

Cirugía y Cirujanos

Volumen **71**
Volume

Número **5**
Number

Septiembre-Octubre **2003**
September-October

Artículo:

Iatrogenia ¿error individual?, ¿falla de sistema?

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Iatrogenia ¿error individual?, ¿falla de sistema?

Acad. Dr. Eduardo Vázquez-Valdés,* Dr. Eduardo Vázquez-Rossainz,**
Dra. María del Carmen Barradas-Guevara*

Resumen

Se ha considerado que la iatrogenia es una situación generada por la acción errónea de un individuo. Sin embargo, los autores proponemos que ésta se acepte como una omisión colectiva de naturaleza muy compleja, en la que los elementos de gasto social, la formación de todos los profesionales de la medicina, la capacitación a los administradores e incluso la educación al público, son elementos generadores de posibles problemas resultantes de la acción requerida para tratar alguna enfermedad médica o quirúrgica, considerando la participación del médico sólo como parte de todo un sistema. Se recomienda la detección preventiva de los errores latentes y el estudio de los cometidos, incluyendo la diferencia en la calidad de la atención, y a partir de ello establecer las medidas necesarias para su prevención.

Palabras clave: iatrogenia, evento adverso, error médico.

Summary

Iatrogenesis has been considered for a long time as a situation created by the wrongdoing of an individual, that is, the physician. Nevertheless, we propose that medical error be considered a very complex "social omission" in which public funding, training of health professionals including administrators, and even the public education may be responsible for an adverse medical event, considering that medical officials are just a part of a system. Detection of latent errors and the epidemiologic study of those that have occurred, including differences in quality, must be considered as the main effort in prevention.

Key words: Iatrogenesis, Adverse effect, Medical error.

Introducción

Iatrikos es una palabra de origen griego que se refiere a la incumbencia de la medicina o del médico y a su vez se relaciona con la también palabra helénica *iatros* para designar a los que practican la medicina.

Iatrogenia (Gr *iatros* + *génesis*) es un término que inicialmente se usó para designar a trastornos mentales como la autosugestión generada en los pacientes debido a las ideas inducidas por la acción del médico tales como el lenguaje utilizado, las maniobras de exploración o comentarios sobre la naturaleza, origen y pronóstico del padecimiento.

Actualmente se extiende para definir cualquier resultado indeseable experimentado por un enfermo (o sus familiares), resultante directo de la intervención del *iatros* (médico).

En términos jurídicos delito (*delictio*) es un acto u omisión que sancionan las leyes de defensa social, se contempla en este país en los llamados Códigos de Defensa Social y de Procedimientos en Materia de Defensa Social; cada entidad federativa tiene el propio, incluyendo al Distrito Federal. Todos consideran al llamado "delito de culpa" del que se dice es "aquel que se comete sin intención, por imprudencia, imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado, causando igual daño que con un delito intencional"⁽¹⁾.

Por la naturaleza del texto se omite, pero se recomienda al lector consultar con su diccionario el significado de los términos prudencia, prever, negligencia y pericia. La conclusión jurídica es que iatrogenia es un delito *de culpa* cometido por un médico, aunque el término nunca se encontrará en un código civil.

La pregunta que los autores nos hemos hecho con insistencia es si la "iatrogenia" sólo resulta de la acción del médico o puede ser generada por una omisión colectiva, en cuyo caso este delito culposo no sería individual sino el resultado de una "omisión" social.

* Servicios de Salud del Estado de Puebla.

** Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Eduardo Vázquez-Valdés
Avenida Juárez No. 2118-401. Colonia La Paz. CP. 72160 Puebla, Pue.
Teléfono: (222) 248-57-50
E-mail: vaveed@hotmail.com

Recibido para publicación: 29-05-2003.

Aceptado para publicación: 07-08-2003.

Asimismo, otra interrogante sería si la “falta de calidad” o la “calidad diferenciada” es en sí una “iatrogenia” que se debe combatir en todos los frentes con muchos actores sociales, no únicamente los médicos y en un término más amplio por un equipo multidisciplinario y multisocial.

Es el objeto de este trabajo, hacer planteamientos para que como cirujanos, no sólo se señale lo que todos debemos hacer como tales para evitarle, sino que ubiquemos el área de nuestro desempeño en el contexto social en el que vivimos.

