

Hablemos del error

Líderes deben asumir la responsabilidad de las equivocaciones

En el tiempo que le llevará leer este editorial ocho pacientes se lesionarán y uno morirá, de errores médicos prevenibles. La medicación errónea—medicamento equivocado, dosis equivocada, vía equivocada de administración, paciente equivocado, tiempo equivocado—es la causa prevenible más común en la lesión de pacientes. Cuando todas las fuentes de error se suman la probabilidad de que un accidente lesione a un paciente en el hospital es de al menos 3% y probablemente mucho más alta.(1-4) Esto es un grave problema de salud pública. Cuando uno considera que una compañía aérea típica maneja el equipaje de clientes a una tasa de error muy inferior de la que manejamos en la administración de los medicamentos a los pacientes, es también una vergüenza.

Dada la prevalencia de los errores en nuestro trabajo, y dado también que uno de nuestros primeros principios es "primero no hacer ningún daño," es extraño que conversemos tan poco en nuestros hospitales y los consultorios acerca de este problema. Quizás es porque tendemos a considerar la mayoría de los errores como errores humanos y atribuirlos a la pereza, la desatención o la incompetencia por parte de aquellos identificados como los que han cometido los errores. Como resultado, cuando sí hablamos de los errores—si en morbilidad y conferencias de mortalidad, los salones de médicos, o salas de tribunales— procuramos ubicar la culpa. Culpamos al médico que no logró recordar la alergia al medicamento de un paciente, el cirujano que extravió un punto en una anastomosis intestinal, y la enfermera que no leyó la concentración de la adrenalina (epinefrina) en el frasco. Estas conversaciones acusadoras se tiñen con los temores de todos—de pleitos, de humillación, de pérdida de trabajos. Mientras hablamos valientemente de la negligencia de otra persona, pensamos para nosotros, "Bueno, pero con la gracia de Dios, no soy yo." Y entonces los clínicos prefieren hablar de otra cosa—casi de cualquier otra cosa—que de nuestros errores. No hablamos mucho de los errores porque muy profundamente nosotros creemos que la diligencia individual debe prevenir los errores y para que la mera existencia del error dañe nuestra auto imagen profesional.

A pesar de lo profesionalmente heroico, este criterio sobre los errores está sencillamente equivocado. Sí, algunos errores son debidos a la negligencia de un médico o una enfermera. Pero la mayoría son errores latentes, o a la "espera de suceder," surgiendo de los procesos y los sistemas de salud mal diseñados.(5) Si el médico que no logró recordar la alergia hubiera tenido acceso a un expediente médico actual, o a un sistema computadorizado de entrada de datos, podría no haber indicado el medicamento equivocado? ¿Fue la anastomosis realizada después que el cirujano había estado trabajando durante 28 horas sin reposo o en una sala de operaciones en la cual la enfermería,

la anestesia, y los equipos de operación quirúrgica fueron a la guerra? ¿Cuando la enfermera tomó el frasco de epinefrina de 1:10 000 , por qué estaba esa concentración en el mismo carro de reanimación? La exagerada confianza en la memoria, la negación de la abrumadora fatiga en vinculación con pruebas de bajo rendimiento, y colocar dosis semejantes de medicamentos próximo uno al otro en un carro son fracasos clásicos del diseño de procesos y sistemas. Aunque el profesional es la vía final por la cual estos errores suceden, los errores están diseñados en nuestros sistemas y están esperando a cometerse, si no por usted, por el próximo médico o enfermera.

Si la "atención es la moneda del liderazgo"(6) , todos nosotros que tenemos funciones de liderazgo tenemos la responsabilidad de dirigir la atención de nuestros compañeros médicos, profesionales de la asistencia sanitaria y comunidades sobre este problema y de mantener la atención sobre el problema hasta que se resuelva satisfactoriamente. ¿Cómo sería si los líderes dirigieran la atención al tema del error médico?

Los líderes de la atención de salud y los gerentes se sentirían personalmente responsables del error. En lugar de asignarles la culpa a los desafortunados individuos que se encuentran al final de un error, los líderes asumirían la responsabilidad personal de la seguridad de los procesos y los sistemas en los cuales esos individuos trabajan.(7) Nuestras organizaciones declararían la reducción de errores como una meta organizacional explícita y ocuparía una proporción significativa de la agenda de la junta y del programa gerencial para alcanzar esta meta.

Las tasas de error informadas subirían por un tiempo, ya que actualmente notificamos insuficientemente los errores y se erra por un margen cercano a 10.(8) Nos sentiríamos bien acerca de este aumento del número de errores porque por fin estaríamos descubriendo el grado real del problema.

Cuando los errores ocurren, deberíamos aprender y prevenir, en lugar de culpar y escondernos. Nuestras grandiosas reuniones, conferencias de morbilidad y mortalidad, reuniones médicas y revistas profesionales presentarían prominentemente a los expertos en la reducción de errores, el mejoramiento de procesos y diseño de sistemas. Los hospitales y los consultorios, con nuestra orientación y liderazgo, ejecutarían urgentemente las prácticas mejor conocidas en la seguridad del paciente y reducción de errores y empezarán a inventar el próximo nivel del conocimiento. Nuestros pacientes se lesionarían con menor frecuencia, y los costos de atención de salud bajarían considerablemente.(9 10) Los líderes canalizan la atención—es el momento para que los líderes de atención de salud canalicen la atención hacia nuestros sistemas de salud propensos a errores. Hablemos de ello.

James L Reinertsen, *chief executive officer*
CareGroup and Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA
02215, USA (jreinert@caregroup.harvard.edu)