# COMERO
COOPERATIVA MEDICA DE ROCHA

# COSEPA Boletín mensual

## Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en Medicina

**Boletín Nª 2 / ERROR EN MEDICINA / cosepa.comero.rocha@gmail.com / marzo 2012**

## BIENVENIDOS

La Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del error en Medicina de La Cooperativa Medica de Rocha, les da la bienvenida a todos los funcionarios de la institución, y a todas aquellos usuarios que se integran a la lectura del mismo.

Es imperativo para esta comisión, el poder tener un medio de comunicación con los funcionarios de la institución cuyo fin entre otros, esta destinado a la información de las actividades que desempeña esta comisión., así como a presentarles diferentes tipos de informaciones, que seguramente sirvan para el mejor desempeño en sus actividades, así como lograr la mejor asistencia de los pacientes con los que tratamos día a día.

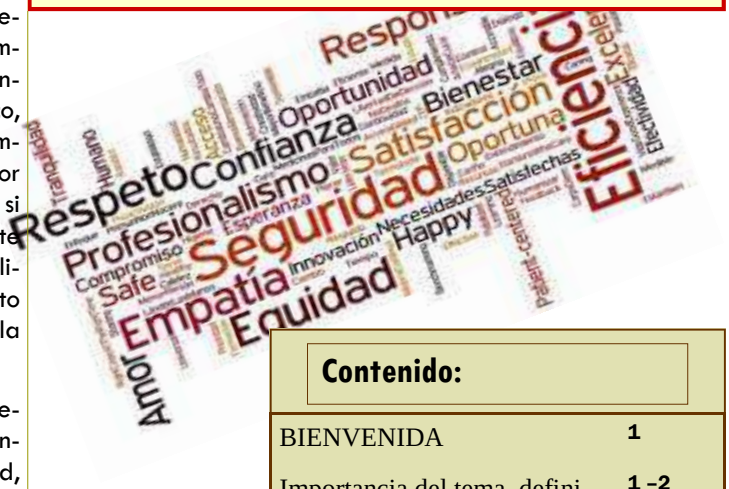
También por este medio ponemos a su disposición, una dirección de correo electrónico, en el cual recibiremos sus inquietudes, preguntas, aceptamos las mas amplias sugerencias, garantizando en todo momento la confidencialidad en los aportes recibidos.

Queremos además aprovechar este medio para compartir artículos de interés tanto para el personal medico, enfermería, y porque no también para los usuarios. Por ese motivo solicitamos que si tienen algún articulo o aporte que deseen compartir y publicar, se pongan en contacto que con gusto estudiaremos la forma para publicarlo.

Esta es una nueva experiencia que esta desarrollando la comisión de seguridad, y esperamos que sea de su agrado.

## COOPERATIVA MEDICA DE ROCHA

**COMIENZA EL CAMINO PARA LA CERTIFICACION DE CALIDAD DE SUS SERVICIOS A TRAVES DE QRInt.**
**Información página 12**




**Contenido:**


| | |
|---|---|
| BIENVENIDA | 1 |
| Importancia del tema, defini- | 1 –2 |
| Error en Medicina | 3–9 |
| Artículos de interés; casos clínicos | 10–11 |
| Capacitación de COMERO en herramientas de Calidad a nivel Internacional | 12 |
| Identificación Paciente Ingresado en COMERO | 13 |
| Información General, contacto, integración | 14 |
| Prevalencia y pronóstico del SCA asociado al consumo de cocaína | 14 |
| Integración, próxima edición | 15 |


## ERROR EN LA ASISTENCIA MEDICA

**Cuando algo sale mal en la asistencia médica a quién hay que culpar?**
**La respuesta tradicional del periodismo es bien clara: al médico.**
**Si la prensa encuentra que una persona ha muerto por una atención inadecuada la reacción es predecible.**
**El reclamo pide la cabeza del médico (...)**
**Y los médicos dondequiera que estén tiemblan.**
**Ahí podía estar yo, dice cada uno de nosotros.**
**Porque todos nosotros cometemos errores.**
**Solo unos pocos infortunados son expuestos públicamente."**

**Dr. Atul Gawande**
**Cirujano Asesor de la OMS.**

Esta publicación se realiza exclusivamente para distribución interna en la Cooperativa Médica de Rocha.
Diseño y armado Dr. Fernando Ravera.

# Atención mas Segura, calidad de los servicios

## Importancia del Tema

**La realidad de una asistencia sanitaria cada día más efectiva pero también más compleja, ha convertido la seguridad del paciente en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valoradas tanto por los ciudadanos usuarios de los servicios, como por los profesionales y gestores de los servicios sanitarios.**

**Concepto de seguridad del paciente**

La seguridad del paciente, implica practicar una atención a la salud **libre de daños evitables.**

Ello supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.

Todos podemos caer en el error, pero sólo los necios perseveran en él."

*Marco Tulio Cicerón (106 - 43 AC)*

## Definiciones Operativas

**Error:**
Equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un evento adverso.

**Efecto adverso:**
Lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte, relacionados con el proceso asistencial.

**Incidente:**
Acontecimiento o situación imprevista o inesperada, que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido
.

## Título del artículo interior

**ERROR EN MEDICINA**
**¿Una epidemia silenciosa?**
- **Es un problema frecuente**
- **Con tendencia creciente**
- **Potencialmente grave**
- **Prevenible**
- **Con gran impacto económico sanitario y social**
- **Que preocupa a profesionales, organizaciones sanitarias, instituciones y ciudadanos**

**Todos cometemos errores**, y uno de los más comunes es sobrestimar nuestra capacidad de hacer lo correcto, en condiciones en las que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de los recursos óptimos y los problemas personales son circunstancias frecuentes.

# ERROR EN MEDICINA

## Contenido

1. Errores en la práctica clínica.
    1.1- Tipos de errores
        1.1.1- Psicología de error
        1.1.2- Gravedad: errores y casi-errores
        1.1.3- Errores y actividad asistencial
        1.1.4- Factores causales del error: errores activos y fallos del sistema
2. Error y responsabilidad.
3. El factor humano: cansancio, experiencia y error.
4. Sesgo de distorsión retrospectiva.
5. Referencias bibliográficas.

## 1. Errores en la práctica clínica

Coloquialmente se utiliza el término error para referirse a una acción equivocada o desacertada.

