



**MEDICINA  
UNIVERSITARIA**

www.elsevier.es



## EDITORIAL

# Errar es humano

## *To err is human*

El riesgo en el que incurre la asistencia médica en instituciones hospitalarias en general, especialmente aquel que es consecuencia de los errores durante la medicación, es un problema que está siendo abordado de forma prioritaria en los últimos años por las autoridades sanitarias en varios países, sobre todo en los Estados Unidos de América (EUA) y en Australia; más recientemente en la Gran Bretaña y Canadá.

Las muertes inesperadas de pacientes ocurridas en hospitales de los EUA a mediados de la década de los noventa, llevaron a que el gobierno ordenara la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado médico.<sup>1</sup> A principios del año 2000, este grupo publicó el resultado de una investigación realizada sobre los errores médicos en pacientes atendidos en forma hospitalaria. El informe titulado *Errar es humano* concluyó que entre 44 000 a 98 000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención. De estas muertes, 7000 suceden específicamente como resultado de los errores en el proceso de administración de medicamentos.<sup>2</sup> Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA. Además, no debemos olvidar que, si bien, los errores asistenciales tienen un costo personal muy importante, ellos erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los médicos que son, sin duda, su segunda víctima.

El aumento progresivo en la incidencia de los errores de medicación en los hospitales, observada en los países desarrollados, se puede atribuir a varios factores, entre los que primordialmente debemos destacar la falta de sistematización, apoyada en la informática, de los procesos de atención médica, derivado en buena medida por la escasa inversión en tecnología de la información en el sector, y a la creciente complejidad de los procedimientos terapéuticos, pues no cabe duda que la complejidad es un enemigo de la seguridad. También hay

que citar la mayor especialización y segmentación del proceso de asistencia médica, de disponer de medicamentos que son de prescripción y administración difícil, lo que incrementa las interacciones potenciales. Es decir, se ha producido un enorme incremento en la complejidad y especialización de la asistencia, a la que se han incorporado tecnologías y tratamientos muy avanzados, mientras que ésta no ha sido capaz de incorporar de manera paralela las nuevas tecnologías a los procedimientos de trabajo, los cuales se encuentran completamente desfasados. A todo esto hay que añadir la existencia de una cultura profesional que tiende a ocultar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y de sus causas.

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es a buscar al culpable y castigarlo. Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error, y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan culpar a un individuo para aplicarle un castigo ejemplar. Sin embargo, tal acción no asegura que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución. Encontrar culpables, lejos de beneficiar a una organización, le perjudica. La culpa supone un castigo y el mismo genera miedo en las personas. Este sentimiento produce la necesidad de ocultar sus errores para no verse perjudicados en lo personal y en lo laboral. Con este comportamiento, se pierde la posibilidad de encontrar el error, analizarlo y aprender de él para evitar su repetición. Esta es la razón por la que el Instituto de Medicina en los EUA, estableció un sistema de reporte obligatorio que permite establecer la cultura de aprender del error.<sup>3</sup>

Además, por la propia condición humana en la atención en salud, es razonable esperar que ocurran errores.

Cada ser humano está rodeado de su propio entorno biopsicosocial, lo que afecta la interacción personal en su comportamiento, su habilidad, su concentración, su forma de pensamiento y su respuesta a los procesos patológicos. En el ámbito de la atención en salud quien interactúa, no sólo debe estar atento a su labor y a la relación personal con un solo individuo o con varios a la vez, sino también al funcionamiento adecuado de los demás elementos involucrados como son la tecnología y los equipos, lo cual resulta usualmente difícil de mantener en condición óptima por largo tiempo, favoreciendo la aparición del error. Además, hay procesos de atención en los que la condición clínica del paciente o la interacción simultánea de muchas personas con el individuo, aumenta la posibilidad de error; tal es el caso de los pacientes ancianos o inmunosuprimidos, o los internados en las unidades de cuidado intensivo, escenario habitual en el Departamento de Medicina Interna.<sup>4</sup>

El estudio científico de los errores es relativamente reciente y se ha abordado desde disciplinas muy diferentes, como la psicología cognitiva, la sociología de equipos y organizaciones, la ingeniería de factores humanos y el análisis de sistemas;<sup>5</sup> sin embargo, en sectores diferentes al de salud, como el de la aviación y las centrales nucleares, la aplicación de los principios y técnicas de estas ciencias de la seguridad y el análisis pormenorizado de los accidentes e incidentes ocurridos ha permitido mejorar extraordinariamente su nivel de seguridad. En el ámbito médico, estas técnicas comenzaron a introducirse en los servicios de anestesia con muy buenos resultados en la década de los ochenta y en los últimos años, están constituyendo la base de todos los programas e iniciativas de prevención de riesgos.

