

## FACTORES IATROGENICOS DE MORTALIDAD EN CIRUGIA\*

DR. RUBÉN VASCONCELOS

COMO no existe todavía unanimidad de criterio para calificar lo que en la literatura médica reciente, sobre todo inglesa, se describe como enfermedad iatrogénica, diremos que muy probablemente es T. R. Harrison quien mejor expone el concepto más generalmente aceptado sobre iatrogenia cuando dice:

"El término denota al conjunto de efectos adversos inducidos por el médico al tratar a sus enfermos e incluye no sólo el daño directo que les causa durante la aplicación de medidas diagnósticas o terapéuticas, sino las lesiones que puede provocarles con actos o palabras. El término generalmente implica la connotación de un efecto perjudicial que puede evitarse si el médico es cuidadoso y razonable."\*\*\*

Ha llamado nuestra atención el hecho de que siendo el quirúrgico, el acto terapéutico que acumula más responsabilidad para el médico, y a menudo el mayor peligro para el paciente, es raro encontrar referencias de enfermedad iatrogénica en cirugía. Tanto en el autor citado como en el material revisado para esta comunicación se encuentran más bien referencias al uso indiscriminado o erróneo de diferentes fármacos.

Así por ejemplo, el Registro General de Mortalidad en Inglaterra en 1960, informa de las siguientes muertes de causa iatrogénica: 16 por aplicación de insulina, 13 por cloranfenicol, 10 por clorpromazina, 10 por sulfas, 8 por penicilina; cifras menores para otros medicamentos, y atribuibles a causas distintas a éstos: 39 por radiaciones, 20 por transfusión y 11 por electrochoque.\*\*\*

En el mismo año en la Reunión Anual de la British Medical Association, se citaron los cuadros nosológicos que con más frecuencia se habían observado como consecuencia de la administración de varios medicamentos, quedando incluidos: trombopenia, alergia, osteoporosis, depresión y aun suicidio; el Dr. J. W. Landells,

\* Trabajo leído por su autor en la sesión ordinaria del 28 de noviembre de 1962.

\*\* Medicina Interna, T. R. Harrison. P. Med. Méx. 1956, p. 509.

\*\*\* Iatrogenic Deaths. J.A.M.A. 175, 5: 412 Feb. 4. 1961.

patólogo, afirmó que en 4,000 autopsias, sólo el 0.5% de las muertes fue atribuible a Enfermedad Iatrogénica.\*

Es probable que en nuestro medio la enfermedad iatrogénica tenga diferentes características, pero no encontramos información sobre el asunto, y por todo ello nos ha parecido de interés presentar esta contribución limitando el estudio al campo de la cirugía.

Se reunieron los casos de muerte ocurridos en 1,315 operaciones ejecutadas por 79 cirujanos diferentes en dos hospitales de esta ciudad.

La cifra global de mortalidad es de 1.01%, pues acontecieron 13 defunciones. La cifra es baja, pero no nos interesa ahora el aspecto cuantitativo, sino la consideración de las circunstancias en que se desarrolló cada caso para determinar, de acuerdo con el criterio que al principio expusimos, si hubo factores iatrogénicos en el deceso. Para ese efecto resumimos a continuación, con la mayor objetividad, y limitándonos a exponer los hechos esenciales, la historia clínica de cada caso, como sigue:

(1) R.M.A.M., mujer de 77 años que de 1952 a 1958 sufrió dolor abdominal rítmico, hematemesis y melena, por lo que se le hizo una laparatomía cuyos resultados no relata. En 1959 sufre dolores parecidos.

En 1961 ingresa al Hospital quejándose del mismo dolor, pero no llega a presentar hematemesis ni melena.

A la palpación hay dolor y ligero endurecimiento difuso en ambos hipocondrios y epigastrio.

El estudio radiográfico de estómago señala: úlcera penetrante en la porción vertical de la curvatura menor.

Tensión arterial 140-70 E. C. G. Normal. H b. 13.6 g Hematocrito 41%.

Con el diagnóstico de úlcera gástrica se plantea gastrectomía subtotal.

La operación dura 2.30 horas. Se ejecutó la operación planeada según la técnica de Hoffmeister Finsterer. Se encontró severa perigastritis y ausencia quirúrgica del bazo. El examen histopatológico informó: úlcera crónica activa.

Cinco días después de la intervención presentó síntomas de peritonitis, por lo que se reoperó comprobándose que existía una perforación quirúrgica tardía del asa yeyunal, distal a la sutura, y peritonitis generalizada.

La enferma murió 18 horas después de la segunda operación, por peritonitis aguda generalizada.

(2) R.H.F. Hombre de 56 años que cuatro días antes de su internamiento sufrió dolor hipogástrico que pronto se irradió a hipocondrio y hombro izquierdos. Constipación desde entonces y dos días más tarde se presentaron vómitos (4 ó 5 veces al día). No tuvo fiebre.

