



**Hacia una nueva cultura  
en el abordaje del error  
en medicina**

**Dr. José M. Ceriani Cernadas  
Comité de Seguridad del Paciente  
Servicio de Neonatología**

The slide features a vertical architectural detail of the hospital's facade on the left side, showing ornate sculptures and classical architectural elements. The top right corner contains the Hospital Italiano logo and the text "HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires". The main title is centered in a dark green box with white text, and the author's name and affiliation are centered below it in black text.

- El abordaje clásico en la Medicina ha sido (y sigue siendo), **el ocultamiento de los errores y la aplicación de medidas punitivas o el oprobio para quienes los cometen.**
- Esto motivó que, hasta hace pocos años, el tema no fuera considerado en los foros médicos (incluso en Centros Académicos)
- Por este motivo no había información sobre la magnitud del problema. **Parecía “que no existía”**

## Publicaciones sobre seguridad del paciente y errores

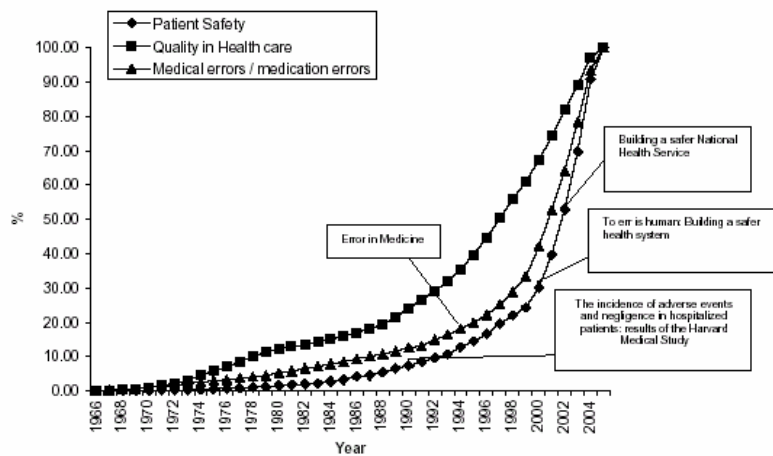


Figure 1: The growth of Medline citation counts in terms of 'patient safety', 'quality in health care' and 'medical/medication errors' from 1966 – 2005. Each graph

Fue a partir del estudio seminal liderado por el Dr. Lucian Leape de la Universidad de Harvard a finales de los años 80, publicado en NEJM en 1991, que toda la comunidad médica y no médica se asombró de la enorme frecuencia de los errores en Medicina y de sus terribles perjuicios.

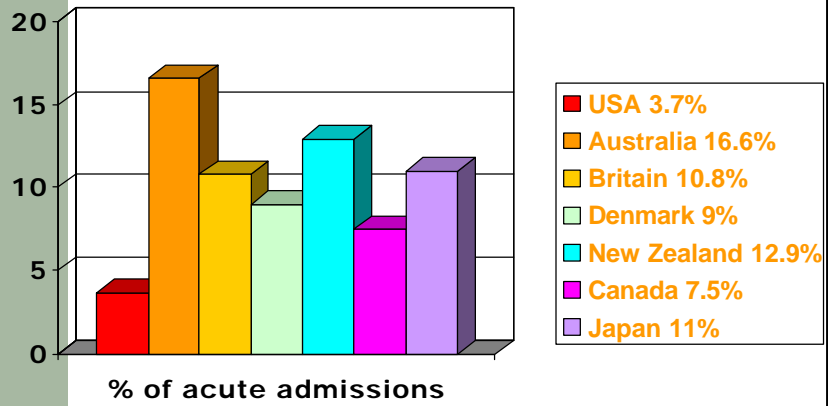
## Magnitud del problema



Goleta Air & Space Museum  
Photographer: Brian Lockett

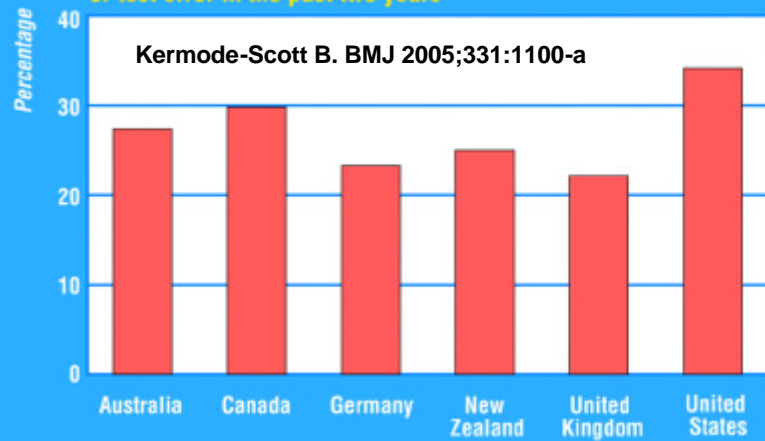
Equivale a si tres jumbos llenos se caen cada 2 días

