

EL ERROR MÉDICO

Dr. Christian Van Gelderen

DIRECTOR MÉDICO. PROYECTOS ESPECIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES NEUROLÓGICAS RAÚL CARREA. FLENI

DIRECCIÓN: FLENI. MONTAÑESES 2325. C1428AQK. BUENOS AIRES // E-MAIL DE CONTACTO: cvangelder@fleni.org.ar

RESUMEN

Desde 1999 el Instituto de Medicina de EEUU empieza a generar conciencia, entre los médicos, sobre el error humano, el cual como es natural, no escapa a esta actividad profesional. Los primeros informes concluyen que se estarían produciendo anualmente entre 44.000 y 98.000 muertes por efectos adversos y errores médicos dentro de aquel país. De allí en más, las medidas de seguridad del paciente, vigentes en lo que hace a la calidad médica, fueron muy cuestionadas y se identificó la tecnología informática, como el elemento imprescindible para el logro de la calidad en salud. Se analiza el error humano, en su enfoque general, para luego llevarlo al ámbito de la salud, describiendo la magnitud del problema y creando la necesidad de trabajar en la búsqueda de la elaboración de programas coherentes que mejoren la seguridad de nuestros pacientes. Experiencias de otros países, algunos como España, afines a nuestra cultura, por un lado, así como por el otro, la definición de los roles que les compete a cada responsable del cuidado y atención de la salud de la población, proponen un cambio cultural que describe el punto de partida para generar conciencia del problema. Logrado esto, se deberá asumir la misión de la “mejora continua” de la calidad en salud, para beneficio de nuestros pacientes y del sistema en general.

Palabras Clave: *error médico, enfoque sistémico del error, seguridad del paciente, efectos adversos, eventos adversos.*

ABSTRACT

Since 1999 the American Institute of Medicine has generated awareness among physicians regarding human error, which obviously also affects medical practice. Initial reports in the United States have estimated that around 44.000 to 98.000 deaths occur every year due to adverse events and error caused by physicians. Patient safety measures in relation to medical quality have been called into question since that date, and computer technology is considered a fundamental tool to ensure quality in medical practices. Human error is analysed first in a general, and subsequently within the health care context, describing the extent of the problem and underscoring the need to create consistent programs to improve patient safety. The experience of countries such as Spain, culturally similar to ours on one hand, and better defining the role of each participant in patient health care on the other, will contribute to the cultural changes necessary as the starting point towards generating problem awareness. Once the latter has been achieved, it must be sustained through “continuing improvement” health programs, therefore benefiting both our patients and the system as a whole.

Key Words: *medical error, systemized approach to error, patient safety, adverse effects, adverse events.*

“LOS MÉDICOS TAMBIÉN NOS EQUIVOCAMOS, SOMOS SERES HUMANOS”

Esta frase, de una obviedad absoluta, se hace consciente en el ambiente médico desde que el Instituto de medicina de Estados Unidos publicó en 1999 el informe “To Err is Human”¹ y más adelante, cuando luego de extrapolar los datos originales del estado de New York a toda la población Lucien Leape et al., en *New England Journal of Medicine*, concluía que se estarían produciendo anualmente entre 44.000 y 98.000 muertes post efectos adversos y errores médicos dentro de aquel país. Un estudio posterior del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) del 2001, “Crossing the Quality Chasm”, relativizó las medidas de seguridad del paciente, vigentes en lo que hace a la calidad médica, e identificó la tecnología informática como el elemento imprescindible para el logro de la calidad en salud². Ahora bien, en aquel momento estos artículos fueron de utilidad únicamente para quitar una venda de los ojos de quienes se movían en ambientes médicos, describiendo la magnitud del problema y creando la necesidad de trabajar en la búsqueda de la elaboración de programas coherentes que mejoren la seguridad de nuestros pacientes.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA DEL ERROR

El error humano ha sido tratado, entre otros, por James Reason³, quien sostiene que el tema puede ser enfocado desde dos puntos de vista distintos: desde la persona, en nuestro caso los médicos, o bien desde el sistema, particularmente el proceso en el cual se cometió el error. Estas perspectivas siguen modelos filosóficos distintos, el primero, clásico, apunta obviamente al individuo irresponsable, distraído, olvidadizo, con falta de interés, y demás atributos que se nos puedan ocurrir y el segundo, el actual o sistémico.