Era un individuo adelgazado, con abdomen globoso, asimétrico, por distensión mayor en hipocondrio derecho y epigastrio.

\* Iatronic Disease. J.A.M.A. 174, 4: 434 Sept. 24, 1960.

Se diagnostica oclusión intestinal por lo que se indica laparatomía exploradora urgente. La glucemia es de 176 mg. %. Urea 82 mg. %. 15.10 g Hematocrito 44 %. Na. K, Cl. normales. Leucocitos 19.900.

La operación duró 3.35 horas.

Se encontró hernia diafragmática que contenía colon descendente necrosado, por lo que después de suturar diafragma, se hizo colectomía dejando exteriorizada la porción necrosada del colon.

La evolución post-operatoria, después de mostrar mejoría inmediata, fue hacia un cuadro de peritonitis aguda. El paciente murió 7 días después de la intervención. La necropsia demostró la existencia de una perforación necrótica de colon transverso, a 10 cms. en sentido proximal, de la boca anastomótica, como causa de la peritonitis aguda generalizada que determinó la muerte.

(3) C.C.J., mujer de 48 años que 6 meses antes de su operación presentó metro y menorragias en pequeña cantidad, pero repetidas. Se le diagnosticó, mediante biopsia de cuello uterino, Ca. cervicouterino, indiferenciado, de unos 2 centímetros de diámetro.

El estudio radiográfico de tórax fue normal H.b. 10.6 g. Rcr. 35%. El resto de exámenes, en límites normales. Se le indica histerectomía abdominal con linfadenectomía.

La operación duró 4.40 horas. La matriz estaba aumentada 2 X, con miofibromas en su superficie y un tumor ovárico derecho esferoidal, como de 12 cms. de diámetro. La disección pélvica fue difícil, por lo que se produjo una herida como de 0.5 cms. en la vena ilíaca izquierda, que se suturó.

Al terminar la operación la enferma muestra palidez, hipotensión y taquicardia progresivas, seguidas de paro cardiorrespiratorio y muerte en la sala de operaciones, por choque quirúrgico.

(4) M.A.A., mujer de 32 años, tres años antes de su internamiento presentó tumoración mamaria derecha que fue tratada por mastectomía simple seguida de radioterapia. Un año después presentó recurrencia axilar que fue tratada por ooforectomía bilateral y radioterapia (2,500 U. R. en zona supraclavicular y 3,000 U.R. en la subclavicular).

En la fecha de su estudio se observaron voluminosas masas tumorales en axila derecha y en región supraclavicular, con permeación cutánea. En axila izquierda, ganglios probablemente neoplásicos.

H.b. 14.49 gs. Hcr. 46%. Radiografía de tórax no muestra anomalías.

Se practicó adrenalectomía bilateral por vía lumbar. El proceso operatorio duró 4.40 horas y desde su llegada a la sala de recuperación se registró hipotensión de 90-70 mm. Hg. que se fue acentuando a pesar del tratamiento a base de corticoides y vasopresores, hasta que la enferma falleció, 3 días después de la operación.

El estudio necrópsico mostró: necrosis tubular aguda incipiente. Congestión

hepática. Enfisema pulmonar, y metástasis de carcinoma mamario en ganglios axilares derechos y peritrapequeales.

(5) T.C.E. Hombre de 67 años. Comunicó sus trastornos iniciales dos años antes del internamiento. Sufría entonces de anorexia, adelgazamiento y debilidad progresivos. Más tarde presentó acedías, pirosis y vómitos que primero fueron de color negruzco y más tarde característicos de retención. En la época de su estudio se queja de dolor a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, en donde se palpa una tumoración móvil, como de 4 cm. de diámetro.

Radiografías gastro-duodenales muestran estenosis pilórica, dilatación gástrica e "imagen sospechosa de tumor en antro". En el E.C.G. se encuentra isquemia subpericárdica anteroseptal.

H.b. 13.4 g. Hcr. 40%.

Se planea realizar gastrectomía total, pero el cirujano encuentra los tejidos gástricos y perigástricos macroscópicamente anormales, desde el tercio superior de la curvatura menor hasta el píloro, lo mismo que los epiplones gastrocólico y gastrohepático. Le fue imposible separar el estómago del páncreas, por lo que se hace gastrectomía parcial en condiciones técnicas precarias, pues la sutura del muñón duodenal se hace sobre tejido anormal, muy friable, y hubo derrame de pequeña cantidad de contenido gástrico hacia la cavidad abdominal.

La operación duró 2.35 horas, y el enfermo llega a la sala de recuperación con signos de choque quirúrgico del que sale con dificultad. Fallece 38 horas después de la operación.

El examen histológico de las piezas operatorias demostró: estómago y epiplón normales.

El examen necroscópico reveló: Peritonitis generalizada por dehiscencia de suturas de muñón duodenal, infarto antiguo del miocardio y adenocarcinoma de la segunda porción del duodeno.

