

El error médico

-una patología emergente-

Dra. Magister Clara María Antúnez Ramírez

Especialista en Medicina Interna, Cuidados Paliativos, Bioética, Medicina Laboral, Derecho Médico, Master en Medicina Legal y Ciencias Forenses, Master en Ciencia de la Educación. Asunción, Paraguay.

Resumen: Las consecuencias del error médico para la salud de las personas son de gran entidad y las investigaciones revelan cifras que resultan alarmantes, incluyendo casos mortales.

Para su manejo se han diseñado sistemas de clasificación y protocolos de actuación, con el fin de jerarquizar la seguridad del paciente.

Abstract: The consequences of the medical error on the health of the people are of great entity and the investigations reveal numbers that are alarming, including fatal cases.

For its management, classification systems and performance protocols have been designed, in order to prioritize patient safety

Palabras clave: error médico, seguridad del paciente.

Key words: medical error, patient's safety.

Introducción

El Error Médico como problema no es nuevo, sus antecedentes se pierden en la historia, es complejo, polémico y difícil de estudiar.

El rechazo para su abordaje por el propio personal de Salud y además, su desconocimiento como tal, es una de las causas a tener en cuenta en los resultados o calidad de la atención de salud. Es una epidemia a nivel mundial con graves daños personales y sociales, constituyendo un problema de creciente preocupación en los sistemas de salud, debido al incremento de las demandas por parte de los pacientes, atribuibles a este tipo de evento.

Ante un error médico siempre hay varias víctimas: **el paciente, el profesional** que lo provoca, **la institución** donde se realizó, así como la visión pública y de los medios de comunicación, donde las redes sociales cumplen una función importante para bien o para mal.

Dada la complejidad del acto médico y el cambio de paradigma en la relación médico paciente, el error médico es conceptualizado como una patología emergente en la actualidad y es una prioridad para el mejoramiento de la prestación de servicios médicos en el campo de la seguridad, calidad y eficiencia, enfocado en mejorar la seguridad del paciente, diseñando estrategias que tiendan a prevenir un evento adverso producto de un error médico.

¿Qué es el Error Médico?

Un error es, según definición de la Real Academia Española de la Lengua un "concepto equivocado, juicio falso o acción desacertada"⁽¹⁾. El diccionario médico Steadman

lo define como: "Un defecto en estructura o función". El Institute of Medicine lo refiere como: "La falla de una acción planeada para ser completada como fue concebida, o el uso de un plan erróneo para lograr un fin"⁽²⁾.

Los errores se pueden cometer por omisiones o comisión, conscientes o inconscientes. En este concepto está implícita la posibilidad de equivocarse al tomar una decisión a través de la aplicación de un criterio médico.

Sin embargo, es conveniente hacer mención de la frase "errar es humano", que hace referencia a la imposibilidad de ser infalible, inherente con nuestra condición de pertenencia a la especie humana.

Diferentes autores definen el error médico como "todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente"⁽³⁾. El concepto no incluye la mala práctica médica.

Es de hacer notar que en los errores comunes en medicina usualmente hay una conjunción de circunstancias que confluyen para que el error se cometa. En este proceso participan los aspectos que **facilitan** que el individuo se equivoque (*factor humano*) y las deficiencias en los sistemas.

Los errores médicos pueden deberse a dos razones:

- a. No aplicar las pautas o procedimientos adecuados,
- b. No disponer del conocimiento necesario para abordar una situación.

El impacto del error se analiza en varios sentidos:

- a. Como causa de algo, generalmente negativo, **p. e.: el diagnóstico equivocado fue la causa del fallecimiento del paciente.**

E-Mail: mariluantunez@yahoo.com.ar

- b. Como consecuencia o resultado de algo, *p. e.: la intervención no dio buenos resultados porque el cirujano era inexperto.*
- c. Como un hecho en sí mismo, *p. e.: olvidé preguntarle al paciente si tenía antecedentes alérgicos*^(3,4,5).

Antecedentes y evolución

Todo empezó en EEUU en 1999 con "Error es Humano", Informe del Comité de Calidad del *Institute of Medicine* (IOM) en el que intervinieron la Universidad de Harvard en Cambridge, el Instituto Tecnológico de Massachusetts, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (C.D.C.), Fundación Nacional para la Seguridad del Paciente, Joint Commission, etc.

