

ARTÍCULO ESPECIAL

## **SOBRE LA NECESIDAD ÉTICA DE INVESTIGAR EL ERROR HUMANO EN CIRUGÍA**

**¿Es posible reducir el  
error humano en cirugía  
cardiovascular en quirófano?**

AUTOR:

ROBERTO BATTELLINI

Doctor en Medicina de la  
Universidad de Buenos Aires;  
Jefe Honorario, Hospital  
Italiano de Buenos Aires.

.....  
CORRESPONDENCIA:  
Hospital Italiano Buenos Aires  
Gascón 450  
Buenos Aires C1181ACH  
Argentina

**Objetivo:** Concientizar sobre la necesidad de investigar sobre el error humano en quirófano en la Argentina.

### **ANTECEDENTES**

El error humano es un producto agregado de la actividad humana y puede provocar un desencadenamiento no intencionado de eventos fortuitos negativos. Filosóficamente, ya en 100 a. C. Plutarco decía: *Errare Humanum Est*. Mucho más tarde, en 1863 Florence Nightingale en *Notes on Hospitals* sugería elaborar fichas médicas para mejor atención de los pacientes. El concepto de “mala praxis” nace en 1898 en Francia luego de un error de parto. Pero la concepción moderna de error médico surge, principalmente, luego de las ideas de Popper. Este pensaba que el conocimiento crece por acumulación. Que mucho más conocimiento crecería por el reconocimiento de los errores, y por el descarte de viejos conocimientos y teorías equivocadas. En *Conjeturas y refutaciones*, 1967<sup>1</sup>, se refería a la ciencia, pero un artículo posterior, en conjunto con Mc Intyre en *BMJ* 1983<sup>2</sup>, incluye un comentario contundente: “hay que aprender de los errores, y cómo buscarlos. (...) Que los errores ayuden al científico a crecer en conocimiento, cada uno debe su crecimiento a la crítica de los otros, tener razonabilidad es estar preparados a escucharlas”. Aprender solamente de los errores personales sería un proceso largo y penoso, y de costo innecesario para los pacientes. Las experiencias deben ser guardadas de tal manera que los médicos aprendamos de los errores de otros. No deberíamos sentir pérdida de la autoestima ni vergüenza de comentar los errores a otros. En 1990, James Reason<sup>3</sup> estudia profundamente el error humano en centrales nucleares como Chernóbil y el desastre del Challenger. En 1994<sup>4</sup>, Mary Sue Bogner traslada estos conocimientos al error humano en medicina y comienza, a partir de allí, un tsunami de literatura del error. La noción de mala praxis-error va cambiando y también el paradigma de culpabilidad del médico, ya que, muchas veces, variables no

relacionadas con pacientes y procedimientos pueden implicarse en ciertas muertes. En 1996 Marc de Leval se preguntó sobre el rol de los factores humanos en los resultados médicos<sup>5,6</sup> y, recordando a Chernóbil, postula que uno negativo podría observarse e investigarse como un accidente. Con el informe *To err is human, building a Safer Health System (IOM report 1999)*<sup>7</sup> no hay más excusas para no incluir el tema en los hospitales, diseñando procesos de cuidado y evitando el error.

En nuestro caso, consideramos la cirugía cardíaca como un complejo sistema social y técnico<sup>8,9</sup>, que se parece a muchas empresas de alto riesgo, como la aeroespacial. No detectar nuestros errores no implica que no los estemos cometiendo. La etiología del error quirúrgico está profundamente enraizada en la efectividad del trabajo en equipo. Wiegmann y cols. postularon en 2007 que las interrupciones del trabajo en equipo fueron el único predictor independiente de error quirúrgico<sup>10</sup>. En el presente, el error humano en medicina es la tercera causa de muerte en USA (Makary y Daniel BMJ 2016)<sup>11</sup>. El tema es novedoso, recién en 2001, Carthey y de Leval<sup>9</sup> reconocían que informar incidentes críticos y casi fallas (*near-misses*) basados en taxonomías de error humano estaba en la infancia en el terreno de la cirugía cardíaca. Si bien han pasado 15 años, en la Argentina no hay nada escrito aún en cirugía cardiovascular.

## JUSTIFICACIÓN

Después de que Makary y cols. publicaran en 2016 que la tercera causa de muerte en USA es el error médico, ¿por qué no investigar el problema en la Argentina? Hubo ya intentos de establecer un registro de error médico por la Academia Argentina de Medicina<sup>12</sup> y otro por la Sociedad Argentina de Cardiología<sup>13</sup>. Sin embargo, ambos se quejan de que los médicos no registran ni anónimamente los errores. ¡En nuestro país, muchas veces la verdad surge ya pasada la catástrofe! Catherine Chamberlain en 2012 propuso la comunicación de los errores médicos que ocurrieren durante la cirugía en: *Duty to disclose* (Deber de comunicar)<sup>14</sup>. Se trata de seguir sus pasos.

