

## El error médico. Eventos adversos

Héctor Gerardo Aguirre-Gas,\* Felipe Vázquez-Estupiñán\*\*

### Resumen

En la actualidad, la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención médica ha alcanzado una relevancia prioritaria, determinando la necesidad urgente de garantizarles que sus necesidades de salud se vean satisfechas en las mejores condiciones posibles, sin verse complicadas por eventos adversos ocurridos durante el proceso de la atención. En el presente documento se proponen definiciones de los términos error médico, criterio médico, evento adverso y evento centinela, a fin de manejar conceptos semejantes. Se presenta la secuencia de eventos que puede conducir a la toma de una decisión correcta o incorrecta, el error consecuente y su derivación hacia un evento adverso, con daño para el paciente. Se hace énfasis en que la práctica médica está inmersa en un paradigma biológico impredecible, adaptativo, reactivo y creativo, a diferencia de las ciencias físico-matemáticas, que están dentro de un paradigma sujeto a leyes matemáticas, predecible y estructurado. Como consecuencia de esto, en la práctica médica cada paciente es una situación inédita que requiere de todos los conocimientos, habilidades y experiencias, para satisfacer sus necesidades de salud particulares, especialmente en situaciones críticas. Se proponen los medios para protegerse del error médico, incluyendo las guías clínicas, la medicina basada en evidencias, el mantenimiento de la competencia profesional a través de capacitación y actualización continuas, la relación médico-paciente estrecha, el estudio clínico completo y los registros escrupulosos en el expediente clínico. Como consecuencia de los errores médicos, con frecuencia se da lugar a eventos adversos que representan daño para la salud del paciente, o eventos centinela, que pueden tener consecuencias graves para la salud, la integridad o la vida del paciente. Se hace énfasis en que los eventos adversos pueden presentarse sin que esté de por medio un error médico, sino por fallas en la estructura y en los sistemas, incluyendo recursos físicos y tecnológicos, en el mantenimiento, organización, comunicación, personal, capacitación, procesos no estandarizados, falta de supervisión y otros. Se presentan los eventos adversos y los eventos centinela más frecuentes, diferenciando aquellos en los que se cuenta con sistemas de registro bien estandarizados y aquellos en los que no se lleva a cabo un registro sistemático.

**Palabras clave:** error médico, eventos adversos, eventos centinela.

### Summary

At the present time, care the patients safety during across the process of health is a priority target and determine the urgent necessity, to guarantee the satisfaction of their health needs, on best conditions as possible as it is, without complications for adverse events occurring in the medical attention. This paper purpose definition of different concepts like medical error, medical criteria, adverse and sentinel event, in order to define these concepts. Also try to show the sequence of events for a correct or incorrect medical decision, the consequent mistake and the possibility to produce an adverse event, with patient's damage. An important goal is that the medical practice is immersing in a biological paradigm, define like unpredictable, suitable, reactive and creative; very different to the exact science that has a predictable and structured paradigm, supported in mathematical rules. In the medical practice, each patient is an inedited situation and required all the knowledge, skills and experience in order to satisfy specific health needs, particularly in critical moments. The way for protect the occurrence of medical error include the clinical practices guidelines, evidence based medicine, the maintenance of professional competences by the continuous training, the close medical-patient relationship, integral approach of the illness and scrupulous data at the clinical record. In consequence, very often medical errors produce adverse events with damage of patients, or sentinel events with serious consequences of heath, integrity or patient's life. Is important to said that the adverse events could be appear even without a medical error, just for failures in structural and systems issues, including resources and it's maintaining, organizational variables, communication, human resources, training programs, process without standardization, failures an supervision or control phases. This paper shows the current adverse and sentinels events, distinguish between the possibility of its measurement with good and standardized register systems.

**Key words:** Medical error, adverse event, sentinel event.

\* Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

\*\* Asesor de la Unidad de Atención Médica.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### Solicitud de sobretiros:

Héctor Gerardo Aguirre-Gas, Altata 51-402, Col. Hipódromo Condesa, 06170 México, D. F. Tel.: 5277 8043.

Recibido para publicación: 01-06-2006

Aceptado para publicación: 19-06-2006

## Introducción

La misión principal de la profesión médica es participar en el proceso de atención a los enfermos, con el propósito de contribuir a la recuperación de su salud. Dentro de este concepto está inmerso el precepto señalado por Hipócrates, relativo a “primero no hacer daño”, y el postulado de Avedis Donabedian de “procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo”.