Modelo Clásico: La responsabilidad del error, en este caso, cae sobre el eslabón más débil de la cadena, que en el área de la salud serían las enfermeras, médicos, técnicos, farmacéuticos, etc. Es así que para evitar estas situaciones se buscan medidas que tiendan a corregir la variabilidad del comportamiento humano, apelando a carteles recordatorios, o a campañas que, por medio del miedo, aludiendo a sanciones y castigos, buscan en los operadores un cambio. Esto, emocionalmente para muchos, es sin

duda más satisfactorio que culpar a las instituciones. Amenazas, medidas disciplinarias, interminables escritos sobre procedimientos, y correcciones de estos mismos procedimientos avalan la visión del error basado en la responsabilidad personal, la cual es aún en nuestros días el predominante en la medicina y en casi todas las áreas.

El error centrado en el individuo no responde a la realidad de los hechos y cuenta con graves falencias. En algunas circunstancias, ciertos errores son de suma importancia y pueden generar daños graves, pero en general los errores laborales no cuentan con el ingrediente de intencionalidad o mala fe. En algunos artículos se compara la actividad aeronáutica y la medicina a la hora de medir la culpabilidad de las personas involucradas, dada su exposición, el manejo de vidas humanas y el hecho de que sus errores pueden ser fatales.

Modelo actual, sistémico: El otro enfoque, el del sistema, parte de una premisa básica: el hombre es humano y los errores son un hecho esperado pero evitable. Aún en las mejores organizaciones, con las personas más capaces en todos los niveles incluso en los niveles directivos, y en todas las profesiones, los errores se producen, y esto se debe a que están incluidos en el transcurrir de los procesos que no son otra cosa que interacciones entre humanos. En este enfoque sobre el sistema, cuando el efecto adverso ocurre, el punto importante no es quién lo cometió sino cómo y cuáles defensas fallaron. Las medidas a modificar están basadas en asumir que si bien no es posible cambiar de plano la conducta humana, sí podemos cambiar las condiciones laborales. El secreto está en crearnos las barreras para frenar los errores. Cuando en un Departamento de Diagnóstico por Imágenes son dos los médicos que en forma separada analizan un estudio y elaboran el informe, el margen de error disminuye considerablemente. Matemáticamente, es mucho más difícil que los dos profesionales cometan el mismo error en el mismo paciente. Lo que sí puede suceder con relativa frecuencia, es que al no coincidir los informes o algún dato de estos, se reúnan ambos a consensuar un informe común. El costo médico, de hora hombre, no nos permite que en todo acto médico se realice con un doble control, esto estaría justificado únicamente en las áreas o sectores que definen acciones relevantes en los pacientes. En un informe de una RMN cerebral que define una cirugía, pareciera justificarse la excelencia médica

del doble control. Ahora bien, hay toda otra parte de la información que si bien corresponde al paciente, no es estrictamente médica. Los datos de filiación, edad, sexo, fecha del estudio, entre otros, que a la vista del paciente son tan importantes como el contenido del informe, también pueden tener errores. La idea central es crear defensas en el sistema frente a los errores. Los sistemas informáticos diseñados para el área de la salud cuentan hoy con las barreras que evitan estos errores, dado que los datos de filiación son únicos en historias clínicas relacionadas a un solo dato alfanumérico que minimiza el error humano. Los altos costos asociados a la transcripción de datos, en el caso de que cada administrativo o profesional deba cargar los datos de filiación de los pacientes, están conformados en el costo operativo, por un lado, pero mucho más importantes son los que genera el error médico por la incorrecta transcripción. Las defensas, alarmas y barreras son claves en el enfoque sistémico. La función de estos controles es proteger a las posibles víctimas de un error. No obstante esto, en el ejemplo propuesto por James Reason, del queso Gruyere, aunque improbablemente los agujeros del queso se encuentren alineados, el efecto del azar puede hacer que en un momento se hallen en línea y permitan así que la trayectoria nos lleve al accidente.

