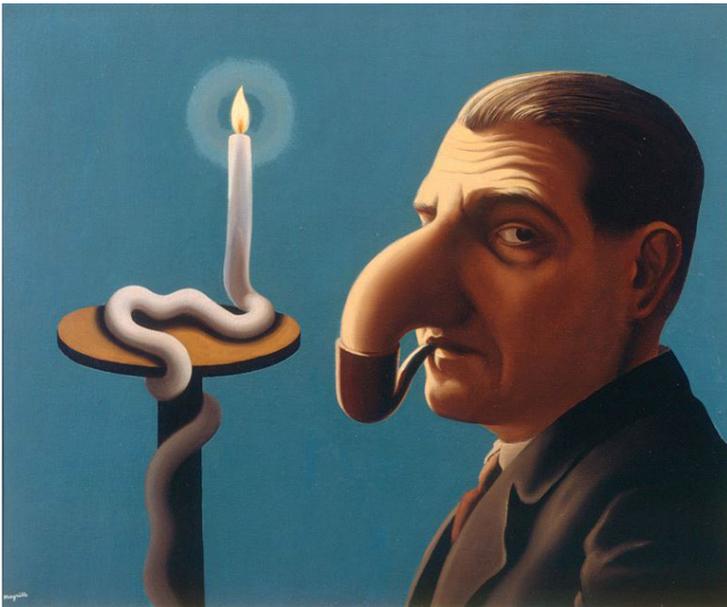


Percepción de errores cometidos por médicos y residentes en atención primaria

Isabel García Baquero; Roger Ruiz Moral*, Luis A Pérula de Torres. Médicos de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba: * Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Resumen: Artículo de investigación original que explora las percepciones de médicos de familia y residentes sobre su involucramiento en errores médicos y sus consecuencias. Entre los resultados más impactantes destacan que un número escaso de ellos reconoce su responsabilidad en los errores e incluso cometerlos, y cuando estos se producen el ocultamiento a los pacientes es una práctica extendida; sin embargo su comunicación a los pacientes cuando se produce reporta beneficios relacionales y profesionales.



René Magritte, La Lampe philosophique, 1936, Colección privada.

Aunque no existe un consenso internacional sobre lo que se entiende por 'error médico', este puede definirse aquel error que resulta de una equivocación en que no existe mala fe por parte del médico ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, el abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional. La comunicación de errores médicos a los pacientes por parte del personal médico está sustentada por diversas teorías éticas, que van desde las acciones que benefician más de lo que pueden dañar hasta el deber del médico de honestidad con el paciente. Detrás de esta última se encuentra el principio de autonomía, que abarca los derechos del paciente para recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada y educada sobre su cuidado. Se dice que cuando un médico no comunica el error o falta en la que haya podido incurrir, amenaza la comunicación médico-paciente y por lo tanto está poniendo sus propios intereses por encima de los del paciente. Expertos señalan que el hecho de comunicar el evento provee una oportunidad de conversar, lo que genera un otro recurso médico para el manejo de la condición resultante del paciente y para que el hecho no acabe en demanda. La investigación sobre las expectativas de los pacientes cuando son objeto de un error médico muestra que estos lo que principalmente desearían es una comunicación explícita de lo ocurrido, que se les explique cual fue el error, cómo ocurrió, y lo que se hará para prevenir recurrencias y en muchas ocasiones, una disculpa como aspecto más esperado. El conocer el error interesa al paciente, puesto que tiene derecho a recibir la información médica que le afecta ya que es el primer responsable de su salud y le corresponde una toma de decisiones.

En nuestro contexto sanitario existe poca información sobre la etiología, epidemiología, causas, y consecuencias de los errores médicos. Una primera forma de acercarnos a este problema es explorando la perspectiva que sobre este fenómeno tienen los propios médicos: de que forma lo perciben y lo describen estos. Así, el presente estudio realizado en una Unidad Docente de Medicina de Familia, pretende ser una primera aproximación descriptiva a como los médicos de atención primaria perciben sus errores y sus

consecuencias. El mismo tiene como objetivo principal tratar de ahondar en las actitudes y conductas que estos médicos dicen tener ante una situación de error en el que el propio médico está implicado.

