

Los errores médicos

Primera parte



MÉXICO

Quien yerra y se enmienda, a Dios se encomienda

Fernando de Rojas

*Un error es tanto más peligroso cuanto mayor sea
la cantidad de verdad que contenga.*

Enrique Federico Amiel

Autor: Alberto Lifshitz, académico de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de México (ponencia magna del seminario *El ejercicio actual de la medicina*).



o existe paradoja más singular que la de los médicos provocando muertes o produciendo daños, especialmente si consideramos que su misión y su responsabilidad social son precisamente las contrarias. Sin embargo, no cabe duda que los profesionales de la medicina podemos ser agentes etiológicos de enfermedad y muerte, y al parecer con suficiente patogenicidad y virulencia como para reflexionar sobre ello, aun reconociendo que lo hacemos de manera involuntaria.

La práctica de la medicina conlleva el riesgo de provocar daños, incluso en las mejores circunstancias y con los mayores cuidados. La adopción literal del *primum non nocere*, uno de los imperativos ancestrales, conduce tan sólo a una parálisis operativa, pues admitiendo que la obligación primaria es no dañar se puede llegar al extremo de no actuar. Muchos médicos se han retirado de la profesión precisamente porque les intimida el riesgo de producir daños involuntarios –en los que el médico es la segunda víctima– y el de las consecuentes demandas y reclamaciones.

Un cierto daño es el precio que se tiene que pagar por el intento de generar beneficios a los enfermos, y el trueque razonable es el de causar mínimos daños a cambio de grandes beneficios. Considerar a la inocuidad como la cualidad suprema ha propiciado que nos llenemos de remedios ciertamente inofensivos, pero también ineficaces. La frase *si no te hace bien, tampoco te hace mal* se ha convertido en una autorización tácita para utilizar tratamientos con valor dudoso, que sustentan hoy en día, por ejemplo, a las medicinas alternativas. La terapéutica científica propone que si bien te puede generar algunas pequeñas molestias o daños, te va a ocasionar grandes beneficios, con lo cual se admite la posibilidad de dañar, pero se ofrece una alta probabilidad de brindar mejoría. Más aún, por andar buscando obsesivamente la inocuidad ➔

Referencias bibliográficas

1. Reason J. Safety paradoxes and safety culture. *Injury culture and safety promotion*, 2007.
2. Ponce de León S, Viniestra L. La otra cara de la medicina. ¿Es todo responsabilidad del médico? En: Pérez Tamayo R (coordinador). *Introgeneia*. El Colegio Nacional. México, 1994. Pp. 196-200.
3. Lee TH. A broader concept of medical errors. *N Engl J Med* 2002;347:1965-1967.
4. Varga AC. *On being human*. Paulist Press. N.York, 1978.
5. Gross R. Making medical decisions. *An approach to clinical decision making for practicing physicians*. American College of Physicians, 1999.
6. Sox HC, Blatt MA, Higgins MC, Marton KI. *Medical decision making*. Butterworth-Heinemann. Stoneham, MA. 1988. Pp. 27-64.
7. Wu AW. Handling hospital errors. Is disclosure the best defense? *Ann Intern Med* 1999;131:970-972.
8. Lee TH. Op cit.
9. Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Ann Intern Med* 2004;140:409-418.
10. Hofer TP, Kerr EA, Hayward RA. What is an error? *Effective Clinical Practice* 2000;3:261-269.
11. Sanabria A. ¿Por qué ocurren los errores médicos? *Tribuna Médica* 2003;103(6).
12. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Change in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time. *JAMA* 2003;289:2894-56.
13. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774-777.
14. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human. Building a better health system*. Institute of Medicine, 2000.
15. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *NEJM* 1991;324:370-376.
16. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *NEJM* 1991;324:377-384.
17. Gawande AA, Thomas EJ, Zinder MJ, et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999;126:66-75.
18. Brennan TA. The Institute of Medicine report on medical errors—could it do harm? *N Engl J Med* 2000;342:1123-1125.
19. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine Report. *JAMA* 2000;284:93-94.
20. Chyka PA. How many deaths occur annually from adverse drug reactions in the United States? *Am J Med* 2000;109:122-130.
21. Michel P, Quenon JL, De Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328:199-204.

