

EL ERROR EN MEDICINA: OCULTARLO O COMBATIRLO?

Ximena Páez

Profesor Titular de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida Venezuela.

Rev Venez Endocrinol Metab 2011;9(3): 86-88

Desde la aparición en 1999 del reporte “To Err is Human” del Institute of Medicine (IOM) cambió en el mundo la apreciación de la supuesta infalibilidad de los profesionales de la salud. Los resultados indicaron que en los hospitales estadounidenses morían anualmente entre 44 y 98 mil pacientes debido a errores durante su atención; este número superó al número de muertes por SIDA, por cáncer de seno y por accidentes de tránsito!!¹. Los hospitalizados murieron por eventos adversos, no atribuibles al curso de su enfermedad, es decir que fueron eventos evitables que no debieron ocurrir, que por definición son errores médicos. Esto no fue sorpresa para algunos en el ámbito médico, pues existían ya estudios sobre la ocurrencia de daño a pacientes durante su atención y en porcentaje alto debido a negligencia^{2,3}. Pero nunca antes de “To Err is Human” se había cuantificado en esa magnitud, discutido y aceptado como un problema de salud pública que iba en aumento, y que por tanto era necesario tomar medidas para su corrección. A este reporte del IOM han seguido innumerables publicaciones, especialmente en países desarrollados, que han permitido cuantificar y caracterizar el error médico no sólo en pacientes internados. Al error en medicina se suma la ignorancia del público en asuntos de salud. En 2004 otro impactante reporte del IOM reveló el analfabetismo en salud. Noventa millones de adultos estadounidenses tienen dificultad para entender y usar información de salud, independientemente de su grado de escolaridad⁴.

¿Cómo se puede explicar todo esto? Una de las razones es la cultura de siglos sobre médicos y medicina. Tradicionalmente, los pacientes han considerado a los médicos y otros profesionales de la salud como dioses incapaces de cometer equivocaciones, suponen que todo lo saben y por eso depositan ciega confianza ellos, no se atreven a preguntar nada, no quieren molestar a los facultativos; por otra parte, el

personal de salud en particular los médicos, se muestran arrogantes, prepotentes, no facilitan la comunicación, no tienen tiempo para escuchar y menos hacer participar al paciente, además están incapacitados para decir “no se”. Estas conductas de médicos y pacientes establecen una relación desigual: los médicos como superiores autoritarios y los pacientes inferiores, sumisos y resignados. Esta situación es terreno fértil para los errores y las conductas inapropiadas que siguen al error. Todo esto lleva a aumentar la probabilidad de que suceda una cadena de errores con consecuencias a veces irreparables.

La tendencia inmediata en los no educados en el tema es a ocultar o mentir al paciente para explicar lo sucedido, y a no reconocerlo, discutirlo, ni reportarlo dentro de su equipo de trabajo. ¿Por qué? Por temor a represalias, a perder prestigio, a perder la confianza del paciente, a demandas. Esta conducta es justamente todo lo opuesto a lo que se debe hacer, pues al no reportarse el error no se analiza, no se llega a descubrir las causas y en consecuencia el error se va a repetir, alejándose la posibilidad de su reducción o prevención. Por otra parte, el paciente tarde o temprano se puede enterar de lo sucedido, lo que conduce definitivamente a la destrucción de la relación. Aquí sí pierde el paciente la confianza al descubrir que su médico le engañó. Hay más probabilidades de acciones legales cuando se ha ocultado los errores, que cuando se ha hablado francamente con los pacientes sobre lo sucedido y se les hace participar en las acciones a seguir luego de los errores. Se ha demostrado que los pacientes están más molestos por el mal trato y mala información que por los daños físicos; y están menos interesados en compensaciones monetarias que en el reconocimiento del daño causado⁵⁻⁷. ¿Qué se ha hecho en los países desarrollados? Las consecuentes y obvias recomendaciones que han resultado del estudio de errores en la práctica médica y del analfabetismo en salud de la población

han sido las de educar tanto al personal de salud como al público sobre deberes y derechos de unos y otros, y cómo este conocimiento se relaciona con una mejor atención médica. Al hacer conscientes sobre esto al personal de salud y al público, se espera cambios en sus conductas que permitan una relación médico-paciente apropiada entre iguales, donde el médico no es infalible, que consulta si no sabe, que escucha, informa y toma en cuenta al paciente como su aliado para que participe en la toma conjunta de decisiones respecto a su atención; y donde el paciente considere al médico como su defensor y servidor con quien puede comunicarse sin dificultad, sin temor y que lo va a ayudar a resolver su problema de salud. Con esta concepción contemporánea de la relación, la atención debe ser mejor y la ocurrencia de errores menor.

En estos países hay obligación de reportar eventos adversos y errores médicos en los centros de atención médica. Así se ha podido establecer su frecuencia, tipos de errores, severidad, etc. y se ha podido tomar medidas al respecto. Por ejemplo, se ha determinado que los errores más frecuentes son en la medicación (prescripción, despacho y administración) especialmente en los pacientes más vulnerables: niños, ancianos y aquellos con alteraciones mentales⁸. Las equivocaciones en las drogas suceden por confusión en nombres que suenan o se escriben parecido, presentaciones y etiquetas similares; hay errores en dosis y vías de administración por escritura ilegible y/o no comprensible en récipes e indicaciones para el personal y/o pacientes. Para corregir esto, una medida ha sido la de sustituir la escritura manual por el uso de registros digitales⁸. Se han medido también errores impensables que nunca deberían ocurrir como cirugías del paciente y del sitio equivocado⁹. Estos errores muy graves generalmente no dependen de un individuo sino que son errores del sistema, sin embargo pueden ser fácilmente evitables con normas claramente establecidas y supervisadas¹⁰. En los diferentes sistemas de salud debe asegurarse de que el problema del error sea conocido y cuantificado, se supervise el cumplimiento de su manejo adecuado y se tomen las medidas correctivas apropiadas para su prevención y se establezcan las correspondientes responsabilidades de individuos y de grupos.

