

ERRORES MÉDICOS

MEDICAL ERRORS

ERROS MÉDICOS

**Álvaro Sanz Rubiales^{1 2}, María Luisa del Valle Rivero³, María Fernández González²,
Raquel Ferreira Alonso²**

Fecha de recepción: 31.01.2016

Fecha de aceptación: 13.03.2016

RESUMEN

El error médico se puede entender desde dos perspectivas: como el acto médico que no ha alcanzado el fin que pretendía o como el acto médico que no se ha llevado a cabo como se debería realizar. Si la Medicina se valora por los fines se entiende la primera opción. Si se valora por los medios, el error médico sólo se adapta a la segunda acepción. Hay errores médicos en el diagnóstico (por exceso de confianza en un dato parcial o en la experiencia clínica previa), en el tratamiento (por desconocimiento de la eficacia o por impericia en el manejo) y en el proceso de datos. La principal medida ante el error es poner los medios (personales e institucionales) para prevenirlo. Los errores médicos, tanto los que se deben a personas concretas como los debidos a imperfecciones del sistema, se pueden prevenir, aunque nunca completamente, con unas medidas adecuadas de prudencia y control. Si se comete un error, se debe comunicar de manera inmediata si por la demora o el ocultamiento el daño producido se mantiene o aumenta. En los demás casos, tanto si uno es responsable o es testigo del hecho, es prudente informar del posible error al superior y facilitar que al paciente y a sus familiares se les comunique de manera prudente, de modo que también se respete el derecho del médico a su defensa y su honor. Se debería evitar la complicidad que supone el ocultamiento por corporativismo.

Palabras clave: Errores médicos, bioética.

ABSTRACT

Medical error can be understood from two perspectives: as the medical procedure that has not reached the end he intended or as the medical act that has not been done as it should do. When medicine is valued by the goals reached, we must accept the first option. But when assessed by

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Oncología Médica. Máster en Bioética. Máster en Medicina Paliativa. Profesor Asociado. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Universidad de Valladolid. Vicepresidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid. Vocal de la Comisión de Bioética de Castilla y León.

² Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España

³ Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Correspondencia: Dr. Álvaro Sanz Rubiales. Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega, c/Dulzaina 1. 47012 Valladolid. Teléfono: 983420400. E-mail: asrubiales@hotmail.com

the means it uses, the medical error only adapts to the second acceptance. There are medical errors in the diagnosis (for overconfidence on partial data or previous clinical experience), in the treatment (for lack of efficacy or for the inability to use) and in data processing. The main measure against medical errors (personal and institutional) is to prevent them. Both medical errors that are due to specific people as those due to imperfections of the system can be prevented, at least partially, with appropriate prudence and control measures. Any error should be immediately reported if the delay or concealment favours that the damage is maintained or increased. In other cases, whether one is responsible or the witness, it is prudent to inform in the institution of the possible error and enable it wisely to provide adequate information to the patient and proxies, so that the physician's right to legitimate defence and honour is respected as well. We should avoid complicity involving concealment by corporatism.

Key words: Medical errors, bioethics.

¿QUÉ ES UN ERROR MÉDICO?

El concepto intuitivo de error, que cuadra con la definición del Diccionario de la Real Academia, incluye el concepto equivocado, el juicio falso, la acción desacertada o equivocada o la cosa hecha erradamente. Junto con esta definición *académica* es posible encontrar otras referidas al error médico que puede aparecer en el diagnóstico, en el tratamiento (médico, quirúrgico...) e incluso en la relación médico-paciente (como, por ejemplo, en el manejo de la información) (Tabla 1). El error médico abarca desde el problema aislado de un profesional hasta el *error sanitario* que incluye a más profesionales e incluso al propio sistema. De hecho, en los últimos años se ha prestado más interés al error como consecuencia de un *fallo del sistema de seguridad* y protección del paciente que como un fallo individual. En líneas generales, los errores médicos se pueden clasificar como errores en el proceso (en el diagnóstico o en la indicación del tratamiento) y errores técnicos (en la actuación sobre el propio paciente: técnica intervencionista diagnóstica o terapéutica, intervención quirúrgica, etc.).

Una versión clásica define el error médico como un hecho que no se pretendía realizar (e incluye tanto la acción como la omisión, es decir, tanto lo que se hace como lo que se deja de hacer) o que no ha alcanzado el fin que pretendía¹. Desde este punto de vista, los errores en el ámbito sanitario se pueden contemplar desde dos perspectivas:

- El error como un problema de *medios*: hay imperfección en el proceso, es decir, en el diseño o la ejecución del plan previsto. El problema es *cómo* se hacen las cosas y es ahí donde es posible encontrar una falta de adaptación a la norma: por falta de acierto en la comprensión del concepto o por inadecuación en el proceso de evaluación, planificación, información y toma de decisiones².
- El error como un problema de *finés*: no se llegan a conseguir los resultados previstos. El error estaría en no conseguir lo que se había previsto. De este modo se asimila en un mismo concepto tanto lo que se ha hecho de un modo positivamente inadecuado (porque se han obviado pasos y criterios necesarios o porque se han ejecutado en contra de las normas contrastadas y aceptadas) como lo que podía haberse hecho mejor o, sencillamente, “de otro modo”. Los enfermos tienen una *implicación* evidente en los resultados ya que son los primeros interesados en el acto médico y esto lleva a que su valoración esté más influida por las expectativas (por lo que ellos han definido como deseable o aceptable). Por este motivo entienden el error médico desde una perspectiva más amplia y exigente y pueden dar más peso a los resultados que al proceso³.

