

Medicentro 1998, 2(n.esp.)

**HOSPITAL PROVINCIAL CLINICOQUIRÚRGICO
SANTA CLARA, VLLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

EL ERROR EN LA MEDICINA. IMPORTANCIA DE EVITARLO Y RECONOCERLO

Por

Dr. Fernando Aparicio Martínez¹, Durlan Vidal González² y Dr. Ismael Castillo García ²

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico. VC. Asistente.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico. VC.

Señor Editor:

La práctica de la medicina es ambas cosas: arte y ciencia¹. El médico recibe los beneficios de la investigación científica y la disciplina mental que le impone el método científico. Con relación al arte podemos decir como Trotter²: "En la medida que la medicina es un arte, su instrumento fundamental y característico deben ser las facultades del hombre". Claro está que es el hombre, el médico, la clave principal en la formulación del diagnóstico y la selección de la terapéutica, siempre que logre una adecuada relación médico-paciente y realice una cuidadosa entrevista médica³, un buen examen físico y una correcta interpretación de las investigaciones complementarias.

No obstante, es reconocido que las deficiencias en la información que conducen al error diagnóstico, pueden ser introducidas por los médicos, el propio paciente o los equipos⁴. Desde esa óptica, podríamos admitir que algunos errores serían inevitables, y cuando ocurren, deben a menos pasar a formar parte de la experiencia del médico, y de todos aquellos a quienes éste sea capaz de transmitirlo. En un estudio publicado hace algunos años⁵, en esta propia revista, encontramos un 19,2 % de error, resultado inferior al de otras series, como las de Cameron y Golman, citadas entonces. Es clásico el estudio de Golman y col⁶ quienes analizaron 100 necropsias en tres décadas distintas (1960, 1970, 1980), y encontraron que a pesar del desarrollo científico-técnico en los medios de diagnóstico, el porcentaje de error fue exactamente igual.

Queremos informar al editor que al analizar la evaluación realizada en 2 232 expedientes clínicos correspondientes a un período de 12 meses (1 155 fallecidos y 1 077 vivos) encontramos que las historias con dificultades relevantes estuvieron relacionadas con problemas en el diagnóstico principal o en las complicaciones, y representaron el 9% del total (I. Castillo, comunicación personal). Al evaluar las principales causas de muerte, se observó que las enfermedades digestivas presentaron mayores dificultades en el diagnóstico y tratamiento en el área quirúrgica, con el 19,1% y 15% respectivamente; mientras que los sistemas más problemáticos en los servicios clínicos fueron el cardiovascular (18,1 %) y el digestivo (19,3 %).

Es incuestionable que cuando no asumimos una actitud reflexiva ante el enfermo y actuamos de una manera mecanicista, existen posibilidades de que se produzca el error. Por eso coincidimos con Smith¹ quien ha señalado que el proceso de razonamiento clínico es frecuentemente mejor observado en las reuniones clínico-patológicas que en la práctica diaria.

Ocurre, a veces, que el error se produce al no considerar las formas atípicas de las enfermedades.

Numerosas fuentes también informan desde hace varias décadas, que un número sustancial de pacientes reciben tratamientos que les causan daños durante su hospitalización. Shimmel⁷, en 1964, informó que el 20 % de los pacientes ingresados en los servicios médicos de un hospital universitario sufrieron lesiones iatrogénicas, y que el 20 % de éstas fueron fatales. Por otra parte, Steel⁸ y otros, determinaron que el 36 % de los pacientes ingresados en un servicio médico de un hospital universitario sufrieron algún hecho iatrogénico, de los cuales el 25 % amenazó seriamente la vida. Más de la mitad de estos errores se relacionaron con el uso de medicamentos.

Es nuestro interés fundamentalmente contribuir al conocimiento de este fenómeno universal, y sobre todo destacar que cuando las causas son investigadas se encuentra que muchas de las deficiencias en el diagnóstico y los daños iatrogénicos se producen por errores, y son por lo tanto, potencialmente prevenibles⁹. Nos corresponde pues hacer todo por evitarlos, y si de alguna forma se cometen, recordar entonces una frase de Jequer Doge²: "El reconocimiento del error es un método de trabajo".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wingaarden JB, Lloyd M, Smith J. Medicina asanart. En Smith MD: Textbook of medicine. 18 ed. Philadelphia : WB. Saunders, 1988:1-5.
2. Beeson PB. Naturaleza de la medicina: la medicina en la sociedad moderna. En su Tratado de medicina interna de Cecil. 15 ed. Ciudad de La Habana : Ed. Pueblo y Educación, 1984:10-11.
3. Llanio Navarro R. Historia clínica: la mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. Ciudad de La Habana : Ed. Pueblo y Educación, 1988: 1-10.
4. Burnum JF. The Misinformation ERA. The fall of the medical record. Ann Int Med 1989; 110(6):482-484.
5. Trujillo FG, Martínez FA, Hidalgo MV. Correlación anatomoclínica: estudio del año 1985. Medicentro 1988;4(1):134-141.
6. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn L, Bettmann M, Weisberg M. The Value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983; 308(17):1000-1005.
7. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994(23):1851-1857.
8. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Engl J Med 1981;304(11):638-642.
9. Brennan TA, Leape LL, Laird N. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients : results of the Harvard Medical Practice study 1. N Engl J Med 1991;324(4):370-376.