

Error en Medicina

Hace ocho años, en un Editorial de *Medicina (Buenos Aires)*¹ se enfocó el tema del error en medicina a partir de una opinión demasiado centrada en sus consecuencias sobre la salud del paciente, la culpa –insinuando el castigo del culpable– y la reparación moral y material del daño. Además, se fijaron algunas líneas de prevención del error orientadas a un análisis del mismo fundado en un prolijo estudio de los "sistemas" (el encadenamiento de los actos médicos), su diseño y la forma como sus operadores los usan. El paso del tiempo y la aparición de nueva información, justifican un repaso del tema con una visión distinta y no tan rígida.

La conciencia de la magnitud del error en medicina ha sido despertada recientemente por la publicación del informe del *Institute of Medicine* acerca del error médico que, se dice, provoca entre 44 000 y 98 000 muertes al año en EE.UU. Estas cifras, cuya validez ha sido cuestionada², sirvieron para conmocionar al público que, como consumidor ejerce presión, y a los profesionales e instituciones médicas que son criticados por no tener casi en cuenta al error y a sus consecuencias. En este informe se hacen algunas demandas a la profesión médica, como la necesidad de analizar en forma sistemática aquellos actos que han terminado provocando lesiones o secuelas a los pacientes y la importancia de implantar en cada institución dedicada al cuidado de la salud, un método de informe voluntario de las complicaciones que puedan ser atribuibles a errores, buscando así implementar un sistema parecido al que existe en el transporte aeronáutico que ha sido tan exitoso para mejorar la seguridad y reducir los accidentes.

Una manera apropiada de enfocar el problema del error médico es comenzar por una definición general del error, válida para cualquier actividad humana. El significado del diccionario dice que "error es una acción desafortunada o equivocada". Para servirse de un concepto no tan escueto (aunque preciso) se puede también definirlo a partir de dos ideas³, la primera se refiere a una acción planeada que no puede completarse como se intentaba (error de ejecución) y la segunda como un plan destinado a conseguir un objetivo, que finalmente fracasa porque era incorrecto (error de planeamiento). Desde la perspectiva de a quien le toca supervisar las actividades ajenas y que está en la posición de prevenir o corregir sus fallas, existen dos formas de visión para el problema⁴. Una es el enfoque personal que considera a los errores producto de procesos mentales aberrantes como el olvido, la distracción, la falta de motivación, la negligencia y la imprudencia, que pueden evitarse con la advertencia, la imposición de temor y el castigo; sería algo así como que las cosas malas sólo le pasan a los malos, a los torpes o a los inútiles y que ellos, como son culpables, deben ser castigados. Otra es el enfoque sistémico que parte de que "errar es humano", lo que implica comprender a la naturaleza humana que es defectuosa y difícil de cambiar aunque quizás puedan modificarse las condiciones de trabajo del ser humano para hacer a sus frutos más perfectos y predecibles.

Este último enfoque del error plantea dos desafíos difíciles de resolver⁵. Por lo pronto, es necesario un cambio de actitud en la sociedad que debe dejar de mirar a la medicina y a los médicos como infalibles y perfectos, lo que frente al error le permitirá tener una actitud más resignada y objetiva; a su vez, la comunidad médica tiene que salir de su encierro y suficiencia y aceptar que, a pesar del enorme progreso de la ciencia y de la técnica, el error existe y que es su responsabilidad comunicarlo como

también aceptar las correcciones que correspondan. Este novedoso deber médico le exige al profesional una adaptación intelectual a disciplinas científicas que quizás no le son familiares, como la teoría del error y su enfoque analítico estadístico y epidemiológico, la ciencia de los sistemas para poder diseñar y luego mejorar los procesos, y la psicología conductual y del aprendizaje para comprender la reacción del ser humano ante fenómenos comunes como la carga de responsabilidades, la culpa, el ocultamiento y la defensa del prestigio.

