

## ÉTICA

### *El error en la medicina*

#### *Medical error*

Dr. Víctor A. Casquero Montes\*

#### INTRODUCCIÓN

Antropológicamente la actividad del ser humano lleva inherente la posibilidad del acierto o el error, dicotomía inseparable que lo acompaña sobremanera ante la toma de decisiones.

El error humano puede ser enfocado de dos maneras: como un problema de las personas o un problema de los sistemas.

El enfoque personal atribuye los errores a ciertos procesos de los individuos tales como olvido, distracción, deficiente motivación, falta de cuidado, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, negligencia o imprudencia.

El enfoque sistematizado sostiene que el individuo es parte del sistema y probablemente su actor protagónico, en un entorno de recursos que alimentan procesos y que dan resultados, los que al no ser los esperados se constituyen en errores <sup>(1)</sup>.

J. Reason postula la teoría del “queso suizo” como génesis de lo que denomina “acontecimientos adversos” (AA) y establece que en los sistemas complejos como la atención sanitaria, existirían diferentes barreras de defensa y seguridad cuyo objetivo sería proteger a las víctimas potenciales de posibles daños. Estas barreras mecánicas, personales u organizativas que idealmente estarían intactas y serían efectivas, pueden debilitarse en determinado momento, produciéndose agujeros a modo de “queso suizo”, siendo las causas más frecuentes de su deterioro los “fallos activos” y las “condiciones latentes”. Estos agujeros de forma individual y aislada no causarían habitualmente daño, y solo en el caso de que se alinearan dibujarían una trayectoria que permitiría que se produjera el AA.

Las teorías del error desarrolladas en la industria aeronáutica y otras industrias de alto riesgo sugieren que los errores tienen mayor probabilidad de ocurrir en

los sistemas más complejos, característica primordial del ámbito donde se desarrolla la actividad médica <sup>(2,3)</sup>.

Dado que la condición humana está ligada al error en cualquier actividad, el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción <sup>(4)</sup>.

#### DEFINICIÓN

En principio, entendamos que toda atención en servicios de salud conlleva el riesgo de aparición de acontecimientos adversos (AA), que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e incluso la muerte.

La falta de una nomenclatura estandarizada y el eufemismo que acarrea el solapamiento de los conceptos, dificulta la correcta definición y clasificación de los AA.

Esta labor ha sido facilitada por intervención de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), la cual ha trabajado al respecto para unificar la taxonomía de los AA y términos relacionados <sup>(5)</sup>.

La JCAHO ha propuesto un sistema de clasificación, el cual establece 5 categorías primarias, que incluyen: el impacto, el tipo, el ámbito, la causa y la prevención o mitigación. A esto se ha sumado el aporte de otros autores que han establecido guías clínicas sobre la terminología, documentación y notificación de AA relacionados con fármacos <sup>(6)</sup>.

De esta manera, se plantean las siguientes definiciones:

**Incidente:** Todo acontecimiento o situación inesperada y no deseada que podría haber tenido consecuencias negativas para el enfermo, pero que no las ha producido por casualidad o por la intervención. Sirven de alarma de posibles AA.

**Error:** Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un AA.

En la práctica médica, el error puede ocurrir en tres

\* Cirujano Pediatra  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen  
Doctor en Medicina, Maestría (2.<sup>da</sup>) en Gerencia de Servicios de Salud.  
Diplomado en Auditoría Médica

condiciones: 1. Por la realización de acciones innecesarias (sobre utilización). 2. Por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias (mala utilización). Ambas incluirían los errores de comisión. 3. Por la omisión de intervenciones benéficas (subutilización), considerándose error por omisión <sup>(7,8)</sup>.

**Acontecimiento adverso:** Acontecimiento inesperado y no deseado, relacionado con el proceso asistencial, que tiene consecuencias negativas para el enfermo (lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte). Pueden ser prevenibles (atribuibles a un error; no se habrían producido en caso de hacer alguna actuación) o inevitables (imposibles de predecir o evitar).