Existen 383 referencias bibliográficas en revistas de prestigio en relación a estos temas. Las publicaciones se incrementaron de 54 a 164 por cada 100,000 artículos en Medline desde el reporte mencionado del IOM^(6,7,8).

La Dra. Bárbara Starfield fue la autora del estudio, publicado en el 2000 en la revista JAMA, cuyos resultados arrojaron cifras asombrosas: en los Estados Unidos mueren anualmente 225.000 personas por causas iatrogénicas, es decir, que su muerte es ocasionada por la intervención, actuación, o terapia de un médico u hospital.

Las estadísticas muestran que cada año⁽⁹⁾:

- 12.000 personas mueren a causa de una cirugía innecesaria.
- 7.000 personas mueren a causa de los errores de medicación en los hospitales.
- 20.000 personas mueren a causa de otros errores en los hospitales.
- 80.000 personas mueren a causa de infecciones adquiridas en hospitales.
- 106.000 personas mueren a causa de los efectos secundarios negativos de los medicamentos que toman por prescripción médica.

Otra investigación publicada en el 2013 estima que las negligencias hospitalarias prevenibles acaban con la vida de 210.000 habitantes de los Estados Unidos cada año. Sin embargo, cuando incluyeron las muertes relacionadas con errores en el diagnóstico, errores de omisión, y no seguir las directrices, el número aumentó a 440.000 muertes hospitalarias prevenibles cada año^(9,10).

La mortalidad atribuible a los eventos adversos es la **tercera causa de muerte** en Estados Unidos, después de la enfermedad cardíaca y el cáncer, y la de los errores potencialmente prevenibles cada año puede variar entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, lo que supera las defunciones por SIDA y cáncer de mama.

En el ámbito médico hubo quienes tacharon esos números de exagerados, otros los defendieron, y algunos los consideraron subestimados. Todo esto desencadenó en el mundo una tendencia para el estudio del error humano en el área médica y para el mejoramiento en la seguridad del paciente.

Aunque en Latinoamérica existe poca información al respecto, es probable que estos valores sean similares o aún mayores, dada la poca legislación existente al respecto, el desinterés de los entes reguladores por hacer cumplir la legislación existente y de los administradores por identificar y prevenir tales eventos. Mientras más compleja es una actividad, mayor es la oportunidad de cometer errores graves⁽¹⁰⁾.

Factores condicionantes

Los errores médicos nacen de factores internos y externos al individuo como:

- fatiga,
- descuido,
- temor,
- sobrecarga cognitiva,
- falta de conocimientos,
- inexperiencia,
- juicio defectuoso,
- confianza excesiva,
- deficiencias de comunicación interpersonal,
- procesamiento imperfecto de la información,
- merma en las capacidades,
- alteraciones de la personalidad y
- el síndrome de agotamiento profesional o «burn-out» (*pérdida de energía, motivación e idealismo que derivan en una actitud apática y negativa*)^(11,12).

El error médico traumatiza al paciente y suele ser devastador para el médico. Esto conduce a una **práctica médica defensiva** caracterizada por el uso excesivo de métodos diagnósticos y terapéuticos, referir pacientes sin fundamento, el rechazo de casos difíciles, limitar la información, y considerar al paciente y a su familia como potenciales enemigos⁽¹³⁾.

Clasificación del error médico

En un intento por categorizar dichos errores, Lucian Leape y colaboradores, en 1993, los clasificaron en diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de otro tipo.

Esta categorización es útil para agrupar errores sobre los cuales el sistema o el médico pueden intervenir de forma conjunta^(3,14,15,16).

Tipos de errores médicos	
Diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> • Error o retardo en el diagnóstico • Falla en el uso de las pruebas indicadas. • Falla para actuar sobre los resultados ofrecidos por el monitoreo o la prueba. • Uso de pruebas terapéuticas desactualizadas
Terapéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado inapropiado o no indicado. • Error en el método o la dosis de un medicamento. • Error en la administración del tratamiento. • Error en la realización de una cirugía, un procedimiento o una prueba. • Retraso evitable en el tratamiento o en la respuesta a una prueba anormal.
Preventivos	<ul style="list-style-type: none"> • Falla para proveer un tratamiento profiláctico. • Seguimiento del tratamiento inadecuado.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Falla en el equipo. • Falla en la comunicación. • Falla en otros sistemas.