Tradicionalmente, el término error se utiliza en varios sentidos:

1- Como causa de algo, generalmente negativo. Ej. El accidente ocurrió debido a la equivocación del piloto. El diagnóstico equivocado fue la causa del fallecimiento del paciente.
2- Como consecuencia o resultado de algo. Ej. El conductor tuvo el accidente por qué llevaba toda la noche conduciendo. La intervención no dio buenos resultados por qué el cirujano era inexperto.
3- Como un hecho en si mismo. Ej. He olvidado coger las llaves de casa. Olvidé preguntarle al paciente si tenía antecedentes Alérgicos.

En la práctica asistencial, un error es un acto de equivocación por comisión u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso.

Los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores de comisión pero probablemente representan un problema de mayor magnitud.

El error de comisión puede ser ocasionado, bien por un fracaso al realizar una acción correctamente planificada, bien por un plan incorrecto para conseguir un objetivo pertinente.

## 1.1 Tipos de errores

Los errores en la práctica asistencial pueden considerarse desde varias perspectivas complementarias:

- En relación con los aspectos psicológicos que se ven implicados.
- Por la gravedad de sus consecuencias.
- En dependencia del proceso asistencial.
- En relación con los factores que han podido contribuir a su aparición.

## 1.1.1 Psicología del error

Asumir que equivocarse es humano, título una de las publicaciones clave del IOM sobre la seguridad del paciente, es el primer paso para tratar de evitarlo. El segundo es analizar los factores personales y del sistema que contribuyen al error, olvidando fábulas como que los errores ocurren de forma aleatoria o que las personas bien formadas nunca cometen errores.

Todos cometemos errores, y uno de los más comunes es sobrestimar nuestra capacidad de hacer lo correcto, en condiciones en las que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de los recursos óptimos y los problemas personales son circunstancias frecuentes.

A efectos de analizar el error desde el punto de vista del individuo, el mismo ha sido definido como el fallo de las acciones planificadas para conseguir un fin deseado. En este sentido, pueden cometerse distintos errores:

- Cuando se sabe lo que se quiere hacer, pero se realiza un acto imprevisto. Ej. Darle las gracias a una máquina dispensadora de café.

- Cuando se sabe lo que se quiere hacer, pero se aplica mal una pauta de conducta correcta en otra circunstancias. Ej. Frenar un vehículo sobre una carretera con hielo.

- Cuando se sabe lo que se quiere hacer, pero se aplica una mala pauta de actuación. Ej. Prever un viaje ineludible en una fecha concreta, sin reservar previamente el billete.

- Cuando no se está seguro sobre lo que se tiene que hacer. Ej. Tomar la dirección incorrecta en un cruce de caminos sin indicaciones.

De este modo, despistes, olvidos, errores –en sentido estricto-, e incumplimientos de normativas son los tipos de error más comunes en dependencia del mecanismo psicológico involucrado

**Despistes y olvidos**

Los despistes –distracciones o fallos de la atención (slips), y los olvidos –fallos asociados a la memoria (lapsus)-, son errores que ocurren cuando se realizan inadecuadamente actividades cotidianas de forma rutinaria o inconsciente. El diseño de equipos "a prueba de errores", la instalación de alarmas, las checklists, procedimientos y normativas son algunas de las estrategias que pueden contribuir a su reducción.

**Errores**

Mientras que despistes y olvidos pueden provocar que realicemos una acción de forma indebida, a pesar de que sabemos como debería de hacerse; los errores suponen que de forma consciente hemos realizado una acción que no era la pertinente o adecuada. La acción se corresponde con nuestra intención, pero esta era equivocada.

Los errores pueden deberse a dos razones: no aplicar las pautas o procedimientos adecuados, –errores relacionados con la aplicación de pautas-; o no disponer del conocimiento necesario para abordar una situación, -errores relacionados con el conocimiento-.

Una gran parte de la capacidad y la experiencia profesional se basa en la heurística y la aplicación de pautas generales de actuación sencillas, de fundamento empírico y de fácil comprensión previamente aprendidas, y que conservamos en la memoria a la resolución de situaciones concretas y frecuentes en la práctica asistencial.

Sin embargo, tras hacer una valoración de una situación determinada y relacionarla con las pautas mencionadas, se pueden cometer errores de aplicación de dos tipos:

- Por aplicar mal una buena pauta, debido a que no hemos realizado una correcta valoración de la situación. Ej. Administración de quimioprofilaxis preoperatoria en una intervención en la que está indicada de un antibiótico al que el paciente es alérgico y por tanto está contraindicado.

Por utilizar una pauta incorrecta que, equivocadamente, pensamos que era la adecuada, pese a haber realizado una atenta valoración de la situación. Ej. Solicitud de una prueba diagnóstica de imagen redundante e innecesaria o la administración de un fármaco ineficaz para una patología.

Mientras que los errores relacionados con la aplicación de pautas son más comunes al enfrentarse a situaciones que nos son familiares, habituales o sobre las que consideramos que tenemos suficiente experiencia; los errores relacionados con el conocimiento suelen ocurrir ante situaciones novedosas, no rutinarias, ante las cuales no tenemos pautas de actuación prefijadas, bien por una formación o experiencia insuficientes, bien por la inexistencia de evidencia al respecto.

CONTINUA →

Estas situaciones son mas proclives al error, debido a que nuestra capacidad de razonamiento puede estar limitada por el cansancio, la necesidad de atender a múltiples puntos de atención; y una tendencia a fijarnos en aspectos o circunstancias, que confirman hipótesis prefijadas (sesgo de confirmación).

**Incumplimientos o transgresiones**

A diferencia de las categorías anteriores, la transgresión o incumplimiento de normas o procedimientos de seguridad, supone una desviación intencional de la manera que, supuestamente, es la más apropiada para realizar una actividad. Aunque en sentido estricto pudieran no entrar en la categoría "psicológica" del error, sus consecuencias si que pueden serlo. Su existencia está relacionada con actitudes personales, motivación y entorno de trabajo. En este sentido pueden distinguirse tres tipos de transgresiones:

- **Rutinarias**, que ocurren cuando la habilidad, la experiencia o la categoría de un profesional le hace suponer que puede ignorar, o que no les son aplicables, las reglas generales.

- **Circunstanciales**, que ocurren cuando ante determinadas situaciones, como urgencia o existencia de otras prioridades, es preciso incumplir una norma.

- **Excepcionales**, cuando concurren situaciones que hacen inaplicable la norma existente.

