

todas las instituciones y en todas las profesiones del área de la salud.

Muchos de los posibles errores y eventos adversos no los conocemos, ya que no siempre se traducen en queja, éstos están en el sistema. Es muy importante que las respuestas anormales a los medicamentos las empecemos a registrar. Ahí está la página Web de la CONAMED y la de la propia Secretaría de Salud, registremos esto, reportemos desviaciones e irregularidades, analicemos seriamente la propuesta, debemos reconocer al error médico como oportunidad de mejora, buen número de errores se dan pero al no tener consecuencias se quedan como *cuasi* errores; situaciones de fallas de procesos se dan por rutina y no lo manifestamos. No escondamos nada, es una oportunidad para mejorar.

Concluyo con la propuesta del doctor Tena relativa a la apertura que existe para que reconozcamos confidencialmente aquellos casos donde detectemos cualquier situación de ese tipo. No es fácil, es un proceso gradual, de tiempo, en donde lo más importante es que aceptemos que no estamos del todo bien, que hay eventos adversos muchas veces no registrados ni conocidos, por lo que es necesario formar bases de datos que permitan aprender de los errores y mejorar nuestro quehacer médico; considero que la solución está en el profesional de la medicina, instituciones de salud, autoridad sanitaria y en general en los diversos actores que conforman el Sistema Nacional de Salud, quienes deben concebir al error médico no como algo que se debe ocultar o soslayar, sino por el contrario como una oportunidad de elevar la calidad de los servicios médicos del país.

El error en medicina, sus manifestaciones más frecuentes

Dr. Alberto Lifshitz

Gracias por la generosa presentación y agradezco a CONAMED que me haya dado la oportunidad de volver a participar en uno de sus simposios y los felicito por la elección del tema y el desarrollo del simposio.

Ciertamente no deja uno de preocuparse cuando lo invitan a hablar de errores médicos porque se pregunta uno si le saben algo y lo cierto es que en este caso, pues sí, tengo que reconocer que he vivido con el error. La versión que ustedes van a oír es la de un clínico, circunstancialmente ahora ocupado también en otras cosas pero que nunca ha dejado de ser clínico y que comete errores frecuentes. Ahora los voy a registrar de acuerdo con la invitación que nos hacen.

Los médicos como agentes etiológicos de daño y muerte. El tema que me asignaron son las manifestaciones más frecuentes de los errores. Cito aquí a Karl Poper, uno de los filósofos más importantes del siglo pasado y que creo que apoya lo que decía Gabriel Manuell y lo que está siendo una política de CONAMED. Decía Poper: el error es la fuente

de retroalimentación más rica y enriquecedora en la experiencia humana. Debemos estar preparados para convertir los errores en oportunidades de avance y mejoría; los errores son muy sanos para descubrir conocimiento novedoso aunque sean devastadores para quien incurra en ellos. La medicina convive con el error y esto, pues ni modo, hay que aceptarlo.

A veces entramos en paradojas porque la obsesión por tratar de evitar los errores puede conducir a más errores como dice esta cita de Lesing: que “muchos se equivocan por miedo a equivocarse”, y lo que se ha llamado la paradoja de la seguridad que dice que por andar buscando obsesivamente la inocuidad absoluta, por centrarse en tal objetivo se impide el logro de metas alcanzables en la seguridad de los pacientes.

Ya se mencionó la interrelación entre errores y eventos adversos y cómo muchos errores pasan inadvertidos porque no generan un evento adverso y muchos eventos adversos, por su parte, derivan de otras situaciones que no corresponden a errores, por ejemplo, los que son consecuencias esperadas de los propios procedimientos o los que son accidentes.

Y todavía se puede hacer un diagrama de Venn mucho más complejo en el que se pudieran interrelacionar los eventos adversos con los errores y las características de cada error, aunque no lo voy a analizar en este momento.

Cuando vemos eventos adversos yatrogénicos que, por cierto, yatrogénesis, - no me vayan a criticar-, se puede escribir con “y”; hay un daño yatrogénico que se podría llamar predecible, justificado, anticipado, consciente, necesario, inocente, explicable o calculado. Yo voy a generar en mi práctica eventos adversos, aunque no quiera, porque son parte del proceso de atención y por otro lado corro el riesgo de generar daños yatrogénicos aleatorios, impredecibles, inevitables o accidentales. Se puede aplicar, de acuerdo con cada teoría ética, una perspectiva teleológica en que lo importante es el daño que causen o una perspectiva deontológica que hace énfasis en las cualidades del proceso, independientemente del resultado, lo que es un poco lo que también recomienda CONAMED, que se haga una garantía de medios y no necesariamente de resultados.

