

Error en la Medicina y Bioética

BEATRIZ MURACCIOLE^a

Resumen

El error en medicina es una causa de daño hacia los pacientes a pesar de ser el Principio de No Maleficencia uno de los pilares fundamentales de la práctica médica. Se define como error al acto no intencional o al que no obtiene su resultado intencionalmente. La mayoría de los errores provocan daños menores, sin embargo algunos pueden causar daños graves e irrevocables. El médico es la segunda víctima del error.

Existen varios dilemas éticos en relación al error médico. El más importante surge en torno a la conducta que debe repararlo el médico una vez cometido el error repetido. Se analizan estos dilemas en relación a los Principios de No Maleficencia, Beneficencia, y Autonomía.

El principal beneficio posible luego de cometer un error es la prevención de errores similares en el futuro. Es necesario desarrollar una nueva cultura del error. Una cultura que funcione con aprendizaje y prevención más que con culpa y omisión.

Palabras clave: error, daño, bioética, principios no maleficencia, beneficencia, autonomía.

Summary

Errors in medical care are a common cause of harm in patients. An error is defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Most errors cause insignificant harm, but some of them cause serious and permanent damage. Doctors are the second victim of errors.

There are multiple ethical issues that arise when considering mistakes in medicine. The most important question that arises is: What should a physician or other caregiver do when he or she has made a mistake? The usual ethics methods justify a generalized practice of disclosure of medical mistakes, followed by apology. These dilemmas are analyzed in relation to the Ethical Principles of Non Maleficence, Beneficence and Autonomy.

After making a medical mistake, the main benefit is the prevention of similar errors in the future. Our medical culture must be changed to support error recognition, learning and prevention.

Key words: error, harm, bioethics, principles, non maleficence, beneficence, autonomy.

INTRODUCCIÓN

El principio de No Maleficencia originado en el Juramento Hipocrático es uno de los pilares fundamentales de la práctica médica. Sin embargo, el error en la medicina constituye una causa importante de daño a los pacientes.¹

Aproximadamente ocurren casi 100.000 muertes anuales evitables en hospitales de los Estados Unidos, con un número mayor aún de lesiones y a un costo por año de 9000 millones de dólares. Esta cifra excede el número combinado de muertes y daños causados por accidentes automovilísticos o aéreos, suicidios, ahogos, traumatismos e intoxicaciones.²

En este trabajo discutiremos los aspectos bioéticos del error en la medicina.

- 1) La prevalencia de errores a pesar de los Principios de No Maleficencia y de Beneficencia.
- 2) El manejo del error humano una vez teniendo en cuenta nuevamente los Principios de No Maleficencia, Beneficencia y Autonomía.

PLANTEO DEL PROBLEMA

"Errare humanum est" El problema del error es tan antiguo como la existencia del ser humano. Nadie está exento de errar, ya que esto forma parte de la misma naturaleza humana. Equivocarse es esencialmente inevitable. Por lo tanto, la práctica de la medicina, así como la de otras profesiones y actividades, no puede estar libre de errores.^{3,4}

Sin embargo, pese a ser una característica inherente al ser humano, el error es escasamente reconocido en el ámbito médico. Los motivos son varios. En primer lugar, hasta hace unos años no existía conciencia de la severidad del problema. En segundo lugar, la mayoría de los errores no producen daño, porque son contenidos reconocidos previamente o porque las defensas del paciente

a. Pediatra CBC y Unidad 6 Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

evitan la lesión. Pero la razón más importante es la dificultad que médicos y pacientes presentan para aceptar el error humano cuando este ocurre.⁴

Los avances científico-tecnológicos y la aparente infalibilidad de los nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento parecen conducir a una expectativa de perfección.⁵ Los pacientes, deseando considerar al médico como alguien infalible contribuyen a la negación del problema y los médicos consideramos al error como humillante ante nuestros colegas, y peligroso en vistas del gran caudal de juicios que se incrementan a diario.

ALGUNAS DEFINICIONES

El estudio del error humano ha fascinado a psicólogos y a otros científicos. Disciplinas como la Ingeniería del Conocimiento y Psicología Cognitiva investigaron el error humano en áreas científicas de aviación y de control de tecnología/plantas nucleares. De aquí surgieron definiciones y teorías.⁴

1. **Error:** acto no intencional de omisión o comisión, o el que no obtiene su resultado intencional.⁴ Una acción o bien intención de acción inapropiada en relación con un objetivo o contexto determinados. Descartamos el error intencional cuyo objetivo es causar daño al paciente, teniendo en cuenta el Principio de No Maleficencia.
2. **Lesión:** daño a causa de la atención médica. Algunas lesiones se deben a errores humanos, otras no son prevenibles tal como la reacción adversa a una medicación. A su vez, la mayoría de los errores no provocan lesiones.
3. **Incidente:** error que no causa lesión.²
4. **Accidente:** error que provocó lesión.²

FACTORES PREDISPONENTES Y MODELOS ETIOLÓGICOS

Casi todos los errores ocurren por alteración en la función cognitiva. Los factores predisponentes pueden ser fisiológicos tales como fatiga, sueño, alcohol, droga, enfermedades, psicológicos por ansiedad, ira, aburrimiento, miedo, exceso de trabajo, estrés, relaciones interpersonales dificultosas, o también ambientales como ruido, calor, etc.

