

Repercusión social de iatrogenias por el uso de recursos de diagnóstico en el laboratorio clínico

Social impact of iatrogenesis due to the use of diagnostic resources in the clinical laboratory

MsC. Moraima Dufurneaux Sollet^I y Dra. Dora L. Marino Magdariaga^{II}

- ^I Licenciada en Química. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.
- ^{II} Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Máster en Medios Diagnósticos. Profesora Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se entiende como iatrogenia el efecto desfavorable sobre la salud de los pacientes, provocado por la institución médica como resultado de errores de omisión o comisión por profesionales sanitarios y como consecuencia de las acciones que se realizan con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos, por lo cual en este artículo se comenta en torno a la repercusión social de posibles tendencias iatrogénicas en un hospital, a través del uso de recursos de diagnóstico en el laboratorio clínico.

Palabras clave: iatrogenia, profesional de la salud, recurso de diagnóstico, laboratorio clínico.

ABSTRACT

Iatrogenesis is defined as the adverse effect on the health of patients caused by the medical institution as a result of omission or commission errors committed by health professionals and as a consequence of actions taken for preventive, diagnostic and therapeutic ends, for which this article discusses about social impact of possible iatrogenic trends in a hospital through the use of diagnostic resources in the clinical laboratory.

Key words: iatrogenesis, health professional, diagnostic resource, clinical laboratory.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos siglos, en la etapa llamada medicina precientífica, el concepto de salud o enfermedad se desarrolló sobre la base de creencias sobrenaturales, en donde "el hombre se atiende a sí mismo". Posteriormente, creencias supersticiosas y religiosas, con la aparición de magos y después curanderos o chamanes, vislumbraron una relación "hombre-hombre", pero sobre una base empírica.¹

La medicina antigua comenzó a florecer con conceptos reales en la medicina griega desde 500 años a.C., cuando se consolidó el concepto "médico-paciente", pero por pocos años, pues pronto comenzó a decaer hasta el comienzo de la llamada medicina moderna, cuando se produjeron los primeros grandes inventos y empezaron a desarrollarse la ciencia y la tecnología desde el siglo XV hasta comienzos del XX. Es a partir de la tercera parte de este período, y tal vez de los últimos 60 años, que estas superan con creces los amplios conocimientos acumulados en décadas anteriores, llamada medicina contemporánea.²

En esta época, el conocimiento de la medicina, sobre todo de sus conceptos básicos, como anatomía humana, histopatología, fisiopatología, propedéutica clínica o semiología, nosografía, nosología, así como el tratamiento de muchos pacientes, reposaban en los conceptos de la medicina clásica europea, particularmente de la francesa que, sobre la base de conocimientos bien desarrollados para entonces, fue clínica y que gradualmente se profundizó hasta alcanzar una mejor interpretación de las manifestaciones corporales o mentales del ser humano.³

La ciencia se forma históricamente como un proceso especial del conocimiento para dar respuesta a necesidades del desarrollo social. Descubrir los nexos internos o leyes de los procesos y fenómenos requiere, tanto de grupos especialmente capacitados para investigar, como de medios e instrumentos de investigación de la realidad; se concreta en un objeto de estudio particular, una parcela de la realidad; dispone de un método de estudio y de un sistema conceptual categorial, que expresa los criterios lógico-gnoseológicos que permiten establecer la veracidad de los resultados. Frente al conocimiento común origina el conocimiento científico.⁴

La práctica de la medicina clínica se inscribe en el proceso de atención médica, por lo que esta es el conjunto de procedimientos tendientes a la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, o ambos, de los individuos amenazados, afectados y con limitaciones debido a enfermedades. Inscritas bajo esta perspectiva, las especialidades médicas tienen como objetivo la formación del capital humano, orientado a la resolución de problemas clínicos, de donde se obtiene que la principal experiencia de aprendizaje es la relación con los pacientes en la detección del problema, lo que dependerá de varios factores que incluye el desarrollo de aptitudes para obtener los indicadores clínicos adecuados, lo que a su vez se denomina efectividad clínica.⁵

En concordancia con lo anterior, se entiende como iatrogenia el efecto desfavorable sobre la salud de los pacientes, provocado por la institución médica como resultado de errores de omisión o comisión por profesionales sanitarios y como consecuencia de las acciones que se realizan con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos y se llevan a cabo de manera habitual en centros asistenciales.²

Cabe reconocer que a pesar de algunos intentos realizados desde diferentes puntos de vista, a fin de rescatar la problemática que representan las enfermedades iatrogénicas, realmente su prevalencia ha sido subordinada a otros intereses, incidencia, factores predisponentes, curso clínico o pronóstico.⁶