Material y Métodos

El presente estudio se planteó con los siguientes objetivos:

- ? Estimar la prevalencia percibida por los médicos de familia y residentes encuestados sobre los errores médicos que ellos mismos comenten.
- ? Caracterizar el tipo de error cometido.
- ? Conocer algunas de las principales consecuencias provocadas en médicos y pacientes

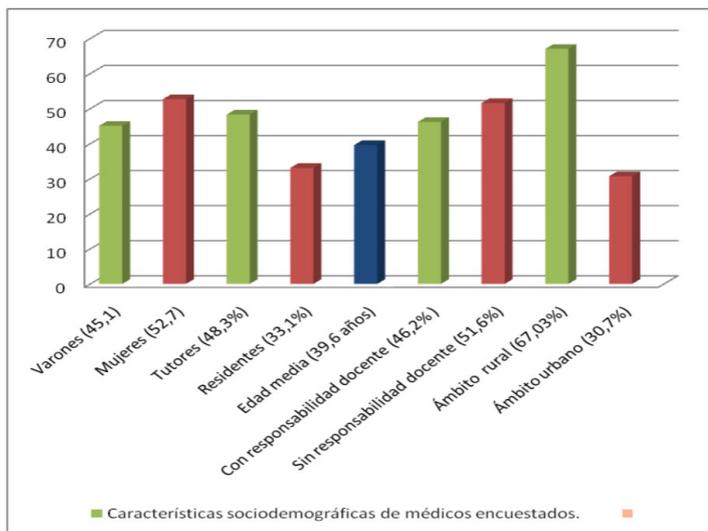
Diseño del estudio:

Estudio epidemiológico, observacional, transversal. Los datos se obtuvieron de una muestra aleatoria, empleando como fuente de información el procedimiento de encuesta autocumplimentada vía online y escrita. El tamaño muestral se calculó considerando una proporción esperada de errores médicos cometidos del 50% (índice de confianza: 95%, precisión: 10%). Con estos datos se requirieron 149 médicos y residentes de MFyC. Se seleccionaron 321 profesionales médicos de familia y médicos residentes de esta especialidad de Andalucía a los que previo consentimiento se les pasó de forma presencial y mediante correo electrónico una encuesta con carácter anónimo y confidencial

Resultados

Se recibieron 91 encuestas correctamente cumplimentadas de las cuales un 34.06% (30) fueron vía online y un 65.94% (61) encuestas escritas en papel. Las características sociodemográficas de los encuestados se detallan en la Figura 1. El 48.3% (44) eran médicos de familia que trabajaban en centros de Atención Primaria, un 18.6% (17) médicos de familia que trabajaban en DCCU, y un 33.1% (30) correspondía a residentes (R1 ? R4) de dicha especialidad.

Figura 1: características sociodemográficas de los médicos encuestados



Uno de cada cuatro encuestados (25,3%) declaró no ser consciente de haber cometido ningún tipo de error médico en los últimos meses, mientras que un 29,7%, 8,8% y un 36,3% declararon haber cometido uno, dos o varios de ellos.

La naturaleza declarada de estos errores fue muy variada (Figura 2) pero la gran mayoría declaró como principales errores cometidos los de tipo diagnóstico (92,6%), de comunicación con el paciente (79,4%) y de tipo terapéutico (76,4%).

Figura 2: Principales tipos de errores cometidos



En cuanto a la importancia que los encuestados percibieron en sus errores siguiendo la clasificación al uso de: error serio (o grave), menor (leve) o casi error (en propiedad no llega a materializarse como error), esta fue de 23%, 26,3% y 29,7% respectivamente. El grado de responsabilidad asumida en el error por los encuestados fue el siguiente: sólo un 3.29 % (3 médicos) reconocían que el error se había producido principalmente por él/la; un 21.97 % (20) reconocían ?parte? de la responsabilidad; un 5.49 % (5) referían creer que tuvieron ?alguna? responsabilidad. La mayoría, sin embargo, un 58.94 % (53) se abstuvieron de contestar a esta pregunta. Las dos acciones que más frecuentemente declararon los médicos poner en marcha tras un error fueron o haber contactado con el propio enfermo o sus familiares o bien ?reenfocar? la situación. La mayoría de los encuestados cuando decía cometer un error tipo menor (80%), decía también que lo solía comunicar al paciente y que esto le reportaba sobre todo sensaciones de alivio o bienestar y mejora la relación con el paciente. De la misma forma la mayoría (80%) cuando comete un error tipo serio, mayor, no confiesan su responsabilidad al paciente. Una minoría que sí lo hace reconoce no tener cambios en la relación con el paciente.