Las categorías mencionadas no son mutuamente excluyentes, pero proporcionan un marco de referencia útil para analizar las posibilidades de errores relacionados con la actividad asistencial.

## 1.1.2 Gravedad del error: errores y casi-errores

Por la gravedad real o potencial de sus consecuencias, los errores pueden ser **graves, leves y casi errores.**

Un casi-error es una categoría imprecisa que incluye sucesos frecuentes como los siguientes:

- casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco,

- situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias,

- errores que casi ocurrieron,

- sucesos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias,

- o acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero si materiales y que sirven de aviso de la posibilidad de que ocurran efectos adversos.

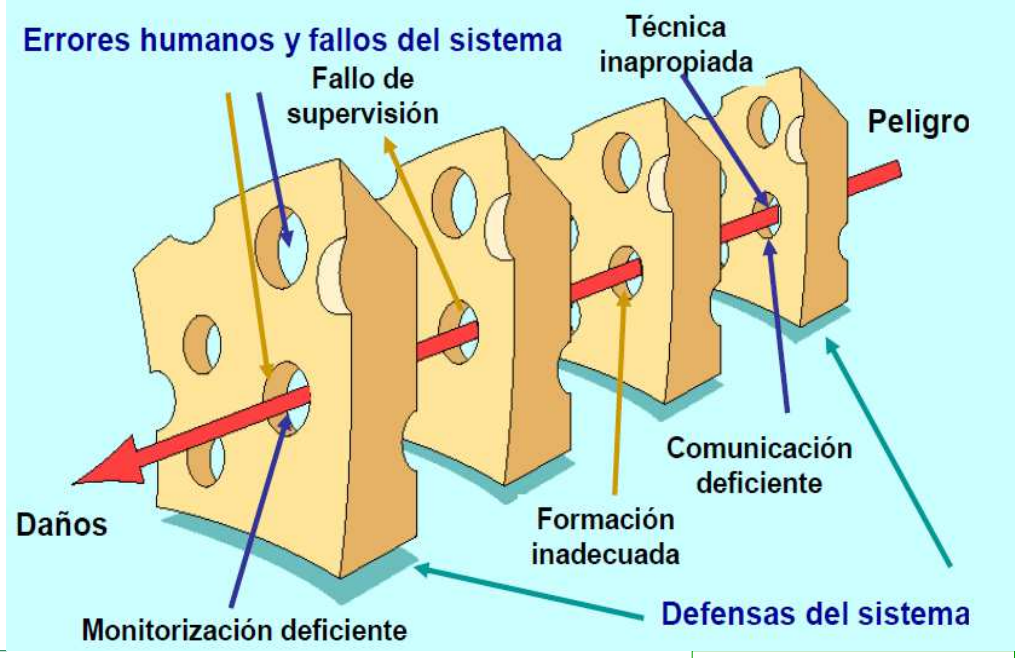
La importancia de los casi-errores radica en que pueden ser el aviso de una situación comprometida sobre la seguridad del paciente. El hecho de que no hayan producido daño o que sus consecuencias hayan sido mínimas no debe ser motivo de que se les preste menor atención que a errores graves, afortunadamente menos frecuentes.

El psicólogo James Reason propuso en 1990 el **Modelo del queso Suizo**

En este modelo, cada sistema tiene distintas barreras que separan la exposición del desenlace, los riesgos de las pérdidas.

Sin embargo, **cada barrera tiene fallos, "agujeros" (como si fuesen lonchas de queso)**, cuya posición varía aleatoriamente, de modo que **el accidente ocurre cuando se alinean estos agujeros**. El problema no es pues que aparezca una falla en el sistema, sino que concurran varias a la vez.

MODELO DE REASON DEL QUESO SUIZO



## 1.1.3 Errores y actividad asistencial

La atención a la salud es una actividad compleja y todos los profesionales pueden equivocarse. Como señala la epidemiología, con mayor probabilidad, aquellos que utilizan técnicas novedosas o complejas y quienes desempeñan su actividad en servicios quirúrgicos, unidades de cuidados intensivos y urgencias.

Cuando menos, los errores pueden considerarse desde dos perspectivas: según el momento del proceso asistencial y en relación de la adecuación del uso de los recursos.

1.- En relación al momento del proceso asistencial en que ocurren pueden diferenciarse: errores a la hora de plantear y realizar pruebas diagnósticas, en la elección y aplicación de tratamientos, en la prevención, en el cuidado y seguimiento de los pacientes y al utilizar los múltiples dispositivos y equipos disponibles. De forma particular, por su magnitud y trascendencia, deben destacarse dos categorías de errores: - los relacionados con el uso del medicamento y

- los concernientes a la organización asistencial.

Por error de medicación, se entiende cualquier suceso evitable relacionado con el uso inadecuado de los medicamentos mientras la medicación mientras está bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor. Se incluyen los relacionados con el etiquetado, envasado, distribución, administración y uso del medicamento. Del concepto se excluyen las difícilmente evitables, reacciones adversas a medicamentos, que se refieren a las alteraciones y lesiones producidas cuando los medicamentos se utilizan de manera apropiada. Las posibilidades de cometer errores de medicación son múltiples. Entre las causas más comunes destacan las siguientes:

- Desconocimiento de la historia clínica del paciente: alergias, medicación que consume,…
- Uso de un medicamento inadecuado.
- Confusiones de medicamentos que tienen nombre parecido o etiquetado similar.
- Desconocimiento y falta de información sobre interacciones, dosis,..
- Cálculo de dosis individualizadas, particularmente en obesos, niños, insuficientes renales y personas mayores.
- Desplazamiento de los decimales.
- Forma de administración equivocada.
- Frecuencia incorrecta: adelantos, retrasos u omisión de dosis.
- Vía de administración inapropiada.
- Uso de abreviaturas no estandarizadas.

En los relacionados con aspectos organizativos, los relativos a la comunicación insuficiente entre los distintos profesionales involucrados en la atención (médicos, farmacéuticos, diplomados de enfermería y personal auxiliar) y con el paciente y sus familiares.