Esta ciencia del error es la que permite analizarlo y finalmente ubicarlo en alguna de dos categorías⁶ aceptando que a veces los rasgos de ambas pueden estar presentes en un caso determinado. Uno de los tipos de error son las fallas activas; se trata de las cometidas por operadores. Algunas de estas fallas son llamadas resbalones, que se producen cuando durante tareas realizadas automáticamente, se rompe la rutina porque la atención del operador se desvía ya sea porque es "capturada" por el esquema que le es más familiar (por ejemplo salir de paseo por un camino que en su inicio es el mismo que el del trabajo y confundido, terminar en ese lugar y no en el campo soleado) o porque se distrajo agobiado por la fatiga, nublado por el alcohol o las drogas, o enfermo, deprimido y ansioso. Otras fallas son los titubeos que surgen como dudas inesperadas cuando el operador enfrenta una nueva situación para resolver la cual no tiene soluciones programadas y aplica reglas incorrectas, o los lapsus de la memoria operativa cuando usa la memoria de manera sesgada hacia lo más común o hacia aquello que ella tiene más a mano. Las peores fallas son las faltas o violaciones de procedimientos cuando se actuó ignorando aquello que no se puede ignorar, lo que hace ineludible para quien la cometió asumir la responsabilidad y quizás esta vez sí, sufrir la culpa y el castigo. En todas las fallas activas aparece alguna perturbación del proceso cognitivo que explica la frecuencia diaria con que los humanos cometemos errores y que en la medicina es tal, que en un artículo reciente⁷ los residentes de hospitales de EE.UU., como en búsqueda de ayuda, plantean algunas áreas de preocupación que deben ser corregidas para poder reducir el error; ellas son: el sistema de llamadas y las frecuentes interrupciones de las tareas que provoca, la complejidad de la papelería, órdenes, recetas, etc., cuyo llenado es responsabilidad de los residentes y que podría aliviarse con sistemas informáticos apropiados, la presión de horarios de trabajo demasiado rígidos y exigentes, el tiempo perdido en tratar de ubicar historias clínicas, informes, equipos, etc., la falta de liderazgo y de conducción para resolver las incertidumbres, la improvisación y falta de entrenamiento para realizar procedimientos complejos que requieren destreza, y la ausencia de un procedimiento de informe del error que permita un análisis racional del mismo y exima del peso de la culpa a quienes se sienten responsables. Otras causas de error son las llamadas condiciones latentes, es decir aquellas que están dentro de los sistemas como esperando a manifestarse. En realidad están al acecho y aparecen cuando, combinadas con alguna falla activa, crean un error o la oportunidad para que éste ocurra. Los defectos son en estos casos de diseño, de construcción o de procedimiento, y casi siempre pueden atribuirse a decisiones equivocadas de quienes trabajan fuera de donde el error se genera, es decir, diseñadores, constructores, escritores de procedimientos, gerentes responsables del control y mejoría de la calidad y operadores de los sistemas que de tanto convivir con estos defectos, desarrollan una suerte de tolerancia por las imperfecciones, quizás porque piensan que otros las corregirán. En este sentido lo que se espera de todos es una acción diligente y eficaz para prevenir el riesgo antes de reaccionar o reclamar cuando las adversidades ya han ocurrido. El objetivo sería "ya que no se puede cambiar la condición humana por lo menos corresponde mejorar las condiciones en que los humanos trabajan"⁴.

