

Análisis del error médico como causa de iatrogenia Analysis of medical error as a cause of iatrogenesis

Dra. Blanca Rosa Rodríguez Núñez. (1), Lic. Danny Morell Alonso. (2)

RESUMEN

Se realiza una revisión exhaustiva sobre el tema de la Iatrogenia, teniendo en cuenta el hecho, de que, son pocos los trabajos a nuestro alcance que abordan este tema. El análisis viaja a través de la teoría del conocimiento, hasta la verdad; y enfoca el problema partiendo del error como concepto, llegando hasta el error médico como clímax del desarrollo. Se revisa la literatura mundial al respecto, y se comparan algunos de sus datos. Se concluye que la Iatrogenia puede ser prevenible si el error médico es detectado precozmente.

Palabras Clave: IATROGENIA, ERROR, ERROR MÉDICO, VERDAD.

(1) Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica, instructora en Pediatría Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. J. de Servicio de Cirugía Pediátrica de Ciego de Ávila.

(2) Licenciada en Filosofía Marxista – Leninista. Profesora Instructora Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

INTRODUCCIÓN

La teoría del conocimiento estudia la interrelación del sujeto y el objeto con el proceso de la actividad cognoscitiva; la relación del saber con la realidad, las posibilidades del hombre de conocer el mundo y los criterios de autenticidad y veracidad del conocimiento (1), (2).

La verdad constituye categoría central y básica de la teoría dialéctica materialista del conocimiento. La misma está dada por el grado de coincidencia del sujeto, con el objeto del cual es reflejo. Es por lo tanto un reflejo fiel, acertado y justo de la realidad en el pensamiento y su reproducción en la conciencia (2).

Toda verdad es conocimiento, pero no todo conocimiento es verdadero y lleva a margen de error, dado por la subjetividad representada en la actividad mediadora del sujeto (2). Si tenemos en cuenta que el diagnóstico es un proceso cognoscitivo desarrollado por un profesional de la salud, con el fin de alcanzar la verdad en relación con el proceso salud enfermedad en un individuo o grupo de ellos; es de suponer que el mismo por esta condición también está sujeto a errores y que a su vez estos errores emiten determinada repercusión social al producirse la iatrogenia.

De esta manera y teniendo en cuenta que el conocimiento sólo será verdadero cuando este sea demostrado por la práctica y que este a su vez confirma la coincidencia de ideas e hipótesis con la realidad damos pasos a los objetivos que nos proponemos en este trabajo, siguiendo la siguiente máxima de Lenin: "... de la percepción viva, al pensamiento abstracto y de este a la práctica.." (3).

DESARROLLO

El objetivo fundamental del conocimiento es alcanzar lo verdadero. Constituye así la verdad la categoría principal de la teoría dialéctica materialista del conocimiento.

La verdad objetiva existe fuera e independientemente del sujeto; por lo que partiendo de este aspecto se define lo absoluto y lo relativo de la verdad.

Desde el punto de vista materialista del conocimiento esto es plenamente compatible: la existencia de lo reflejado independientemente de lo que refleja (la independencia del mundo exterior respecto a la conciencia, esta es la premisa fundamental del materialismo). (4). Ser materialista significa reconocer la verdad objetiva, es decir, independientemente del hombre y la humanidad, significa admitir de alguna forma la verdad absoluta (4). Finalmente, no podemos afirmar que la verdad es definitiva y de aquí se define lo absoluto y relativo de la verdad.

La Verdad Absoluta representa la posibilidad real del conocimiento integro exhaustivo de la esencia de las leyes del mundo material realizado en el proceso infinito y continuo de la materia en movimiento. (2), (3), (4).

La Verdad Relativa expresa los elementos finitos del conocimiento humano como proceso interminable, caracteriza la aproximación de los conocimientos a un determinado grado de profundización de la consciencia. Para Engels (4), la suma de verdades relativas constituye la verdad absoluta.

Existen además las verdades eternas, definitivas y de última instancia; y que toda duda sobre ellas sería ilógica. Estas no son de utilidad a la ciencia. (4).

