



TEORÍA DEL ERROR MÉDICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LO PERPETÚAN.

Jorge Trejo Mares*; Bertha Ofelia Trejo Mares

*Esp. En Ginecología y Obstetricia
Dra..HGZ/UMF No. 76 IMSS. México.

Error medico, Teoría del queso suizo, Evento centinela, Incidente, Accidente, Iatrogenia.
Err in medicine, Theory of Swiss cheese, Event sentry, Incident, Accident, Iatrogenia.

RESUMEN:

Se considera error médico a un acontecimiento adverso que puede ser evitable y que es causa de una alteración en la salud de un paciente, la cual puede llegar a ser fatal. Se ofrecen diversas definiciones de conceptos relacionados entre los que se encuentran error médico, iatrogenia, evento centinela, incidente, accidente. Los factores que derivan en error médico son el aspecto del individuo (falibilidad, falta de compromiso, irresponsabilidad, sobrecarga de trabajo, entre otros), la complejidad del acto médico, el sistema de salud (errores latentes) y la vulnerabilidad de las barreras defensivas (teoría del queso suizo de Reason.) Los errores en la práctica médica se caracterizan por su elevada incidencia, por ser reiterativos y evitables y por implicar una alteración innecesaria, física, laboral y familiar para el paciente, y económica y moral para el médico; por otra parte, eleva en forma significativa los costos hospitalarios (sale más caro no prevenir que seguir la práctica cotidiana). Se ofrecen algunas observaciones acerca de factores que favorecen el error médico, tales como ciertos procesos psicológicos y de conducta del médico y situaciones que se dan a nivel de las autoridades a nivel hospitalario y del sector salud, las cuales dan lugar a diversas barreras que impiden el trabajo en equipo lo cual es una recomendación diseñada de modo específico para reducir la incidencia del error médico.

ABSTRACT:

Medical error to an adverse event is considered that can be avoidable and that is cause of an alteration in the health of a patient, who can get to be fatal. Diverse definitions of related concepts are offered between which they are medical error, iatrogenia, event sentry, incident, accident. The factors that derive in medical error are the aspect of the individual (fallibility, lack of commitment, irresponsibility, overload of work, among others), the complexity of the medical act, the system of health (latent errors) and the vulnerability of the defensive barriers (theory of the Swiss cheese of Reason.) The errors actually medical are characterized by their high incidence, for being reiterative and avoidable and to imply an unnecessary, physical alteration. labor and familiar for the patient, and economic and moral for the doctor; on the other hand, it lifts in significant form the hospitable costs (it leaves more expensive not to come up than to follow the practice daily). Some observations are offered about factors that favor the medical error, such as certain psychological processes and of conduct of the doctor and situations that occur concerning the authorities at hospitable level and of the sector health, which give rise to diverse barriers that prevent the work in equipment which is a designed recommendation of specific way to reduce the incidence of the medical error.

TEORÍA DEL ERROR MÉDICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LO PERPETÚAN.

A partir del informe publicado por la Escuela de Medicina de Estados Unidos titulado *To Err is Human*, en 1999, se ha creado conciencia de que el error en la práctica médica es muy común y se acompaña de altos costos tanto en daño a la salud como en dinero. El error en medicina afecta de primera instancia al paciente y en segundo lugar a la familia de éste, al médico y al sistema de salud en general. A partir del libro *Errar is Human* han aparecido en la literatura gran cantidad de trabajos que destacan diversos aspectos descriptivos del problema, los cuales incluyen la causa, la magnitud y el manejo de esta situación, sin embargo, a pesar de los ya 11 años que han transcurrido desde la publicación del libro, existen factores que no sólo no tienden a mejorar la prevención del error sino que favorecen que persista. El presente trabajo menciona la teoría del error médico y hace énfasis en el aspecto del razonamiento que conduce a error y en ciertos hechos que se oponen al cambio empresarial y profesional lo cual se considera como fundamento para la prevención efectiva del error.

La teoría del error se basa en que los errores se presentan porque se produce una falla en el sistema médico. El error es entonces considerado como una consecuencia y no como una falla en el proceso de atención. Además se debe contar con que se estarán presentando errores y por ello se deben realizar acciones para que su frecuencia se reduzca y sus consecuencias no sean graves.

El informe de *To Err is Human* refiere que cada año mueren en Estados Unidos 6 000 personas por accidentes laborales lo cual contrasta con las 7 000 que mueren por causas atribuidas a error médico.