¿EXISTE UN ERROR MÉDICO SIEMPRE QUE NO SE CONSIGUEN LOS OBJETIVOS?

La práctica de la Medicina exige tomar decisiones prudentes con datos limitados, es decir, actuar en un escenario de *falta de certeza* donde, además, puede haber más de un camino para alcanzar un resultado adecuado. Sin embargo, la imagen que voluntaria o involuntariamente, se transmite de la Medicina es el de una ciencia positiva y mesiánica a la que se debe exigir el acierto en los medios y en los fines porque dispone de unos instrumentos (... los avances tecnológicos) que se entienden como idóneos e infalibles. De aquí que en la calidad de la Medicina tienda a darse más valor a los resultados, es decir, a la consecución del objetivo esperado (diagnóstico, preventivo o terapéutico) que a la dedicación, el interés y la adecuación de los medios. Por contraste, la práctica diaria recuerda que tanto las técnicas diagnósticas como los tratamientos tienen riesgos y limitaciones y que las decisiones se suelen tomar con datos parciales. Los tratamientos se adaptan a la probabilidad diagnóstica, a la severidad y el riesgo de este proceso, a la expectativa de beneficios y a la probabilidad e intensidad de los efectos secundarios³. De hecho, el concepto de

tratamiento estándar, que marca en cada escenario unos mínimos accesibles propios de una buena práctica, es algo que se suele definir por consenso.

La Medicina tiene un compromiso de medios, no de fines: no se pueden garantizar los resultados pero sí que se deben poner los medios adecuados para conseguirlos⁴. En los estándares de todas las técnicas se asume una proporción de casos en que el impacto es limitado o nulo y un riesgo de complicaciones leves, moderadas o severas... todo ello incluso “en las mejores manos”: los cirujanos más expertos reconocen un porcentaje de mortalidad quirúrgica, los radiólogos más expertos conocen las limitaciones en sensibilidad y especificidad de las diferentes técnicas y hasta los médicos más expertos siguen encontrando pacientes que no responden al tratamiento adecuado o efectos secundarios habituales e idiosincrásicos cuando emplean los fármacos indicados para cada situación.

Cuando no se consiguen los resultados esperados se puede pensar que ha habido un error médico que se podía haber evitado o prevenido si el diseño o la ejecución hubieran sido apropiados. Es normal que *a posteriori* se piense que la situación se hubiera podido afrontar de otra manera de modo que se hubiesen evitado el error o los problemas. Pero es discutible que esto sea suficiente para poder afirmar que ha habido un error y que se hubiera evitado con unas medidas accesibles de prudencia y de prevención. En la Medicina, que *no es una ciencia exacta*, se da la paradoja de que “las cosas pueden ir mal” (y no alcanzar los resultados esperados) después de “hacer las cosas bien” (es decir, tras seguir las medidas de prudencia recomendadas y los métodos y protocolos estandarizados). Este “hacer las cosas bien” no siempre es un concepto unívoco ya que ante una misma situación la Medicina puede aceptar como válidas varias posibilidades; no existiría el concepto de medicina individualizada o personalizada si no se aceptaran más de una alternativa en función de las circunstancias de una situación concreta. Además, una parte de la Medicina puede ser “nociva” *per se*. Aquí se incluyen las técnicas diagnósticas y terapéuticas intervencionistas, los efectos secundarios de los fármacos o la morbilidad de la cirugía. Este componente de riesgo supone que cualquier intervención puede acarrear resultados de matiz negativo sin que existan errores⁵. En este escenario de balance entre riesgo y beneficio esperado es preciso definir cuál es el nivel de daño (personal o en una población determinada) que se puede asumir y ver en cada caso (en cada técnica, en cada intervención) si se supera o no este umbral⁶.

Una división pragmática de los efectos adversos de la práctica médica puede incluir tres categorías:

- Efectos adversos evitables con una buena práctica habitual. Son los efectos y las situaciones que no deberían aparecer si se mantienen unos estándares de control y de interés. La presencia de este tipo de errores se suele asociar a mala praxis por desconocimiento, descuido o negligencia. Es frecuente que en estos casos haya un componente personal: *alguien* se ha equivocado y no ha actuado con prudencia y con criterio.
- Efectos adversos evitables mediante un sistema de control estricto y exigente. Mientras que los errores anteriores tienen un perfil más personal y es fácil identificar al profesional responsable, estos suelen tener un origen institucional. Los desajustes, las rutinas, la ausencia de sistemas de seguridad y de control, la ausencia de un responsable definido, la falta de *revisión externa*... llevan a que pueda arrastrarse un desajuste y, con él, un riesgo mantenido sin que nadie lo advierta y lo corrija. En estos casos, suelen ser las evaluaciones *a posteriori* las que permiten diagnosticar unos errores en el proceso que suelen ser habituales (a veces llegan a ser rutinarios e incluso indetectables) y que no han despertado previamente ningún interés porque se diluyen en la rutina habitual y porque no tienen un impacto reseñable hasta que surge el primer problema severo.
- Efectos adversos inevitables. Efectos secundarios inesperados de carácter idiosincrásico. No existe un sistema perfecto que evite los errores al cien por cien. Las personas somos limitadas y los sistemas que creamos también lo son. Hasta el sistema aparentemente ideal muestra sus limitaciones en la medida en que va afrontando nuevas situaciones o, sencillamente, se desgasta. Dicho de otro modo: *siempre habrá errores*, aunque nuestro compromiso es que sean mínimos tanto en incidencia como en impacto.

¿SON FRECUENTES LOS ERRORES MÉDICOS?

Se sugiere que de promedio aparece al menos un error evidenciable (la mitad de ellos moderados o severos) por cada 100 días de ingreso o uno por cada mes de trabajo en la Consulta de un médico¹⁵. Se describen efectos adversos hasta en el 4% al 10% de los ingresos hospitalarios,

distribuidos casi a partes iguales, entre los de origen farmacológico, los debidos a infecciones y los que se originan como consecuencia de procedimientos técnicos⁷. Y hasta uno de cada cuatro de estos efectos adversos se puede deber a una negligencia⁶. En estudios de imagen se describe una tasa de errores diagnósticos de hasta el 15%⁸. Todo ello supone que hasta el 6% de los fallecimientos podría haberse evitado haber actuado de otro modo. Sin embargo, este dato no tiene tanta repercusión en supervivencia global ya que el pronóstico por el propio proceso de base de la mayoría de los enfermos que padecen estas situaciones es muy limitado; la expectativa de supervivencia inicial suele ser muy breve limitada antes de haber los sufrido errores o las incidencias debidas al acto médico⁹.

A pesar de todo, sólo uno de cada tres ciudadanos está preocupado por poder sufrir un error médico y únicamente uno de cada cinco tiene conciencia de haber padecido o percibido claramente en su entorno este problema¹⁰. Por otra parte, menos del 2% de las negligencias acaban en proceso judicial. De cada 100 actos médicos (errores o no) que generan reclamaciones legales en el ámbito anglosajón, 70 llegan a juicio y menos de diez las gana el paciente⁶. Aun así, concretamente en Norteamérica, el 75% de los médicos va a padecer una demanda a lo largo de su carrera y de ellos cerca de la mitad perderá algún litigio porque se podrá demostrar un error¹¹. En todo caso, los datos sugieren que hay un subgrupo de médicos con más propensión a ser condenados repetidamente por este motivo¹², es decir, que los médicos que son de ordinario menos cuidadosos cometen más errores.

¿QUÉ TIPOS DE ERRORES MÉDICOS SE COMETEN?

Errores en el diagnóstico

- Hay un exceso de confianza en la primera impresión. Falta espíritu crítico para valorar los datos y para *dudar de uno mismo* y de su propia capacidad. Se presume una certeza que no admite dudas ("¿qué va a ser si no?") y se desprecia el diagnóstico diferencial como una mera formalidad académica, inútil y ajena la experiencia cotidiana.
- A la experiencia clínica previa se le da un valor absoluto o, cuando menos, preeminente.
- Se hace una valoración excesiva de un dato parcial (signo, síntoma, estudio de imagen, dato de laboratorio) que no es patognomónico.

- Es imposible prever y contextualizar las situaciones porque se desconoce la historia natural de la enfermedad o, a la inversa, hay una confianza excesiva en que el proceso debe seguir matemáticamente su historia natural.
- Hay un exceso de confianza en la relación entre el modelo fisiopatológico (y la representación virtual de la enfermedad como proceso) y la realidad.
- Se emplea el argumento de autoridad con lo que se siguen las indicaciones del más sabio, del más experto o del que posee un grado académico superior.
- Desconocimiento de la incertidumbre propia de numerosas patologías psiquiátricas en que la falta de concordancia en el diagnóstico es más relevante¹³: depresión, personalidad límite, daño post-traumático, trastorno antisocial, trastorno mixto de ansiedad-depresión...

Errores en el tratamiento

- Sesgo de tratamiento. Hay una tendencia propia de la profesión y de la imagen que proyecta en la sociedad que lleva a ofrecer tratamientos (generalmente farmacológicos) también en procesos en que su eficacia es dudosa. Se valora más la posible eficacia que el riesgo iatrogénico. De hecho, se describe que hasta el 30% de los cuidados y los tratamientos no son necesarios.
- Miedo a defraudar expectativas. Junto a la necesidad de *resolver* se puede juntar el instinto que lleva a mantener la propia imagen y a no defraudar las expectativas (personales o sociales).
- Extrapolación entre diferentes patologías y situaciones del paciente.
- Impericia en la práctica habitual, especialmente en la que tiene un perfil más técnico (quirúrgica, intervencionista).