Se ha mencionado como primer principio de la ética médica el “Primum non nos cere” y la verdad es que esto habría que cuestionarlo muy seriamente porque a partir de lo que nosotros realizamos como médicos, necesariamente vamos a generar daños.

Ha ocurrido que por darle una importancia desmedida a la inocuidad generamos recomendaciones como ésta, cuando llega un paciente, me dice: “oiga puedo usar tal procedimiento”; lo que le decimos es: “bueno, pues si no te hace bien, no te hace mal” y con ello tácitamente autorizamos el uso de medicinas alternativas o remedios de diferentes tipos. Inclusive en el registro sanitario de los

remedios, por ejemplo, todo lo que no son los mal llamados alopáticos (pero que así se conocen en la ley) incluyendo los herbolarios y otros se fijan más en la inocuidad que en la eficacia y entonces qué es lo que está pasando, que nos estamos llenando, ciertamente, de terapéuticas inocuas pero ineficaces. Pareciera que lo importante es la inocuidad y no la eficacia y yo creo que es un equilibrio entre ambas cosas. Tal vez la frase que sustituyera a aquella de "si no te hace bien, no te hace mal" es: "aunque te puede provocar un pequeño daño te generará muchos beneficios" pues hay que aceptar que vamos a generar ciertos daños.

Incluso esto está regulado éticamente a través del principio del acto de doble efecto; quiere decir que cada una de las acciones que nosotros hacemos tiene un efecto bueno y un efecto malo. No lo voy a detallar ahorita porque no viene al caso pero lo veremos rápido, que el acto propuesto sea en sí mismo bueno, que la intención del actuante pretenda exclusivamente el efecto bueno; que el efecto bueno derive directamente del acto propuesto y no del efecto malo y que exista una razón proporcional al riesgo contraído; eso es lo que regula, al menos desde el punto de vista ético, la posibilidad de generar algún daño y por eso estoy destacando los eventos adversos que generamos los médicos que no necesariamente tienen su origen en errores.

La otra parte es considerar la condición humana del médico; es decir, la sociedad no nos concede a los médicos la posibilidad de tener todas las debilidades que tienen los seres humanos, los médicos tenemos que ser perfectos porque nuestro objeto de trabajo es sagrado y por lo tanto no tenemos derecho a equivocarnos. Pero lo cierto es que los médicos también tenemos intereses, sentimientos, actitudes, apreciaciones, valores, emociones, temores, deseos, somos capaces de sentir compasión, lástima, amor, odio, somos seres sensibles, reactivos, afectivos, con ambiciones y pasiones. Se suele decir que no debe ser así el médico, que debería ser un robot insensible que sólo aplique automáticamente lo que dice la técnica pero hay que reconocer que el médico es un ser humano y que como ser humano es susceptible de caer en algunos de estos inconvenientes.

Ya William Osler decía que la medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad, no es una ciencia exacta y por lo tanto muchas de las decisiones que tomamos se sustentan en una predicción de un desenlace probabilístico.

Las decisiones tienen muchos componentes, una dimensión técnica, ética, económica, de diagnóstico, de pronóstico, de tratamiento, pero las decisiones que tomamos en condiciones de certeza realmente son las menos. La mayor parte de las decisiones las tomamos en condiciones de riesgo en que acaso se puede hacer una estimación probabilística de los desenlaces, si no es que en condiciones de incertidumbre.

Se ha dicho que los médicos somos la segunda víctima de los daños iatrogénicos no sólo por la posibilidad de

enfrentar demandas y reclamaciones sino porque tenemos que sufrir con culpas y remordimientos.

Ya lo señalaba Gabriel Manuell que al hablar de los errores se puede tener un enfoque personal en el que siempre hay que buscar al culpable y ese culpable tiene que ser sancionado porque el error tiene una connotación moral, alguien falló, alguien se distrajo, alguien no puso toda la atención, etc. y por lo tanto tiene que ser castigado. Si hay un brote de infección en terapia intensiva, hay que correr al jefe de terapia intensiva. El otro enfoque, ya también lo mencionaban, es el enfoque sistémico. Siempre que hay un error, hay una serie de circunstancias que participaron en el error y que a lo mejor desembocan en la actuación de un individuo pero el asunto es mucho más complejo que sólo una connotación moral del error.