En la actualidad, dentro de los principios éticos de la práctica médica,<sup>1</sup> se señala en primer término el “principio de beneficencia”, que a través de varios preceptos nos conduce a promover el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de “no maleficencia”, es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño.

Sentadas estas premisas, se hace evidente el compromiso del médico de prevenir y evitar cualquier acto médico que pudiera ocasionar daño al paciente.

Si tenemos en cuenta que cualquier acto médico puede ser causante de daño para el paciente, y que la situación más propicia para ocasionarlo, como elemento agregado a la enfermedad con que cursa, es la atención hospitalaria, desde la posibilidad de una infección adquirida en el hospital, una complicación o un evento adverso de diferente tipo.

El médico como parte inherente a su profesión, tiene un compromiso ante el paciente y ante la sociedad. Por ello, debe estar bien preparado para prevenir un error, evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente para prevenir sus consecuencias, evitar daños secundarios, secuelas o la muerte de un paciente. Son requisitos indispensables en su práctica: una preparación adecuada, una actualización permanente, un acto médico realizado conforme a los procedimientos y conocimientos médicos vigentes, con decisiones basadas en criterios sustentados por evidencias y, dentro de lo factible, por una amplia experiencia.

Con el propósito de ubicarnos en la magnitud del problema se presenta algunos datos derivados de estudios realizados en Estados Unidos de América del Norte:<sup>2</sup>

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7 % de los pacientes.
- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6.6 y 13.6 % de los casos.
- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte, por arriba de los accidentes en vehículo con 43,458, cáncer de mama con 42,297 o sida con 16,516.

En trabajos previos hemos propuesto el concepto de *calidad de la atención médica*, en términos de “otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, segura y que

permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.<sup>3</sup>

Teniendo como premisa la definición previa, debe tenerse presente permanentemente que la atención médica debe tener como componentes constantes:

- Oportunidad.
- Estar centrada en el paciente.
  - Satisfacer sus necesidades de salud.
  - Satisfacer sus expectativas.
- Calidad.
- Seguridad.
- Efectividad.
- Eficiencia.
- Equidad.
- Satisfacción del usuario.
- Satisfacción del personal.
- Basarse en la capacitación y actualización permanente del personal.

El error médico, como causa de eventos adversos, ha sido uno de los temas de mayor actualidad en las discusiones sobre la calidad de la atención médica en nuestro país, tanto por las demandas frecuentes en el ámbito jurídico (de los pacientes en contra de los médicos), como por las quejas presentadas ante las Comisiones de Derechos Humanos, Nacional y del Distrito Federal, particularmente desde que en las instituciones de salud aparecieron los Departamentos de Quejas.

En años recientes, la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico vino a dar un giro importante en la atención de estos problemas. La posibilidad de que una queja fuera analizada por médicos especialistas, con un procedimiento protocolizado, con metodología científica y la posibilidad de promover una conciliación entre las partes en conflicto, ha permitido resolver la mayor parte de las quejas presentadas.

Desde entonces, la promoción de las quejas por abogados, a las salidas de los hospitales o en los servicios de urgencias, para obtener dinero de los pacientes, de sus familiares y de los médicos, a través de presentar demandas y obtener porcentajes muy importantes de lo conseguido, ha venido a menos significativamente.

La opción que ahora se tiene de poner en contacto al médico con las personas que están presentando la queja, ha permitido que en un gran número de casos, las explicaciones dadas por el primero y la comprensión del problema por los afectados, conduzcan a un desistimiento de la queja.

En la actualidad se cuenta con la *Carta de los derechos de los pacientes*, que permite que el médico tenga conciencia de sus compromisos ante ellos, y la *Carta de los derechos de los médicos*, que permite a los pacientes y a sus familiares, conocer hasta donde está obligado un médico al prestar sus servicios. Ha disminuido el número de quejas porque los médicos

se preocupan por no dar lugar a ellas, y los pacientes tienen conciencia de no presentar quejas fútiles.