BIOÉTICA

absoluta, lo que se ha hecho es impedir el logro de metas alcanzables de seguridad para los pacientes,¹ en lo que se ha llamado la paradoja de la seguridad (*the safety paradox*).

Pero este escrito se refiere a los errores, y no todos los daños producidos por los médicos son consecuencia de errores; están aquellos derivados de los inconvenientes inherentes a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y otros más que son accidentales. El error es acaso una acción equivocada atribuible a un mal juicio, ignorancia, falta de atención, negligencia o impericia. En la práctica médica el error puede ocurrir en tres condiciones: por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias o por la omisión de intervenciones benéficas,² lo que se ha denominado sobreutilización, mala utilización y subutilización (*overuse, misuse, underuse*).³ Aquí se incluyen los errores de comisión y los de omisión. Se discute si la justificación de los errores de comisión es evitar los de omisión; por ejemplo, se dice que son menos graves las complicaciones por el uso de anticoagulantes que las que resultan de su falta de uso en casos en los que está justificado.

Errar es humano

Aunque la sociedad exige de los médicos las cualidades de humanitarismo, compasión, empatía, solidaridad y otras, no suele concederles la condición de seres humanos si ésta implica imperfecciones. Aspira a que todos sean omnisapientes, benevolentes, dispuestos al apostolado y al sacrificio, medidos y capaces de liberarse totalmente de los afectos y demás estorbos subjetivos. Lo que la sociedad no reconoce ni acepta es que los médicos somos humanos y, por lo tanto, tenemos sentimientos, intereses, actitudes, apreciaciones, valores, emociones, temores y deseos; somos capaces de sentir compasión, lástima, amor y odio, de ser sensibles, reactivos, afectivos y de experimentar ambiciones y pasiones;⁴ podemos ser presa, como cualquier persona, de distracciones y descuidos. Solemos trabajar cansados, frecuentemente estamos abrumados por el trabajo y sufrimos las influencias de nuestros deseos y temores.

Por supuesto que sería deseable que las debilidades humanas no influyeran en la labor técnica del médico. Una tendencia en la educación médica, por ejemplo, es la de orientar a los estudiantes a no involucrarse afectivamente en los problemas de sus pacientes para no perder objetividad en las decisiones y para no sufrir con ellos; sin embargo, esto no sólo es totalmente imposible sino que probablemente ni siquiera sea conveniente, pues el médico tiene que permanecer sensible a lo que afecta a sus enfermos. La práctica médica no puede concebirse como una actividad técnica en la que el paciente es sólo un objeto de trabajo. Involucrarse sin sobreinvolucrarse parece ser la fórmula, reconociendo la necesidad de tomar decisiones objetivas pero sin renunciar a considerar las subjetividades de médico y paciente.

La incertidumbre en las decisiones médicas

Muchas personas tienen la idea de que con sólo ajustarse a ciertas reglas los errores no debieran ocurrir. Incluso, la visión a partir de las ciencias duras percibe pocas probabilidades de equívocos; la mayoría de los pacientes dedicados a la física o las matemáticas no puede entender que las prescripciones no sean el resultado de ecuaciones y que la medicina no sea una ciencia exacta. En la práctica médica las decisiones se toman en condiciones de incertidumbre o, en el mejor de los casos, de riesgo. Reconocer la incertidumbre en las decisiones médicas no significa justificar los errores, pero sí explicar que, aun en circunstancias favorables, a lo más que se puede aspirar es a una estimación probabilística de los desenlaces. Esta incertidumbre deriva de la gran cantidad de variables que participan en un cierto desenlace, muchas de las cuales se encuentran fuera del control de quien decide.⁵ Tanto el diagnóstico como el tratamiento se manejan en términos de probabilidades,⁶ y si bien seguir las reglas puede justificar la conducta de los médicos, de ninguna manera garantiza los resultados.