Se ha visto que la mayor parte de todos los eventos adversos son fallas del sistema, que hay fallas en la diseminación de la información, en la confirmación de la dosis, en la identidad del paciente, al proporcionar información a los pacientes, etc. ciertamente con mucha frecuencia se incide en el médico y a veces el médico es el que es demandado.

¿Cómo saber de verdad cuál es la incidencia de errores médicos? Esto está muy difícil, también algo lo mencionaba Gabriel Manuell pues hay una tendencia humana al ocultamiento; un ejemplo es el fracaso de la farmacovigilancia. La gente no reporta los efectos adversos de los fármacos ni siquiera los pacientes, porque si uno de ellos desarrolla efectos adversos de un medicamento en lugar de reportárselo al médico para que se haga el ajuste, mejor cambia de médico y el otro ni siquiera se enteró de que su prescripción había tenido problemas. Muchos de los errores médicos no tienen consecuencias, pero no hay sistemas de registro, qué bueno que se está proponiendo uno para buscar la correlación entre eventos adversos y errores.

Por otro lado, de algo sirve la epidemiología de las quejas, demandas y reclamaciones pero por supuesto que no implica el universo completo para saber la incidencia de los errores médicos. Se ha abusado de las estimaciones y extrapolaciones; de hecho, el famoso estudio del Institute of Medicine es una extrapolación a partir de 3 estudios originales. Los medios de comunicación magnifican los errores porque de eso viven, de vender malas noticias. Incluso hay advertencias de que se cuiden los pacientes de los médicos porque somos capaces de generar muchos problemas, somos un agente muy eficaz de mortalidad. Incluso hay una asociación americana que se llama American Iatrogenic Association.

Los errores se pueden clasificar de muchas maneras pero uno es por sobre-utilización, sub-utilización y mala-utilización. A lo mejor muchos se pueden agrupar en alguno de estos tres rubros.

Y aquí están algunos de los tipos de errores que es lo que me encargaron a mí: el error diagnóstico, las fallas del equipo,

las infecciones como un indicador, los procesos por transfusión sanguínea, la interpretación errónea de las órdenes, los más comunes son los errores en cirugía, los errores de medicación y los errores en el tratamiento no quirúrgico.

Los eventos adversos de medicamentos, 56% sí son por errores en la prescripción. Si uno buscara específicamente, y se ha hecho, en nuestro país hay algunos estudios así, las cualidades de la prescripción, más de la mitad contienen errores y el hecho de no analizarlos, no reconocerlos, hace que esto se perpetúe.

En cuanto a la cirugía, se considera que hay errores en uno de cada cincuenta, corresponde a 2/3 de los eventos adversos y se le atribuye una de cada ocho muertes.

No se han estudiado suficientemente los errores extra-hospitalarios, la mayor parte de los estudios han sido con pacientes hospitalizados; hay poquitos estudios que hablan de errores extra-hospitalarios. Se dice que 1% son fatales, doce por ciento ponen en peligro la vida, hasta 30% serios, 57 significativos; por lo menos 42% son prevenibles, ya decía yo que 56% tienen que ver con la prescripción, 24% con la ejecución y fijense que son más frecuentes los errores de omisión que los de comisión.

CONAMED también maneja el concepto de error latente, para referirse a circunstancias en que si no ha ocurrido el error es sólo cuestión de tiempo. Algunos que se han reconocido son cuando los que participan son médicos o personal inexperto y si ustedes analizan nuestro sistema de salud, cuando llega un paciente a urgencias, pues teóricamente yo esperarí que a mí en urgencias me atendiera el más experto de los médicos que hay ahí y no, casi siempre es el último de la escala jerárquica el que lo atiende primero, porque así es como aprende. Cuando se introducen nuevos procedimientos, hay un mayor riesgo de error. Los extremos de la vida, los niños y los ancianos; cuando se trata de cuidados complejos, las probabilidades de error son mucho mayores, cuando se trata de una atención de urgencia, cuando la estancia se prolonga, las probabilidades de error aumentan, y hay otras situaciones que no están totalmente reportadas en términos estadísticos pero que cabe prever que influyen: la insuficiencia de recursos, (cuántos eventos adversos o supuestos errores ocurren porque no hubo recursos), porque no se han sistematizado bien los procedimientos, porque hay un desorden administrativo; estas son, obviamente, condiciones de error latente, porque no se ha establecido una relación médico-paciente apropiada, porque los médicos o el personal - por no hablar sólo de los médicos - están sometidos a presiones laborales, familiares, psicológicas o económicas.

