

Errar ya no es solo humano

MONJE B, TOVAR POZO M, CAMPOS FERNÁNDEZ DE SEVILLA MA, TUTAU GÓMEZ F

Servicio de Farmacia. Hospital del Henares. Coslada. Madrid (España)

Fecha de recepción: 20/06/2018 - Fecha de aceptación: 18/07/2018

Señor Director:

Vivimos en una sociedad en constante renovación tecnológica, sin darnos cuenta y sin conocer totalmente las nuevas tecnologías que nos rodean. Todos los ámbitos se benefician de esta constante innovación. En el sanitario, la transformación digital es hoy en día una realidad. Es indispensable que estas nuevas tecnologías sanitarias sean seguras para proporcionar una asistencia de calidad.

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la calidad asistencial. Según la OMS, es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia a un mínimo aceptable¹. Existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada proceso, encontrándose incidentes de seguridad en todos ellos. Por ello, el objetivo de la seguridad del paciente es reducir el daño y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana².

Identificar los incidentes de seguridad, establecer la magnitud del daño e instaurar mejoras, se ha traducido en la creación de una cultura de seguridad en la que participan todos los profesionales sanitarios, que utilizan los errores como fuente de aprendizaje³.

El estudio más conocido en este ámbito es el elaborado por el Institute of Medicine (IOM) de EE.UU. En 1999, esta agencia publicó "To err is human: Building a safer health system"⁴, que puso de manifiesto la proporción real de muertes, discapacidad y coste que conllevan estos incidentes de seguridad en el entorno sanitario, situándolos como séptima causa de muerte en los EE.UU. (entre 44.000-98.000 personas al año). Existen estudios similares en España –estudio ENEAS⁵– y en Iberoamérica –estudio IBEAS⁶– que respaldan estos resultados. Además, en 2006 el IOM relacionó la mala caligrafía de las prescripciones médicas estadounidenses con 7.000 muertes anuales. Ese mismo año divulgó unas recomendaciones "Preventing Medication Errors"⁷ que entre otras medidas impulsaba el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para reducir los errores de medicación.

En este punto parecía que implantar TICs en los sistemas de salud erradicaría los incidentes de seguridad. En las últimas décadas se han vivido grandes cambios y transformaciones digitales: historia clínica electrónica, gestor de citas, prescripción médica electrónica, dispensación y administración segura de medicamentos por código de barras, etc... Esto ha reducido en gran medida los incidentes de seguridad notificados atribuidos al factor humano, pero trae consigo otros errores totalmente distintos relacionados con las mismas TICs de los que aún se desconoce su impacto. Conforme aumenta exponencialmente la diversidad de los programas podría aumentar también el riesgo de daño para los pacientes derivados de un mal uso, fallos de integración,

errores de programación, caídas del sistema o mal funcionamiento de hardwares. Un ejemplo de esto, es el fallo recientemente publicado que ha ocurrido en la programación de mamografías entre 2009 y 2018 en Reino Unido que excluyó de la lista de candidatas a esta prueba diagnóstica a miles de mujeres pudiendo causar hasta 270 muertes⁸.

Aún en un entorno con conciencia de cultura de seguridad, a los profesionales sanitarios nos cuesta reconocer estos errores informáticos como incidentes de seguridad que podrían ocasionar un daño en el paciente. Habitualmente son reportados al servicio técnico de cada software para su resolución y no se suelen notificar al sistema de gestión de incidentes de seguridad, por lo que su incidencia y prevalencia no se puede cuantificar. Es importante destacar la dificultad que conlleva notificar este tipo de errores en un sistema convencional de notificación debido a su complejidad y a que los sistemas no están adaptados para recoger estos incidentes. Puede ser necesario, incluso, la creación de un sistema de gestión de incidentes de seguridad específico para el entorno de las TICs sanitarias que permita clasificar el suceso, describirlo y evaluar su impacto, para poder instaurar mejoras y que los mismos errores no se trasladen y transmitan a otras TICs. La cultura de la seguridad tiene que transformarse y evolucionar según se va digitalizando la atención sanitaria, porque errar ya no es solo humano.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Conceptual Framework for the international Classification for patient Safety WHO 2009.
2. Rocco C, Garrido A. Patient safety and Safety culture. 2017. Rev Med Clin. Condes 2017;28(5):785-795.
3. Vincent C. London: Churchill-Livingstone; 2° Ed. BMJ Books 2006.
4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human. Building a safer health system. 1st ed. Washington: National Academy Press; 2000.
5. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2006.
6. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). BMJ Qual Safe. 2010. DOI: 10.1136/bmjqs.2011.0501284
7. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR, eds. Washington, DC: The National Academies Press; Committee on Identifying and Preventing Medication Errors Institute of Medicine of the National Academies. Preventing medication errors 2006.
8. Senthilingam M. Up to 270 women may have died after England breast cancer screening failures [Internet] Cable News Network (CNN) 2018 [citado 4 Junio 2018]. Disponible en: <https://edition.cnn.com/2018/05/02/health/uk-breast-cancer-screening-scandal-intl/index.html>.