

# Errores en medicina ¿Cómo medirlos y cómo publicarlos?

*Dr. Guillermo Domínguez Cherit, Dra. Lourdes Espinosa Pérez*

En los últimos años ha habido una mayor demanda en la mejora de la seguridad de los pacientes, una petición sumamente necesaria. En el año de 1999, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) publicó un reporte titulado "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro", en éste, se estimó que ocurren de 44,000 a 98,000 muertes anuales atribuidas directamente a errores médicos prevenibles.<sup>1</sup> A raíz de este impactante resultado, innumerables reportes han sido realizados para un mejor estudio sobre el tema, además de que se han creado diversos proyectos para sistematizar métodos que promuevan el reporte de errores médicos o "casi omisiones" por el personal de salud encargado del cuidado de los pacientes. Al utilizar como estándar de oro los sistemas de reportes de errores de diversas instituciones en EUA, como la NASA, se asume que, si un sistema es anónimo, no sancionador y con el mayor beneficio para el paciente, el personal de salud reportará un error de manera voluntaria.<sup>2</sup> Se puede definir *error* como una equivocación hecha en el proceso del cuidado de un paciente que resulta en, o tiene el potencial de causar daño a éste.

Un error médico puede ser el incumplimiento de un plan terapéutico como se pretendía o el uso de un plan erróneo para lograr un objetivo. Ya sea el resultado de una acción realizada (error de comisión) o no realizada (error de omisión). Un incidente consiste en un evento inesperado o no anticipado e inconsistente con el cuidado de rutina de un paciente en particular, que puede o llevó a, un daño no intencionado o innecesario a una persona, a una queja, a una pérdida o a un daño específico. La "casi omisión" se refiere al error que no causó daño, pero estuvo a un paso de hacerlo. El evento adverso implica un daño ocasionado por una intervención médica. El evento adverso preventible es el daño que pudo ser evitado a través de una planeación razonable y una ejecución adecuada de una acción.<sup>3</sup>

La mayoría de los errores médicos no son causados por personal incompetente o irresponsable, sino el resultado de diversos factores coincidentes y equivocaciones que ocurren a diferentes niveles de la organización. Algunos de estos factores son a nivel del paciente, de la tarea, del proveedor, del equipo de cuidado,

del ambiente, o incluso de la institución.<sup>3</sup> Para lograr la mejora en la seguridad y en la calidad de la atención del paciente, es necesario entender por qué ocurren los errores médicos y cómo es que pueden dañar a los pacientes. Hay 4 factores que contribuyen a que los errores médicos causen daño: 1) la posibilidad humana de cometer errores, 2) la complejidad del sistema de salud, 3) las deficiencias del sistema y 4) la vulnerabilidad de las barreras protectoras. Los errores son parte de la condición humana, no pueden prevenirse por el hecho de esforzarse más, es necesario que haya cambios en el sistema para hacer más difícil el equivocarse y más fácil hacer lo correcto. La complejidad del sistema de salud genera múltiples e inesperadas interacciones que hacen que ciertos errores sean inevitables; una estrategia para disminuir este riesgo es simplificar y estandarizar los procesos de cuidado. A pesar de ser un sistema complejo, el sistema de salud tiene ciertas deficiencias que pueden coincidir y sumarse a los aspectos previos para incurrir en el error. Debido a esta interacción se han instalado barreras operacionales o protectoras para reducir la probabilidad de que los errores resulten en accidentes o daños a los pacientes. En el sistema de salud, estas barreras protectoras pueden ser limitantes físicas (conectores incompatibles) o de procedimiento (necesidad de TAC para realizar procedimiento quirúrgico) diseñadas con el único propósito de interceptar los errores antes de que causen daño en el paciente.<sup>4</sup> Este modelo fue conceptualizado por el psicólogo inglés, Reason, como la teoría del error del queso suizo: en la que, ninguna barra es perfecta y posee vulnerabilidades inherentes y bajo las circunstancias erróneas puede ser atravesada por la "trayectoria" del error, es decir, cuando los defectos potenciales en cada una se alinean de manera adversa o indeseada, el error no será desviado y resultará en daño para el paciente.<sup>5</sup> Las barreras al cuidado del sistema de salud deben ser examinadas para reducir, si es que no se pueden eliminar, las vulnerabilidades y así evitar que los errores causen daño al paciente.<sup>4</sup>