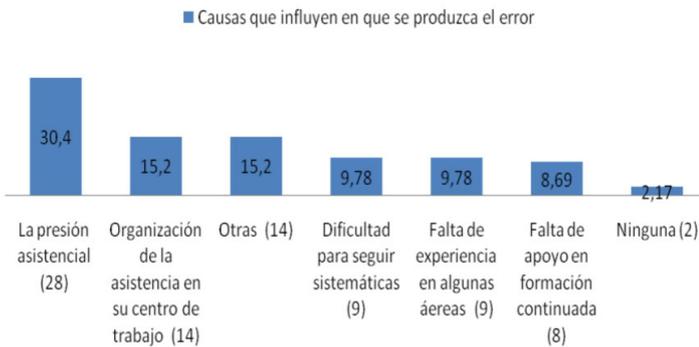
Los encuestados declararon como principales razones para no comunicar un error del que ellos se consideraban responsables, las siguientes:

- Pensar que el paciente no le entendería (32,5%)
- Por no estar el paciente a corriente de que se hubiese cometido un error (22,5%)
- El paciente no querría saberlo (17,5%)
- Por evitar que el paciente se enfrente con el médico (12,5%)
- Por no conocer bien al paciente (7,5%)
- Por evitar el que el paciente le pusiese una reclamación o denuncia (2,5%)

Los encuestados achacan a la sobrecarga asistencial como el principal factor que lleva a que se produzcan los errores con gran diferencia respecto a los otras posibles causas (Figura 3).

Figura 3: Causas que con más frecuencia producen el error

Causas que influyen en que se produzca el error



Comentarios

No existen muchos estudios en nuestro contexto que aborden la perspectiva de los propios profesionales sobre los errores médicos cometidos por ellos mismos, por lo que el presente trabajo representa una aproximación de interés en este sentido. Aunque sujeto al sesgo subjetivo de la percepción del propio profesional, una visión sobre este es muy útil para conocer las importantes barreras que dificultan un abordaje eficiente de este problema y pone de relieve algunas limitaciones que deben ser priorizadas a la hora de buscar soluciones de tipo educativo y práctico, sobre todo pensando en la seguridad y los derechos de los pacientes, pero también en la efectividad y bienestar del propio médico.

A modo de apuntes para resaltar los aspectos claves que merecen ser considerados de una forma más detenida, resaltamos a continuación los puntos más interesantes puestos de relieve por este estudio:

1. El hecho de que uno de cada cuatro médicos que ha accedido a contestar la encuesta declare no ser consciente de cometer errores. Si tenemos en cuenta que es una muestra de conveniencia, esta cifra resulta especialmente alta, pues el primer paso para corregir errores es la disposición a reconocer que estos se comenten y que el error es algo ligado de forma ineludible a cualquier tipo de práctica, de la misma forma que su atención y análisis es una de las mejores maneras de mejorar esta práctica.
2. En Atención Primaria, la anamnesis y la comunicación son las herramientas claves para un adecuado diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, éstos, diagnóstico y comunicación, son la fuente de errores considerados por los médicos como las más importantes. Esto debe de seguir contribuyendo a la consideración de la trascendencia y el peso que estas áreas competenciales deberían tener en la formación de nuestros médicos.
3. La presión asistencial es considerada como el factor predisponente a equivocarse de más peso para los médicos. La organización en los centros de trabajo o la dificultad para seguir sistemáticas en la consulta, son otras de las causas que influyen en que el profesional cometa un error o evento adverso. Estos datos no sorprenden, existe suficiente literatura médica sobre el hecho de que no es una falta de conocimiento el origen del error médico sino que este está mediatizado sobre todo por agentes externos de los que la presión asistencial y la organización son los factores predominantes, si bien la influencia de estos en los sesgos cognitivos y de otro tipo que experimenta el médico exige aproximaciones para solventar el problema que deben trascender una visión reduccionista que limite el problema solo a la presión y a la organización asistencial como responsables exclusivos de los errores.
4. Un aspecto preocupante es el hecho de que una vez cometido el error, tan sólo uno de cada cuatro médicos encuestados asuma su responsabilidad en el mismo. Aunque es evidente que muchos de los errores habituales son menores y ajenos al médico, existe un porcentaje importante de ellos en los que esta responsabilidad suele ser más bien compartida por diferentes miembros de un equipo, el estar abierto a la posibilidad de cómo miembro de este equipo compartir responsabilidades es el primer paso para abordar el problema de los errores, por lo que una importante labor pedagógica seguramente se requiere en este ámbito.