Así, no todos los errores causan AA ni todos los AA son consecuencia de un error. Por otra parte, la detección de incidentes o de errores que no tienen, consecuencias para los pacientes es de vital importancia, ya que estos ocurren entre 3 a 300 veces más que los AA, definiendo el modelo de "iceberg" o "pirámide" propuesto por Heinrich. Los incidentes constituirían la base de la pirámide, en cuya punta se situarían los AA más graves con riesgo de muerte. Debido a que el proceso causal es común, el análisis y aprendizaje de los incidentes sería extrapolable a los AA. Además, los primeros serían más fáciles de notificar al estar exentos de las barreras psicológicas y del riesgo médico-legal que en muchas ocasiones limitan la notificación de los AA más graves<sup>(9)</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

Con relación a la prevalencia sobre error médico, en la última década del siglo XX las publicaciones son cuantiosas y, a pesar de ello, la magnitud de este fenómeno no ha sido del todo precisada.

En la práctica asistencial el error médico puede darse en las siguientes circunstancias: desde la identificación del recién nacido; en la toma de decisiones y procedimientos sobre el paciente: en el uso y control de equipamiento médico; en las prescripciones; en lo relacionado a la ayuda diagnóstica por falla en la información o la interpretación en la lectura; por falta de anticipación de riesgos probados; por omisión en el cuidado en la confección de documentos escritos; estas entre otras conforman el universo variopinto en que se puede incurrir en el error médico <sup>(10)</sup>.

Los reportes dicen de la realidad en el manejo de pacientes, dando cuenta de eventos adversos y generando como consecuencia: estancia hospitalaria prolongada; cierto tipo de discapacidad desde pasajera hasta permanente e incluso fallecimiento; lo más preocupante es cuando

se afirma que aproximadamente el 50% de los efectos adversos fueron considerados como prevenibles <sup>(11,12)</sup>.

En el ámbito de la Pediatría, se dispone de información también creciente y que da idea de lo que está ocurriendo con relación al tema; apreciándose que la incidencia de errores de medicación en niños hospitalizados es hasta tres veces superior a la del adulto. Según los reportes en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), los errores además de ser más frecuentes (20% frente a 5% en lactantes, 8% en preescolares, 12% en escolares, 11% en adolescentes y 14% en adultos) también son más graves comparativamente con los de otras unidades de pediatría. Las causas son muy diversas, pero se destaca el desconocimiento de la farmacocinética y farmacodinamia del fármaco en relación con la edad, y la falta de preparaciones farmacéuticas y material adecuado a las dosificaciones pediátricas que obligan a realizar diluciones de los medicamentos y fluidos <sup>(13,14)</sup>.

Se reporta también en el desempeño pediátrico una tasa de errores de prescripción del 77,8%, frente a 12,8% de errores de administración y 5,8% de errores de transcripción <sup>(15)</sup>.

La preocupación por la seguridad del paciente se convirtió en un problema prioritario tras la publicación en 1999 por el Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos del estudio: *To Err is Human: Building a Safer Health System* <sup>(16)</sup> en el que se estimaba que los "errores médicos" causan entre 44,000 y 98,000 muertes anuales, y situaba el error médico como una de las causas principales de muerte en este país. Finalmente, los AA pueden influir negativamente en la práctica médica, especialmente cuando se asocian a acciones más que a omisiones, motivando ingresos a medicina intensiva; lo que por otro lado no deja de redundar en los costos y prestigio médico <sup>(17-20)</sup>.

El cálculo más conservador colocaría el error médico como la cuarta causa de muerte en Estados Unidos de Norteamérica, superando el número de fallecimientos por accidentes de vehículos automotores, cáncer mamario y hasta por sida <sup>(21)</sup>.