El análisis de los errores médicos ha generado una enormidad de literatura en años recientes, con la ayuda de formatos de reporte de incidentes (en menor medida) y con el uso de tecnologías nuevas para la adqui-

sición de conocimiento y habilidades médicas, se ha logrado detectar y disminuir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente. El análisis de los errores debe ser primero, para prevenir, si es que aún es posible recurrencias a futuro, una investigación rigurosa y el análisis de los factores contribuyentes. En segundo lugar, los pacientes una vez dañados tienen el derecho a conocer la situación hasta donde sea posible, cuáles fueron las causas y qué se está haciendo al respecto, muchos pacientes están preocupados por las acciones que puedan llevarse a cabo para remediar lo sucedido o prevenir otro paciente de un evento similar; aunque la comunicación puede tener implicaciones terapéuticas, la justificación primaria es la obligación ética de informar completamente al paciente perjudicado. En tercer lugar, las instituciones médicas tienen la obligación ética para futuros pacientes, en otras instituciones de identificar los riesgos y difundir la información para encontrar remedios.<sup>17</sup>

La simulación médica ha sido pilar fundamental para el desarrollo del conocimiento y las habilidades médicas necesarios para un mejor desenvolvimiento en la medicina en general. Con el uso de simuladores médicos se puede generar un ambiente médico simulado y muy apegado a la realidad, en el cual la seguridad del paciente está 100% asegurada y al mismo tiempo se provee de un escenario para el personal médico que trata de representar una situación a la que podría enfrentarse en cualquier momento y si no se tiene la preparación adecuada puede tener un desenlace lamentable e irreversible. La simulación permite una organización adecuada del personal, de la tecnología y de los procesos. Permite un entrenamiento multidisciplinario simultáneo, promueve el trabajo en equipo y un mejor manejo de los recursos materiales y humanos. Una de las principales ventajas de la simulación médica, es la capacidad que tiene para reproducir las veces necesarias un procedimiento o situación y más aún su registro o evaluación, para posteriormente ser analizado por el grupo o el mismo ejecutor de la actividad. En la cuestión de la evaluación de los errores médicos es útil, no únicamente para detección de errores en la realización de procedimientos, sino también para las situaciones de urgencias o inesperadas y que impliquen el seguimiento de ciertos pasos, que por causas inherentes a la situación (estrés, inseguridad de conocimiento, fatiga, etc.) encaminen a cometer un error. La simulación permite ver en qué punto en específico se cometió el error, qué factores contribuyeron e intervieron, qué se hizo en el momento para prevenir un mayor daño y de qué manera responde el equipo que se encuentra en ese momento. Mediante este tipo de análisis es posible generar un sistema de alerta o cuidado sobre los puntos más vulnerables de un proceso o procedimiento y difundirlo para poder evitarlo o en dado caso prevenir un daño mayor.<sup>6-15</sup>

Aunque no sea posible prevenir o evitar los errores médicos, es posible analizarlos y aún más importante es comunicarlos a las personas perjudicadas y al personal indicado para que el enriquecimiento obtenido de la

experiencia no quede oculto ni mucho menos sin difundir. Cuando un evento adverso ocurre, las personas perjudicadas quieren una explicación o una disculpa y además saber qué medidas se están llevando a cabo para prevenir su recurrencia. En la medicina es un tema complejo, debido a los antecedentes históricos propios a ésta. En el siglo XIX, la enseñanza y práctica de la medicina en América era ecléctica, heterogénea e incluía enfoques homeopáticos, científicos, osteopáticos y psicomédicos. Las habilidades especiales que entonces poseían los médicos, o se creía tenían, les otorgaba una superioridad inexpugnable, esto le brindó a la medicina una superioridad científica, que con el tiempo limitó las oportunidades para su estudio por su elitismo profesional. Una de las estrategias del neurocirujano Harvey Cushing para promover la excelencia y enseñar a sus colegas fue la publicación de sus éxitos, así como de sus fracasos. La comunicación de errores médicos a los pacientes por parte del personal médico está sustentada por diversas teorías éticas, que van desde las acciones que benefician más de lo que pueden dañar hasta el deber del médico de ser sincero con el paciente. Detrás de esta última se encuentra el principio de autonomía, que abarca los derechos del paciente para recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada y educada sobre su cuidado. Se dice que cuando un médico no comunica el error o falta en la que ha incurrido, amenaza la confianza inherente que hay en la relación médico-paciente y por lo tanto está poniendo sus propios intereses por encima de los del paciente. El deber fiduciario es en el que los profesionales tienen un deber particularmente exigente de asegurar que sus decisiones y acciones sirvan al bienestar de sus pacientes, aun a algún costo de los mismos profesionales. Hay quienes proponen que esta vulnerabilidad del paciente sea la base para que el deber fiduciario de informar los errores médicos sea inmediatamente después de ocurridos, basados en que tienen el mismo derecho a la información después de ocurrido un evento que justo antes de un procedimiento, sin esto, a los pacientes se les niega la oportunidad de un manejo médico específico, que puede a su vez causar más daño, contraviniendo con el principio de no maleficencia. También se les niega la opción de cambiar de médico, comprometiendo su autonomía e incluso sus derechos civiles si existe un estatuto de ley restringido. La implicación legal que pueda tener el no comunicar los incidentes tendrá impacto en una litigación futura. En un juicio de práctica creado con dos grupos de jueces y diseñado para evaluar el impacto de la comunicación de incidentes en el veredicto del jurado, independientemente de si hubo o no comunicación de los incidentes, los jueces atribuyen responsabilidad al hospital, pero en circunstancias diferentes. En la situación que no hubo comunicación de los incidentes, el jurado sospechó que hubo encubrimiento de alguna manera y el castigo fue severo. En contraste, en la situación que sí hubo comunicación de los incidentes, el jurado se sorprendió por la honestidad del hospital y la sentencia fue menos punitiva. El

