

Comentario

Prevención de errores en la práctica médica, ¿hemos progresado?

Error prevention in medical practice: have we progressed?

Dr. José María Ceriani Cernadas*

Los errores en la medicina, al igual que en todas las actividades humanas, han ocurrido siempre, pero solo en los últimos años merecieron mayor atención. Podría decirse que recién en la década de 1980 algunas publicaciones comienzan a alertar sobre la alta frecuencia de errores; su mayor mérito fue abrir el camino hacia la necesidad de un cambio de cultura y de modelo, que muy lentamente empezó a gestarse. Al respecto, en 1983, se publica en la prestigiosa revista inglesa *BMJ* un artículo que tuvo la particularidad de incluir entre sus autores a Karl Popper, uno de los filósofos más importantes del siglo XX.¹ Se refería nada menos que a la necesidad de crear una nueva ética para generar una actitud más crítica en la profesión médica y aprender a reconocer nuestros errores. La escasa importancia que el tema merecía por aquel entonces queda reflejada en el hecho de que Richard Smith, uno de los editores del *BMJ* y años más tarde editor jefe durante varios años, relata en sus memorias que estuvo a punto de rechazar el artículo por considerarlo excesivamente teórico y de escasa trascendencia, pero que, como la figura de Popper lo intimidaba, decidió finalmente aceptarlo. El tiempo confirmó lo acertado de esa fortuita decisión pues el contenido del artículo constituye una lección sobre lo que debemos hacer en nuestra profesión y, sin duda, trazó un rumbo indeleble. Luego, ya en la década de 1990, se produce un crecimiento importante en el número de publicaciones; entre ellas, se destaca un estudio seminal conducido por el Dr. Leape de la Universidad de Harvard. En él se mostró, por primera vez, la impresionante magnitud de los errores en medicina y la iatrogenia que ocasionaban: alrededor de 100.000 muertes y 1.000.000 de pacientes con efectos adversos por año en los EE.UU.^{2,3} El impacto de esas cifras fue tan tremendo que, años más tarde, en 1999, el Instituto

de Salud de ese país instrumentó un programa especial (*"To err is human: building a safer healthcare system"*) destinado a generar estrategias para el reconocimiento de los errores y su prevención. Ya en el presente siglo, la publicación de artículos ha aumentado en forma notable y, si bien aún es escasa en comparación con otros temas, demuestra que siempre existen grupos interesados en bregar por una medicina centrada en el paciente, cuyas acciones enaltecen a la profesión médica.

Existe un aspecto central en este problema, me refiero a una condición previa fundamental sin la cual es imposible avanzar en dirección alguna: debemos admitir que nos equivocamos y que lo seguiremos haciendo, pues el error está más allá de nuestro control y forma parte de la propia naturaleza humana.⁴ Las disciplinas de riesgo que han logrado disminuir marcadamente los errores, como la aviación, han trabajado sobre la base del concepto que el hombre, indefectiblemente, se va a equivocar y, por lo tanto, diseñaron sistemas tendientes a evitar el error humano.

Lamentablemente, nada más alejado de este enfoque ha sido el de la medicina, donde la cultura predominante es la de ocultar el error y generar el concepto de que solo los incompetentes o irresponsables se equivocan.^{5,6} Los modelos tradicionales de educación médica refuerzan el concepto de infalibilidad; se supone que en nuestra actividad no se deben cometer errores y, por lo tanto, no somos preparados, ni en la Universidad ni en los años de formación, para cultivar una actitud crítica que nos permita enfrentar el error. Este concepto de infalibilidad se traslada también a la población general, lo cual lleva a que la gente tenga la falsa creencia de que la medicina todo lo puede, aun cuando obviamente no es así. Un desarrollo tecnológico que encandila y la mayor difusión en los medios de comunicación masiva de ciertos "éxitos terapéuticos" que parecen milagrosos hacen que, en muchas circunstancias, el médico sea visto como alguien infalible que no puede equivocarse. Esto tiende a crear una presión muy grande sobre los profesionales y a condicionar una deshonestidad intelectual que lleva a ocultar el error, en vez de

* Servicio de Neonatología y Comité de Seguridad del Paciente. Hospital Italiano de Buenos Aires.

admitirlo y determinar sus causas.

La persistencia de esta cultura es el mayor escollo para que la prevención de errores no haya progresado en estos años, tal como esperábamos en los comienzos del siglo.⁷ Hasta que el cambio no se asiente definitivamente, los avances serán muy lentos. Mayormente, dependerán de la voluntad de un grupo de profesionales interesados en modificar el modelo clásico, que sigue siendo el predominante en la práctica profesional, donde el error raramente se admite y discute.