Debe tenerse en cuenta que en la naturaleza coexisten un paradigma físico y un paradigma biológico. El paradigma físico es predecible, estructurado y sujeto a leyes matemáticas; el paradigma biológico es impredecible, variable, adaptativo y reactivo. La medicina, como disciplina, está inmersa en el paradigma biológico.<sup>4</sup>

En la práctica médica, cada paciente nuevo es una situación inédita, generadora de incertidumbre, que requiere la competencia del médico a través de todos sus conocimientos, habilidades y experiencia, que hace necesario establecer comunicación abierta con el paciente y su familia; poner en juego la iniciativa y la creatividad del médico, romper paradigmas y redefinir criterios y tomar decisiones especialmente en situaciones críticas no previstas, exponiéndose con ello al error médico.<sup>4</sup>

Es necesario tener en cuenta que “es imposible estandarizar a los pacientes, dada su enorme variabilidad, puesto que no se trata de enfermedades, sino de enfermos”.<sup>5</sup>

Todavía se discute si la medicina es una ciencia o no lo es, en función de numerosos factores, entre ellos el desconocimiento y falta de control de muchas de las variables que interviene en la práctica médica y la falta de reproducibilidad de la mayoría de los fenómenos biológicos. Se discute si la medicina es ciencia, arte, fe o magia, o tal vez una combinación de todas ellas. Edmund Pellegrino dice que: “la medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades”.

La falta de control de las premisas para la toma de decisiones puede conducirnos a un diagnóstico equivocado, a un tratamiento no efectivo o a un evento adverso; la infalibilidad en el acto médico es muy vulnerable.

A final de cuentas “el resultado de las decisiones es probabilística; una buena decisión no siempre conduce a un buen resultado, de la misma manera que una mala decisión no siempre es dañina”, de tal manera “aunque los buenos resultados no pueden garantizarse, debemos aceptar que los médicos que toman mejores decisiones, acumularán el capital de una práctica más eficaz y segura para sus pacientes”.<sup>6</sup>

Por otra parte, “la normatividad y la estandarización de los procesos de atención médica, no pueden ser exhaustivas ni a detalle, sino lineamientos de carácter general y abiertos a diferentes opciones y tomar decisiones diferentes. Por lo tanto los procedimientos médicos no deben ser sujetos de auditoría”.<sup>4</sup>

“El médico debe de tener un grado considerable de autonomía, que le permita tomar decisiones creativas, desarrollar nuevos criterios y tomar la iniciativa, por fuera de las normas, especialmente en situaciones críticas”.<sup>4</sup>

En las matemáticas, la física y la química, consideradas ciencias exactas, donde se tiene control de todas o cuando menos de la mayoría de las variables, llegan a presentarse errores, justificables o justificados o no. Por ello, ninguna de las profesiones y ninguna de las ciencias están exentas del error.

Son conocidos los errores cometidos en los cálculos de construcciones por los ingenieros, que conducen a su derrumbe con sismos de magnitud variable; errores en la planeación económica, que han dado lugar a crisis que han afectado de manera importante a una gran parte de la población; los errores políticos y, entre ellos, no puede ignorarse al error médico.

## Conceptos

En virtud de que en la bibliografía sobre el tema se emplea una terminología muy variada, no siempre coincidente, se propone un conjunto de definiciones, relativas a los conceptos que se utilizan en un trabajo previo y se ponen a consideración de los lectores:<sup>7</sup>

*Error*: “acto humano relativo a no acertar o cometer un error”.<sup>8</sup>

En este concepto está implícita la posibilidad de equivocarse al tomar una decisión a través de la aplicación de un criterio médico. Sin embargo, es conveniente hacer mención de la frase “errar es humano”, que hace referencia a la imposibilidad de ser infalible, inherente con nuestra condición de pertenencia a la especie humana. Dentro de los *Derechos de los médicos*, propuestos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se considera al médico como un ser falible, en términos de “que se reconozca su falibilidad como humano que es, en los aspectos inherentes a su profesión”.

En atención al postulado anterior, ¿qué es un error?

*Error*:<sup>8</sup> Concepto equivocado.

Juicio falso.

Acción desacertada.

Diferencia entre un valor medido o calculado y el valor real.

Equivocación de buena fe.

Si nos ubicamos en la práctica médica, las acepciones más claramente aplicables son las de “juicio falso”, “acción desacertada” y “equivocación de buena fe”, teniendo en cuenta con relación a esta última, que un acto de mala fe, implica dolo y, por lo tanto, daño intencional y estaría sujeto a una sanción o al ejercicio de una acción penal.

