



Iatrogenia en cirugía ¿Cómo evitarla?

ASTOLFO FRANCO, MD, FSP *

Palabras clave: iatrogenia, errores médicos, errores quirúrgicos, comunicación no verbal, responsabilidad legal.

Resumen

En la actividad diaria del cirujano, la posibilidad de dañ no intencional a sus pacientes está latente en todas sus intervenciones. Una vez sucedido el evento adverso, lo primero que se debe hacer es asegurar el cuidado del paciente para mitigar las consecuencias clínicas. Tanto la institución como el profesional deben acordar cómo enfrentar la situación ante el paciente si es del caso y/o la familia. No es conveniente negar lo evidente o aquellos errores que se explican por sí solos. Es aconsejable desarrollar una conversación honesta y transparente acerca del evento adverso sucedido, asumiendo la responsabilidad consecuente, al igual que brindar apoyo emocional y legal al equipo de profesionales por parte de la institución y de sus pares. La lección aprendida del evento debe ser aprovechada por la organización para generar un aprendizaje colectivo entre los pares y evitar la repetición futura de iatrogenia.

Hipócrates de Cos, “El Padre de la Medicina”, el más famoso de los médicos de la antigüedad, probablemente vivió entre los años 460 y 351 a.C. Realizó la síntesis de las concepciones filosóficas existentes desde el punto de vista del médico y sus escritos han sido preservados en la *Los Tratados Hipocráticos*, *Colección Hipocrática* o *Corpus Hippocraticum*. Uno de sus mejores tratados es *Las Epidemias*.

En *Las Epidemias* (Libro I), dice: *Pero cuál de esas cosas va a ocurrir preferentemente* (ausencia de crisis o sufrimientos o larga duración o muerte o recidiva de los mismos padecimientos), *se debe investigar a partir de otros signos. Hay que describir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro; practicar esto. Ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no hacer daño.*

Ayudar o al menos no hacer daño, según el sacrosanto precepto hipocrático, ha sido la preocupación de los cirujanos a través de los tiempos. Para ello se capacitan en forma estricta en rigurosos programas de residencia hospitalaria. Pero la medicina, que tiene que ver con el ser humano enfermo, está plena de incertidumbres. El organismo es un sistema complejo disipativo aperiódico y no lineal, lo que hoy se denomina un sistema caótico: el organismo no es una máquina y su comportamiento no puede ser previsto por las leyes clásicas de la física o de las matemáticas.

* Director Política de Seguridad al Paciente, Centro Médico Imbanaco, Cali. Profesor Auxiliar Maestría de Administración de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Fecha de recibo: Septiembre 26 de 2005
Fecha de aprobación: Febrero 13 de 2006

En una publicación reciente, J.F. Patiño¹ afirma:

Según William Osler, “la buena medicina clínica siempre sabe unir el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad”. La cirugía es la más compleja de las actividades médicas, y la incertidumbre, la probabilidad, lo impredecible son fenómenos especialmente acentuados en la práctica de la cirugía. La condición de cualquier vida es la incertidumbre y la contingencia. Soñamos con la posibilidad de eliminar la incertidumbre mediante el control de la naturaleza, controlando los procesos vitales por medio de la tecnología. Pero la teoría caos nos enseña que esto es imposible. Los sistemas caóticos están más allá de nuestra capacidad de predecirlos, manipularlos o controlarlos, y que en vez de resistir las incertidumbres de la vida, más bien hay que aceptarlas, adaptándose a ellas.

También Patiño, hablando ante el American Collage of Surgeons, ha planteado que la cirugía es, esencialmente, manejo del riesgo².

El riesgo está latente en todo acto quirúrgico y por ello el cirujano busca, en forma permanente, la perfección al ejecutarlo. Sin embargo, la iatrogenia se presenta y es causa de morbilidad y mortalidad. El paciente resulta afectado, aunque sin intención por parte del cirujano.