Los errores por estar ligados a la naturaleza humana ocurrirán, todo individuo que participe

en la atención de pacientes, cualquiera sea su rol, puede cometer errores. Lo que definitivamente es inaceptable ahora es no reconocer los errores, no reportarlos, no discutirlos y no tomar medidas preventivas. Es por tanto indispensable hablar abiertamente sobre los errores, enseñar y discutir su manejo apropiado, enseñar cómo la participación de los pacientes educados puede ayudar a evitar errores en su atención. Hacerlo con el personal de salud médico y no médico incluyendo los estudiantes desde los primeros años. El individuo que comete el error o el que es testigo de un error debe reportarlo rápido y mientras más grave sea debe hacerlo con mayor premura al equipo de salud y a pacientes y familiares. Todo evento adverso debe ser conocido por el equipo de salud para poder discutirlo, analizar sus causas, y tomar medidas para evitar que se repita. Es posible que al discutirlo se establezca que el evento no sea siquiera un error médico, es decir ocurrió algo que no se podía prevenir. Todo evento adverso debe ser a tiempo comunicado al paciente y familia, preferiblemente por quien cometió la equivocación. Los pacientes tienen derecho a estar informados de lo ocurrido y de opinar sobre qué hacer a continuación. Esta conducta es altamente apreciada por los pacientes.

En USA se esperaba lograr una significativa reducción de errores al exhortar al público y médicos a cambiar sus conductas tradicionales y trabajar juntos, incentivar al personal de salud a aceptar sus limitaciones y reconocer el derecho de los pacientes a estar informados de todo cuanto se relacione con su salud, y a participar activamente en decisiones sobre atención médica. El hecho es que a pesar del enorme esfuerzo público y privado de educar al personal de salud y a la población general, y de tomar medidas para aumentar la seguridad de los pacientes mientras están bajo el cuidado médico, esto no ha sido suficiente. Los errores han continuado e incluso pudieran haber aumentado. A la luz de cifras recientes, *The Lancet* en un editorial de abril 2011 analiza lo sucedido en poco más de una década del reporte *To Err is Human*, y dada la importancia de la información, recomienda que legisladores y proveedores de salud consideren la seguridad del paciente una prioridad nacional y que a nivel federal haya un sistema nacional obligatorio para monitorear errores médicos¹¹. Lo anterior indica que aun en países ricos y desarrollados con un muy alto nivel tecnológico

en la medicina, todavía para el paciente esto no necesariamente se ha traducido en una segura, oportuna y eficiente atención médica de calidad, y que todavía hay mucho más por hacer.

Obviamente la situación es peor en países no desarrollados con graves problemas en la atención de salud, donde no se piensa en existencia de errores médicos como un problema médico, no se enseña ni discute el tópico y por tanto no se reportan los errores y en consecuencia no se tiene idea de su magnitud y se está muy lejos de esperar manejo y prevención adecuados. Este es un problema muy serio sobre el que se debe alertar a gobiernos y comunidades y pedir su concurso para poder combatirlo. Mientras sin demora, nosotros como individuos miembros de la profesión médica comprometidos con la máxima hipocrática de no dañar y de considerar el beneficio del paciente primero, tenemos la obligación de enseñar e incentivar la discusión del tema en escuelas de medicina y centros de atención, tratar de establecer y supervisar normas del manejo apropiado del error, y no menos importante la obligación de educar a nuestros pacientes, con el fin de acercarnos a dar una mejor atención a la que todos tienen derecho por muy difíciles que sean las circunstancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. To Err is human. Building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington DC: National Academy Press; 2000.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-376.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L., Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-384.
4. Institute of Medicine. Committee on Health Literacy. Health literacy: a prescription to end confusion. Nielsen Bohlman LN, Panzer AM, Kinding DA, eds. Washington DC: The National Academies Press; 2004.
5. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-1370.
6. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994;343:1609-1613.
7. Daniel AE, Burn RJ, Horarik S. Patients' complaints about medical practice. *Med J Aust* 1999;170:598-602.
8. Institute of Medicine of the National Academies. Committee on Identifying and Preventing Medication errors. Preventing medication errors: Quality Chasm Series. Aspden P, Wolcott JA, Bootman JL, Cronenwett LR, eds. Washington DC: The National Academies Press; 2006.
9. Department of Health and Patient Safety Policy Team. The "never events list" 2011/2012. Policy framework for use in the NHS. 20 febrero 2011. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124580.pdf Acceso: 05/06/2011.
10. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa_Checklist.pdf Acceso: 05/06/2011.
11. Medical Errors in the USA: Human or Systemic? *The Lancet* 2011;377:1289. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60520-5. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60520-5/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60520-5/fulltext?rss=yes) Acceso: 04/06/2011.