

# Error en medicina y seguridad del paciente: la visión del internista ¿Pueden evitarse los efectos adversos?

## Error in medicine and patient safety: can the vision of internist avoid the side effects?

*José Leonardo Piscocoy Arbañil PhD, MD, FACP, EACR*

Remontarnos a la calidad en salud, nos ubica en tiempos hipocráticos con el clásico aforismo *Primum non nocere*<sup>2</sup>, o en los extremos de la codificación de Hammurabi incluida en la Ley (218) del Talión<sup>3</sup>; sin embargo un hito en la medicina moderna lo establece Lucian Leape con su publicación “Error en Medicina”<sup>1</sup>, en la que escudriña en los inicios de la globalización y los derechos de las personas, en particular de los pacientes; desmitificando la visión clásica que los médicos con su gran autonomía podían garantizar la calidad de atención de los pacientes y estaban libres de cometer errores o casi errores, orientando tanto a los médicos como al público a una nueva visión del ejercicio de la medicina en el marco de un exponencial desarrollo científico y tecnológico. El impacto de la publicación documentada con estudios estadísticos, entre los que destacaba: 20% de pacientes ingresados a hospitales universitarios sufrían iatrogenia y 20 % de éstas son fatales<sup>4</sup>, 36% de pacientes admitidos a hospitales docentes tenían eventos iatrogénicos, de los cuales el 25% ponía en serio riesgo la vida, más de la mitad se debían a medicación<sup>5</sup>. El grupo de Harvard en estudio de pacientes hospitalizados identifica que 4% de pacientes hospitalizados tienen una injuria que prolonga su estadía o causa discapacidad, para la ciudad de New York donde se hizo el estudio equivalía a 98,609 pacientes, si esto se extrapolaba a todos los Estados Unidos equivalía a la muerte

Médico Reumatólogo, Doctor en Medicina, Especialista en Auditoría Médica, Calidad en Salud, Calidad en Educación y Acreditación Universitaria, Emeritus Member American College of Rheumatology N° 15143, Fellow American College of Physicians N° 046247, Voting representative of International Society of Quality in Health Care (ISQUA) in Perú. Profesor Principal de Medicina Interna UNMSM.

de 180,000 personas cada año como resultado de iatrogenia, lo que sería equivalente a tres aterrizajes forzosos de aviones Jumbo cada dos días<sup>6</sup>. Mérito adicional de estas publicaciones pioneras fue establecer una comparación entre quienes trabajan con vidas humanas (la atención de la salud y la industria aeronáutica), así en una unidad de cuidados intensivos con un promedio de 178 “actividades” por día, 1.7 errores por día indica que el personal del hospital trabaja a 99% de eficiencia; sin embargo 1% de falla es sustancialmente alto e intolerable en la industria aeronáutica. Este panorama tan nítido en los números no se transparentaba en los ambientes médicos y en la opinión pública, por dos razones, la primera porque ocurrían en múltiples sitios al mismo tiempo y segundo porque no se divulgaba por no haber una cultura de prevención del error. El análisis descrito llevó a los autores a fomentar un análisis de la docencia en pre y post grado, identificar los aspectos psicológicos de la conducta humana y en particular de los médicos y a proponer el establecimiento de un sistema de prevención adaptado por analogía a lo que se documentaba muy efectivo en la industria<sup>7</sup>.

En 1999 el Instituto de Medicina – IOM (hoy incorporado a la National Academies of Sciences), publicó el texto: *To Err Is Human: Building a Safer Health System*<sup>8</sup>, cinco años después de la publicación de Leape, resume el propósito del texto en el reconocimiento que todos los seres humanos cometen errores y estos se pueden prevenir con el diseño de sistemas que dificulten hacer las cosas mal y facilitar a la gente a hacer lo correcto, toma como marco referencial la industria automotriz y