Tomando como base los conceptos presentados, se propone la siguiente definición para el concepto de:

*Error médico*: “conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”.<sup>7</sup>

¿Cuál es entonces el reto al que nos enfrentamos los médicos?

- Toma de decisiones con base en la aplicación de criterios y no con base en normas precisas.

¿Cuál es entonces en concepto de criterio?

*Criterio:*<sup>8</sup> Norma para conocer la verdad.  
Juicio o discernimiento.

Se propone la siguiente definición:

*Criterio médico:* “juicio clínico tendente a la toma de la decisión correcta en la práctica médica, sustentada en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia”.<sup>7</sup>

Como consecuencia de lo anterior:

- Si una decisión clínica, claramente correcta y una decisión claramente incorrecta, conforme a los conocimientos, evidencias, experiencia y razonamiento clínico del médico, no es necesario aplicar ningún criterio; la opción es sencilla: tomar la decisión correcta y desechar la incorrecta. Tomar la decisión incorrecta implicaría cometer un error médico.
- Cuando con base en los conocimientos médicos, las evidencias y la experiencia, no existe una opción evidentemente correcta o una evidentemente incorrecta, es necesario aplicar el razonamiento clínico y llevar a cabo un discernimiento que permita al médico determinar un criterio y así tomar la mejor decisión o, en su defecto, la menos mala, con lo cual estaríamos en riesgo de cometer un error. Equivocarse y tomar la decisión menos buena o la más mala, equivaldría a cometer un error médico.

Los errores en la atención médica por la aplicación de un criterio incorrecto (“errar es humano”), pueden conducir a situaciones diferentes:

- Por una parte, que el error haya alterado en forma negativa la historia natural de la enfermedad, haya afectado negativamente el resultado de la atención y, por lo tanto, haya dado lugar a un evento adverso.
- Por otra parte, la mayoría de las veces los errores en el proceso no son identificados, como consecuencia de no haber dado lugar a un evento adverso; en tal caso, casi nunca existe evidencia del error.

Si tenemos en cuenta que lo importante en el proceso de atención es satisfacer las necesidades de salud y las expectativas del paciente en un marco de seguridad, el evento adverso, que compromete negativamente estos preceptos, adquiere una relevancia fundamental. Se propone la siguiente definición para el concepto de:

*Evento adverso:* “hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica”.<sup>7</sup>

*Principales eventos adversos.* Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios e intolerancia a medicamentos, reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, escaras por presión y dehiscencia de heridas quirúrgicas.

Dentro de los eventos adversos existe un grupo de ellos particularmente graves, por su magnitud, por su trascenden-

cia y por las consecuencias que pueden tener para la salud o la vida del paciente. Se propone denominar a este grupo de eventos adversos como: “eventos centinela”. Se propone la siguiente definición:

*Evento centinela:* “hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro” (*Joint Commission on Accreditation of Health Organization*).

*Principales eventos centinela.* Dentro de los eventos centinela de mayor trascendencia se presenta los siguientes, clasificados según la disponibilidad de sistemas de registro o su carencia:

- Se cuenta con sistemas de registro para:
  - Muerte materna.
  - Reacciones transfusionales.
  - Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
  - Infecciones intrahospitalarias.
  - Reacciones adversas graves a medicamentos.
- Se carece de sistemas de registro para:
  - Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
  - Complicaciones quirúrgicas graves.
  - Retención de instrumental poscirugía.
  - Suicidios potencialmente evitables.
  - Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
  - Retraso en el tratamiento.
  - Sujeción o reclusión inadecuadas.
  - Caída de pacientes.
  - Accidentes anestésicos.
  - Egreso de infante con familia equivocada.
  - Robo de infante.

#### Eventos adversos sin error médico

Hasta ahora se ha mencionado la presentación de eventos adversos, como consecuencia del “error médico”, sin embargo, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que se presenten eventos adversos en el proceso de atención, no precedidos por un error médico. En tales casos debe considerarse dos posibilidades:

- Sería de esperarse que en ausencia de error médico, el resultado de la atención fuera el esperado y que ésta hubiera estado libre de eventos adversos, situación que no siempre ocurre, concluyéndose que los eventos adversos pueden ocurrir precedidos o no por error médico.
- Que el error médico haya existido y no hubiera sido identificado, en tales casos no queda constancia del error y “oficialmente no existió el error”. Esta circunstancia ha sido denominada como “cuasi falla” y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso.