Al respecto, no es de extrañar que la evaluación de las acciones de los médicos y las instituciones relacionadas con las enfermedades iatrogénicas no forme parte de las miradas tradicionales de los educadores o de los administradores en las instituciones procuradoras de atención para la salud en Cuba.³

La posibilidad de evaluar el quehacer cotidiano del médico y las instituciones donde labora se ha perdido bajo visiones ancestrales burocráticas y reduccionistas, que ven en la estandarización, en lo conocido, lo universal, la manera más adecuada de valorar las acciones de los médicos durante su proceder diario.⁷

De hecho, se ha observado disminución de la calidad y pérdida de habilidades para recoger los datos primarios, así como deterioro de la entrevista, las observaciones, el juicio clínico y la acción psicoterapéutica. Por un lado, los errores de diagnóstico dependen, en su gran mayoría, de exámenes incompletos, precipitados o repetidos innecesariamente y, por otro, aumentan las pruebas tecnológicas (complementarios), con el consiguiente incremento de los falsos negativos y positivos (síndrome de la neblina informativa), no "ver" lo que hay, "ver" lo que no hay.⁸

Todo lo anterior genera atenciones médicas inadecuadas, insatisfacciones de los pacientes y familiares y elevación de los costos de salud.

REPERCUSIÓN SOCIAL DE IATROGENIAS POR EL USO DE RECURSOS DE DIAGNÓSTICO EN EL LABORATORIO CLÍNICO

La expresión clínica de una enfermedad no se repite con exactitud en cada paciente, a pesar de que los seres humanos no difieren en su constitución orgánica. De esta contradicción dialéctica surge el viejo aforismo: "no existen enfermedades, sino enfermos".⁹

El método clínico es un sistema de pensamiento aplicado al individuo enfermo, con la finalidad de establecer un diagnóstico e instituir un tratamiento y sigue similares pasos metodológicos que el método científico, aunque con particularidades propias.

Los medios de diagnóstico, ya sean de laboratorio o imagenológicos, son una parte crítica en el proceso de indagación que realiza un médico en la búsqueda de soluciones para los problemas que aquejan a los pacientes; sin embargo, a pesar del mejoramiento tecnológico de muchos de ellos, se ha incrementado al mismo tiempo, para médicos y pacientes, el riesgo de enfrentarse a resultados anormales o ambiguos, lo que de ninguna manera ha limitado hasta el momento la utilización excesiva de los procedimientos diagnósticos, y por tanto, se continúa abusando de ellos, particularmente por la inconformidad ante la incertidumbre.¹⁰⁻¹²

Desplazar el interés del médico, de la cabecera del enfermo al laboratorio, ha originado la creencia de que todas las respuestas dependen de la tecnología de avanzada, lo cual ha conducido a la pérdida de habilidades propiamente clínicas y al sobreuso de los exámenes complementarios, con la adopción de un eje de diagnóstico basado en dicha tecnología y un eje terapéutico sobre la base de procedimientos y medicamentos complejos y costosos. Aunque esta conducta se intenta justificar, al referir que proporciona mayor calidad en la atención médica, se sabe que no siempre calidad es igual a la alta tecnología, la que por cierto no está exenta de efectos paradójicos, como la iatrogenia, el error médico y el encarecimiento de los servicios de salud.¹³

De un total de 5 662 exámenes complementarios efectuados en el servicio de urgencia del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", solo 747 (13,2 %) fueron adecuados y 4 915 (86,8 %) inadecuados, lo cual no aportó datos

fehacientes donde se correspondiera el diagnóstico clínico con los resultados de dichos exámenes.

De aquí se deriva que el factor fundamental para reconocer la utilidad o no de un resultado, sigue siendo el nivel de aptitud clínica para la resolución de problemas que los médicos hayan logrado desarrollar a lo largo de su práctica profesional, de su experiencia.¹⁴

Se denomina tendencia iatrogénica a las acciones perjudiciales o innecesarias que un médico manifiesta como conducta durante la toma de decisiones para establecer el diagnóstico o tratamiento de un paciente.¹⁵

De la misma manera se definen 2 tipos de iatrogenia:^{16,17}

1. Institucional: Cuando las acciones omitidas o cometidas por el médico pueden atribuirse a una situación administrativa, relacionada directamente con la dinámica laboral en el laboratorio clínico de la unidad.
2. Individual: Si dichas acciones pueden atribuirse a la toma de una decisión por parte del médico, dependiente del uso de los recursos de laboratorio ante una situación clínica determinada, que tiene como consecuencia efectos nocivos o indeseables.¹⁷

Resulta de interés conocer el total de indicaciones realizadas y el tipo de análisis clínico solicitado por cada departamento o servicio del hospital, para hacer las comparaciones pertinentes.