Los efectos adversos producidos por medicamentos representan un rubro importante, las siguientes cifras así lo demuestran: se calcula 116 millones de consulta extras por año, 76 millones de prescripciones adicionales, 17 millones de consultas en el servicio de urgencias, 8 millones de hospitalizaciones, 3 millones de estancias prolongadas y 199,000 muertes secundarias a error médico por prescripción de medicamentos <sup>(22-24)</sup>.

Actualmente se han incrementado las investigaciones encaminadas a determinar las causas que condicionan el error humano, pues de esta manera será posible disminuir los efectos adversos; en este sentido se han creado unidades clínicas de riesgo cuya finalidad es establecer protocolos de investigación para determinar las causas directas de los errores médicos e implementar las estrategias correctivas <sup>(25-26)</sup>.

## REFLEXIONES

Los errores médicos son comunes y están en una estrecha relación con la cultura organizacional, requiriéndose una mirada sistémica para su interpretación, entendiendo que la aproximación al problema centrada en la persona o con medidas moralistas, tiene "efectividad limitada".

Las fallas activas son las más fáciles de observar y tal vez de corregir inadecuadamente. Las fallas latentes son inherentes al sistema, nacieron con él y son más difíciles de corregir.

Cuando ocurre el error, no es tan importante entender cuáles fueron las causas de las fallas; el énfasis debe darse en reconocer cuáles fueron las barreras de contención que fallaron. Es primordial reconocerlo, estudiarlo, investigarlo y dar a apoyo al recurso humano involucrado en el mismo.

Las repercusiones del error médico pueden ser del orden físico y psicológico, al producir algún tipo de discapacidad orgánica o funcional; que a su vez puede ser parcial, total, temporal o permanente, incidiendo en la calidad de vida del paciente, incluso pudiendo culminar con su fallecimiento.

Es necesario reconocer el incremento en el costo de atención de la salud individual cuando existen errores médicos, hasta ser un rubro significativamente representativo en el presupuesto de cualquier sistema de salud, sabiendo que el existente no es suficiente.

Es importante conceptuar que el acto médico integra los elementos técnico científico, ético, humanístico y normativo a favor del bienestar y satisfacción del paciente, independientemente del resultado obtenido; teniendo en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta y que la respuesta individual de los pacientes es diversa, en relación directa a las circunstancias, y que en todo momento lleva implícita la potencialidad de un acierto médico en contraposición al error médico.

## CONCLUSIONES

Esta revisión nos permite identificar el error médico como un fenómeno multifactorial y complejo, que en los últimos años ha cobrado importancia por su real repercusión.

En nuestro medio no existe una aproximación con relación al tema. Por tanto es necesario tomar conciencia de que es un hecho real y cotidiano, sobre todo cuando las condiciones para nuestro desempeño tienen una amplia variabilidad.

Es necesario la sensibilización de todos los actores, y en las diferentes instancias, con el objetivo de que en el rol que les corresponde, asuman un franco compromiso para desarrollar e implementar las intervenciones respectivas.

La seguridad del paciente, entendiéndose esta como gestión de riesgos, tiene como fin último introducir mejoras en la organización de los servicios que se traduzcan en una práctica clínica más segura y preparada ante una situación de riesgo.

Cualquier estrategia para implementar un sistema de gestión de riesgos, debe establecerse sobre el entendimiento de que el error es falla del sistema (no de "culpables") y luego tener como punto de partida la identificación de errores y el levantamiento sistematizado de la información, sea por la revisión de historias clínicas, la notificación voluntaria, el seguimiento prospectivo de casos con factores de riesgo, auditorías o encuestas de satisfacción, entre otras formas. Luego, para su desarrollo, podría tomarse en cuenta lo siguiente: mejorar la comunicación entre médico y paciente, enfatizar los aciertos médicos, mejora permanente de las competencias, utilizar la medicina basada en evidencias, fortalecer el trabajo en equipo, sistematizar el uso de las guías clínicas, hacer énfasis en el manejo del riesgo y enseñarlo desde las escuelas de medicina; entre otros aspectos. El objetivo debe propender al desarrollo de una "cultura de la práctica médica segura", para disminuir la creciente presión y mejorar la gran variabilidad en el ejercicio de nuestra profesión; sobre la base del humanismo y aspectos técnico-científicos que le son propios, en pos de un beneficio sostenible del paciente, del mismo médico y finalmente de la sociedad.