5. La desdramatización del error y su aprovechamiento como fuente de análisis para mejorar la práctica clínica en general y la seguridad del paciente en particular, pero también la relación médico-paciente, nos viene de la mano del hecho aquí resaltado de que, por una parte las consecuencias de los errores parecen ser menores en su mayoría y los pacientes que los conocen no suelen tomar ningún tipo de acción contra el médico o la institución, y por otra del interesante dato aportado por estos médicos: estos las veces que declararon que comunicaron su error al paciente o familia, experimentaron sensaciones positivas de bienestar y reafirmaron su creencia de que esta comunicación repercute en una mejor la relación médico-paciente.

6. Sin embargo esto contrasta con el hecho de que un gran porcentaje de médicos declaren aún que no comunican el error por diversas razones todas ellas evitativas y auto protectoras, lo que supone una actitud de ocultamiento y de falta de honestidad que atañe al núcleo central del profesionalismo médico, y que es preciso solucionar de una manera urgente mediante acciones educativas de primer orden.

Referencias Generales

- Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. JAMA 2002; 228: 501-7.
- Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. BMJ 2001; 322: 501-2.
- H Northcott, L Vanderheyden, J Nothcott, C Adair, C McBrienmorrison, P Norton, J Cowell. Preceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. Int J Qual Health Care. 2008;20:115-22 [PMID: 18158295].
- Blanco A. Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. Rev Cubana Med Milit 2002;31(2): 104-109.
- Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994; 272: 1851- 1857.
- Leape LL, Berwick DM. Five years after to Errar is Human what have we learned? JAMA. 2005; 293: 2384- 2390.
- AHRQ. Medical Errors: The Scoop of problem. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica, february 2002.
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf. (Accedido el 10/09/2011).
- Andrews LB, Stocking C, Krizek T et al. An alternative strategy for sutdying adverse events in medical care. Lancet 1997; 349: 303-313.
- IOM. Growing concensus about Medical Error, chapter 1. To Err is Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>
- Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-70
- Weick K. Organizational culture as a source of high reliability. Calif Management Rev 1987;29:112-27.
- Berra Y. Error in medicine. What we have learned? Ann InternMed 2000; 132: 763- 767.
- Francesc Borrell-Carrió, Carmen Páez Regadera, Rosa Suñol Sala, Carola Orrego Villagan, Neus Gil Terróny Magdalena Martí Nogués. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2006;38(1):25-32
- Sano y salvo: Análisis de los errores médicos reconocidos por tres promociones de residentes de una unidad docente de medicina de familia. XXIX Congreso de la SECA. Disponible en: <http://sano-y-salvo.blogspot.com/2011/10/analisis-de-los-errores-medicos.html>
- De Pablo R, Dominguez J. Recursos humanos en atención primaria: evolución y situación actual. Una prespectiva de médicos asistenciales. Centro de Salud. 2002;10:210-2.
- HO. Quality of care: patient safety. ExecutiveBoard, E 133/37. December 2003.
- Fajardo M. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública v.31 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2005.
- Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. MedClín (Barc) 2004; 123(1): 21-5.
- Thomas H, Gallagher, Amy D, Waterman, Alison G, Ebers, Victoria J, Fraser, Wendy Levinson. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of MedicalErrors. JAMA. 2003;289(8):1001-1007.
- Harvard Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-6.

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
- Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J* 2001;114(1131):203-5.
- Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC* 2004;170:1678-86.