La verdad puede tomarse en error y viceversa y esto estará en relación directa con el proceso constante de desarrollo y ascenso del proceso cognoscitivo; y lo que teníamos por error puede llegar a ser verdadero. (2), (4).

El error es la falta de coincidencia de la imagen del sujeto (2).

Desde el punto de vista filosófico los errores estarán definidos como errores lógicos y se señalan como errores debido a un equivocado curso del pensar en el razonamiento. Pueden derivar de una interpretación incorrecta o de un uso desacertado de determinadas aseveraciones; pueden cometerse por infracción de las leyes de la lógica en el curso del razonamiento y por tomar equivocadamente como inferencia de la aseveración, una que, en realidad, no es la conclusión del razonamiento dado. Estos errores se dividen en intencionados y conscientes. (1).

Teniendo en cuenta todas las cuestiones filosóficas hasta aquí analizadas, pasaremos entonces a detallar los aspectos más relevantes del error en el diagnóstico médico.

- El error médico como causa de iatrogenia:

El Diagnóstico constituye un proceso cognoscitivo que es desarrollado por el profesional de la salud con el objetivo de identificar en un individuo o grupo de ellos, los componentes y las relaciones esenciales del proceso salud – enfermedad. (5).

Es decir, que partiendo de las percepciones y observaciones obtenidas del objeto de estudio (pacientes), el hombre (profesional de la salud) elabora en sus pensamientos hipótesis, juicios y razonamientos que posteriormente confirma y define en la práctica directamente en el objeto estudiado, en este caso representado por el enfermo.

El diagnóstico es el procedimiento de mayor importancia en el que hacer clínico, porque constituye la guía para desarrollar las acciones terapéuticas. Desde el punto de vista etimológico significa conocer y esto constituye su esencia: saber que está ocurriendo, por qué y cómo. Estas son premisas para interferir en el proceso morboso si queremos ser consecuentes con el pensar científico. (5).

La exploración clínica es el procedimiento que se emplea para obtener los datos básicos, sobre los que estructurará la elaboración cognoscitiva propia del pensar científico, que finalmente nos conducirá a un diagnóstico verdadero. En esta exploración clínica debemos separar 2 aspectos: los recursos y medios de que disponemos y la estructura y ordenamiento de dichos datos. El primero está comprendido en la entrevista y el examen físico directo y el segundo lo constituye la Historia Clínica del paciente. (5).

Siendo el diagnóstico médico un proceso cognoscitivo desarrollado por el hombre en busca de la verdad, es evidente que estará sujeto a error; y entonces podríamos preguntarnos: ¿Puede el médico equivocarse en el ejercicio de su profesión, aún en los casos en que actúe diligentemente?. (6), por supuesto que sí, responderíamos. La posibilidad de errar un médico nunca puede excluirse. Esto está dado porque el error es un fenómeno humano, de naturaleza noseológica y que puede conllevar en esencia un conocimiento falso de la realidad. (6).

Por todo lo anterior, decimos que el error médico es una categoría a tener en cuenta cuando de alcanzar un diagnóstico verdadero se trata.

Definimos así el error médico el acto médico o paramédico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponde con el problema real de salud en cuestión; y cuya causa no es la mala fe, la negligencia, la indolencia o la incapacidad personal.

El Dr. Cañizares ofrece un concepto de Error Médico que compartimos en su totalidad y que ofrecemos a continuación: "es aquel resultado de un proceder médico que realizamos dentro de la rigurosa observancia de las previsiones científicas adecuadas de normas técnicas establecidas específicamente para el mismo, por causas ajenas a cualquier forma de imprudencia en la conducta del facultativo, trae

como consecuencia una situación de peligro o lesión para la salud del paciente, o pérdida de la vida del mismo" (6).

Los norteamericanos señalan el error médico como un acto no propuesto o no deseado en el proceder médico, ya sea por adición y omisión de acciones que trae consigo aparejado la lesión o el daño del paciente. Señalar la lesión al enfermo ("The tip of the iceberg") como la gran consecuencia del error; aunque en muchos casos no llega a traducirse en iatrogenia verdadera. Ejemplo: ocurren errores por medicamentos en el 2% de los pacientes ingresados en hospitales en Estados Unidos, sin embargo, muchos no dejan secuelas en el enfermo. (7).