Parte de nuestra responsabilidad como profesionales de la salud es enfatizar el acierto médico, no solo en el ámbito científico sino procurar su trascendencia ante la sociedad, dado que solo así se evitará soslayar estas acciones, ponderando el error médico en su justa dimensión.

*Errar, es del humano ... y también del médico*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.
2. Sexton JB, Thomas J. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *Brit Med J.* 2000;320:745-749.
3. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000; 320: 781-785.
4. Weick KE, Sutcliffe KM. In managing the unexpected. Boston: Jossey-Bass Company; 2001. p. 3.
5. Hang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 95-105.
6. Nebeker JR, Barach P, Samore MH. Clarifying adverse drug events: a clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. *Ann Intern Med* 2004; 140: 795-801.
7. Leape LL, Berwick DM. Safe health care: are we up to it? *BMJ* 2000; 320: 725-726.
8. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 1998; 280: 1000-1005.
9. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000; 320: 759-763.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2003 National patient safety goals. Available at: [www.jcaho.org/accredited\\_organizations/patient\\_safety/npsg/npsg\\_03.htm](http://www.jcaho.org/accredited_organizations/patient_safety/npsg/npsg_03.htm). ccessed April 26, 2003.
11. Weingart SN, Wilson McL, Gibbrad R, Harrison B. Epidemiology of medical error. *Brit Med J* 2000; 320: 774-777.
12. Rosenthal M, Sutcliffe M. Medical error. What do we know? What do we do?. The University of Michigan Forum on Health Policy . Jossey-Bass. USA 2002: .3-170.
13. Kausal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna K, Clapp MD, Federico F, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA.* 2001;285:2114-20.
14. Institute for Safe Medication Practices. Guidelines for preventing medication errors in pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2001;6:426-42.
15. Fortescue EB, Kaushal R, Landrigan CP, McKenna KJ, Clapp MD, Federico F, et al. Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Pediatrics.* 2003; 111:722-9.
16. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds): To err is human. Building a safer health system. Washington, DC, National Academy Press; 1999.
17. Choudhry NK, Anderson GM, Laupacis A, Ross-Degnan D, Normand SL. Impact of adverse events on prescribing warfarin in patients with atrial fibrillation: matched pair analysis. *BMJ* 2006; 332: 141-145.
18. Brennan T A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New Engl J Med.* 1991; 324:370-376.(2, 3, 10).
19. Leape LL, et al The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991; 324: 377-384.
20. Thomas E J, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000; 38: 261-271.
21. Favre JB, Bissonnette B, Wasserfallen JB, Revelly JP, Ravussin P, Chiolerio R. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study. *Intensive Care Med* 2001; 27: 137-145.
22. Pronovost P, Morlock L. ICU incident reporting systems. *J Crit Care* 2002; 17: 86-94.
23. Puopolo AL, Shaykevich S, Brennan TA. Iatrogenic events resulting in intensive care admission: frequency, cause, and disclosure to patients and institutions. *Am J Med* 2005; 118: 409-413.
24. Eloso de Franca G. Error Médico. 2.ª Edición. Universidad Estadual de Montes Claros, Brasil 2000: 13-45.
25. Taylor-Adams, Hewett et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk managed protocol. *BMJ* 2000; 320: 777-781.
26. Wilson McL, Gibbrad R, Harrison B. Epidemiology of medical error. *Brit Med J* 2000; 320: 774-777.

**Correspondencia :** Dr. Víctor Casquero Montes  
vcasmo@gmail.com

**Recibido :** 16-03-07  
**Aceptado :** 13-08-07