(6) M.M.M., hombre de 23 años que tres días antes de su operación sufre intenso dolor abdominal, acompañado de peristaltismo visible, borborismos audibles a distancia e imposibilidad de evacuar gases o materias fecales.

En el momento de su examen persiste el dolor, pero han desaparecido el peristaltismo y los ruidos intestinales.

El abdomen es globoso y hay dolor a la palpación.

La presión arterial es de 140-100; temperatura 37° y pulso radial 100.

Se diagnostica oclusión intestinal y se indica laparotomía exploradora urgente.

En la operación se encuentra vólvulo del sigmoide y del colon descendente que estaban cianóticos y muy dilatados, pero sin signos de necrosis. Se corrige la posición del colon, se coloca en su sitio, y al estar suturando aponeurosis se percibe arritmia, bradicardia, hipertermia y color negruzco de la sangre.

Se mantuvo la respiración mediante la bolsa del aparato de anestesia, pero

el enfermo fallece 1.10 horas después de iniciada la operación, con 41° de temperatura, bradicardia de 15 por minuto y rigidez generalizada.

El estudio necrópsico mostró L.C.R. hemorrágico sin lesiones macroscópicas en cerebro y aterosclerosis aórtica grado 1 A.

(7) E.M.V. mujer de 80 años, que a los 50 de su edad le apareció una pápula en el canto externo del ojo derecho. La excrecencia fue aumentando su volumen paulatinamente hasta la fecha de su estudio en que se observó que la tumoración había destruido los dos párpados, la conjuntiva y el globo ocular derechos; la superficie era úlcero-vegetante, de color negro; la consistencia dura y tenía unos 4 cms. de diámetro. El examen histológico reveló que se trataba de un carcinoma basocelular de la piel.

La tensión arterial fue de 150-90.

Hb. 12.7 Hcr. 46% glucemia 234, mg% y después de tratamiento, 150 mg. Urea 25 mg%.

Se planeó y ejecutó la exenteración del contenido orbitario derecho. La operación duró 2 horas. Las superficies de corte sangraron abundantemente, sobre todo en la porción interna de la órbita en donde el hueso estaba invadido por la neoplasia.

Llegó a la sala de recuperación en estado de choque y murió 2.30 horas después.

El estudio necrópsico reveló: Cardiomegalia (400 g). Enfisema pulmonar. Bronquitis crónica. Pielonefritis crónica bilateral. Aterosclerosis aórtica (1 A).

(8) C.O.J. mujer de 33 años, que a los 8 de su edad tuvo disfagia, primero para los alimentos sólidos únicamente, pero en 3 ó 4 días aumentó hasta llegar a la afagia, durante 2 días.

Después de ese incidente sufrió adelgazamiento y 9 años más tarde, tuvo una hematemesis discreta.

Doce años antes de su internamiento se le hizo toracotomía para tratar hernia diafragmática, sin que se conozca la sintomatología que presentaba entonces, pero se afirma que dos meses después de la operación reaparecieron la disfagia y odinofagia, por lo que se le hicieron dilataciones esofágicas que sólo dieron mejoría transitoria.

Al internarse en el hospital persisten: disfagia con odinofagia a sólidos. Regurgitaciones y sialorrea. Durante su hospitalización (3 meses) aumentó 4 kg. de peso.

El estudio radiográfico mostró estenosis a nivel del tercio inferior del esófago y dilatación supraestenósica "compatible con esofagitis péptica"; el colon, de aspecto normal. La tensión arterial fue de 105-80 Hb. 14 g. Glucemia 90 mg.%. Proteinemia 8.72 g. Rel. a/g. 1.22 g.

Se ejecutó esofagoplastia, utilizando colon ascendente y transversal, que des-

prendido de su sitio, se anastomosó a estómago. La continuidad intestinal se restableció por anastomosis ileo-cólica.

Por una incisión cervical se disecó el esófago, y por ese tunel, que se completó por vía abdominal, se pasó el colon para realizar anastomosis esofagocólica, a nivel del tercio superior del esófago.

Las primeras 24 horas del post-operatorio transcurrieron sin incidentes, pero a partir del 2o. día aparecieron: hipotensión, taquicardia, estertores sub-crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares. Más tarde aparecen exudados purulentos y fétidos en las heridas cervical y abdominal, y la enferma empeora progresiva y rápidamente hasta que muere 8 días después de la operación con signos de mediastinitis y peritonitis.

El examen necrópsico confirma mediastinitis aguda, pleuritis aguda, peritonitis aguda generalizada, provocada por necrosis parcial del injerto y deshiscencia de las suturas. En estómago se encontró además una úlcera aguda.

(9) V.L.P. Fue un hombre de 37 años que cinco días antes de su operación sufrió intenso dolor de aparición súbita en hipogastrio, profundo, que irradió primero a fosas ilíacas y luego a todo el abdomen. Aparecieron luego náuseas y fiebre, y más tarde vómitos, constipación y meteorismo.

En el momento del examen el vientre estaba distendido, con hiperestesia y resistencia muscular generalizada. No se escuchaban ruidos intestinales. Temperatura de 38°, respiraciones 30. Pulso 120. Tensión arterial 90-60. Amilasa pancreática en sangre 108 u. Hb. 16.6 g, Hcr. 58% g. Leucocitos 17.200. Neutrófilos 89. Glucemia 198 mg.%. Urea 164 mg.%. En las radiografías aparece ileo paralítico.

Se realiza laparotomía exploradora urgente y se comprueba peritonitis supurada difusa por gangrena apendicular. La operación duró 1.45 horas; el enfermo no manifiesta ninguna mejoría y muere 7 horas después de la operación.

(10) C.O.F. Hombre de 52 años, con antecedentes de 10 años de disuria. Siete años antes de su operación tuvo hematurias, y un año más tarde se le practicó intervención quirúrgica en próstata y uretra.

Veinticuatro horas antes de la operación se quejó de dificultad progresiva para la micción, quedando en anuria 12 horas más tarde.

La exploración somática mostró abdomen distendido, vejiga muy distendida. Dolor difuso a la palpación.

El enfermo se encontraba deshidratado, estuporoso y con polipnea. Su tensión arterial era de 160-100. 39 respiraciones. 110 pulsaciones. Glucemia 300 mg.%. Urea 70 mg.%. Creatinina 4.3. Leucocitos 11.400. Neutrófilos 95% Hb. 16 g. Hcr. 48.

Se indicó cistostomía suprapúbica urgente, que se realizó bajo analgesia local; previamente se extrajeron por punción, 500 ml. de orina, que se encontró muy turbia y después de la cistostomía se obtuvieron 100 ml. más.

El enfermo llega a la sala de recuperación en estado de estuporoso, y seis horas después se encuentra en estado de coma, del que no se recupera. Muere 18 horas después de la operación, y en el estudio necrópsico se encuentran: cistitis hemorrágica. Hidronefrosis e hidroureter bilateral. Pielonefritis crónica bilateral. Atrofia renal izquierda (92 g). Pericarditis fibrinosa. Bronconeumonía focal hemorrágica.

(11) D.A.C. Era una ancianita de 61 años que un año antes de llegar al hospital comenzó a sentir disfagia progresiva, y más tarde dolor epigástrico que irradiaba al hipocondrio derecho.

En la época del estudio tenía regurgitaciones con sangre roja y había perdido 4 kg. de su peso habitual.

Por esofagoscopia se vió un tumor en el tercio medio del esófago. El estudio histológico de la biopsia informó que la imagen correspondía a un carcinoma epidermoide, pero que existían zonas en que semejaba un sarcoma.

La radiografía mostró dilatación fusiforme del tercio medio del esófago.

La tensión arterial fue de 110-60. Hb 14.31 g.

Hcr. 47% Leucocitos 16.300. Neutrófilos 73%.

Se realizó toracotomía y resección de esófago como de 6 cm. de longitud, colocando un tubo de plástico como prótesis anastomosante para restablecer la continuidad del conducto esofágico.

La operación duró 3 horas y en las veinticuatro horas siguientes la recuperación es muy satisfactoria, pero un día más tarde la enferma presenta taquipnea, cianosis, taquicardia y estertores difusos, subcrepitantes en ambos campos pulmonares. Se le hace traqueotomía y broncoaspiración; se administran cardiotónicos, antibióticos, soluciones con lactosa y electrolitos, y fluidificantes de las secreciones bronquiales, pero a pesar del tratamiento aumenta la cianosis, disminuyen las cifras tensionales hasta niveles no registrables, y muere 4 días después de la operación.

El estudio histológico de la pieza operatoria mostró una tumoración de  $5 \times 3 \times 2$  cm. unida por un pedículo a la mucosa esofágica, y cuyo aspecto citológico corresponde a un pseudo-sarcoma polipoide.

En la necropsia se encuentran: Hidrohemotórax bilateral, con 1.500 ml. en el lado izquierdo y 1.000 en el derecho. Bronconeumonía bilateral con formación de abscesos, cirrosis hepática post-necrótica y aterosclerosis aórtica II-A.

(12) H.O.M.L. mujer de 33 años, había tenido después de 2 hijos, un embarazo ectópico cuya ruptura fue tratada quirúrgicamente en marzo de 1961.

En abril de 1962 llegaba a término un nuevo embarazo. Se le dosifican 10.15 g de hemoglobina; hematocrito de 33%, y grupo sanguíneo O R h positivo. Huellas de albúmina en orina. Como se encontrara desproporción cefalopélvica se hizo operación cesárea. Al terminar la extracción del producto hubo intensa hemorra-



gia, por lo que se aplicó transfusión de sangre clasificada como O+, pero sin hacer pruebas cruzadas.