Errores en el proceso de datos

- Extravíos y errores en la solicitud, citación y registro de pruebas diagnósticas (imagen, laboratorio...) ¹⁴. Errores de identificación.
- Falta de registro de procesos. Falta de documentación.
- Falta de orden en el procesado (solicitud, preparación, registro...) de los tratamientos.
- Impericia y negligencia en las tareas diarias de diagnóstico y tratamiento.

Errores específicos en el manejo de medicamentos

Son numerosos los pasos de los tratamientos farmacológicos susceptibles de errores técnicos (Tabla 2). Cualquier error en el proceso de ordenar, dispensar y administrar debería considerarse como evitable y es en este ámbito donde el sistema ha implementado un mayor número de comprobaciones y medidas de seguridad. Aun así se describe hasta un efecto adverso por error de prescripción en cada médico al mes; de hecho hasta el 7% de los errores lo son de prescripción¹⁵. La mayoría tienden a aparecer en los ajustes del ingreso (más por omisión que por comisión) y hasta uno de cada tres llega a tener relevancia clínica¹⁶, uno de cada diez pone en riesgo la vida y uno de cada cien puede ser efectivamente mortal¹⁷. Estos errores pueden darse incluso en el escenario de un ensayo clínico, donde la práctica se puede apartar de la habitual pero los controles deberían ser más rigurosos¹⁸.

¿EXISTEN LOS ERRORES DEBIDOS AL SISTEMA?

Son muchas las variables que pueden repercutir en los resultados y que no dependen del médico o del personal sanitario que atiende a un paciente: lejanía al centro de trabajo, presión asistencial, disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos, perfil del personal (en cantidad y en formación específica)... La adecuación a las necesidades no puede ser perfecta, por ese motivo es preciso valorar la situación desde una perspectiva de justicia-equidad para ponderar dónde debe estar el justo medio entre el maximalismo de la excelencia (que a veces los políticos ofrecen dentro de la idea de *estado de bienestar*) y el minimalismo de la factibilidad.

En todo caso, más allá de las cuestiones de equidad, hay desajustes evidentes del sistema favorecen la aparición de errores:

- Actividades médicas sin soporte de datos (sin historia clínica, bien en soporte papel o informático).
- Fallos en el soporte informático.
- Sobrecarga asistencial programada (no sobrevenida).
- Desajustes en la demora de las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

- Desajuste entre el perfil de los profesionales y sus responsabilidades.
- Exceso de super-especialización.
- Falta de coordinación en trabajos interdisciplinarios.
- Falta de acceso a técnicas específicas pero estandarizadas (por ejemplo, de diagnóstico molecular).
- Omisión de ciertas prestaciones aparentemente *secundarias* en la práctica habitual.
- Estándares de calidad apartados de las condiciones reales.
- Condiciones inadecuadas de trabajo: del medio o de la persona.
- Compartimentalización de la asistencia, ausencia de continuidad asistencial.
- Exceso de valoraciones y opiniones sin contrastar y sin compromiso asistencial.
- Atención a familiares y personas cercanas fuera del circuito asistencial habitual (síndrome del recomendado)¹⁹.

¿SE PUEDEN PREVENIR LOS ERRORES MÉDICOS?

Es posible prevenir *muchos* errores en el ámbito sanitario²⁰. No se pueden prevenir todos porque no se puede cambiar la naturaleza falible de las personas ni es posible controlar todas las variables que influyen en el quehacer diario y en los resultados de esta actividad. En todo caso, se pueden plantear varios medios para minimizar el riesgo (Tabla 3) y para optimizar el trabajo de los profesionales (Tabla 4). Y junto a estas líneas generales se pueden plantear medidas más cercanas que también ayudan a reducir el riesgo:

- Conciencia de las propias limitaciones. Es más probable que omita las medidas de prudencia el que piensa que él no comete esos errores. Entre las primeras causas de error médico están el no dudar de la primera impresión (a veces demasiado inmediata y predecible, “pavloviana”) y la falta de comunicación en el trabajo en equipo. Lo normal es que se busquen los datos que reafirman (sesgo de confirmación) no los que pueden hacer dudar de esa primera impresión. A esto se une la tendencia a fiarse *demasiado* de la memoria que obvia la necesidad de chequear, contrastar y confirmar datos¹.
- Conciencia de que siempre hay un componente que no es totalmente previsible. Por mucho que controlemos nuestra actividad hay circunstancias del medio que no siempre se pueden

controlar y que pueden llevar a cometer errores. *Mantenerse despierto*, tener interés y un cierto *recelo* y control del medio reducen el riesgo de error.