## Patient Safety – A global issue



## ¿Que opinan los pacientes?

Patients reporting any medical mistake, medication error, or test error in the past two years



Source: 2005 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults

## ¿Por qué el error es tan frecuente?

- Para muchos médicos y enfermeras el error solo le sucede a los incompetentes
  - \* Sin embargo, ocurre en todos, aun en los más hábiles y con más conocimientos porque forma parte de la naturaleza humana

## ¿Por qué el error es tan frecuente?

- En medicina se refuerza la “**infallibilidad**”. Esto lleva a ocultar el error en vez de admitirlo (deshonestidad intelectual)
- Los profesionales suponen que aceptar el error hará que los tilden de incompetentes
- Para evitar este oprobio es mejor ocultarlo o responsabilizar a otro, incluso al paciente

## ¿Por qué el error es tan frecuente?

- El error es mal visto y se vive como un fracaso
- Se esperan medidas punitivas y/o ser señalados como irresponsables
- No se supone que haya comprensión y apoyo

**Por todo lo expuesto es que médicos y enfermeras tienen una gran dificultad en enfrentar el error humano**

## El cambio de cultura

- ? Existe la convicción que **para disminuir los errores y mejorar la seguridad de nuestros pacientes es imprescindible realizar un cambio de cultura**
- ? Este cambio se basa en dos premisas fundamentales: **aceptar que nos equivocamos y comunicar nuestros errores a otros profesionales para que todos podamos aprender de ellos y establecer medidas de prevención**

**No veo errores que yo  
mismo no haya podido  
cometer**

**Johann Goethe**

“ La lección más fructífera es la conquista de nuestro propio error. Quien refusa a aceptarlo no será un gran erudito. Aquel que sienta vergüenza de su error, luchará para no reconocerlo y admitirlo, lo cual significa que estará luchando contra su mayor logro interior” .

***Goethe, Máximas y Reflexiones***

Editorial

## When Doctors Hide Medical Errors

New York Times. September 9,2006

.... a survey of some 2,600 doctors in the United States and Canada concerning what they would tell patients about serious medical errors in four hypothetical cases. The doctors talked a good game — **fully 98 %endorsed the need to disclose serious errors to patients, according to survey results published in the Archives of Internal Medicine.** But most had something less than full disclosure in mind. **Only 42 percent** would actually use the word **“error,”** while 56 percent would mention the adverse event but not the error, relegating the harm to the “stuff happens” category. **Only 33 percent would explicitly apologize for their mistake.**

LA NACION LINE | ED. ANTERIORES

## Ciencia/Salud

Miércoles 19 de Diciembre de 2001

LA NACION LINE | Ed. Anteriores | 19 de Diciembre de 2001 | Ciencia/Salud | Nota

# Preocupan en los Estados Unidos los errores quirúrgicos

Se equivocan de órganos o pacientes

- Ocurren aun en los centros más prestigiosos
- Las autoridades solicitaron a los enfermos que identifiquen el lugar por operar
- Se pagan abultadas indemnizaciones



HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

Clarín.com

DOM 03.09.2006  
354.040 Usuarios únicos

ÚLTIMO MOMENTO | EDICIÓN IMPRESA | CLASIFICADOS

intendrá en 2007 | Boca no se frena ante nadie | Murió Susana Valle, la hija del gene

SUPLEMENTOS | SERVICIOS | DEPORTES | HUMOR | CLARINGRILLA | CARTA DE

LAS FALLAS EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE REMEDIOS

## Errores de medicación, un peligro que nadie atiende

Las equivocaciones de médicos, enfermeras, farmacéuticos y pacientes causan graves daños y hasta muertes. En Argentina el Estado no los mide ni previene, aunque en dos hospitales calcularon que dos de cada diez prescripciones son erróneas. A Estados Unidos le cuestan 3.500 millones de dólares al año.



