

SER MEDICO AYER, HOY Y MAÑANA
PUENTES ENTRE LA MEDICINA, EL PACIENTE Y LA SOCIEDAD
ALBERTO AGREST
Buenos Aires, Libros del Zorzal, 2008

CAPITULO IV
El error en medicina
(Resumen textual)

Hay que aceptar que la medicina es proclive al error. [...] Es claro que la incertidumbre puede reducirse, pero en ningún caso anularse. [...] En este sentido, los errores médicos pueden demostrar la inoperancia de los mecanismos de evaluación del conocimiento médico. [...] Por esta razón considero que el análisis de los errores puede ser un mecanismo de acreditación de los sistemas prestacionales de las empresas administradoras de recursos para el cuidado de la salud y una forma de seguimiento de su evolución. [...] El reconocimiento del error es, sin duda, traumático. Esto se evidencia a partir de la tendencia a negarlo y racionalizarlo por temor al desprestigio y, sobre todo, a ocultarlo para no sufrir el reclamo judicial y el enojo de los damnificados. [...] El cambio cultural yace en considerar la comunicación del error como una información y no como la revelación de algo oculto o secreto; en definitiva, los errores son casi siempre errores de sistema. [...] [Así] Es probable que el castigo por los errores no sirva para evitarlos, pero es seguro que estimulara a ocultarlos.

Hace ya más de cincuenta años, [...] la frecuencia de los diagnósticos erróneos [...] obligaba a reflexionar sobre los mecanismos que conducían al error. [...] Inicialmente, el error fue un problema intelectual y científico. [...] Ese error pasó luego a constituir una problemática ética y legal de responsabilidad y castigo y, finalmente, se ha convertido en un problema económico. [...]... verdaderos abismos se han abierto entre lo que sabe y lo que se hace, entre lo que académicamente podría hacerse y lo que prácticamente puede hacerse, y entre lo que se hace y lo que debe hacerse. Diré, por lo tanto, que hay error cuando se hace algo que no se debía y, de igual forma, cuando no se hace algo que si debía hacerse.

[En la actualidad] [...] se aborda la necesidad de construir un sistema de salud más seguro, y para ello, se estudia con que frecuencia ocurren los errores, de que tipo son estos, los factores que contribuyen a que se cometan y como se puede garantizar una mayor seguridad para los pacientes. [...]... los mecanismos de comunicación de los errores, la confidencialidad de esa información y, [...]... recomendaciones para mejorar la calidad de la medicina. [...] El objetivo médico del siglo XXI, entonces, es hacer solo lo que hay que hacer y no hacer lo que no hay que hacer. Se trata de una verdadera cruzada contra el error.

[...] En cualquier actividad los humanos cometen errores, por algo Errare Humanum Est (errar es humano) es un dicho universalmente conocido. Sin embargo, no conviene exagerar: errar demasiado nos convierte en una amenaza. Lo que hay que intentar, entonces, es diseñar procesos que aseguren el menor número posible de daños.

El Institute of Medicine [de EE.UU.] define el error como el fracaso para completar la intención de una acción planeada o el uso de un plan equivocado para cumplir un fin dado. El error depende de dos tipos de fracaso: una acción correcta no resulta como se preveía (error de ejecución) o una acción intentada no era, simplemente, la correcta (error de planeamiento).

El error es una acción u omisión inapropiada. Es inapropiada toda acción u omisión que no atienda a las reglas y normas impuestas por el conocimiento actualizado sin una causa justificada.