Los errores pueden valorarse en términos del apego a las reglas (perspectiva deontológica) o de las consecuencias (perspectiva teleológica); en el primer caso se hace abstracción de los desenlaces y en el segundo, del proceso. Probablemente ninguno de los dos hace justicia a la complejidad del problema, pero se suele recomendar que el médico se comprometa ante el paciente sólo con el proceso y no con los resultados.

Epidemiología de los errores médicos

La verdadera incidencia de los errores médicos es muy difícil de conocer por varias razones. En primer lugar, hay una tendencia natural por parte de los médicos al ocultamiento, no sólo por el temor –cada día más vigente– a las demandas y reclamaciones, sino porque se requiere una cierta madurez para admitir, aun en la intimidad, los errores propios y más para sacar provecho de ellos.⁷

A pesar de que en una encuesta realizada en Estados Unidos 62% de los no médicos consideró que los errores médicos debieran ser difundidos para que el público se alerte, 86% de los médicos prefirió que los errores se manejen de manera confidencial⁸ tanto por preservar el prestigio profesional como por una razón más práctica que tiene que ver con el efecto terapéutico de la confianza en el médico. La revelación de los errores, por otro lado, puede aumentar las demandas y reclamaciones, mismas que no siempre son de buena fe.

Una prueba de esta tendencia a ocultar los errores ha sido el fracaso de la farmacovigilancia en muchos países, incluyendo el nuestro. Cuando aparecen efectos adversos de algún medicamento, en lugar de que el paciente los reporte al médico y éste a las instancias de farmacovigilancia, lo que ocurre es que el paciente cambia de médico y el primero nunca se entera de que hubo consecuencias inconvenientes en su prescripción original. En las auditorías cada quien se cuida de que no

le encuentren desviaciones y, en la medida de lo posible, las enmascara, sobre todo porque suelen generar sanciones. Existe toda una cultura en torno al hecho de conseguir que los errores pasen inadvertidos, y en la sátira popular se dice que los médicos enterramos nuestros errores.

Otra dificultad metodológica tiene que ver con la definición operacional del error médico.^{9, 10} Se pueden cometer muchos errores que, al no tener consecuencias, pasan inadvertidos; por otro lado, suele haber eventos adversos que no dependen de errores. Hay errores prevenibles y accidentales. Algunos autores distinguen el lapsus y el desliz del error, considerando que éste tiene una cierta intencionalidad, aunque ambos generen desenlaces inesperados.¹¹ Para ellos, oprimir un botón equivocado o no recordar momentáneamente algún dato es más un lapsus o un desliz que un error.

En un afán de ser justos, los errores tendrían que vincularse efectivamente con los eventos adversos y deberían analizarse las relaciones causales –no únicamente las asociaciones–, ponderando qué tan prevenibles son y tomando en cuenta elementos tanto de estructura como de proceso y resultados, y no sólo el acatamiento estricto de las normas.

Tampoco suelen existir en las unidades de atención médica sistemas de registro de los errores, si acaso algunos comités hospitalarios participan en la búsqueda de algunos de ellos, procurando hacerlo de manera diplomática y discreta, casi nunca exhaustiva. Los comités de tejidos, los de mortalidad, los de calidad, pueden ser caminos para la identificación de errores, pero no suelen serlo para conocer su verdadera incidencia.

