

Error: hacia una cultura del cambio

Lic. Andrea Leyton Garibaldi

Resumen

No dañar intencionalmente es y será un principio que rige nuestra profesión. Sin embargo el error en nuestro ámbito constituye una causa frecuente e importante de lesiones a los pacientes. Los errores ocurren en todos los ámbitos, ya que son parte de la condición humana.

Se requiere de una mayor conciencia por parte de los profesionales y de las instituciones para abordar el tema, desde un lugar más amplio y desarrollar así una actitud crítica ante ellos. Sin duda alguna, comienza con admitir que existe el error y merece una discusión a fin de identificar aquellos factores que pueden estar implicados cuando se producen.

Palabras claves: Error, práctica médica, daño, seguridad del paciente

Introducción

Los errores médicos causan entre 44.000 y 98.000 muertes cada año en los hospitales de Estados Unidos, más muertes que las ocasionadas por accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA, según una publicación sobre el tema realizada por el Instituto de Medicina Norteamericano. Por otro lado, hay estudios que muestran que los pacientes durante una internación sufren algún efecto adverso, alguno de los cuales causa daño parcial o fatal.

El error es tan antiguo como la humanidad misma, ya que forma parte de la condición humana. Sin embargo, a pesar del gran porcentaje de errores y efectos adversos que se producen en el ámbito de salud como resultado del error humano, aún no existe una preocupación instalada en nuestros sistemas de salud y mucho menos programas que aborden esta problemática.

Primum non nocere (lo primero es no hacer daño) fue un principio originado en el Juramento Hipocrático desde el año 400 antes de Cristo y ha sido uno de los pilares fundamentales de la práctica médica y de nuestra profesión. Sin embargo el error médico sigue siendo una de las causas más frecuente e importante de daño a los pacientes.

En general la sociedad pone expectativas sobre quienes atienden los problemas de salud, y otorga un grado de perfección a los profesionales de la salud, que contribuye de esta manera a la negación del problema. Existe ya desde nuestra formación un marcado acento en ser perfectos, y por lo tanto el error es considerado y tratado en general como algo humillante y que avergüenza a quien lo comete.

Para muchos médicos y enfermeras el error es poco frecuente, y solo le sucede a los incompetentes. Sin embargo, la equivocación les ocurre a todos, aun a los más hábiles y con más conocimientos. Se tiende a minimizar el problema y de esta forma no se trata de manera adecuada.

Resumiendo, uno de los problemas más frecuentes es que se pone el acento en el error en sí mismo y no en el reconocimiento y posterior tratamiento.

Por qué el error es tan frecuente

En general en nuestro medio se refuerza la “infalibilidad”. Esto lleva a ocultar el error en vez de admitirlo; una deshonestedad intelectual. Se supone que aceptar el error hará que se tilde de incompetente a quien lo cometió y para evitar este oprobio es mejor ocultarlo o responsabilizar a otro, incluso al paciente. Esto se pone de manifiesto en forma frecuente y como consecuencia no se produce el análisis que llevó a cometer el error lo que hará que el mismo sin duda alguna, vuelva a cometerse. Esta situación afecta al paciente en forma directa y también a quien la comete. Tomar conciencia de que se ha cometido un error resulta angustiante, aparecen sentimientos de aislamiento, culpa, humillación, ira, miedo y temor a ser descubierto por algún colega. Esto lleva a quien comete un error a no denunciarlo, por miedo al castigo o al reproche de sus pares y jefes. Por eso se habla de dos víctimas: el paciente y el profesional que comete el error.

Los médicos y enfermeras tienen una gran dificultad en enfrentar el error humano

Varios autores han descrito distintas aproximaciones para abordar el tratamiento del error.

Las dos corrientes principales son:

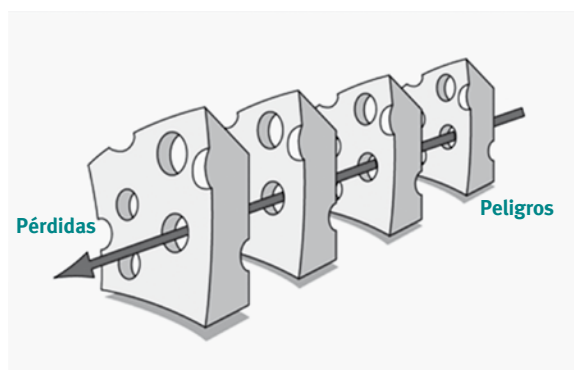
a) Modelo centrado en la persona: es el más tradicional y en éste la persona es el centro del error, mediante actos no voluntarios, en donde actúan los procesos mentales como el olvido, la falta de atención o motivación, el descuido y la falta de conocimientos entre otros.

b) Modelo de aproximación al sistema: en este punto una de las premisas primordiales es pensar que el ser humano es falible, de manera tal que se espera que el error exista incluso en las mejores organizaciones.