- Circuitos de actividad lógicos y sencillos. Todo lo que es complejo y enrevesado favorece las complicaciones. Es más fácil seguir procesos sencillos, sin pasos intermedios ni trámites absurdos, que sean lógicos y fáciles de explicar y de entender.
- Supervisión y normalización de tareas y procedimientos. Es conveniente promover que se disponga de consensos y guías (útiles, cercanos, factibles y “familiares”) que permiten garantizar unos mínimos asistenciales sin que ello suponga uniformar la atención, es decir, evitando los modelos tradicionales que obvian las peculiaridades y reducen las opciones. Los protocolos clínicos estandarizan y generalizan las líneas de actuación más amplias. La sistemática de implementar protocolos escritos no siempre favorece la reducción de errores: los protocolos que no son sencillos, representativos, prácticos y cercanos sino impersonales, complejos e impuestos raramente ayudan. El rigorismo de los criterios puede hacer que no se tenga en cuenta que nunca el 100% de la población se adapta al sistema y que el protocolo es una simplificación práctica y, sobre todo, un medio nunca un fin.
- Definición y difusión de estándares de calidad. Es conveniente que los profesionales conozcan de manera explícita los objetivos mínimos (estándares de calidad) que debe cumplir de modo que puedan centrar en ellos su actividad.
- Sistemas flexibles que se puedan corregir y adaptar a las circunstancias. Los sistemas rígidos, despersonalizados, que exigen que el medio se adapte a ellos y no a la inversa son más propensos a la rigidez y al error. Es preciso conocer la opinión y la crítica de los que emplean estos sistemas para actualizarlos de modo que sean instrumentos y no obstáculos.
- Evaluación y revisión periódica de circuitos, protocolos y sistemas asistenciales. Es conveniente evaluar la adecuación, el cumplimiento y la consecución de resultados.
- Diagnóstico de puntos débiles. Si se conocen las debilidades del sistema es más fácil centrar en ellas la atención para minimizar riesgos.

- Equilibrio entre super-especialización y generalización. La super-especialización permite asumir con un nivel muy elevado de competencia situaciones concretas y, de ordinario, muy complejas. De esta manera el riesgo de error en ese ámbito se reduce pero aumenta en el ámbito de problemas más normales. La situación inversa es la de la generalización: los problemas normales se asumen con una aproximación global capaz de sintetizar pero faltan recursos para afrontar con ciertas garantías las situaciones menos frecuentes.
- Sistemas discretos de control de calidad. Es preciso realizar evaluaciones sistemáticas de manera periódica para detectar posibles errores o descuidos que pudieran pasar ocultos en una primera impresión y que pudieran llegar a "cristalizar" con el paso del tiempo. Este es, en parte, el objetivo de algunas Comisiones hospitalarias (como la comisión de mortalidad) o de algunas técnicas como la evaluación de casos y también de las auditorías, internas o externas. La evaluación tiene que ser realista: sólo es capaz de apreciar errores en el diseño el que acepta que los puede haber.
- Analizar los errores previos: de la persona y del sistema. La autocomplacencia y la autocomprensión son variantes de la disculpa que llevan a minimizar el impacto y a generar cierta tolerancia ante los errores. Los sistemas de control, de supervisión, que detectan y previenen problemas técnicos no tienen la misma sensibilidad cuando la práctica *subóptima* se debe a criterios humanos: la negligencia discreta y la apatía son difíciles de detectar.
- Diseño de un plan de contingencias. Hay que contar, aunque sea de manera virtual, con la posibilidad de que el proceso se complique. Y, a partir de ahí, lo adecuado sería disponer de protocolos de actuación alternativos (más o menos específicos) que se adapten a las posibles circunstancias y que orienten una pauta de actuación en momentos de mayor estrés.
- Monitorización de los actos y las decisiones. Es conveniente dejar registro de las diferentes actividades dentro del proceso asistencial.

Todas las recomendaciones suponen una carga: de trabajo, de control, de examen externo... Pero entre todas ayudan a que se reduzcan los daños a los pacientes e, indirectamente, también a los profesionales que tienen que afrontarlos.

En general, una práctica médica "buena", tanto en el sentido puramente práctico como en su valoración ética, reduce los errores médicos. Del mismo modo, un ambiente sanitario "bueno" reduce los errores debidos al sistema.

¿HAY QUE OCULTAR O HAY QUE EXPONER LOS ERRORES?

Aparte de otras valoraciones, hay siempre obligación de informar de un error si la rapidez de la información puede minimizar el daño al frenar un problema mantenido o prevenir y aliviar complicaciones ulteriores. Omitir esta información se podría interpretar como una "omisión de socorro" ya que ataca severamente los principios de justicia y de no maleficencia y aumenta la gravedad legal. Por otra parte, reconocer el error y asumir sus consecuencias le supone a cualquier profesional un daño emocional severo, algo más que un "mal trago".

El primer damnificado es el paciente, pero el profesional comprometido también sufre el error: al ver que se equivoca, al ver el daño que produce (muchas veces desproporcionado al olvido o al *despiste*) y al tener que afrontar sus consecuencias (pérdida de prestigio, pleitos...). El error supone un descrédito y un motivo de vergüenza (en inglés: "blame and shame")³. Hace falta entender este escenario antes de hablar de qué, cómo y por qué hay que informar en caso de error. Y explicar también las diferencias entre la presencia de fallos a priori (en el diseño y en la ejecución) y a posteriori (en los resultados).