De hecho, se requiere de una visión profunda, capaz de develar la nosología del error médico, como una alternativa de aproximación a la reconstrucción del conocimiento. Se considera que es tiempo de una transformación en todos los niveles de atención, no se puede seguir permitiendo el dispendio que enmascara a una práctica médica desprovista de calidad, con lo que no solo las instituciones se ven afectadas, sino también los pacientes, quienes en múltiples ocasiones, son expuestos a valoraciones diagnósticas innecesarias.^{18,19}

Si bien el propósito es desarrollar las diversas capacidades, a través de las cuales se pueda aspirar a un ejercicio clínico de calidad, acucioso, reflexivo y crítico, es necesario reorientar los esfuerzos por desentrañar los defectos que, como resultado de las condicionantes institucionales o del sistema de salud, propician las conductas iatrogénicas.

Asimismo, mejorar la calidad de la atención médica debe ser un aspecto tomado en cuenta por los profesionales sanitarios de todos los niveles de atención.

Por otro lado, identificar las debilidades permitirá reconstruir la forma en que se utilizan los recursos diagnósticos o terapéuticos disponibles, sobre el principio de que estos complementan a la clínica y no a la inversa, a favor del bienestar integral de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almaguer Orges NA, Ramírez G, Peña Pupo NE. El método clínico y la tecnología en la calidad en la atención médica. *Correo Científico Médico de Holguín* 2009; 13(4). <<http://www.cocmed.sld.cu/no134/no134rev2.htm>> [consulta: 12 julio de 2011].
2. Alhalel Gabay B. Vigencia de los valores del acto médico y de la relación médico-paciente. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; vol 21(1). <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v21n1/pdf/a08v21n1.pdf>> [consulta: 12 julio de 2011].
3. Viniegra VL, Jiménez JL, Díaz Jounanen E, Luna F, Pérez Padilla R. Tendencias iatrogénicas como indicador de la competencia clínica en los cursos de especialización en medicina. *Rev Invest Clin* 1984; 41:185-90.
4. Guzmán Ravelo C, Ortiz Roque J, Álvarez González M. Rescate del método clínico: impacto e importancia para el laboratorio clínico. *Revista Ciencias Médicas La Habana* 2002; 9(1). <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol9_1_03/hab05103.htm> [consulta: 12 julio de 2011].
5. Cote Estrada L, García Torres PO. Error médico en cirugía. *FELAC. Bol Informat* 2003; 8(2). <http://vravus.com/felac/boletin_8_2_b.html> [consulta: 12 julio de 2011].
6. Vives Corrons JL, Aguilar Bascompte JL. *Manual de técnicas de laboratorio en hematología*. 3ed. Barcelona: Masson, 2006:123.
7. García Hernández R. El método clínico. Comentario sobre un artículo. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 2001; 7(2). <http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol7_2_01/hab10201.htm> [consulta:12 julio de 2011].
8. Llizástigui Dupuy F. El método clínico muerte y resurrección. *Rev Cubana Educ Méd Sup* 2008; 14(2):109-22.
9. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Rev Cubana Med* 2000; 39(2):106-14. <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_2_00/med05200.htm> [consulta: 12 julio de 2011].
10. Salas Perea RS. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. *Educ Med Super* 2000;14(2):136-47. <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems03200.htm> [consulta: 12 julio de 2011].
11. Selma-Housein Abdo E. *Guía de acción para la excelencia en la atención médica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2002.
12. Weingart SN, Ship AN, Aronson MD. Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2000; 15(7):470-7.
13. Surós Batlló A, Surós Batlló J. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 8 ed. Barcelona: Doyma, 2001.
14. Friedman HH. *Manual de diagnóstico médico*. 5 ed. Barcelona: Masson, 2004.

15. Noguera Molins L, Balcells Gorina A. Exploración clínica práctica. 26 ed. Barcelona: Masson, 2004.
16. Duque Ramírez LG, Rubio Vanegas H. Semiología médica integral. Medellín: Universidad de Antioquia, 2006.
17. Argente HA, Álvarez ME. Semiología médica, fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005.
18. Torio Durántez J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. AMF 2006; 2:320-31.
19. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin 2002; 118:65-7.

Recibido: 29 de septiembre de 2011

Aprobado: 25 de octubre de 2011

MSc. Moraima Dufurneaux Sollet. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba.