

## EL ERROR MÉDICO: CONSIDERACIONES GENERALES

**Dr. Jorge Manrique**

Sean mis primeras palabras destinadas a agradecer a la Comisión Ejecutiva del Consejo Académico de Ética en Medicina el haberme honrado con la responsabilidad de realizar la introducción al tema Error Médico, que habrá de constituir el núcleo esencial de la conferencia que a continuación habrá de dictar nuestra ilustre invitada la Dra. Elena Lugo.

En términos generales se define el error como la emisión de buena fe de un juicio equivocado o falso que se comete cuando se considera como verdadero algo que no lo es, cuando se cree saber algo que en realidad se ignora o cuando se ignora algo que se conoce. Al decir de Morató y Martínez Ruiz los juicios y acciones erradas constituyen siempre *confusiones epistemológicas y como tal no pueden ser sino inconscientes, puesto que el entendimiento no se adhiere a lo falso más que si lo confunde con lo verdadero y viceversa. El error no es una propiedad de los enunciados, como sucede con la verdad o la falsedad, sino de nuestras creencias o del hecho de juzgar. Siempre presupone cierto grado de certeza y por ello no debe confundirse con ignorancia. Es cierto que la mayor parte de los errores provienen de la ignorancia o ausencia de conocimientos pero también pueden originarse a partir de la duda y aun de la certeza o de una opinión válida.* Cuando un juicio errado se emite con conciencia de su falsa naturaleza, más que error debe ser considerado como un acto deliberadamente malevolente y, por tanto, pasible de sanción moral o, si cuadra, también legal.

El médico por su condición humana es falible y en el ejercicio de su profesión la probabilidad de cometer errores de juicio (diagnósticos equivocados) o realizar actos errados (aplicación de terapéuticas equivocadas) se relaciona íntimamente con la natural incertidumbre que rodea su actividad profesional. Cada caso clínico que trata aparece siempre acompañado de variables combinadas de forma siempre diferente. Por ello y en rigor la comisión del error constituye una eventualidad que acompaña el actuar médico como su propia sombra. A veces su producción se debe a la complejidad o rareza del caso en estudio, otras al manejo de una información incompleta o incorrecta, a

veces es consecuencia del apresuramiento y en algunas ocasiones proviene de la falta de experiencia. Según afirma Kant el error en general, y por ende el médico en particular, *sólo aparece cuando elementos sensibles perturban el entendimiento introduciendo factores subjetivos que perturban la correcta interpretación de los hechos.*

No hay que confundir error con ignorancia, porque ésta es simplemente carencia de saber, mientras que, cuando se erra se tiene la creencia de saber. Por eso, el error supone de algún modo *certeza*. *Erramos, por tanto, desde la ignorancia o la ausencia de conocimiento, aunque también desde la duda, la certeza y la opinión, pero no desde el saber o conocimiento (Morató).* La imposibilidad de errar es la inerrancia. Falibilismo, en cambio, es afirmar que no estamos exentos de error en ninguna área de conocimiento. La ciencia no se orienta propiamente a la búsqueda de la certeza, sino sólo a la eliminación de los errores.

La posibilidad de errar que convive con el accionar de cualquier médico, aun los más capaces o experimentados, debe considerarse una verdadera apelación a la necesaria humildad que debe acompañar a la autoestima profesional. De ella surge en consecuencia el ejercicio de la correspondiente generosidad que predisponga a comprender los errores ajenos siempre que ellos no entrañen dolo o resulten totalmente injustificables.

Es cierto que el método de la prueba y error constituye una de las fuentes del saber pero aun reconociendo que la alusión a ese método epistemológico se utiliza para justificar la expresión proveniente de muchos que afirman *«haber aprendido más de sus errores que de sus aciertos»*, bueno es tratar de evitar que ello no alcance tal generalización como para llevar al extremo de creer que la mejor manera de aprender es errando. Sin embargo debe admitirse que del análisis racional del error suelen obtenerse fructíferas lecciones en especial en el campo del conocimiento científico cuya meta, según afirma Popper, *no es el logro de una verdad absoluta, sino la propuesta de conjeturas cada vez más audaces que se vuelven tanto más verosímiles cuanto más contrastadas están.*

Más aun, la única manera de contactar con la realidad es descubriendo el error de nuestras conjeturas. La cuestión de fondo no es ¿de dónde proviene el error?, sino ¿cómo descubrimos el error en nuestras creencias o en nuestras acciones?

De todas formas y más allá de su enfoque epistemológico debe aceptarse que el error afecta ambos protagonistas del acto médico: para el paciente entraña la posibilidad de provocar consecuencias de gravedad y magnitud variables y para el profesional conforma un verdadero cargo de conciencia, aun cuando su importancia sea menor. Ambos

efectos deben considerarse como estímulos suficientes para, una vez comprobado un error, proceder a indagar sobre sus causas a fin de entender mejor la realidad y en consecuencia tener argumentos suficientes para adoptar las medidas que impidan su reiteración.