El término error se opone a los de seguridad y calidad y estos últimos hacen considerar que describen la actividad y los resultados de la práctica médica cotidiana. Calidad se refiere a hacer lo correcta a la primera, superando las expectativas del cliente y con el coste apropiado. Seguridad se relaciona con procesos y procedimientos libres de errores. Al evaluar los diversos reportes de la literatura respecto al error en medicina se aprecia que la atención médica real está muy distante de la calidad y de la seguridad esperadas o que se le considera inherente.

Error se refiere a que la acción ejecutada se efectuó de modo diferente a lo planeado o esperado o bien que el plan de acción fue equivocado para el fin perseguido. Si la acción o el plan equivocados no produjeron daño al paciente se les considera como casi error. Se define como evento adverso a la lesión causada por el manejo médico y no por la condición subyacente del paciente. El evento adverso prevenible se da cuando dicho evento adverso se debe a un error médico. Cuando un evento adverso prevenible reúne criterios para fincar responsabilidad legal se llama evento adverso por negligencia.

El error es llamado latente cuando se origina por deficiencias en el sistema de salud, y cuando se presenta durante la atención directa del paciente es considerado error activo. Los errores latentes están ocultos en la base de los cuidados y son evitables. Los errores activos son de efectos inmediatos y son imprevisibles.

Los eventos adversos se presentan en el 2.9 a 3.7% de ingresos hospitalarios y de estos del 53 al 58% son prevenibles. Originan de 44 000 a 98 000 muertes al año (en Estados Unidos) y ocupan el 8º lugar como causa de muerte, superando los fallecimientos por accidentes de vehículos de motor, cáncer de mama y SIDA. El costo estimado es de 37.6 billones a 50 billones de dólares anuales, lo que representa del 2 al 4% del dinero destinado al gasto anual en salud, y el cual muy bien podría destinarse a subsanar aspectos diferentes a los ocasionados por el error.

Los efectos del error se manifiestan por hospitalización prolongada, mayor número de reingresos. Aumento en el número de consultas y de recetas así como de reintervenciones quirúrgicas. Para el paciente las lesiones pueden resultar en daño físico y moral, incapacidad y muerte. Por otra parte, la probabilidad de ser víctima de un evento adverso aumenta en 6% con cada día de hospitalización.

Se ha registrado que se presenta algún error hasta en el 3.13 de recetas elaboradas. Siendo dicho error potencialmente fatal en 1.81% de cada 1 000 recetas. También se ha informado que hasta el 25% de adultos mayores reciben algún medicamento mal indicado.

TEORÍA DEL ERROR MÉDICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LO PERPETÚAN.

El 50% de eventos adversos se relaciona con procedimientos quirúrgicos, tales como infección de la herida quirúrgica, complicaciones de la cirugía y por dejar cuerpos extraños en alguna cavidad del cuerpo (compresas, instrumental). Los procedimientos de cirugía ocasionan el 22% de muertes evitables. Los eventos adversos en cirugía tienen como principales factores de riesgo el procedimiento quirúrgico de urgencia, procedimientos mayores simultáneos, paciente obeso y cambios repentinos en el procedimiento quirúrgico. Factores de riesgo adicionales se presentan cuando la cirugía es durante un cambio de turno, se opera con prisa, con cansancio o cuando el equipo de trabajo es de baja calidad.

Se considera que la magnitud del error médico sólo representa la punta de iceberg, en el sentido de que existe un subregistro considerable de estos eventos debido a que los errores médicos en muchas instituciones no se documentan y a que si acaso sólo se registran los eventos adversos severos. Se ha observado una cultura del silencio que lleva a que los errores no se reportan, se consideran como secreto de guerra, de aquello de que no se habla, por no perder cierto prestigio de infalibilidad y por temor a ser sancionado. Todo lo anterior lleva en ocasiones a modificar el expediente clínico para ocultar el error, procedimiento conocido como de maquillar el expediente.

En la literatura no médica se ha escrito también bastante acerca del error, en particular para destacar su aspecto humano y universal. En el Salmo 130,3 se lee. Si errores fuera lo que tú vigilas, Oh Ja, oh Jehová, quién estaría en pie. Se atribuye a Maimónides el decir Concédame el coraje de percatarme de mis errores cotidianos, así mañana podré ver y comprender con mayor claridad lo que no comprendí bajo la oscura luz del pasado. Florence Nightingale quien es considerada como la precursora de la Enfermería observó que durante la atención médica que le tocó vivir, si bien había bastantes carencias, gran cantidad de los sufrimientos y de las muertes de pacientes eran consecuencia del manejo médico deficiente y no del padecimiento del enfermo o de la falta de recursos. Goethe observó que el mayor logro interno que una persona puede tener es el de aceptar el propio error y enriquecerse como persona a partir de ello.

