



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

El cambio de cultura en el abordaje del error en medicina, ¿cuanto hemos mejorado?

José M. Ceriani Cernadas
Comité de Seguridad del Paciente
Hospital Italiano de Buenos Aires
jose.ceriani@hiba.org.ar



 *Comite de Seguridad
Del Paciente*

¿Qué se entiende por seguridad del paciente?

- ❖ Se puede definir como **“la ausencia de un daño prevenible”** en el cuidado clínico
- ❖ Nació como disciplina médica hace más de 20 años luego que se publicara en EE.UU. **la enorme tasa de errores** en la atención de pacientes hospitalizados
- ❖ La alta frecuencia se relaciona en especial con **la insegura estructura hospitalaria en la atención**
- ❖ Las deficiencias se deben principalmente **a la cultura inadecuada acerca del error en medicina y las numerosas fallas de los sistemas en hospitales**

¿Qué se entiende por seguridad del paciente?

- ❖ Es por lo tanto necesario **instalar una cultura diferente en el abordaje del error** e institucionalizar la seguridad del paciente en la atención clínica
- ❖ El cambio de cultura en la prevención de los errores en la práctica diaria **es universalmente reconocido entre los factores más importantes para progresar**
- ❖ Tener en cuenta que solo luego de instalar una nueva cultura se podrá alcanzar una seguridad fiable que en especial permitirá detectar los **errores latentes en el sistema, lograr la disminución del error humano y las deficientes barreras de protección**

El modelo médico tradicional en la cultura del error en medicina

- ❖ Ocultamiento del error, medidas punitivas y el oprobio para quienes lo cometen
- ❖ No se comunica a los pacientes
- ❖ No se registra en las historias clínicas
- ❖ No se reporta en forma institucional
- ❖ Aun hoy el tema es muy inusual en foros médicos, hospitales y Escuelas de Medicina
- ❖ Hay poca información de la magnitud de los errores y los eventos adversos que provocan
- ❖ Parece que “no existen”, “de eso no se habla”

Todos los hombres pueden caer
en un error, pero solo los necios
perseveran en él

Cicerón

Habiendo tantos errores para
cometer, no vale la pena cometer
el mismo dos veces

Bertrand Russell



No veo errores que yo mismo no haya podido cometer

Johann Goethe

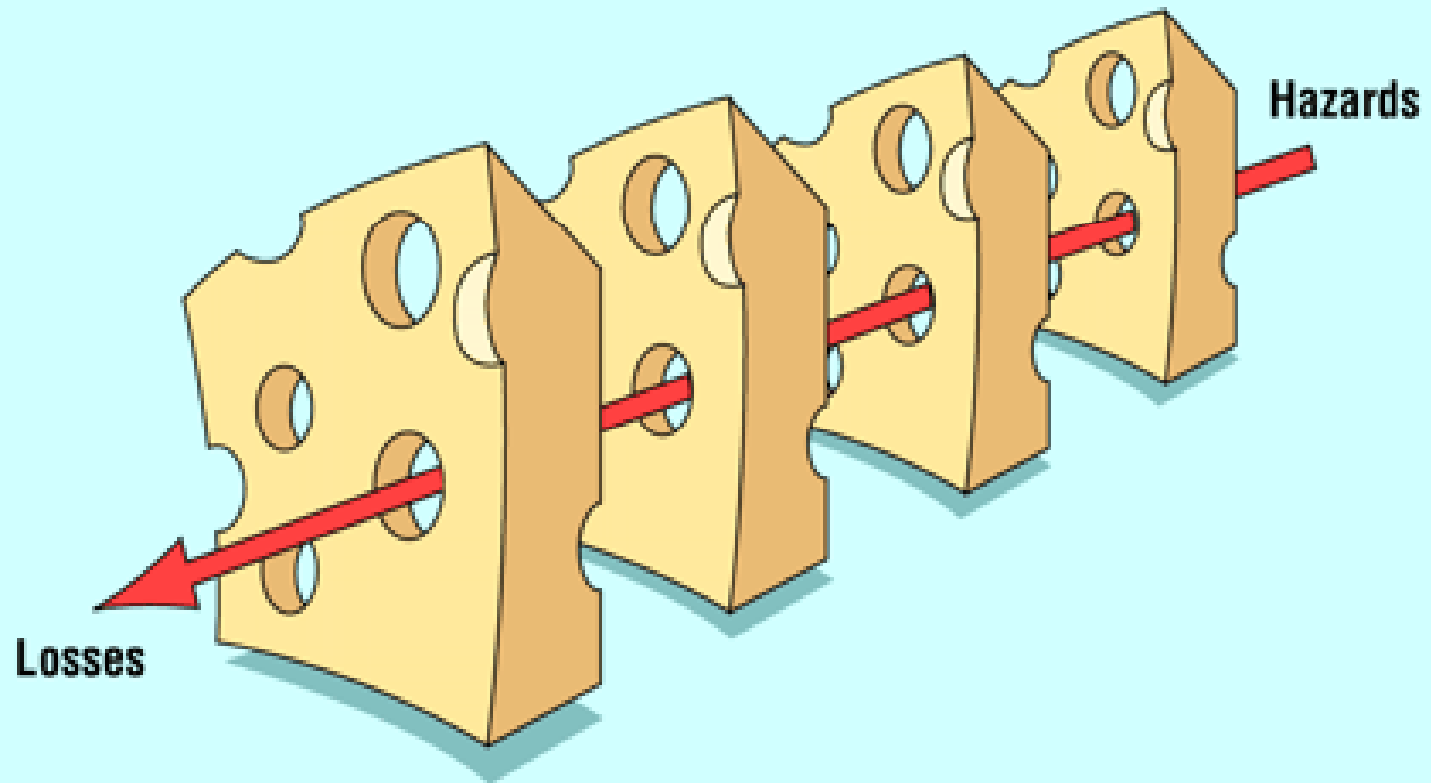


El error del cocinero se tapa
con crema, el del arquitecto
con yeso y el del médico con
tierra

Anónimo



Teoría del queso suizo (Reason)



El estudio que comenzó a cambiar la historia

Fue a partir del estudio seminal liderado por el Dr. Lucian Leape de la Univ. de Harvard publicado en 1991, que toda la comunidad, médica y no médica, se asombró de la enorme frecuencia de los errores en Medicina y de sus terribles perjuicios. De sus resultados se dedujo que en EE.UU., alrededor de 100.000 personas morían por año, y cerca de 1.000.000 padecían efectos adversos significativos como consecuencia de errores cometidos en pacientes internados.