En situaciones en que el error ya se ha cometido sin un daño mantenido o proyectado en el tiempo, sobre todo en las situaciones en que este error no se ha traducido en ningún efecto relevante (bien porque la cuestión era casi intrascendente o porque se pudo corregir a tiempo) se podrían plantear dos actitudes:

- Ocultar el error. Esta actitud tradicional se argumenta por el derecho que todos tenemos a la propia defensa. Si alguien reconoce públicamente su error queda, en cierta medida,

indefenso ("a confesión de parte, relevo de pruebas"). Esto es más evidente cuando se trata de error grave y no de un error o un accidente de perfil administrativo o achacable al sistema. A veces los errores se ocultan en una maraña de corporativismo ("hoy por ti, mañana por mí") o desaparecen en un fenómeno de negación ("es imposible que me haya equivocado")... y los errores que no se aceptan nunca se informan.

- Sinceridad. Lleva a aconsejar que el error se reconozca. Esta sinceridad o exige superar la primera tendencia a callar y ocultar o "disimular" el error. Es una visión más actual y más pragmática y está respaldada por la opinión pública aunque sigue suscitando reticencias²¹. La sinceridad se asume como consecuencia del compromiso asistencial que exige transparencia en las actuaciones. La sinceridad tiene tres argumentos principales. Uno es el derecho del paciente a conocer lo que sucede en relación con su salud. Segundo, la necesidad de minimizar el perjuicio con una información temprana que evite un daño prolongado y permita un remedio o una paliación rápida de los daños. Tercero: el compromiso de confianza y dependencia del paciente en relación con el médico: engañar o informar parcialmente supone, en cierto modo, una estafa.

La capacidad de asumir un error y de reconocerlo depende de que haya una cultura de confianza y un ambiente de receptividad y acogida (no de culpabilización y de rechazo) y que las implicaciones y el daño sean escasos o, al menos, reconocibles y asumibles. En líneas generales los pacientes y sus familiares tienen más propensión a comprender e incluso a aceptar los errores involuntarios que el profesional reconoce y explica. Presentar estos errores carentes de mala fe (que tienen cierta semejanza con las erratas o las malas interpretaciones) tiene sentido en un entorno de confianza donde se procura colaborar. En todo caso, informar no implica asumir directamente culpas². Hay dos caminos de información sobre el error:

- Al paciente. Se le informa del error de manera concreta, de manera que pueda tomar decisiones (Tabla 5). Si se trata de un fallo del sistema se debería explicar cómo sucedió y cómo se va a evitar en un futuro. Es lógico que se transmitan disculpas formales y una disposición de cambio o *propósito de enmienda* ("no volverá a ocurrir"). En nuestra sociedad hay una cierta *cultura de disculpa* ante quien reconoce el error y pide perdón. Pero esta cultura no garantiza en ningún caso que un paciente (o una Institución) considere que con esto

es suficiente. Cualquier disculpa, cualquier explicación del hecho debe estar matizada por el hecho de que el paciente tiene derecho a emprender otras acciones (quejas, pleitos) y puede usar legítimamente la información que se le dé en su propio beneficio y, por tanto, en perjuicio del personal que la transmitió como un modo de manifestar sinceridad y de pedir disculpas.

- A la institución: informar al superior (para que lo conozca y, si escaso, evite que el daño continúe)²². Debe crear un ambiente que favorezca la transparencia (no la fiscalización) y en el que sea fácil comprender cómo y por qué informar (*disclosure coaching*), con un apoyo emocional y, si es preciso, legal²³.

¿Cómo debería actuar un profesional que tiene sospecha o conocimiento de un error ajeno que afecta a los pacientes o al sistema de trabajo de la institución? Es preciso disponer de conductos con una discreción razonable que permitan informar de posibles errores para poder afrontar la situación y minimizar los daños. Si hay una evidencia y se conoce que supone un daño o un riesgo cierto, hay que comunicarlo a un superior sin presumir la intencionalidad ni la severidad del daño y de manera que se respete la confidencialidad; a este superior le compete completar los datos y actuar. Si la evidencia no es clara o el riesgo que supone es difícil de cuantificar, puede ser prudente hablar con el interesado para avisarle por si el hecho le había pasado inadvertido o no había ponderado todas las variables. En los errores el corporativismo y solidaridad entre profesionales pueden ser adecuados para mostrar apoyo pero nunca deberían llevar al ocultamiento²⁴.

¿CUÁL DEBE SER LA ACTITUD MÉDICA ANTE LOS ERRORES?

Es preciso reconocer que nadie es inmune al error y tampoco a los daños que este error le supone al propio profesional: el sentimiento de culpa, el miedo, la rabia, la humillación con el daño en la reputación, la soledad, las críticas o la reacción del paciente y su entorno con el riesgo de demandas judiciales. Estos daños pueden llevar a muchos profesionales a una actitud pasiva, incluso cínica, ante sus propios errores.