Y el cansancio, también nuestro sistema está sustentado en el cansancio de los médicos, en eso está apoyado, en guardias largas, en tener dos o tres trabajos para poder subsistir, etc.

Los tipos de daño son muy diversos desde el daño físico, el cognitivo, el social, el emocional, el biológico, el económico, etc.; si uno quisiera ver las consecuencias de los errores pues tendría uno que explorar todas estas áreas.

Algún autor propuso que se cambie el calificativo de iatrogénico, que nos relaciona directamente a los médicos con los daños, por otro que propone que sea *comiogénico*. Comiogénico viene de la misma raíz que nosocomio, que manicomio, o sea viene de *comein*, que es el producido por médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, personal de apoyo, farmacéuticos, productores de medicamentos, material de curación, administradores o políticos de la salud; todo eso sería lo comiogénico.

Esta receta es nada más para ilustrar como la caligrafía ha matado más gente que las guerras. Les agradezco mucho su atención.

Preguntas

- PRESENTADOR: Muchas gracias doctor. Si hubiera preguntas, les agradecería que nos las mandaran.

- PREGUNTA: Gracias por las referencias. Una pregunta ¿Qué papel consideras tú debe jugar el paciente como facultado por el propio médico para evitar la presencia de errores? Porque el paciente juega un rol importante, creo que es un tema que faltó en el simposio ¿Verdad?

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: El papel del paciente en los errores médicos, a mí me parece que es fundamental. De hecho hoy en día el personaje más importante a mi juicio en la atención médica, es el paciente, no es el médico. El éxito o el fracaso tiene mucho que ver con el paciente, claro la interacción médico-paciente es fundamental pero creo que sí es muy importante la reflexión.

- PREGUNTA: En relación a lo que se refería el doctor del número de horas a la semana que trabaja el médico, éste es un aspecto que ha tenido mucha atención en Estados Unidos y Canadá y creo que hasta donde yo sé recientemente han cortado el número de horas de trabajo a los residentes a 80 horas a la semana. Nuestros alumnos yo creo que trabajan alrededor de 120, 130 horas a la semana porque se ha visto que en la post-guardia el alumno, sobre todo en el área de coordinación fina pues se entorpece después de tantas e incluso vieron que había hasta accidentes de tránsito, que el residente se quedaba dormido en el periférico. Yo creo que este tema es también interesante que se abordara en nuestro país porque incluso sí creo que puede ser significativo y más que, en algunos centros, no hay una supervisión muy estrecha al becario.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: Estoy completamente de acuerdo, no se abordó en nuestro país. En efecto, en los últimos tiempos ha habido un análisis en Estados Unidos de esto y una reconsideración de los procedimientos. En nuestro país no sólo se trabaja en exceso sino la forma de sancionar

una indisciplina de un médico, es dejarlo de guardia de castigo y entonces el asunto se pone todavía más difícil porque la probabilidad de que tenga algún error adicional se incrementa. Yo estoy de acuerdo que habría que abordarlo.