Leape L et al. Harvard Medical Practice Study, *N Engl J Med* 1991; 324:377-84, 370-6.

Nearly 100,000 Deaths a Year Linked to Medical Errors

WASHINGTON, Nov. 17

Health care organizations across the country are working to reduce the number of medical errors. The American Medical Association says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The American Medical Association says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

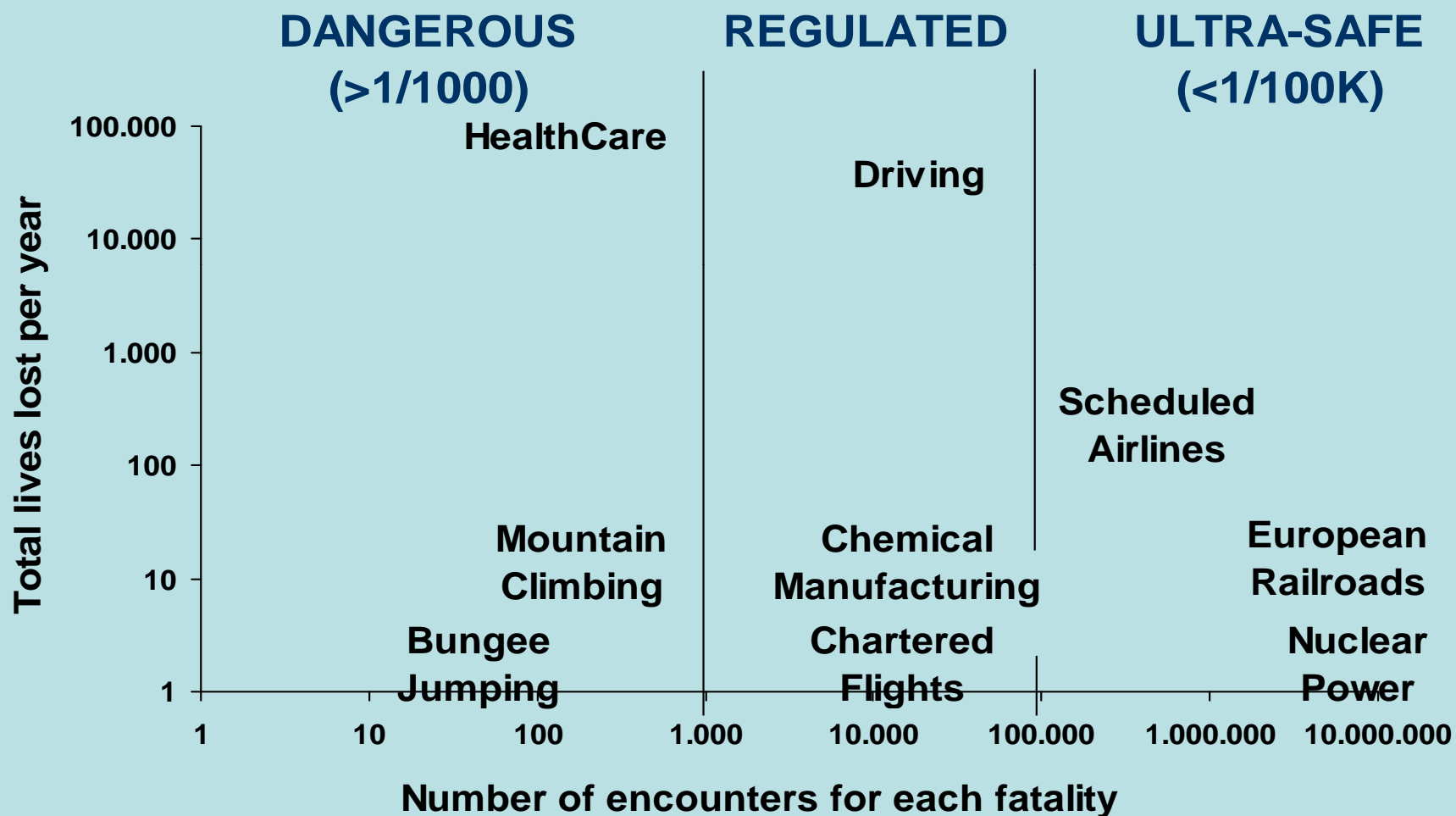
Medical errors are a leading cause of death in the United States. The American Medical Association says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The American Medical Association says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The American Medical Association says that medical errors are the leading cause of death in the United States.



¿Cuán peligrosos son los cuidados médicos? (*Leape*)



Datos recientes de prevalencia de eventos adversos evitables (2008-2012)

- ❖ Un estudio evaluó las tasas de riesgo de eventos adversos prevenibles (EAP) con el *Global Trigger Tool* (GTT) (*JPatient Saf* 2013, 9:122-128)
- ❖ De 20 estudios, solo cuatro fueron adecuados para el análisis con el GTT y otros métodos auxiliares
- ❖ Se detectaron 4252 historias clínicas con EAP
- ❖ Hubo un total de **38** muertes asociadas a un EAP, el porcentaje de letalidad varió entre 1,4 a 0,6%
- ❖ Extrapolando estos datos a los 35 millones de pacientes hospitalizados, **habría 210.000 EAP por año que llevan a la muerte del paciente**