Algunas definiciones

Salud se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

Error es un concepto equivocado o juicio falso, acción desacertada o equivocada y es tal su impacto que “todos los aciertos juntos no bastan para desmentir un solo y mínimo error”⁽²⁾.

Acontecimiento adverso en medicina, es una lesión causada durante el tratamiento que resulta en una incapacidad que se puede medir⁽²⁾.

El *acontecimiento adverso previsible* es atribuido a un error⁽²⁾.

El *error médico* es un acontecimiento adverso que puede prevenirse con el conocimiento y el entrenamiento actualizado⁽²⁾.

Sistema es la combinación de partes reunidas para obtener un resultado o formar un conjunto que aglutine principios verdaderos y elementos interactuantes o interdependientes creando un “todo unificado”, cuyas partes ordenadamente establecen una relación entre sí contribuyendo a un fin⁽²⁾.

Un *error de sistema* es el producto de una serie de acciones u omisiones que llevan a la toma de decisiones equivocadas⁽²⁾.

Todas ellas en realidad complementan las posibles circunstancias en las que una política, una decisión, una acción o una omisión pueden llevar a que un sujeto enferme o no obtenga los resultados esperados del tratamiento de su patología, y ubican con precisión lo que es un error individual dentro de toda una estructura diseñada para atender a un ser humano.

Concepto salud

La definición de la OMS es muy clara, pero en realidad todos aquellos centros de formación de recursos humanos para la salud, orientan más la preparación para el manejo de enfermos; mínimo es el interés en la prevención y si se desea profundizar en la materia, hay que cursar una maestría o doctorado después de la licenciatura.

Los autores no encontramos una sola publicación en la cual se identifique como resultado de *error, iatrogenia, acontecimiento adverso previsible* etc.; por ejemplo, a las muertes por cólera que aún se dan en el mundo. Cuando una mujer requiere de la participación de un cirujano para efectuar una histerectomía radical por cáncer de cérvix y algo va mal, es a quien opera al que se acusa, cuando en realidad fue la insuficiente actividad en la detección oportuna de la displasia la que determinó el riesgo de un tratamiento que podría haberse evitado. Tenemos la cultura del combate a las enfermedades y juzgamos la actividad en “salud” en esa medida; pero las causas de la pérdida de la misma deben ser cuidadosamente analizadas y darle su justo lugar como responsable de un acontecimiento adverso, incluso a la responsabilidad del individuo al no aceptar las recomendaciones para evitar contraer un padecimiento o contribuir a una detección oportuna y temprana.

Es evidente que los cirujanos hemos descuidado el asunto y es excepcional que como tales nos preocupen las actividades epidemiológicas.

Gasto social y política en salud

Al hacerse público un resultado adverso previsible, de inmediato se busca a un médico responsable. Cuando por alguna razón se considera que este problema se debió a la insuficiencia de recursos financieros se culpa a un funcionario; pero la sociedad nunca se autoanaliza y propone por sí misma un incremento en sus impuestos para mejorar la calidad de la atención y la suficiencia del abasto. Después de todo: “El trabajo anual de cada nación es el fondo que la surte originalmente de todas aquellas cosas necesarias y útiles para la vida que se consumen anualmente en ella y que consisten siempre o en el producto inmediato de aquel trabajo o en lo que con aquel producto se adquiere de las demás naciones”⁽³⁾.

Podría darse el hecho como en nuestro país de que la economía dependa de manera importante de una riqueza natural, en ese caso la decisión ciudadana debe considerar qué proporción de esos recursos habrá de orientarse hacia la atención a la salud o hasta qué porcentaje del ingreso per cápita debe destinarse para su financiamiento.

Calidad

Es “una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten apreciarle como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”⁽²⁾.

Desde luego es una percepción individual y quien no tiene punto de comparación la puede aceptar como adecuada, mala o excelente de acuerdo a su sentir. En la práctica diaria hay calidades diferentes de atención como podría ser el re-

sultado del manejo de pacientes con neoplasias idénticas en donde los enfermos del cirujano “A” con cáncer de colon tienen supervivencia promedio de dos años, comparados con los del cirujano “B” cuyos pacientes sobreviven más de cinco años en el mismo hospital o en servicios médicos análogos en diferentes áreas geográficas⁽⁴⁾.