Desde esta postura es esperable que los errores sucedan y es por esto que los errores se ven más como una consecuencia natural, que como causa. En este aspecto los errores suceden como resultado de fallas en el sistema, es decir por incumplimiento o falta de mecanismos de defensa de los sistemas instalados en una organización.

Esta última teoría fue descrita más claramente por James Reason, y la denomina “El modelo de queso suizo de sistemas de accidentes”

De acuerdo con este modelo todos los sistemas tienen barreras que actúan como escudos de seguridad, a modo de tajadas de queso suizo. Los agujeros en el queso suizo serían los fallos activos, los peligros y las condiciones latentes que cualquier sistema tiene. Cuando determinados agujeros se alinean ocurren varios fallos de un mismo proceso en un mismo paciente cometidos por diferentes profesionales. El error entonces puede producirse, y determinar una pérdida.



Cuadro 1: Teoría del queso suizo de J. Reason

Sin embargo la aproximación del error centrado en la persona es la teoría que subsiste a la hora de hablar del error. Lo desfavorable de esta aproximación, es que el profesional es quien decide si algo es seguro e inseguro, y desde esta postura el responsable del error siempre es el ser humano desvinculando a las instituciones de toda responsabilidad.

Es por esto que a la práctica de los profesionales de la salud se la ha comparado con la actividad desarrollada en la aviación, por lo riesgosa de ambas actividades. Queda mucho por aprender de esta última actividad, ya que en la práctica médica la aproximación al error, es a través del modelo a la aproximación de la persona, mientras que la aviación es fiel representante del modelo de aproximación al sistema. Cuando un error sucede en un accidente aéreo, las personas que mueren son muchas. Se ha enfocado en las fallas del sistema y se han estudiado las fallas y condicionamientos que llevan a que un ser humano cometa un error.

Se desprende que la problemática de la seguridad de los pacientes en los servicios de salud debe ser mejorada. Y para ello se debe realizar un enfoque amplio de todos los factores que pueden provocar riesgos. Una de las principales premisas a tener en cuenta entonces, es que el error existe porque es parte de la condición humana y a partir de allí, es que se tiene que comenzar a instalar un cambio de cultura: aceptar que hay equivocaciones. Comunicar nuestros errores a otros profesionales colaborará a que haya aprendizaje y se establezcan medidas de prevención, logrando además una actitud más crítica.

Por qué el modelo actual en nuestro medio ha fracasado a la hora de prevenir errores

Por un lado, la prevención no ha sido el foco primario en nuestra práctica. La bibliografía acerca del tema aún sigue siendo escasa y poco difundida; es muy poco lo que se investiga sobre las causas más ocultas, las fallas en los sistemas o los errores latentes. Es frecuente que el tema o abordaje se centralice en el incidente o en los individuos y su resolución sea a través de resolver el problema que el error produjo pero no a analizar por qué se produjo. No existe en la actualidad una fuerte institucionalización de la seguridad y los pocos programas que existen insisten en un abordaje sobre la conducta individual, y no se tiene en cuenta que tanto el sistema como los individuos contribuyen al problema.

La mayoría de las veces, la conducta que se toma ante un error es de ocultamiento, punitiva y no correctiva. Por esta razón y en general, el abordaje es reactivo, los errores son

percibidos cuando producen daño en el paciente y las medidas correctoras son de forma y no de fondo.

Para esto es imprescindible y necesario que tanto el sistema como los individuos contribuyan a la solución del problema.

Aspectos esenciales que contribuirán a nuestro cambio de conducta:

- Aceptar que somos fallibles
- Reconocer la necesidad de un cambio en la cultura y el abordaje del error
- Fomentar y adoptar una cultura crítica
- Priorizar fundamentalmente la seguridad de los pacientes
- Comunicar los errores considerando que esta actitud es una oportunidad para que todos aprendan
- Abandonar la política punitiva
- Ser honestos con los pacientes y nuestros compañeros de trabajo
- Detectar el error e investigar sus causas y evitar que se repitan.

Como podemos ayudar a construir un sistema más seguro:

- Tener en cuenta las funciones humanas débiles, memoria reciente, vigilancia y atención prolongada
- Mejorar el acceso a la información del paciente
- Estandarizar todos los procedimientos
- Evitar la fatiga de médicos y enfermeras, en especial en áreas intensivas y de emergencia
- Tratar que los errores lleguen al paciente
- Reconocer los problemas emocionales en los que cuidan a los pacientes y abordarlos adecuadamente
- Evitar medicamentos de aspecto similar

En los últimos años se publicaron estudios realizados en el área de la pediatría y surge que los errores son más frecuentes en las áreas de cuidados intensivos, en especial de Neonatología. Predominan principalmente aquellos errores relacionados con el uso de medicamentos, donde entran en juego los errores tanto de prescripción médica como de administración, transcripción y dispensación.

