



● *Errar es humano, perdonar es divino*

¿Error...?, ¿Horror...?. ¿Errar es humano, perdonar es divino?. ¿Pero resulta así en la práctica médica?. Este es un tema sobre el que se viene debatiendo desde hace largo tiempo y va unido a la responsabilidad profesional dentro del ámbito legal y a la conciencia en el aspecto humano. ¿Quién está librado de cometer errores si el aprendizaje de la vida es en última instancia una acumulación de experiencias?. Sin embargo parece ser que el hombre es el único animal que tropieza dos veces en la misma piedra, y es en este particular caso cuando decimos que se hace meritorio de una sanción por incompetente. Dicen que si uno se traga un sapo una vez es por desconocimiento; si lo hace dos veces puede ser por mala suerte; si tres, es porque seguramente le gustan los sapos. De todas estas circunstancias queremos ocuparnos en esta sección.

Según una estadística que circula, los errores médicos suponen una mortalidad mayor a la que producen los accidentes de tránsito. De ser así, este problema internacional se convierte en un tema digno de analizar. El colectivo médico no puede permanecer insensible ante la dimensión del asunto. Cuando se cometen errores, y nadie está librado de cometerlos, no se trata solo de saber qué responsabilidad le compete al profesional y cuál al centro sanitario, o que compañía de seguros se hará cargo de la negligencia, sino de aprender del error. Evitar llegar a realizarlos, si es posible, y sobre todo asumir la responsabilidad que compete a cada caso por el conjunto del colectivo sanitario. Si nuestro objetivo es la excelencia debemos ir a buscarla.

La administración le exige al médico menos de 10 minutos de atención al paciente, racionalización de medicamentos, horarios exagerados en las guardias, atención en consulta y urgencias al mismo tiempo, listas de espera desmesuradas, y sobre todo ello: responsabilidad personal si cometemos algún error. Es como culpar al soldado de una trinchera por las bombas que le arrojan los aviones. Indudablemente, con un trabajo más organizado y con los medios adecuados, el índice de errores se reducirá y con el tiempo solo los muy ineptos serán reincidentes.

El exceso de trabajo, el estrés y el *burnout* son factores de alto riesgo para que esto suceda, aunque la palma, nunca mejor dicho, se la lleva el poco contacto y el poco tiempo que le podemos dedicar al paciente. Y si los casos en nuestro país no son tantos es porque nuestro colectivo tiene una alta calificación profesional. Creemos que el error por negligencia debe ser erradicado y evitar que este problema no llegue a adquirir la categoría de una nueva enfermedad. Es por ello que incluiremos en esta sección casos reales dignos de comentario.

● CASO 1: ¿ Y cómo no se te ocurrió ?

P.C.

Veamos el caso de una mujer de 17 años que acude a la consulta refiriendo que desde hace dos semanas presenta pesadez postprandial y sensación nauseosa acompañada de vómitos de forma esporádica. Se trata de una mujer de origen magrebí, casada desde hace dos años. Convive con sus padres y hermanos ya que desde hace unos meses su marido se halla ausente por motivos laborales.

Entre sus antecedentes se encuentran enfermedades propias de la infancia. Menarquia a los doce años con ritmo irregular, más regularizado en los últimos meses; la última menstruación hace dos semanas. La exploración del abdomen detecta incremento del peristaltismo intestinal, pero no se encuentran masas ni zonas dolorosas.



Se diagnóstico a cuadro dis péptico y se pauta tratamiento con un procinéti- co.

Dos se- manas más tarde la pa- ciente acu- de de nue-

vo a la consulta. No ha habido mejoría con el tratamiento y las molestias se han incre- mentado levemente, especialmente en hipogastrio. La exploración detecta una peque- ña masa hipogástri- ca, levemente des- plazada hacia la derecha, de consis- tencia dura y no dolorosa a la pal- pación. Con la sospecha de ma- sa de probable origen ovárico, es remitida a ginecología, donde la citan para tres sema- nas después.



La paciente acude de nuevo a consulta a los diez días con un informe del servicio de urgencias del hospital de referencia. En él se informa de que el test de emba- razo practicado es positivo y de que la exploración ecográfica es compatible con un embarazo de 12-14 semanas.

Es entonces cuando la paciente confie- sa un periodo de amenorrea semejante al descrito ecográficamente, que fue oculta- do desde el principio dado que la ausen- cia de su marido se remonta más allá del mismo origen del embarazo.