Al recuperarse la paciente, se queja de dolor lumbar intenso, y presenta a poco, oliguria, hematuria y cifras tensionales de 160-100. Estos síntomas persisten; el análisis de orina indica además proteinuria de 6 g, y se mantiene el cuadro de insuficiencia renal aguda, atribuible a necrosis tubular post-transfusional, durante 11 días, al cabo de los cuales fallece la enferma. No se hizo estudio necrópsico.

(13) V.G.M.G. Era una niña de 11 meses, a quien desde su nacimiento le habían notado una tumoración en zona lumbosacra que no había aumentado de volumen en forma considerable. También informó su madre que solía ponerse cianótica durante el llanto y cuando había tenido infecciones respiratorias.

El examen somático ratifica la presencia de una tumoración lumbosacra pequeña y depresible. En el examen neurológico no se encuentran datos anormales, en cambio en región precordial se percibe un soplo continuo con reforzamiento sistólico y Thrill en la base del cuello.

El análisis de orina es normal. Hb. 12.80 g. Hcr. 41%. Leucocitos 11.000.

Se hizo tratamiento quirúrgico de espina bífida. La operación duró 1.45 horas, y al terminar, la respiración era difícil. La auscultación reveló ausencia de ruido respiratorio en base pulmonar izquierda, respiración vicariante en hemitórax derecho, y aumento en la intensidad del soplo cardíaco.

Las pupilas estaban midriáticas y el pulso era apenas perceptible. A pesar de los intentos para mejorar la oxigenación, la enferma continúa en hipoxia y muere 3 horas después.

Es indudable que basta la lectura de los casos expuestos para captar con claridad los factores iatrogénicos que estuvieron presentes en varios de ellos, por lo que el comentario específico nos llevaría muy probablemente a la estéril actitud de criticar a posteriori la conducta del clínico ante la evidencia post-mortem. Aceptamos lo dicho por Sir Ernest Rock Carling quien criticando la tendencia de algunos patólogos a juzgar con extrema severidad a los clínicos, afirmó que "ser sabio después del hecho" no es característica admirable, y si se utiliza para atacar a quien tuvo la responsabilidad de un enfermo grave, es reprochable".\*

Si por otra parte, es evidente que estamos ante hechos tan antiguos como la medicina, un examen retrospectivo nos permitirá emitir un juicio más equitativo y razonable, pues nadie podrá negar que desde sus orígenes, la Medicina ha llevado implícito el riesgo de obtener resultados contrarios a los que persigue, y el médico ha debido responder según los códigos de las civilizaciones en que ha actuado, a las consecuencias indeseables de su actividad profesional.

El Código de Hamurabi, el más antiguo conjunto de leyes que se conoce,

\* *Physicians' Mistakes*. F. L. J.A.M.A. 157, 4: 362. Jan. 22, 1955.



señala severas penas para quienes causaban daños por descuido o irresponsabilidad profesional. La naturaleza de algunos de estos castigos, como la amputación de las manos o la muerte\* dan cuenta de las normas bárbaras que regían, y muestran que en la Babilonia de la época de este rey semita (probablemente 1792-1750 A.J.) como en el Código mosaico, regía la ley del talión cuando el problema se planteaba entre sujetos socialmente iguales; en cambio si la víctima era inferior, se podía aceptar la compensación en dinero. El Art. 196 dice: "Si un hombre ha destruido el ojo de un Patricio, su propio ojo debe ser destruido"; y el Art. 198: "Si él ha destruido el ojo de un plebeyo, o le ha roto un hueso, debe pagar una mina de plata".\*\*

Entre los Hititas de quienes se conoce una versión de un texto legal tal vez del siglo III A.C., no se encuentran las brutales mutilaciones o ejecuciones; están substituidas por compensaciones monetarias.

Hay un nuevo espíritu en el código de este pueblo que había llegado del Norte y pertenecía a la familia indo-europea. Sus leyes compensadoras, aparecerán más tarde en las XII Tablas del Derecho Romano, y al cabo de su secular desarrollo, son nuestras leyes compensadoras para los trabajadores.\*\*\*

En Egipto, si los médicos seguían fielmente las prescripciones bien establecidas en sus tradiciones, estaban inmunes aún cuando no lograran salvar a su enfermo, pero si obraban contrariamente a las prescripciones, eran condenados a muerte, pues opinaba el legislador que un simple individuo no podía ser más sabio que los más célebres médicos de los tiempos antiguos.\*\*\*\*