No todos los errores médicos son provocadores de daños para el paciente; de hecho gran parte de ellos pasan inadvertidos, a veces aun para el autor, siendo descubiertos *a posteriori* a con motivo de revisiones retrospectivas, personales o realizadas por terceros. Otros errores, capaces de condicionar perjuicios de gravedad importante son de advertencia simple y pueden transformarse en el núcleo central de muchas demandas que, fundamentando sus alegatos en tales yerros, justificables o no, encuentran allí el sustento apropiado para revestirlos con características culposas que pueden considerarse como pruebas de impericia, imprudencia o negligencia.

La comisión de un error por sí misma no implica una falla ética aunque tal podrá surgir en vinculación con la calidad de la conducta que se adopte cuando es descubierto. Comprobado un error:

Existe obligación de informar al paciente? Se deberá guardar el secreto? Será la conducta adoptada dependiente de la magnitud del daño ocasionado? Como diría Hamlet: He ahí la pregunta.

El médico debe ejercer una vigilancia constante de su propia conducta. Su autocrítica le permitirá revestir de certeza a sus juicios o actos o descubrir el error cuando se hubiera cometido De todas formas, aunque el error no se acompañe de datos para el paciente, por sí mismo su descubrimiento debe constituir un severo llamado de atención para que el médico no caiga en el pecado de soberbia que lo haga considerar siempre dueño de la verdad e inmune al error.

Una sólida formación científica junto a una experiencia clínica suficiente asociadas con el procesamiento racional de buena información así como la ausencia de toda subjetividad constituyen en conjunto la mejor forma de evitar el error o al menos reducir sus posibilidades de comisión.

Sin duda que la detección de las causales del error y sus diferentes tipos, sus posibles consecuencias éticas y legales así como el análisis de la conducta que se debe adoptar en su presencia constituyen serios problemas que superan la índole epistemológica pura para abarcar de manera cierta el manejo práctico más certero de la realidad.

Luego de exponer estos conceptos muy generales a guisa de sumaria introducción a la conferencia de nuestra invitada especial, tal como se hizo en las presentaciones anteriores y como un ejemplo práctico, se pone a consideración de la expositora y del distinguido auditorio que nos acompaña el siguiente caso de error médico extraído de la realidad asistencia;

## ERROR MÉDICO: CASO PROBLEMA

La señora A L., de 75 años, ingresó al Servicio de Cirugía en marzo de 1983 con diagnóstico de abdomen agudo peritoneal. Se efectúa exploración quirúrgica, hallándose diverticulitis sigmoidea y peritonitis difusa. Se lleva cabo la resección del segmento más afectado y asiento de la perforación, terminando la operación con una bicolostomía. Alta al 10° día en buena evolución.

Se realizan los estudios correspondientes y en Junio se la reopera para luego de resecar parte del colon descendente asiento de una importante diverticulosis rehacer la continuidad colónica. El postoperatorio se complica con la formación de un absceso paraanastomótico que se drena de forma espontánea. Alta a los 15 días de la 2da. operación.

En abril de 1984 comienza con dolores cólicos intermitentes y distensión abdominal. Los estudios certifican estenosis colónica a nivel de la anastomosis. Se intenta la dilatación instrumental sin éxito. Se decide el tratamiento quirúrgico a raíz de un cuadro subobstructivo que obliga a la internación. La exploración demuestra intensas adherencias ileo-ileales y el colon firmemente adherido a la pared posterior. En las maniobras de disección, se produce, a nivel del hipocondrio derecho, un importante sangrado de difícil control, que se atribuye a un presunto desgarro del bazo. La persistencia del sangrado obliga a ampliar la disección del plano posterior en cuyo curso se expone un órgano sólido íntimamente adherido al colon. Luego de liberar firmes adherencias con el epiplón y la curva mayor gástrica, se liga y secciona el pedículo y se extrae el presunto bazo. La observación de la pieza en la mesa quirúrgica demuestra que se trata del riñón izquierdo. Se termina la operación luego de haber reparado la estrechez colónica luego de haber confirmado por congelación la ausencia de tejido maligno.

Terminada la intervención, el equipo quirúrgico, constituido por el Jefe de Residentes del Servicio y un médico de planta, se reúne con la familia para informar el resultado y hacer conocer la resección renal realizada, haciendo constar que si bien fue consecuencia de una hemorragia profusa de difícil control, el órgano no debió haber sido resecado. A la pregunta de la familia respecto al pronóstico se le informa que el futuro dependerá de la funcionalidad del riñón restante. Alta al 7° día, sin complicaciones, con urea y creatinina en límites normales para su edad. La paciente ya había sido informada del accidente operatorio y de la resección innecesaria del riñón.

La señora A concurrió durante 10 años al consultorio externo para su control y en su evolución no mostró alteraciones de la función del

riñón remanente. Con frecuencia llevaba presentes para sus médicos manifestando en toda ocasión su agradecimiento por la forma con que había sido tratada y la veracidad de la información que había recibido. «Cómo no acordarme de ustedes, que nunca me engañaron» (la familia le había comentado los hechos acontecidos con todo detalle).