**zona**

HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

*BMJ* 2001;322:1236-1240 ( 19 May )

**Education and debate**

*An ethical dilemma*

**Medical errors and medical culture**

**A junior doctor fails to read an ECG that has been ordered and the patient dies, undiagnosed and in pain, from a myocardial infarction. We asked a professor of medical ethics, an expert in medical errors, and two clinicians to comment on the ethical implications of covering up the mistake**

### **Commentary: Learning to love mistakes**

Peter A Singer

“Let this be a lesson to all of us,” said the senior consultant. He was likely referring to three lessons: myocardial infarction must be considered in the differential diagnosis of abdominal pain; physicians must check the results of the tests they order; **and mistakes should be handled in private.** A lesson I draw, however, **is that the senior consultant's actions may have unwittingly led to the deaths of many other patients.**

BMJ 2001; 322:1238

### **Commentary: Doctors are obliged to be honest with their patients**

Albert W Wu

This story left me with a welter of emotions. I pitied the hapless patient and commiserated with the unhappy house officer, unsettled by the echoes of my own mistakes. I was chilled by the senior consultant's deft and imperious act that simultaneously acknowledged and forgave the mistake. Most of all I was worried....., be left with the mistaken impression that this is how we should handle our mistakes.

BMJ 2001;322:1238

## Commentary: A climate of secrecy undermines public trust

Seena Fazel, John McMillan

This case highlights a number of ethical issues. We will focus on two: **how medical errors should be dealt with and the importance of ensuring that we learn from our mistakes.**

BMJ 2001;322:1239

## The critical attitude in medicine: the need for a new ethics

NEIL MCINTYRE, KARL POPPER

"These standards of objective truth and criticism may teach him (the individual man) to try again and to think again, to challenge his own conclusions, and to use his imagination in trying to find whether and where his own conclusions are at fault. They may teach him to apply the method of trial and error in every field, and especially in science; and then they may teach him how to learn from his mistakes, and how to search for them. These standards may help him to discover how little he knows and how much there is he does not know. They may help him to grow in knowledge, and also to realize that he is growing. They may help him to become aware of the fact that he owes his growth to other people's criticism and that reasonableness is readiness to listen to criticism."

KARL POPPER, 1978

Mistakes occur in medicine as in other walks of life. Their consequences may be trivial, but often they are serious, and they may be catastrophic. Some errors cannot be helped; others are avoidable, even culpable. Steps may be taken to correct errors.

many instances the mistake is irrevocable; the only benefit is the prevention of similar errors in future. Doctors are expected to profit from their experiences, and from their earliest days medical students are exhorted to learn from their mistakes. To learn only from one's own mistakes would be a slow and painful process and unnecessarily costly to one's patients. Experiences need to be pooled so that doctors may also learn from the errors of others. This requires a willingness to admit that one has erred and to discuss the factors that may have been responsible. It calls for a critical attitude to one's own work and to that of others.

Unfortunately medical students and doctors see little evidence of such openness around them. Cserowitz and McIntyre wrote: "No species of fallibility is more important or less understood than fallibility in medical practice. The physician's propensity for damaging error is widely denied, perhaps because it is so intensely feared. . . . Physicians and surgeons often flesh from

BMJ 1983;287:1919-23

“Debemos saber como  
aprendemos de nuestros errores  
y como los detectamos, y eso nos  
ayudará mucho a comprender  
que poco es lo que conocemos y  
a lograr una actitud más crítica”

*Karl Popper*

**McIntyre N, Popper K. *BMJ* 1983; 287: 1919-23**

**Patients' safety**

*Progress is elusive because  
culture in health care has not  
changed*

**Editorial**

***BMJ* 2005;330:553-554 (12, March)**

## El modelo médico (I)

- ? La prevención de errores **no es el foco primario en la práctica de la medicina**. La literatura médica es reciente y aun muy escasa en relación con la importancia del tema
- ? Es poco lo que se investiga sobre las **causas más ocultas, las fallas en los sistemas o los errores latentes**

## El modelo médico (II)

- ? El modelo está centralizado en el incidente ó en lo individuos y el abordaje está dirigido a resolver el problema que el error produjo, pero **no a averiguar porqué se produjo**
- ? Al diseñar los sistemas no se asume que **los errores y fallas indefectiblemente van a ocurrir**, y no suelen incorporar medidas de prevención y absorción
- ? El monitoreo es sofisticado y complejo, pero **no es suficientemente redundante**. Los monitores tienen porcentaje alto de falsas alarmas y son fácilmente desactivadas

## El modelo médico (III)

- ? La estandarización es variable y poco adecuada, no minimiza **los aspectos débiles de la cognición, como la memoria reciente**
- ? El abordaje usual en los sistemas es tratar que el individuo no cometa errores **en vez de asumir que sin duda los va a cometer**
- ? El programa de educación y entrenamiento en medicina es uno de los más intensos y extensos de todas las profesiones, **sin embargo una evaluación periódica del rendimiento, no es un estándar aceptado**