Ejemplo reciente resulta de la colecistectomía laparoscópica en instituciones de seguridad social, donde en esencia todos los usuarios tienen el derecho a menos días de dolor y de incapacidad; sin embargo, la práctica de estos procedimientos sólo se realiza en ciertos turnos por razones diversas.

Muchos pacientes de la medicina privada están muy satisfechos con la “calidad” de la atención recibida, pero ¿influyen las instalaciones en la evaluación del manejo técnicamente realizado? Por ejemplo, en varios hospitales privados aún existen “cuneros” para los recién nacidos, se practican casi rutinariamente circuncisiones, no se promueve la lactancia materna, se difiere el esquema de vacunación del recién nacido y la madre permanece en la unidad hospitalaria más de 24 horas, no se diga del número elevado de nacidos por cesárea ¿Será realmente un “servicio de mejor calidad” que el proporcionado en unidades del Sector Público certificadas por la OMS como “Hospitales Amigos del Niño y de la Madre”, en donde la consigna es evitar cesáreas, promover la lactancia materna, el alojamiento conjunto, la administración de primeras dosis del esquema de vacunación etc., pero que en general cuentan con instalaciones modestas?

En el mismo Sector Público existen Institutos Nacionales de Salud, Centros Médicos, Hospitales de Seguridad Social y unidades de atención a población abierta. La diferencia entre ellos es en ocasiones abismal, aunque a los que se atiendan sean igualmente mexicanos.

La masificación y burocratización de la atención médica pública y a veces la privada, han hecho que se pierda la relación médico paciente, siendo indispensable e impostergable fortalecer el eslabón que permita una unión de fe y confianza entre quien sufre y entre quien alivia^(5,6); y no meramente se trate como una línea de producción en donde lo único que importa es el volumen de la atención, creyendo que por cumplir metas se hace mejor.

Errores médicos y errores de sistema

La práctica de la medicina: ¿se trata de un esfuerzo personal?

Afirmamos categóricamente que no, veamos porqué.

a. Formación

La formación de un estudiante en cualquier disciplina relacionada con la atención de enfermos debe ser homogénea. En este país aún estamos muy lejos de lograrlo, por

ejemplo, con frecuencia se habla de las Escuelas de Medicina de excelencia así como de las “otras”, aunque realmente es absurdo que se liste a las últimas dado que por definición, no deberían existir ¿Cuál es el “estándar” aceptado? La planta de maestros difiere considerablemente en su preparación y con frecuencia las diferencias se extienden hasta en los contenidos curriculares. Hace algunos años, incluso se creó una Escuela de Medicina Rural como si la práctica de la profesión pudiese catalogarse de acuerdo a la ubicación geográfica y quienes la reciben sean ciudadanos con derechos diferentes.

En el postgrado sucede algo similar. Las características de los centros de formación son en ocasiones diametralmente opuestas, aun en los mismos campos de la especialidad existen marcadas diferencias y no existe uniformidad alguna. La preparación del profesorado es heterogénea, como lo es el equipo que se usa y la patología que se atiende.

b. Educación y capacitación continua

¿Existe la “obligación” personal-laboral de seguir actualizando conocimientos y habilidades? Creo que la respuesta es un simple no. Quizá en todos los médicos existen los buenos deseos por superarse, pero no todos tienen las mismas posibilidades y realmente no es forzoso hacerlo. En la enorme mayoría de los casos depende del interés individual y de la capacidad económica. Los autores desconocemos la existencia de alguna institución en que rutinariamente se capacite a su personal sin importar sus responsabilidades, o se asegure que los cirujanos sigan cuidadosamente un programa de Educación Médica Continua el cual incluya la práctica en los laboratorios de cirugía experimental o en simuladores⁽⁷⁾. En el ejercicio privado de la profesión esto es sin duda más serio. No hay marco jurídico alguno, ni contrato laboral que lo haga obligatorio.

e. Fuerza laboral

El conjunto de personas que interviene es numeroso, el cirujano finalmente lo que hace es operar nada más, pero el resultado depende de la interacción de todos. El recambio de los actores es mayúsculo en la mayoría de los hospitales y con frecuencia se improvisa como sucede por ejemplo con los instrumentistas. Es evidente que la falla de cualquier eslabón puede desembocar en una tragedia^(8,9).