El error ha sido manejado en su aspecto de omnipresencia y previsibilidad relativa, como se aprecia por la llamada Ley de Murphy, que precisa si algo puede salir mal, saldrá mal, con su consecuente corolario si una persona puede cometer un error, lo terminará por cometer. La ley de Murphy se ha extendida a muy diversas situaciones y áreas del quehacer humano, en ocasiones con connotaciones que enfatizan la tendencia a lo fácil, cómodo torpe del individuo como se aprecia en la Observación de Baruch El que tiene como herramienta un martillo cree que todos los problemas tiene forma de clavo. También resaltan la holgazanería como se aprecia en la Ley de Parkinson. El trabajo se expande hasta ocupar todo el tiempo disponible. No faltando la dosis de humor sobre los muy diversos motivos de distracción. En el examen final más difícil la compañera más atractiva se sentará a tu lado, por primera vez en todo el curso.

A grandes rasgos las causas del error médico son la falibilidad humana, la complejidad del sistema médico, las deficiencias del sistema de salud (errores latentes) y la vulnerabilidad de las barreras defensivas. Estas últimas las constituye tanto el sistema de salud como los recursos y el personal de las distintas áreas lo cual filtra las posibilidades de que se presente un error. Cuando cada barrera permite pasar un factor desencadenante se produce un evento adverso.

A nivel del sistema (Instituto de Salud) contribuye al error el que se considere a sí mismo como infalible –intolerante al error-, ser alimentado por información –B. Traven escribió que en México la información en forma de estadística ha sido utilizada por los distintos niveles de gobierno para manipular al país con objeto de tener beneficio económico para la clase gobernante, de este modo es común escuchar decir al Presidente en turno frases como ...en México se abate la inseguridad,...se protege el empleo,...las condiciones de salud son óptimas-. Para los institutos de salud los costos en el aspecto burocrático continúan siendo elevados actualmente, originando altos costos en papeleo y tiempo, por ejemplo una jefatura de servicio llega a elaborar hasta 15 informes mensuales. En un mismo servicio se elabora al día hasta 7 hojas de censo de pacientes, mismas que suelen ser subutilizadas en forma notable. Por otra parte, es común que el profesional de la salud se caracterice por una labor de tipo individualista, con prioridades equivocadas)no considera que su

TEORÍA DEL ERROR MÉDICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LO PERPETÚAN.

trabajo es para beneficio del paciente sino que actúa de forma que en horas de trabajo descanse para luego asistir a otro trabajo, considera que debe dedicar varias horas laborales a rutinas sociales y que su actividad debe ser principalmente de tipo defensivo, es decir hacer lo mínimo posible y figurar lo menos en los registros clínicos.

Diversos escritos destacan el trabajo en equipo como fundamento para el logro del fin común que es el bienestar del paciente y requieren para ello de que el equipo cuente con todos sus integrantes presentes, que la actividad de cada uno sea conocida por todos, que se comparta la información y que cada uno efectúa en forma correcta su actividad interdependiente asignada. En contraste se aprecia que en la Institución el personal no está integrado o peor aún esta ausente, presentándose a su área de trabajo hasta una hora después de su hora de checada, y eso si se le llama para un procedimiento de urgencia, las actividades no parecen estar asignadas con claridad pues en momentos de urgencias apenas se empieza a manifestar que no se cuenta con el material o los recursos requeridos debido a que al inicio del turno esto no se verificó, y el plan de atención no está articulado ni es compartido, cada quien pretende hacer su trabajo considerando que es independiente del de los demás, por ejemplo, hasta que se presenta una urgencia y va a pasar al momento a quirófano se efectúa su valoración prequirúrgica y preanestésica y se le prepara para cirugía, y es entonces que se prepara la sala correspondiente, todos estos preparativos se podían hacer en los pacientes ya ingresados y que potencialmente pueden requerir una cirugía de urgencia. A modo de adaptar un modelo americano y por ser además una innovación de gran utilidad se ha pretendido crear equipos de médicos que acudan de inmediato y para una atención integral a las pacientes con riesgo de muerte materna, dichos equipos han recibido el nombre de equipo de alto rendimiento, equipo de respuesta inmediata o equipo de alto desempeño. En la práctica no existe dicho equipo sino que es el mismo personal de cada turno y servicio el que atiende a las pacientes en dicho riesgo de muerte. En unidades de Tercer Nivel de Atención en que se considera que sí se cuenta con personal específicamente designado para conformar el equipo de respuesta inmediata, dichos integrantes sólo están durante el turno matutino, sin ser cubierta su plaza cuando están en periodo de vacaciones, por lo que se observa que la permanencia de dicho equipo es deficiente para una unidad que da atención las 24 horas de todo el año y en la cual las urgencias se presentan a cualquier hora del día.

