral center. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:751–6.
35. Ong S, Coulson IH. Legal claims in English dermatological practice. *Br J Dermatol*. 2011;164:217–9.
36. Piérard GE, Piérard-Franchimont C, Delvenne P. Simulants of malignant melanoma. *Oncol Rev*. 2015;9:278.
37. Crowson AN. Medicolegal aspects of neoplastic dermatology. *Mod Pathol*. 2006;19 Suppl 2:S148–54.
38. Troxel DB. Trends in pathology malpractice claims. *Am J Surg Pathol*. 2012;36:e1–5.
39. Drummond Drummond A, Kane D, Bilstand D. Legal claims in Scottish National Health Service Dermatology Departments 1989-2001. *Br J Dermatol*. 2003;149:111–4.
40. Bruguera M, Gómez-Durán EL, Arrizabalaga P, Arimany-Manso J. Reclamaciones por presunta malpraxis. ¿Existen diferencias entre médicos varones y mujeres? *Med Clin*. 2014;143:420–1.
41. Saigí-Ullastre U, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Cuantificación de la pérdida de oportunidad en responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal*. 2013;39:157–61.
42. Romero G, Garrido JA, García-Arpa M. Telemedicina y teledermatología (I): concepto y aplicaciones. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:506–22.
43. Moreno-Ramírez D, Romero-Aguilera G, Pasquali P, Vaño S, Ríos-Buceta L, Malveyh J, et al. Posicionamiento de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre la teledermatología. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:4–5.
44. Lehmann L, Wesselmann U, Weber B, Smentkowski U. Medical error analysis in dermatology according to the reports of the North Rhine Medical Association from 2004-2013. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:903–8.
45. Hansen TJ, Lolis M, Goldberg DJ, MacFarlane DF. Patient safety in dermatologic surgery: Part I. Safety related to surgical procedures. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:1–12.
46. Kouba DJ, LoPiccolo MC, Alam M, Bordeaux JS, Cohen B, Hanke CW, et al. Guidelines for the use of local anesthesia in office-based dermatologic surgery. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:1201–19.
47. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018;68:7–30.
48. Puig Sardá S. Novedades dermatológicas en el diagnóstico histopatológico y nuevos tratamientos del melanoma. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:1–2.
49. Curiel-Lewandrowski C, Kim CC, Swetter SM, Chen SC, Halpem AC, Kirkwood JM, et al. Survival is not the only

- valuable end point in melanoma screening. *J Invest Dermatol.* 2012;132:1332-7.
50. Nagarajan P, Tetzlaff MT, Curry JL, Prieto VG. Use of new techniques in addition to IHC applied to the diagnosis of melanocytic lesions, with emphasis on CGH, FISH, and mass spectrometry. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:17-30.
 51. López-Estebarez JL, Castilla-Castellano V. Historia clínica en soporte electrónico: experiencia de un servicio de Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:374-85.
 52. Valcuende Cavero F, Iglesias Valcuende M, Diaz Diaz RM. Actualización del consentimiento informado en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:569-73.
 53. Pujol-Robinat A, Martín-Fumadó C, Giménez-Pérez D, Medallo-Muñiz J. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Rev Esp Med Legal.* 2013;39:135-41.
 54. Prakash B. Patient satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg.* 2010;3:151-5.
 55. Mascaró JM. L'error mèdic. Consideracions sobre les seves causes i conseqüències. *Rev R Acad Med Catalunya.* 2003;18:75-9.
 56. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf.* 2012;21:267-70.