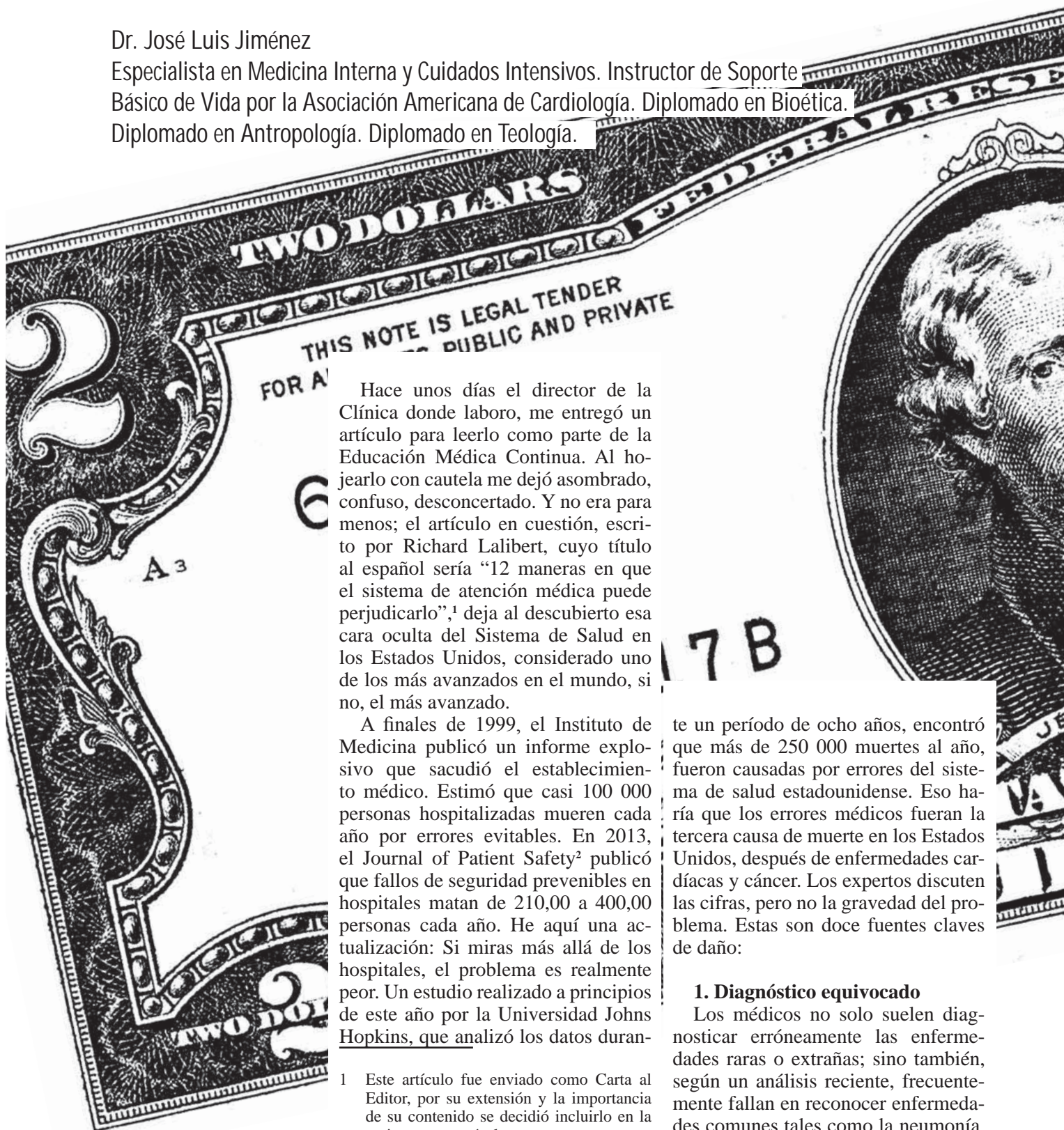


LAS DOCE PLAGAS EN EL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS^Ω

Dr. José Luis Jiménez

Especialista en Medicina Interna y Cuidados Intensivos. Instructor de Soporte Básico de Vida por la Asociación Americana de Cardiología. Diplomado en Bioética. Diplomado en Antropología. Diplomado en Teología.



Hace unos días el director de la Clínica donde laboro, me entregó un artículo para leerlo como parte de la Educación Médica Continua. Al hojearlo con cautela me dejó asombrado, confuso, desconcertado. Y no era para menos; el artículo en cuestión, escrito por Richard Lalibert, cuyo título al español sería “12 maneras en que el sistema de atención médica puede perjudicarlo”,¹ deja al descubierto esa cara oculta del Sistema de Salud en los Estados Unidos, considerado uno de los más avanzados en el mundo, si no, el más avanzado.