El problema abordado por el Dr. Treviño Montes y colaboradores en su trabajo titulado *Acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes médicos hospitalizados* y que aparece en el presente número de *Medicina Universitaria* es de suma importancia, ya que nos muestra que los errores de medicación son más frecuentes de lo que se pudiera suponer, ya que éstos se presentaron en 70% de los pacientes de una cohorte de 266 adultos hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna de nuestra institución, señalando los autores que 9% requirieron de una intervención correctiva y prolongaron la hospitalización en 8% de ellos y aún más trascendente fue la observación que estos se asociaron con la defunción en 3% de los casos, señalando los autores además que en 99% de los errores, estos pudieron ser evitables.

Podemos decir que estas fallas en la atención, tienen diferentes aristas y que están latentes en las instituciones que no consideran a la seguridad clínica en el contenido de sus programas académicos. Esto es importante en las instituciones que atienden pacientes y que no consideran la posibilidad de error en los procesos, en la inadecuada competencia técnica y no técnica del personal de salud, en la industria farmacéutica que no ha considerado la posibilidad de error al utilizar sus productos, en el uso inadecuado de la tecnología médica, en el factor humano relacionado con el estrés, la fatiga y la falta de sueño de

las personas, etc. En resumen, se puede afirmar que la complejidad sistémica de la atención en salud es tal, que resulta casi imposible prevenir el error para la totalidad de las atenciones que se suceden en un centro asistencial.

No obstante, un trabajo descriptivo como el presentado por los autores, nos permite hacer conciencia de la magnitud del problema y señala la necesidad de atenderlo, a través de implementar políticas y procesos de atención como ha sido propuesto en los EUA y otros países.

Es conveniente una advertencia al lector, con un llamado a ser prudentes y atemperar nuestro entusiasmo, pues si bien se podría pensar que implementar estas prácticas institucionales resulta fácil, la realidad suele ser desalentadora. Lograr que ellas se vuelvan rutinas entre el personal que tiene contacto directo con los enfermos, no sucede de la noche a la mañana. Significa cambiar hábitos arraigados por mucho tiempo, los cuales, a juicio de quien los practica, no han mostrado ser perjudiciales para los pacientes, de ahí la importancia del trabajo del grupo del Dr. Treviño Montes que nos proporciona una muestra de nuestra realidad. Por otro lado, está demostrado que las personas no cambian sus conductas sólo con actividades educativas. Si bien éstas son necesarias, se requiere también de actividades en el terreno que les muestren a los clínicos y en especial a los médicos, las bondades del cambio sugerido.

De hecho, en algunos países se ha propuesto que la prescripción electrónica podría ayudar a minimizar los errores que se producen en el proceso de distribución, administración y prescripción de los medicamentos, y se piensa que el desarrollo e implantación de medidas como la incorporación de sistemas automáticos de dispensación de medicamentos, de códigos de barras para la identificación de fármacos y la automatización de la prescripción electrónica podrían reducir los errores de prescripción.<sup>6</sup>

Por último, es importante considerar nuestra realidad y práctica hospitalaria, la cual es diferente a la de los países desarrollados. En nuestro medio, es la enfermera quien además de atender al paciente, se encarga de la preparación y administración de los medicamentos, mientras que en los EUA, son los profesionales de la farmacia quienes tienen tal responsabilidad. Si a ello aunamos el hecho de que en la mayoría de los hospitales mexicanos tenemos un déficit de enfermeras, podemos ver claramente que el reto para mejorar la atención de los enfermos y la correcta administración de medicamentos es muy grande. Esperamos ver en el futuro los resultados que se puedan obtener en nuestra institución después de implementar una política de atención orientada a disminuir los errores de la medicación.

## Referencias

1. The Task Force: Quality interagency coordination (QuIC) Task Force. US Government; 1999.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D: National Academy Press; 1999.

3. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013), AHRQ Publication No. 01- E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001.
4. Lessons in Patient Safety: A Primer. L. Zipperer and S. Cushman (editors) National Patient Safety Foundation, Chicago, IL, 2001.
5. Zimmerman B, Lindberg C, Plsek P. Edge Ware: Insights from complexity science. VHA Inc; 2001.
6. Donyai P, O'Grady K, Jacklin A, et al. The effects of electronic prescribing on the quality of prescribing. Br J Clin Pharmacol 2008;65:230-7.

**Jesús Zacarías Villarreal-Pérez, David Gómez-Almaguer, Francisco J. Bosques-Padilla**  
Servicio de Endocrinología, Servicio de Hematología,  
Servicio de Gastroenterología del  
Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la  
U.A.N.L. México  
Correspondencia: Jesús Zacarías Villarreal Pérez Servicio  
de Endocrinología del Hospital  
Universitario "Dr. José E. González" Madero y Gonzalitos  
s/n Col. Mitras Centro Monterrey, N.L.  
C.P. 64460 Tel. (81) 8348 5764  
Correo electrónico: zacvilla@yahoo.com.mx