

Seguridad del paciente y error en medicina

La Seguridad del Paciente se refiere a mejorar el cuidado médico en general, enfocado en el error médico propiamente dicho, en los accidentes terapéuticos y, más aún, en la comunicación entre los distintos miembros del equipo de salud y en la identificación correcta del paciente.

Lo que se propone, es indagar en asuntos hartos comunes y nada sofisticados, pero de gran impacto, como la higiene, la identificación correcta, la comunicación efectiva (tanto el saber comunicar, como el saber escuchar), el manejo seguro de la medicación, la cirugía correcta en el lugar correcto y en el paciente correcto, la prevención de caídas y otras injurias, contar con la documentación precisa y a tiempo, el entrenamiento, así como también, la administración del espacio físico y del ambiente. Todas estas, cuestiones de fabulosa penetración en los procesos del cuidado médico, no obstante, todas controlables.

La analogía del iceberg se ha usado para explicar diferentes situaciones, incluyendo las que afectan a la salud humana; por ejemplo, fue utilizada por Senga Whittingha [*The iceberg analogy of autoimmunity, 1972*] para ilustrar la totalidad de trastornos autoinmunes en la población humana, lo que se manifiesta clínicamente y lo que es clínicamente silencioso pero con manifestaciones histopatológicas o serológicas. También, fue utilizada en 1991 por Richard Logan, un patólogo australiano, para ilustrar el sub diagnóstico en la enfermedad celíaca, por cada caso diagnosticado sobre la base de la sospecha clínica (lo que es representado por la punta emergente del iceberg), habría muchos que permanecen sin diagnosticar, ya sea porque estaban latentes, silentes, mal diagnosticados o asintomáticos.

Pero ninguna de estas analogías es tan dramática como cuando se trata, a través de ella, de explicar la problemática del error humano en el sistema de salud. Podría marcarse como la punta del iceberg un reporte de dos pacientes, en el que se especifica que uno muere por una sobredosis durante la quimioterapia y otro, de apenas ocho años, por una confusión en la administración de drogas, durante una cirugía menor [*A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety. Chicago: National Patient Safety Foundation, 1998*].

Seguidamente dos grandes estudios, realizados en Estados Unidos, dieron cuenta de que errores adversos ocurrían entre un 2,9 y 3,7 % de los pacientes hospitalizados y que entre el 6,6 y el 13,6 % de estos errores tenían como consecuencia la muerte del paciente, o sea un promedio de 3,6 de cada mil hospitalizados morían por efectos adversos.

La conclusión que se obtuvo de estos trabajos es que la mitad de los eventos adversos podían haber sido prevenidos. Extrapolando estos datos, en otro estudio [*Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. Inquiry. 1999.*], se llegó a probar que 44.000 americanos mueren por año como resultado de errores médicos. El resultado en Nueva York fue que, ése número podía ascender a 98.000, lo que representaría la 8ª causa de muerte. Un número muy alto si se considera que 43.000 personas morían, entonces, en accidentes vehiculares, 42.000 por cáncer

de mama o 16.500 por síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Los costos totales de estos eventos evitables, se estimaron entre U\$S 17 mil millones y U\$S 29 mil millones, de los cuales más de la mitad representaban los gastos en la atención de la salud.

Para poder mensurar la importancia de no atender a la seguridad del paciente, hay que considerar que en Estados Unidos anualmente, 6000 trabajadores morían por accidentes laborales y que los errores de medicación por sí solos, dentro o fuera de los hospitales, representaban unas 7000 muertes. Todas estas estimaciones, resumidas en un documento publicado en 1999, *Errar es Humano (To Err is Human. Building a safer health system, Institute of Medicine National Academy Press, Washington, D.C. 1999)*, pusieron en marcha la preocupación por registrar, estudiar y prevenir los errores médicos, y el cuidado del paciente como un método de perfeccionamiento de los sistemas de salud. Pero el primer problema que debe tenerse en cuenta, es el de producir un cambio en el comportamiento, así como, en la respuesta de la sociedad médica, con respecto al error humano.

El error es un hecho inherente del ser humano, y la respuesta primaria es la de buscar al culpable y castigarlo. Sin embargo este castigo no nos libra de que una situación similar se repita, por lo tanto, no se puede esperar que el error disminuya y que por consiguiente mejore el sistema de salud, incluso dentro de una misma institución. El mecanismo punitivo tiene como consecuencia que las personas oculten sus errores para no verse perjudicadas, por lo que se pierde así la posibilidad de analizarlos y aprender de ellos. Es por esto, que para mejorar la atención médica es necesario cambiar la cultura punitiva por otra correctora, que nos permita aprender del error.

Hace mucho tiempo, que desde el laboratorio de análisis clínicos se han venido haciendo muchos esfuerzos para evitar los errores. La automatización, las prácticas de gestión de errores y la informática han ayudado, pero la interrelación del laboratorio con los otros actores del sistema de salud todavía parece una materia pendiente. Por lo tanto, una estrategia comprensiva para mejorar la seguridad del paciente depende del trabajo mancomunado del gobierno, de las instituciones de salud, de las universidades, de las sociedades científicas y de los profesionales, como así también, de los pacientes y sus familiares. Es imprescindible, por lo tanto, posibilitar una acción que permita aprender de los errores e introducir una cultura de seguridad, que genere rutinas en el personal sobre hábitos de salud y prácticas certeras para el paciente.

Dr. Orlando Gabriel Carballo

Bioquímico, Especialista en Inmunología

Jefe del Laboratorio de Inmunología, Hosp. Carlos G. Durand.

Profesor Asociado del Departamento de Inmunología y Microbiología de la Escuela Universitaria del Hospital Italiano.

Expresidente de la Asociación Bioquímica Argentina.