La necropsia fue por muchos años el estándar de oro para detectar los errores diagnósticos. En una revisión sistemática sobre autopsias recientemente publicada se encontraron 42 errores calificados como mayores y 37 de los llamados errores clase I, que se consideran suficientemente serios como para haber afectado la evolución de los pacientes. Si bien se observó que la utilidad de la necropsia para revelar diagnósticos importantes no sospechados ha disminuido con el tiempo, permanece suficientemente alta como para seguirse considerando una manera de identificar errores. ☺

Por otro lado, hay una tendencia clara en los medios de comunicación para magnificar los errores médicos, lo cual tampoco ayuda a este conocimiento. En nuestro país se empieza a tener un recuento de quejas, demandas y reclamaciones, pero tampoco se puede decir que éstas representen la verdadera incidencia de los errores médicos, pues dependen más de la disposición de los pacientes o sus familiares para denunciar que de la frecuencia con que ocurren los errores, y a veces los motivos de denuncia no son propiamente equivocaciones médicas.

Muchas de las cifras que se han hecho públicas sobre la epidemiología de los errores médicos dependen de extrapolaciones o de estimaciones y casi siempre se refieren a pacientes hospitalizados.^{12,13} Las más conspicuas han sido las publicadas por el Instituto de Medicina de Estados Unidos en el libro titulado *To err is human/Building a better health system*,¹⁴ que se fundamenta en un estudio de la Universidad de Harvard,^{15,16} y otro que se realizó en hospitales de Utah y Colorado,¹⁷ el cual originó una gran cantidad de comentarios.

El estudio de Harvard consistió en el análisis de más de 30 mil expedientes de hospitales no psiquiátricos en Nueva York, en los que se encontró una tasa de eventos adversos de 3.7%, casi un tercio de los cuales se atribuyó a negligencia. A partir de esta investigación, el Instituto de Medicina concluyó que si lo mismo ocurría en todos los hospitales de Estados Unidos, debía haber en esa nación de 44 mil a 98 mil muertes anuales por errores de los médicos, lo cual, aun considerando la cifra más baja, nos califica a los médicos como más letales que los accidentes automovilísticos, el cáncer de mama o el SIDA.

Uno de los autores del estudio de Harvard, Lucien Leape, dice que el número de muertos por errores médicos equivale a que se estrellen tres jumbo-jets cada dos días y mueran todos sus ocupantes. Estas noticias no pasarían inadvertidas para los periódicos, insinuando que los medios no le dan suficiente importancia a las muertes iatrogénicas. Su concepto de error se basa en que son fallas por razones prevenibles, ya sea para completar una acción planeada (errores de ejecución) o derivadas

de utilizar un plan equivocado para lograr un objetivo (error de planeación).

Estos números han sido muy cuestionados,¹⁸ máxime que otros estudios han mostrado discordancias y se han identificado errores metodológicos en los estudios que fundamentan las cifras del Instituto de Medicina, particularmente porque son estudios retrospectivos y porque no ponderaron la probabilidad de muerte de los pacientes si no hubiesen ocurrido los errores médicos de referencia.¹⁹ Por otro lado, la comparación entre lo que son extrapolaciones y estudios directos ha mostrado diferencias muy importantes²⁰ que vuelven poco confiables a las primeras.

Otras aproximaciones al conocimiento de la epidemiología de los errores médicos han sido las encuestas hechas a los egresados de hospitalización y a los familiares de los pacientes, mismas que suelen tener sesgos evidentes que dependen del desenlace que tuvieron sus padecimientos (hablan de la feria según les fue en ella).

Hoy en día, el estudio de la epidemiología de los eventos adversos y de los errores, más que al propósito morboso de poner en evidencia a los médicos, se ha derivado hacia objetivos como el de valorar el impacto de los programas de reducción de riesgos y estudiar los factores humanos y organizacionales. La metodología clásica de revisión de expedientes, los estudios transversales realizados en un cierto día y los prospectivos, en los que se colectan datos durante la estancia hospitalaria, permiten alcanzar distintas metas, y cada uno de ellos tiene ventajas y desventajas.²¹ El estudio retrospectivo ayuda a estimar la tasa de eventos adversos, mientras que el prospectivo es mejor para describir sus causas y consecuencias y para evaluar los programas de reducción de riesgos.

Como quiera que se vea, y aun considerando que las cifras más conservadoras sean exageradas, no cabe duda que existen consecuencias de errores médicos. **DOLOR**