Se señala que dado lo complejo de la práctica médica y la multitud de acciones que recibe cada paciente el riesgo de error es grande. En un estudio de errores médicos en cuidados intensivos se reveló un average de 1.7 errores por pacientes por días; y de ellos el 29% potencialmente fatales. (7).

El error es humano, por lo que las causas pueden ser muchas veces de control individual. (7).

Según Reason y Rasmussen los errores han sido clasificados en 2 grupos fundamentales: los que se producen por desliz, olvido o desconocimiento y son llamados "slips" y los que son provocados por descuido, despreocupación ante un proceder y son los denominados "Mistakes", son también estos últimos llamados errores conscientes del aprendizaje (Conscious Thought). (7).

Los primeros ocurren inconscientemente, al romperse la rutina mientras la atención está desviada y puede ser porque no se realice correcta identificación, porque la acción se realice en el objeto equivocado, por asociación mental de ideas, o por pérdida temporal del sueño. (7).

Los segundos estarán determinados por factores fisiológicos que derivan del control de la atención, ejemplo: fatiga, alcohol, sueño, drogas, enfermedades, etc. También estados emocionales como: frustraciones, ansiedad, disgustos, crean preocupación y desviar la atención; y finalmente factores psicológicos como el stress, relaciones interpersonales, susceptibilidad a los ruidos, etc. (7).

Otros autores, relacionan de otra forma más coherente, a nuestro juicio las causas de error médico, las cuales señalamos a continuación:

1. Relacionados con el profesional de la salud: Inexperiencia, agotamiento, el stress, características de la personalidad.
2. Relacionados con el problema de salud: Enfermedad poco frecuente, manifestaciones atípicas o paralelismo sintomático.
3. Relacionados con la institución: Recursos insuficientes, desorganización, etc.

El error médico siempre precede a la iatrogenia, que se define como el daño que puede producirse a un paciente o sus familiares de forma involuntaria por el profesional de la salud en el ejercicio de sus funciones y que no se acompaña de indolencia, negligencia o incapacidad. (6), (8), (9). Esto último lo distingue totalmente de otro concepto que hay que tener en cuenta que es la infracción médica, esta no es más que todo acto del personal de la salud donde se manifieste la negligencia, la indolencia, el abandono o la incapacidad, abarca toda violación cometida contra las normas disciplinarias administrativas o éticas y que es sancionable ética, laboral y legalmente. (6).

La iatrogenia se clasifica según tres aspectos fundamentales:

- a. Según su carácter: Puede ser previsible o imprevisible. Esto estará dado por la posibilidad de evitarla si somos capaces de identificar el error antes que el daño al paciente esté establecido.
- b. Según su causa: Puede ser por comisión u omisión. Cuando está relacionada con la omisión o adición de algún elemento en el diagnóstico o tratamiento que no estuviera previsto.
- c. Según su efecto: Este puede ser físico, psíquico y social. Estará determinado por las secuelas que queden en el individuo y que pueden manifestarse en cualquiera de estas tres esferas o en todas a la vez.

Hasta aquí, es evidente que toda iatrogenia va precedida por un error médico; por lo que el autor directo de la misma siempre será el profesional relacionado con el proceso salud enfermedad del hombre.

No existen muchos autores cubanos que hayan dedicado sus trabajos al análisis de la iatrogenia, la mayoría se limita a señalar errores en determinadas terapéuticas. (10), (11), (12), (13).

El profesor Zoilo Marinello en su revisión acerca de la iatrogenia en el cáncer, señala que en los procesos cancerosos si no se realiza el tratamiento en el momento adecuado de su evolución; y que además ha de ser correcto tanto en su selección como en la técnica, la iatrogenia puede significar la pérdida total de las posibilidades para controlar el proceso maligno. (10).