## El modelo médico (IV)

- ? No hay una una institucionalización de la seguridad. Los pocos programas insisten en un abordaje sobre la conducta individual, **no se tiene en cuenta que tanto el sistema como los individuos contribuyen al problema**
- ? La conducta ante un error **es de ocultamiento, punitiva y no correctiva**
- ? El único modelo que aplicó medidas de seguridad de otras disciplinas es la anestesiología. **En 10 años (1980- 1990) disminuyó la mortalidad, de 1/20.000 a 1/200.000.**

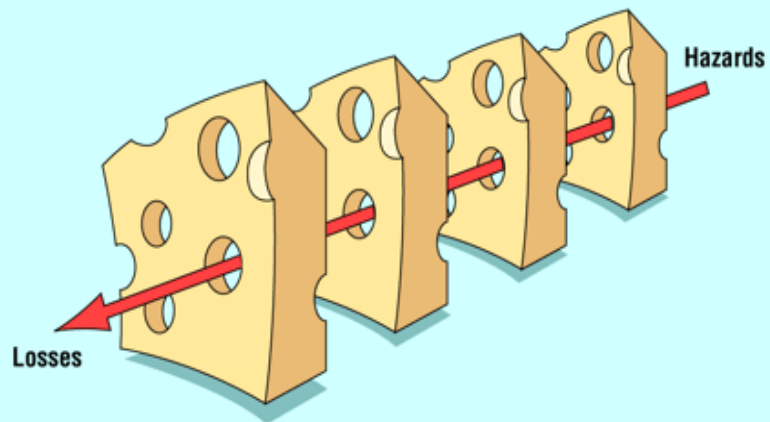
## El abordaje médico para prevenir el error (I)

- ? El abordaje tiene el estilo de la infalibilidad: *“si médicos y enfermeros están bien entrenados y poseen conocimientos, no cometerán errores”*
- ? No es así, ya que el error es propio de la actividad humana y no es controlado por los individuos

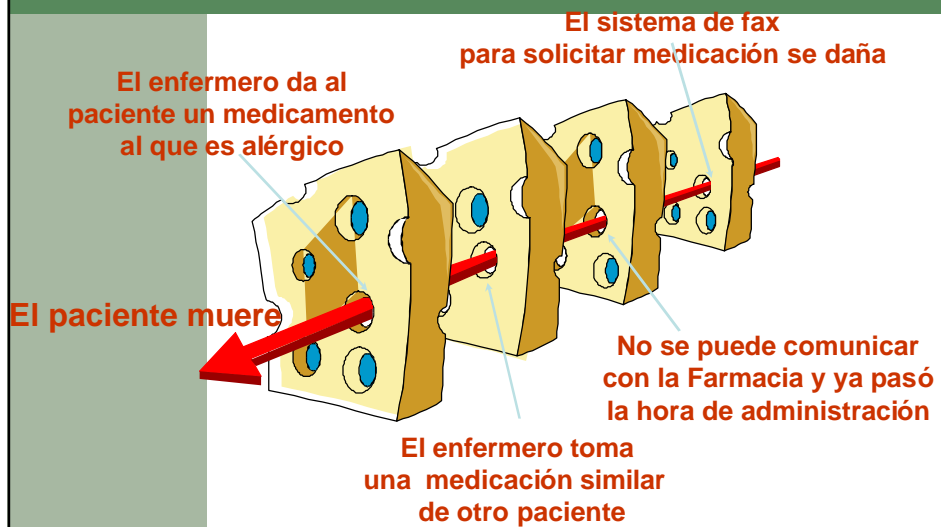
## El abordaje médico para prevenir el error (II)

- ? Es reactivo, los errores son percibidos cuando producen daño en el paciente
- ? Las medidas correctoras son de forma y no de fondo. Para esto *“es necesario reconocer que tanto el sistema como los individuos contribuyen al problema”*

## Teoría del queso gruyere (Reason)



## La historia de un error



## Primeras publicaciones

- 20 % de internados; **20%** severos (Ann Intern Med 1964; 60: 100-10)
- 36% de internados; **25%** serios (N Engl J Med 1981;304:638-42)
- 2 a 14% errores en la medicación (Pediatrics 1987; 79: 18-22 ; JAMA 1990; 263: 2329-34)

## Impacto de los errores en el cuidado de la salud

**Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I** TA Brennan, LL Leape, NM Laird, L Hebert, AR Localio, AG Lawthers, JP Newhouse, PC Weiler, and HH Hiatt