En Grecia el médico pertenecía a la clase de los demiurgos, es decir, obreros útiles al pueblo, y es Hipócrates el que explica, con su peculiar estilo, lo que sucedía si erraban cuando trataban de curar: "A la mayoría de los médicos, dice Hipócrates, les pasa por lo que me parece, lo que a los timoneles: tampoco de éstos, cuando el mar está tranquilo, notamos si toman una falsa ruta, pero cuando sobreviene una tempestad y está claro que la nave se encuentra en malas aguas, entonces todos comprenden que su ignorancia y sus errores son la causa de la ruina. Así ocurre con los malos médicos, cuando cuidan a enfermos que tienen leves males, en los que los mayores errores no pueden producir daños notables (y de estos males cuántos hay y mucho más frecuentes que los graves) sus errores no se manifiestan, pero cuando cuidan a enfermos graves y peligrosos, entonces es clara su inexperiencia en el arte, y el castigo viene rápidamente.\*\*\*\*\*

Qué enorme distancia, no sólo en el tiempo, sino en la comprensión y en la serena exposición, existe entre las palabras hipocráticas y el juicio que merecían a Petrarca, el gran humanista italiano y poeta de la lengua toscana, los

\* *A History of Medicine*. H. E. Sigerist Oxford U. P. 1951 p. 428.

\*\* H. E. Sigerist. *Op. Cit.*

\*\*\* H. E. Sigerist. *Op. Cit.*

\*\*\*\* *Historia de la Medicina*. Castiglioni A. Salvat. Ed. 1941, p. 60.

\*\*\*\*\* Castiglioni, A. *Op. Cit.*

médicos de su época. Cegado sin duda por sus querellas con el Averroismo, le escribe a Clemente VI: ...“Sé que tu lecho está asediado por los médicos, y esta es la primera razón de mis temores. Y no es dudoso (por decirlo con Plinio) que todos cuantos son, mientras que de hallazgos nuevos esperan la fama, hacen su tráfico de nuestras vidas; y (singular privilegio de esta profesión) basta que alguno se diga médico para que ciegamente se le preste fe, cuando en ningún arte la impostura es tan peligrosa como en éste... No hay leyes que castiguen la ignorancia que mata; y no hay ejemplo de castigo. Aprenden a expensas nuestras y se hacen expertos a fuerza de matar. Sólo al médico le es concedido dar muerte a los hombres impunemente...”

Sea documento la memoria de aquel que en su tumba no quiso otro epitafio que éste: “He muerto por demasiados médicos”...\*

Doscientos años más tarde, en 1527, Paracelso, el gran rebelde, aseguraba en Basilea que la medicina había degenerado, y agregaba, con la dura arrogancia que tanto ofendió a sus contemporáneos y a no pocos sucesores: “Mas nosotros la liberaremos de sus peores equivocaciones. ¿Quién ignora que la mayor parte de los médicos da falsos pasos en perjuicio de sus enfermos?”\*\*

Pero este esbozo de la historia de la responsabilidad profesional del médico, sólo intenta recordar algunas de las formas que ha tomado, al través de muchas civilizaciones, la reacción de los pueblos a ese peligro connatural y por ello irremediable del acto médico.

Vemos que se ha intentado, por muchos procedimietos, evitar esos daños, desde la bárbara aplicación de la Ley de Tali6n, hasta la proscripción de la actividad médica peligrosa, si es verdad como se afirma que la frase “no practicaré la operaci6n de la piedra”, del Juramento Hipocrático fue inspirada en el hecho de que esa intervenci6n, practicada habitualmente por los perideutas, tenia casi siempre por consecuencia algo que hoy sería calificado sin duda como daño profesional o enfermedad iatrogénica, y que era la lesi6n del cord6n espermático.\*\*\*

Han existido criterios cambiantes para juzgar esa responsabilidad; desde la venganza primitiva que desapareci6 hasta la inhabilitaci6n del culpado, la limitaci6n de su actividad, o la compensaci6n econ6mica que subsisten bajo formas variadas.

Si en forma similar hacemos el examen, no ya de la reacci6n del paciente, sino de la actitud del m6dico para juzgar sus fracasos, veremos que en todos los casos que citamos antes, priva la idea de la culpabilidad, del error punible y nunca ha faltado, frente al m6dico inculpado, el juez, que seg6n las 6pocas y las culturas, ha sido bárbaro, cruel, severo, ambicioso, mordaz; sin que nin-

\* Castiglioni: *Op. Cit.*

\*\* H. E. Sigerist: *Los Grandes Médicos*. Ed. Azteca, Méx. 1955, p. 80.

\*\*\* Castiglioni: *Op. Cit.*, pág. 140.

guna de estas características excluya a las demás. Se observa también que el médico puede ser juzgado por legos o por compañeros de oficio, sin que la diferencia haga ventaja, pues unos y otros son igualmente rígidos, irónicos o parciales. Hasta el sereno Hipócrates afirma que son los "malos médicos" quienes al cuidar a un enfermo "grave y peligroso" muestran claramente "su inesperienza en el arte".