A finales de 1999, el Instituto de Medicina publicó un informe explosivo que sacudió el establecimiento médico. Estimó que casi 100 000 personas hospitalizadas mueren cada año por errores evitables. En 2013, el Journal of Patient Safety² publicó que fallos de seguridad prevenibles en hospitales matan de 210,00 a 400,00 personas cada año. He aquí una actualización: Si miras más allá de los hospitales, el problema es realmente peor. Un estudio realizado a principios de este año por la Universidad Johns Hopkins, que analizó los datos duran-

te un período de ocho años, encontró que más de 250 000 muertes al año, fueron causadas por errores del sistema de salud estadounidense. Eso haría que los errores médicos fueran la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de enfermedades cardíacas y cáncer. Los expertos discuten las cifras, pero no la gravedad del problema. Estas son doce fuentes claves de daño:

1. Diagnóstico equivocado

Los médicos no solo suelen diagnosticar erróneamente las enfermedades raras o extrañas; sino también, según un análisis reciente, frecuentemente fallan en reconocer enfermedades comunes tales como la neumonía, la insuficiencia cardíaca y el cáncer.

¹ Este artículo fue enviado como Carta al Editor, por su extensión y la importancia de su contenido se decidió incluirlo en la revista como artículo.



Análisis de autopsias y registros médicos sugieren que los diagnósticos erróneos representan aproximadamente el 10% de las muertes; por consiguiente, según un informe del 2015 del Instituto de Medicina, los diagnósticos equivocados son la causa principal de los pagos por negligencia médica. Los errores pueden ser el resultado de una pobre colaboración o malentendidos entre los médicos y los pacientes, además de una variedad de tendencias: por ejemplo, si cinco pacientes se acaban de diagnosticar con influenza, el sexto probablemente también la tenga.

2. Prácticas descuidadas

Ciertas prácticas que en la actualidad son comunes, tales como las reuniones de los equipos quirúrgicos antes de un procedimiento para ponerse de acuerdo sobre lo que van a hacer, han ayudado a reducir el tipo de errores que nos hacen darnos una palmada en la frente. “Pero aun así es posible que se cometan errores cuando existen niveles más altos de complejidad o sutileza”, explica Robert Wachter,

profesor y presidente provisional del Departamento de Medicina de la University of California, San Francisco. Primeramente, ¿estás siguiendo el plan de tratamiento adecuado? Según un estudio de personas en doce ciudades estadounidenses, un 45% de los pacientes no reciben el cuidado recomendado para sus enfermedades.

3. Errores al recetar o administrar medicamentos

Los efectos adversos de fármacos (en lenguaje médico) siguen siendo uno de los tipos más comunes de daños prevenibles. Cada vez que un medicamento se receta o se administra, se pueden cometer errores: recetar la dosis adecuada del medicamento adecuado, surtir el medicamento correctamente y administrar la dosis adecuada en el momento adecuado. Los pasos en falso contribuyen a unas 700 000 visitas a la sala de emergencias y 120 000 hospitalizaciones al año. Según un estudio del 2015, se comete algún tipo de error en la mitad de las administraciones de medicamentos durante o poco antes o después de cirugías. Casi el 80% de estos errores pudieran haberse prevenido.

4. Médicos peligrosos

Los médicos verdaderamente terribles son muy pocos... pero sí existen.

Cuando *Consumer Reports* recientemente presentó una solicitud de registros públicos para obtener la base de datos completa de los médicos en período de prueba en California, los analistas encontraron varios cientos de médicos, en solo ese estado, que se les había disciplinado (pero frecuentemente no se les había prohibido ejercer su profesión) por problemas tales como la negligencia flagrante, ejercer bajo los efectos del alcohol o las drogas y una conducta sexual inapropiada con pacientes. Estas pocas manzanas podridas surten un efecto enorme: aproximadamente el 1% de los médicos es responsable por aproximadamente un tercio de las reclamaciones por negligencia médica pagadas.

5. Falta de conocimientos

Los médicos no son tontos. Simplemente no saben lo que no saben. Nuevos datos rutinariamente revisan los conocimientos previos. Miles de estudios clínicos más se publican cada mes. “Mantenerse al día es algo que les supone un reto a los médicos”, indica Wachter. Los médicos no pueden saber, especialmente, lo que todavía no se ha descubierto. Se supone que las compañías farmacéuticas monitorean lo que sucede cuando las personas comienzan a utilizar sus productos después de los ensayos clínicos. La atención laxa a este paso motivó la adopción de una ley en 2007 que exige que los fabricantes de medicamentos realicen estudios de seguridad después de que sus productos comiencen a venderse en el mercado. Cuatro años después, más del 40% de dichos estudios obligatorios todavía no se habían comenzado.

6. Datos difíciles de encontrar

La industria de la atención médica tiene una larga historia de guardar datos sobre la seguridad bajo llave, o

de no monitorear esos datos con medidas fáciles de comparar. “Una de las mayores críticas es que tras 16 años todavía es increíblemente difícil encontrar datos básicos tales como la frecuencia con la que suceden daños o hasta cuántas cirugías realiza un cirujano”, dice el doctor Peter Pronovost, vicepresidente principal y director del Instituto Armstrong para la Calidad y la Seguridad del Paciente en la Facultad de Medicina de Johns Hopkins University. Cuando se conocen los datos, tradicionalmente ha existido una cultura de negar y defender.