aeronáutica; la propuesta se orienta a garantizar a los pacientes un diagnóstico y tratamiento con los mayores márgenes de seguridad y eficacia. En esencia se propone abordar el tema directamente y metódicamente con la información sustentatoria que lo hace ineludible, incorporando en el debate no sólo a los médicos, sino también a los profesionales de la salud, prestadores, consumidores, reguladores, políticos, revisando los límites tradicionales del ejercicio clínico y una visión de la cultura de culpa, todo ello en beneficio de la seguridad de los pacientes. El impacto logrado se dio, desde el prefacio del texto en el que se relatan casos emblemáticos, como: Betsy Lehman quien murió de una sobredosis durante la quimioterapia, Willie King a quien le amputaron la pierna equivocada o Ben Kolb que a los años murió en una cirugía “menor” por reacción a medicamento. Con la evidencia acumulada el efecto debía ser ascendente, al presentar dos grandes estudios: en Colorado y Utah y el otro en Nueva York documentaron que los eventos adversos se produjeron en el 2.9 y 3.7% de hospitalizaciones. En el primer estudio un 6.6% condujo a la muerte y 13.6% en los hospitales de Nueva York, adicionalmente más de la mitad de estos eventos adversos como resultado de errores médicos se podría haber evitado. Coincidentemente en el trabajo docente en el marco de Calidad en Salud (Auditoría Médica Basada en la Evidencia) iniciado en 1999 (año de la publicación de *To Err is Human*) y en la creación del primer servicio hospitalario público en 1991<sup>9,10,11</sup>, tenemos cientos de casos derivados de la enseñanza en base a problemas reales que han enriquecido el acervo documental reservado de sesentaitres promociones de auditores médicos que irradian permanentemente en el ámbito público y privado, que con la mirada en el texto de IOM nos incentivan a una preocupación creciente por institucionalizar en el país medidas conducentes a minimizar el riesgo inevitable; una herramienta generada el 2004 (Norma Técnica de Auditoría en Salud) por el Ministerio de Salud ha mostrado su fortaleza, que sin embargo hace abordar urgentemente su adecuación o reestructuración por razones implícitas.

Aun cuando inmerso en el Error en medicina, un acápite aparte es el de los errores por medicación, un estudio clásico en Estados Unidos es dos prestigiosos hospitales reportó que dos de cada 100 ingresos tienen un efecto adverso al medicamento con un incremento de costos hospitalarios de \$4,700 por admisión o

alrededor de 2.8 millones de dólares para un hospital universitario de 700 camas, calculado para todo el sistema de salud equivale a \$2 mil millones; sin considerar que ello es una mínima proporción, pues solo se refiere al sistema hospitalario. El sistema de salud británico en su reporte específico<sup>12</sup> señala que una intervención (Chief Medical Officer’s Report. *An Organization with a Memory*), ha reducido en 40% los errores serios por medicación, lo cual se ha logrado con el uso de Guías de Práctica Clínica para la prescripción, dispensación y administración de medicamentos y el uso de tecnología de la información (uso de prescripción y dispensación electrónica)

Un aspecto de abordaje reciente es el de la iatrogenia atribuible a las pruebas diagnósticas, impulsadas por el desarrollo tecnológico, han logrado postergar la esencia de la medicina que es el arte de diagnosticar del médico en base a una racional redacción de la historia clínica. Empezamos a sumar más y más pruebas diagnósticas que no siguen una metodología que garantice su idoneidad y costo beneficio, así como el riesgo, configurándose incluso el término “diagnostinemia” para esta nueva epidemia que se agrava cuando afrontamos el envejecimiento de la población y la institucionalización negativa de los “chequeos” que descubren enfermedades inexistentes en la persona, pero “clarísimas” en los exámenes auxiliares<sup>13</sup>. Una aproximación esquemática clasifica el uso que se hace de dichas pruebas en: a) infrautilización (no se realiza una determinación diagnóstica concreta que habría producido un resultado favorable para el paciente), sobreutilización (ocurre cuando la determinación se realiza en determinadas circunstancias en la que el daño potencial excede al posible beneficio) y mala utilización (se ha seleccionado una determinación diagnóstica adecuada, pero ocurre una complicación que conduce a que el paciente no reciba todo el beneficio que debiera); como consecuencia se encuentran resultados falsos positivos o falsos negativos que afectan al paciente tanto en su estado de salud como en el económico. Para complicar el panorama se desarrolla la denominada cascada clínica con aumento de intervenciones clínicas, diagnósticas o terapéuticas con el consiguiente perjuicio del paciente. Estudios muestran la desventaja y riesgo del cribado en el caso de antígeno prostático y mamografía<sup>14,15</sup>.