## ANÁLISIS DEL TEMA DESDE DISTINTAS ÉTICAS

### 1. Desde la ética kantiana

En *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, dice Kant<sup>19</sup>: “Puedes querer que tu máxima (investigar nuestros errores en este caso) se convierta en ley universal”. ¿Desearía el paciente, referente al análisis y prevención del error médico, que se investigue sobre el tema? Por supuesto que sí. Es ya un imperativo categórico kantiano, él mismo lo dice en la obra antedicha (p. 35) cuando escribe: “El imperativo dice pues, qué acción posible por mí es buena, y representa la regla práctica en relación con una voluntad. (...) El imperativo categórico declara la acción objetivamente necesaria en sí...”. Debemos ponernos en el lugar de los pacientes en general: ¿desearían ellos que todos los servicios de cirugía dispusieran de un sistema de detección de errores y disfunciones al flujo quirúrgico,

aplicando metodologías de análisis de factores humanos en el quirófano y controlándolos durante la cirugía? Wiegmann y ElBardissi<sup>10,16</sup>. Por mi parte creo que sí, que todo hombre racional especularía que, como los chequeos del *cockpit* en aeronáutica, puede ayudar<sup>15</sup>. Y si no, analicemos los desastres de la aviación, que aunque menos que los causados por error en medicina, son más publicitados por lo espectacular.

En otras palabras, según la tesis kantiana, el valor moral de un acto no está relacionado con su resultado, sino que vale si está hecho o conducido desde un sentido de deber u obligación. Así, un error quirúrgico debería ser perdonado si hubiera honda preocupación de planeamiento preoperatorio y cuidado por parte del cirujano, indistintamente del resultado final. De hecho, los cirujanos no tenemos obligación de resultados. Extrapolando a Kant a nuestros días, deberíamos tratar de prevenir todos los errores y en caso de cometerlos, comunicarlos. En esto coincide Robert C. Mavroudis<sup>17</sup> en su artículo referente a la ética kantiana y la cirugía en 2005. La ética y la imparcialidad deberían tener doble mano: la sociedad debería defender a la profesión médica y no instigar o conducir cambios negativos. Así llegaríamos a la idea platónica de virtud, que se aplica a toda la sociedad. No se puede exigir a los médicos que sean más virtuosos que la misma sociedad de la que provienen.

## 2. Desde la ética utilitarista

La escuela inglesa de utilitarismo basa su moral en la utilidad o resultado de un acto antes que el motivo. John Stuart Mill, discípulo de Bentham, enfatizó que la calidad del buen resultado importa. Para él, el bien, construido ampliamente, no es solamente el bien del individuo particular, sino el de toda la sociedad. Mill insistió en el principio de la igualdad: “lo que al final da la felicidad es el sentido de que uno fue una buena persona, que actuó de acuerdo con su conciencia tratando bien a los demás”<sup>17</sup>. O sea, que también la ética utilitarista estaría a favor de hacer lo posible para reducir el error humano en medicina. Si lo bueno tiene más peso que lo malo, el acto sería moralmente correcto. Quizás combinando a Kant y Stuart Mill estaríamos en lo correcto: un acto bien motivado por un imperativo kantiano, con resultado aceptable, (Mill), y comunicando correctamente los resultados al hospital y al paciente (Kant) para después tratar de corregir errores futuros (imperativo kantiano y utilitarismo milleriano).

## 3. Desde la visión del bioeticista Diego García<sup>18</sup>

Este autor comentó de Santo Tomás de Aquino (p. 211): “El bien del pueblo es más excelente que el bien de un solo hombre. (...) El que busca el bien común de la multitud, consecutivamente busca el bien particular suyo”. Parecería que Miller se hubiera basado en Santo Tomás. Se justifican estos estudios dado que a través de las investigaciones se podrán mejorar los niveles de error. Más tarde, Gracia se refiere al *Emilio*, de Rousseau, (p. 226), quien dice: “Las sociedades históricas son la consecuencia de un MAL contrato social,

pero en ningún sitio está dicho que no sea posible construir una sociedad nueva sobre un BUEN contrato social”. ¿Sería este nuevo contrato uno de buena voluntad, donde los médicos aprendiéramos de nuestros errores y los pudiéramos comunicar sin temor? (Mc Intyre y Popper 1983)<sup>2</sup>.

Citado por Gracia, Norman Daniels interpreta el derecho a la asistencia sanitaria justa como parte del principio de igualdad de oportunidades propuesto por John Rawls en su teoría de justicia distributiva. Daniels así considera una asistencia sanitaria justa (p. 255)<sup>18</sup>. ¿Y qué asistencia más justa que tratar de evitar y corregir los errores?

Gracia toma la salud como bien social primario de Arrow y Green: el segundo es un bioeticista preocupado por problemas ecológicos, para el cual las teorías de justicia se ponen a prueba al responder esta pregunta: ¿cuáles son nuestras obligaciones morales respecto a las generaciones futuras? Green formula este principio moral: “estamos obligados a hacer lo posible para asegurar que nuestros descendientes tengan los medios para una progresivamente mejor calidad de vida que la nuestra, y a que, como mínimo, no queden en una situación peor que la actual por nuestras acciones” (p. 256)<sup>18</sup>.