Alerta de la OMS

Un paciente internado tiene 10% de probabilidades de padecer un error médico.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), ingresar en un hospital es tan peligroso como viajar en avión. El mayor riesgo son las infecciones hospitalarias^(10,17).

Se supone que un hospital es un lugar destinado a diagnosticar y tratar enfermos. Sin embargo, las chances de morir por un error médico dentro de un hospital son mayores que las chances de perder la vida durante un vuelo en avión, según advirtió el profesor Liam Donaldson, quien fue designado como "enviado para la Seguridad del Paciente" por la OMS.

La probabilidad de morir en un vuelo aéreo es de 1 en 10 millones. Mientras que 1 de cada 10 pacientes resulta afectado por algún error médico, como por ejemplo, someter a una persona a una cirugía errónea, darle medicamentos equivocados, o que adquiera una infección hospitalaria por falta de programa de control interno o la falta de lavado de manos por parte del personal de la salud.

A nivel mundial, el riesgo de morir por causa de un error médico es de 1 en 300. En particular, el error por infección hospitalaria tiene una muy alta mortalidad, llegando a alcanzar cerca del 45% de mortalidad en el caso de las neumonías asociadas al uso de respiradores⁽¹⁷⁾.

Prevención del error médico

La prevención del error médico es posible. Para ello, **algunos autores** han propuesto las siguientes recomendaciones generales para propiciar una reducción de los errores y así mejorar la calidad de la atención médica⁽¹⁸⁾:

- Actualización frecuente y cumplir las normas y procedimientos establecidos.
- Aplicar al estudio del error médico la concepción multicausal del proceso salud-enfermedad, en el que este es resultado de múltiples factores y muy rara vez de falta de cuidado o incorrecta conducta de un individuo.
- Aplicar el trabajo en equipo promoviendo la participación de los profesionales y establecer políticas dirigidas a prevenir el error médico para lograr su liderazgo.
- Crear o incorporar nuevas metodologías para el diagnóstico.
- Dar un tratamiento diferenciado al error médico en concordancia con los principios establecidos de la ética médica, con el fin que los errores sean conocidos crítica y científicamente en reuniones de profesionales de salud, con libertad y profundidad necesarias, para derivar experiencias e impedir su repetición.
- Desmitificar el error médico, especialmente la idea de que el profesional que reporte este tipo de hechos sufre desprestigio, y crear una atmósfera profesional adecuada, fomentando un ambiente positivo para estudiarlo.
- Eliminar las barreras internas y externas que impiden la prevención del error médico.
- Sensibilizar a los médicos con el fin de fortalecer el reporte para que sean analizados y discutidos en una atmósfera profesional.

Se deben tener en cuenta principios de razonamiento diagnóstico:

- hacer un resumen objetivo del caso;
- ordenar la información
- jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su *sensibilidad, especificidad, valor predictivo, importancia relativa* en la fisiopatología de la enfermedad y potencial gravedad.

Corresponde agrupar los síntomas y signos encontrados, distinguir entre síndromes, no hipertrofiar el diagnóstico con la creación de síndromes artificiales, ir del síntoma y signo al síndrome.

Se debe diferenciar la nosología y la etiología, tener una visión holística que evite el reduccionismo y siempre tomar en cuenta que existen enfermos, no enfermedades.

Debe considerarse que la tecnología es de gran ayuda en el diagnóstico, pero no sustituye a la clínica, ambas deben relacionarse armónicamente, a veces el peso específico mayor es de la clínica, y en ocasiones, de la tecnología.

*"El hombre que ha cometido un error
y no lo corrige comete otro error mayor"*
Confucio

Riesgos en la atención sanitaria y Seguridad del Paciente

El Consejo Ejecutivo de la OMS en su 109ª Reunión, celebrada el 5 de diciembre de 2001 (EB109/9), determinó que la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes, sin embargo también conlleva un riesgo inevitable en la atención sanitaria, de que acontezcan errores médicos y eventos adversos que ocurren con demasiada frecuencia⁽¹⁹⁾.

Por ello, en la Resolución WHA55.18 del año 2002, la OMS instó a los Estados miembro a que prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud para prevenir los errores médicos y eventos adversos.

Para tal efecto, en octubre de 2004, la OMS creó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, convocando a realizar acciones a favor de la seguridad del paciente debido a que la misma es un problema grave de Salud Pública en todo el mundo.