Obstáculos al crecimiento de la seguridad del paciente y prevención de errores

- ❖ La prevención de errores **no es un foco primario en la práctica de la medicina**
- ❖ La literatura médica acerca de los errores ha crecido pero es escasa en relación a la importancia del tema
- ❖ La investigación es aún insuficiente, en especial sobre las **causas ocultas del error, fallas en los sistemas, errores latentes y los EA graves**
- ❖ La persistencia de la cultura tradicional impide los avances y cambios necesarios



Como alcanzar una cultura de seguridad en la asistencia médica

- ❖ Trabajar en un medio ambiente libre de culpa en que los individuos sean capaces de informar errores o cuasi errores sin temor a reprimendas o castigos
- ❖ Reconocer el alto riesgo de las actividades que se realizan, aceptar los errores y aprender de ellos
- ❖ Lograr estrategias seguras y consistentes en la prevención de errores **y de los eventos adversos**
- ❖ Fomentar la **comunicación efectiva** con los pacientes y entre los integrantes de los equipos hospitalarios
- ❖ Comprometer a los líderes de la institución y al Estado a proveer los recursos necesarios para enfrentar los problemas de seguridad



El cambio de cultura

- ❖ **Para disminuir los errores y mejorar la seguridad de nuestros pacientes es imprescindible realizar un cambio de cultura**
- ❖ **Este cambio se basa en 4 premisas básicas:**
 - desarrollar una actitud crítica (aceptar que nos equivocamos)
 - aprender del error
 - mejorar la comunicación: con pacientes y entre los profesionales de los equipos
 - considerar esto como un imperativo ético



¿Cuan importante es generar una nueva cultura en la seguridad de los pacientes?

- ❖ Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system (*J Patient Saf.2016 Jan 7*)
- ❖ Evaluation of the association between Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) measures and catheter-associated infections: results... (*BMJ Qual Saf. 2016 May 24*)
- ❖ Association of safety culture with surgical site infection outcomes. (*J Am Coll Surg. 2016;222:122-128*)
- ❖ Creating a Culture of Patient Safety Workshop. (*Virginia Mason Institute. August 24–26, 2016*)
- ❖ Improving Safety for Hospitalized Patients Much Progress but Many Challenges Remain (*JAMA Published online June 13, 2016*)



Cambios en los sistemas hospitalarios para reducir errores

- ❖ Reconocer el error: definir la magnitud del problema: tasa de errores y eventos adversos
- ❖ Implementar sistemas eficientes que prevengan, detecten y analicen los errores como parte de la práctica hospitalaria diaria
- ❖ Implementar barreras defensivas para evitar que el error llegue al paciente

Solo cuando el error se acepte como inevitable, el personal cambiará al ver que las medidas son correctoras y no punitivas

Recomendaciones para generar un cambio de cultura en los hospitales

Institucionalizar la seguridad: **crear comités y grupos que específicamente aborden el tema**

- Instalar una cultura de seguridad fiable a través de **mejorar los sistemas hospitalarios**
- Fomentar que el error sea visto **como una oportunidad para aprender**
- Instalar la conducta de **comunicar el error a los pacientes y solicitar disculpas**
- Mejorar el reporte de errores **y la comunicación en y entre los miembros de equipos hospitalarios**
- **Comprometer a los líderes** en los cambios
- Incluir el tema en la educación de grado, en la residencia y en otros programas de formación





HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

La comunicación del error a los pacientes, familiares y padres



 *Comite de Seguridad
Del Paciente*

Comunicar los errores a pacientes

Es aun poco frecuente

- ❖ En un estudio el **76%** de los médicos no informaban errores serios (*JAMA* 1991;265:2089-94).
- ❖ Solo el **6%** de los errores se comunicaron (Baylis et al *J Clin Ethics* 1997;8:336).
- ❖ El **21%**, médicos de “staff” le informaron al paciente (Allman et al. *Health Common* 1998:10;175)
- ❖ El **30%** de los pacientes recibieron información del error (*N Eng J Med* 2002;347:1933-40)

Gestión de los efectos después de graves incidentes de seguridad del paciente en el NHS. *BMJ Qual Saf.* 2012.



Comunicar los errores a los pacientes

- ❖ **Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors** (Gallagher TH et al *JAMA* 2003; 289:1001-07)
- ❖ **Disclosing Harmful Medical Errors to Patients: A Time for Professional Action** (Gallagher TH, Levison W. *Arch Intern Med* 2005;165:1819-24)
- ❖ **Choosing Your Words Carefully. *How Physicians Would Disclose Harmful Medical Errors to Patients.*** Gallagher et al *Arch Intern Med.* 2006;166:1585-1593
- ❖ **Disclosing Medical Errors We're Halfway There** (Levinson W. *Arch Pediatr Adolescent Med* 2008;162:991)



Choosing Your Words Carefully

How Physicians Would Disclose Harmful Medical Errors to Patients

Encuesta a 2637 médicos; **56%** mencionaron efecto adverso, solo **42%** dijo que hubo **error**. Diferente información según tipo de error y la especialidad: **58%** de los médicos de disciplinas clínicas mencionan explícitamente el error contra **19%** de las quirúrgicas ($p < 0,001$). Dieron más información los que tenían una actitud positiva, alguna experiencia previa en el tema, **y los que eran canadienses**

Gallagher et al *Arch Intern Med.* 2006;166:1585-1593



Editorial

When Doctors Hide Medical Errors

New York Times. September 9, 2006



Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors (Gallagher TH et al JAMA 2003;289:1001-07)

- ❖ **¿Cuales errores comunicar?:** P: **todos los que producen daño;** M: **los que producen daño grave**
- ❖ **¿Que informar?:** P: **decir todo lo que pasó;** M: **Elegir bien las palabras, evitar el término error**
- ❖ **¿Como informar?:** P: **con empatía y compromiso;** M: **en forma veraz y objetiva**
- ❖ **Pedir disculpas:** P: **deseable;** M: **no es conveniente porque puede aumentar el riesgo de demanda legal**
- ❖ **Impacto emocional:** P: **enojo, crisis, miedo;** M: **enojo, preocupación por el paciente y por su carrera**

Medical Error Disclosure Among Pediatricians *Choosing Carefully What We Might Say to Parents**

- ❖ Anonymous survey containing **1 of 2 scenarios** (less or more apparent to the child's parent) in which the respondent had caused a serious medical error.
- ❖ Overall, **53%** reported that they would disclose the error, and **58%** would offer details about how the error occurred.
- ❖ Overall, of all respondents **26%** would offer an explicit apology and **50%** would discuss plans for preventing future recurrences of the error.
- ❖ Pediatricians who received the apparent error scenario would disclose the error to a parent (**73% vs 33%; P.001**), and more would offer an explicit apology (**33% vs 20%; P=.04**) compared with the less apparent error scenario.

**Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162(10):922-27*

¿Porqué comunicar el error a los pacientes?

Porque es un imperativo ético

- ❖ **El paciente o la familia deben saber sobre su salud y/o estado del tratamiento**
- ❖ **Mantiene el concepto que el interes del paciente está por encima de todo**
- ❖ **Mantiene el respeto y la autonomía del paciente como persona**

! Porque los pacientes quieren !



¿Qué desean saber los pacientes ante un error en su cuidado?

- ❖ **Una información explícita que hubo un error**
- ❖ **Conocer que tipo de error y como se produjo**
- ❖ **Saber porqué ocurrió el error**
- ❖ **Conocer como se evitará la repetición del error**
- ❖ **Tener un pedido de disculpas**

Levinson W, Gallagher T. Disclosing harmful medical errors to patients. A time for professional action. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1819-24



¿Cuándo comunicar?

Inmediato o lo más pronto posible: lo ideal, evita erróneas interpretaciones y es lo honesto (CPS Ontario police #1-01, 2003)

- Si hay un cambio de tratamiento, los pacientes preguntarán porqué
- Puede haber modificaciones en el cuadro clínico
- El error puede trascender a través de otros profesionales o comentarios del personal

Demorado: sin duda, no es recomendable, solo cuando sería imprescindible informar previamente a la gerencia de riesgo, algo que es muy poco frecuente



Cuando comunicar el error: datos de estudios publicados

- ❖ De los pacientes que demandaron por negligencia, **21%** fueron informados varios días después y **37% nunca** (Vincent, *Lancet* 1994,1609)
- ❖ En una encuesta **76%** de los pacientes querían haber sido informados inmediatamente (Hogbood, *Acad Emerg Med* 2002;1156)
- ❖ Pacientes con efectos adversos: **20%** esperaron >6 meses para recibir información (Vincent, *Qual Health Care* 1993;77)
- **! Ciertamente, NO comunicarlo en el tribunal !**

Como informar y que decir

- ❖ **Considerar nivel cultural y social**
- ❖ **Conocer muy bien las circunstancias que influyeron en el error**
- ❖ **Planificar los alcances de la información**
- ❖ **No usar eufemismos**
- ❖ **Señalar que el error fue involuntario**
- ❖ **Ser sincero**
- ❖ **Tener empatía**
- ❖ **Manifestar su decepción (pedir disculpas)**
- ❖ **No guardar las emociones**



Choosing Your Words Carefully

How Physicians Would Disclose Harmful medical Errors to Patients

Excesiva dosis de insulina: una paciente internada recibió por error 100 unidades en vez de 10 y tuvo hipoglucemia marcada, con buena recuperación

Tres formas posibles de comunicar lo ocurrido

- ❖ Su glucosa **en sangre bajó y debimos corregirla**
 - ❖ Su glucosa en sangre bajó mucho **debido a que recibió más insulina de la que Ud. necesita**
 - ❖ Su glucosa en sangre bajó mucho **debido a que por un error recibió una cantidad de insulina muy alta**
- 1ra., **oculta el error**, 2da, **informa mejor pero solo parcialmente**, 3ra., **informa como debe ser**



Elegir las palabras adecuadas



"I'M AFRAID THERE WERE COMPLICATIONS."



Tener en cuenta

- ❖ **Mantener registro de todo (donde, cuando, quien)**
- ❖ **No dar conclusiones precipitadas**
- ❖ **Definir los procedimientos a seguir en el grupo y comunicarlos a la familia**
- ❖ **Tener en cuenta el relato de la familia y su posible colaboración en el proceso de reconstrucción**
- ❖ **Especial cuidado en evitar:**
 - * **falta de respuesta a llamadas telefónicas,**
 - * **llegar tarde o no ir a las reuniones**
 - * **omitir novedades**



Puntos a tener en cuenta en la comunicación del error

- ❖ Señalar que no todo tiene una explicación
 - ❖ Afirmar que se van a averiguar todos los aspectos importantes
 - ❖ Asegurar que se hará todo lo necesario para prevenir el error en el futuro
 - ❖ Evitar especulaciones
- ❖ Dejar tiempo suficiente para las preguntas
 - ❖ Siempre informar en un lugar apropiado y sin interrupciones (*nunca en el pasillo*)
 - ❖ Afirmar que se los mantendrá informados en forma veráz y completa (*y cumplirlo luego*)

Información adecuada (datos de estudios publicados)

- ❖ Veterans Affairs Medical Center in Lexington, Kentucky - “**contar todo**” mitigó las repercusiones financieras (Kraman, *Ann Int Med* 1999:963).
- ❖ Más **estrés y peor recuperación** en pacientes que no recibieron explicaciones (Vincent, *Qual Health Care* 1993;77)
- ❖ Menos probabilidad de litigar si se mantenía la confianza en su médico (Witman, *Arch Int Med* 1996,2565; Gallagher, *JAMA* 2003: 1001)



Apology in Medical Practice An Emerging Clinical Skill

Aaron Lazare, MD
JAMA, 2006, 296, No. 11

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires



Comite de Seguridad
Del Paciente



Pedir disculpas (datos de estudios publicados)