- Que el evento adverso hubiera ocurrido por causas diferentes a un error médico, como consecuencia de la variabilidad biológica de los humanos, fallas en los equipos, en el mantenimiento, en la organización, en la comunicación con el paciente y familiares, accidentes, en la coordinación, en la capacitación del personal, etc. A pesar de lo anterior, el médico es el responsable de prevenirlos, evitarlos, identificarlos con oportunidad y limitar el daño que pudieran producir al paciente, si queremos garantizar una atención médica con calidad, segura y respeto del principio ético de beneficencia.
- Derivadas de la situación previa podrían ocurrir dos circunstancias, relativas a que el evento adverso pudiera ser:
  - Previsible y prevenible.
  - No previsible, no prevenible y por lo tanto inevitable.

### **Causas de los eventos adversos y eventos centinela**

En atención a sus causas, los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables; cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error.

Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente. Se enuncian a continuación:

#### *Fallas en la estructura*

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Diseño arquitectónico inadecuado.
- Diseño de servicios inseguros.
- Equipo insuficiente.
- Fallas en el equipo.
- Mantenimiento insuficiente.
- Personal insuficiente.
- Deficiente capacitación del personal.
- Medicamentos insuficientes o de mala calidad.

#### *Fallas en el proceso*

- Cultura de la organización.
  - Diseño organizacional inadecuado.
  - Deficiencias en los sistemas.
  - Procesos no estandarizados.
  - Carencia de sistemas de alarma.
  - Deficiencias en la coordinación del personal.
  - Deficiencias en la comunicación entre el personal.
  - Deficiente comunicación con la familia.
  - Deficiente comunicación con el paciente.
  - Falta de supervisión.
  - Vigilancia no profesional o insuficiente.

- Presencia de personal extraño.
- Proceso de la atención médica.
  - Identificación deficiente del paciente.
  - Relación médico-paciente deficiente.
  - Registros deficientes en el expediente clínico.
  - Disponibilidad de información insuficiente.
  - Riesgos del procedimiento.
  - Medidas de seguridad insuficientes.
  - Protección insuficiente en traslados.
- Competencia profesional insuficiente.
  - Carencia de guías clínicas.
  - Razonamiento clínico inadecuado.
  - Criterios clínicos incorrectos.
  - Desatender a la medicina basada en evidencias.
  - Conocimientos médicos no actualizados.
  - Falta de experiencia.
  - Fatiga.
  - Prisa.
  - Exceso de confianza.
  - Falta de conciencia de los riesgos.
  - Falta de aceptación de las limitaciones propias.
- Factores inherentes al paciente.
  - Falta de información.
  - Desconocimiento de sus problemas.
  - Participación insuficiente del paciente y la familia.
  - Intolerancia a medicamentos o material de curación.
  - Alergia no conocida a medicamentos.
  - Idiosincrasia a medicamentos.
  - Negativa a colaborar en su atención.

### **Prevención de los eventos adversos y eventos centinela**

Ahora bien, ¿cómo podemos protegernos de los eventos adversos? El enfoque principal en la prevención de los eventos adversos se ubica en la identificación, prevención y control de los riesgos capaces de ocasionarlos.

¿Cómo podemos conceptualizarlos?

*Riesgos:*<sup>8</sup> Contingencia o proximidad de un daño.

Situación latente que puede dar lugar a un error.

*Factores que incrementan los riesgos:*<sup>9</sup>

- Número de personas involucradas en el proceso.
- Complejidad de los procesos.
- Desconocimiento por el paciente y familia del nombre del médico y la enfermera responsables.
- Comunicación insuficiente.
- Delegación sucesiva de la responsabilidad.
- Autoridad excesiva del responsable del proceso.
- Inercias y ceguera de taller.

*Factores que disminuyen los riesgos:*

- Competencia profesional del personal.
- Estandarización de los procesos.
- Reconocimiento a los logros.
- Identificar al responsable de prevenir cada riesgo.

