

Factores humanos y error médico

Dr. Mario Peñaloza-Guadarrama*

* Cirujano Cardiovascular del Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Pemex. Docente de UVM Medicina, Coyoacán.

ANTECEDENTES

Hace menos de un año, un artículo publicado en *British Medical Journal*, sostuvo que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de la enfermedad cardiovascular y el cáncer. En los 90, el Instituto de Medicina de los EUA llamó la atención con cifras alarmantes de daños a la salud derivados y/o relacionados con la atención médica en ese país. La atención a la salud es insegura. En esa fecha según el reporte de «Errar es humano» del Instituto de Medicina (IM), más de un millón de personas sufrieron algún grado de daño por atención médica, y 98,000 mueren al año, resultado de errores médicos. El IM y otros organismos hicieron esfuerzos para abatir el problema en 50%, proyectado a cinco años. A la fecha muchos pacientes continúan sufriendo daños en todos los continentes. Nuestra vida médica parece un pequeño universo, distintos estados, distintas escuelas de formación, distintos hospitales pero bajo un mismo sistema de salud con fallas por insuficiente o deficiente dotación de recursos técnicos, humanos y materiales. El error médico ha sido definido como un acto no intencional (ya sea por omisión o comisión) que no logra el resultado esperado o la falla en la acción planeada completada e intencionada (error en la ejecución). El uso de un plan equivocado (error de planeamiento) o la desviación de un proceso de cuidado que puede o no causar daño al paciente. Lo que hagamos o dejemos de hacer repercute en un individuo, familia, población e incide en el país, «teoría del aleteo de la mariposa». «Decidir hacer» es una decisión, y el «decidir no hacer» también es una decisión, muchos errores en el ámbito médico, tienen su origen en la toma de decisiones a nivel directivo. El proceso administrativo tiene etapas, que se dividen en planeación, dirección, organización y control. La génesis de un error o cadena de errores suele iniciar en cualquier etapa o en varias etapas de este proceso, y la ausencia de mecanismos de control, culmina en un evento

o efecto indeseable o adverso, con daño, lesión, pérdida de la función o muerte del individuo. Con certeza el mayor peso específico se apoya en la fase de control. El objetivo de esta función administrativa es la de ver que todo se haga conforme fue planeado y organizado, según las órdenes dadas, para *identificar los errores o desvíos con el fin de corregirlos y evitar su repetición*. La falta de apego a la «lex artis» en las actividades médicas y quirúrgicas condiciona a error potencial. El error médico es la conducta profesional inadecuada que supone una inobservancia técnica, capaz de producir daño a la vida o agravio a la salud de otros, mediante impericia, imprudencia o negligencia. No hay error médico sin daño o agravamiento de la salud de terceros. El error médico puede ser clasificado como la prioridad más urgente a ser resuelta por su incidencia e impacto. Si nos apegamos a la premisa «el que tiene más y mejor información toma mejores decisiones», entonces es claro que el que más estudia, más opera, más anestesiología da y más pacientes ha visto, va construyendo esa mezcla de teoría y práctica, entonces más experiencia posee y por lo tanto tiene menos riesgo de fallar. No consideramos en estas líneas el error que cometemos por falta de información, o información errónea. Lo más grave ya en quirófano, donde la duda surge cuando, anestesiólogos y/o cirujanos, estudiosos, dedicados, conscientes, tropezamos con el error, lo debemos identificar, resolver, registrar y desarrollar mecanismos de control. El «exceso de confianza», es uno de los factores humanos más comunes y sistemáticos identificados dentro y fuera del quirófano. El exceso de confianza se podría definir como excederse en una falsa seguridad de que se posee experiencia profesional, resultante de algunas décadas de práctica médica, y que se aumenta con una convicción temeraria de dominar procedimientos y técnicas ya consagradas por el tiempo y la sensación de relativa impunidad. De todas las Áreas de un Hospital, el escenario de choque de mayor registro de errores es el quirófano. Los malos resultados operatorios, conducen