d. Administración

De esta área depende la contratación de personal, el diseño y mantenimiento de la planta física, lo adecuado del equipo, así como su funcionamiento y renovación, la calidad de los bienes de consumo y hasta la limpieza de las áreas. En

todo lo mencionado con frecuencia hay problemas y los médicos se involucran poco en ello, limitándose con mucha frecuencia a la crítica, pero no a las propuestas edificantes.

e. Política social y salud

Quizá sea el renglón más importante. Hay diferencias tremendas en el financiamiento, existe el prepago y el llamado pago por evento. Asimismo, hay medicina asistencial y medicina privada, en la primera dentro de una misma institución de tipo social las unidades de los hospitales son diferentes en muchos aspectos, se sigue hablando de Centros Médicos, o de hospitales de concentración o de “tercer nivel”; sin embargo, sólo atienden a una minoría de la población con esta prestación, los demás se tratan en unidades con menos recursos. La práctica privada de la medicina se realiza en clínicas y hospitales muy diversos, desde casas habilitadas como sanatorio hasta instalaciones modernas y funcionales.

La educación profesional también es distinta, existen universidades públicas y privadas y en algunas disciplinas, escuelas o academias; mientras unas son autónomas otras sólo tienen registro en las Secretarías de Educación de los Estados.

f. Práctica quirúrgica

Las características de ella son muy singulares, baste por ejemplo señalar habilidades y condición física.

La introducción de la laparoscopia ha establecido literalmente un reto sobre los sistemas de entrenamiento, entre otras cosas por las barreras psicomotoras que genera la interfase videoscópica⁽¹⁰⁾. Seguir basando el entrenamiento en cirugía con el método tutorial tradicional definitivamente generará diferencias importantes entre los cirujanos que provengan de sitios en donde se efectúen rutinariamente estas técnicas, de aquéllos cuyas residencias se realicen en lugares en donde no se cuente con estos recursos.

La condición física es también sin duda un elemento importantísimo. Si tomamos en cuenta una vida promedio quirúrgica de 30 años, podemos imaginar sin dificultad los posibles cambios sufridos por nosotros a lo largo de la vida; por ejemplo, sobre la vista, pulso y resistencia. La disminución de habilidades no se prevé, y el cirujano entendidamente es renuente a aceptarlo o simplemente no lo percibe, situación que se agrava al no existir rutinariamente la posibilidad de un cambio de actividad sin menoscabo del estatus.

Comentario

La práctica de la medicina, y muy particularmente de la cirugía, debe considerarse como un sistema seguro con calidad “promedio” y el cirujano debe haber recibido todas las necesidades básicas de formación, las cuales deben ser homo-

géneas y continuar manteniendo sus habilidades además de renovar periódicamente sus conocimientos. El ejercicio de su especialidad debe sustentarse con los requerimientos materiales suficientes que le permitan proporcionar una atención adecuada, además de que invariablemente se conozca la epidemiología de los errores y las medidas para prevenirlos.

El resto del personal debe igualmente de acuerdo a sus obligaciones ser sometido a este riguroso análisis permanente, y la sociedad además de estar informada tiene que contribuir con su esfuerzo a mejorar el gasto en salud para que reciba en todos los rincones del territorio nacional la misma atención.

Es muy recomendable que se tenga la cultura de comunicar todos los resultados adversos para que al igual que en la industria, se establezcan los mecanismos correctivos para impedir su repetición⁽¹¹⁾.

Debe quedar muy claro el concepto de la “seguridad del paciente” la cual sólo se logra por un servicio médico que busque permanentemente reducir la probabilidad de que se presenten acontecimientos adversos, incluso como resultado de la falla de actividades preventivas dependientes de autoridades muy ajenas al contexto médico (ejemplo: potabilización del agua).

El error individual sólo debe considerarse como uno de muchos factores que llevan a malos resultados, si bien la responsabilidad unipersonal existe, la meta debe ser que no sólo se acepte su existencia sino que presuponga que la *falla humana* ocurre.