SISTEMAS DEFENSIVOS COMO HERRAMIENTA PARA PREVENIR EL ERROR

Cuanto mayor es la complejidad del área de atención, más alta es la tecnología que se maneja en ésta, y muchos los sistemas defensivos. En un área quirúrgica o una UCI, hay mayor número de alarmas, accesos electrónicos, barreras físicas, etc. En un piso común de internación, los controles o sistemas defensivos pasan más por las personas, donde el médico controla si la enfermera realizó su indicación y ésta, a su vez, reclama al médico si dejó sin definir algún aspecto de la atención, por ejemplo, la dieta. Por otra parte, hay toda una actividad operativa, en farmacia y control de stocks, que descansa en procedimientos y controles puramente administrativos. La tecnología informática está hoy disponible para colocar controles e interrelacionar todas las acciones que se realizan en un hospital, de modo tal que se tienda a minimizar los errores. Más de 60 cruces de información se realizan en los modernos *workflows* con que cuentan los sistemas informáticos actuales. Los

antecedentes consignados al ingreso del paciente, desde la edad, peso, alergias, medicación habitual, a datos infectológicos, número de habitación, así como diagnóstico, motivo de internación, tipo de cirugía, entre otros muchos datos más, facilitan la acción de cada operador en esta actividad multidisciplinaria y aporta medidas de seguridad que hacen a la calidad de atención médica en general.

LA CALIDAD DESDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desde hace ya algunos años, el ámbito de la salud, ha incorporado el concepto de "calidad". Vemos la palabra calidad en la misión y visión de las empresas de salud y algunas instituciones, por motivos diversos, buscan la acreditación en calidad de entidades reconocidas en el tema. Por otra parte, se han desarrollado también programas de seguridad, orientados al paciente. Pero para poner en marcha y cumplir cualquiera de estos dos objetivos es necesario un cambio cultural dentro de la organización. No se puede mejorar la calidad asistencial ni la seguridad de nuestros pacientes si la percepción de la organización apunta a punición del efector del error más que al análisis de lo sucedido. Es necesaria la participación ordenada sobre problemas concretos de todos los sectores de la organización, donde pueda demostrarse que el liderazgo de los jefes de cada servicio comienza con involucrarse en el análisis de las causas de los errores y efectos adversos, para luego cambiar la cultura de los integrantes del equipo de salud e impulsar una conducta atenta a los errores, con la necesaria denuncia voluntaria, secreta y no punitiva. Es absolutamente necesario establecer una cultura de registro de incidentes, análisis de los accidentes, estudiar en qué nos equivocamos, a fin de analizar los procesos y las trampas que estos conllevan para que se produzca un incidente en forma recurrente. La confianza es el elemento clave de esta nueva cultura de denuncia y a su vez, demanda el reconocimiento de una justa política que diferencie la intencionalidad o la mala fe, de los errores realizados de manera inadvertida.

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Si analizamos las unidades de cuidados intensivos, nos son de utilidad dos estudios multicén-

tricos internacionales publicados sobre seguridad del paciente en estos ámbitos críticos, uno de ellos proveniente de los Estados Unidos y el otro coordinado en Europa. El primero The Critical Care Safety Study⁴ tuvo como objetivo estudiar prospectivamente durante un año y en forma descriptiva la incidencia de efectos adversos y errores serios que ocurren en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos de hospitales de alta complejidad que además cuenten con actividad académica. Los efectos adversos y los errores serios se midieron en eventos cada 1000 días/pacientes. Se estudiaron 391 pacientes con un total de 420 internaciones durante 1480 pacientes días. Se hallaron 120 eventos adversos en 79 pacientes (20,2%), incluyendo 66 (55%) no prevenibles y 54 (45%) que hubieran sido prevenidos. Además, se observaron 223 errores serios. La incidencia de todos los eventos adversos, los prevenibles y los errores serios fue de 80,5, 36,2 y 149,7 respectivamente cada 1000 pacientes/días. De los eventos adversos, 13% provocó riesgos de muerte o fue finalmente fatal y entre los errores serios, 11% fueron riesgosos para la vida del paciente. Los errores serios más frecuentes ocurrieron durante el proceso de las intervenciones terapéuticas, principalmente, medicaciones (61%). Los errores más comunes fueron acciones equivocadas no intencionadas, más que falta de cumplimiento con los protocolos.