Los médicos somos los que más nos oponemos a la información de los errores médicos, preocupados por [...] juicios [...] de mala práctica y por temor a perder prestigio. Además por no atentar contra la creencia de la infalibilidad de la corporación médica a la que pertenecemos. [...]Y Por otra parte, [también]...los administradores de los servicios de salud son proclives al ocultamiento de los errores para reducir los juicios de mala práctica, con su consecuente costo económico y de desprestigio. [...] En realidad el problema de la seguridad de los pacientes debería ser más fácil de resolver que otros problemas de la salud. Lo que parece necesitarse en una cultura que estimule a participar –más que a esconder- los errores o los “casi errores”. El principal obstáculo parece ser no la ley ni el dinero, sino una falta de consenso entre médicos y público sobre como enfrentar el problema del error. Una primera conclusión acerca de este dilema puede ser, en todo caso, que tomada la seguridad solo como negocio no permitirá que ésta mejore.

El error y los médicos

[...] El narcisismo médico trepita y se refugia en una negación o racionalización, transfiriendo la responsabilidad del error a otra persona o institución (“Lo más humano es echarle la culpa a otro” aseguraban Les Luthiers). La reacción deseable frente a un error es el aprendizaje que ubique la experiencia en una memoria, [...] que genere la utilización de lo aprendido en situaciones similares y su comunicación al paciente, [...] a la organización médica [...] y a sus colegas para corregir los defectos del sistema y estimular el conocimiento en la corporación medica.

El error exige no ser olvidado como condición de aprendizaje. El recuerdo exige, como todo duelo normal, una reacción emocional que el tiempo deberá atenuar. Atenuar [...] no debe significar olvidar el error y desechar su valor para el aprendizaje.

A mi entender el error médico tiene tres fuentes principales. Una, el simple azar [...]. La otra es la ignorancia personal o institucional, y la tercera, la irresponsabilidad.

[...] En la actividad médica [...] el error médico supera la ignorancia de los médicos y es con más frecuencia producto del sistema [...]. El casi daño demuestra que una buena organización del sistema o, nuevamente, el azar son capaces de colocar una valla al error. Su reconocimiento sirve para evitar que los mismos errores se reproduzcan, si bien el azar es capaz de hacer fútiles esas vallas.

[...]... la irresponsabilidad médica es producto, en realidad, de una cadena de irresponsabilidades que va desde la falta de evaluación de la personalidad de los que ingresan a la carrera de medicina, hasta la promoción de los aspirantes aún con faltas flagrantes de conocimiento [...], la falta de control adecuado de los que se inician en la actividad asistencial [...] y la falta de mecanismos adecuados de recertificación. Es imposible que los que inician su experiencia asistencial no cometan errores. De hecho estos serán una fuente esencial de aprendizaje, lo que no puede aceptarse que ese error se active hasta producir daño.

La equivocación ocurre cuando uno no sabe lo que cree saber [...].

El error [...]. Pone en duda nuestra capacidad predictiva [...] y desafía nuestro narcisismo.

El error ha servido tradicionalmente para aprender lo que no hay que hacer y lo que no es verdad. Luego se sumó la reacción de castigar al responsable del error, suponiendo que este es producto de la incapacidad o irresponsabilidad individual, considerándolo así culposo. Hoy dirigimos nuestra atención a los errores del sistema, a los defectos de organización y al agotamiento de los actores.

Considerado el error como un producto de la mala práctica, y aceptada la noción de infalibilidad médica, se pasó a ocultar el error, [...], con lo cual se dejó de aprender de él. [...], el temor al castigo [...], más que un estímulo para la prevención, se ha convertido en un estímulo para el ocultamiento.

La racionalidad indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar las medidas correctivas necesarias. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores, sus consecuencias y las que se consideren sus causas. Esta transparencia solo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano, en la que el error no sea equivocarse, sino aprender de él.

Hay que tener en cuenta, [...] que si en estas páginas me refiero a la postura de los médicos frente al error, en la situación actual ellos constituyen tan solo un eslabón dentro de un sistema de enormes dimensiones. La exigencia de conocimiento, por tanto, abarca a enfermeros, técnicos, farmacéuticos y todos aquellos que intervienen en el uso de recursos auxiliares.