Parece como si el pensamiento médico, lo mismo en sus etapas teológica, filosófica o humanística hubiera aceptado siempre que el fracaso o el daño involuntario al paciente eran fruto de la impreparación y constituían errores evitables, y sólo en el presente siglo los propios médicos han podido expresar, cada vez con mayor convicción, un nuevo criterio: el de considerar que independientemente de lo fortuito, el médico en su propia naturaleza es no sólo agente de curación, sino también factor de enfermedad y muerte.

En la reunión anual de la Sociedad de Protección Médica en octubre de 1954, en Londres, sir Ernest Rock Carling, a quien hemos citado anteriormente, expresó: "Nos adherimos al criterio jurídico de que con razonable cuidado y habilidad, aún en manos de los más meticulosamente cuidadosos y mejor calificados, los errores y los accidentes indeseables, no sólo son posibles, sino una y otra vez inevitables".\* Actitudes como esta, que aparecen simultáneamente con el cultivo del pensamiento científico, podrían tomarse como una muestra más de que es la ciencia el mejor camino para llegar a la humildad y la comprensión que caracterizan al verdadero humanismo, y ahora que la medicina tiene mayor poder curativo que nunca gracias a la creciente intervención de los principios y métodos científicos en su ejercicio, es cuando se reconoce francamente la peligrosidad del acto terapéutico. El médico no se considera ya un semidios, ni un iluminado, sino un hombre, y cuando mucho un demiurgo en la clásica acepción griega del término, cuya actividad, benéfica en muchos casos, puede dañar en otros, y en consecuencia debe ser estudiada como las otras noxas para conocer su patogenicidad y determinar sus índices de morbilidad y de mortalidad. Por este camino pronto se aceptará que es tan inoperante enjuiciar a la manera antigua un acto médico ya consumado, como exorcisar a los demonios de la peste o de la epilepsia, lo que quiere decir que no se exigirá responsabilidad profesional médica para ejercer venganza o para edificar a quienes puedan cometer faltas semejantes.

Se tratará de analizar los errores con sentido profiláctico, como se hace ya actualmente en las auditorías médicas bien organizadas; buscando la manera de evitar en el futuro los peligros ocultos de la actividad médica y estudiando los mecanismos que con más frecuencia determinan el daño al paciente; y no se piense que afirmamos que el error y la omisión o la ignorancia médica no

\* J.A.M.A. 157, 4: 362. Jan. 22, 1955.

existenten. Son innegables y mucho mayores de lo que de pronto estaríamos dispuestos a aceptar, pero si mantenemos la perspectiva histórica que antes trazamos, e imaginamos el futuro, después de examinar el pasado y el presente, quizá nos sea posible aceptar que la medicina en sus orígenes, como lo hemos afirmado en otro sitio,\* fue equiparable con un inconsciente homicidio por piedad, y ha ido aumentando su potencial realmente médico, en la medida que ha ido conociendo la verdadera naturaleza de los mecanismos vivientes. Es indudable que mañana serán graves errores algunos de los que hoy consideramos nuestros mejores triunfos. Para terminar sólo diremos que la casuística que hemos presentado, apoya las conclusiones de los participantes en el "Coloquio sobre nuevos aspectos de los riesgos y responsabilidades en Medicina", que apareció en 1959 en *Medecine de France*. Los participantes, médicos de los hospitales de París y miembros del personal docente de la Facultad de Medicina de la misma capital, hicieron entonces las siguientes afirmaciones:

"El riesgo depende no sólo de la aplicación pura y simple del medicamento o procedimiento terapéutico en sí; también de los medios instrumentales que se requieren para realizar con propiedad lo planeado.

"En la actualidad hay una fragmentación de la responsabilidad... El médico "solo" no existe ya, y es por ello que se distribuye la responsabilidad terapéutica entre muchos. En un plano moral toca también a quienes publican informes sobre nuevos medicamentos o técnicas, pero siempre tendrá el médico la responsabilidad personal de las decisiones que tome."\*\*

Respecto al mecanismo de los riesgos terapéuticos o diagnósticos, los participantes en el Coloquio dijeron que son afrontados por ignorancia, vanidad o cobardía, y agregan: "Es obvio el caso de ignorancia; la vanidad no debe confundirse con la audacia razonable y razonada frente a casos de gravedad extraordinaria o en terrenos no bien investigados".

Como formas de cobardía se citan: discriminación terapéutica, como el caso de quien retrocede ante pacientes destacados y no rehusa aplicar la misma terapéutica a enfermos desconocidos, en el hospital; o usar medicamentos en dosis menores a las aconsejadas. Otro aspecto sutil es la preferencia por los casos con lesiones muy objetivas, espectaculares, frecuentes en el medio hospitalario, y el rechazo del paciente que sufre por lesiones menores, que exigen estudio cuidadoso y terapéutica discreta. Estos casos, dicen los autores, nos darán menos placer científico, pero nos harán más médicos, a lo que agregamos: es posible lograr el mismo objetivo si conscientes del peligro que representamos, contribuimos al mejor conocimiento de los riesgos que juntos afrontaremos durante mucho tiempo todavía, los enfermos y los médicos.