El segundo de los estudios, The Sentinel Evaluation Study⁵, tuvo por objetivo evaluar, a nivel multinacional, cuál era el grado de prevalencia de eventos adversos que comprometían la seguridad del paciente y los factores que se hallaban relacionados a esos. Se trató de un estudio de corte transversal realizado durante 24 horas en 205 unidades de diversos lugares del mundo. Los eventos eran respondidos por el plantel de la unidad de cuidados intensivos de acuerdo a un cuestionario estructurado. Se tomaron en cuenta factores relacionados con el manejo de los pacientes y con el funcionamiento de la unidad. El cuestionario de este estudio, actualmente en proceso de desarrollo, fue similar al primero. Se estudiaron 1913 pacientes adultos con un total de 584 eventos, afectando a 391 pacientes (20,44%), una cifra bastante similar al del estudio americano con 0,3 eventos de promedio por paciente. Los errores más comunes no fueron, al igual que en el estudio americano, las intervenciones terapéuticas, que llegaron a un total de

136 pacientes (23,29%), pero contrariamente a lo hallado en las unidades americanas, la medicación no fue el principal origen de los mismos: 158 pacientes (27,05%) sufrieron las desconexión no planeada de catéteres y drenajes; 112 eventos (19,17%) se debieron a la falla de los equipos; 47 eventos (8,04%), a la obstrucción o pérdida de aire por el tubo endotraqueal en pacientes con ventilación mecánica y 17 eventos (2,91%), al apagado inapropiado de las alarmas. Los factores asociados al riesgo de sufrir un evento adverso, determinados por regresión logística múltiple fueron: cualquier falta de órgano, medido a través del SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment): OR: 1,13 (95% IC 1- 1,28), mayor intensidad del nivel de cuidado medio a través del NEMS: OR: 1,62 (95% IC 1,18 - 2,22) y tiempo de exposición medio a la unidad de cuidados intensivos previa al estudio OR: 1,04 (95% IC 1,04 - 1,08).

LA CALIDAD DESDE LOS NÚMEROS

La calidad del servicio que cada institución brinda tiene también su aspecto económico y éste puede ser medido con diferentes criterios.⁶ En un trabajo realizado por Bates et al.⁷ estimaron en un solo hospital que el costo de los errores graves de medicación podían alcanzar los 2,9 millones de dólares anuales. Por otra parte, en el mismo artículo se comentaba que logrando una reducción de sólo el 17% de dichos errores, se ahorraría la suma de U\$S 480.000. En esta misma línea, otros estudios aportaron asombrosas conclusiones^{16, 18}, como que anualmente se perdían 76,6 billones de dólares por la morbilidad y mortalidad asociadas a errores de medicación en el contexto de la atención ambulatoria. Los más frecuentes tipos de errores en medicina, particularmente en los pacientes internados son, de acuerdo a diferentes trabajos publicados, los efectos adversos con drogas, las infecciones intra hospitalarias, y las complicaciones quirúrgicas.⁸ Estudios previos a 1996 y 1997 identifican las mismas causas a pesar de que su metodología de estudio no ha sido muy rigurosa.^{9,10} Por otra parte, existen ya desde 2003, publicaciones científicas que revisan la evidencia de aquellas instituciones que utilizan la herramienta electrónica como registro de datos de sus pacientes. Analizan la detección de efectos adversos, basados en diferente tipo de información, que incluye el uso de códigos ICD-9, medicación administrada y datos de laboratorio,

análisis de texto libre posteriormente controlado con un procesador de textos del cual se extrae la información. Esto permitió analizar los circuitos y desarrollar las herramientas para identificar la infección intrahospitalaria, los efectos adversos generados por medicación administrada, tanto en pacientes ambulatorios como internados, así como también otro tipo de efectos adversos. Pero el foco de discusión de estos artículos ha sido detectar los efectos adversos después de que estos ocurrieran. Sin embargo, el desafío es hoy encontrar las herramientas que puedan ser usadas para prevenir y disminuir considerablemente este tipo de eventos no deseados.¹¹