Los errores y los olvidos son algo que existen por sí mismos; pero más se logra reconociéndolos y adecuando mecanismos para evitar que sucedan nuevamente, que señalando con dedo acusador a sólo un sujeto⁽⁸⁾.

Una *falla humana* es aceptable, la repetición de la misma en idéntico entorno es inadmisibles, porque en esta circunstancia serán los controles los que al fallar no impidan la recurrencia.

El análisis del error debe tomar en cuenta la raíz del problema debiendo ser documentado, analizado en profundidad y seguido de recomendaciones para impedir su repetición.

De todo lo anterior se desprende que el médico sólo es parte de un sistema y esto hace tremendamente importante que la mayoría de las fallas se deba al diseño equivocado del mismo, lo que de antemano ocasiona la existencia posible de “errores latentes”⁽¹²⁾.

Es igualmente evidente que hay “errores activos” que se atribuyen al desempeño individual deficiente, lo cual obliga a reconocerlos y analizar su origen, aun sin existir queja de los enfermos. Los resultados adversos deben discutirse de manera rutinaria para crear mecanismos de seguridad preventivos tal y como lo hacen las industrias.

Así como se habla de la “seguridad industrial” siempre se debe hablar de la “seguridad del individuo” (acciones pre-

ventivas), y de calidad y seguridad en el manejo del paciente, aunque él no lo sepa. Actualmente la práctica médica debe verse realmente como una empresa, es decir un “sistema” productivo no un generador de “riqueza” material, sino orientado para que los individuos puedan gozar de la única y verdadera fortuna que es la salud.

Los médicos tenemos la gran responsabilidad de promover la cultura de la seguridad, comunicando nuestros accidentes, platicando de las dificultades encontradas y participando en equipos multidisciplinarios que analicen los resultados adversos generados y hagan las propuestas de cambio necesarias, no sólo en los hospitales sino en todas las áreas que se han mencionado anteriormente. Esta cultura debe sembrarse desde las instituciones de formación de recursos humanos para la salud sin importar el nivel (enfermeras, médicos, personal administrativo, etc.).

Si en este país los médicos no lo empezamos a hacer de inmediato, en un futuro no muy lejano lo estarán imponiendo los administradores y los abogados.

Los primeros verán en el error médico no únicamente un mal servicio sino una pérdida económica y guiados por ese interés sus decisiones no tendrán el contenido de respeto a la vida que nos motiva y guía, sino la intención de evitar pérdidas económicas.

Los segundos buscarán “delitos de culpa” y además de reparaciones económicas de daños, exigirán castigos corporales y económicos para los “delincuentes” que lo único que

hacen es intentar aliviar el sufrimiento y ganarse la vida honradamente.

Referencias

1. Códigos de Defensa Social y de Procedimientos en Materia de Defensa Social. Estado de Puebla, Puebla, México Editorial Cajica; 1992.
2. Vázquez VE, Barradas GMC. Como evitar la iatrogenia. En: Arrubarena AVM, Gutiérrez SC, editores. Iatrogenia en cirugía general. México, D.F.: Asociación Mexicana de Cirugía General; 2001: p 111.
3. Smith A. La riqueza de las naciones. 7th ed. Publicaciones Cruz O., S.A; México, D.F. 1994: p. 1.
4. Lerut T. The surgeon as a prognostic factor. *Ann Surg* 2000; 232:729-32.
5. Larson EB. Medicine as a profession back to basics: preserving the physician-patient relationship in a challenging medical marketplace. *Am J Med* 2003;114:168-72.
6. Morarasu C. Communication and iatrogenesis through communication. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 2001;105:690-2.
7. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien M, Bansal VK, et al. Virtual reality training improves operating room performance. *Ann Surg* 2002;236:458-64.
8. Anónimo. Making health care safer: a critical analysis of patient safety. *Evid Rep Technol Assess* 2001;43:i-x:1-668.
9. Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *Med Clin North Am* 2002;4:847-67.
10. Jain M. Assessing medical competence-virtual reality? *Crit Care Med* 2001;29:1290-1.
11. Landry MD, Sibbald WJ. Changing physician behavior: a review of patient safety. *Crit Care Med* 2002;17:138-45.
12. Volpp KGM, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003;348:851-55.

