

OPINION

Prevención de los errores terapéuticos

Eduardo Penny Montenegro*

“LO PRIMERO ES NO PRODUCIR DAÑO”

Los errores terapéuticos son una causa importante de daño al paciente y deben ser esperados por el médico tratante, a fin de lograr prevenirlos.

Se considera que la presencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados va entre 3.7% a 16.6%, de los cuales son serios entre un 7.3% a 18.6%, siendo prevenibles entre 28 a 69% (1,2,3)

Si los médicos nos hacemos una autocrítica, este tema normalmente no es del agrado de muchos de nosotros, ya que pone en evidencia nuestras limitaciones y fallas, existiendo muchas veces oposición a investigar y a aceptar los errores, utilizando como pretextos la subjetividad y complejidad de la medicina.

Muchas veces esta oposición pasiva se basa en los temores humanos del médico, como son las denuncias y juicios de malpráctica, humillación, daño a su reputación y pérdida de su clientela o de su empleo hospitalario.

Es así, que cuando el médico descubre que ha cometido un error terapéutico se enfrenta al dilema de confrontarlo o de ignorar el problema. Obviamente en la decisión jugarán papel importante la honestidad, los principios y valores, la magnitud del problema, la presencia o ausencia de auditoría médica e indudablemente, sus temores.

El objetivo al que debiéramos llegar los médicos, individual o colectivamente, es el detectar y prevenir la aparición de los errores terapéuticos, para lo cual, colocar al paciente en primera instancia, es una buena estrategia.

Existen muchas causas por las cuales el médico puede incurrir en

un error terapéutico. La inexperiencia es una ellas y no me estoy refiriendo a la menor o mayor edad del médico, sino a su experiencia en el manejo de pacientes. Otra causa común es el exceso de confianza cuando se ven casos rutinarios, lo cual lleva muchas veces a la violación de procedimientos y normas de seguridad, pensando que no va a suceder nada ya que anteriormente nunca le ha ocurrido nada negativo; es importante tener en cuenta el adagio de “Siempre hay una primera vez” y que en cualquier momento puede producirse un hecho negativo.

Asimismo, la introducción de nuevos procedimientos terapéuticos conllevan inicialmente un riesgo mayor de fallas, hasta que se logre desarrollar la experiencia y el conocimiento suficientes para minimizar ese riesgo. Las decisiones inapropiadas sin evaluar otras alternativas nos llevan también, inconscientemente a cometer errores.

No deberíamos olvidar que muchas veces un diagnóstico incorrecto nos conducirá a un tratamiento errado, por lo que es sumamente importante enfocar correctamente el caso o la situación, escuchando detenidamente al paciente, realizándole una adecuada historia terapéutica y un exhaustivo examen clínico, evaluando los resultados de los exámenes auxiliares, ya que no es infrecuente que existan errores en sus resultados o interpretación.

La demanda exagerada de servicios médicos con un tiempo limitado para la atención de los pacientes, como sucede en muchos de los servicios hospitalarios, generan una falta de profundidad o acuciosidad, no sólo en la evaluación médica del paciente, sino en la generación de confianza y conocimiento integral del paciente por parte del médico, imposibilitando muchas veces la adecuada explicación al paciente de su enfer-

medad y de su tratamiento por parte del médico tratante. Aquí debemos mencionar limitaciones a la que estamos sometidos los médicos por parte de las instituciones pagadoras de los servicios de atención médica (seguros privados, empresas prestadoras de salud, seguridad social, etc.) o las propias restricciones económicas del paciente, todo lo cual dificulta su manejo adecuado. Entre las principales limitaciones tenemos la realización de determinadas pruebas o la limitación en su periodicidad, la negativa a aceptar determinados regímenes terapéuticos o a tener que prescribir fármacos donde no tenemos seguridad de ellos, por su falta de control de calidad. Todo esto es una interferencia en el acto médico, sin que exista un protección legal del profesional médico.

Se debe tener un cuidado especial con las poblaciones de mayor riesgo, como son las edades extremas, los que requieren cuidado complejo, los que son atendidos por urgencias médicas o los que tienen una estadía hospitalaria prolongada.

Muchos de los errores terapéuticos comunes son prevenibles entre los cuales tenemos: la falta de educación al paciente por parte del médico; el no colocar en zona visible de la historia clínica lo importante (alergias, gestación); el hacer caso omiso a las molestias del paciente que está tomando o aplicándose un fármaco, el no dar terapia individualizada; el no explicar al paciente en qué consiste su tratamiento y el por qué de ello, sus riesgos, beneficios y alternativas; el uso innecesario de fármacos o la polifarmacia cuando no es imprescindible; la falta de evaluación de las características del paciente; la sub o sobredosificación de los fármacos, no alcanzando el rango terapéutico adecuado; el utilizar terapias o regímenes de dosificación

* Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Interna

complejos; la indicación de una terapia con duración insuficiente, la falta de prevención de las conocidas complicaciones terapéuticas; el no utilizar la fisioterapia y la rehabilitación.