El ámbito hospitalario habitual para el análisis de las acciones médicas, la calidad del razonamiento diagnóstico y terapéutico y los resultados (curaciones, morbilidad, etc.) ha sido tradicionalmente el de las conferencias clínico patológicas y las de mortalidad. En las primeras se hace un ejercicio diagnóstico con énfasis en los problemas médicos y con un propósito didáctico para ense-

ñar el razonamiento clínico. En las segundas sólo se estudian los casos desde la perspectiva de los resultados médicos sin entrar en el análisis de los procesos como se desarrollan las distintas actividades. Recientemente se ha propuesto un nuevo tipo de conferencia para suplir las deficiencias de las anteriores⁹ que el autor propone como *Quality Grand Round* y que en nuestro medio podría denominarse Ateneo sobre la calidad médica (o sobre el error médico). El formato de esta nueva reunión hospitalaria está estructurado alrededor de un caso real –sin identificar el paciente o el médico– en el que durante su atención, ocurrió o pudo ocurrir un error o adversidad. Los casos deben ser seleccionados por un Comité Hospitalario de Informe Voluntario del Error, en el seno del cual se haga –con un enfoque sistémico– un análisis de los problemas inesperados ocurridos durante la atención del paciente. El objetivo de este análisis es entender la causa de los errores y enmarcarlos en el contexto de la seguridad sugiriendo formas para reducir los riesgos de repetirlo. La tarea central del Comité y el mensaje de las reuniones es la educación en el pensamiento sistémico que busca la "raíz causal" del error, e intentar transmitir a la comunidad médica la cultura de la seguridad y la costumbre del informe voluntario como una manera eficaz de mejorar la calidad del servicio.

Esta nueva cultura personal e institucional de la aceptación e informe del error médico supone un cambio grande respecto a la habitual actitud defensiva de los profesionales y de los hospitales frente a las temidas demandas por mala práctica que ahora acosan a la medicina creando en ella un molesto ambiente de fisgoneo legal que quizás impida el reconocimiento e informe del error. Sin embargo, una publicación de la Universidad de Johns Hopkins⁹ plantea que revelar el error puede ser la mejor defensa para prevenir las costosas demandas de compensación⁹. El método sugerido se funda en el informe institucional, la inmediata información al paciente o allegado de lo ocurrido sólo si se necesita algún tratamiento adicional cuya aplicación sea urgente; para los otros casos, la revelación se prepara y se programa con la ayuda de un comité; el contenido de la misma es una descripción de la naturaleza del error, sus consecuencias y posibles acciones correctivas necesarias; es importante también alguna expresión de remordimiento por lo ocurrido y dejar después un tiempo para preguntas. Algunos sugieren asimismo plantear –cuando el caso así lo indique– alguna propuesta de acuerdo y de reparación económica que siempre resultará menos costosa que la resultante de las condenas firmes.

Es obvio que todos los profesionales de la salud deseamos una medicina más segura para el paciente y que los consumidores comienzan a escudriñar en este sentido, cada uno de nuestros actos. Es indispensable ahora una nueva visión del error por los médicos y las instituciones que preceda al de la culpa y el castigo. Esa visión se nutre en el informe voluntario, se enriquece con el análisis buscando la raíz causal y se expresa en el seguimiento y las correcciones de los sistemas, instructivos, órdenes y guías que son una responsabilidad institucional.

Luis Cremona, Tomás Caeiro
Sección de Clínica Médica
Hospital Privado, Córdoba
e-mail: hpdire@arnet.com.ar

1. Caeiro T. Acerca de errores y culpables. *Medicina (Buenos Aires)* 1995; 55: 276.
2. Brennan T. The IOM report on medical errors-could it do harm? *N Engl J Med* 2000; 342: 1124-5.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC; Nat Acad Press, 2000.
4. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-70.
5. Blumenthal D. Making medical errors into "medical treasures". *JAMA* 1994; 272: 1867-8.
6. Leape L. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272: 1851-7.
7. Volpp K, Grande D. Resident's suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003; 348: 851-5.
8. Watcher R, Shojania K, Saint S, Markowitz A, Smith M. Learning from our mistakes: Quality Rounds, a new case-based series on medical errors and patients safety. *Ann Int Med* 2002; 136: 850-2.
9. Wu A. Handling hospital errors: Is disclosure the best defense? *Ann Int Med* 1999; 131: 970-2.