2.- En dependencia de la adecuación en la utilización de las técnicas y procedimientos disponibles para la solución de un problema, podemos hablar de tres tipos de errores:

- Por sobreutilización de pruebas diagnósticas o tratamientos en los que el daño potencial excede al posible beneficio. Ej. Excesos en pruebas de diagnóstico por la imagen, uso de antibióticos en infecciones de etiología viral, ensañamiento terapéutico,

- La infrautilización, se refiere a la ausencia de procedimientos y técnicas de prevención, diagnóstico o tratamiento que, en función del conocimiento existente, habrían producido un resultado favorable para un paciente. Ej. Administración de corticoides inhalados en asmáticos, empleo de dosis bajas de aspirina en pacientes que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio,…

- El uso inadecuado o mal uso se produce cuando se aplica un procedimiento o técnica inicialmente apropiados, pero el paciente no recibe sus beneficios. Ejemplos de uso inadecuado son las reacciones alérgicas a determinados medicamentos o los efectos indeseables ocurridos como consecuencia del empleo de técnicas quirúrgicas o de cuidados utilizadas por personal inexperto.

## 1.1.4 Factores causales del error: errores activos y fallos del sistema

En relación con el modo de entender las causas de los errores, Reason ha señalado que:

"El error es el inevitable y, en ocasiones aceptable, precio que debemos pagar por contar con la habilidad para diseñar, fabricar, operar, mantener y gestionar sistemas tecnológicos complejos, rápida y casi siempre, eficientemente".

CONTINUA →

El mismo autor diferencia dos formas de analizar el error: centrándose en las personas como la causa de los efectos adversos derivados de los errores; o prestando atención a las condiciones de los sistemas en que las personas desarrollan su actividad como causa de que estas cometan errores que pueden devenir, a su vez, en efectos adversos.

La conclusión de que las personas son la causa principal de la falibilidad está muy extendida. Asume que los

individuos se equivocan porque son despistados, indolentes, malos profesionales o poco inteligentes y que los errores que cometen son la causa principal de la aparición de los sucesos adversos. En tal caso, la estrategia a seguir sería la conocida como Name, Blame & Shame, consistente, esencialmente, en identificar a los culpables, adiestrarlos o readiestrarlos, emprender acciones disciplinarias y, si es posible, eliminarlos. Las experiencias en este sentido son poco alentadoras.

Por el contrario, la perspectiva centrada en el sistema, considera que las personas cometen errores, ya que equivocarse es algo inherente a la condición humana (errare humanum est). Sin embargo los errores son previsibles y son consecuencia de condiciones o fallos latentes existentes en el entorno asistencial.

Asumiendo este enfoque, la estrategia de prevención se centraría en analizar los errores y aprender sobre los mismos, identificándolos, buscando las causas en el sistema y rediseñarlo en función de los resultados del análisis. La experiencia indica que es un proceso complejo, pero más positivo que el anterior.

La diferenciación entre persona y sistema permite, a su vez, diferenciar dos categorías de errores:

- Error activo Término que se utiliza para referirse a errores cometidos por los profesionales en relación directa con los pacientes. Estos son, generalmente, fáciles de identificar (pulsar un botón incorrecto, inyectar el producto equivocado,..) y casi siempre implican a alguien situado en la primera línea asistencial. Entran dentro de esta categoría: despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, e incumplimiento de normas establecidas.

- En contraste con los anteriores, existen una serie de condiciones latentes o fallos del sistema referidas a circunstancias y fallos menos claros presentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.. que pueden facilitar la aparición de errores y contribuir a causar un daño en los pacientes.

Utilizando el bisturí como metáfora, a veces se denomina a los errores activos como los que se cometen desde el filo, tales como el del traumatólogo que interviene la pierna equivocada o el de la enfermera que programa erróneamente una bomba de perfusión IV. Complementariamente, los fallos latentes son todos los existentes en el mango del escalpelo y que pueden afectar a la persona que, figuradamente, lo maneja.

El modelo de Reason sobre el error humano, se complementa con dos conceptos relevantes: la cadena de fallos y el modelo del queso suizo: el sistema pone barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. Dichas barreras están representadas por filetes de queso; pero en ocasiones, estas barreras presentan fallos, representados por los agujeros del queso. La casualidad o el alineamiento de varios "agujeros de seguridad" puede dar lugar a la aparición de una cadena de fallos que, aisladamente pudieran no haber tenido relevancia, pero que en conjunto han formado una cadena que ha causado un resultado desastroso.

## 2. Error y responsabilidad

Los profesionales sanitarios en general y el personal facultativo en particular, deben responder de su actividad profesional ante la sociedad tanto respecto a cuestiones éticas y de buena práctica (responsabilidad deontológica); como en relación con el cumplimiento de las normas legales que regulan el ejercicio profesional (responsabilidad legal).

Del incumplimiento de las normas legales puede derivarse una responsabilidad que puede ser, en función de la norma legal incumplida, de tipo penal, civil o administrativa (conducta delictiva, incumplimiento de nuestras obligaciones médico-sanitarias que han ocasionado daño o infracción administrativa). Cada ámbito del derecho es independiente y posee objetivos diferentes, pero como ellos son compatibles entre sí, puede suceder que de una misma conducta, según cómo se haya realizado y en qué haya consistido, se deriven uno, dos, o los tres tipos de responsabilidad legal.

CONTINUA →

El error en la práctica profesional no equivale directamente a la existencia de una responsabilidad profesional legal. Para que podamos hablar de una responsabilidad civil o penal por imprudencia son
precisas tres condiciones:

- Existencia de falta médica o una conducta caracterizada por la falta de cuidado en el
cumplimiento de las obligaciones profesionales caracterizada por negligencia, imprudencia
- falta de los conocimientos necesarios en el cumplimiento de nuestras obligaciones.
- Existencia de un daño o lesión.
- Demostración de relación causa-efecto entre las dos condiciones anteriores, o lo que es lo
mismo, que la falta es la que ha causado un daño al paciente.

Legalmente, el error médico es causa de responsabilidad profesional cuando el facultativo no tiene el debido cuidado con el cumplimiento de las obligaciones que entraña el acto realizado sobre el paciente, concepto equivalente a la lex artis ad hoc o «buena praxis médica»: La lex artis ad hoc puede definirse como *"...aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina –ciencia o arte médico– que tiene en cuenta las específicas características de su autor, de la profesión, la complejidad del acto y la trascendencia vital para el paciente, y en su caso, la influencia de factores endógenos –estado o intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria– para calificar dicho acto conforme o no a la técnica normal empleada"*. Esto es equivalente, en la práctica, a poner a disposición del paciente todo el conjunto de medios y conocimientos disponibles existentes de acuerdo con la ciencia médica del momento y en dependencia de las circunstancias específicas que se dieron en el momento de prestar la asistencia.