primer grupo se enfocó en el grado del daño, mientras que el segundo lo hizo con un enfoque a la causa. Expertos señalan que el hecho de comunicar el evento provee una oportunidad de conversar, lo que genera una disminución o facilidad de otro recurso médico para el manejo de la condición médica resultante del paciente y no en demanda. Lo que los pacientes esperan después de un incidente es una comunicación explícita de lo ocurrido, que les expliquen cuál fue el error, cómo ocurrió y lo que se hará para prevenir recurrencias y en muchas ocasiones, una disculpa como aspecto más esperado.<sup>16-18</sup>

El objetivo del análisis de los errores médicos es descubrir los múltiples factores que contribuyen al evento y cuando sea posible desarrollar cambios en el sistema para hacerlos menos probable de que ocurran. Por esta razón los comités o individuos responsables del análisis deben trabajar en cercanía con los encargados de efectuar los cambios institucionales sistémicos. También es necesario implementar mecanismos para el cambio en los sistemas y para su evaluación objetiva y así poder determinar si ha mejorado el resultado. Los hospitales tienen la obligación interna de entender rigurosamente el evento para poder prepararse adecuadamente en caso de una litigación. El análisis productivo y la enseñanza adquirida de un evento, requieren que la institución tenga políticas bien establecidas y procedimientos para investigar y analizar los eventos.

## Referencias

1. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health care system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. Andrus CH, Villaseñor EG, Kettelle JB et al. "To Err is Human": Uniformly reporting medical errors and near misses, a naïve, costly, and misdirected goal. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 911-918.
3. Pronovost PJ, Thompson DA, Holzmueller CG, et al. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin* 2005; 21: 1-19.
4. Gluck P. Medical error theory. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; 35: 11-17.
5. Shojania K, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *Med Clin N Am* 2002; 86: 847-867.
6. Nishisaki A, Keren R, Nadkarni V. Does simulation improve patient safety?: Self-efficacy, competence, operational performance and patient safety. *Anesthesiology Clin* 2007; 25: 225-236.
7. Ogden P, Cobbs L, Howell M, et al. Clinical simulation: importance to the internal medicine educational mission. *American Journal of Medicine* 2007; 120: 820-824.
8. Bradley P, Postlethwaite K. Simulation in clinical learning. *Med Ed* 2003; 37(Suppl 1): 1-5.
9. Murray D, Boulet J, Avidan M, et al. Performance of residents and anesthesiologist in a simulation-based skill assessment. *Anesthesiology* 2007; 107: 705-13.
10. Gaba D. Two examples of how to evaluate the impact of new approaches to teaching. *Anesthesiology* 2002; 96: 1-2.
11. Jonhson L, Patterson M. Simulation education in emergency medical services for children. *Clin Ped Emerg Med* 2006; 7: 121-127.
12. Steadman R, Coates W, Ming Y, et al. Simulation-based training is superior to problem-based learning for the acquisition of critical assessment and management skills. *Crit Care Med* 2006; 34: 151-157.
13. Berkenstadt H, Erez D, Munz Y, et al. Training and assessment of trauma management: the role of simulation-based medical education. *Anesthesiology Clin* 2007; 25: 65-74.
14. Ziv A, Root Wolpe P, Small S, et al. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine* 2003; 78: 783-788.
15. Murray D. Clinical skills in acute care: a role for simulation training. *Crit Care Med* 2006; 34: 252-253.
16. Matlow A, Stevens P, Harrison C, LAXER R. Disclosure of medical errors. *Pediatr Clin N Am* 2006; 53: 1091-1104.
17. Institute for Healthcare Improvement. When things go wrong: responding to adverse events. Disponible en línea en: <http://ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Literature/Literature/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.htm> Revisado el 19 de enero de 2010.
18. Weiss P, Miranda P. Transparency, apology and disclosure of adverse outcomes. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; 35: 53-62.