[...] Comunicar los errores –o someterlos a su exhibición- ha sido de reconocido valor docente, tradicional en la formación médica. Se hacía sin culpa [...]. La culpa nos la enseñaron los abogados. [...] ... es fundamental evitar que el temor a juicios de mala práctica nos incline al ocultamiento de nuestros errores, conducta que no hace sino multiplicarlos, ya que la comunicación sirve para que otros estén alerta y no los cometan también. El no comunicar un error podría considerarse una mala práctica por omisión.

Si acordamos que equivocarse es una condición humana, veremos que para los médicos el meollo del asunto consiste en tratar de cometer el menor número posible de errores, es decir, caer solo en los errores forzados, aquellos en los que el azar parece superar todos nuestros recaudos. Para lograr esto, el sistema de protección debe involucrar a todos los participantes en el acto médico, -enfermeras, farmacéuticos, técnicos, mucamas y médicos- y también al mismo paciente, sus acompañantes e, incluso, a cualquier testigo presencial.

Tipos de errores

Son errores médicos, por un lado, los estrictamente propios de los médicos, como los son los de diagnóstico y procedimientos diagnósticos, los de pronóstico, los de tratamiento en cuanto a lo apropiado de la elección del procedimiento o fármaco, la dosis de la misma, la duración y la vía de administración. Son errores del sistema, por lo tanto, los de los auxiliares médicos, enfermería, técnicos de laboratorio e imágenes y, en especial, el no desarrollar sistemas de control que interrumpan la inercia del error.

En los errores médicos se pueden analizar distintos aspectos: 1) su detección, 2) su comunicación o la confesión médica del error, 3) su registro, 4) el análisis de sus causas, 5) sus responsables, 6) la reacción médica ante ellos y sus consecuencias. [...] El registro de los errores requiere tiempo, [y] supervisión. El análisis de las causas de los errores [...] necesita un equipo multidisciplinario [...]. La identificación de responsables debe hacer entender que no se buscan culpables, ni se trata de castigar avergonzando o sancionando [...] sino evitar que el error se repita. La reacción médica ante su error, [...] requiere el apoyo de colegas [...] que comprenden la falibilidad de nuestra profesión [...].

Resumiendo, podemos decir que los errores pueden ser de práctica, de recursos propiamente dichos o de sistema, producidos por incapacidad personal, por defectos en los recursos o por desorganización.

Cuando [...] se habla de “error del sistema” –que nada tiene que ver con error sistemático, un concepto probabilístico- significa que el error es prevenible si se corrigen defectos del sistema. El más común de estos es la falta de controles que evitarían la comisión u omisión de algo que resultaría en un error. También se considera, en este rubro, el error que resulta del agotamiento de los que lo cometen, por exceso de tareas asignadas o por fallas en los mecanismos de información. En general, los factores de distracción son atribuibles a fallas provocadas por el sistema.

Si bien la falta de controles, exigencias, modelos imitables y la falta de incentivo pueden considerarse causas de los errores del sistema; la causa principal radica en la falta de tiempo. [...] ... falta de tiempo para dedicar a cada paciente, a consultar y reflexionar, a recuperarse para no caer en la fatiga y el agotamiento que conducen a la abrumación. Esto vale para todo el personal afectado a la atención de los pacientes.

Buena praxis / mala praxis

Se entiende por mala praxis [...] toda acción médica errada de acuerdo a la opinión de expertos médicos. Esto significa que [mala praxis] no se define por la opinión del paciente o sus familiares y que tampoco puede definirse por la opinión de un juez. [...] ...[Es] la opinión de los expertos, una forma de evaluación de la acción de un medico querellado. La evaluación se refiere a los conocimientos aplicados, a la oportunidad en tiempo y circunstancias de esa aplicación y al grado de responsabilidad demostrada.

La medicina es una actividad falible que [...] maneja dos racionalidades, la de la búsqueda del menor error posible y la del mayor beneficio probable. [...]... dos racionalidades enmarcadas [...] por una relación con un importante sesgo económico [...].

