

La conferencia de morbilidad: aprendiendo de los errores en la práctica médica

José Luis Recalde ⁽¹⁾



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License

1 Director del Departamento de Docencia Médica e Investigación, Hospital Vozandes Quito.

Correspondencia:
Dr. José Luis Recalde
E-mail: jrecalde@hcnb.org

Forma de citar este artículo:

Recalde JL. La conferencia de morbilidad: aprendiendo de los errores en la práctica médica. Rev Med Vozandes 2013; 24: 3 - 4.

Los médicos tomamos decisiones todo el tiempo. Ocasionalmente son simples, fáciles y definitivamente correctas. Pero casi siempre tenemos que lidiar con cierto grado de incertidumbre que hace que nos cuestionemos si hemos tomado o no la mejor decisión, hasta que aparece el resultado final. A veces, a esas decisiones se suman varios factores (causales, de confusión o de distracción) que pueden determinar un resultado desfavorable para el paciente, para el sistema o para ambos. La evaluación sistemática, no solo de los resultados, sino también del proceso que condujo a ellos, es una de las herramientas más valiosas para el mejoramiento continuo en la práctica médica y la atención a pacientes.

Los malos resultados en el manejo de los pacientes son una posibilidad en la práctica médica. No existe ningún médico, que en el fondo de su conciencia, no tenga una voz que en algún momento le diga: "pudiste haberlo hecho diferente", "pudiste haberlo hecho mejor", o "el paciente hubiera ido mejor si..." Pero ¿cuál es el origen de ese resultado desfavorable? ¿Será el simple azar, acaso el producto de algún desconocimiento médico, de fallas en las instituciones, por irresponsabilidad o un accionar poco prudente?

Contra el azar poco podemos hacer en situaciones individuales, pero la ciencia, a través del método científico, trata de "domesticarlo" y determinar su probabilidad de presentación^[1], siendo esa su tarea principal. De ahí que la práctica médica actualmente se basa en la mejor evidencia disponible. Para enfrentar a la imprudencia y la premura, siempre está a la disposición de cualquier médico el proceder con un dedicado cuidado del paciente, con actos de silencioso heroísmo. En cuanto a la ignorancia (desconocimiento), la máxima: "El conocimiento médico es el enemigo de la enfermedad", debería constituirse en el grito de batalla que cada estudiante de medicina, y que cada médico debería no solo proclamar sino, sobre todo, practicar.

La conferencia de morbilidad permite educar a los médicos en un foro abierto y en tiempo real, a través de la discusión franca y

el razonamiento conjunto, sobre la mejor forma de diagnosticar y tratar a los pacientes; (**cuadro 1**). Esta modalidad formativa surgió de los esfuerzos de los médicos para mejorar la práctica a través de la evaluación de los errores y malos resultados^[2, 3], volviéndose una práctica común en los programas de medicina en los Estados Unidos de Norteamérica^[4, 5]. Su tradición se remonta a las primeras décadas del siglo pasado, cuando las ideas de Ernest Codman del Massachusetts General Hospital de Boston, acerca de los resultados en la práctica quirúrgica fueron precursoras de esta actividad.

La evolución de la conferencia de morbilidad a través del tiempo ha seguido un ritmo lento pero constante y últimamente ha conducido a las llamadas reuniones de aseguramiento de la calidad^[2]. Además, en algunos programas es, hoy por hoy, el evento académico más importante, a tal punto que es un requisito del Consejo de Acreditación para la Educación de Médicos Graduados (ACGME, por sus siglas en inglés), para certificar la calidad de los programas en Estados Unidos^[6]. El ACGME ha determinado que la conferencia de morbilidad puede cubrir todas las áreas, seis en total, en las que debe ocurrir una formación médica que garantice la entrega de cuidados de calidad: 1) cuidado del paciente, 2) conocimiento médico, 3) aprendizaje basado en la práctica y mejoramiento continuo, 4) destrezas interpersonales y comunicacionales, 5) profesionalismo, y 6) práctica basada en el sistema de salud. De esta manera la conferencia de morbilidad se convierte en un recurso educativo de grandes proporciones^[6].