El daño producido a estos pacientes por el médico puede obedecer a diferentes razones: Bien porque el diagnóstico sea erróneo, la técnica empleada para el tratamiento incorrecta, la atención psicológica del enfermo deficiente, selección inadecuada del lugar donde debe ser atendido para que no carezca de los elementos necesarios para su completa rehabilitación. (10).

La iatrogenia es fundamentalmente en Oncología producto del desconocimiento en relación con las características biológicas, clínicas o terapéuticas de los tumores malignos. No hay mayor iatrogenia en el cáncer que el poder realizar un diagnóstico precoz y no hacerlo. (10).

Otros autores cubanos describen iatrogenias quirúrgicas, al nivel de vías biliares, fundamentalmente por errores de identificación anatómica de estructuras, ya sea por malformaciones a ese nivel o por existir un grado máximo de inflamación, estos deben ser reparados durante el mismo acto quirúrgico pues de lo contrario empeoraría el pronóstico de los pacientes. (11).

La iatrogenia de la vía biliar en el Hospital Hermanos Ameijeiras tiene una incidencia de 1 por cada 300 a 500 intervenciones quirúrgicas, aproximadamente 0.001%. En Europa oscila entre 0.15% - 0.2%. (11).

Se señala en Cirugía Ginecológica infrecuente la iatrogenia a pesar de que no se recogen en Cuba estadísticas sobre esto. (12).

Sin embargo, Montejo señala que es importante minimizar y evitar trampas del progreso, mediante una correcta valoración del riesgo – beneficios de los procedimientos a efectuar ya que las iatrogenias marchan inevitablemente al unísono con el desarrollo tecnológico. (13).

En 1964, Schimmel reportó el 2% de iatrogenias en los ingresos del Servicio de Medicina del Hospital Universitario de New York; y de estos el 20% letales. Así también Steel y colaboradores encontraron que el 36% de los pacientes ingresados sufrieron iatrogenia y de ellos 25% muy serias para la vida. (7). Por su parte Wilson señala, que de los 14000 ingresos que han existido en los hospitales del sur de Australia el 16% fueron víctimas de reacciones adversas y de estas el 51% fueron previsibles, siendo el 4.9% mortales (14). Así las cosas, se ha creado en Australia un sistema Standarizado de Cuidados de la Salud, con un programa evolutivo aplicable a los diferentes hospitales y se establecen parámetros clínicos comparativos y evolutivos (15).

Diferentes autores señalan la inexperiencia y la falta de práctica como causa básica de iatrogenia en variados procesos como rupturas traqueales (16), neumotorax iatrógeno (17), abordajes profundos (18); y tuberculosis atípica (19).

Como iatrogenia previsible se señala por Ferreiro el exceso de láminas a procesar en el laboratorio de diagnóstico histopatológico de las Clínicas Mayo (20) y Lackritz hace incapié en la transmisión del VIH por transfusión sanguínea teniendo como base 2,600,000 donaciones seropositivos de VIH (21).

También en 1991, un estudio del Harvard Medical Practice, reporta las iatrogenias ocurridas en pacientes hospitalizados en la Ciudad de Nueva York. El 4% de los pacientes prolongaron su estancia en el hospital por iatrogenia. Esto representa para Nueva York 98,609 pacientes en 1 año, siendo el 14% de estas lesiones fatales (7). En Estados Unidos mueren cada año 180 000 personas por iatrogenia; en la práctica esto equivaldría a la caída de tres Jumbo Jet cada dos días. Al investigar las causas más frecuentes, se detectaron errores médicos que en la mayoría de los casos eran potencialmente previsibles (7).

En el Centro Médico Universitario de Jerusalén, Israel, fue estudiada la naturaleza de los errores humanos ocurridos en la unidad de cuidados intensivos; se encontraron en 4 meses 554 errores humanos, a razón de 1,7 errores por pacientes por días. Los médicos y las enfermeras contribuyeron de igual manera al error y estuvieron dados fundamentalmente según ellos por dificultades en la comunicación médico – enfermera. Al terminar describen el error como un fenómeno previsible. (22).

