



# Los errores médicos

## Segunda parte

“Tanto mayor es el yerro cuanto mayor es el que yerra”

Fernando de Rojas

“Muchos se equivocan por miedo a equivocarse”

Gotthold Ephraim Lessing

Autor: Alberto Lifshitz, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (ponencia magna del seminario *El ejercicio actual de la medicina*).



La clasificación del error en excusable e inexcusable ha sido propuesta por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México<sup>1</sup> y se refiere a que son excusables aquellos errores “derivados de una equivocación en el juicio, es decir, los que se cometen con una lógica de pensamiento correctamente estructurada, pero que parten de una interpretación inadecuada de los hechos”. La aplicación de estos adjetivos implica conocer a fondo el proceso de atención médica y el razonamiento clínico, lo que difícilmente pueden lograr los legos, incluyendo a los abogados y los pacientes. Esta categorización parece indispensable para calificar la mala práctica de la medicina, que se caracteriza precisamente por errores inexcusables.

### Enfoque personal y enfoque sistémico

El error humano puede ser enfocado de dos maneras: como un problema de las personas o de los sistemas.<sup>2</sup> El enfoque personal atribuye los errores a ciertos procesos mentales de los individuos, tales como olvido, distracción, deficiente motivación, falta de cuidado, negligencia o imprudencia; este enfoque genera medidas educativas y disciplinarias, considera los errores como asuntos morales y asume que las cosas malas les ocurren a la gente mala en lo que se ha llamado la *hipótesis del mundo justo*. El enfoque sistémico, en cambio, establece que los seres humanos somos falibles, que los errores pueden suceder aun en las mejores personas y que son consecuencia de las condiciones en que los individuos trabajan y no de la perversidad humana. Su frase es que “dado que no podemos cambiar la naturaleza humana, hay que cambiar las condiciones en que trabajan los humanos”.

En muchas organizaciones ha prevalecido el enfoque personal, dado que culpar a los individuos resulta más cómodo que centrarse en las instituciones. En los errores de medicación, por ejemplo, ciertamente habría ➔

### Referencias bibliográficas

1. Tena-Tamayo C, Juárez-Díaz González NL. Error y conflicto en el acto médico. *Rev Med IMSS* 2003;41:461-463.
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-770.
3. Kaushal R, Bates DW, Landrigan C, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA* 2001;285:2114-2120.
4. Carreras MA. *El error humano, ese flagelo*. <http://www.monografias.com>
5. Del Coso R. Popper. <http://www.lceus.com>
6. Wachter RM, Shojania KG, Sanjay S, Marcowitz AJ, Smith M. Learning from our mistakes: quality grand rounds, a new case based series on medical errors and patient safety. *Ann Intern Med* 2002;136:850-852.
7. Shojania KJ, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. Safe but sound. Patient safety meets evidence-based medicine. *JAMA* 2002;288:508-513.
8. *Ibid.*

que mejorar las cualidades de la comunicación de la orden (se dice que la caligrafía ha matado más gente que las guerras), pero no debemos olvidar que la cadena incluye elementos como la prescripción, el etiquetado, empaçado, nomenclatura, dispensación, distribución, administración, monitoreo,<sup>3</sup> en cada uno de los cuales puede haber errores que se expresen como eventos adversos e incluso muertes.

### **Error activo y error latente**

Aun admitiendo la elevada frecuencia de errores médicos, lo menos apropiado parece ser satanizar a los profesionales de la medicina. La visión moderna de la causa del error médico considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo en el que interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no recae en uno solo de ellos. Por lo tanto, el castigo de un solo individuo o su estigmatización no cambia los demás factores, y la probabilidad de que el error vuelva a ocurrir sigue siendo alta. Los errores médicos suelen ser más consecuencia de las condiciones de trabajo que de una actitud deliberada y malintencionada por parte del galeno. Algunos autores diferencian al error de la violación, en el sentido que el primero es una acción que se desvía no intencionalmente de un comportamiento esperado de acuerdo con algún tipo de estándar, mientras que la segunda es una desviación deliberada.<sup>4</sup>

Los errores pueden ser latentes o activos. Estos últimos dependen directamente del operador y sus efectos se notan de inmediato. Los errores latentes, en cambio, no dependen del operador, su efecto no se observa a simple vista e incluyen defectos de diseño, instalación, mantenimiento y otros. Se puede decir que es un error latente aquel que aún no ha ocurrido, pero que es sólo cuestión de tiempo para que aparezca. Por ejemplo, los factores de riesgo para los errores médicos se consideran condiciones de error latente. Algunos de estos factores de riesgo se muestran en el Cuadro 1.