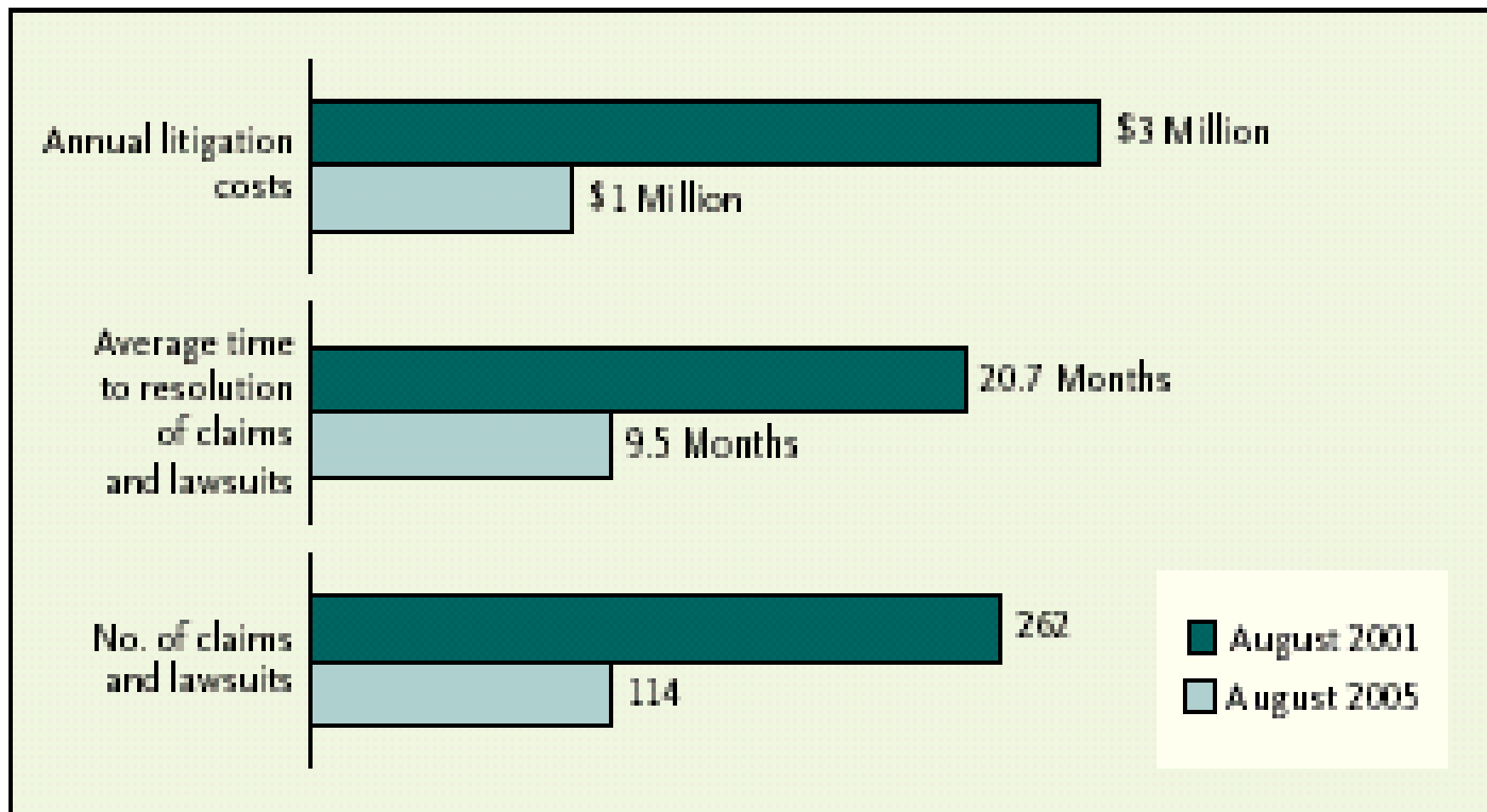
- ❖ El **21%** de familias víctimas de un error relató que los médicos aceptaron su responsabilidad y que un **27%** se disculparon (Vincent, *Qual Health Care* 1993;77)
- ❖ El **39%** **no habría realizado acción legal si hubiese recibido explicación y disculpas** (Vincent, *Lancet* 1994,1609)
- ❖ El **33%** de pacientes relató que se les pidió disculpas (Blendon, *NEJM* 2002;1933)

Dificultades en la comunicación del error a nuestros pacientes

- ❖ Escasas habilidades en los médicos para comunicarse con sus pacientes, en especial **la falta de empatía**
- ❖ Persistencia de la cultura de ocultamiento
- ❖ Pérdida de la confianza del paciente
- ❖ Temor a medidas punitivas
- ❖ Temor al daño de su reputación
- ❖ Miedo al juicio

*“Errar es humano
Perdonar es divino
Demandar es norteamericano”*

Thomas L Leaman, MD "*Preventing Malpractice*"
Cap. I



Results of Medical Error Disclosure Program at the University of Michigan Health System.





HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

 *Comite de Seguridad
Del Paciente*





HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

La comunicación en los equipos hospitalarios y la seguridad del paciente



 *Comite de Seguridad
Del Paciente*

Principales factores implicados en la ocurrencia de eventos adversos por errores prevenibles

- ❖ **Fallas en detectar los errores latentes**
- ❖ **Fallas en los sistemas**
- ❖ **El factor humano**
- ❖ **Las deficiencias de las barreras de protección o prevención**
- ❖ **La ineficiente comunicación en los miembros de un equipo y entre los de un equipo con otro**

La comunicación en el ser humano

- ❖ La comunicación es esencial y debería siempre ser efectiva entre las personas ya que está presente en todas las relaciones humanas, cualquiera sean
- ❖ Es reconocida como **uno de los factores centrales en el rendimiento de los equipos** en todas las disciplinas
- ❖ Es un aspecto vital **en equipos con actividades de riesgo**, la **aviación comercial** es uno de los mejores ejemplos como también las **plantas nucleares** y los programas espaciales

Sin una comunicación eficaz, las personas competentes pueden formar parte de un equipo incompetente



¿Qué es un equipo?