“Afectado” en vez de “víctima”

El término “víctima” ahora es importado de la terminología judicial y utilizado frecuentemente en la literatura médica al referirse a un caso jurídico por mala práctica médica, en especial cuando sucede un resultado adverso en el paciente y se considera que el mismo ha sido producto de un error en la atención⁽¹⁾. Consultado el asesor jurídico para casos de reclamaciones por mala práctica médica en la organización donde me desempeño, refirió que en derecho civil internacional se considera víctima a quien de alguna manera es afectado en cualquier situación y no necesariamente supone la existencia de un victimario, es decir, el término víctima se utiliza independientemente de que exista o no culpa de

otro. Sin embargo, en el ámbito popular la palabra víctima se asocia inmediatamente a que alguien más es victimario de esa persona. Por tal razón, y dando por hecho que en el ejercicio de la medicina nadie produce daño a un paciente de manera intencional, sería prudente no utilizar el término “víctima” sino más bien el de “afectado”, quitando así de la situación el componente subjetivo de la culpa. Este cambio es importante no sólo simbólicamente hablando, sino también para ayudar al alcance del objetivo propuesto a todas las instituciones de salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Foro Nacional para la calidad en Salud de Estados Unidos y La Agencia Nacional para la Seguridad del paciente del mismo país, cual es el de crear una cultura en seguridad del paciente basada en la educación y no en la punición que sigue a la identificación de un culpable^(2,3).

La historia de pacientes afectados por iatrogenia quirúrgica puede generar toda una cadena de problemas. Es bien claro que el primer afectado es el paciente, quien llega a una cirugía de “rutina” en buenas condiciones generales y luego presenta complicaciones que pueden ser letales. Pero además hay un segundo afectado, el médico: los días siguientes pueden ser “catastróficos” para él o ella; generalmente debe cancelar su trabajo rutinario para estar diariamente pendiente de su paciente, en ocasiones se ve obligado a realizar reoperaciones. Debe tratar las infecciones consecuentes, debe pasar noches enteras al lado de su paciente colaborando con el equipo clínico y esperando el desenlace del caso; no encuentra la manera de calmar a la familia del paciente, que puede ser numerosa, y que repetidamente por unos y otros de sus miembros busca obtener su explicación acerca de: “¿qué paso?”. Preguntas tales como, ¿Por qué la peritonitis? ¿Por qué se presentó el daño en la vía biliar? ¿Por qué la neumonía? ¿Por qué la infección? ¿Por qué el daño de los otros órganos?, etc.

Esta situación especial produce a nuestro colega gran tensión y temor, quien no encuentra la manera de vencer a los familiares de que lo sucedido es posible en este tipo de procedimientos.

Si el paciente muere, el sentimiento de culpa del cirujano no lo deja volver a la normalidad. Adicionalmente puede ser amenazado por algún familiar, por lo cual las relaciones se rompen. Días después de la muerte del paciente es visitado por el abogado de la familia del di-

1 Patiño JF. Las teorías de caos y complejidad en cirugía. *Rev Colomb Cir* 2000; 15:209-213.

2 Patiño JF. Chaos theory, uncertainty and surgery. Distinguished Lecture of the International Society of Surgery. 89th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons. Chicago, 2003.

funto, quien solicita enormes sumas para evitar una demanda civil y penal por homicidio culposo; generalmente el cirujano se niega, pero su situación anímica y emocional empeora cuando llega la citación al juzgado para notificarse por el caso del homicidio culposo y ahora tiene que buscar asesoría legal. Las idas y venidas a juzgados, a oficinas de abogados, las diligencias de levantamiento de pruebas, las reuniones con su abogado para discutir la estrategia del futuro alegato, etc. lo alejan de su trabajo e impactan negativamente su normal desempeño profesional.

No es infrecuente que cuando ocurren estos casos las instituciones de salud donde ocurre el evento “saqueen el cuerpo” y los colegas conocedores del caso inicien los comentarios de pasillo que declaran al cirujano involucrado como incompetente y lo dejan abandonado a su suerte ⁽⁴⁾. Ambas cosas suceden: el colega siente de primera mano la insolidaridad de los pares y el hospital acusado en el caso se puede declarar inocente por tratarse, según su representante, de un error netamente humano no institucional, desconociendo su responsabilidad solidaria como lo dicta la Corte Suprema de Justicia ⁽⁵⁾.