*New Engl J Med* 324:370-376 [February 7, 1991](#)

En Nueva York, el **4%** (98.609) de los pacientes internados en un año (2,671,863) sufrió un daño iatrogénico, el **14% falleció** y muchos más tuvieron efectos adversos. En toda la población de EE.UU., significaría más de **100.000 pacientes muertos ese año por iatrogenia** y **1.000.000 que padecieron lesiones por los efectos adversos.**

## Study finds US paediatric medical errors kill 4500 children a year in USA

Anne Harding, *New Jersey*

BMJ 2004;328:1458 (19 June),

## Cambio del modelo: “el aprender de nuestros errores”

(II)

- ? El que comete un error cree –que su acción o juicio– son correctos, y esa creencia persistirá hasta no percatarse del mismo
- ? Ahí se puede corregir, pero muchas veces el error es irreparable, y entonces:
  - ▷ **el único y necesario beneficio será la prevención de errores similares en el futuro**

**Todos los hombres pueden  
caer en un error, pero solo  
los necios perseveran en él**  
*Cicerón*

**Habiendo tantos errores  
para cometer, no vale la  
pena cometer el mismo  
dos veces**  
*Bertrand Russell*

## ¿Qué podemos hacer? Aspectos esenciales para cambiar nuestra conducta

- Aceptar que **somos falibles** y que **indefectiblemente nos vamos a equivocar**
- Aceptar la necesidad de un **cambio** en la cultura y abordaje del error
- Adoptar y fomentar una **actitud crítica**
- Priorizar la **seguridad del paciente**
- Comunicar los errores y considerar que es una **oportunidad para que todos aprendan**
- Abandonar la política punitiva
- Ser **abierto y honesto** con los pacientes y nuestros compañeros de trabajo
- Detectar el error, aun los menores, investigar sus causas y **evitar que se repitan**

## ¿Cómo podemos construir un sistema más seguro?

- Tener en cuenta las funciones humanas débiles, **memoria reciente, vigilancia y atención prolongada**
- Mejorar el acceso a la información del paciente
- Estandarizar todos los procedimientos
- Evitar **la fatiga de médicos y enfermeras**, en especial en áreas intensivas y emergencia
- Dificultar que los errores lleguen al paciente
- Reconocer los **problemas emocionales** en los que cuidan a los pacientes y abordarlos adecuadamente
- Evitar medicamentos de aspecto similar



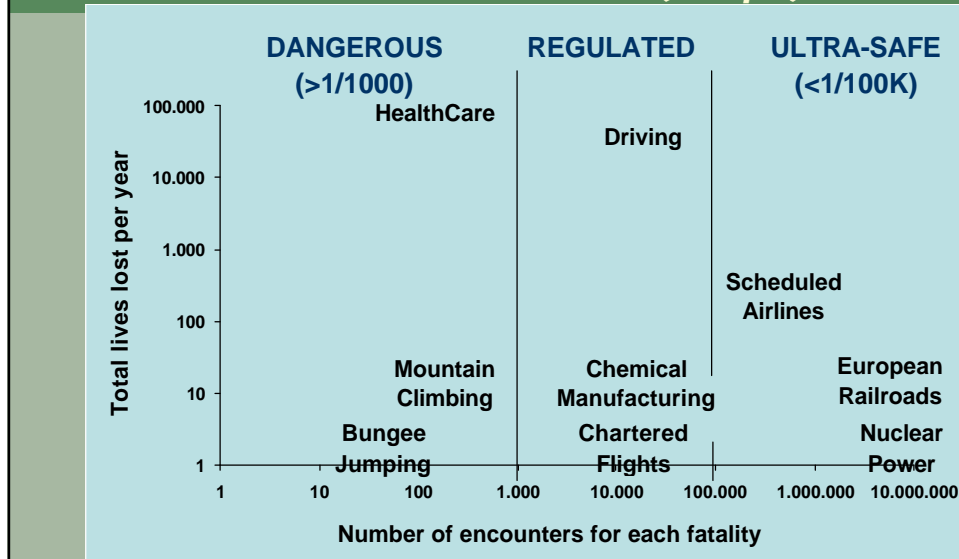
Epinephrine



Vitamin E



## ¿Cuán peligrosos son los cuidados médicos? (Leape)



## Objetivos próximos

- Estrategias para disminuir errores de medicación
- Programa de comunicación anónima de errores
- Ateneos mensuales sobre seguridad del paciente
- Programa educativo en residentes y becarios que ingresan
- Segunda Jornada Internacional de “Seguridad del Paciente”
- Cambios en los sistemas