## Prevención de los eventos adversos

### Prevención de los eventos adversos sin error médico

- Resolver los problemas estructurales y en el proceso antes mencionados, casi todos ellos fáciles de identificar y en general de resolver.
- En la planeación y organización de los servicios de salud y en los proyectos de las instalaciones hospitalarias, debe privilegiarse las medidas de seguridad para el paciente, teniendo en cuenta los riesgos a que está sujeto durante su hospitalización, con el propósito de otorgarle una mayor seguridad.
- El equipo, el material de consumo y los medicamentos deben ser suficientes y suministrarse después de haber acreditado los controles de calidad requeridos.
- El mantenimiento de los equipos debe ser suficiente para que se encuentren permanentemente en operación y libres del riesgo de dañar a los pacientes.
- Especial énfasis debe tenerse en la selección, capacitación y actualización del personal en los conocimientos médicos vigentes, que permitan garantizar una competencia profesional, congruente con las necesidades de los pacientes.
- Medidas específicas:<sup>9</sup>
  - Disminuir la altura de las camas.
  - Verificar la operación de los equipos.
  - Revisar a los pacientes.
  - Presencia de los médicos.
  - Vigilancia por las noches.
  - Controlar los accesos al hospital.
- En casos de defunción la respuesta debe ser inmediata.

Al final, queda el problema del evento adverso como consecuencia de un error médico.

### Prevención de eventos adversos por error médico

Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que éste ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, se recomienda las siguientes herramientas:

- *Guías clínicas*  
La estandarización de los procesos permite una mayor seguridad, al minimizar las posibilidades de decisiones incorrectas, aun cuando sin quitarle al médico la capacidad de

decisión, cuando a su criterio debe actuarse en forma diferente, particularmente en situaciones críticas.

Basarse en las guías clínicas, como herramienta que permite conducir el proceso de atención, conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito.

Las guías van a ser un hilo conductor que nos va a llevar por el camino de las mejores prácticas y auxiliarnos para tomar la mejor decisión y elegir el mejor criterio.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o para conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento fútil de que restringen la libertad de acción o de prescripción del médico.

Las guías clínicas sin ser restrictivas de la actuación del médico, ayudan a recabar la información y las evidencias necesarias, representan un apoyo adicional a la práctica médica y a la prevención de los eventos adversos, mediante el análisis crítico y aplicación de la medicina basada en evidencias.

- *Medicina basada en evidencias*

Aplicar los preceptos de la Medicina Basada en Evidencias. Si tenemos en cuenta el significado de la palabra “evidencia”:<sup>8</sup>

- Certeza clara o manifiesta, de la que no se puede dudar.
- Prueba de algo.
- Revelar o demostrar algo.

Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían proporcionalmente, la elección del criterio se realizaría con menor riesgo y se tomaría la mejor decisión para evitar desembocar en un evento adverso. Con relación a las evidencias se puede considerar que existe mayor riesgo de error médico en las siguientes circunstancias:

- Tomar decisiones sin evidencias.
- Tomar decisiones sin tener en cuenta las evidencias.
- Tomar decisiones en contra de las evidencias.
- No tomar decisiones hasta no tener evidencias.
- *Competencia profesional*

En lo referente al error médico, las causas se ubican en su competencia profesional, incluyendo su actualización en los conocimientos médicos vigentes, sus destrezas, su experiencia, así como el desarrollo de un razonamiento clínico escrupuloso, buscando y utilizando las evidencias disponibles.

La aplicación de los conocimientos médicos vigentes nos provee de una herramienta invaluable, que permite tener elementos objetivos, documentales y ciertos, en la medida del estado del arte, para sustentar una decisión o la aplicación de un criterio.

Ante una evaluación de la práctica médica, por cualquiera de las instancias competentes, ya sean médicas, académicas,

cas, administrativas o legales, la actuación conforme a los conocimientos médicos vigentes y su registro cuidadoso en el expediente clínico, además de una actuación en beneficio del paciente, permite contar con un respaldo efectivo en caso de quejas y demandas.

Por lo tanto, es imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general, mantengan actualizados sus conocimientos a través de los diferentes recursos disponibles.

Debe considerarse que existen factores determinantes que nos exponen al riesgo de presentación de un error médico que de lugar a un evento adverso y a una sanción laboral o legal:

- *Actuar sin saber*: carecer del diploma de especialista.
- *Actuar sin estar autorizado*: carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones.
- *Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer*: ignorancia.
- *No hacer lo que se sabe que se debe hacer*: negligencia.
- *Hacer lo que se sabe que no se debe hacer*: dolo.

No se justifica los errores médicos derivados de ignorancia, impericia, imprudencia, negligencia, falta de experiencia o exceso de confianza. El paciente no tiene por que asumir los costos de la curva de aprendizaje de los médicos ni, aún menos, la mala práctica.