Diversos autores como Reason han descrito dos aproximaciones para abordar el problema del error: la aproximación de la persona y la aproximación del sistema.^{4,6}

En el modelo de la persona, que es el tradicional, los actos individuales de una persona son los responsables del error. Los errores provienen de procesos mentales errados, negligencia, falta de conocimiento, etc. Se asume que los errores ocurren en personas no calificadas.⁵

En la aproximación del sistema, la premisa básica es que el ser humano es falible. Por este motivo los errores son posibles aún en las organizaciones más eficaces y son vistos como consecuencias naturales. El origen de los errores sería entonces las condiciones en las que los individuos trabajan y los accidentes ocurrirían por la conjunción de fallas –activas y latentes– y del incumplimiento de mecanismos de defensa del sistema.^{4,5}

Las fallas activas son actos no seguros cometidos por alguien en contacto directo con el paciente, la enfermera, el médico, etc., que comete errores o violaciones de procedimientos. Las fallas latentes son debidas a decisiones falibles asumidas en los altos niveles de organización del sistema y pueden ser situaciones que ocurren dentro del lugar de trabajo como fatiga, inexperiencia, presión temporal, alarmas no confiables, etc.⁴

El modelo de la aproximación personal predomina en la medicina. Si un accidente ocurre el médico es el responsable. No se tienen en cuenta las fallas latentes, es decir los factores predisponentes. No se considera que, lejos de ser azarosos, muchos accidentes siguen un patrón recurrente. Un mismo conjunto de circunstancias puede provocar errores similares sin tener en cuenta a las personas involucradas.

El modelo de la aproximación del sistema predomina en la aviación. En esta disciplina los factores humanos han sido estudiados en forma extensa. Se desarrollaron métodos para investigar, documentar y propagar los errores y sus enseñanzas. Como consecuencia se han diseñado sistemas que absorben o evitan los errores. Se ha permitido que los pilotos comuniquen incidentes a sus propias compañías sin temor a sanciones, lo que permite correcciones.^{4,5}

EL ERROR EN LA MEDICINA Y SUS CONSECUENCIAS

Varios estudios sugieren que en los Estados Unidos mueren entre 44.000 y 98.000 pacientes cada año a causa de errores médicos prevenibles.

En cuanto al tipo de errores médicos existen:

- errores operacionales de procedimiento;
- errores cognitivos de diagnóstico incorrecto, retraso en el diagnóstico, examen físico inadecuado, mala interpretación de examen complementario, medicación inadecuada;
- errores en la medicación;
- errores al considerar en la terapéutica a un paciente equivocado, a esto se lo denomina paciente inapropiado;
- errores en gran escala son aquellos que pueden producir daño a un número elevado de pacientes.^{7,8}

Ninguna especialidad es inmune al error; sin embargo, el riesgo no es homogéneo. Algunos errores son difíciles de soslayar, como los quirúrgicos. Por otro lado los errores suelen ser más frecuentes en médicos de menor experiencia y cuando se introducen nuevas tecnologías. Por lo general, hay un mayor riesgo de muerte y un mayor número de lesiones prevenibles en pacientes con enfermedades complejas.

El paciente es la primera víctima del error pudiendo ser afectado por daños menores, lesiones severas, discapacidad, muerte, estrés, daños emocionales, aislamiento, miedo. También pueden producirse daños ante la actitud del médico frente a el error. Aunque los pacientes son las primeras víctimas y las más evidentes, los médicos también son dañados por estos mismos errores, de allí que se los considere la segunda víctima.⁹ La mayoría de los médicos sabe lo difícil y angustiante que es tomar conciencia de haber cometido un grave error. Aparecen sentimientos de aislamiento, miedo, culpa, humillación, ira, tristeza, dudas de aptitud, proyección de culpa, daños emocionales severos. El análisis de lo ocurrido es fundamental y necesario, pero inadecuado si no se tiene en cuenta la experiencia emocional y espiritual del médico.¹⁰

Puede producirse además daño en la relación médico paciente, pérdida de la confianza en el médico o en una institución, pérdidas económicas, daños en la reputación de médicos e instituciones etc.