Para reducir la aparición de errores otro aspecto es la comunicación eficaz, de modo que cada integrante del equipo se sienta con libertad para describir la situación que es potencial fuente de error, comentar los antecedentes o hechos que caracterizan la situación, dar su valoración del caso y aportar una recomendación al respecto. Las siglas DEEC expresan de otra forma lo anterior especificando una descripción de la conducta que puede conducir a error, expresando la preocupación respectiva, especificando un proceder y lograr con esto un consenso. El objetivo es crear una conciencia de la situación a través de un modelo mental compartido por todo el equipo de trabajo. Se ha recomendado también que cuando un integrante del equipo esté en situación de cometer un error, se le realicen hasta dos recusaciones u observación, la primera aportando información acerca del riesgo de que se presente el error y la segunda se realiza en forma más enérgica en caso de persistir la conducta de riesgo, las observaciones las puede efectuar cualquier integrante del equipo sin tomar en cuenta ningún nivel de jerarquía.

Una diferencia notable entre la recomendación para disminuir el error que se refiere al pase de visita llamado TeamSTEPPS, consistente en pasar una visita de aproximadamente 15 minutos a cada servicio por parte de autoridades con objeto de comentar aspectos clave de cada paciente con objeto de especificar el plan de manejo y de organizar el volumen de trabajo, es que en la unidad dicho pase de visita es del tipo social, es decir en enumerar los diagnósticos de los pacientes y el tratamiento pendiente, sin profundizar en aspectos trascendentes como son si existe retraso en recabar y analizar estudios o en instituir el tratamiento apropiado, además de valorar si el orden en que se da el tratamiento es el apropiado tomando en cuenta la prioridad relacionada con la gravedad de los pacientes. Es común que se presente a pacientes omitiendo información al respecto como es el triage y la selección de casos –se operan pacientes no complicados dejando al turno siguiente los pacientes de mayor complejidad y los que representan un problema potencial en otros aspectos-.

TEORÍA DEL ERROR MÉDICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LO PERPETÚAN.

En la estructura de equipos se han mencionado en la literatura aspectos importantes como los de entrenamiento, reconocimiento y recompensas pertinentes. El entrenamiento en el Instituto se caracteriza en que cada año el personal requisita una cédula especificando en qué necesita ser capacitado y su jefe de servicio agrega su observación sobre lo que él considera en que dicho trabajador debe ser adiestrado, sin embargo, no se toma en cuenta dicha información para la capacitación, con frecuencia relativamente poca se envía a algún trabajador a cursos, los cuales están impartidos, en general, por los llamados profesor titular y adjunto, los cuales no suelen tener cursos reconocidos en docencia o pedagogía y sus objetivos no se enlazan en forma directa con la problemática de salud que se tiene en la unidad correspondiente. Surgió hace algunos años el caso de que se tiene indicación, en ciertos cursos, de capacitar al 100% del personal de la unidad, se inicia dicha capacitación y gradualmente, en forma invariable, disminuye el volumen de personal capacitado hasta llegar a un número determinado que no corresponde al 100%. En seguida se menciona un ejemplo real, se inicia un curso de duración programada 5 días, en la inauguración se menciona que los asistentes somos afortunados porque nuestro curso durará 4 días y el de los alumnos del siguiente curso será sólo de 3 días, el material de apoyo fue insuficiente e incompleto y no se lograron los objetivos del curso porque no existió algún enlace entre las unidades de primero y segundo nivel, el cual fue precisamente el propósito del curso. Respecto al reconocimiento es una situación por completo mal utilizada, por mencionar unos ejemplos, el día del médico o de la enfermera el Presidente de la República felicita por medio de una carta de contenido idéntico que es enviada a domicilio, al trabajador sin considerar los méritos o la falta de éstos del empleado, lo que implica que un mal trabajador no encuentra algún motivo de mejorar la calidad de su trabajo si es felicitado por ser como es. De igual forma los premios que se llegan a otorgar a ciertos trabajadores se basan en aspectos tales como rifas, complot u otros de este tipo.