En cuanto a los límites del derecho a la asistencia, Gracia afirmó (p. 276): “dentro del ámbito sanitario los limitados recursos que se poseen deben destinarse a las actividades que con un menor costo produzcan mayor beneficio sanitario”. ¿Qué mejor inversión podrían hacer los gobiernos que una campaña para prevenir el error humano en medicina, para lo cual un imperativo categórico para la sociedad es comenzar reconociendo que existe el error?

Termina con (p. 277): “un sistema sanitario será cuanto más injusto cuanto más desarrollado esté el nivel terciario y menos el primario”. Nuestra hipótesis es que el tratamiento del error humano en medicina es justicia sanitaria primaria. Incluso serviría para contener los costos sanitarios evitando futuras reparaciones de complicaciones. (Pensamiento tomado del informe de la President Commission, USA, 1952, conclusión N° 6).

## DISCUSIÓN

Deberíamos ir por un sinceramiento bioético acerca del error en cirugía. A pesar de que es universalmente sabido que “*Errare Humanum Est*”<sup>7</sup>, reforzado por el “*to err is human*” de la NHI inglesa, el estándar de la práctica médica ha evolucionado hasta tal punto en que solamente la perfección parece ser aceptada por el público. Esto parece ser la opinión de la prensa no profesional, así como de muchos políticos. Este sentir nos fue inculcado a médicos y cirujanos a través de la escuela de medicina y la residencia.

La ciencia del error humano no es enseñada durante el currículo en medicina, casi se deja creer a los estudiantes que el error es evitable y que toda equivocación es mala praxis. Se nos enseñó, en la residencia, que todo lo que ocurre en el quirófano es responsabilidad del cirujano.

Expresión más omnipotente y absurda es imposible, quizás influenciada por los abogados. Los cirujanos no tenemos el poder de controlar todos los resultados. Incluso en las unidades de terapia intensiva. Mavroudis y Nauheim refieren que en 2005 se cometieron 1,7 errores/día/paciente en una unidad de cuidados intensivos en USA<sup>18</sup>.

## CONCLUSIÓN

En la Argentina es un “imperativo categórico” confeccionar trabajos de este tipo. No hacerlo sería entrar en un narcisismo médico, como dice Banja<sup>20</sup> haciendo creer que somos todos perfectos. Para el público, maldecir individualmente es más satisfactorio emocionalmente que señalar las instituciones, pero este no es el camino. ■

## REFERENCIAS

1. Popper K. Conjeturas y refutaciones, Paidós, 1967.
2. Mc Intyre N. and Popper K. The critical attitude in Medicina: the need for a new ethics. 1983;287:1919-23.
3. Reason J. Human Error. Cambridge University Press, 1999.
4. Bogner MS. Human Error in Medicine, Lawrence Erlbaum, 1994.
5. de Leval M. Human factors and surgical outcomes: A Cartesian dream. The Lancet 1997;349: 723-25.
6. de Leval M The Edgar Mannheimer Invited Guest Lecture, Congreso Alemán de Cirugía Cardíaca. Dresden 1967.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS et al. To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine, Washington DC, National Academy Press 1999.
8. de Leval M; Carthey J, Wright D, Farewell V, Reason J. Human factors and cardiac surgery: a multicenter study. The Journal of Thorac and Cardiovasc Surg 2000; 119:661-72.
9. Carthey J, de Leval M, Reason JA. The Human factor in cardiac surgery: errors and near misses in a high technology medical domain. Thorac Surg 2001;72:300-5.
10. Wiegmann DA, El Bardissi AW, Dearani JA, Sundt TM. Disruptions in surgical flow and their relationship to medical errors: an exploratory investigation. Surgery 2007; 142:658-6512.
11. Makary M, Daniel, M. Medical Error-the third leading cause of death in the US. BMJ 2016; 353:2139.
12. Maxwell VG. Informe Academia Nacional de Medicina, Registro Nacional de Errores Médicos, 2006.
13. Piñeiro D. La SAC ante el error médico, RevArgCardiol2005;73:241-43.
14. Chamberlain C. Disclosure of non-harmful medical errors and other events, Duty to disclose. Arch Surg 2012;147:282-6.
15. Wadhwa R. Is the sterile cockpit concept applicable to cardiovascular surgery critical intervals or critical events? The impact of protocol-driven communication during cardiopulmonary bypass. J Thorac Cardiovasc Surg 2010;139:312-9.
16. ElBardissi A. Application of the human factors analysis and classification system methodology to the cardiovascular operating room, Ann Thorac Surg 2007;83:1412-9.
17. Mavroudis RC. Should surgical errors always be disclosed to the patient? Ann Thorac Surg 2005;80: 399-408.
18. Gracia D. Fundamentos de Bioética, EUDEMA 1991.
19. Kant E. Fundamentación Metafísica de las costumbres. Ed Porrúa, México 1990, trad. Francisco Larroyo, 7a ed. p. 28.
20. Banja J. Medical errors and Medical Narcissism. Sudbury, Mass, Jones and Bartlett, 2005.ISBN 0-7637-8631-7 °Comentario en: N Eng J Med. Book Review 2005;353:324.