

DOCUMENTOS

Errores médicos en el ambiente quirúrgico.
Como prevenirlos.
Parte I. Generalidades*
Surgical adverse events. Prevention.
Chapter I. Background information

Dr. GONZALO CAMPAÑA V¹

¹Servicio de Cirugía, Clínica Indisa Santiago Chile

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente se establece sobre la base que el enfermo viene a buscar instancias de mejoría en el doctor y éste hacer todo lo posible por mitigar su molestia, buscar su beneficio o definitivamente mejorarlo. El médico jamás se propone dentro de los planes, dañar o perjudicar a su paciente. Está dentro de ese contrato, cada vez más explícito y documentado, el hecho de buscar el mayor beneficio para el paciente. A pesar de ello, la probabilidad de que ocurran eventos adversos no planificados siempre existe. Son muchos los elementos que se ponen en juego en el acto médico. La mayoría de los componentes de ese acto están controlados pero como vamos a ver, no todos.

El velar por la seguridad de nuestros pacientes y prevenir los eventos adversos es una obligación no renunciable. Es un componente crítico en la gestión de calidad asistencial en instituciones de salud. El no dañar como primera regla, es también un principio rector en el acto quirúrgico. La seguridad de nuestros enfermos pasa por la minimización del riesgo de presentar un evento adverso.

Los eventos adversos (EA) pueden ocurrir debido a la conjunción de múltiples fenómenos: como procesos mal desarrollados, tecnologías mal aplicadas o interacciones humanas fallidas. El error es una de las causas de eventos adversos, pero daño y error no siempre van ligados. Sin embargo, es

aquí, en los errores donde cabe aplicar todas las medidas y esfuerzos en la prevención, ya que los errores son prevenibles.

Se define como evento adverso la situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente. Ocurren debido a que algo que fue planificado como parte de la atención médica no funcionó como era deseable (error de ejecución) o porque esa planificación fue la equivocada (error de planificación).¹ No debe entenderse como error médico los cometidos por los médicos, sino las situaciones adversas que se presentan por la prestación de salud. Todo el sistema es el involucrado en los errores médicos: profesionales y personal no profesional de la salud, infraestructura, procesos desarrollados dentro de la institución, entre otros.

El costo económico que lleva consigo el concepto de evento adverso es incommensurable. Estos costos nacen con la inversión necesaria para la prevención y terminan en la reclamación judicial de recompensas, pasando por el alto costo de las primas de seguros de responsabilidad civil, práctica de la medicina defensiva (solicitud de exámenes innecesarios, etc.) y condonación de deudas adquiridas por la atención de salud. Todo esto encarece la medicina actual.

En noviembre de 1996 el Institute of Medicine de Estados Unidos, redactó el informe "To Err is Human: Building a Safer Health System" que mues-

¹Recibido el 2 de marzo de 2006 y aceptado para publicación el 1 de abril de 2006
E-mail: gonzalocampana@manquehue.net

tras cifras muy duras. Refiere que entre 44 000 y 98 000 muertes al año se deben a errores médicos. Por errores de medicación ocurren 7 000 muertes al año. El error médico es la 8ª causa de muerte, estando por encima de las muertes causadas por accidentes de tránsito, cáncer de mama y HIV. Se gastan US\$ 17 a 29 billones al año por concepto de errores médicos, representando los costos directos en la atención del paciente el 50% del total.²

A raíz de este informe, en diciembre del mismo año, el gobierno del presidente Clinton ordenó al Health and Human Service que coordinara la confección de "Patient Safety Task Force" encargando en instituciones como la Food and Drugs Administration, Center for Disease Control and Prevention y Centers for Medicare and Medicaid Service, la colaboración en la confección de tal documento. En febrero del año 2000 se evacuó un informe que determina el coordinar la integración de los datos aún dispersos, su análisis y promover la colaboración y reducción de los errores médicos con la intención de reducir en un 50% la incidencia de ellos en 5 años.