Otros afectados de manera terciaria en tales casos son las familias, tanto del paciente como del médico. Para la familia del paciente, además del dolor que produce la pérdida de un ser querido, puede agregarse un trastorno de orden económico cuando el primer afectado es cabeza de hogar y de él o ella depende el bienestar económico de una familia, no sólo de manera directa su cónyuge e hijos, sino también padres y hermanos. El cambio brusco de la situación en lo emocional y económico hace que en muchas ocasiones estas personas requieran soporte psiquiátrico que les ayude a salir adelante en esta situación de duelo para que, aunque las cosas no vuelvan a ser como antes, el sufrimiento y daño recibido se mitiguen. También la familia del médico resulta afectada. El sufrimiento del médico se transmite a quienes habitan con él o ella y la angustia y la depresión se generalizan, incidiendo por ende sobre el entorno familiar.

¿Qué hacer?

Tales casos, afortunadamente infrecuentes, suelen producir muchas dificultades, tanto para los familiares del

paciente como para el cirujano y la institución. En primer lugar, ante un evento adverso inesperado es claro que los pacientes y/o sus familiares se enfrentan a una situación de incertidumbre y rabia, e independiente de la severidad del evento y del resultado siempre desean saber qué pasó, por qué pasó, quién se equivocó, quién va a pagar por los servicios adicionales, qué va a pasar en adelante con su paciente (cuando el mismo sobrevive) y cómo la institución garantiza que el error no pasará de nuevo, requerimientos ante los cuales algunos autores consideran que una comunicación honesta y transparente con el paciente y/o su familia es la mejor defensa, tanto para la institución como para el profesional, además de que los mismos deben responder ajustados a la normatividad explícita en el código de ética médica ^(6, 7). En segundo lugar, el cirujano entra en profunda situación de estrés, ansiedad y depresión, que lo limitan no sólo para su vida personal sino también profesional, lo cual es agravado porque en las escuelas de cirugía los futuros especialistas no son entrenados en labores administrativas del acto quirúrgico que ayudan a disminuir la posibilidad de un error ⁽⁸⁾, ni tampoco emocionalmente para afrontar este tipo de situaciones. Por último, tampoco los hospitales se han preparado para situaciones como esta. En ellos pueden no existir procesos protocolizados que guíen al personal clínico y administrativo a un manejo adecuado de la situación tanto en lo técnico como en lo humano. Este manejo requiere que el personal sepa de antemano qué hacer para minimizar el riesgo jurídico y de imagen pública y, sin embargo, sucede frecuentemente que para salvar su responsabilidad, tanto el médico como el responsable de la institución, hablan apresuradamente con los familiares o colocan en la historia clínica notas donde cada uno responsabiliza al otro del evento sucedido, lo cual lejos de beneficiar a cualquiera, por el contrario, favorece la creación de un escenario propicio para demandas y pleitos legales por mala práctica médica.

El enfoque actual en el cuidado de la salud se dirige hacia la creación de una cultura de seguridad con aproximación científica a la prevención de la iatrogenia. En el caso de una cirugía, la misma incluye la advertencia de los riesgos inherentes a cualquier procedimiento, tanto al paciente como a su familia, a través de una comunicación abierta y transparente y que ellos los acepten ⁽⁹⁾. Este mismo tipo de comunicación debe mantenerse más aún cuando el paciente ha experimentado un resultado

adverso al esperado ⁽⁶⁾. Es muy importante aclarar que establecer una comunicación abierta y transparente con el paciente y su familia cuando ha ocurrido un evento iatrogénico, no implica que la persona se declare culpable por el resultado.

Aunque la responsabilidad de hablar con los pacientes y/o sus familiares acerca de estos resultados generalmente es del médico tratante, a menudo también resultan involucradas las enfermeras por estar “más a la mano” del paciente. Esta conversación entre médicos/enfermeras y pacientes y/o familiares cuando algo “malo” ha sucedido es a lo que la literatura anglosajona ha denominado “disclosure” ⁽¹⁰⁾. En EUA realizar este diálogo no es sólo una de las mejores prácticas institucionales, sino también un requerimiento de la Comisión Conjunta (Joint Commission) para otorgar o mantener la acreditación a los hospitales y como tal debe estar considerada dentro de los derechos de los pacientes. Entre muchas otras, la Comisión Conjunta de ese país recomienda esta práctica por las siguientes razones:

- Porque discutir un error ofrece una oportunidad para aprender.
- Porque muestra honestidad, tanto del médico como de la institución, y esto genera confianza en el paciente y/o su familia.
- Porque aunque no es fácil, independiente de si hubo o no culpa de alguno, es mejor para las partes: médico, paciente, hospital.
- Porque ayuda al personal de salud a manejar los sentimientos de culpa y frustración que a menudo se presentan después de un resultado adverso.
- Porque el conocimiento de la situación presentada le permite al paciente tener herramientas para tomar futuras decisiones en el cuidado de su salud.