De este modo, es preciso diferenciar entre errores inexcusables y excusables en función de las circunstancias, así como entre mala praxis real y mala praxis aparente: aquella en la que las cosas se hacen bien, pero los resultados no son buenos. La profesión médica, salvo excepciones, está sólo obligada a disposición de medios y no de resultados, salvo en algunos casos puntuales como el de la cirugía estética.

Los litigios relacionados con supuesta mala práctica han aumentado en los últimos años y es previsible que lo sigan haciendo, debido a las siguientes razones:

- Aumento de la autonomía y capacidad de decisión de los pacientes.
- Expectativas ilimitadas en los resultados de los avances técnicos de la medicina.
- Mejor conocimiento de los derechos y mayor sensibilización sobre exigencia.
- Aumento de información, en ocasiones triunfalista y engañosa, desde medios de comunicación,
asociaciones de usuarios y perjudicados por los errores sobre el alcance de los avances técnicos,
posibles reclamaciones y cuantía de las indemnizaciones.
- Manipulación de los pacientes o sus familiares, por profesionales de la abogacía que, en ocasiones, plantean a sus potenciales clientes, reclamaciones improcedentes o poco fundadas por falta de pruebas.

Para evitar litigios y demostrar, en su caso, que un profesional ha realizado una buena práctica clínica, los elementos fundamentales son dos:

- Una excelente historia clínica. Ya que es la prueba que se utiliza en los tribunales para
valorar la existencia o no de la responsabilidad profesional.
- Una relación esmerada con los pacientes.

En virtud del principio de autonomía del paciente, es preciso considerar su voluntad y su implicación en la toma de decisiones que pueden afectar a su salud. Detrás de reclamaciones y demandas, casi siempre se encuentra un deterioro de la relación humana entre pacientes y profesionales sanitarios.

## 3. El factor humano: cansancio, experiencia y error

A menudo, la práctica asistencial obliga a tomar decisiones rápidas y vitales para el paciente. Sin embargo, el mayor obstáculo para tomar las decisiones correctas, rara vez es la falta de tiempo. Actuaciones rutinarias, sesgos y prejuicios en la forma en que se recoge la información pueden condicionar que las decisiones clínicas que se tomen no sean las más adecuadas.

La experiencia prolongada no parece ser un factor de protección para evitar el error; pero la falta de formación, la inexperiencia, la fatiga, la sobrecarga de trabajo acompañada de guardias o turnos de trabajo prolongados y el estrés, son factores de riesgo evidentes. Este hecho ha sido motivo de diferentes estudios.

Del entorno de la aviación comercial y, en concreto, de las normas de conducta de las tripulaciones; pueden extraerse algunos hechos relevantes para la reflexión y el aprendizaje por parte de los profesionales sanitarios:

CONTINUA

- Los pilotos de avión, reconocen más que los médicos que están cansados.

- Están habituados al trabajo en equipo, trabajan coordinadamente y se comunican activamente entre si.

- El número de horas de vuelo continuado está estrictamente regulado.

- Solicitan ayuda al resto del equipo.

- Están adiestrados para reconocer cuando están cansados.

- Están habituados a comunicar y aprender de los errores.

Adicionalmente, pueden destacarse las siguientes recomendaciones, para evitar errores por médicos en formación, pero generalizables para todos los profesionales de los servicios sanitarios:

- Evitar interrupciones frecuentes.

- Evitar las órdenes escritas a mano.

- Limitación de las horas de trabajo continuado.

- Identificación mediante código de quien toma decisiones.

- Entrenamiento supervisado, previo a la realización en solitario de determinados procedimientos.

- Cultura de comentar y debatir los errores.

- Conocimiento preciso de datos, equipos y determinados dispositivos y tratamientos de urgencia.

Además de las anteriores, otros factores que pueden contribuir a reducir el riesgo de aparición de errores de los profesionales que desempeñan su actividad en los servicios sanitarios son los siguientes:

- El desarrollo de un entorno proclive al aprendizaje continuo.

- El liderazgo efectivo y el trabajo en equipo. Aceptar que pedir ayuda a otros miembros del equipo no es un signo de debilidad, falta de experiencia o formación insuficiente.

- Mejorar la comunicación verbal entre el equipo y con los pacientes y sus familias

- Cuidar los aspectos de confort en el ambiente de trabajo: iluminación adecuada, control del ruido, orden, limpieza,…

- Diseño de equipos, dispositivos, normativas y procedimientos de trabajo sencillos, "a prueba de errores" y adaptados a los conocimientos y habilidades de los profesionales que los manejan.

- Estandarización de los mismos en todos los servicios de un hospital (ventiladores, desfibriladores, bombas de perfusión,).

- Limitación de los fármacos (dosis, concentraciones,…) que se pueden utilizar.

El papel ejemplar que corresponde a profesionales con autoridad y liderazgo profesional tales como presidentes de Sociedades Científicas, decanos de Facultades, editores de revistas científicas y directivos de asociaciones profesionales, a la hora de comentar errores propios e introducir la cultura del debate sobre los errores.

## 4. Sesgo de distorsión retrospectiva

Aunque puedan parecer sinónimos, existen dos términos cuyos significados presentan matices diferenciales importantes: predecir y prevenir. Según el Diccionario de la RAE, predecir es anunciar por revelación, ciencia o conjetura algo que ha de suceder, en tanto que prevenir tiene dos significados claves: - Preparar, aparejar y disponer con anticipación lo necesario para un fin, y - Evitar o impedir algo.

La diferencia no es baladí, sobretodo cuando los hechos que se deberían haber evitado, desgraciadamente ya han ocurrido. Frases como: ¡sabía que esto tenía que pasar algún día!, ¡esto se venía venir!, atienden a lo que se ha venido en llamar el hindsight bias o el sesgo de distorsión retrospectiva. Con posterioridad a la aparición de un accidente, las causas del mismo aparecen, a consecuencia del mencionado sesgo, como fácilmente evitables e increíblemente imprevistas. Una gestión cuidadosa del riesgo, puede ayudarnos a evitar este sesgo y a prevenir los efectos adversos antes de que se manifiesten.

## 5. Referencias Bibliográficas

1- Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria/Unidad Didáctica 4.¿Qué es el error? Carlos Aibar Remon, Universidad de Zaragoza; Jesus M. Aranaz Andres, Universidad Miguel Hernandez
Acceso el 22 de febrero del 2012, disponible en:http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/pdfs/UNIDAD4.pdf

2- Seguridad del Paciente, una prioridad del sistema nacional de salud, ingreso el 12/03/2012; disponible en http://www.seguridaddelpaciente.es/opsc/boletin9/seguridad_del_paciente_prioridad_SNS.pdf .