El Hospital Vozandes Quito, desde sus inicios implementó estas reuniones mensuales para discutir los casos de morbilidad, como parte integrante de sus actividades docentes^[7]. De forma similar a otros centros hospitalarios internacionales donde se aplica esta modalidad^[4], las conferencias se cumplen de forma mensual, están destinadas al personal de salud institucional, poseen un responsable médico acompañado por otros miembros del equipo que manejó el paciente; y los casos que se discuten han sido seleccionados

Cuadro 1. Ejemplos de cuestionamientos sobre las decisiones y actitudes adoptadas en la práctica médica que originan una conferencia de morbilidad.

Si se trataba de un paciente anciano con dolor abdominal persistente y leucocitosis, a pesar de no tener signos francos de compromiso general... ¿no hubiera sido mejor ingresarlo al hospital y detectar a tiempo la presencia de colecistitis aguda?

Si al momento del ingreso el paciente presentaba signos incipientes de un problema respiratorio... ¿por qué no se hizo una evaluación más profunda evitando un traslado inesperado a cuidados intensivos durante la guardia?

Si el paciente tenía ya un diagnóstico de meningitis adquirida en el hospital luego de una intervención neuroquirúrgica y el germen involucrado era multirresistente... ¿por qué la interconsulta a infectología tardó 7 días en ser solicitada?

sobre la base de malos resultados, desenlaces inesperados, por tener un alto valor de enseñanza médica y a veces por sospecha de un error médico.

Es innegable que aprender de los errores es importante, pero enfrentarlos es difícil y particularmente delicado cuando se lo hace en forma de conferencia^[3]. Entonces, ¿de qué manera esta actividad, que aún hoy en día, genera una alta carga emocional para los médicos, puede ir tomando la forma de un espacio donde predomine el aprendizaje y no la culpa, donde los médicos pueden confesarse y al mismo tiempo levantarse de su error

y entregarlo a sus colegas como una lección para aprender?

La respuesta probablemente tenga los siguientes ingredientes: humildad, compasión, buena voluntad y madurez. Humildad para que, quien se equivocó reconozca su error sin excusas ni pretextos que lo disimulen, porque un error no reconocido es una lección no aprendida. Compasión para que la audiencia pueda ponerse en el lugar del otro, sufrir lo que el otro sufre, pero al mismo tiempo llamarle la atención de manera fraternal, sin pretender culpar o acusar. Buena voluntad para reconocer que equivocarse es algo humano y la medicina una

ciencia con inexactitudes, para así corregir y seguir adelante como único camino posible. Y madurez, para mantener la confidencialidad en la información discutida y el profesionalismo que requiere llevar a cabo esta actividad. Sin lo último, la conferencia de morbilidad se convertiría en un arma de doble filo, uno de los cuales combatiría al enemigo común y el otro podría dejar heridas profundas.

Referencias

1. Agrest A. El conocimiento y el error médico. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina; 2006. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial16.pdf>
2. Epstein N. Are morbidity and mortality conferences DNR (Do Not Resuscitate) or can they be revived? *Surg Neurol Int* 2012; 3: 114.
3. Orlander JD, Barber TW, Fincke BG. The morbidity and mortality conference: the delicate nature of learning from error. *Acad Med* 2002; 77: 1001 – 06.
4. Orlander JD, Fincke BG. Morbidity and mortality conference: a survey of academic internal medicine departments. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 656 – 58.
5. Gore DC. National survey of surgical morbidity and mortality conferences. *Am J Surg* 2006; 191: 708 – 14.
6. Kravet SJ, Howell E, Wright SM. Morbidity and mortality conference, grand rounds, and the ACGME's core competencies. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1192 – 94.
7. Roberts PW. El inicio del Ministerio Médico de HCJB y la creación del Hospital Vozandes Quito. *Rev Med Vozandes* 2012; 23: 131 – 146.