

...SED PERSEVERARE DIABOLICUM

Verdú F.
 Departamento de Medicina Legal y Forense.
 Universitat de València.
 España.

Correspondencia: Fernando.Verdu@uv.es

Corría el año 2005 cuando escribí este texto¹:

“VÍAS Y CABLES CON PELIGRO

Pese a las estrictas normas de seguridad que se están implantando en muy diversos aspectos de nuestras vidas, los accidentes acechan. Este pasado verano, muchos ancianos, jóvenes y niños habrán muerto de una forma absolutamente estúpida. Dejando de lado los accidentes de tráfico -en los que la estupidez humana es suprema protagonista, yéndole a la zaga una maldad quizá inconsciente- playas, piscinas, montañas, columpios, parques de atracciones, domicilios...han sido seguro escenario de tragedias.

Recuerdo una: un niño asfixiado con la ventosa de una flecha de juguete, en casa de sus abuelos. Efectivamente, el artilugio no cumplía las normas de seguridad de la Unión Europea. También es cierto que, en mi actividad como Médico Forense, he tenido casos similares aunque con distinto material: aceituna, uva, garbanzo y caramelo. Y aquí no hay norma CE que invocar; solo mala suerte y quizá cierto déficit de atención.

¿Y en los hospitales?

Desde que -en 1999- el Institute of Medicine (IOM) publicó su libro-informe *To err is human. Building a Safer Health System* (Error es humano. Construyendo una Sistema de Salud más Seguro) se conoció que, anualmente, las muertes por errores y accidentes en los hospitales de los EE.UU, oscilan entre las 45.000 y las 98.000 y que de ellas, la mitad podría haberse evitado. La replicación del estudio en otros países industrializados, puso de manifiesto que las cifras eran muy parecidas

Las acciones que proponía el IOM para reducir esas cifras a límites tolerables eran:

- * Prestar atención especial, clara y manifiesta a la seguridad
- * Aplicar sistemas no punitivos para informar y analizar los errores en los centros sanitarios
- * Establecer normas de seguridad fáciles de comprender
- * Implantar programas de formación específicos

El Comité Permanente de los Médicos Europeos (CPME) aprobó a finales de marzo de 2003 un *Programa de acción para el desarrollo de las competencias del personal sanitario y de la capacidad de los prestadores de servicios sanitarios para resolver correctamente los problemas relacionados con la seguridad de los pacientes* que, en su preámbulo dice:

“Nil nocere – no hacer daño - es una noción fundamental de ética médica. Sin embargo, durante la última década, las investigaciones llevadas a cabo sobre la seguridad del paciente han demostrado que determinadas actividades asistenciales representan verdaderamente un riesgo importante para la seguridad de los pacientes, y pueden ser la causa de muertes y discapacidades graves”

Discrepo de este contenido en su formulación, puesto que se utiliza una palabra que -en sí misma- distrae la atención del personal sanitario: es la palabra *determinadas*. Lo mas cierto es que *las* actividades asistenciales representan un riesgo para la seguridad del paciente y deben vigilarse de forma primorosa.

En el Lancet publicado el 30 de abril pasado, dos colegas fineses comunicaban en una Carta¹ un caso de estrangulación ocurrido en una niña de 10 meses. Lo verdaderamente interesante del caso es que la estrangulación había sido accidental, se había producido en un hospital y el lazo de estrangulación fue el tubo del gotero mediante el que se le estaba administrando la medicación.

En el corto pero interesantísimo texto, ponen de manifiesto que aunque se han comunicado pocos casos de fallecimientos o lesiones graves producidos por este mecanismo, hay suficientes evidencias de que se producen muchos incidentes o casiaccidentes (sic) tanto con los tubos flexibles de los goteros, como con otros dispositivos de características similares, como puedan ser los cables de monitorización.

Si se quiere participar activamente en aumentar la seguridad de los pacientes, hay que prever (conocer, conjeturar por algunas señales o indicios) para prevenir (evitar, estorbar o impedir algo)

Y dar importancia a todas las situaciones anómalas que se puedan dar en un centro sanitario. Que el artilugio en el que se cuelga un gotero pierda la estabilidad y golpee levemente el brazo de un paciente, no es un incidente que deba solventarse con un “*¡ea, no pasa nada!*” Simplemente porque la siguiente vez que caiga, en lugar de ese leve traumatismo en un brazo puede provocarle la enucleación de un globo ocular. Por decir algo.

Todo el personal de un centro sanitario, como parte del sistema, tiene su cuota de responsabilidad en conseguir que la seguridad de los pacientes aumente.

Y como médicos, está bien recordar que el segundo párrafo del artículo 6 del Código Deontológico de la OMC dice:

“Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes”

1. Lunetta P, Laari M. Strangulation by intravenous tubes. Lancet. 2005 Apr 30-May 6;365(9470):1542”.

Casi once años después -en mayo de 2016- se publicó un artículo¹ con un sugerente título: “*Error médico: la tercera causa principal de muerte en los EE.UU.*” y se eleva la cifra de muertes relacionadas con la cuestión a algo más de 400.000 anualmente.

El trabajo termina con estas palabras:

“Para lograr sistemas de salud más confiables, la ciencia de mejorar la seguridad debería beneficiarse compartiendo datos a nivel nacional e internacional, de la misma manera que los médicos comparten la investigación y la innovación sobre la enfermedad coronaria, el melanoma y la gripe. Sólidos métodos científicos, comenzando con una evaluación del problema, son fundamentales para abordar cualquier amenaza para la salud de los pacientes. El problema del error médico no debe estar exento de este enfoque científico. Un reconocimiento más apropiado del papel del error médico en la muerte del paciente podría aumentar la conciencia y guiar tanto las colaboraciones como las inversiones de capital en investigación y prevención”.

Si está sucediendo en los EE.UU., nada impide pensar que también puede estar ocurriendo en otros países, con lo que las cifras se dispararían de forma escandalosa

Entonces, *si errare humanum est, sed perseverare diabolicum*, ¿estará siendo diabólica la medicina en los países industrializados?

1. Verdú F. Vías y cables con peligro. Siete Días Médicos, 647, 78. 2005

2. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.