

Práctica médica segura

Lilia Cote Estrada,* David Olvera Pérez*

En la actualidad, es tan importante hablar de los éxitos como de los fracasos. De estos últimos, se genera mayor enseñanza, madurez profesional y logros científicos. Sin duda alguna, la práctica médica va encaminada a obtener siempre el beneficio, bajo el principio hipocrático *primus non nocere*; no se puede concebir lo contrario.

La medicina como ciencia, y la cirugía, como ciencia y arte, tienen un margen de falla, o error, lo que ha sido estudiado en los últimos años por la trascendencia que ello implica. También debemos reconocer los logros obtenidos y así buscar su valor verdadero, porque en la actualidad se ha desarrollado la cultura de la queja y la consecuente industria del litigio que pareciera mostrar una práctica médica equívoca.

Los errores médicos cada día se hacen más evidentes. Los medios de comunicación colectivos se encargan de magnificar y transmitir una imagen falsa e injusta de la profesión médica al señalar los «errores médicos», antes de tener la certeza de tal afirmación. La historia de la medicina tiene muchos ejemplos en los que incluso el error produce cambios positivos, tales como haber realizado la primera nefrectomía.¹

Históricamente, el término utilizado para denotar alguna equivocación dentro de la profesión médica había sido iatrogenia, cuando el significado de ésta es toda acción médica, ya sea benéfica, inocua o perjudicial; pero por tradición se ha utilizado para hacer notar los errores, desvirtuando la acción médica, cuyo objeto es la atención del paciente, su cuidado y no lo opuesto. Tomando en cuenta esta postura, algunos autores, al profundizar en el significado etimológico, han preferido iatropatogenia.

* Hospital Ángeles, México.

Correspondencia:

Dr. David Olvera Pérez
Hospital Ángeles México
Agrarismo Núm. 208, 601-A
Col. Escandón, México, D.F. 11800
Correo electrónico: docolvera@prodigy.net.mx

Aceptado: 01-06-2007.

En fechas recientes ha cobrado interés el término: *error médico*: «conducta inadecuada del profesional de la medicina que supone una inobservancia técnica, capaz de producir daño o agravio a la salud mediante impericia, imprudencia o negligencia».²

Es un fenómeno de mayor complejidad y cuya identificación no se circumscribe únicamente a los aspectos técnicos, pues aunque son los más representativos, no sería posible dimensionar el problema desde un solo enfoque, se deben adicionar todas las circunstancias que integran el acto médico. Puede ser producto de una actividad individual, grupal, gremial o recaer en la organización de salud. Por otro lado, se concibe su presencia como un evento activo basado en fallas de los conocimientos, reglas, habilidades o en aspectos técnicos, aunque también es importante identificarlo desde su fase latente ubicado en las condiciones del ambiente, estado psicológico, equipo, entrenamiento del personal y factores sociales y culturales, pues invariablemente están conduciendo a la materialización del evento.

A pesar de que en la última década el número de publicaciones acerca del error médico superó a muchos tópicos, no conocemos con precisión la prevalencia ni su magnitud, particularmente en nuestro país.

En los Estados Unidos de Norteamérica y en Australia, varios estudios multicéntricos demostraron que entre el 16.6 y el 36% padecieron de una o más enfermedades iatrogénicas; en el 13.7% la discapacidad fue permanente; el 9% presentó complicaciones mayores y entre el 2 y 4.9% se consideró que el daño iatrogénico fue directamente responsable de la muerte. En el 51% los efectos adversos fueron considerados como prevenibles. Estos efectos y los eventos potencialmente adversos implican error. En contraste, los no prevenibles sugieren anticipadamente que son complicaciones inevitables. Los sistemas computarizados han influido para disminuir la posibilidad de error, detectando irregularidades, sobre todo en los efectos adversos producidos por medicamentos, en un porcentaje de 1.7%, y que combinado con los reportes del expediente se incrementó al 6.5%.

En el área quirúrgica, todas las situaciones en las cuales se tomó una decisión inapropiada existía la posibilidad de

elegir otra alternativa. En 1999 el Instituto de Medicina de Estados Unidos informó que un número mayor a 50,000 defunciones hospitalarias eran por errores médicos. Estas cifras son superadas únicamente por enfermedades cardíacas, trauma, cáncer de pulmón y vías respiratorias. El cálculo más mesurado colocaría al error médico como la octava causa de muerte en Estados Unidos de Norteamérica, superado solamente por accidentes de vehículos automotores, cáncer mamario y SIDA.

Cerca de la mitad de los eventos adversos ocurren como resultado de cirugía; los medicamentos y los errores de diagnóstico son los eventos no quirúrgicos más frecuentes. El error médico en la administración de medicamentos es responsable de 7 mil muertes cada año, superando el número de decesos por lesiones de trabajo, que son 6,000 al año.³

De un estudio cuasiexperimental en nuestro país, fue posible concluir que de 1,385 indicaciones médicas el 82.5% se actualizaron cada 24 horas y 17.5% cada 72 horas. Se identificó una tasa de 8.7% de equivocación en las indicaciones cada 24 horas, contra el 12.6% de las efectuadas cada 72 horas; la mayoría estuvo relacionada con nombres de medicamentos mal escritos.⁴

Afortunadamente los errores no siempre son tan graves; sin embargo, sí influyen en la vida del paciente, prolongando la enfermedad, produciendo reacción adversa con todos los inconvenientes que representan para él, aumentando los días de incapacidad, produciendo limitaciones físicas y laborales, sin olvidar el incremento de costos que esto significa para el propio paciente, la institución y el país.