El control del servicio clínico radica en contar con medidas que prevengan el error y para detectar con oportunidad los errores que se cometan para reducir al mínimo sus consecuencias.

Algunos pacientes se pueden considerar como malos clientes, en el sentido de que presentan alguna de las siguientes situaciones. Hacen uso inadecuado de los servicios médicos, abusan de las urgencias sentidas para obtener beneficio en la atención al presentarse como si padecieran de una urgencia verdadera, simulan padecimientos para obtener incapacidad médica, utilizan el servicio médico para propósitos diferentes al de la salud. Un ejemplo es el de una paciente embarazada que es llevada al servicio de urgencias debido a que se enojó con su esposo y desea entablar una demanda de divorcio, el motivo de acudir en ambulancia sólo es de pretender mayor peso a su demanda legal. Otra paciente acude a urgencias por presentar dolor súbito e intenso en hipogastrio, refiere tomar y regularmente pastillas anticonceptivas para corregir el ciclo menstrual y niega tener vida sexual, no refiere retraso menstrual, a la exploración física se encuentra útero de 9 cm, cérvix dilatado un cm y retos ovuloplacentarios en cavidad vaginal, al reinterrogar a la paciente aprecia que los datos que dio fueron falsos debido a que no desea que se enteren en su familia que tiene vida sexual.

El individuo puede cometer un error en habilidad por falta de atención, por efectuar una acción correcta en un objeto equivocado o por una confusión en su asociación de ideas. Por percibir en forma equivocada una situación o por utilizar un procedimiento que en otros casos funciona bien. Lo anterior puede radicar en que emplea lo que se considera ser cerrado al pensar, es decir suele generalizar o no estar de acuerdo pero no individualiza ni caracteriza el objeto. También puede ser que la persona no discierna, no evalúa las situaciones para evitar el trabajo de razonar. Por ello es importante mencionar que un argumento o razonamiento es un grupo de enunciados entrelazados en forma coherente y que llevan a un juicio llamado conclusión. Se llama validez a la forma en que se maneja el contenido del argumento y verdad o falsedad al tipo de conclusión a que se llega. Mientras que un razonamiento correcto con datos falsos puede llevar tanto a una conclusión verdadera como falso, sólo un razonamiento correcto con datos verídicos puede llegar a una conclusión verdadera. Esto quiere decir, por ejemplo, que sólo si el interrogatorio y la exploración clínica son correctos se puede llegar a un diagnóstico y a un plan de tratamiento apropiados. Si los datos de los juicios no son válidos, el diagnóstico y la acción subsiguiente pueden o no ser correctos, puede darse el error.

El dilema es el argumento que plantea dos opciones que llevan a una conclusión no deseada. Para

TEORÍA DEL ERROR MÉDICO. ALGUNOS ASPECTOS QUE LO PERPETÚAN.

tratar con un dilema primero se considera si dicho dilema es legítimo es decir, si de verdad ambas opciones no son deseables o bien lo que sucede es que se está valorando mal la situación. En seguida se aprecia si existen posibilidades intermedias en el dilema, esto es que no necesariamente sólo existen dos extremos indeseables en el problema. Finalmente se explora si se puede construir un contradilema, con los datos del problema considerar la opción de una solución opuesta. Los dilemas implican emociones y conflictos.

Los errores comunes al pensar o razonar se pueden deber a la presencia de una falacia o de un sofisma. La falacia consiste en un error en el razonamiento o en el argumento. El sofisma se da cuando dicho error se propone de forma intencional con el objeto de engañar. Los tipos de falacias son a) en contra de la persona, b) pretender que un juicio es verdadero solo porque lo afirma tal persona, c) apelación a la emoción, d) argumento por la piedad, e) apelación a la fuerza, f) falacia por ignorancia y g) pregunta compleja.

La prevención del error radica en un cambio en la cultura de la empresa y del individuo así como en la lectura de la literatura pertinente, entre la cual cabe destacar los diversos artículos de la revista American Family Physician de la sección perlas de práctica médica.