- ❖ Se define como *"dos o más personas, que tienen funciones específicas, realizan tareas interdependientes, son adaptables y comparten un objetivo común"*.
- ❖ Esta definición no garantiza que el equipo sea efectivo ya que un trabajo acordado es más que realizar tareas
- ❖ Debería disponer de un *"conjunto de conocimientos interrelacionados, habilidades y **actitudes** que faciliten la comunicación coordinada y eficaz"*.(Baker, et al. 2006)

Solo los equipos que dispongan estas cualidades lograrán una comunicación efectiva y alcanzarán los logros que desean



La comunicación en medicina y la seguridad del paciente

- ❖ El cuidado de la salud se basó tradicionalmente en el individualismo generado por la autoridad del médico
- ❖ Actualmente se considera que la falta de una comunicación efectiva en los miembros de equipos y entre ellos, **es en los hospitales la principal causa de errores y eventos adversos prevenibles**
- ❖ En una revisión de más de **3500** eventos centinela, realizada por la *Joint Commission*, el **60% de las muertes y el 50% de los daños graves** se debieron a un **fracaso en la comunicación** del trabajo en equipo



La comunicación en los equipos hospitalarios y la seguridad del paciente

- ❖ Es sólo recientemente que en la medicina se está reconociendo que los conocimientos técnicos de la comunicación son imprescindibles para lograr una atención más segura
- ❖ Una creciente evidencia muestra que **una comunicación eficaz entre los equipos se asocia con mejores resultados clínicos y disminuye la frecuencia de errores**



La comunicación en los equipos hospitalarios y la seguridad del paciente

- ❖ La investigación ha aportado conocimientos suficientes **para que la comunicación adecuada esté entre los aspectos más importantes para optimizar la seguridad de los pacientes**
- ❖ Países desarrollados y la OMS, elaboraron programas educativos e incorporaron este tema en forma sistemática **en la educación de todos los profesionales de la salud en los hospitales**



Recientes avances en el conocimiento de la comunicación de los equipos

Hay áreas de estudio en la comunicación en la práctica médica que se desarrollan en forma creciente, son tres:

- ❖ **El significado del silencio**
- ❖ **La adopción de innovaciones en comunicación**
- ❖ **El fenómeno de la intertextualidad**



El significado del silencio

- ❖ La investigación en la comunicación, en y entre los miembros de equipos, se ha basado casi exclusivamente en **la palabra**, lo que se dice o deberían decirse de unos a otros
- ❖ El estudio del **silencio**, recibió poca atención, aunque determinar su significado sería de mucha importancia
- ❖ Un área a explorar es por qué los miembros del equipo **“no pueden hablar”** después de los errores cometidos
- ❖ Los estudios se ocupan, entre otros aspectos, de **la ausencia de reportar el error**, donde el silencio se concibe como una falta de comunicación entre los integrantes de un equipo y con los demás profesionales de la institución
- ❖ Una de las principales causas de esta actitud **es la habitual censura mutua y la opinión de que aquellos que cometen errores lo hacen por "negligencia y son incompetentes”**



La investigación en el significado del silencio

- ❖ En investigaciones se ha tratado de dilucidar la distinción entre "**estar en silencio**" y "**ser silenciado**", el primero supondría un común entendimiento, el segundo implicaría una pérdida impuesta de algo que hubiera sido de ayuda
- ❖ Un estudio exploró el silencio en enfermería del quirófano y detectaron 3 formas: **no compartir la información, no responder a las peticiones y hablar en voz baja**. Se interpretó que esto señalaría estar a la defensiva y que podría ser una estrategia para no comprometerse
- ❖ De ser así, para mejorar debería tenerse en cuenta como funciona el silencio en las comunicaciones diarias del equipo, **para ver si es productivo o problemático**

Adopción de iniciativas para mejorar

- ❖ Un ejemplo para mejorar la comunicación es el listado de verificación quirúrgica de la OMS en el programa **“Cirugía segura salva vidas”**
- ❖ Generó **una actitud proactiva de comunicación inclusiva no jerárquica** para asegurar la transferencia de información relevante en un procedimiento quirúrgico
- ❖ Una investigación (NEJM,2010) observó que **disminuyó errores, EA, muertes y las reinternaciones en el primer mes relacionadas con la cirugía**
- ❖ La adopción de esta práctica es un **cambio cultural** que **podría** mejorar la actitud entre los miembros de equipos

El fenómeno de la *intertextualidad*

- ❖ La investigación se está centrando en como nos comunicamos en la transmisión oral de **pases de guardia, cambios de turno, el ingreso al hospital y la indicación de la medicación en el alta**
- ❖ Los que merecen mayor atención entre los momentos más críticos son: **ingreso al hospital, traslados, pase de guardia y el proceso del alta hospitalaria**
- ❖ En ellos, la **comunicación deficiente es responsable de hasta el 50% de los errores de medicación y 20% de los eventos adversos por medicamentos en los hospitales**

Comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos en un hospital universitario. Estudio transversal

La información fue percibida como de “buena” calidad, si el pase de guardia:

- ❖ Se desarrollaba en las áreas pediátricas (85,7%)
- ❖ En un ámbito tranquilo (74,4%),
- ❖ Siguiendo una sistemática en la presentación de los pacientes (82,9%)
- ❖ Si el médico estaba a cargo de menos de 17 pacientes (91%)
- ❖ Si los médicos habían recibido formación para comunicarse en los pases de guardia (87,5%)