- UNA ÚLTIMA PREGUNTA: Un comentario: para la parte del paciente, el médico está en México sumamente devaluado porque realmente creo que hay una cultura y esto lo mencionó el exponente, hay una cultura que nos queda, la cultura olmeca, tolteca y pues realmente hay mucho apego a lo que es tradicional y hay una duda terrible hacia el médico porque realmente hay una fábrica muy grande de profesionistas en México, hablando de la parte médica. Yo no soy quien para juzgar pero a mí me pone triste el hecho de que realmente se sepa por varias fuentes y varios casos, se sea que el Examen Nacional para realizar la residencia médica, es negociable; o sea, se puede obtener. Entonces, nos sirven las estadísticas, nos sirve ver todo este panorama, pero créame no sé a quién le corresponde hacer esto ¿No? Pero me parece que las facultades de medicina están produciendo demasiada cantidad de profesionistas. Yo no soy socialista, no soy un pensador pero yo quisiera que se eleve la calidad del médico porque realmente nuestra posición es muy especial y en cuanto a qué hago yo como médico; yo entiendo que se necesita un orden, el universo tiene un orden, el sistema inmunológico, la cascada de coagulación tiene un orden y ese orden no es espontáneo, ese orden ha sido creado por una mente perfecta, yo creo en Dios; entonces, si cada uno de nosotros, yo siendo enfermera, yo siendo un técnico de rayos-X voy a actuar con un criterio de que tengo en mis manos la obra de Dios, la corona de la creación, la obra maestra de Dios porque más perfecto que una serpiente, su metabolismo, etc. es el hombre; entonces yo pienso que no va a haber ningún problema en el aspecto de cada persona pero es importante que aparte de que yo tenga miedo o tenga temor a que esté en mis manos la obra de Dios, la obra maestra de Dios, también tengo que perfeccionarme más, tengo que estar en cursos y tengo que estar actualizado. Perdón por el tiempo empleado pero quería mencionarle esto.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: Yo no voy a contradecir las reflexiones teológicas que se acaban de hacer pero sí voy a contradecir, y con énfasis, que el Examen Nacional de las Residencias es fraudulento. Eso estoy seguro de que no es así. Hasta ahí lo dejo porque no es el momento de discutir eso pero creo que es una afirmación sin sustento.

- PRESENTADOR: Hay dos personas que querían preguntar. Primero el doctor de bata y después arriba y les pido ser breves, ahorrar tiempo y para la siguiente ponencia, por favor hagan sus preguntas con anticipación, por escrito preferentemente, para ahorrar tiempo.

- PREGUNTA: Se tiene alguna experiencia de trabajo entre Secretaría de Salud, Sector Salud, CONAMED con el pregrado ¿Por qué voy al comentario? Creo que lo primero

que se debería hacer para educar, capacitar y orientar es tanto al pregrado como al postgrado para que cuando ya estén en el ejercicio de la profesión no se cometieran muchas de estas cosas que usted acaba de mencionar que estamos totalmente de acuerdo. Yo creo que si no se empieza desde abajo cuando llegue ya el elemento a la práctica pues los errores se van a estar dando.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: No soy la persona que puede contestar eso pero sí tengo información de que ha habido muchos acercamientos de CONAMED hacia las instituciones educativas y ha habido actividades educativas desarrolladas por CONAMED alrededor pero no puedo decir más porque no formo parte de esa institución.

- PRESENTADOR: Una última pregunta, allá atrás.

- PREGUNTA: Buenos días, doctor, yo no soy médico, soy abogado pero me llama mucho la atención de la plática de ahorita y comparto la opinión de mi antecesor. A mí si usted me habla de que un 56 por ciento del error hubo en medicación, ayer nos comentaban que un médico para atender una probable infección post-quirúrgica, se daban de dos a tres antibióticos diferentes para ver cuál pegaba ... Parte importante del error médico como lo comentaba mi antecesor, es importante que llegemos a las facultades de medicina con una formación adecuada para que no esté tratando de atinarle a ver cuál es el medicamento que debe de. Muchas gracias.

- RESPUESTA DOCTOR LIFSHITZ: Estoy de acuerdo con usted, de hecho creo que uno de los problemas de la formación de los médicos es la terapéutica y muchas escuelas de medicina tienen asignaturas de farmacología pero no tienen una asignatura sobre terapéutica, se piensa que la terapéutica se aprende en las clínicas pero lo cierto es que no se aprende. Yo estoy de acuerdo en que es una deficiencia muy importante la que tenemos los médicos en terapéutica. Lo curioso es que no es en México nada más, lo curioso es que es prácticamente en todos los países. Ahora yo hablo de este 56 por ciento si se aplican criterios muy estrictos desde, a la mejor pequeñas fallas que no tengan trascendencia pero si se aplican criterios muy estrictos, más de la mitad de las prescripciones tienen algo que criticársele. Estoy de acuerdo que éste es un asunto que habría que abordar desde el punto de vista educativo. Muchas gracias

PRESENTADOR: No nos queda más que agradecerle al doctor su ponencia.

Seguridad del paciente en hospitales de gineco-obstetricia

Coronel Médico Cirujano Manuel Quirarte Medina

Buenos días, primero agradecer al Comité Organizador la oportunidad de participar en este X Simposio de la CONAMED. El error médico y la seguridad del paciente, temas de mucha actualidad y que son difíciles de entender incluso para los mismos médicos ¿No?