

## EL ERROR EN MEDICINA Y CÓMO MANEJARLO

### Historia del Caso

El Dr. Howard McGregor estaba preocupado porque ahora tenía que ver muchos pacientes en el mismo período de tiempo. Hace 3 años veía solo nueve pacientes por sesión de medio día y ahora ve un promedio de dieciséis por sesión.

Hoy ve a Karen Madner de 53 años, quien es su paciente desde que ella estaba en sus 30. Ella tenía preocupación por los riesgos del cáncer de seno, pues su madre y hermana murieron de esa enfermedad en sus 40-50 años .

La última consulta fue hace 16 meses aproximadamente. La paciente acostumbraba ir cada año para citología cervical y mamografía. Revisando la historia antes de que la paciente entre al consultorio, el Dr. McGregor se choca al encontrar que en el reporte del mamograma previo (de hace 16 meses) se sugería una anormalidad e indicaba control en 4 meses. La nota del radiólogo era explícita acerca de la naturaleza sospechosa de la lesión y de la necesidad del seguimiento. El Dr. McGregor no tenía idea de cómo se le pudo haber pasado esto por alto. Al examinar a la paciente encuentra un nódulo palpable en el sitio de la lesión indicada en la mamografía. El Dr. McGregor está irritado y nervioso. Le pregunta a la paciente si se ha hecho el autoexamen de los senos y ella responde que se lo hace siempre. El Dr. McGregor le pide una mamografía de inmediato y la refiere urgentemente al cirujano de mama.

La Sra. Madner pregunta ¿Qué pasa?, la última vez todo estuvo bien, pero el Dr. McGregor **NO SE DETIENE EN EXPLICACIONES**. Después de que la paciente sale, el doctor reflexiona en que la Sra. Madner es una madre sola que trabaja para mantener sus dos hijos y que el tratamiento del cáncer podría tener un impacto significativo en su capacidad para seguir trabajando. Se pregunta si tendrá seguro de incapacidad y toma nota para preguntarle.

El Dr. McGregor llama a su colega con más experiencia, la Dra. Rendler, para pedir consejo. La Dra Rendle se sorprende de que el Dr. McGregor no discutió el tema detenidamente con la paciente. La Dra. Rendler cree que una completa comunicación de los errores cometidos con los pacientes es lo mejor. Ella explica que en casos similares el resultado siempre **HA SIDO MEJOR CUANDO SE COMPARTE HONESTAMENTE CON EL PACIENTE LOS ERRORES MÉDICOS COMETIDOS**. Los pacientes

demandarán probablemente menos si están bien informados y estarán en mejor capacidad para enfrentar la enfermedad.

El Dr. McGregor piensa en qué hacer. ¿Qué debería hacer?

### Comentario

ERRAR ES HUMANO. Nadie está inmune a ello. Pero cuando los médicos se equivocan los costos pueden ser muy altos. No se trata de eliminar el error pues una vez cometido es imposible hacerlo.

Los médicos ven sus errores como fallas propias- pues tratan de alcanzar la perfección, pero quizá la única gente que demanda mas perfección en la medicina que los médicos mismos son los pacientes. A veces los pacientes tienen EXPECTATIVAS NO REALES acerca de la medicina, de los médicos y acerca de la posibilidad de error en la prestación de atención médica. Esto también influye en cómo manejan errores los médicos. Los médicos deberían TENER BIEN INFORMADOS A LOS PACIENTES Y AYUDARLOS A TENER EXPECTATIVAS RAZONABLES. Los pacientes entonces pueden RAZONABLEMENTE ESPERAR que sus médicos les brinden atención y seguimiento apropiados. Es OBLIGACIÓN del médico hacer esto.

Por supuesto los errores deberían ser prevenidos siempre que sea posible. Pero una serie de errores son inevitables, algunas veces debidos a negligencia, algunas veces no. Y el potencial para errores es grande en ambientes como la medicina y lugares como los hospitales. En el estudio Harvard sobre la práctica médica en hospitales se encontró entre los egresos en una muestra al azar de 51 hospitales, que el 1% de pacientes sufrió daño como resultado de negligencia (1). En otro estudio los pacientes en unidades de cuidados intensivos estaban sujetos a un promedio de 178 *actividades* diferentes por día y a 1.7% de error por día, 29% de los cuales pudieron ser potencialmente serios o fatales (2). Reflexionando sobre este estudio el autor nota que 1.7 errores por día significa 99% de eficiencia. Pero encontrar 1% de error es mucho más de lo que se encuentra aceptable en industrias como la aviación o la energía nuclear. El concluye que aunque los profesionales de la salud están entre los profesionales más cuidadosos en nuestra sociedad, ellos no son eficientes en prevención de errores ya que tienen gran dificultad en manejar el error humano cuando este ocurre ( 2). Esto nos trae a colación el tema: cómo manejar el error y al mismo tiempo mantener las obligaciones éticas con el paciente y respetar sus derechos.