Comencemos por definir como buena práctica las decisiones que se ajustan a las reglas o normas dictadas por expertos, las actitudes que satisfacen las expectativas de los pacientes, cumplimentan las exigencias de la ley, evitan la dilapidación inútil de recursos, no desvían recursos en detrimento de necesidades de mayor prioridad [...], educan a los pacientes, a colegas médicos, a personal de enfermería, y a todos aquellos que intervienen en el proceso de salud [...].

Como es de imaginar, no existen reglas para todas las actividades médicas. Por otra parte exigir el conocimiento de todas las reglas sería pretender que cada médico se convierta en un especialista en todo o que derivara a cada paciente al superespecialista de cada afección o, por último, que la medicina se organizara como un equipo multidisciplinario para cada paciente. Una buena práctica ideal, por lo tanto, aparece en contraposición con una buena práctica real, en la que en la mayoría de los casos el mayor probable ocurre con un médico medianamente formado y, sobre todo, responsable.

[...] Satisfacer las expectativas de los pacientes es quizás el elemento de mayor peso para determinar si habrá o no querrela, independientemente de la opinión de los expertos respecto de si han seguido o no las normas de atención. La profilaxis del juicio de mala praxis es la buena relación medico-paciente y médico-familiar del paciente. Vale la pena recalcar, en este punto, que esta profilaxis es de la querrela, no de la mala práctica.

Conseguir llevar a un mínimo los errores exige un conocimiento de los mismos, la información de su existencia y el análisis de sus causas. El Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires está abocado al estudio y análisis de las causas de los errores en la medicina de nuestro país. Para ello necesita la información de los errores de los centros asistenciales. Esta requiere la franqueza de los médicos, que solo será posible si el informante adquiere prerrogativas de testigo protegido. Sin una ley protectora, será difícil conseguir de los médicos una conducta socrática. Finalmente, la franqueza no puede violar el principio de confidencialidad, por lo cual, la información del error debe hacer irreconocible al paciente de que se trata.

Todo lo dicho aquí es una invitación y casi un ruego para que los expertos del derecho ayuden a los médicos creando el marco legal en el cual la franqueza no pueda ser utilizada como prueba de culpabilidad y si, en cambio, lo sea su ocultamiento. Es más, los errores médicos permitirán evaluar la responsabilidad de quienes los han habilitado para su ejercicio profesional, la responsabilidad de quienes los han graduado, y evaluar la responsabilidad de quienes organizan el contexto en el que se desarrolla la actividad médica.

Entre todos, debemos contribuir a cambiar el paradigma médico: no se trata de “hacer todo lo que se pueda” sino de “no hacer lo que no se deba”.

Causas de una conducta médica inapropiada

Banco de Datos de Errores Médicos

Ya lo dije: pocas cosas enseña tanto como el error. Se debe aprovechar el error inmanente en nuestra profesión para perfeccionar nuestra actividad. [...] El objetivo debe ser colocar el énfasis en el error como fuente de aprendizaje y no en el aspecto de responsabilidad culposa.

[...] El proceso que lleva al error es la equivocación o la conducta inapropiada y su resultado es el daño [...]. Interesa aquí analizar las distintas causas de la conducta inapropiada de los profesionales de la salud y el estudio estadístico permitirá diseñar estrategias para reducir el error. Son causas de conducta inapropiada:

- El desconocimiento de reglas, normas y excepciones a las mismas. [...]
- La no aceptación de la información vigente, por estar reñida con lo que se considera juicio o criterio clínico o un hábito. [...]
- La falta de destreza suficiente por entrenamiento incompleto [...].
- Inadvertencia de una situación singular [...].
- Inadvertencia de una situación contextual [...].
- Falta de concentración –atención- por situación de estrés o agotamiento.
- Desmotivación: resentimiento hacia el sistema laboral o por conducta irritante del paciente.
- Automatización en las indicaciones.
- Falta de instancias controladoras de errores.
- Falta de información con respecto a las probabilidades de error.
- Incapacidad de valorar la trascendencia del error siempre probable.
- Incapacidad docente para explicar al paciente los fundamentos de una decisión.
- Falta de tiempo para dedicar al paciente [...].
- Dificultad comunicacional, polisemia del lenguaje [...], respuestas no referidas a las preguntas, discurso médicamente irrelevante [...].
- Ceder a presiones del paciente, sus familiares o consultores para elegir una alternativa con mayor probabilidad de efectos adversos o efectos adversos más importantes.
- Empecinamiento diagnóstico y/o terapéutico.

Banco de datos de errores médicos, comité de prevención de errores

[...] el mayor obstáculo para alcanzar métodos más seguros en los sistemas médicos es la dificultad de cambiar una cultura que tiende a culpar a los individuos por sus errores.

Según el IOM [Institute of Medicine de EE.UU.], la calidad médica busca:

- Seguridad en los procedimientos que se aplican a los pacientes. [...]
- Efectividad, entendida como la utilización de alternativas que hayan demostrado mejores resultados [...].
- Satisfacer las necesidades de los pacientes, [...], adaptar las decisiones a necesidades particulares que no deben ser maliciosamente estimuladas.
- Ser oportuno en la aplicación del saber médico, [...] ubicar las decisiones en el momento que rendirán el mayor beneficio.
- Ser eficiente, [...], obtener el mejor resultado con el menor costo económico.
- Satisfacer el principio de equidad, lo que significa que los recursos pueden ponerse al alcance de todos los habitantes.

La calidad médica es inversamente proporcional al error: a menor error, mayor calidad. Aceptado esto, podría concluirse que la decisión mas equilibrada [...] es, [...], priorizar la búsqueda del mayor beneficio probable, habida cuenta de la imposibilidad de suprimir totalmente las probabilidades del error [...].

En este sentido, el banco de Datos de Errores Médicos pretende aprovechar la cualidad docente del reconocimiento del error y, [...], reunir datos que permitan una detección semicuantitativa de los mecanismos que originan los errores, con el objeto de arbitrar las medidas tendientes a su prevención.

Los médicos conocemos la falibilidad de nuestra profesión, la incertidumbre ante cada decisión, la angustia y depresión por el error cometido y el temor a la querrela por mala práctica. Pero también sabemos del valor de enseñanza que deja el error.

Con estas bases, la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, a través de su Centro de Investigaciones Epidemiológicas (CIE), [inició] contactos con hospitales [del país] con los cuales [se creó] la Base de Datos de Errores Médicos [actualmente en vigencia]. La obtención de estos datos requiere un cambio cultural, [...], una superación de las vallas que impone el temor al desprestigio y a eventuales castigos institucionales y legales, la superación de la valla del propio narcisismo y, además, la superación de haber creado, la medicina, una falsa imagen de infalibilidad. Al mismo tiempo, [se iniciaron Ateneos] de Presentación de Errores que son discutidos por los concurrentes y de los cuales se extraen conclusiones y se aconsejan medidas para evitar la reiteración en un "Alerta" que se [publica] en la pagina *web* del CIE.

[...] pensamos en el error cuyo reconocimiento es fuente de mejoría. [...] Al hecho de corregir los errores que cometemos lo llamamos "aprendizaje". Aprender a corregir una planificación que se ha demostrado equivocada y aprender corrigiendo las imperfecciones de una destreza. [...]... la aspiración natural es, pues, minimizar los errores.

Los errores se minimizan con conocimientos, con voluntad y responsabilidad, con recursos y organización. Los primeros dependen de cualidades personales, los dos últimos de cualidades del sistema. De los primeros somos responsables los médicos, de los dos últimos los organizadores estatales de obras sociales o privados, los funcionarios, los productores y los gerentes. Todos aunados en un proyecto de mayor calidad de atención y seguridad del paciente.