¿Por qué demandan los pacientes?

En los países industrializados el principal temor a entablar una comunicación abierta y transparente cuando sucede un error clínico es que se presente una demanda médico-legal. Allí generalmente los pacientes y sus fa-

milias pueden demandar por múltiples razones: porque tienen rabia, porque desean que alguien sea castigado, porque desean saber qué pasó, porque quieren obtener un beneficio económico, y probablemente también, porque quieren evitar que le pase a alguien más lo que a ellos ya les pasó. Tradicionalmente en nuestro país los hospitales y los médicos han sido demandados por mala práctica médica; sin embargo, hoy también son demandadas las enfermeras y todo el personal clínico involucrado en la atención de un paciente ^(11, 12).

Aunque parezca contradictorio, ser honesto acerca de la iatrogenia puede ayudar a proteger de una acción médico-legal. Kramman encontró que dar una explicación y una disculpa han sido los factores que han ayudado a que las personas no demanden ⁽¹³⁾. Esto no significa que la institución no tenga que acordar un pago en dinero para indemnizar de alguna manera el daño producido al paciente por la iatrogenia, pero concluye que si los pacientes reciben soporte emocional y financiero es menos probable que demanden por grandes sumas que pueden llevar a la bancarrota a las instituciones y a las personas. Por otro lado, se debe tener en cuenta que es más fácil para los abogados defender un caso cuando el médico ha hecho lo correcto para su paciente, que cuando ha tratado de protegerse a sí mismo escondiendo información.

¿Cuándo es el momento propicio para establecer esta comunicación?

La respuesta a esta pregunta aún no se tiene. Para algunos autores se debe hacer sólo cuando hay daño serio y no para todos los casos ⁽¹⁴⁾. Consideración especial merece el hecho cultural del valor de la vida en países como Colombia donde a la gente se le asesina por cosas menores, casi que sin importancia; por lo tanto, entre el personal de salud existe temor por la seguridad personal, ya que en la sombra son posibles las retaliaciones contra la vida de las personas involucradas en el evento. Sin embargo, en la medida en que sea posible y no peligroso para las personas, el estándar sugerido por la Comisión Conjunta establece que los médicos y la organización deben al menos discutir dos tipos de situaciones:

- *Resultados no esperados serios:*
 - * Muerte del paciente.
 - * Pérdida de una función mayor en una extremidad o en un órgano corporal.

- * Violación intrainstitucional del paciente.
- * Robo de un niño hospitalizado.
- * Cirugía en el paciente equivocado.
- * Cirugía en el lado equivocado.
- * Transfusión a un paciente de sangre incompatible.
- * Entrega de un niño a la familia equivocada

Adicionalmente considero que deben ser incluidos:

- * Abandono intracorpóreo de elementos quirúrgicos.
 - * Suicidio de un paciente hospitalizado.
 - * Transfusión de sangre compatible al paciente equivocado.
 - * Resultado clínico adverso al esperado sin causa evidente.
- *Resultados que los pacientes y/o sus familias deben conocer para tomar decisiones futuras:*
 - * Error en el diagnóstico.
 - * Tratamientos inadecuados, etc.

¿Cómo proceder?

Una vez ocurre el evento adverso, de inmediato se desarrollan varias actividades tendientes a minimizar el daño producido o sus secuelas. Las mismas deben ser tenidas en cuenta, dada su importancia y necesidad:

1. *Encargarse del paciente.* Es lo primero. Se debe buscar salvar la vida del paciente si la misma está en peligro o minimizar y, si se puede, revertir los efectos de la iatrogenia. Los procedimientos que sean necesarios deben hacerse sin importar las consideraciones de orden administrativo relacionadas con la cobertura del procedimiento o quien vaya a pagar por la atención adicional no planeada desde el inicio. Si el o los procedimientos adicionales requieren la participación de un especialista par o uno de un área diferente, éste debe acudir solidariamente a trabajar en equipo con el médico tratante.
2. *Informar de inmediato al jefe encargado y diligenciar el reporte.* Se recomienda hacerlo en sentido vertical ascendente: primero a la enfermera jefe, luego al médico tratante, al director de calidad o de la seguridad del paciente, al director médico, o si no es posible, a cualquiera de los mencionados que esté disponible. En algunos casos la severidad del evento

es tal que debe ser directamente el director o gerente general de la organización quien se encargue.

3. *Las personas que por parte de la institución y el médico tratante van a hablar con la familia, en privado deben definir previamente quién va a hablar y qué se va a decir.* Múltiples versiones puede dar lugar a confusión y a tergiversación por parte de quienes escuchan, lo que distorsiona el ambiente de confianza y credibilidad que debe primar en esta práctica.
4. *El médico nunca debe iniciar la conversación con la familia sin que esté presente otro miembro del personal de salud y de preferencia alguien que sea directivo de la organización.* Esto evita que se presente la situación de versiones encontradas y que el médico entre en terrenos administrativos que desconoce.
5. *Documentar adecuadamente los hechos en la historia clínica.* Es muy importante que el personal de salud tenga claridad de que *la historia clínica no es el lugar para defenderse o culpar a alguien.* La información que allí se consigna debe referirse exclusivamente a la situación presentada en la realidad y no debe incluir percepciones personales u opiniones individuales.
6. *Si las condiciones lo permiten, hacer seguimiento clínico del paciente y de su familia.* Continuar la vigilancia del paciente, incluso en su domicilio, mejora el ambiente de confianza y de diálogo, con lo cual disminuye la posibilidad de un pleito jurídico.
7. *Cooperar con la investigación que por parte de la institución o cualquier otra de orden legal se lleve a cabo.* En organizaciones que aprenden que la finalidad primordial es el aprendizaje generalizado de la iatrogenia perdiendo el temor individual al castigo. Compartir con sus pares de la organización *la lección aprendida* del caso. Esto es parte fundamental del mejoramiento continuo y ayuda a que la misma iatrogenia no se repita en una futura oportunidad.

¿Qué decir?

En el ejercicio práctico de la medicina la comunicación interpersonal a través del tiempo ha sido factor

fundamental no sólo para obtener el mejor resultado clínico, sino también para establecer una adecuada relación médico-paciente. Las deficiencias en la comunicación interpersonal en los equipos de trabajo son en la actualidad la primera causa de eventos centinelas reportados por los hospitales de EUA desde el año 1995 a 2003, incluidas todas las categorías ⁽¹⁵⁾. Por otro lado, el estudio de Blendon mostró que los pacientes continúan sintiendo que los problemas más importantes en el cuidado de la salud son la falta de adecuada comunicación en el interior del equipo de salud que cuida del paciente y el insuficiente tiempo que tienen para hablar con su médico ⁽¹⁶⁾. Taylor reporta cómo las quejas y demandas por mala práctica médica en los servicios de emergencia continúan ligadas a la falta de comunicación ⁽¹⁷⁾.

Ante el evento adverso inesperado los pacientes necesitan tener información y el silencio puede ser interpretado como una falta de compasión del médico y de la institución con el dolor y con la situación del paciente y su familia. La investigación hecha por Witman y colaboradores reveló que 98% de los pacientes desean ser informados aun de errores menores que se cometan. En el mismo estudio, mientras 92% de los pacientes cree que ellos deben ser advertidos acerca de las complicaciones, solamente 60% de los médicos considera que esto debe hacerse ⁽¹⁴⁾. Por todo lo anterior, es claro que establecer una cultura de seguridad incluye además desarrollar en el personal habilidades en la comunicación que cambien la manera tradicional como se le ha dicho a los pacientes y/o a sus familiares qué pasó y por qué pasó ⁽¹⁸⁾.

Es importante que la familia también tenga información acerca de opciones terapéuticas para el futuro y la confirmación por parte de la institución de que un error similar no volverá a pasar. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que existen situaciones especiales en las que la conversación entre médico, institución y paciente no se debe dar de inmediato. Estas incluyen, entre otras, aquellas en que el paciente es un menor de edad, por lo cual la conversación debe darse con el adulto responsable del paciente, cuando el paciente no está totalmente alerta, cuando se trata de un paciente psiquiátrico y, por último, cuando no se tiene permiso del paciente para hablar ante sus familiares.

Habilidades en la comunicación para tener en cuenta

Aunque la conversación acerca de una iatrogenia es difícil para todos (los médicos, las enfermeras y los representantes de la institución), existen algunos enfoques que pueden ayudar a hacerla menos incómoda y deben ser tenidos en cuenta cuando se decide iniciar la conversación:

- *Utilizar lenguaje no médico.* Recuerde que está hablando con pacientes. Ellos no tienen conocimiento de términos médicos. Emplear un término médico puede generar más confusión porque la explicación puede dar lugar a malas interpretaciones.
- *Escuchar a los pacientes manteniendo contacto visual y poniendo cuidado a su lenguaje corporal.* Esto transmite sensación de interés y mejora la comunicación.
- *Usted puede perfectamente sentir compasión por el dolor ajeno.* Decir “lo siento” no es lo mismo que decir “es mi culpa”. La expresión “lo siento” debe dirigirse al sentimiento de aflicción que el médico tiene por el mal resultado de su paciente y no a que las personas perciban que el médico reconoce su culpabilidad.
- *No especular.* El “disclosure” no es el escenario para culpar a alguien o a la institución. Si el tema es traído intencionalmente por las personas, cambie de tema o diga: “no tengo información suficiente para contestarle con certeza”.
- *Decir la verdad.* Si se descubre que el médico ha mentado, se pueden generar mayores problemas.
- *No actuar defensivamente y no culpar a otros.* Posiblemente la respuesta natural primaria de las personas sea salvar el “pellejo” propio. Sin embargo, debe recordarse el carácter de solidaridad entre los individuos y la institución que tiene la responsabilidad de la atención de la salud.
- *Asegúrese de que otras personas respondan lo que usted no sabe.* Existe información financiera o administrativa con la cual el personal de salud usual-

mente no está familiarizado y en el afán de aminorar la carga tensional suele contestar sin seguridad en lo que dice. No prometa por ningún motivo lo que no puede cumplir ni se comprometa con información financiera, deje esto al personal administrativo.

- *Asegúrese de que le entendieron.* Es aconsejable corroborar la información entregada, solicitando a las personas que repitan lo que se les dijo y seguidamente se les aclaran las confusiones.

¿Qué se debe registrar en la historia clínica?

Recuerde que la historia clínica es un elemento de valor judicial y el documento que ilustra paso a paso la atención clínica ⁽¹⁹⁾. Los formatos vacíos o la omisión de información son usados generalmente en contra del médico. Una vez registrado el resultado adverso secundario a la iatrogenia se debe transcribir en la historia clínica:

- El hecho sucedido.
- Documentar el cuidado dado al paciente después del incidente.
- Consignar los puntos que se discutieron con el paciente y/o su familia, incluyendo los nombres de las personas que fueron testigos o participaron de la conversación.

Comunicación a los medios

Posiblemente en la última década se ha generado la mayor superación en la seguridad de la atención en salud y mejoría en el escándalo público que sigue a noticias aparecidas en los diferentes medios de comunicación

de daños presumiblemente asociados con el acto médico, que los mismos daños reportados en la literatura médica desde mediados de la década de los 50. En busca de la noticia que más venda y a veces por su poco profesionalismo, los reporteros y cronistas suelen ser agresivos, llegando incluso a olvidar algo sobre lo cual hay conciencia general, como es que ninguno de los miembros del personal de salud quiere producir daño intencionalmente. En estos casos los reporteros llegan incluso a llamar al personal de salud involucrado en un evento adverso a su casa o a su teléfono celular. La recomendación más importante aquí es referirlos a las personas de la administración autorizadas para tal fin. El médico debe evitar de cualquier manera referirse al incidente, incluso de manera informal. Entre más se hable del asunto, más difícil será para él o ella recuperar su rutina y tranquilidad.

Apoyo institucional al médico y su equipo de trabajo

Simultáneamente con todo lo antes sugerido, la institución y los colegas tienen la obligación moral de apoyar a los profesionales afectados con el evento adverso, partiendo de la premisa de que en un próximo caso cualquiera otro puede resultar involucrado. Estrada sugiere que debido al fuerte impacto que este tipo de evento produce en el médico, la institución debe manejarlo de una manera similar al código azul de los pacientes donde la vida de los mismos está por terminarse. El autor sugiere la conformación de un “código verde”, enumera sus componentes y establece que el mismo le garantiza al segundo afectado un escenario donde pueda ser escuchado ante sus pares, ante los miembros del Comité de Ética y ante un delegado del organismo de asesoría jurídica y legal. Éstos le pueden ayudar a diseñar una hoja de ruta para enfrentar la situación en lo personal, lo jurídico y lo profesional para minimizar las consecuencias ⁽²⁰⁾.

Iatrogenic lesions in surgery

Abstract

In the daily activity of a surgeon there is always the possibility of non intentional damage as the result of an intervention. Once the iatrogenic event has occurred, the first thing to do is to secure the best care, so as to mitigate its consequences. Both the institution and the professionals involved should accord the best way to

confront the situation before patient and family. It becomes highly inconvenient to deny what is evident or those errors that are obvious. It is advisable to have an honest and transparent conversation around the iatrogenic event, assuming the corresponding responsibility, as well as to provide emotional and legal support to the team of professionals involved, both by the institution and their peers. The lessons learned from the iatrogenic event must be taken advantage of, so as to generate a collective learning among peers oriented towards the prevention of future non international damage.

Key words: iatrogenic disease, medical errors, nonverbal communication, legal liability.

Referencias

1. www.studentbmj.com/back_issues/00500/editorials/133.html. Agosto 17 de 2005.
2. World Health Organization. World alliance for patient safety: forward programmed. WHO Library, October, 2004.
3. The National Quality forum. Safe practices for better healthcare: a consensus report. May, 2003.
4. WU AW, FOLKMAN S, MCPHEE SJ, LO B. Do house officers learn from their mistakes? JAMA 1991; 265:2089-94.
5. BULA M, MANCILLA CJ, MEJÍA F, FONSECA J. Responsabilidad solidaria de las IPS. Médico-Legal, SCARE, 2005; 2, 18-20.
6. WU ALBERT. Handling hospital errors: is disclosure the best defense? Ann Intern Med 1999; 131: 970-2.
7. República de Colombia, Ley 23 de febrero 18 de 1981, Bogotá.
8. FRANCO A. Cirugías más seguras: el factor cirujano. Rev Colomb Cir 2003; 18:196-202.
9. KOHN LT, CORRIGAN JM, *et al.* (eds.). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Formulating new rules to redesign and improve care. Washington DC. National Academy Press, 1999.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: the official Handbook. Oakbrook, Terrace, IL. 2001.RI.1.2.2.
11. VINCENT C, YOUNG M, PHILLIPS A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; 343: 609-13.
12. MANRIQUE JI. Aspectos característicos de la responsabilidad médico legal. Revisión de 100 casos. Médico-Legal, SCARE 2000, No. 3, Sept-Dic.
13. KRAMAN S, HAMM G. Risk Management: extreme honesty may be the best policy. Ann Intern Med 1999; 131: 963-7.
14. WITMAN AB, PARK DM, HARDIN SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Arch Int Med 1996; 156.
15. www.jcaho/accredited+organizations/sentinel+event/se_stats_9_04.pdf. Enero 31, 2005.
16. BLENDON RJ, *et al.* Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Eng J Med 2002; 347: 1933-40.
17. TAYLOR DM, WOLFE R, CAMERON PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. Emerg Medicine 2002; 14: 9-11.
18. AMBASY N., LAPLANTE D., NGUYEN T. *et al.* Surgeons' s tone of voice: a clue to malpractice history. Surgery 2002; 132: 5-9.
19. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 1995, julio 8 de 1999, Bogotá.
20. ESTRADA H. Las víctimas del error medico. En: Franco A. (Ed.). Fundamentos de seguridad al paciente para la disminución de los errores médicos. En proceso de impresión.

Correspondencia:
 ASTOLFO FRANCO, MD
 Correo electrónico: afranco@imbanaco.com.co
 Cali, Colombia