Quince años después de la publicación de *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, el IOM aborda tres temas mayores en el texto *Improving Diagnosis in Health Care*<sup>16</sup>, el primero, el error diagnóstico (explayando lo comentado en el párrafo anterior) que aparentemente es irrelevante, pero notoriamente existe y no tiene el abordaje que merece, enfatizando su relevancia y la necesidad de transparentarlo para minimizar el impacto creciente, porque a menudo es identificado retrospectivamente, el segundo se refiere a la “incomunicación” con el paciente, con recomendaciones puntuales y el tercero es el abordaje diagnóstico con la participación de todos los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias con un trabajo en equipo, aprovechando la enriquecedora experiencia de la elaboración de las guías de práctica clínica.

En el rol de la Sociedad Peruana de Medicina Interna destaca la necesidad de lograr el máximo nivel académico y la excelencia permanente en la educación, formación y capacitación de los médicos, de adaptar los planes de estudio y proponerlos a las facultades de medicina como una oportunidad de mejora para la enseñanza universitaria<sup>17</sup>, por ello los comentarios que anteceden en el marco de las tareas que realizan los médicos internistas involucrados en todo el proceso diagnóstico, el manejo medicamentoso y no medicamentoso, se orientan a motivar a la comunidad médica en sistematizar las investigaciones nacionales que nos permitan adecuar las normas y dispositivos legales vigentes con una participación multiinstitucional que pasa por validar la situación de salud a la luz de la experiencia internacional y la perspectiva que heredamos de los clínicos de antaño que privilegiaban la aproximación directa al paciente con un uso ocasional de complicadas tecnologías de ayuda diagnóstica.

Concluyo suscribiendo la doble visión asistencial integradora y formativa (José Antonio Gutiérrez Fuentes), donde la Medicina Interna muestra sus fortaleza y se realiza como parte imprescindible del hacer y saber médicos, citando la conferencia de Osler (adali de la Medicina Interna) “*La palabra clave en medicina*”<sup>18</sup>.

Más que ningún otro el médico puede ilustrar la segunda gran lección, que **no estamos aquí para sacar de la vida cuanto podamos para nosotros mismos, sino para intentar hacer más feliz la vida de los demás**. Es imposible que nadie tenga mejores oportunidades para vivir esta lección que las que vosotros vais a disfrutar.

La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza. Con frecuencia lo mejor de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con pociones y polvos, sino con el ejercicio de la influencia del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del prudente sobre el necio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leape, L.L. (1994). Error in Medicine. JAMA, 272 (23):1851-57.
2. Smith, C.M.(2005) " Origin and uses of Primum non nocere/ Do not Harm.The Journal of Clinical Pharmacology 45 (4): 372-377.
3. Lara F Código de Hammurabi. Madrid: Editora nacional, 1982.
4. Schimmel EM (1964) The hazards of hospitalization. Ann Intern Med 60: 100-110.
5. Steel K. (1981) Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Eng J Med 304:638-642.
6. Leape LL. (1991)The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Eng J Med 324:377-384.
7. McIntyre N. (1989) The critical attitude in medicina: the need for a new ethics. BMJ 287: 1919-1923.
8. Kohn L. (1999) To Err Is Human, Building a Safer Health System. National Academy Press Washington DC.
9. Piscoya, José. (1997) Auditoría Médica como pilar de la calidad en atención de salud. Revista Médica del IPSS Vol 6 N 3.
10. Piscoya, José (1999) Manual de Auditoría Médica de Hospitalización. Oficina de Auditoría Médica – Hospital Nacional Guillermo Almenara.
11. Piscoya, José (2000) Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica, Anales de la Facultad de Medicina Vol 61 N 3: 227 – 240.
12. Smith, J. (2004) Building a Safer NHS for Patients: Improving Medication Safety. NHS Department of Health.
13. Lumberras B. (2007) Iatrogenia atribuible a las pruebas diagnósticas. Rev Calidad Asistencial 22 (6): 272-6.
14. Draisma G. (2003) Lead times and over-detection due to prostate-specific antigen screening: estimates from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. J. Natl Cancer Inst. 95:868-78.
15. Castells X. (2006) Cumulative false positive recall rate and association with participant related factors in a population based breast cancer screening programme. J Epidemiol Community Health. 60: 316-21.
16. Balogh E. (2015) Improving Diagnosis in Health Care. The National Academies of Sciences.
17. Senra A. (2009) Medicina Interna: su función en la Educación Médica, Pasado, Presente y Futuro. Unión Editorial / Cátedra de Educación Médica – Fundación Lilly – UCM.
18. Osler W. (2008) La palabra clave en medicina. Un estilo de vida. Fundación Lilly p 311.