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

a la muerte de pacientes y pueden ser investigados como accidentes porque los procedimientos anestésicos-quirúrgicos son riesgosos y comparten similitudes con otras actividades riesgosas como la industria aeroespacial, las plantas nucleares y las industrias químicas. En dichas actividades riesgosas, los errores humanos varían entre el 30 y 90% de los casos. Una de las teorías más populares sobre accidentes, formulada por James Reason y su modelo de Queso Suizo, establece que los errores a menudo se originan de la unión de fallas latentes o activas y en la omisión de observar mecanismos de defensa, precauciones o barreras. Los accidentes o fallas activas consisten en actos imprudentes cometidos por los efectores del sistema, sean pilotos, controladores del tráfico aéreo, maquinistas de trenes, anestesistas, cirujanos, enfermeras, etc. Las fallas latentes se originan habitualmente en decisiones erróneas tomadas por los más elevados niveles de la organización, las consecuencias dañinas de las fallas latentes pueden permanecer dormidas o inaparentes durante mucho tiempo para hacerse evidentes sólo cuando se combinan con fallas activas y con factores desencadenantes locales capaces de penetrar o eludir las defensas del sistema. Una vez que se abre la grieta del error, puede continuar hasta que culmina con daño o muerte del paciente. Esa grieta (del comportamiento, carácter, toma de decisiones del médico), inicia en debilidades atribuibles a la naturaleza humana por ser un «sistema abierto», esas debilidades las conocemos como «factores humanos» (FH). El término FH, se aplica originalmente a

la interacción humano-máquina, con el objeto de mejorar la seguridad y la utilidad a través del mejor diseño. Los factores humanos abarcan implicaciones sociológicas y psicológicas, del conocimiento del comportamiento del individuo y de la interacción en grupo o equipo, y estos con la tecnología. La importancia del conocimiento y la investigación de los FH, radica en la posibilidad de aplicar y extrapolar este conocimiento al Área de Quirófanos, donde el campo es tan amplio y similar a un centro de operaciones militares en el campo de batalla, un centro de control de una planta nuclear, o una tripulación aérea.

Para lograr una práctica con menos errores, se deben conjuntar múltiples esfuerzos: personales, institucionales, formativo-educativos, y gubernamentales.

1. El personal: en reflexionar frente a cada error y crear las condiciones que mejor puedan prevenirlo.
2. Institucional: la organización, necesita saber lo que debería estar haciendo para cumplir con sus objetivos en relación al error, prevenirlo, disminuirlo y si es posible eliminarlo.
3. Formativo-educativos: educar desde pregrado sobre error médico, y en postgrado privilegiar la educación sobre escenarios de alto riesgo-controlados (el quirófano en la práctica «*in vivo*» con supervisión sistemática directa). Esto es hacer simulación controlada «*in vivo*».
4. Gubernamentales: mejorar las condiciones de trabajo y salario del personal médico y de enfermería.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;—353:i2139.
- Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:424-428.
- Meirelles JC. Error médico. Editorial BF, Buenos Aires Argentina. 2016.
- Phipps D, Meakin GH, Beatty PC, Nsoedo C, Parker D. Human factors in anaesthetic practice: insights from a task analysis. *Br J Anaesth*. 2008;100:333-343.
- Helmreich RL, Davies JM. Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. *Baillire's Clinical Anaesthesiology*. 1996;10:277.
- La Controversia Kuhn-Popper en torno al Progreso Científico y sus posibles aportes a la Enseñanza de las Ciencias. En: Popper, Karl R. Conjeturas y refutaciones; el desarrollo del conocimiento científico. Barcelona: Paidós. 1994. p. 264.
- Russ AL, Fairbanks RJ, Karsh BT, Militello LG, Saleem JJ, Wears RL. The science of human factors: separating fact from fiction. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:802-808.
- Spiess BD. Human error in medicine: change in cardiac operating rooms through the FOCUS initiative. *J Extra Corpor Technol*. 2011;43:P33-P38.
- Shouhed D, Gewertz B, Wiegmann D, Catchpole K. Integrating human factors research and surgery. *Arch Surg*. 2012;147:1141-1146.
- Reason J. Safety in the operating theatre-Part 2: human error and organizational failure. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:56-60.

www.medigraphic.org.mx