3-

# Artículos de interés

En esta sección, publicamos un articulo de la Dra. Editta Falco De Torres.
Fuente: www.DiarioSalud.net

La Dra. Alison Metcalfe es Directora de los Servicios Médico Legales del Departamento de Salud de Gran Bretaña y una de sus prioridades es prevenir a los médicos de los errores que pueden producirse inadvertidamente en el ejercicio de su profesión. Hoy vamos a compartir una de sus páginas:

Existen riesgos ocultos para el médico cuando trata a dos tipos de pacientes: "el consultante permanente", "el paciente con una patología conocida".

En ambos casos es importante recordar algunos principios. Si el paciente reconsulta, sobre todo por tercera vez, es necesario reveer el caso. ¿Que es lo que estoy ignorando?, si los síntomas no mejoran como era de esperarse de un paso atrás y piense ¿Que es lo que estoy ignorando?.

Si usted conoce bien al paciente NO asuma que los nuevos síntomas se deben a su patología preexistente hasta que haya descartado otras causas por medio de un cuidadoso examen. ¿Que es lo que estoy ignorando?.

Analizaremos tres historias que representan estos problemas (casos reales que fueron llevados a juicio).

**Caso 1** :

Un hombre de 60 años sufre un traumatismo de cráneo al resbalar en el baño y golpear su cabeza contra el suelo. De acuerdo a su esposa quedó "Knocked out" durante un par de minutos y desorientado por un rato. Consultó en el hospital más próximo donde no se encontraron alteraciones neurológicas y fue dado de alta con recomendaciones por escrito.

En las horas subsiguientes se quejó de cefaleas y falta de memoria por lo que consultó en el hospital donde habitualmente se atendía.

El Dr. A. (dado que presentaba cefaleas, amnesia y una alteración inicial de la conciencia) indica una TAC que no mostró lesiones. El paciente es dado de alta, tranquilizándolo pero no se le dio ninguna hoja de instrucciones para llevar.

En los días siguientes presenta letargo, náuseas y episodios de vómitos por lo que vuelve a consultar al hospital.

Allí es visto por el Dr. B. residente quien lee la historia previa y la TC y lo da de alta con diagnóstico de gastroenteritis viral, asegurando que sus síntomas no tienen relación con el traumatismo.

Al día siguiente está peor y reconsulta en el mismo hospital donde lo ve el Dr. C.

Esta vez el paciente no menciona el traumatismo presumiendo que no guarda relación con sus síntomas y que el Dr. C de todos modos tendría acceso a su historia. El Dr. C indica una ecografía abdominal que es normal y lo da de alta.

En los días subsiguientes el paciente sigue sintiéndose mal, pero decide no volver al hospital ya que le habían asegurado repetidamente que tenia una enfermedad viral.

Dos semanas mas tarde visita a su medico personal presentando vómitos persistentes y debilidad en ambos miembros inferiores . Este solicita una resonancia magnética que muestra dos hematomas subdurales. Es operado de urgencia con buena evolución y sin secuelas.

La familia demanda al hospital.

Los expertos fueron críticos respecto al tratamiento recibido

1-El Dr. A debía haber dado instrucciones por escrito al alta con los síntomas que indicarían la necesidad de una reconsulta.

2- El Dr. B debería haber repetido la TC sabiendo que la producción de un hematoma intracraneal es un proceso dinámico.

3- El Dr. C no realizó un examen concienzudo ni leyó la historia anterior.

El hospital llegó a un acuerdo financiero con la familia por una suma moderada

**<u>Lecciones aprendidas</u>**

Todos los médicos deben estar atentos a las "banderas rojas" signos de peligro en los pacientes con traumatismo craneano.

Todos los pacientes con TCE deben ser provistos con una hoja de instrucciones y alertas sobre la necesidad de volver a consultar.

Es importante hacer una anamnesis concienzuda y verificar la información que da el paciente. Evite sacar conclusiones basado en las consultas previas

Los pacientes pueden erróneamente creer que los médicos disponen automáticamente de toda la información que les atañe. Encárguese de buscar resultados y anotaciones que pueden no haberle llegado.

El hematoma subdural se subdiagnostica con cierta frecuencia.

**Caso 2**

Una paciente de 42 años sometida a cirugía biliar laparoscópica (que se había realizado sin incidentes ) relata pocos minutos antes de ser dada de alta dolor precordial, angustia y disnea. Los síntomas habían desaparecido en unos minutos pero experimentaba ahora

una sensación de claustrofobia y ansiedad por estar en el hospital. El cirujano tratante Dr. A. solicitó un ECG y dijo a sus asistentes Dres. C y D que controlaran el resultado, si bien el pensaba que la paciente había sufrido un ataque de pánico. Dos horas más tarde se le hizo el ECG que fue colocado en la historia clínica por la nurse. Esa misma tarde la paciente sufrió un paro cardíaco que no pudo ser revertido. El ECG solicitado y colocado en la historia mostraba muy claramente cambios isquémicos y extrasístoles.

El Dr. A. admitió haber olvidado el pedido de ECG, sus asistentes Dres. C y D pensaron cada uno que el otro se habría encargado de verlo.
La familia reclamó y el hospital pagó una suma considerable por concepto de indemnización.

**Lecciones aprendidas**

No descartar complicaciones potencialmente graves.El dolor precordial requiere un riguroso análisis, El ataque de pánico debe ser tomado en cuenta después que se descartaron otras patologías.

La complicación no estaba directamente vinculada a la operación: el cirujano debió haber pedido consulta al internista
El ECG si bien fue archivado por la nurse debió haber sido controlado por el ( o los médicos)
El trabajo en equipo, la comunicación y las responsabilidades estuvieron ausentes: el Dr A debió haber indicado específicamente un responsable de controlar el ECG, dejando constancia de ello en la historia clínica.