DILEMAS ÉTICOS QUE SURGEN UNA VEZ COMETIDO EL ERROR

¿Qué actitud se deberá adoptar ante el

error? ¿se debe revelar? ¿A quién? ¿Siempre? ¿En qué casos?

¿Existe acaso una base ética para comunicar el error?

¿Debería haber una disculpa?

¿Qué impacto tendría la comunicación de errores en los pacientes, médicos y sociedad?

¿Cómo se debería reaccionar ante el error de un colega?¹¹

Estas son algunas de las preguntas que surgen en torno al error médico y la bioética y en resumen todas se refieren al principal dilema: Que hacer con el error una vez cometido.

Admitir y comunicar errores a los pacientes, es un acto difícil, angustiante, humillante. Puede poner en peligro el accionar médico y la reputación, no sólo ante el paciente sino ante la comunidad médica y la sociedad. Los espacios para la discusión de errores son escasos. Las presiones legales, y el miedo a la desconfianza y a la acusación, hacen más complejo este accionar. Además, existe el argumento que ocultando la información se protege al paciente.¹²

Sin embargo, la bioética dice que es necesario admitir y comunicar nuestros errores.^{11,13}

Admitir el error, comunicarlo al paciente y solicitarle disculpas es una responsabilidad médica. El paciente tiene derecho a conocer la verdad ya que la relación médico-paciente se basa en la honestidad y confianza siendo la verdad una obligación moral del médico para con el paciente y viceversa (Principio de Veracidad).

La información médica adecuada y veraz de diagnósticos, tratamientos, resultados, e incertidumbres permiten al paciente ejercer su autonomía (Principio de Autonomía).^{11,13}

Considerando el Principio de No Maleficencia y el de Beneficencia, el médico debe respetar la dignidad del paciente y promover acciones en su mejor interés. El conocimiento de la causa de un daño permite adoptar medidas para intentar corregir la injuria. Además mejora la relación médico paciente y el paciente se siente aliviado.

Si el error no provocó daño (incidente) no hay consenso acerca de que actitud adoptar. En este caso se enfrentan el Principio de No Maleficencia o sea estrés por conocer la falibilidad médica, preocupación innecesaria para el paciente, con el de Autonomía que es

el derecho a conocer la verdad propia para tomar futuras decisiones.. Por otro lado el reconocimiento de errores ayuda a prevenirlos en el futuro, analizando cada caso en particular.¹³

El Manual de Ética del *American College of Physicians* sugiere la necesidad de comunicar el error al paciente si concierne a su bienestar. No es clara la obligación de comunicar errores menores. La *American Medical Association* pone el acento en que debe primarla honestidad para informar las complicaciones médicas significativas a los pacientes.¹³

¿Qué ocurre con los errores a gran escala?

Los errores a gran escala son aquellos que involucran a un gran número de pacientes, como, por ejemplo, aquellos debidos a equipos médicos contaminados, errores de laboratorio, errores de patólogos, oxígeno contaminado etc. Se plantea entonces el dilema de comunicarlos o no.

El riesgo a considerar debe tener en cuenta que el daño psicológico no exceda el riesgo remoto de daño debido al error. A su vez el riesgo de no comunicarlo no posibilita reparación o ayuda.¹⁴

En la práctica, la gran mayoría de los errores a gran escala fueron comunicados, como por ejemplo: un equipo de endoscopio contaminado en Las Vegas, re utilización de agujas infectadas con 98 pacientes que contrajeron hepatitis C en Fremont, equipo de broncoscopio contaminado en Pittsburgh, etc.

Otros aspectos a considerar

A pesar de experimentar enojo, confusión, sospecha y dolor, la mayoría de los pacientes que reciben la confesión del médico se sienten agradecidos por recibir información relevante. Se encuentran aliviados por ser comprendidos por lo ocurrido y empáticos con los sentimientos del médico. Muchas veces los pacientes culpan al médico no tanto por el error en sí mismo sino por su actitud de ocultamiento ante el error y la falta de voluntad para explicar lo ocurrido.¹³

Algunos juicios de mala praxis se realizan para evitar nuevos errores o para que el paciente sea resarcido económicamente, pero muchas veces se realizan ante la incompre-

sión, la deshonestidad o la falta de interés del médico ante el error. Existe mayor probabilidad de juicio ante el ocultamiento del error.

El médico se siente aliviado por decir la verdad y recibir la aceptación o el perdón del paciente. Está comprobado que mejora la relación médico paciente. El sistema de salud también se beneficia ya que no solo se puede aprender del error, sino que es posible corregir las fallas del sistema que provocaron el error.

La comunicación de errores se ha incrementado en los últimos años. Sin embargo no todos los profesionales acuerdan con ello.¹⁵

¿Cómo comunicar nuestros errores y disculparnos por ellos?