EL ESTUDIO DE HARVARD Y LA KAISER FAMILY

En el año 2002, la Escuela de medicina de Harvard junto con la fundación Kaiser Family,¹² publicaron las experiencias vividas ante los errores médicos desde dos enfoques distintos: uno el de los propios médicos y el otro desde los pacientes. La fundación Kaiser Family es una entidad independiente, filantrópica, orientada a la salud de los Estados Unidos, que provee información y análisis de temas relacionados con la salud, mediciones y encuestas públicas en general. Ésta no se encuentra asociada a la aseguradora que lleva el mismo nombre, conocida en la industria. En cuanto a la Escuela de Harvard, en lo que hace a la atención médica es por todos conocida su dedicación a los avances de la salud pública en general, la docencia e investigación y desarrollo. Un estudio conjunto en el que participaron médicos y público general basó el análisis en dos áreas: una la de los profesionales médicos y otra la del público general, ambos fueron designados y controlados por equipos de investigadores de las dos entidades madres nombradas. Ambos, médicos y público general, acordaron definiciones sobre el error médico y sus formas de presentarse. Subsecuentemente, el 35% de los médicos y el 42% del público general informó de las experiencias de los errores médicos en sí mismos o en algún miembro de su familia en algún momento de su vida; 18% de los médicos y 24% del público sufrió algún error que causó serio daño con secuelas en la salud, algunos hasta la muerte (reportando 7% los médicos y 10% del público), secuelas de larga data (6% y 11% respectivamente) o dolor intenso (11% y 16% respectivamente).

Ambos grupos concordaron en que la mitad de las muertes provocadas por errores médicos pudieron haber sido prevenidas, pero sin embargo, ninguno de los dos grupos incluyó a “los errores médicos” dentro de los problemas más importantes que tienen la salud y la medicina en general en los Estados Unidos, ya que al responder sobre el tema, sólo el 5 ó 6% calificó al error médico como importante en ese ámbito.

En relación al análisis de los problemas más graves relacionados con la medicina, identificaron los costos legales en un 29%, los costos de la salud en general en un 27%, los problemas relacionados con la cobertura de planes en un 22%, en el grupo de los médicos. Y por parte del público general, citaron como un problema importante los costos de la salud en un 38% y los precios de los medicamentos prescritos, un 31%.

En 1964 Schimmel^{13,14} llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y agregaban, que la quinta parte eran casos graves. Steel et al.¹⁵ en 1981 establecieron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves, siendo la principal causa en ambos estudios el error en la medicación.

EL “EFECTO ADVERSO” EN DIFERENTES PAÍSES DESARROLLADOS

La tasa de efectos adversos en hospitales ha sido estimada entre un 4 y un 17%, de los cuales alrededor de un 50% han sido considerados evitables.¹⁶ Estudios de estas características se han realizado en Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá. Todos compartían la definición operativa del efecto adverso como el daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí mismo. Todos han sido estudios de cohortes retrospectivas, con una metodología similar mediante la revisión de historias clínicas, en un primer momento a cargo del personal de enfermería, que destacaban posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un efecto adverso. Posteriormente en una segunda fase, esos pacientes detectados por la Guía de Cribado, eran reevaluados por médicos para valorar si se trataba verdaderamente de un efecto adverso o no.

ESTUDIO CON ALCANCE NACIONAL EN ESPAÑA

Cabe aquí preguntarnos si esta realidad es replicable a países de Latinoamérica. Como respuesta podríamos hacer referencia al “Estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005”, informe de febrero 2006, realizado para el Ministerio de Sanidad y Consumo de España por la Universidad de Miguel Hernandez de Elche.

Los objetivos principales de este trabajo fueron:

1. Determinar la incidencia de los efectos adversos y de los pacientes con efecto adverso en los hospitales de España.
2. Establecer la proporción de los efectos adversos producidos en el período de pre-hospitalización.
3. Describir las causas inmediatas de los efectos adversos.
4. Definir los efectos adversos evitables.
5. Conocer el impacto de los efectos adversos en términos de incapacidad, mortalidad precoz evitable y/o prolongación de la estancia hospitalaria.

Como ámbito de estudio se tomó una muestra de 24 hospitales, de diferente tamaño, algunos de menos de 200 camas y otros, con más de 500 camas. Se trabajó por medio de revisión de las historias clínicas por personal diplomado de enfermería, incluyendo pacientes internados cuya hospitalización fuera superior a 24 horas en los centros seleccionados, y que hayan sido dados de alta del 4 al 10 de junio de 2005 inclusive.