**Caso 3**

Un paciente de 25 años venia siendo tratado por depresión. Sus consultas eran prologadas, discutiendo largamente sus sentimientos, el no poder trabajar y depender de sus padres. Tratado con antidepresivos era un consultante habitual del Dr. A. En una oportunidad refirió dolor en el oído izquierdo pero el médico le aseguró que no tenía importancia. Semanas más tarde refirió que el dolor le impedía dormir, y el Dr. a lo atribuyó a su depresión y le restó importancia. en las semanas subsiguientes consulto múltiples médicos refiriendo el mismo dolor, que describía similar a un dolor de dientes. Fue tratado como una otitis externa, con spray de esteroides, y como otitis interna, con varios antibióticos sin mejoría. Los médicos que lo vieron atribuyeron esto a su depresión y aumentaron la dosis de antidepresivos.
En las semanas siguientes apareció congestión nasal y dolor en el cuello pero el Dr. A que volvió a controlarlo lo atribuyó a la misma depresión.
Ocho meses mas tarde no podía tragar líquidos ni sólidos y en el hospital donde consultó se efectúa una TC y una RM que muestran un gran tumor en la nasofaringe izquierda y base de cráneo que invade el hueso y llega a la fosa pituitaria.
Recibió radio terapia paliativa pero el diagnóstico era terminal.
El paciente reclamó contra el Dr. A y recibió una compensación moderada.

Lecciones aprendidas

Los síntomas solo se pueden atribuir a causas psicológicas después que se excluyen las causas orgánicas.
El riesgo de soslayar patología orgánica en pacientes con problemas mentales es real.
Una cuidadosa anamnesis y detallado examen físico son esenciales
Los pacientes regulares que consultan frecuentemente corren el riesgo de ser etiquetados y el diagnóstico cerrado.
Cuando aparece un nuevo síntoma no atribuirlo a la condición preexistente
Los síntomas que no desaparecen sino que progresan deben ser investigados concienzudamente

# Comienza el camino para la Certificación de calidad de sus servicios a través de Quality Resources International.

La misión de Quality Resources International es colaborar con la comunidad hospitalaria en todo el mundo para mejorar la calidad y la seguridad de los servicios de la salud a través de capacitación, asesoría, asistencia técnica, herramientas prácticas y ejecución de proyectos de calidad.

La Cooperativa Medica de Rocha, en conjunto con tres instituciones mas del sistema FEMI (Canelones, Maldonado y Rivera) participan, en una capacitación pionera en el país, en la cual recibirán las instituciones participantes capacitación, asesoramiento, auditoria y seguimiento; en aspectos vinculados a la seguridad del paciente, y mejora en la calidad asistencial; del mas alto nivel a través de una de las empresas responsables de certificación de calidad a nivel mundial.

Recordemos que no existe en el país ninguna institución de asistencia medica ni publica ni privada que tenga Certificación de Calidad de los servicios que presta. Entre las empresas dedicadas a nivel mundial en Certificación de calidad se encuentran la Joint Commission International; y la Quality Resources International, siendo esta ultima la empresa que trabajara con las Instituciones que participan.

Las actividades se llevaran a cabo los días 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 de marzo con un Simposio de Capacitación y Preparación para la Mejora de la Calidad y Seguridad en Sanatorios, en los que se abordarán los siguientes temas:

- Acceso a la atención
- Derechos del Paciente
- Evaluación del Paciente
- Atención del Paciente
- Seguridad y Calidad en la Atención Quirúrgica
- Manejo de Medicamentos
- Educación del Paciente y su Familia
- Control de Infecciones
- Seguridad de Planta física
- Servicios de Diagnósticos (Radiología y Laboratorio)
- Educación y Competencia del Personal
- Introducción a la Metodología Trazadora
- Metas para la seguridad del Paciente.

Posteriormente se participara en la Capacitación e implementación del Proyecto de Mejoramiento de la Gestión de Medicamentos, proyecto six sigma, en la cual se percibe el objetivo de garantizar en los sanatorios intervenidos una gestión de medicamentos que cumpla con altos estándares de calidad, así como aprender e implementar herramientas básicas de calidad adquiriendo las competencias necesarias para aplicarlas en los procesos de mejoramiento en los que intervienen. El mecanismo propuesto por QRInt. Se desarrollara en tres fases a saber

- Fase 1. capacitación en herramientas de gestión de calidad, con actividad presencial
- Fase 2. Desarrollo del proyecto, que consistirá en visita al sanatorio por parte de auditores, con estudio de los procesos actuales que se desarrollan, revisión de los procesos en cada sanatorio, definición del plan de medición, definición del seguimiento del proyecto
- Fase 3. Seguimiento del proyecto planteado vía webinar, con auditoria y revisión final de resultados del proyecto en forma presencial a los seis y ocho meses.

Este proyecto es financiado en su totalidad por las instituciones participantes, con una erogación importante, que se considera una inversión de las Instituciones participantes para la mejora en la calidad de la asistencia de sus pacientes, con la finalidad de elevar los estándares de atención a niveles de calidad internacional.

# Medidas tomadas por COMERO en mejora de la seguridad del paciente.

## Identificacion del Paciente Ingresado.

La organización Mundial de la Salud, a través del boletín de mayo del 2007 referente a "Preámbulo para soluciones a la seguridad del Paciente", incorpora en el punto 2, la Identificación del paciente, como uno de los puntos a resolver por las instituciones, que prestan asistencia sanitaria. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, cuando no se realizan en el paciente correcto.

En muchas ocasiones a los pacientes se les identifica por el número de habitación o por su patología, lo que compromete tanto su intimidad como su seguridad.

La identificación del paciente, se comenzó a realizar en COMERO, desde el 01 de noviembre del 2011. Este sistema se implementa a través del "Protocolo de Identificación del Paciente", elaborado por el COSEPA, en setiembre del 2011, el cual fue aprobado la Junta Directiva y la Dirección Técnica. El protocolo de identificación se encuentra disponible en esta dirección:

https://docs.google.com/open?id=0B8KrdaecSS-2M2MyOGQzY2QtYjU3OS00NjU2LTlkYTEtNTRjZWQwOGNjNmY3

Para acceder a la misma copie esta dirección y pegue en la barra de su explorador, así podrá verlo o descargarlo.

La identificación de los pacientes se realiza a través del uso de pulseras identificatorias, que se le colocan a cada paciente que ingresa en cualquier servicio, en forma obligatoria. El principio básico de este sistema,( utilizado a nivel mundial), es que previo a que se le realice a un paciente la administración de un medicamento, o un procedimiento, por mas banal que parezca, se corrobore a través de la pulsera, que es el paciente correcto.

De esta forma los brazaletes identificativos dan al personal la seguridad de que estamos prestando nuestros cuidados al paciente correcto.