\* Vasconcelos, R.: *La Propedéutica Clínica*. Pren. Med. Méx. XXV, 3 y 4: 114-116. Abril, 1960.

\*\* *Medecine de France*, 102: 1959.

COMENTARIO AL TRABAJO "FACTORES IATRO-  
GENICOS DE MORTALIDAD EN CIRUGIA"\*

DR. ALFONSO ALVAREZ BRAVO

**T**ENGO particular agrado en comentar el trabajo del Dr. Rubén Vasconcelos, tanto por la personalidad y vasta experiencia del autor, que respaldan y autorizan sus conceptos, como por la naturaleza e importancia del tema que trata.

A nuestra Academia no solamente le interesa discutir los aportes de la investigación pura o de la experimentación clínica, informarse de las adquisiciones recientes o analizar los resultados del trabajo clínico, todo ello importante y base del programa científico, sino también establecer criterios, meditar sobre la esencia de la medicina misma y su evolución, analizar y precisar sus relaciones, obligaciones y responsabilidades para con el hombre que es el ser a quien sirve y para con la sociedad en que se desenvuelve, empaparse en el humanismo que es inherente a su ejercicio.

El trabajo del Dr. Vasconcelos expone un problema que es motivo de grandes inquietudes actuales, aunque su origen sea tan antiguo como la medicina misma: la capacidad patogénica de la actuación del médico, originada en el intercambio cotidiano que tiene con sus enfermos, en los métodos diagnósticos que aplica y en los recursos terapéuticos que utiliza.

La casuística presentada, correspondiente a mortalidad en cirugía, es la primera que se reporta en nuestro medio desde el punto de vista de su relación iatrogénica.

El análisis de estos 13 casos, que no podrá ser expuesto en detalle en este breve comentario, demuestra a mi entender que los resultados adversos de la cirugía no sólo se originan en errores de técnica, sino también y con mucha mayor frecuencia, en mala indicación quirúrgica o en la presencia de contraindicaciones graves frente al acto quirúrgico que se propone realizar. Esto último sucede sobre todo, y como es lógico suponer, en la cirugía de urgencia, sea por incompleto estudio del enfermo o por la necesidad de aceptar a sabiendas un

---

\* Leído en la sesión ordinaria del 28 de noviembre de 1962.

riesgo grave en presencia de una indicación quirúrgica no sólo indispensable sino imprescindible. El concepto de participación iatrogénica en cirugía es difícil de establecer en algunos casos, como por ejemplo, en aquellos en que se presentan dificultades técnicas insuperables o accidentes de que no están exentos aún los cirujanos más hábiles y experimentados, situaciones que son inherentes a la limitación de la capacidad humana. Sin embargo, estos problemas merecen estudio y solución y de hecho el cirujano ha tratado siempre de resolver y ha resuelto muchos problemas técnicos de importancia, ideando nuevas técnicas, incluyendo nuevos recursos o precisando la operabilidad de las lesiones que tiene ante sí. A este último respecto me parece que es más admirable el cirujano que cierra la herida sin resolver el problema que el que lleva su entusiasmo quirúrgico más allá de su capacidad o de las posibilidades del caso.

Al hablar de iatrogenia quirúrgica hay que recordar, además, que se está analizando un acto humano y que, por lo tanto, como dice Benzo:\* "salvo que haya culpa evidente por acción u omisión, no se puede exigir la misma destreza, habilidad y talento a todos los médicos...". Además, el médico ejerce la medicina de su tiempo, con sus grandes limitaciones, y el progreso constante de la medicina demuestra que continuamente hay algo que rectificar, que mejorar, qué comprender mejor, y que esta mejoría se debe a los mismos médicos e investigadores de la medicina que se dan cuenta del enorme campo inexplorado que queda aún. A este propósito debo decir que entre los conceptos interesantes vertidos por Vasconcelos en su trabajo, uno que me parece particularmente importante y constructivo, es el que señala que el propio médico está convencido de que independientemente de lo fortuito es agente involuntario de enfermedad y muerte y que, consecuente con ese pensamiento, debe analizar sus errores con sentido profiláctico, para lo cual, y en ello quiero hacer énfasis, no hay actualmente otro método organizado y fructífero que el de la auditoría médica o el comité de tejidos, actuando con altura de miras, con el pensamiento puesto en el semejante, sin personalismos ni intrigas. Debemos promover la organización de estas auditorías y para ello tienen la palabra, la responsabilidad y la acción las autoridades hospitalarias y los organismos públicos y privados de quien dependen.

Felicitó muy sinceramente al Dr. Vasconcelos por haber traído a discusión un tema tan interesante que ha sido expuesto con gran conocimiento, cultura y tino.

\* Eduardo Benzo: *La Responsabilidad Profesional del Médico*. Ed. Escelicer. Madrid, 1944.