Si se analiza el contenido de dicho cuadro se puede ver que muchos de estos factores de riesgo tienen una alta frecuencia en las condiciones actuales de la práctica clínica. Por ejemplo, nuestro sistema de salud, con base en la necesidad de

propiciar la formación médica, se sustenta precisamente en médicos inexpertos, que no siempre cuentan con la debida supervisión y asesoría. El primero que atiende a un paciente, aun grave o de urgencia, no es el más experto, sino el menos, porque de esa forma aprende. El experto suele participar en un segundo tiempo, a veces para corregir los errores que se cometieron en el primero.

La práctica contemporánea implica la introducción frecuente de nuevos procedimientos, como marca de progreso, y, por tanto, la multiplicación de las oportunidades de error. La tendencia demográfica y epidemiológica demuestra que la mayoría de los pacientes hoy en día pertenece a los extremos de la vida. Gran parte de los médicos debe atender varios trabajos, laborar en condiciones inapropiadas, tomar decisiones bajo la incertidumbre, y todos los médicos responsables se agobian por la responsabilidad que implica su desempeño. Nuestro sistema funciona con médicos cansados. Las residencias están diseñadas para aprender a responder en estas condiciones porque se asume que así tendrá que ser toda la vida profesional.

### **La virtud del error**

Se puede admitir que si bien los errores concretos son evitables, el error en abstracto no lo es. En otras palabras, podemos aplicar estrategias para reducir al mínimo los errores conocidos, pero seguiremos cometiendo otros. Más que en los errores mismos, habría que poner atención en la respuesta de quien los comete. Karl Popper<sup>5</sup> (1902-1994), uno de los filósofos más importantes del siglo xx, decía que el error es la fuente de retroalimentación más rica y enriquecedora en la experiencia humana, y que debemos estar preparados para convertir los errores en oportunidades de avance y mejoría. Una persona y una sociedad maduras sacan provecho de sus errores, sin que ello signifique, por supuesto, ensalzarlos. En algunos hospitales académicos, las sesiones anatomoclínicas ya no son sólo una ostenta-

## Cuadro I. Variables relacionadas con mayor riesgo de errores médicos

- Inexperiencia de los médicos o el personal (impericia)
- Introducción de procedimientos nuevos
- Pacientes en los extremos de la vida
- Cuidados complejos
- Atención de urgencia
- Estancia prolongada
- Insuficiencia de recursos
- Procedimientos mal sistematizados
- Desorden administrativo
- Relación médico-paciente inadecuada
- Relaciones interpersonales deficientes (médico-médico, médico-enfermera)
- Presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas de los médicos
- Cansancio de los médicos

ción de las habilidades de los médicos para el razonamiento diagnóstico ni una oportunidad para poner en evidencia a los clínicos por parte de los patólogos, sino un análisis juicioso de los errores cometidos y de las propuestas para evitarlos.<sup>6</sup>

### Estrategias para reducir los errores médicos

Precisamente por la connotación negativa o vergonzante de los errores y las dificultades para definirlos, se ha generado una tendencia a expresar las estrategias en términos de cómo mejorar la seguridad de los pacientes. Las prácticas de seguridad se entienden como “un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos que resultan de exponerse a los sistemas de atención a la salud a lo largo de un rango de enfermedades y procedimientos”.<sup>7</sup> Se han hecho muchas propuestas, pero Shojania y colaboradores,<sup>8</sup> aplicando los preceptos de la medicina basada en evidencias, hicieron una revisión sistemática e identificaron 83 prácticas; no todas fueron evaluadas de manera científica, aunque todas tuvieron un sustento lógico o una aplicación exitosa en otros ámbitos, particularmente en la industria. Hay propuestas que parecen muy atractivas, como evitar las órdenes verbales, limitar las horas de trabajo del personal o retirar el cloruro de potasio de las provisiones rutina-

rias, pero no han probado ser capaces de reducir los eventos adversos.

Una estrategia importante es crear una cultura del reporte, que permita reconocer las condiciones de error latente. Al margen de mejorar las competencias de los individuos, gran parte de los enfoques se tendrá que dirigir a las organizaciones, pues incluso en el informe del Instituto de Medicina se admite que la mayoría de los errores correspondió a los sistemas. Como en la práctica médica, el enfoque preventivo tendría que privilegiarse por sobre el correctivo, enfocándose a los errores latentes, contribuyendo así a exonerar a los médicos, a quienes se ha culpado aun de las deficiencias en las instituciones.

### Epílogo

La amplia difusión que han tenido en los últimos tiempos los eventos adversos que descubre la prensa sensacionalista tiende a hacer abstracción de las condiciones en que se lleva a cabo la atención médica y traduce un desconocimiento notable del proceso mismo. Más que la búsqueda de culpables –que no rara vez han sido los propios pacientes–, la visión sistémica orienta al análisis de los procesos y a su mejoramiento, a la implantación de los remedios antes de que ocurran los errores, a vincularse con las estrategias de calidad y a entender en toda su complejidad las interacciones entre los distintos elementos. Al fin y al cabo los errores médicos no son siempre errores de los médicos. **DOLOR**