Como premisas fundamentales:

- **Todos los procedimientos que se le realicen al paciente deben llevar sistemáticamente la verificación previa de la identidad del paciente para disminuir eventos adversos**
- **No deberá realizarse ningún procedimiento invasivo a un paciente que no tenga un brazalete identificativos.**
- **Todo personal que detecte la ausencia de brazalete Identificativos en un paciente, comunicará el hecho a la enfermera responsable de su atención.**
- **El brazalete no se quitará hasta que el paciente no abandone el centro, y se recomendará la retirada en su domicilio.**
- **En el caso de muerte del paciente, el cadáver abandonará el hospital con el brazalete identificativos.**
- **Se informará a los pacientes y/o familiares o tutores sobre el funcionamiento de la pulsera identificativa colocada al paciente, así como de la importancia de la correcta identificación. También se les informará sobre:**
  - **La obligatoriedad de comunicar su deterioro, robo o extravío.**
  - **La pulsera no le será retirada si no es estrictamente necesario.**

# Articulo de Interés– Fuente: Sociedad Española Cardiología 2011.

## Prevalencia y pronóstico del SCA asociado al consumo de cocaína

Dr. Juan Quiles Granado 17 de mayo de 2011

El uso de la cocaína como droga de consumo se ha incrementado en los últimos anos con los consiguientes riesgos para la salud, incluyendo los problemas cardiológicos. De los países europeos, España es en el que se encuentra la mayor prevalencia de abuso de esta sustancia (8,3%).

El objetivo del estudio publicado esta semana en *European Heart Journal* fue analizar la prevalencia y evolución hospitalaria del síndrome coronario agudo (SCA) asociados al consumo de cocaína en España.

Para lograr este objetivo, los autores analizaron de forma prospectiva todos los ingresos hospitalarios por SCA realizados en una unidad coronaria desde enero 2001 a diciembre de 2008 y seleccionaron aquellos pacientes menores de 50 anos. Durante este periodo, 2.752 pacientes fueron ingresados por SCA, y entre ellos 479 fueron en pacientes menores de 50 años de edad. En el 84,1% de los pacientes se obtuvieron al ingreso muestras de orina para la determinación del consumo de cocaína. Se encontró un antecedente de consumo de cocaína en 56 pacientes (11,7%), lo que supone un aumento en la prevalencia desde el 6,8% en 2001 al 21,7% en 2008 (p=0,035).

Entre los pacientes menores de 30 años de edad, el 25% admitió el consumo en comparación con el 5,5% de las personas entre 45-50 anos (p=0,007). Del mismo modo, la prevalencia de los análisis de orina positivo por cocaína fue cuatro veces mayor en los pacientes mas jóvenes (18,2 vs. 4,1%, p=0,035).

El SCA asociado al consumo de cocaína (n=24 pacientes con SCA y prueba positiva en orina para cocaína o bien que admitió el consumo previo) en comparación con el SCA no asociado al consumo, se asocio con un mayor tamaño de infarto (niveles de troponina I 52,9 vs. 23,4 ng/ml, P<0,001), una menor la fracción de eyección ventricular izquierda (44,5 vs. 52,2%, P=0,049), y una mayor mortalidad hospitalaria
(8,3 vs. 0,8%, P=0,030).

Con estos datos los autores concluyen que la prevalencia tanto del consumo como de los SCA asociados a la cocaína está en aumento considerable en los últimos anos, y los adultos jóvenes con SCA asociado al consumo que requieren ingreso en la unidad de cuidados coronarios tienen mayor daño miocardico y complicaciones más frecuentes.

**Comentario**

El consumo de cocaína es cada vez un problema más frecuente en el mundo, y entre sus efectos perjudiciales encontramos las complicaciones cardiovasculares. Los dos principales resultados de este estudio son la identificación de un aumento constante en el consumo de cocaína entre los pacientes jóvenes que ingresan con un SCA y el mal pronóstico de estos pacientes en comparación con los pacientes con SCA no asociado al consumo. Debido a esto, es muy importante la concienciación de los médicos que atienden a estos pacientes en urgencias, debiéndose realizar una historia clínica que incluya el consumo de sustancias, y sería recomendable además una búsqueda sistemática de cocaína en orina en el grupo de pacientes jóvenes que acuden por un SCA. Dado que no siempre los pacientes reconocen el consumo, las pruebas de cocaína en la orina en pacientes con SCA menores de 50 anos deberían incorporarse en la practica clínica de rutina.

Los pacientes con SCA asociado a la cocaína tienen un peor pronóstico. Además de un aumento de la mortalidad hospitalaria, los pacientes fueron más propensos a tener taquicardia ventricular, sobre todo en las primeras horas tras el ingreso. Esta observación es probablemente secundaria a la descarga adrenérgica causada por la cocaína y el menor uso de beta-bloqueantes en este grupo debido al miedo a empeorar un posible vaso espasmo inducido por la cocaína, por lo que el uso de estos fármacos debería ser un tema de discusión.

**Referencia**

Acute Coronary Syndrome and Cocaine Use: 8-Year Prevalence and In hospital Outcomes

• Xavier Carrillo, Antoni Curós, Robert Muga, Jordi Serra, Arantza Sanvisens y Antoni Bayes-Genis.

• Eur Heart J (2011) 32 (10): 1244-1250

**Web Cardiología hoy**

Prevalencia y pronóstico del SCA asociado al consumo de cocaína

# COSEPA Boletín mensual

## Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención Del Error en Medicina
cosepa.comero.rocha@gmail.com

**COSEPA COMERO**
**Correo electrónico:**
**cosepa.comero.rocha@gmail.com**

**Lugar de reuniones: Sanatorio Rochense, días Jueves hora 09:00, sala de reuniones**

***Todos cometemos errores, y uno de los más comunes es sobrestimar nuestra capacidad de hacer lo correcto, en condiciones en las que la presión, el cansancio, el estrés, la falta de los recursos óptimos y los problemas personales***

## Integración de la Comisión en COMERO

Dr. Fernando Ravera
Dr. Mauricio Moreno
Dr. Jorge Domínguez
Lic. Graciela Ravera
Lic. Gladys Minondo
Lic. Noelia Sollmann
Lic. Saira Silvera

## Titulares Próxima Edición

- Riesgo Asistencial
- Gestión de calidad
- Identificación de funcionarios
- Traspaso del paciente
- Artículos de Interés