Un dato a considerar, en función de la propia cultura española sobre este tema, es el nombre que se le asigna al error médico. Dado que la definición del efecto adverso para este trabajo se describe “*como todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente que ha causado daño al paciente o ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. Para reunir esta condición tendrá que darse una lesión o complicación, prolongación de la estancia, tratamiento o medida subsecuente, invalidez al alta o éxitus, consecuencia de la asistencia sanitaria y desde moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa a total evidencia*”. El mismo artículo define al error médico como “*acto de equivocación u omisión en la práctica de*

los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso”.

Al momento de clasificar o agrupar las diferentes clases de efectos adversos, el trabajo español define:

1. Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas.
2. Relacionados con una valoración del estado general del paciente.
3. Relacionados con la monitorización del paciente o los cuidados que necesita.
4. Relacionados con infecciones nosocomiales.
5. Relacionados con procedimientos e intervenciones quirúrgicas.
6. Relacionados con medicamentos o balance hídrico.
7. Relacionados con maniobras de reanimación.
8. Otros.

Cada uno de estos grupos cuenta a su vez con una sub clasificación de efectos adversos, o error médico que permite realizar una clasificación, de forma tal que mediante una escala uno se puede valorar de uno a seis, desde la ausencia de evidencia a la total evidencia. Asimismo la posibilidad de prevenir el efecto adverso viene definida por una escala similar a la anterior, en la que el valor uno significa ausencia de evidencia de posibilidad de prevención y la seis, total evidencia. La hemorragia digestiva alta por AINEs en un paciente mayor de 65 años sin profilaxis de protección gástrica cuenta con total evidencia.

No cabe aquí entrar en detalles de los resultados obtenidos en este trabajo español, pero sin duda como justificación podemos decir que la seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, habida cuenta de la complejidad tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores.

Como se dijo, el objetivo del trabajo español era realizar un diagnóstico de situación para España, por lo que se dirigió un estudio retrospectivo de cohortes, referido al análisis de hos-

pitalización completa de los sujetos dados de alta en una semana, atendiendo al tamaño de los hospitales para estimar la incidencia e impacto de los efectos adversos y su evitabilidad. Sin dudas, conocer la epidemiología de los efectos adversos permitirá desarrollar las estrategias de prevención para evitarlos, o en su caso para minimizar sus consecuencias si no han podido ser evitados.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Por todo lo expuesto, es clara la necesidad de poner en marcha en nuestro ámbito de trabajo mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallas del sistema. Se deberá trabajar en el cambio cultural interno de las instituciones desarrollando en primer lugar políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de los efectos adversos y del error médico, y en segundo lugar, fijar un sistema de medición y categorización de dicho efectos o errores, mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgo con la incorporación de tecnologías adecuadas que nos permitan detectar los problemas antes de que tengan consecuencias. Por último, sin dudas, la tecnología informática es una herramienta clave en el logro de los objetivos.

Probados software informáticos para salud cuentan hoy con la posibilidad de alarmas frente a diferentes circunstancias. Prescripciones médicas incompatibles entre sí, dosis inadecuadas, vía de administración inapropiada, son hoy algunas de las causas que generan una alarma para el médico o la enfermera antes de la aplicación de un medicamento. Si bien esta alarma puede ser desoída por el profesional actuante, y mantener la indicación original, la posibilidad de contar con un aviso de alerta sobre la situación que se presenta, resulta de suma utilidad para disminuir el error médico, y los efectos adversos que una indicación médica puede generar en un paciente internado. Hacer foco en el tema del circuito de la medicación sería, de acuerdo a algunas publicaciones, buscar solucionar el 50% de los errores médicos.

LA SITUACIÓN EN ARGENTINA

En el ámbito general de la salud en Argentina el 30 de julio de 2001, el Académico Dr. Alberto Agrest elevó al entonces Sr. Presidente Académico, Dr. Miguel de Tezanos Pinto y al Honorable

Consejo de Administración una propuesta para desarrollar un proyecto sobre el “Error y la calidad en Medicina”. La misma fue aceptada (Resolución N° 517/01) y se creó una Comisión responsable de coordinar las acciones técnicas y administrativas para abordar la problemática, conformada por eximios académicos encabezados por el propio Alberto Agrest. Esta Comisión convocó al Centro de Investigaciones Epidemiológicas (CIE) para diseñar, desarrollar e implementar un proyecto de investigación que promueva la seguridad de los pacientes en los procesos de atención. Miembros del nombrado centro de investigaciones tomaron esta responsabilidad y en conjunto con la Comisión elaboraron una propuesta que fue presentada a autoridades de diversas instituciones.