Comité de Prevención de Errores

[...] Generar conocimientos verdaderos valederos y útiles es tarea de la ciencia; los errores, falsedades y ocultamientos atentan contra esos resultados. Conocer los errores es una aproximación adecuada para evitar su reiteración. El proyecto es, pues, prevenir los errores médicos y, más precisamente, los errores en la atención médica.

La prevención deberá incluir evitar sus causas más probables y estar preparados para corregir tempranamente sus consecuencias. Evitar la falta de información, la información falsa o inadecuada, la indicación errónea y su consumación, advertir precozmente la consumación del error y corregir los efectos de este y sus consecuencias. Son sujetos de esta prevención el médico, el personal auxiliar médico, el sistema administrativo y el propio paciente.

[...] Un análisis de los errores incluye considerar el sistema u organización del contexto en el que se desempeña el personal de salud.

Las consecuencias de los errores ocurren por falla de los mecanismos de prevención del error y prevención del daño. Prevención del error será capacitar al profesional de la salud en conocimientos y destrezas y vigilar que los procedimientos cumplan las normas de seguridad; prevención del daño es conseguir que el error no se traduzca en acción y esto depende fundamentalmente de la organización y de los controles que constituyen el sistema. Es control, también, el autocontrol y es responsabilidad del sistema evitar que este falle por abrumación.

El análisis de los errores es, por fuerza, retrospectivo, en cambio el de su prevención es prospectivo.

La intención, por lo tanto, es crear la conciencia de la necesidad de que los servicios de atención médica cuenten con un Comité de Prevención de Errores que reciba la información de los errores cometidos, de los daños surgidos y también de los evitados. Esto permitiría implementar cambios y normas que facilitarían la minimización de errores y daños. La acreditación de los servicios de atención debería exigir el funcionamiento de estos comités, a la vez que debería asegurar que la individualización de esa información sea inaccesible (anonimato) y que no pueda ser utilizada como prueba ante la justicia y respete la confidencialidad.

Glosario del error en medicina

Evento adverso: injuria causada por una acción médica y que resulta en una inhabilitación mensurable.

Error: fracaso en completar una acción planeada o el uso de un plan equivocado para obtener el resultado buscado. Estos errores incluyen problemas de la práctica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. Si se clasifican los errores en sistemáticos o estadísticos, accidentales y culposos o dolosos, debe recordarse que error es [...] por definición involuntario. [...]... algo que se hace o se omite hacer inapropiadamente.

El error es [...] una conducta inapropiada que conviene evitar. Cuando se habla de "error estadístico" es una apreciación histórica observacional de resultados que se apartan de los esperables con el conocimiento actual y se acepta como "real" estadísticamente [...]. Cada observación individual no tiene error estadístico, sino un valor que puede admitirse como normal si está dentro de la desviación estándar de observaciones individuales

consideradas normas para una propiedad. La cuantificación de la propiedad la pone el hombre [...]. El error estadístico no es algo que se pueda evitar pues se trata de un resultado matemático. La probabilidad es el grado de confianza de que algo ocurra y va de 0 (que no ocurra nunca) a 1 (que ocurra siempre). Nada puede ocurrir menos que nunca ni más que siempre.

Efecto adverso no prevenible: efecto adverso que resulta de una complicación que no ha sido previsible con el estado actual del conocimiento.

Error médico: evento adverso o casi error que era previsible con el conocimiento corriente del saber médico.

Casi error: evento o situación que pudo haber resultado en un daño, accidente o una enfermedad, lo que no ocurrió por azar o por una intervención oportuna.

Sistema: grupo de actividades interactivas e interdependientes para conseguir un fin propuesto.

Error del sistema: error que no es resultado de una acción individual, pero si previsible de una serie de acciones u omisiones que comprenden el proceso de diagnóstico y tratamiento.