La literatura extranjera demuestra la alta incidencia de errores médicos. En nuestro país no existen estadísticas al respecto; sin embargo, los pacientes manifiestan cada vez más su inconformidad en el rubro de salud, de tal suerte que las controversias surgidas son ventiladas en las distintas instancias jurisdiccionales, Comisión Nacional de Derechos Humanos o en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico dentro de la resolución alternativa de conflictos. Aunque no tenemos la certeza de que son producto de error médico, los siguientes datos pueden ofrecer un panorama; las principales áreas médicas afectadas son: traumatología y ortopedia, ginecoobstetricia, urgencias y cirugía.

De manera comparativa, analizando los resultados de un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo de 283 dictámenes de los archivos de la Dirección General de Coordinación de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la República (1976-1992), en el 31.44% existió falta médica, en el 78.65% negligencia y en el 21.34% impericia; el servicio médico más afectado fue ginecoobstetricia, con el 35.95%, seguido por cirugía general, con 19.10%.⁵

De las 843 Opiniones Técnicas realizadas en la Secretaría de Salud en el periodo comprendido de 1989 a 1994 las especialidades más afectadas fueron, en orden regresivo: ginecología, cirugía general, pediatría, ortopedia, oftalmología, odontología.⁶

De los 1,753 dictámenes médicos emitidos en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico durante el periodo 1996-2000 el resultado en función a la participación del profesional de la salud fue: 51% demostró mala práctica y el 49% buena práctica. En el 2001, en las resoluciones de la función pericial en dicha institución se determinó buena práctica en el 37% y mala práctica en el 63%, y para el año siguiente fue 48 y 52%, respectivamente. Para el 2007 únicamente en los dictámenes solicitados por instancias de impartición de justicia, no hubo evidencia de mala práctica en el 43%, mientras que en el 57% existió evidencia de mala práctica; con relación causal y sin relación causal en el 24.14 y 32.76%, respectivamente.

¿Qué está pasando? ¿La actuación médica está en declive?

La contestación enfática sería: no, simplemente estamos observando un fenómeno con mayor cercanía y conciencia.

El origen del error médico es complejo y multifactorial, lo que dificulta establecer de manera integral todos los elementos de riesgo. El mayor riesgo de muerte está asociado a casos complejos, enfermedades que requieren atención de urgencia, intervenciones que potencialmente salvan la vida, en pacientes con mayor edad y asociada a patología múltiple.

A pesar de que en un inicio la génesis de los errores caían en el terreno individual, los análisis posteriores y la postura actual señalan una falla sistémica como la responsable de estos eventos.

En la medida que existan registros médicos confiables, información suficiente, valoración objetiva del fenómeno y sus consecuencias, amén de la participación integral de las organizaciones de salud, los profesionales de la salud y el paciente mismo, tendremos a nuestro alcance la posibilidad de dar un paso firme en este camino de la medicina. Troidi⁷ comentó que el concepto de analizar una falla o error tiene tres tiempos o pasos: el primer paso es contar/escrutar la complicación. El segundo paso es analizar –generalmente se hace. El tercero y más importante paso, sin embargo, es diseñar modos para evitar complicaciones, especialmente desastres. En apoyo a esto, en Norteamérica se han creado Unidades Clínicas de Riesgo cuya finalidad es establecer protocolos de investigación para determinar las causas directas de los errores médicos e implementar las estrategias correctivas.

Reiterando que la etiología del error médico es multifactorial y complejo, se reconocen factores directos o in-

directos a la participación del médico. La mayoría de los primeros surgen cuando el médico no tiene la capacitación idónea, es inexperto, introduce nuevas técnicas, actúa con exceso de confianza, delega la responsabilidad en personal que desconoce al paciente o carece de experiencia, falta de comunicación o trabajo en conjunto del equipo quirúrgico; no realiza el seguimiento requerido o subestima la información proporcionada por el paciente sin confirmarla o descartarla con la metodología clínica. Otros factores directos pueden ser la fatiga y el estrés, ampliamente estudiados y demostrados en aviación.

Los factores indirectos están relacionados con la influencia del entorno, sobre demanda, falta de recursos de toda índole: físicos, humanos, insumos, etc. errores administrativos en los que un médico debe sustituir a otro sin conocer a profundidad al paciente y su patología.

Las consecuencias del error médico pueden ser tan simples o tan graves como pasar inadvertido o provocar la muerte del paciente. Puede producir discapacidad orgánica o funcional, parcial o total, temporal o permanente; además de daño psicológico, difícil de ponderar por la subjetividad del proceso pero indiscutiblemente presente. No debemos pasar por alto dos repercusiones importantes: los cambios en las condiciones familiares y en el área laboral, diezmada con las consecuentes pérdidas en la industria.