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo de que aun con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena práctica médica, se presente un evento adverso no previsible, no prevenible o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo.

#### • *Expediente clínico*

Una buena práctica clínica para prevenir un error médico y, por ende, un evento adverso, perdería su utilidad si no se hubiera documentado en el expediente clínico lo ocurrido, a pesar de la aplicación de las guías clínicas, la utilización adecuada de las evidencias disponibles, sobre las cuales sustentamos la elección de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes.

Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, serían legalmente inexistentes si no hubieran sido documentadas en el expediente clínico.

Los registros en el expediente clínico son, además, el medio de comunicación por excelencia para otorgar una atención coordinada con otros médicos que tengan que intervenir en la atención de un paciente; para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica.

El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas.

#### • *La práctica de la clínica*

La clínica en la práctica médica es un recurso que aumenta el conocimiento, el interés y la curiosidad científica, sin embargo, existe una tendencia a dejarla de lado, con lo cual “el arte de la clínica se ha ido substituyendo por el arte de la interpretación de la técnica”.<sup>10</sup>

Es indispensable retomar y privilegiar una relación médico-paciente más estrecha, que facilite la comunicación en ambos sentidos, al igual que con la familia y el resto del personal de salud. Es muy importante escuchar y tomar en cuenta lo dicho por el paciente, la familia y el personal de salud.

Cada vez observamos con más frecuencia, interrogatorios superficiales y exploración física incompleta, seguidas de la “vía corta” (“*by pass*”), hacia el estándar de oro:

- ¿Para qué hacer una exploración completa de los pulmones y del área cardiaca, si contamos con una telerradiografía de tórax?
- ¿Para qué hacer una larga y detallada exploración neurológica, si existe la resonancia magnética nuclear?

El doctor Ignacio Chávez señala: “el enfermo es libro supremo, donde se educa el principio de observación, se adquiere el juicio clínico y se gana experiencia”.<sup>11</sup> Tanto el razonamiento clínico como la experiencia son importantes en la solución de problemas en medicina.

Esta conducta aun cuando podría abreviar tiempo (que en casos de urgencia podría justificarse), es onerosa para los pacientes y para las instituciones y nos expone al error médico. Una buena práctica clínica es el principal proveedor de evidencias para la toma de decisiones y elegir el criterio adecuado.

#### • *Epidemiología*

En algunos casos, ni el apego a las guías clínicas, ni las evidencias disponibles después de un estudio clínico completo y acucioso, conforme a los conocimientos médicos vigentes, la medicina basada en evidencias y registros acuciosos en el expediente clínico, permiten llegar a una conclusión diagnóstica o terapéutica segura, siendo necesario decidir entre una o más opciones. En estos casos, los estudios epidemiológicos locales orientan hacia la opción más probable.

#### • *Experiencia*

Decía Sir William Osler en 1919: “el arte de la medicina puede ser aprendido sólo por la experiencia, no puede ser heredado ni revelado. Aprender a ver, oír, sentir, percibir olores, sólo se puede hacer practicando y así llegar a ser un experto”.

La mayor experiencia del médico derivada de una práctica clínica desarrollada con calidad, le permite una mejor percepción anticipatoria de los riesgos de que ocurra un evento adverso, e identificar la presencia de signos o síntomas que orientan hacia determinada posibilidad, que con frecuencia resulta ser la correcta.

La experiencia sólo se adquiere al relacionar comparativamente un problema clínico con situaciones similares vistas con anterioridad.<sup>12</sup>

Es un hecho de observación que a mayores conocimientos, evidencias y experiencia, habrá menos errores, y que entre menos evidencias haya se requerirá mayores conocimientos y experiencia.