En la gran mayoría de las instituciones médicas de nuestro país no se han desarrollado programas de prevención de errores debido, principalmente, a la resistencia para adoptar una nueva cultura y al hecho de que aún no existe plena conciencia sobre la gravedad del problema. Es menester comprender que si médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud desean reducir los errores en el cuidado de los pacientes resulta imprescindible generar un cambio en la forma de pensar y actuar. La prevención de los errores debe ser uno de los focos primarios en la práctica de la medicina, con un especial énfasis en el diseño de los sistemas y no solo en los individuos.⁸ Las estrategias dirigidas a evitar que el individuo cometa errores suelen fracasar porque soslayan que, indefectiblemente, los va a cometer. Las acciones en el sistema tienen más probabilidad de éxito porque reducen una mayor cantidad de errores y lo hacen más tempranamente. No podemos modificar la condición humana, pero sí las condiciones en que los seres humanos trabajan. Asimismo, es imprescindible crear un ambiente de trabajo donde la seguridad del paciente sea prioritaria y no haya medidas punitivas para los profesionales involucrados.

Un aspecto esencial, que cobra cada vez mayor importancia, es el de la comunicación de los errores, uno de los elementos claves en el cambio de cultura mencionado. Al referirnos a este punto debemos diferenciar dos situaciones: la comunicación de errores entre los profesionales y la información a los pacientes, en pediatría generalmente a los padres, sobre el error cometido.

El primero se basa en el precepto fundamental que reza que siempre podemos aprender de los errores que se realizan. Cabe aquí recordar aquella frase que no por anónima deja de ser cierta: *"el éxito nunca enseña nada, solo del error se aprende"*.

Asimismo, la comunicación de errores contribuye a mejorar múltiples aspectos: diluye el tradicional ocultamiento de los errores, permite realizar programas para prevenir cierto tipo de errores y crear sistemas más seguros y, lo más importante,

nos obliga a adoptar una actitud honesta que éticamente es la que corresponde. Una forma adecuada de motivar la comunicación de errores es crear programas especiales en las instituciones médicas. Los programas pueden ser anónimos o no; el anonimato genera mayor tranquilidad, al menos hasta que el cambio cultural se arraigue. Hasta el momento, las publicaciones, aún escasas, muestran los beneficios de estos programas;⁹ por lo tanto, es esperable que se difundan más.

El comunicar o informar un error a los pacientes o familiares es uno de los aspectos que plantean mayores dificultades para los médicos. En 2004, al analizar los primeros dos años del programa de comunicación anónima de errores desarrollado en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, surgió que más del 70% de los errores leves no fueron comunicados a los padres.¹⁰ Esto coincide con otras publicaciones, donde asimismo se enfatiza la imperiosa necesidad de comunicar los errores graves, algo que lamentablemente es aún muy poco frecuente.¹¹

En 2001, en las conclusiones de un artículo expresaba "...estas reflexiones pueden ser de valor para producir en nosotros un necesario cambio en la actitud frente al error, cambio que debe comenzar en las Escuelas de Medicina, en las residencias y en los años de formación...".⁶ Esto todavía no se ha logrado ni medianamente, pero debemos ser optimistas ya que cambiar es un proceso lento al cual naturalmente nos resistimos. Será necesario que cada uno de nosotros sea consciente de la magnitud del problema (en EE.UU. la mortalidad atribuible a errores en la atención médica supera a la de accidentes de tránsito, cáncer de mama y SIDA). Debemos establecer pautas para implementar estrategias de prevención, con un enfoque interdisciplinario que englobe a todos los actores involucrados en el sistema de salud. Todo ello dentro de un esquema que enfatice y priorice la cultura de la "seguridad del paciente", contemple la falibilidad de los seres humanos y posibilite implementar sistemas adecuados para prevenir errores. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 287:1919-23.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324(6):370-6.
3. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324(6):377-84.
4. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.

5. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272(23):1851-7.
6. Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch Argent Pediatr* 2001;99(6): 522-529.
7. Stryer D, Clancy C. Patients' safety. Progress is elusive because culture in health care has not changed. *BMJ* 2005; 330:553-4.
8. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, et al. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA* 1998; 280(16):1444-47.
9. Suresh G, Horbar ID, Plse KP, Gray J. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics* 2004; 113(6):1609.
10. Ceriani Cernadas JM, Otero P, Mariani G, et al. Anonymous reporting of medical errors. Another strategy to promote patient safety. *E-PAS* 2006; 59:3562.284.
11. Gallagher TH, Garbutt JM; Waterman AD, et al. Choosing your words carefully how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med* 2006; 166:1585.