Para reducir el error médico es necesario formar (e insistir) en los aspectos teóricos y prácticos clásicos de la buena práctica clínica:

- Conciencia de las propias limitaciones (profesionales y personales) en sus conocimientos, actitudes y habilidades.
- Conocimiento científico adecuado y actualizado.
- El paciente como centro de atención.
- Dedicación del tiempo adecuada a cada persona y situación.
- Actuación reflexiva; limitar las actuaciones *reflejas* a los casos en que la gravedad y la urgencia no lo permitan.
- Valoración individualizada de los resultados en el contexto de cada paciente.
- Conciencia de las limitaciones de las técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- Permitir al paciente que participe en la toma de decisiones.
- Colaboración interdisciplinar: trabajo en equipo.
- Protocolización del trabajo que incluya los mínimos inexcusables de toda actividad clínica.

Ante un posible error hay que valorar si se ha llevado a cabo una práctica suficiente, adecuada a la situación. Intentar contrastar entre la práctica adecuada y la excelente no es buen criterio práctico porque "la excelencia" es un concepto más teórico que real. Hay que evaluar si los medios eran adecuados (no "los mejores" sino adecuados) y si se actuó con buen criterio con los datos de que se disponía (no si se actuó "del mejor modo" de acuerdo con lo que se conoce *a posteriori*); ¿se puso interés, se aplicaron los medios disponibles que parecían adecuados y proporcionados? Hay que valorar si se actuó de acuerdo con la llamada *lex artis*, es decir, el conjunto de prácticas médicas que se aceptan generalmente como adecuadas en el momento presente; esta *lex artis* cambia con el progreso técnico de la Medicina y, en cierto modo, depende de las circunstancias del medio, del paciente y de los medios de que se dispone.

En este escenario se entiende que el paso del tiempo influye en la valoración de la toma de decisiones. Todo lo que se lleva a cabo *más tarde* tiene más datos y más precisos y, en conjunto, una mejor perspectiva del problema: lo que antes era dudoso ahora puede parecer evidente tanto en cuanto al posible diagnóstico como en la indicación de tratamiento. Hay que ser prudente a la

hora de hacer valoraciones sobre hechos pasados: lo que en su momento no se entendía como un error médico y, de hecho, no lo fue, a día de hoy (con más datos...) se puede ver de otro modo.

La valoración del error ajeno debe ser prudente y, en la medida de lo posible, comprensiva. Hay que valorar el interés y la proporcionalidad de los medios (basados en el conocimiento parcial propio del momento) más que los resultados (cuando es posible hacer un planteamiento global del problema con datos que de los que de inicio no se disponía). Hay que distinguir negligencia e impericia, el daño real y el riesgo de daño, hay que tener en cuenta la adecuación de las circunstancias laborales (presión asistencial, disponibilidad de medios) y la urgencia del caso concreto. Con todo ello debería evitarse cualquier denigración o condena a priori antes de disponer de todos los datos.

Tabla 1. Definiciones de error médico.

Fallo en la realización de un acto según el plan previsto o el empleo de un plan o de unos medios inadecuados a ese fin³.

No llevar a cabo una acción prevista según se pretendía (por acción u omisión) o aplicar un plan incorrecto.

Una acción que no se completa como debería o con un plan inadecuado².

Omisión o comisión de un acto con efectos potencialmente dañinos que sería juzgado como erróneo por expertos²⁵.

Error en medicamentos: Cualquier fallo en el proceso de ordenar, dispensar y administrar que se considera que pudiera haberse evitado²⁶.

Efecto adverso que pudo haberse evitado o prevenido²⁷.

Tratamiento negligente o no razonable⁶.

Actos intencionales que no lograron el fin previsto. Tiene impacto ético los que (han producido un daño o, al menos, un riesgo y) podían haberse evitado con una planificación adecuada o una ejecución distinta⁵.

Hecho no pretendido (que sucede tanto por acción como por omisión) o que no alcanza el fin que buscaba¹.

La ausencia de resultados deseados dentro del planteamiento de la atención médica (lo que se ha planteado “no funciona”)²⁸.

Daño no intencional o complicación causada por una intervención médica durante el proceso de la enfermedad²⁹.

Tabla 2. Perfil de los diferentes errores en los tratamientos farmacológicos³⁰.

Indicación
Alergias e intolerancias
Viabilidad del producto
Dosis
Forma farmacológica
Cantidad / concentración
Vía de administración
Técnica de administración
Cumplimiento del tratamiento
Monitorización

Tabla 3. Medios que permiten minimizar la aparición de errores en el medio sanitario.

medios remotos	actitud
("formar buenos profesionales")	formación científica
	formación humana (rectitud / responsabilidad)
medios inmediatos	buen praxis (guías / criterios)
("ambiente que reduzca los errores")	actualización
	sistemas de control (interno / externo)

Tabla 4. Medidas que ayudan a mejorar el trabajo de los profesionales.