7. Un agujero negro de pacientes externos

Casi todo lo que se conoce sobre los errores médicos tiene su origen en los hospitales. En comparación, los expertos conocen poco sobre los sucesos adversos en lugares como las consultas privadas, los centros quirúrgicos para pacientes externos, los hogares geriátricos, los centros diagnósticos y las clínicas de rehabilitación: “La cantidad de muertes probablemente sea menor porque los pacientes en entornos ambulatorios son en general más saludables y más resistentes a los efectos de los errores”, señala Wachter. Pero como mínimo, no es probable que el control de calidad para los pacientes externos sea mejor.

8. Una actitud de miras estrechas

Los hospitales reconocen que la seguridad debe integrarse en los sistemas, pero los esfuerzos tienden a ser fragmentados. Lo que se necesita es darle prioridad a la seguridad, desde arriba hacia abajo. La resistencia al cambio es parcialmente cultural. Cuando Pronovost estableció un sistema para la reducción de infecciones relacionadas con el uso de sondas, autorizó a las enfermeras a impedir que los médicos insertaran los tubos incorrectamente: “Eso impulsó una rebelión”, asegura Pronovost. “Nadie discutía que eso era lo que se debería hacer; discutían por razones de poder y la política”. Con el tiempo, el proyecto logró reducir las infecciones por más del 80%.

9. Agotamiento de los médicos

Es difícil cuidar a los enfermos, y se está volviendo más difícil hacerlo. Los pacientes hospitalizados están más enfermos y se quedan por menos tiempo, y eso les causa presión a los cuidadores. Los sistemas de registros médicos electrónicos, cuyo propósito es facilitar nuestras vidas y ayudar a monitorear datos, pueden ocasionar fuertes dolores de cabeza. “Los médicos que desean hacer bien las cosas se encuentran en un carrusel en el que corren como un hámster cada vez más rápidamente”, declara Wachter. Según un estudio de 2015 realizado por la *Mayo Clinic*, el 54% de los médicos informan tener por lo menos uno de los síntomas del agotamiento: un aumento de un 10% en comparación con el 2011.

10. El descuido de la higiene

“La prevención de infecciones es una de las historias de éxito más sorprendentes de los últimos 16 años”, comenta Wachter. Esto dice mucho, dado el tamaño del problema que todavía permanece. Un informe de 2016 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), demuestra avances en la reducción de enfermedades adquiridas durante tratamientos médicos: una reducción del 50% en las infecciones sanguíneas relacionadas con el uso de catéteres intravenosos, una reducción del 17% en las infecciones de las heridas quirúrgicas y una reducción del 8% en las infecciones por *Clostridium difficile* durante períodos de tres a seis años. Sin embargo, aun así se estima que los pacientes hospitalizados contraen unas 721 800 infecciones al año.

11. Comunicaciones pobres

Los detalles son importantes, y frecuentemente se pierden, en especial, cuando el cuidado pasa de una persona, departamento o centro a otro. La transición más notable es el cambio de turno del personal hospitalario. “Es como comenzar a ver una obra en el medio, y no has visto el primer acto”, refiere Austin. “Alguien está intentando actualizarte con los detalles de la trama, y es muy fácil confundirlos o

excluirlos”, por ejemplo, los medicamentos que necesitas y sus dosis, las pruebas que se han pedido y las medidas que deben tomar los médicos si tu estado cambia.

12. La planificación pésima del acta hospitalaria

Te han dado de alta y regresas a casa. Pero, también te encuentras en uno de los puntos más retadores y peligrosos de la medicina. “Los pacientes todavía no se sienten bien, y les es difícil comprender todo lo que necesitan hacer”, opina el doctor Tejal K. Gandhi, presidente y director médico de la National Patient Safety Foundation y profesor adjunto de medicina en la Facultad de Medicina de Harvard. Los pacientes reciben instrucciones sobre sus medicamentos, las actividades permitidas, su dieta, la fisioterapia, el cuidado en el hogar y los seguimientos recomendados, todo a la misma vez.

Reflexiones sobre este artículo es algo que compete a todos los que de una manera u otra debemos velar y ser responsables por el cuidado de la salud de nuestros pacientes. Ellos son la razón del servicio que prestamos y a ellos va dirigido el buen obrar de nuestra conciencia. Recordemos la máxima *primum non nocere* y tratemos de insertarla en esta época de extraordinario desarrollo tecnológico y de relativismo ético; y no solo no hacer daño, sino también encontrar la forma de prevenirlo. **B**

Referencias

Lalibert R. 12 Ways the Health Care System May Be Harming You. AARP/Bulletin, septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.aarp.org/about-aarp/press-center/info-08-2016/september-issue-aarp-bulletin>

² A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Cfr. James JT. PhD. Journal of Patient Safety. Vol. 9, Issue 3, September 2013; pp. 122-128. American Association of Retired Persons (AARP), es una organización estadounidense sin ánimo de lucro, independiente, que atiende las necesidades e intereses de las personas mayores de 50 años.