En la medicina moderna no hay lugar para los errores médicos. Los avances tecnológicos permiten hacer diagnósticos precisos; los tratamientos de vanguardia dan confianza a la sociedad. El conjunto permite identificar a los profesionales como infalibles.

Recuperar la salud cuesta dinero, el incremento en los costos por este fenómeno es un tema que no debe pasarse por alto. Y si se presenta en las instituciones de salud, puede tener mayor peso. Significativamente, el presupuesto de cualquier sistema de salud, incluyendo el nuestro, está limitado y no alcanza a cubrir las necesidades, con más razón si se incrementan los eventos adversos.

Este análisis sería incompleto si no mencionáramos el efecto que se produce en el médico. Este personaje también es víctima del error, por la intranquilidad que refieren a partir del hecho, inseguridad en continuar realizando los mismos procedimientos, alteraciones en su estado de salud, o ver alterado su prestigio profesional, además de tener que enfrentar las consecuencias del error, responder con veracidad y ética al paciente, especialmente si le causó daño grave, así como informar y confrontar a los familiares o el temor al litigio, si es que se ha presentado una denuncia.

Las estrategias propuestas para reducir el error médico pueden ser interminables; sin embargo, en forma genérica son: mejorar la comunicación entre médico y paciente,

aplicar la medicina basada en evidencias, enfatizar la metodología clínica con una vigilancia adecuada, estandarizar los procedimientos, enfatizar en el manejo del riesgo, desarrollar competencias necesarias para el uso de la nueva tecnología, capacitar y ampliar los conocimientos en la investigación y, finalmente, incidir en los médicos en formación con estos nuevos esquemas de atención médica. Tan simple como leer y escribir medicina; y asistir a congresos y reuniones médicas para estar actualizado.

Todo lo llamativo que pareciera el error médico, se desvanece al hablar de un buen resultado; de hecho, el sinúmero de acciones en el terreno médico muchas veces pasan a formar parte de las estadísticas que sólo ponderan la producción de servicios más que el éxito cotidiano.

Entonces, el acierto médico lo podemos definir como el acto médico que integra los elementos técnico, científico, ético, humanístico y normativo a favor del bienestar y satisfacción del paciente, independientemente del resultado obtenido, pues sabemos que la medicina no es una ciencia exacta y que la respuesta individual de los pacientes es diversa, así como de sus circunstancias. Dicho de otro modo, mejorar la calidad de vida de un paciente con patología incurable, o retardar el deterioro orgánico propio de una enfermedad degenerativa, con la aceptación informada del paciente, transformarán una potencial inconformidad en un acierto médico. Sin embargo, como no tiene impacto publicitario, el médico tiene el compromiso de transmitirlo a la sociedad, sobre todo cuando la transición terapéutica constituye el cambio de una medicina paternalista a una medicina donde prevalece la autonomía del paciente, permitiendo la toma de decisiones respecto a su salud y vida en pleno uso de la voluntad. Este derecho lo hace copartícipe en su atención médica enfatizando su rol participativo y no pasivo identificado de antaño y a su vez le confiere derechos y obligaciones.

Tenemos ante nosotros un gran reto: reducir y evitar al máximo el error y potencializar los aciertos médicos. Tarea que requiere la participación de los profesionales de la salud, organizaciones médicas y de enseñanza y desde luego del paciente; sólo así estaremos fomentando una **cultura de la práctica médica segura**, cuyo sustento puede centrarse en los siguientes puntos:

- Formación y educación médica continua idónea
- Fortalecer la relación médico-paciente
- Enfatizar la metodología clínica
- Manejo óptimo de recursos
- Promover el trabajo en equipo
- Supervisión y auditoría
- Conocer y aplicar la normatividad
- Implementación de sistemas de calidad
- Participación activa del paciente y sus familiares

REFERENCIAS

1. Guarner V. La desaparición del cirujano general. Una especialidad que se extingue después de 20 siglos. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2004; 2: 197-200.
2. Lifshitz A. Iatrogenia en medicina interna. *Revista de la Asociación de Medicina Interna de México* 1995; 11: 31-43.
3. Corrigan J. The patient safety story. *BMJ* 2005; 331: 302-304.
4. Rendón MME, Heyser OSE, Reyes ZNC. Índice de anotaciones médicas equivocadas. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 285-291.
5. Carrillo FLMR. Concepto de responsabilidad profesional. *La responsabilidad profesional del médico*. 3^a ed. Porrúa México 2000.
6. Moctezuma BG. Retos y perspectivas de la responsabilidad profesional del médico. *La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1995: 91-107.
7. Troidi H. Endoscopic surgery- A fascinating idea requires responsibility in evaluation and handling. In: Zoltán Szabó, Morris D. Kerstein, James L. Lewis editors. *Surg Tech Int III*, Universal Medical Press, Inc. 1994: 111-117.

medigraphic.com