Belziti C., et al. *Arch Argent Pediatr*, abril, 2014

Relato de un error en la reconciliación de medicamentos

- En un gran hospital, el Jefe del CSP le dice al grupo:
- ❖ *Ha ocurrido un evento grave. Una paciente reingresó dos días después del alta en coma hipoglucémico. **El equipo de sala le indicó al alta una insulina nueva, sin saber que ella recibía insulina 30/70 en su casa***
 - ❖ *Se administró las dos y fue encontrada inconsciente. Seguramente tendrá déficits neurológicos permanentes*
 - ❖ *Ya hace seis meses hubo otro error en un paciente que al alta **no le indicaron** que debía reiniciar el Coumadin y tuvo un **derrame cerebral***
 - ❖ *El año pasado implementamos la reconciliación de medicamentos : ¿**"Por qué esto sigue ocurriendo"**?*
(Healthcare Quaterly, April 2012)



Otra falla en la comunicación: relato de un error

- ❖ En un hospital, no se detectó que un paciente era alérgico al látex y tuvo una reacción anafiláctica grave cuando le colocaron un drenaje de látex en una cirugía
- ❖ Tras el ACR de este evento, se le encargó al administrador del quirófano evaluar los suministros y reemplazar todos los que estaban disponibles por productos sin látex
- ❖ *Seis meses después, el administrador aún no había comenzado la evaluación*

Hubo varias fallas en la comunicación, incluso en el equipo que realizó el ACR que debió seguir el proceso



Historia de un error por fallas en la comunicación en una sala de Pediatría

Parte 1

- ❖ Un niño de 7 años, con insuficiencia renal crónica y en un programa de diálisis peritoneal, pasa de la UCIP a una sala de internación general
- ❖ Pocas horas después de estar en la sala, la enfermera a cargo ingresa en la habitación para administrar una medicación intravenosa
- ❖ La madre le pregunta que medicamento es y la enfermera le dice que es vancomicina
- ❖ La madre le señala **que hoy su hijo no recibe vancomicina** y la enfermera le dice que **debe administrarla porque está indicado**



Parte 2 y análisis

- ❖ Ante esta situación **la madre firmemente no autoriza la administración** porque su hijo recibió vancomicina el día anterior y debe recibirla cada 72 horas
- ❖ La enfermera consulta con el médico quien llama a la UCIP y confirma que hoy no debe recibir vancomicina
- ❖ Análisis: los médicos de la UCIP enviaron la HC y la lista de la medicación, pero **no se comunicaron** con los médicos de la sala. A estos últimos **no les llamó la atención** y no se pusieron en contacto con la UCIP
- ❖ Conclusión: grosera falla de comunicación, **solo la madre actuó bien** y así logró que el error no llegara a su hijo. Luego evitó dos errores más ese día



Errores frecuentes en Pediatría

- ❖ Errores de medicación: ocurren **en más del 20%** de los pacientes
- ❖ Errores por fallas en la comunicación
- ❖ Errores de diagnóstico (**More Than Half of Pediatricians Report Making Frequent Diagnostic Errors. *Pediatrics*, Junio, 2010**)
- ❖ Errores en los procedimientos
- ❖ Errores en la identificación

Ejemplo de un error de medicación

- ❖ Un recién nacido presenta convulsiones
- ❖ **Dosis del Fenobarbital:** 20 mg/kg/dosis
- ❖ **Indicación médica:** en forma verbal: **administrar 3,6ml de Fenobarbital** intravenoso
- ❖ **Prescripción:** textual: “*Fenobarbital (200mg/20ml), dar **3,6ml** endovenoso lento*”.
- ❖ **Administración:** al enfermero le sorprende mucho el alto volumen, **pregunta y se lo confirman**. Lo administra
- ❖ Luego, al ver la HC nota que la concentración de Fenobarbital **no es 200 mg/20 ml**, sino **200mg/2ml**.
- ❖ El bebé recibió **360 mg en vez de 36 mg (error de 10 veces)**



Evolución del paciente

Eventos adversos

- ❖ En la primera hora de administrada la medicación tiene un **paro cardiorespiratorio** que requiere RCP. En las siguientes horas realiza paro cardíaco en dos oportunidades más
- ❖ **Concentración de Fenobarbital en plasma**
El dosaje máximo sérico fue de **232mg (10 veces mayor que los niveles terapéuticos)**
- ❖ **Tratamiento**
ARM **y exanguinotransfusión**. El nivel plasmático descendió a la mitad y luego progresivamente