Es importante entonces tener en cuenta algunas recomendaciones a la hora de realizar medicación:

- 1) No administrar medicación ni soluciones cuando:
 - a. Existan dudas respecto a la prescripción
 - b. La letra no sea clara o la misma tenga tachaduras
 - c. No figure fecha y hora de la prescripción
 - d. La medicación ha sido suspendida y la indicación no tiene fecha y hora
 - e. El nombre del paciente no se encuentre en la hoja de prescripción de medicación
- 2) Antes de administrar un medicamento:
 - a. Verificar el estado del paciente
 - b. Verificar en más de una oportunidad al paciente cuando tienen nombres y/o apellidos similares o iguales
 - c. constatar que la dosis, vía y ritmo de infusión sean correctas
- 3) No mezclar medicamentos en tubuladuras, jeringas y soluciones sin tener en cuenta la compatibilidad de las diferentes soluciones o drogas.
- 4) No realizar la prescripción cuando en ésta dice "iguales indicaciones".
- 5) Supervisar siempre la medicación administrada por un familiar. El enfermero a cargo debe ser quien registra el control y firma la planilla.
- 6) Realizar la dilución de los medicamentos muy cuidadosamente:

- a. No distraerse, realizar la preparación en ambientes adecuados
 - b. Si es necesario la dilución de un medicamento en más de una oportunidad deberían hacerlo indefectiblemente entre dos personas: enfermera/enfermera, enfermera/médico
- 7) No administrar una medicación cuya indicación es verbal, salvo una urgencia.
 - 8) Registrar con letra clara:
 - a. Problemas con la administración
 - b. Efecto no previsto en el paciente
 - c. Firma, hora y nombre del enfermero
 - 9) Consultar siempre que existan dudas antes de administrar un medicamento.
 - 10) Revisar más de una vez aquellas medicaciones que necesitan más de una dilución.

Es importante que se logre consensuar con el equipo médico las condiciones en que deben emitirse las prescripciones para disminuir los riesgos de errores:

- 1) En la redacción tener en cuenta:
 - a. Escritura con letra clara
 - b. Indicar el medicamento con su nombre genérico
 - c. Señalar dosis, intervalos entre dosis, dilución, vía y tiempo de infusión
 - d. Expresar los decimales con coma y no con punto
 - e. No colocar abreviaturas, enmiendas ni sobre escritura
 - f. Indicar la hora en que se realiza la indicación
- 2) Acordar con enfermería los horarios más apropiados, para asegurarse que el paciente será controlado después de la administración.
- 3) Revisar y redactar las indicaciones cada día.
- 4) Colocar en mayúscula la palabra modificado, determinando la hora de la modificación. Avisar personalmente a la enfermera.
- 5) De ser posible que la indicación sea revisada por un residente superior o por otro colega y se consigne la segunda firma a modo de barrera de protección.

Muy ligado al tema del error, están los eventos adversos. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2001, señaló que los efectos adversos en la atención sanitaria no es un tema nuevo. Recién durante los años 90, empezó a disponerse de evidencia científica con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study (Estudio de Práctica Médica en Harvard) y más tarde en el año 1999, con la publicación de "To err is human: building a safer health system" (Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro) realizado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos. Ambos aportaron datos certeros y colocaron este tema en el centro de la atención.

Algunas definiciones

Efecto adverso: Resultado desfavorable por acción o por omisión de la atención médica que se produce como consecuencia de causas evitables con el ajuste de normas y procedimientos.

Error: Acto no intencionado por omisión o comisión que tiene un efecto inadecuado con relación a lo que se pretende.

Se debe aclarar en este punto que algunos autores diferencian error e iatrogenia, sin embargo un alto número de iatrogenias derivan en un error.

Reacción adversa: Es todo efecto nocivo ocasionado por un medicamento, no deseado por el médico que lo prescribió,

que se presenta en pacientes que lo han recibido en dosis administradas con fines terapéuticos, profilácticos o de diagnóstico.

Errores de medicación: Son consecuentes a múltiples factores e involucran a profesionales, técnicos y pacientes. Pueden ser de prescripción, diagnóstico, omisión, dosis, vía inadecuada y dilución.

La magnitud de este problema debe ser abordado de manera institucional y es por esto que la creación de un Comité de Seguridad del paciente debería ser el objetivo de toda institución que se quiera involucrar en el tema.