Existen otros errores que también son importantes como el no indicar cirugía en el momento correcto, recomendándose que cuando un paciente sea potencialmente quirúrgico, este debiera ser evaluado conjuntamente con un cirujano; la no evaluación de la economía del paciente, lo cual hará posible o no el que el paciente pueda cumplir el tratamiento, evitando la discontinuación de éste (esto es particularmente importante en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la insuficiencia cardiaca, la tuberculosis, etc) o el no hacer uso del régimen higiénico-dietético, sin abusar de este y no esperando resultados más allá de los que se pueden obtener con su utilización.

El error terapéutico también puede darse, cuando no le ofrecemos al paciente lo mejor de un tratamiento actualizado, ya sea por falta de conocimiento o por un falso criterio de ser "jueces". A continuación mencionaré algunos errores terapéuticos bajo este concepto: no tratar la obesidad; no dar terapia preventiva en asma bronquial; no inmunizar con vacunas a sujetos en riesgo; no tratar la anemia leve; ver las enfermedades dermatológicas sólo como problema estético y no médico; no considerar la hormonoterapia de reemplazo en mujeres donde no existe contraindicación; utilizar anticolinérgicos en prostáticos o en pacientes con glaucoma; no realizar prevención de trombosis venosa profunda; no utilizar drogas modificadoras de daño en artritis reumatoide cuando están indicadas; utilizar analgésicos potentes cuando se evalúa el dolor (ejemplo; en dolor abdominal sin diagnóstico preciso); utilizar aspirina o AINEs en asmáticos (pueden producir broncoespasmo); utilizar hipnóticos y/o sedantes por largo tiempo: utilizar AINEs en dolor cró-

nico o utilizar anticolinérgicos cuando se sospecha obstrucción intestinal. Es indudable, que estos son sólo unos pocos ejemplos y que la lista es más numerosa debiendo tenerse en cuenta todos aquellos tratamientos cuya evidencia científica ha sido demostrada.

No todos los errores terapéuticos son originados por los médicos. Gran parte de ellos corresponden a los pacientes o son de responsabilidad mixta: médico - paciente.

Se reconoce que entre 15 a un 95% de los pacientes no cumplen con el tratamiento indicado y que un tercio de ellos cometen algún error. El cumplimiento de las indicaciones terapéuticas por parte de los pacientes es variable y la razón más frecuentemente esgrimida por ellos es el "olvido", debiendo tener en cuenta que bajo este pretexto pueden esconderse numerosas causas (económicas, efectos colaterales, falta de convicción, etc.)

Las pautas complejas, al igual que las fluctuaciones diarias de los síntomas son frecuentes causas de fallas en el cumplimiento, así como el no haber recibido explicación de su proceso patológico y de su tratamiento (falta de identificación con éste o más aún de desconfianza). Asimismo, no es infrecuente el llamado "incumplimiento inteligente", donde el paciente asume su tratamiento de acuerdo a su entendimiento, estando esto en relación a su nivel cultural y a la capacidad de obtener información sobre el fármaco (inserto, vademecums, internet, etc.).

Finalmente quisiera hacer énfasis en el contenido de las recetas médicas, que si bien es conocido por todos nosotros vale la pena hacer una pequeña revisión.

En la receta propiamente dicha debe figurar el nombre del paciente (aspectos, relacionados a la identificación legal, evitando confusiones); la fecha en que se está emitiendo ésta; el nombre comercial de ésta con su correspondiente nombre genérico; la forma de presentación del medicamento; la cantidad del medicamento; la firma y sello del médico prescriptor.

En la parte de indicaciones siempre se debe colocar el nombre del producto; la dosificación de éste (cantidad, horario, vía); la duración del tratamiento; las advertencias importantes. No olvidar que es preferible utilizar letra de imprenta, la cual es más legible y evita lecturas equivocadas.

No quisiera terminar este artículo, dejando de hacer una exhortación a todos los médicos lectores. La razón de ser de la medicina y de todos sus componentes (médicos, enfermeras, farmacéuticos, universidades, hospitales, libros, etc.), son los pacientes y como tal deberíamos tratar de realizar nuestro mayores esfuerzos, a fin de solucionar sus problemas médicos y de no hacerles daño inconscientemente, pero que conlleva una responsabilidad ética y legal finalmente.

Todos los profesionales de las ciencias de la salud deberíamos hacernos una autocrítica a fin de estudiar profundamente este problema y plantear las diversas soluciones. Esto lo debemos realizar nosotros mismos antes que otros quieran decidir por nosotros.

BIBLIOGRAFIA

1. Brenna TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
2. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse event *JAMA* 1995;274:29-34.
3. Wilson RM et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;163:458-471.
4. Weingart S. et al. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:774-777
5. Reinertsen. J. Editorials: Let's talk about error *BMJ* 2000; 320:730
6. Pietro D. et al. Education and debate: Detecting and reporting medical errors: Why the dilemma?. *BMJ* 2000; 320: 794-796.
7. Reason J. Education and debate: Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.
8. Editor's choice. Facing up to medical error. *BMJ* 2000; 320.
9. Bates D. Education and debate: Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMK* 2000; 320: 788-791
10. Cohen M. Editorials: Why error reporting systems should be voluntary. *BMJ* 2000; 320: 728-729.
11. Wer A. Editorials. Medical error: the second victim. *BMJ* 2000; 320: 726-727.
12. Thomas E. And Brennan T. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ* 2000; 320: 741-744.