Anualmente se realizan Jornadas de Seguridad del Paciente buscando crear conciencia en todos los ámbitos de la salud. Éste es parte del camino a transitar, primero, generar conciencia del problema y la situación, luego, contar con las herramientas necesarias para llevar adelante esta misión, donde la tecnología informática juega un papel primordial. Se deberían realizar mediciones actuales, reales de nuestro país, con sistemas que nos permitan compararnos a países más avanzados en esta experiencia. Será necesario un sistema de clasificación común, taxonomía. Sería muy útil adaptar experiencias vividas en otros ámbitos que no sean la salud en lo que es la “mejora continua” para mantener este camino de la calidad, algo que debe ser transitado a diario. Por último, deberíamos fijarnos metas y objetivos alcanzables que redunden en beneficio de todos, dado que con la calidad ganamos todos: tanto los pacientes como también los financiadores, los prestadores y demás integrantes del ámbito de la salud.

El 1 de junio de 2007, el Consejo de integrantes de la *Joint Commission aprobó las metas nacionales sobre seguridad de los pacientes para el año 2008. Se agregan nuevas metas a las planteadas en el año 2007 y algunas de ellas se requerirán para la acreditación en los Estados Unidos.*¹⁷

Metas de la Joint Comisión para el año 2008:

1. Mejorar la identificación de los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva entre los que brindan atención para la salud
3. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

4. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud
5. Conciliar las medicaciones que recibe el paciente en forma completa y correcta en todo el proceso de atención
6. Reducir el riesgo de daño por caídas
7. Reducir el riesgo de enfermedad por influenza y neumococo en ancianos institucionalizados
8. Reducir el riesgo de incendios en el ámbito quirúrgico
9. Implementar las metas nacionales aplicables sobre seguridad del paciente y los requerimientos asociados por componentes y los sitios de los profesionales
10. Alentar el compromiso activo de los pacientes en su propia atención como estrategia para la seguridad del paciente
11. Prevenir las úlceras de decúbito asociadas a la atención del paciente
12. Que las organizaciones identifiquen los riesgos a la seguridad de los pacientes inherentes a la atención
13. Mejorar el reconocimiento y la respuesta a los cambios en las condiciones de los pacientes.

“*Errar es Humano, perseverar en el error es diabólico*” dijo San Agustín; este debería ser un estímulo para el constante perfeccionamiento ●

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine. To err is human. Building a safer health system. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
2. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st. Century. Washington, DC, National Academy Press, 2001.
3. Reason J. Human error. Cambridge (UK). Cambridge University Press; 1990.
4. Rothschild JM, MD, MPH; Landrigan CP, MD, MPH; Cronin JWD et al. The Critical Care Safty Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. Crit Care Med 2005, 33: 1694-1700.
5. Valentin A, Capuzzo M, Guiudet B, Moreno RP, Dolanzki L, Bauer P, Metnitz PGH. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. Intensive Care Med (2006) 32: 1591 -1598.
6. Van Cott, Harold. “Human errors: Their causes and reduction” in Human Error in Medicine, Marilyn Sue Bogner, ed, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
7. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Peterson LA, Teach JM, et al. Effect of computerized physician of serious medication errors. JAMA 1998; 280 (15): 131.
8. Leap LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results form the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J. Med. 1991; 324: 377-384.
9. Seidl LG, Thornton G, Smith JW, et al. Studies on the epidemiology of adverse drug reactions: III. Reactions in patients on a general medical service. Bull Johns Hopkins Hosp. 1966; 119: 299-315.
10. California Medical Association. Report of the Medical Insurance Feasibility Study. Sacramento, CA, California Medical Association, 1977.
11. Bates DW, Evans R.S, Murff Harvey, Stetson PD, Pizziferri L, Hripcsak,G.; Detecting adverse events using information technology. JAMIA Vol.10 number 2 Mar/ Apr 2003.
12. The Harvard School of Public Health and Henry J. Kaiser Family Foundation’s Medical Errors: Practicing Physician and Public Views. December 2002.
13. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med 1964; 60:100-10
14. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care 2003; 12:58-64.
15. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Engl J Med 1981; 304: 638-42.
16. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín (Barc) 2004; 123(1): 21-5.
17. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/>