Es así que uno de los primeros comités que se crearon en el país, surgió de una inquietud y preocupación acerca del tema en el año 2001, en el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. El mismo fue conformado por integrantes de distintas áreas de este departamento.

Fundamentos y motivaciones para la creación de un Comité de Seguridad del paciente:

El objetivo de la creación de un Comité de Seguridad del paciente es promover un cambio de cultura y enfatizar las estrategias de seguridad basadas en el sistema.

Las funciones de enfermería en un comité de seguridad del paciente son:

- Implementar programas de educación sobre el tema de seguridad y prevención de errores, diseñados por el Comité:
 - Estos programas estarán destinados a profesionales y personal que cumple diversas funciones en la institución.
- Llevar a cabo un programa continuo de detección de errores en tiempo real, a través de auditorías.
- Mantener actualizada la carga de los datos en una base electrónica específica.
- Colaborar en el desarrollo de estudios de vigilancia y comunicación de errores.
- Participar en la educación de pregrado y posgrado en las Escuelas de Medicina y de Enfermería.
- Participar en las investigaciones sobre el tema, diseñadas por el Comité.
- Colaborar en la organización y desarrollo de las actividades científicas del comité, tales como Cursos y Jornadas de Seguridad.

En nuestra experiencia las actividades se realizaron en tres etapas:

Primera etapa:

- Necesidad de tomar conciencia del problema y de modificar sustancialmente el modelo clásico.
- Generar un cambio de cultura hacia el error y promover una actitud más crítica.
- Suprimir el tradicional estilo punitivo.

Segunda etapa:

- Saber la magnitud del problema.

Tercera etapa:

- Definir estrategias de prevención.

Principales acciones que se llevaron a cabo:

- Conferencias, reuniones, talleres y revisiones
- Intercambio con Hospitales del exterior.

- Publicaciones y página Web del Hospital Italiano.
- Estudio transversal sobre errores de medicación.
- Presentación en Congresos y Simposios.
- Los 10 pasos para prevenir errores de medicación.
- Comunicación anónima del error.

En tiempos posteriores se comenzó a sensibilizar al personal de las distintas áreas acerca de la importancia que tenía el realizar el reporte de algún evento de estas características y entonces se implementó un sistema de reporte anónimo del error.

La premisa que sustenta el reporte de comunicación anónima del error, es que la mejor fuente de aprendizaje para corregir un error de medicación es a través del propio error. Sólo conociendo y analizando cómo ocurren, se podrán desarrollar estrategias dirigidas a evitar que estos vuelvan a producirse.

Componentes de un sistema anónimo de comunicación del error

- Espectro amplio de objetivos desde evaluación hasta aprendizaje
- El objetivo primario determina su desarrollo (ej. voluntario y anónimo)
- El sistema de reporte necesita aclarar:
 - Quién
 - Ámbito
 - Cómo
- Tiene poco valor salvo que los datos se analicen, comparen y se realicen recomendaciones.
- Se necesita de expertos en estadística, significancia clínica, sistema de salud y medidas preventivas potenciales para analizarlos.
- Clasificación (taxonomía) y esquemas analíticos ayudan a categorizar los datos y desarrollar soluciones comunes:

- Tipo de evento
- Riesgo
- Causa

Premisas para que el reporte del error sea exitoso:

- No punitivo/oprobioso
- Confidencialidad/anonimato acerca de quien reporta, paciente e institución
- Independencia de cualquier autoridad
- Análisis experto (buscar causas en el sistema)
- ¡¡¡A tiempo!!!
- Punto de partida para una respuesta constructiva
- Experticia y financiamiento para un profundo análisis de los reportes
- Capacidad de diseminar información sobre riesgos y propuestas de cambios

Un Programa de comunicación anónima del error podría contribuir a lograr el cambio de cultura necesario para desmitificar el significado punitivo y oprobioso del error en medicina y estimular una actitud más crítica.

Conclusiones

Comenzar a hablar del tema del error en medicina iniciará una reflexión sobre la problemática e implementará un cambio hacia una actitud más crítica frente al error. Los objetivos de este escrito son fundamentalmente instalar una lucha frente al error, admitiendo la equivocación y diseñando los recursos para iniciar la corrección de los mismos, minimizando así los riesgos del paciente.

■ Bibliografía

1. Agrest A, "La desatención en el error". IIE. Noviembre 2007. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
2. Ceriani Cernadas JJ, 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 -106.
3. Lesar TS et al. Medication prescribing errors in a teaching hospital. JAMA 1990; 263: 2334.
4. Vincenr MJ et al. Drug errors and incident in a neonatal care unit. AJDC 1989 143:737-740.
5. Fernandez Busso N. Los eventos adversos y la calidad de atención: Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Arch Argent Pediatr 2004;102(5):402-410.