Múltiples estrategias se están implementando en los últimos años para la prevención de errores en medicina y mejorar la seguridad en el cuidado de los pacientes a través de la promoción de una cultura de seguridad del paciente⁽²⁰⁾:

- Superar la cultura de negación del error, dar paso a la cultura de la seguridad.

- Prevenir los errores médicos y eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen.
- Integración de la seguridad del paciente en el mapa curricular de grado y en postgrado.
- Sistemas de notificación de errores médicos^(18,20).

Conclusiones

Es importante esclarecer el verdadero significado de concepto error médico. Este debe constituir una preocupación no solo de los médicos sino también de los directivos de las instituciones sanitarias, ya que se puede corregir y evitar sus consecuencias indeseadas.

Es importante destacar que el error médico es mucho más frecuente que la mala praxis.

Al tomar conocimiento del error o del evento adverso, éste deberá ser analizado y discutido en reuniones científicas, con el fin de evitar su repetición.

Por naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores, por lo tanto la implementación de sistemas más seguros que puedan impedir que el error ocurra o que llegue al paciente, es importante.

Su prevención constituye una tarea permanente que se realiza a través de la vigilancia y el control de la calidad durante el proceso de atención a la salud, a fin de detectar los fallos e incumplimientos y elaborando estrategias para actuar preventivamente, evitando errores y con ello contribuir a mejorar la seguridad del paciente.

Recibido: 06/06/2017
Aprobado: 28/07/2017

Bibliografía

1. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/sobre-la-22a-edicion-2001.
2. Stedman Thomas Lathrop Bilingual medical dictionary (Spanish-English/English-Dictionary) Ed. Médica Panamericana p. 592.
3. Alvarado-Guevara Ana T. Flores-Sandi Gretchen. Errores médicos. Acta méd. costarric. Vol 51 (1), enero-marzo 2009 Recibido: 15 de enero de 2008 Aceptado: 24 de junio de 2008.
4. Wolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL. A String of mistakes: The importance of Cascade Analysis in Describing, Counting and Preventing Medical Errors. Ann Fam Med. 2004;2:317-26.
5. Vincent C. Patient Safety. London: Churchill-Livingstone, 2006.
6. Weingart SN, Wilson R, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. BMJ 2000; 320: 774-6.
7. Alonso L, Castells E, Alba E, Ruiz A. El razonamiento clínico como fuente de error. Med Clin (Barc) 2002; 118(15): 587-9.
8. Reason J. Safety in the operating theatre – Part 2: Human error and organisational failure. Qual Saf Health Care 2005;14 56–61.
9. Starfield Bárbara Los médicos son la tercera causa de muerte en los EEUU. Causan 250.000 muertes por año. Art. Journal of the American Medical Association Vol 284 26 2000. http://www.bibliotecapleyades.net/ciencia/ciencia_industryweapons02.htm.
10. Mercola Joseph. Negligencia Médica: Siguen Siendo la Tercera Causa Principal de Muerte <http://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2016/06/21/errores-medicos-muertes.aspx>.
11. IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. To Err is Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>.
12. Moreno RMA, Burganate PM, Oquendo LM. Ausencia de correlación clinicopatológica en el diagnóstico de la bronconeumonía. Rev Cubana Med 1996;35(3): http://bvs.sld.cu/med/vol35_3_96/medsu396.html.
13. Blanco A. Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. Rev Cubana Med Milit 2002; 31(2):104-9.
14. Leape L. Making health care safe: Are we up to it? J Ped Surg 2004; 39:258-266.
15. Leape L. and healthcare errors. Interview by Pamela K. Scarrow and Susan V. White. J Healthc Qual. 2002 May-Jun; 24(3):17-20. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14692183.
16. Alonso L, Castells E, Alba E, Ruiz A. El razonamiento clínico como fuente de error. Med Clin (Barc) 2002; 118(15): 587-9.
17. Vázquez. F. José A, Villalba. O. Patricia, Villalba. C. Jaime y otros. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? Anales Medicos (Mex) 2011; 56 (1): 49-57 www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc111.
18. Fernández Busso Nélica. Los eventos adversos y la calidad de atención: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2004 Oct [citado 2017 Mayo 08]; 102(5): 402-410. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325.
19. Larizgoitia Iciar. La organización mundial de la salud y sus asociados instan a una intensificación de las investigaciones para mejorar la seguridad del paciente <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/es>.
20. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente www.who.int/patientsafety/es.