

# ERRORES CLÍNICOS Y FANTASÍAS DE ERRORES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

## La visión de una pequeña especialista focal

Myriam Ribes Redondo, ginecóloga y sexóloga.

SIAP Granada, 2015



*“Se humilde para admitir tus errores, inteligente para aprender de ellos y maduro para corregirlos”*

## ERRARE HUMANUM EST

Los médicos erramos, como todo el mundo. Lo hacemos cuando cometemos de forma involuntaria “una equivocación, por omisión o comisión, que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso”, es decir, un “evento o circunstancia que ha ocasionado o podría ocasionar daño innecesario a un paciente”.

Cometer errores es algo inherente a cualquier actividad, no solo humana. También los animales y las máquinas fallan: todos erraremos en algún momento de nuestra vida. El interés reciente y creciente por los errores, sus eventos adversos y la seguridad del paciente se debe a la toma de conciencia del gran coste sanitario que suponen, hecho que ha ido parejo al crecimiento de la hostilidad de un ambiente sanitario en el que la castrante medicina defensiva -ante amenazas legales y vitales- se ha instalado para quedarse.

## TERROR AL ERROR

Error, horror y terror. Tres palabras que se parecen tanto que nos producen sensaciones similares. Nos han educado a despreciar la imperfección y a castigar la falta, a marcar a los culpables con orejas de burro, con letras

escarlata o estrellas de David sin reparo ni piedad. Adán, Eva y su mascota siseante fueron castigados, lo mismo que Lilith por innovar y los sodomitas por gozarla....todo error tiene su consecuencia y todo crimen su castigo.

Son *trending topic* todas las noticias que hablen de errores clínicos, mal tratados y peor comentados hasta en los medios más “serios”. La inseguridad se adueña de los pacientes y el terror de nosotros. Y nos llenamos de fantasías de error, esa malformación imaginativa que como un terror nocturno inunda nuestra tarde de asueto: la falsa creencia de haber errado y sobre todo, de las horribles consecuencias que ese error nos producirá a todos. Nadie se libra de esas fantasías, pero no me negaréis que los más cercanos a cumplirla somos los especialistas “focales” y en concreto los que focalizamos en lo mío, los *number one del ranking* de denuncias, penas, indemnizaciones y otras maldades. El error aterra, se oculta, hunde y claro, se repite.

## ¿QUÉ HE HECHO YO PARA MERECEER ESTO?

Si no sabemos dónde fallamos nunca podremos mejorar. El ENEAS es un estudio epidemiológico que se diseñó para conocer la frecuencia de eventos adversos (EA) en los hospitales españoles en el 2005. La incidencia de EA resultantes fue similar a la de otros países: un 9,3% relacionados con la asistencia sanitaria, y 8,4% en la asistencia exclusivamente hospitalaria (excluyendo lo originados de Atención Primaria, Consultas Externas y otros hospitales) Uno de cada cinco EA se originó en la pre-hospitalización (Primaria, Urgencias extra o intrahospitalarias), y sus causas se relacionaron con la medicación, las infecciones nosocomiales y problemas técnicos. Casi la mitad (42,8%) de los EA era evitable. El 54,9% de los EA hospitalarios fueron moderados o graves y la mortalidad fue de un 4,4%. Los costes de los EA hospitalarios de nuestro países se asumen a la actividad de 6 hospitales de 500 camas.

El número de EA pre-hospitalarios y los errores de medicación iluminan con luces de neón la falta de comunicación entre profesionales como uno de los puntos de mayor conflicto. En ello no solo debe influir el mal concepto que tenemos unos de otros -habríamos de ponernos de vez en cuando en los zapatos ajenos- sino la dificultad de los circuitos de comunicación: teléfonos inaccesibles, correos que no se leen, múltiples programas de historia médica y medicación sin conexión alguna entre ellos...La medicación errónea, las infecciones nosocomiales y los problemas técnicos podrían minimizarse con una mayor implicación en los protocolos de seguridad y formación.

Conseguir una reducción de errores y sus EA requiere:

- **Formación:** Elaboración y difusión de guías de práctica clínica de forma continuada.
- **Análisis:** Valoración y seguimiento de la situación mediante indicadores

- **Implicación:** Sensibilización de todos los profesionales, desde la Atención Primaria al Hospital y desde el celador al jefe de servicio, pero también del propio paciente y su familia.
- **Comunicación:** Con todos los implicados, el paciente y su familia.

Las estrategias de política sanitaria destinadas a disminuir el problema de salud pública que son los EA, deben de contemplar todos estos puntos, además del correcto tratamiento del evento adverso cuando este ocurre.

## A LO HECHO, PECHO

Por mucho que intentemos reducir los errores, y lo hemos de hacer, alguno cometeremos. Hay errores buenos, como las *serendipias* (hallazgos casuales positivos a consecuencia de un error) gracias a las que tenemos Viagra, fuegos artificiales, penicilina y cortos de Pixar. Pero la mayoría de los errores no tienen un lado positivo y solo tras un largo y doloroso proceso nos pueden servir para algo.

- **Identificar:** Hemos de reconocer el error y también su fantasía.
- **Reconocer:** Admitir un fallo, sin culpabilizar, es una lección de humildad que nos pone los pies en el suelo. Duele, pero duele más ocultarlo.
- **Notificar:** Notificarlo a los compañeros es terapéutico, docente y humana.
- **Explicar** al paciente/familiares: Es ético y es sano. Reparar el error ayuda al perdón propio y ajeno.
- **Aprender:** Saber que puedes errar te centra y te hace más proclive a averiguar sus causas, corregir las evitables y perder el miedo a volvernos a equivocar.

## CAMINA O REVIENTA

Aprender de los errores para minimizarlos y mejorar en nuestra práctica clínica, esta es la idea. Y la utopía. Porque llevar a cabo este proceso en nuestra sociedad es una tarea imposible sin la implicación de los profesionales, de la estructura sanitaria y legal y de la sociedad en general.

Quizá en la Asistencia Primaria, donde la relación con el paciente y los compañeros es estrecha y larga como un matrimonio, la reconciliación puede ser más fácil. Pero en un hospital, lleno de aventuras intensas de una noche, la empatía y la fidelidad renquean. He pensado hacer una pequeña encuesta entre mis compañeros “focales” para argumentar mis sentimientos hacia los errores, si tengo éxito os la mostraré en Granada. Porque yo confieso que cuando te has visto implicado en un evento adverso grave con sus consecuencias judiciales y mediáticas, cuando has visto como renquea el apoyo institucional, el de los compañeros que te señalan y el de los pacientes que pasan de amantes a bandidos, cuando temes que las consecuencias afecten a tu sueldo, tu libertad, tu vida y el pan de tus hijos, aprendes, claro que aprendes. Aprendes con ansia qué es lo que hay que hacer para no cometer más errores pero sobre todo te blindas para que si cometes alguno no te pillen más. Eludes riesgos, eludes responsabilidades, no avanzas y acabas convirtiéndote en aquel adjunto quemado al que juraste no parecerle nunca.

Espero que incombustibles como Jesús y Sergio tengan clones en Atención Hospitalaria y el Ministerio. Desearía que una lluvia de sensatez y lógica inundara los medios, los juzgados, los ministerios y los hospitales. ¿Me podréis convencer de que será así?

## **Os pregunto:**

La comunicación es un punto clave en los EA. ¿Qué proponéis para mejorar la comunicación entre Primaria y Hospitalaria?

¿De qué manera podemos los profesionales influir en un cambio social, legal y sanitario que favorezca la “excelencia” pero sobre todo el seguir “siendo médicos”?