## Mejora continua de la calidad de la atención médica

Los procesos dirigidos a la mejora continua de la calidad de la atención médica, deben incorporar programas para la atención y manejo de los eventos adversos, con el propósito de prevenir su presentación, identificarlos oportunamente, reportar aquellos que hubieran ocurrido y realizar las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita, de acuerdo con los siguientes pasos:

- Promover un cambio cultural, a través de desarrollar un pensamiento disciplinado, que conduzca a la investigación y análisis sistemático de las causas de los eventos adversos y al trabajo organizado para su prevención.
- Es necesario que el paciente tenga confianza:
  - En la institución.
  - En el hospital.
  - En la competencia profesional del personal.
  - En el buen estado de los equipos.
  - En la seguridad física de su persona y sus pertenencias.
- El paciente requiere:
  - Participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención.
  - Que se le procure alivio a su dolor.
  - Tiempo para ser escuchado y que se preste atención a la información que proporcione.
- Identificación, reporte, manejo temprano y seguimiento de los eventos adversos y de los riesgos potenciales.
- Es necesario contar con una supervisión suficiente que permita garantizar el cumplimiento de las medidas de seguridad al paciente y la aplicación de la normatividad vigente en el proceso de atención.
- Identificar y analizar las causas.
  - Con oportunidad y en forma sistemática
  - Sistematizar el análisis de casos.
  - Identificar la secuencia de eventos.
  - Comparar la secuencia de eventos con lo que debió ocurrir.
  - Definir claramente el problema.
  - Identificar al personal de salud que hubiera estado involucrado en el proceso.
  - Conocer los procesos que contribuyeron con el evento adverso.
- Contar con un sistema formal de prevención, identificación oportuna, atención inmediata y respuesta organizada para casos de eventos adversos en general y eventos centinela en particular.
- Respuesta organizada y sistemática de la solución del problema.
  - Capacitación del personal para cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.
  - Cobertura del personal faltante.
  - Disponibilidad de información.
  - Promover una comunicación adecuada entre los participantes.
  - Promover un ambiente físico adecuado.
  - Evitar las barreras en la comunicación de los factores de riesgo.
  - Buscar la forma de prevenir los factores incontrolables.
  - Si hubo muerte, responder de inmediato.
- Evaluación permanente de resultados para identificar las recurrencias.
- Difundir el conocimiento de los eventos adversos, sus causas y estrategias de prevención.
- Capacitar al personal en la identificación y prevención de los eventos adversos.
- Reingeniería de los procesos a través de cambios en sistemas y procesos, para reducir la posibilidad de casos nuevos.
- Identificar factores condicionantes.
  - ¿Qué ocurrió? ¿Por qué? ¿Cuáles son los factores inmediatos? ¿Quién participó?
  - Factores humanos relevantes en el evento.
  - Desempeño del equipo.
  - Factores controlables que afectaron el resultado.
  - Factores externos controlables.
  - Áreas o servicios en riesgo.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.
- Debe tenerse en cuenta que la existencia de un Sistema de Atención de Eventos Adversos es un requisito de certificación.

## Referencias

1. Aguirre Gas H. Principios éticos de la práctica médica. *Cir Ciruj* 2004;72: 503-510.
2. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
3. Aguirre-Gas H. Calidad de la atención médica. Tercera edición. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores; 2002.
4. Saturno PJ. Análisis del liderazgo en los servicios de salud. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de Salud. Modulo 8: Murcia; 2001.
5. Barrows H. S. An overview of the uses of standardized patient for teaching and evaluating skills. *Acad Med* 1993;68:443-451.



6. Ponce de León S. La toma de decisiones médicas. Seminario para el Estudio de los Problemas Actuales de la Medicina. Formación Clínica de las Nuevas Generaciones de Médicos. México: Facultad de Medicina, UNAM; 2006.
7. Aguirre-Gas H. El error médico. Eventos adversos. Rev CONAMED 2005.
8. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. España: Espasa Calpe; 2002.
9. Gallardo-Rincón H. Prevención y control de los eventos adversos en hospitales. Congreso Médico de los Altos. Hospital del Centro Médico Alteño, Tepatitlán, Jalisco, México, 2006.
10. Ramos-de Viezca MB. El paciente como modelo de enseñanza. Seminario para el Estudio de los Problemas Actuales de la Medicina. Formación Clínica de las Nuevas Generaciones de Médicos. México: Facultad de Medicina, UNAM; 2006.
11. Chávez I. La educación superior en México y sus problemas, particularmente en el campo de la medicina. San Luis Potosí, junio 1 de 1976. Humanismo Médico. Conferencias y Discursos. México: Facultad de Medicina, UNAM; 2003. p. 130-139.
12. Viesca-Treviño C, Ponce de León ME, Sánchez-Mendiola M. Razonamiento clínico. Seminario para el Estudio de los Problemas Actuales de la Medicina. Formación Clínica de las Nuevas Generaciones de Médicos. México: Facultad de Medicina, UNAM; 2006.