Los pacientes desean una explicación clara y comprensible de lo que ocurrió; los motivos, quien se hará responsable por los daños y cómo se podrían evitar daños similares en un futuro. Desean ser escuchados y que los médicos admitan su error, con empatía y arrepentimiento, disminuye la culpa en el médico y mejora la relación y confianza entre médico y paciente. La falla en dar una información detallada y de disculparse aumentaría el riesgo de litigio.

Por lo expresado, una vez cometido el error, es necesario comunicarlo lo antes posible. Para poder hacerlo correctamente hay que considerar el nivel sociocultural, conocer las circunstancias que influyeron en el error, señalar que el error fue involuntario, ser empático y sincero, manifestar decepción al pedir disculpas, dejar tiempo suficiente para hacer preguntas y realizarlo en un lugar apropiado y sin interrupciones.^{15,16}

Los CBC ofrecen guías y recomendaciones al respecto.^{15,16}

¿Qué ocurre en la Argentina?

En Argentina se están realizando esfuerzos para cambiar la cultura del error en la sociedad. Un ejemplo es el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano. En dicho hospital, el Dr. Ceriani Cernadas, la Dra. Otero y colaboradores, organizaron un sistema de comunicación anónima de errores, así como también fomentaron la comunicación de dichos errores a los pacientes.¹⁷

La Academia Nacional de Medicina con su Programa de Seguridad del Paciente y

su página www.errorenmedicina.anm.edu.ar también es otro claro ejemplo de dichos esfuerzos. Otros hospitales poseen Comisiones para la Seguridad del Paciente.

Hacia una nueva cultura del error

Muchos profesionales han comenzado a trabajar en equipo para resolver los dilemas morales, científicos y éticos de los errores médicos.² El primer objetivo es el reconocimiento del problema. Es necesario facilitar la comunicación de los errores de profesionales entre sí y con los pacientes. Una vez que los errores sean reconocidos es necesario trabajar sobre ellos ya que la multiplicidad de mecanismos y causas hace que no exista una manera única simple y universal para reducir el error en medicina. Es necesario capacitar a los estudiantes con conocimientos y habilidades, poniendo especial énfasis en temas de seguridad, errores y su prevención.

CONCLUSIONES

Los errores ocurren en medicina, así como en otros ámbitos de la vida. Son problemas inherentes al ser humano que no desaparecerán jamás. Pueden ser triviales o serios, inevitables o prevenibles. Algunos se pueden corregir, pero otros tantos son irreparables. El principal beneficio posible luego de cometer un error es la prevención de errores similares en el futuro. No es más sabio quien no comete errores, sino aquel que los reconoce y de ellos aprende.¹⁸ Es necesario desarrollar una nueva cultura del error. Una cultura que funcione con aprendizaje y prevención más que con culpa y omisión.

Los médicos deben despojarse de la infalibilidad y comunicar a los pacientes lo inevitable del error. Hacer partícipes de las propias equivocaciones a otros colegas para poder aprender de esos errores.¹⁹ Saber comunicar los errores a los pacientes y disculparse por ellos, ya que esto es una obligación ética.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reinertsen JL. Let's talk about error. *BMJ* 2000; 320:730.
2. Barach, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000; 320:759-63.
3. Alberti K. Medical errors: a common problem. *BMJ* 2001; 322:501-2.
4. Leape L. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272:1851-7.
5. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320:768-70.
6. Ceriani Cernadas JM. El error en la medicina: Reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch Argent Pediatr* 2001; 99(6): 522-9.
7. Brennan TA, Leape LL, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-6.
8. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:774-7.
9. Wu A. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320:726-7.
10. Hilkifer D. Facing our mistakes. *N Engl J Med* 1984; 310:118-22.
11. Rosmer F et al. Committee on Bioethical issues of the Medical Society of the State of New York. Disclosure and Prevention of Medical Errors. *Arch Intern Med* 2000; 160:2089-92.
12. Detsky A. Admitting mistakes: ethics says yes, instinct says no. *CMAJ* 2013; 185:5.
13. Smith M. Morally managing medical mistakes. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2000; 9:38-63.
14. Dudzinski D et al. The disclosure dilemma. Large-scale adverse events. *N Engl J Med* 2010; 365:978-86.
15. Gallagher T. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med* 2007; 356:1713-19.
16. Levinson W. Disclosing Medical Errors We're halfway there. *Arch Pediatr Adolescent Med* 2008; 162:991-2.
17. Ceriani Cernadas J, Otero P, et al. Anonymous reporting of medical errors. Another strategy to promote patient safety. *Epas* 2006; 59:3562-84.
18. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ* 1992; 287:1919-23.
19. Muracciole B. Error en la Medicina. Hacia una cultura de aprendizaje. *Rev Hosp Niños B Aires* 2002; 44:155-63.