La tercera edición del Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos indica a los médicos “dar información a los pacientes sobre errores cometidos en el curso de la atención, si tal información afecta al cuidado del paciente”. El Manual continúa diciendo que “Los errores **NO** necesariamente constituyen una **CONDUCTA NO ÉTICA, NEGLIGENTE O IMPROPIA**” (3). Pero la falla en **NO HACER DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE** un error importante **puede ser las tres cosas**.

Es necesario e importante que el Dr. Mc Gregor tenga una larga discusión con su paciente, la Sra. Madner acerca de haber pasado por alto el reporte de la lesión en el mamograma. La Sra. Madner tiene derecho a la información que la afecta significativamente. Ella necesita tomar decisiones adicionales acerca de su atención y estar bien informada a fin de tomar decisiones junto con su médico el Dr. McGregor. “**LA COMUNICACIÓN EFECTIVA MÉDICO –PACIENTE PUEDE DISIPAR INCERTIDUMBRE Y TEMOR** y aumentar la curación y satisfacción del paciente” (3). También puede ayudar a disipar rabia y confusión que con frecuencia contribuye a que los pacientes decidan demandar. El sistema legal no exige perfección sino que el médico practique con razonable cuidado como lo haría un médico con el mismo entrenamiento en similares circunstancias.

La comunicación efectiva aparte de potencialmente prevenir acciones legales, puede **AYUDAR A MANTENER O RESTAURAR LA CONFIANZA** necesaria para una buena relación médico paciente. En este caso, la Sra. Madner sabe perfectamente o sabrá dentro de poco que algo estuvo mal. El participar del error al paciente no depende de si el error es detectable o no por el paciente, sino de si la información acerca del error afectará significativamente o no la atención del paciente. Es **NO ÉTICO NO DECIR NADA EN ESTE CASO**, y esto llevará finalmente a destruir la relación.

Es lógico que el Dr. McGregor esté preocupado acerca de las consecuencias potenciales del error y de informarlo, y está pensando cómo abordar la discusión con el paciente y qué decirle. El Dr. Madner podría discutir más con la Dra Rendle para prepararse para la conversación con la Sra. Madner mientras mantiene la confidencialidad del paciente. El también está pensando en cambiar los procedimientos en su práctica y consulta lo que lo ayudara a evitar errores en el futuro, por ejemplo cambios en la atención al paciente y en el manejo de los reportes de los exámenes. **RECONOCER UN ERROR Y ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD** por ello pueden ser los

primeros pasos en mejorar la calidad de la atención. Sin embargo debería hablar con su paciente cuanto antes y no retardar más su atención.

El Dr. McGregor podía beneficiarse de cualquier ayuda de la Dra. Rendler o cualquier otro colega. El impacto emocional del proceso del error cobra un alto costo al médico. “La profesión médica parece simplemente no tener cabida para sus errores. No hay permiso para hablar de los errores ni modo de ventilar respuestas emocionales. Ciertamente, uno casi pensaría que los errores están en la misma categoría que los pecados...”(4). Los médicos deberían encontrar lugar para hablar de los errores, enfrentarse a ellos y a las respuestas, emociones que ellos generan, y aprender de ellos. Y continuar adelante.

#### Referencias:

1. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Herbert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III NEJM 1991, 325: 245-251.
2. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994, 272: 1851-1857.
3. American College of Physicians Ethics Manual. Third edition. 1992, 117: 947-960.
4. Hilfiker D. Facing our mistakes. NEJM 1984, 310: 118-122.

Tomado, traducido y modificado de: Snyder L., Brennan T.A. Disclosure of error and the threat for malpractice. En: *Ethical Choices. Case Studies for Medical Practices*. Snyder, L. ed. American College of Physicians, Philadelphia, 1996.

**XP/2007**

**“Cómo mejorar la práctica médica”**

**Facultad de Medicina, ULA.**

## **EL ERROR EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

### **CÓMO INFORMAR A LOS PACIENTES SOBRE LOS ERRORES MÉDICOS OCURRIDOS**

1. Notifique a su seguro, busque asistencia en quienes podrían ayudar a comunicar el error (jefe de servicio, gerentes de salud).
2. Informe cuánto antes lo que sabe del evento. Concéntrese en lo que sucedió y en las posibles consecuencias.
3. Tome la iniciativa en la comunicación. No espere que el paciente pregunte.
4. Haga un plan de atención para rectificar el daño y prevenir recurrencia.
5. Ofrezca segundas opiniones cuando sea conveniente.
6. Ofrezca la opción de una reunión con la familia y con abogados presentes.
7. Documente discusiones importantes.
8. Ofrezca la opción de encuentros para el seguimiento.
9. Esté preparado para emociones fuertes.
10. Acepte responsabilidad por resultados pero evite atribuciones de culpa.
11. Exprese apropiadas manifestaciones de disculpas y de pesar.

Tomado y traducido de: PC Hébert, AV Levin, G. Robertson. A. Bioethics for clinicians: 23. *Disclosure of medical error*. CMAJ 2001; 164: 509-513.

**XP/2007**

**“Cómo mejorar la práctica médica”**

**Facultad de Medicina, ULA.**