Reducir la presión asistencial. Favorecer la salud psicoemocional del personal.
Formación continuada.
Docencia sobre casos en situaciones simuladas.
Diagnóstico de la situación laboral del personal (sobrecarga, burnout, mobbing).
Evitar la atención incidental y sin compromiso ³¹ .
Favorecer la continuidad asistencial y la presencia de un médico de referencia.
Promover el trabajo en equipo con un liderazgo definido ³² .
Compartir y contrastar la información y las decisiones.
Evitar que la Farmacia disponga de fármacos con nombres parecido o con envases similares con cantidades y/o concentraciones diferentes.
Favorecer un ambiente de protección del paciente.
Evitar la fragmentación de la atención.
Favorecer la transmisión y la accesibilidad de la información cuando en la atención del paciente participen profesionales, servicios o entidades diferentes.
Minimizar la gestión sin registro ("órdenes telefónicas").
Difundir los listados de verificación (<i>checklist</i>).
Favorecer una documentación adecuada: registro escrito legible, ordenado y accesible.
Encuadrar los resultados de los estudios complementarios en el cuadro general del paciente.
Favorecer que el personal adquiriera experiencia suficiente antes de afrontar directamente técnicas y procedimientos novedosos.

Tabla 5. Consejos prácticos a la hora de informar de un error³³.

Transmitir lo que se sabe del problema

Centrarse en lo sucedido y en sus consecuencias

Mantener una actitud "proactiva", no sólo reactiva a las posibles cuestiones

Registrar y documentar las conversaciones

Asumir responsabilidades sin autoinculparse

Disponer de supervisión y apoyo formal y legal

REFERENCIAS

- ¹ Leape LL. Error in Medicine. JAMA. 1994; 272: 1851-7.
- ² Smith ML. Thinking ethically about medical mistakes. J Child Neurol. 2013; 28: 809-11.
- ³ Surbone A, Rowe M, Gallagher TH. Confronting medical errors in oncology and disclosing them to cancer patients. J Clin Oncol. 2007; 25: 1463-7.
- ⁴ Ziegler DS. Never say never. J Clin Oncol. 2015; 33: 518-20.
- ⁵ Rabadán Jiménez J. Errores médicos: su valoración ética y su prevención. Discurso inaugural de la Sesión inaugural del curso académico. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Valladolid, 2014. p. 15-48.
- ⁶ Chung E, MD, Horwitz JR, Pottow JA, Jagsi R. Malpractice suits and physician apologies in cancer care. J Oncol Practice. 2011; 7: 389-94.
- ⁷ Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
- ⁸ Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. Am J Med. 2008; 121, S2-S23.
- ⁹ Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors. JAMA. 2001; 286: 415-20.
- ¹⁰ Medical errors. Special Eurobarometer 241 / Wave 64.1 & 64.3 – TNS Opinion & Social. European Commission. January 2006
- ¹¹ Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Amitabh Chandra A. Malpractice risk according to physician speciality. N Engl J Med. 2011;365:129-36.
- ¹² Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. N Engl J Med. 2016; 374: 354-62.
- ¹³ Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. Am J Psychiatry. 2013; 170: 59-70.
- ¹⁴ Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family. Qual Saf Health Care. 2002;11: 233-38.
- ¹⁵ Mira JJ, Navarro IM, Guilabert M, Aranaz J. Frecuencia de errores de los pacientes con su medicación. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31: 95-101.

-
- ¹⁶ Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*. 2005; 173: 510-5.
- ¹⁷ Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical errors. *BMJ*. 2000; 320:774-7.
- ¹⁸ Dyer C. Oncologist is found guilty of misconduct after 27 year old patient dies in trial. *BMJ*. 2012; 345: e6352.
- ¹⁹ Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. El síndrome del recomendado. *An Med Interna*. 2002; 19: 430-33.
- ²⁰ Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005; 31: 239-44.
- ²¹ Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors. *Arch Intern Med*. 2004 164:1690-7.
- ²² Pires Coli RC, Fabri dos Anjos M, Lucio Pereira L. The attitudes of nurses from an intensive care unit in the face of errors: an approach in light of bioethics. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18: 324-30.
- ²³ Gallagher TH, Studdert D, LL Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*. 2007; 356: 2713-9.
- ²⁴ Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, et al. Talking with patients about other clinicians' errors. *N Engl J Med*. 2013; 369: 1752-7.
- ²⁵ Penson TR, Svendsen SS, Chabner BA, Lynch TJ, Levinson W. Medical mistakes: a workshop on personal perspectives. *Oncologist*. 2001; 6: 92-9.
- ²⁶ Lisby M, Nielsen LP, Brock B, Mainz J. How are medication errors defined? A systematic literature review of definitions and characteristics. *Int J Qual Health Care*. 2010; 22: 507-18.
- ²⁷ Levinson W, Gallagher TH. Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007. *CMAJ*. 2007; 177: 265-7.
- ²⁸ Agency for Healthcare Research and Qualit. 20 tips to help prevent medical errors. *AHRQ Pub. No 00-P038*. September 2000.
- ²⁹ Martínez Hernández CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006; 32: 1-4.

-
- ³⁰ American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1993; 50: 305-14.
- ³¹ Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH, Walton S, Burdette TG, Moseley KL. No appointment necessary? Ethical challenges in treating friends and family. *N Engl J Med.* 2014; 371: 1254-8.
- ³² Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ.* 2000; 320: 781-5.
- ³³ Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Disclosure of medical errors. *CMAJ.* 2001; 169: 509-13.