Todos los autores de una manera u otra señalan en sus estudios su rango de error, las consecuencias fundamentales y que en la mayoría de los casos pueden ser previsibles y de esta forma no llegar definitivamente a la iatrogenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rosental M, Ludin P. Diccionario filosófico. La Habana: Editora Política, 1981: 80, 144, 479, 480.
2. Colectivos de autores. Lecciones de Filosofía Marxista Leninista. t.2. La Habana, 1981: 1 – 99.
3. Lenin VI. Materialismo y empiriocriticismo. Moscú. Editorial Progreso, 1980: 97, 123, 132, 139, 153.

4. Engels F. Antiduhring. 4ta ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1975: 34, 35, 106, 107, 108.
5. Parets Gómez J. La responsabilidad penal del médico. Rev. Cubana. Derecho 1991; 2: 84 – 93.
6. Castro H, López G. Diagnóstico y terapéutica de las alteraciones de la personalidad. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1993: 9, 11, 15.
7. Lucian L, Leape MD. Error in Medicine. Special communication. JAMA 1994; 272(23): 1851 – 1857.
8. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. t.2. La Habana: Editorial Científico técnica, 1984: 284, 1067.
9. Butterworths Medical Dictionary. 2da ed. Londo: Butterworths Company, 1987: 1536.
10. Marinello Vidaureta Z. La Iatrogenia en el cáncer. Rev. Cubana Oncol 1991; 7(2): 76 – 81.
11. Quevedo Guanche L, Díaz Calderín JA, Combarro Gómez M. Iatrogenias quirúrgicas de las vías biliares. Act. Med 1991; 5(1): 30 – 38.
12. Ferrá Betancourt A, Scorza Sánchez C, Marrero Martínez G. Iatrogenias en cirugía ginecológica. Act. Med 1991; 50: 53 – 64.
13. Montejo Viamontes N, Aymerich del Valle E. Iatrogenias en cirugía colonica. Act. Med 1991; 5(1): 46 – 52.
14. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newbyl, Hamilton JD. The quality in australian health care study. Med J aust 1995; 163(9): 458 – 71.
15. Collopy RT, Ansari MZ, Booth JL, Brosi JA. The australian cornell on health cone standars care evolution program. Med J Aust 1995; 163(9): 477 – 80.
16. Varela G, Jiménez M. Rotura, traqueal secundaria a intubación o traqueostomía. Arch Bronconumol 1995; 31 (8): 421 – 3.
17. Pelak Z, Fauta J. Iatrogenie pneumothorax. Rozhl Chir 1995; 74(5): 242 – 4.
18. Soury P, Lemouton MC, Riviere J, Testar J, Wuinckler D, Watelet J. False aneurysm of the brochiocephalie artery following subelavian vein catheterization. Ann Fr Anesth Reanim 1995; 14(3): 293 – 5.
19. Rowi Aska – Zakrzewska, E, Szopinnski K, Remiszewskip, Seyma Riska A, Miller M. Pawlicka L, Zwolska – Kwieck. Z. Tuberculosis in Autopsy material: analysis of 1500 autopsies performed between 1972 and 1991 in the institute of Tuberculosis and chest Deseases, Warsaw, Poland. Tuber Lung Dis 1995; 76(4): 349 – 54.
20. Ferreir JA, Myers JL, Bustwick DG. Accuracy of Frozen section diagnosis in Surgical pathology: Review of a 1 – year experience with 24,880 cases at Mayo Clinic Rochester. Mayo Clin Proc 1995; 70(2): 1137 – 41.
21. Lackritz EM. Satten GA, Aberle – Grasse J, Dodd Ry Raimondi VP, Janssen Rs, Lewis VF, Notary EP, Petersen LR. Estimated Risk of Transmission of the human inmunodeficiency virus by screened blood in the United State. N. Engl J Med; 333(26): 172 – 5, 1995, Dec 28.
22. Donchin Y; Gopher D, Glin M; Radihi Y, Riesky M, Sprung CL, Pizov; Cotev S.A look into the nature and causes of human errors in the Intensive Unit Care. Crit Care Med 1995; 23(2): 294 – 300.