

Carta al director

Conocimiento y actitud sobre la desviación en la práctica clínica médica

F. González Hermoso* y A. Jiménez Sosa**

* *Departamento de Cirugía. Hospital Universitario de Canarias.*

** *Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Canarias. España.*

Sr. Director:

El concepto de error médico tiene diferentes acepciones (véase ¹⁻⁷ para una revisión exhaustiva). En la actualidad se prefiere la denominación de *desviación* al término error, por la posible implicación legal asociada a este significado.

En 1991 investigadores de la Harvard Medical School publicaron una serie de artículos sobre los eventos adversos, o simplemente desviación en la práctica médica^{8,9}. En conjunto, en estas publicaciones se concluye que la frecuencia de la desviación médica oscila entre un 2,9% y un 3,7%. En España el problema no ha sido abordado.

En una encuesta transversal describimos el conocimiento y la actitud que tienen los médicos de un hospital español de tercer nivel acerca de la desviación en la práctica médica.

De una población de 370 médicos de plantilla y residentes del Hospital Universitario de Canarias se seleccionó por muestreo aleatorio simple una muestra representativa de 270 médicos, incluido el 20% asumido de pérdida (54 médicos). El error de estimación se estableció en el 3%, la potencia se estableció en el 80% y el nivel de confianza en el 95%.

Cada médico de la muestra recibió un cuestionario. Este constaba de dos partes, unas instrucciones y 8 preguntas con formato variable. En las instrucciones se indicaba que es anónimo y fecha y lugar para entregar una vez cumplimentado. Se realizó en septiembre del 2000.

Las preguntas 1 y 2 aludían a la frecuencia y gravedad con la que piensan que ocurren las desviaciones médicas. La pregunta 3 cuestionaba sobre el concepto de desviación médica. Las preguntas 4 y 5 intentaban medir las causas de falta de comunicación sobre el

problema y la repercusión que tiene el problema en la conciencia del médico, la pregunta 6 pretende medir cómo se toma las decisiones en presencia de un caso problema. Por último, las preguntas 7 y 8 cuestionan sobre el mejor método para informar, registrar y analizar los casos de desviación.

La muestra se estratificó de acuerdo con los años de ejercicio profesional en dos categorías: superior o inferior a 10 años. Las comparaciones de proporciones de respuesta entre ambos grupos se realizaron con la prueba χ^2 . Se consideraron significativos el contraste con $p < 0,05$.

Contestaron al cuestionario y lo entregaron 86 médicos (23,2% de la población médica del centro), que es un 39,8% de la muestra calculada. Debido a esto, la potencia queda finalmente en el 63%. Por tanto, la capacidad de generalización de los resultados queda restringida a los médicos que entregaron el cuestionario y sus datos analizados.

La tabla I muestra los porcentajes de respuesta en cada pregunta. Podemos concluir que, por un lado, los médicos interesados lo consideran un problema frecuente, que afecta el sentido de responsabilidad y culpabilidad del 90% de los facultativos, por otro lado las decisiones diagnósticas o terapéuticas se realizan individualmente, con el asesoramiento de los compañeros en las sesiones clínicas, no reconociéndose para la toma de decisiones la antigüedad, la experiencia o la jerarquía. Por último desconocen quién es el responsable del control y registro de la desviación médica.

Referencias

1. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT y cols.: The quality in Australian health care study. *Med J Aust*, 1995; 163:458-471.
2. Interin Report of the Taskforce on Quality in Australian Health Care www.health.gov.au/pubs/hlthcare/appellid.htm
2. Classen DC, Pestonik SL, Evans RS, Lloyd JF y Burke JP: Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA*, 1997, 277:301-306.
3. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ y Brennan TA: The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:1 66-75.

Correspondencia:

Departamento de Cirugía.
 Hospital Universitario de Canarias.
 38320 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.
 Correo electrónico: fgonzale@ull.es

Recibido: 25-VI-2001.

Aceptado: 15-VII-2001.

Tabla I*Resultado al cuestionario enviado a médicos de un hospital terciario sobre los errores médicos*

<i>N.º de pregunta</i>	<i>Respuesta más significativa</i>
1. ^a ¿Qué frecuencia estimas hay de errores médicos en un hospital?	Un 65% de los encuestados estiman la frecuencia entre el 10 y 21% de los ingresos
2. ^a ¿Qué frecuencia estimas, de éstos, ocurren casos con resultado grave o muerte por los errores médicos en los ingresados?	Un 73% estiman que hay una mortalidad entre 1 y 10% de los errores
3. ^a ¿Qué o cuáles definición(es) te gustan más para el error médico?	Un 65% aceptan la propuesta de definición de error médico "un fallo o complicación en la evolución clínica de un paciente por equivocación del médico en una orden o actuación terapéutica"
4. ^a ¿Por qué crees que no se comentan los errores médicos?	Un 46% estiman que no se comenta habitualmente el error médico por vergüenza y un 33% por miedo a una demanda judicial
5. ^a ¿Repercute interiormente la conciencia de un error propio?	Un 84% aceptan la conciencia de un error médico, les afecta en conciencia si ha habido repercusión clínica
6. ^a ¿En un caso problema con cuál o cuáles de las siguientes afirmaciones estás más identificado?	Un 47% afirma que un médico de plantilla puede decidir la conducta oída la opinión del equipo en sesión clínica
7. ^a ¿Cómo deben manejarse los errores médicos en tu opinión?	Un 48% contesta que los errores médicos deben analizarse aisladamente por el médico responsable sin darle publicidad
8. ^a ¿Debe haber constancia de los errores?	No hay ninguna propuesta dominante, e incluso se considera imprudente

4. Thomas EJ, Studdert FM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC y Brennan TA: Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*, 2000, 38:3 261-271.
5. Kohn LM y Donaldson MS: To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
6. Whem primun non nocere fails (editorial): *The Lancet*, 2000, 355:2007.

7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM y cols.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, 1991, 324:370-376.
8. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Wiler PC y Hiatt H: The Nature of adverse events in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 1991, 324 (6):377-384.