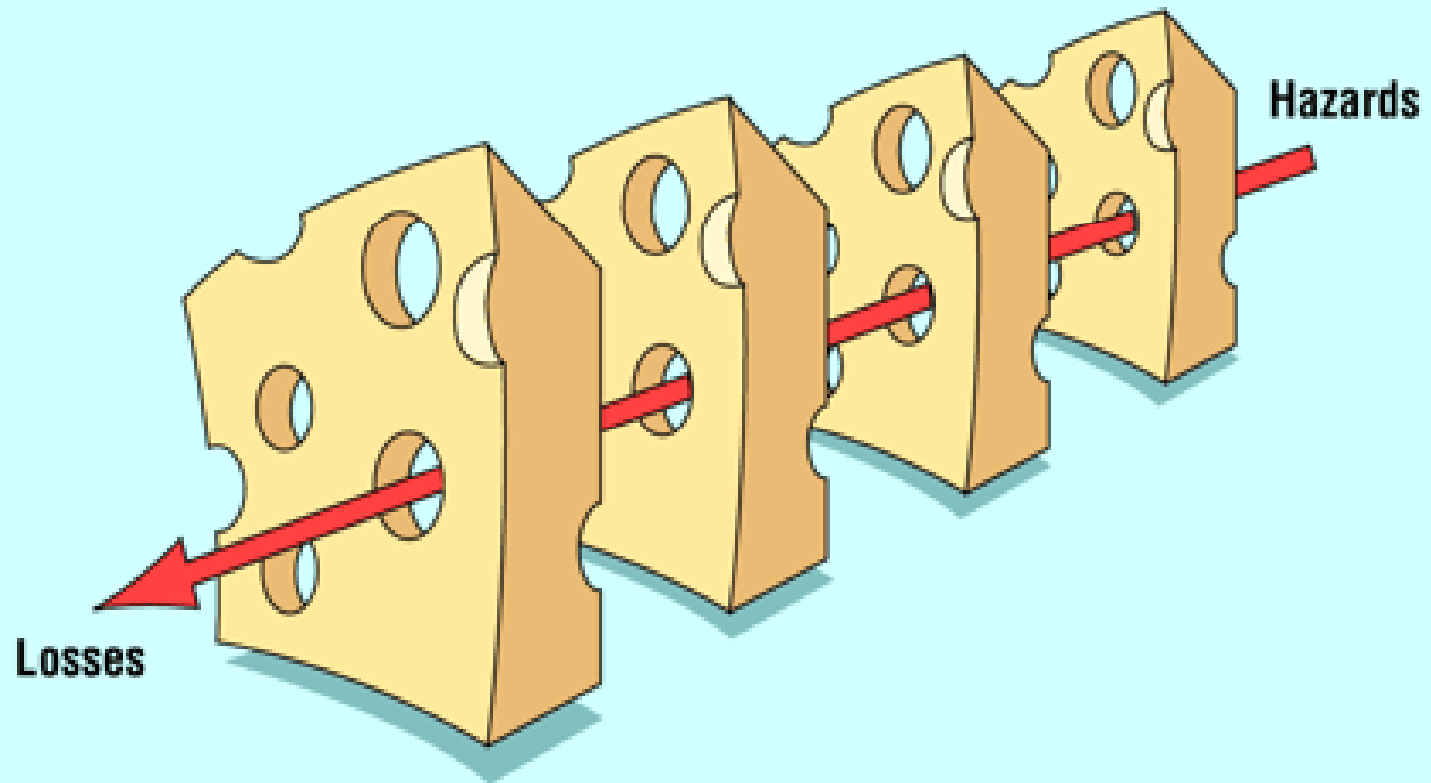


Análisis del error

- ❖ **1er. aspecto:** considerar que la presentación era de 200mg en 20 mL. (**“confiar en la memoria”**)
- ❖ **2do. aspecto:** no confirmar esa concentración en un Vademecum o preguntando a enfermería
- ❖ **3er. aspecto:** indicar la droga verbalmente cuando no era una emergencia
- ❖ **4to. aspecto:** no revisar la dosis cuando el enfermero le dice que el volumen es muy alto
- ❖ **5to. aspecto:** el enfermero **No** revisó la dosis. Al leer la prescripción, se da cuenta que hubo un error

En conclusión: fracasaron todas las **barreras** que pudieron evitar que el error llegue al paciente

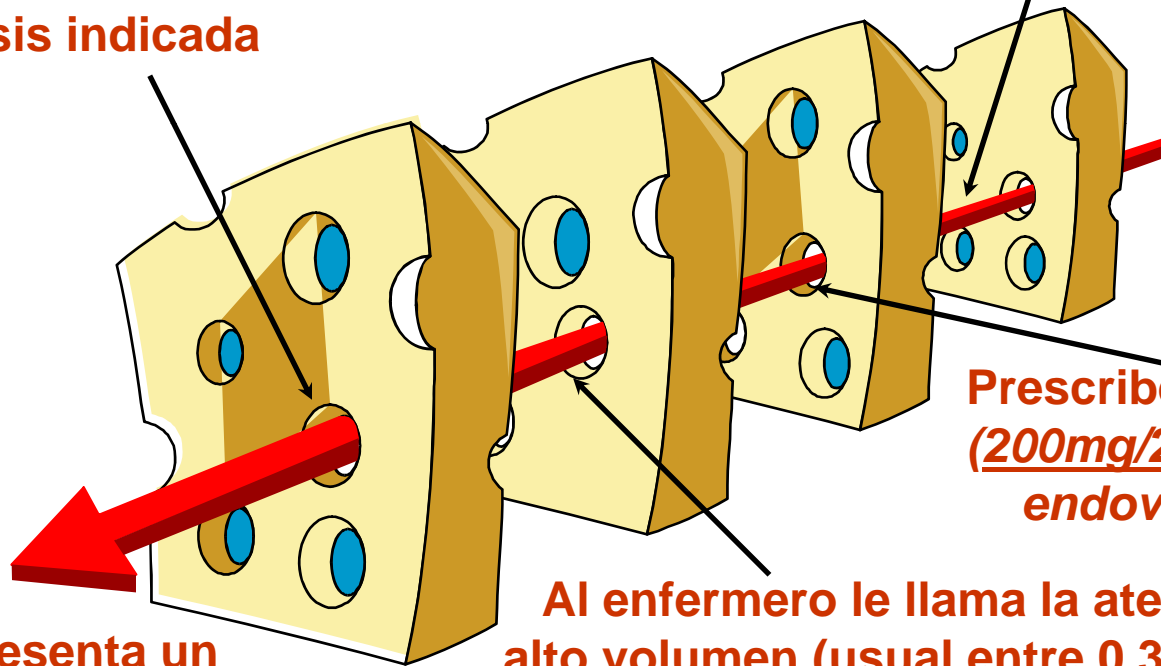
Teoría del queso gruyere (Reason)



Historia de un error de medicación (Fenobarbital en un prematuro)

El médico confunde la concentración del Fenobarbital en ampollas (200 mg/20 ml en vez de 200 mg/2ml)

Igualmente administra la dosis indicada



Prescribe "Fenobarbital (200mg/20ml), dar 3,6ml endovenoso lento"

Al enfermero le llama la atención el alto volumen (usual entre 0,3 y 0,5 ml.)

El RN presenta un efecto adverso grave

Reflexión personal

Hemos progresado poco en el cambio de cultura ante el error, pero los médicos podemos hacer mucho para cambiar el rumbo al comprender una y otra vez que debemos reducir el riesgo de nuestros pacientes aprendiendo del error, previniendo que se reiteren y reportando los errores para que otros aprendan



“Si sigues repitiendo los errores, no esperes resultados mejores”

Albert Einstein