Los EA no ocurren como resultado de "malas personas". No se puede culpar a la ignorancia mala intención, flojera, etc. La mayoría de los errores no son resultado de conductas personales, sino del complejo y defectuoso funcionamiento de todo un sistema u organización enferma que contribuye a que los trabajadores caigan en error. Los factores comunes en estas organizaciones enfermas son los malos sistemas de comunicación, inadecuada delegación de responsabilidades, trabajo deficiente no protocolizado que convergen en un punto con el consecuente error médico.³

Los EA siempre ocurrirán, pero para minimizar su presencia y prevenirlos necesitamos primero conocerlos. Es mejor tener al enemigo al frente y no oculto. Para llegar a conocer sus causas, los focos de error, el tipo y frecuencia, identificar un patrón común y poder tomar medidas correctivas con real impacto en la reducción de su ocurrencia o severidad, se deben reportar.⁴ Los EA están sub-reportados. Hay estudios que revelan que solo el 16% de los errores son reportados.⁵ Esto tiene varias explicaciones. La de mayor relevancia es que no hay protección legal o laboral para el denunciante. El reporte debe ser voluntario, sin acción punitiva y confidencial para evitar caer en el sub-reportaje. Un informe de Dartmouth Medical School refiere que con algunas medidas como el buen reporte, uso de sistemas de prescripción computacional de medicamentos, especialistas intensivistas en las unidades de cuidados intensivos y selección de hospitales basadas en la evidencia (cifras de morbilidad

atractivas) para procedimientos de alto riesgo, se podrían salvar 58 300 vidas al año y se podrían prevenir 522.000 errores de medicación anual en Estados Unidos.⁶ La mayor información se obtiene actualmente de los registros judiciales de litigios o sistemas de reporte que se están institucionalizando en algunos sistemas de salud.

En Estados Unidos la USP (U.S. Pharmacopeia) desarrolló dos programas de reporte de EA en medicación. El MER (Medication Error Reporting) y Medmarx, cuya base de datos es accesible vía internet, anónimo y de suscripción anual. En Chile las instituciones de salud, principalmente las privadas, han implementado las Unidades de Gestión de Riesgo o Gestión de Eventos Adversos teniendo como finalidad el protocolizar el reporte, auditorías y análisis de los eventos para obtener medidas preventivas evaluables en su eficacia y con esto potenciar y aumentar la seguridad en la atención de nuestros pacientes. Estos programas de gestión de riesgos deben estar conformados por profesionales capacitados y asignados para esta labor. Para que estas gestiones fluyan en el camino correcto, se debe sensibilizar al personal para que forme parte activa en el reporte y prevención, debido a que la cultura actual es el ocultar más que admitir. El análisis de los EA no debe estar destinado a evitar que el responsable puntual incurra en el mismo error, sino que deben estudiarse todas las causas subyacentes organizacionales, es decir, los procesos que llevaron al error. Para que no exista subreporte deben existir canales expeditos y un clima de confianza para entregar la información lo más completa posible, que por un lado es rica en su contenido, pero también peligrosa si es mal administrada.

Toda gestión de riesgos deben destinar la mayoría de su tiempo en encaminar el error por un proceso cuya finalidad es minimizar el riesgo de que vuelva a ocurrir. Este proceso es el siguiente:

- Comité de Gestión de Riesgos: se debe formar una comisión constituida por profesionales capacitados en el tema y con la autoridad para implementar medidas y evaluarlas.
- Reporte del evento adverso: se debe crear una vía expedita de reporte, siendo éste la parte más importante y difícil dentro de este proceso.
 - Análisis del evento adverso
 - Identificación de focos
 - Identificar procesos de alto riesgo
 - Factores influyentes
 - Medidas a implementar y difundirlas.
 - Evaluación de las medidas tomadas
 - Protocolizar las medidas tomadas, incluyéndolas en las Guías de Práctica Clínica.

**Contención de gastos, seguridad y ética.
¿Son compatibles?**

La calidad asistencial debe ser concebida como un imperativo ético. Las empresas prestadoras de salud cuyos fines incluyen beneficios marginales de lucro y beneficios para sus accionistas, pueden armonizar este legítimo interés, con el cuidado de salud de sus clientes. Puede existir una efectiva conexión entre economía, ética y calidad. Dentro del contexto moderno de administrar las instituciones prestadoras de salud estos conceptos son compatibles. La ética de las instituciones de salud puede convertirse en los próximos años en un elemento central, orientador en la toma de decisiones en las instituciones que aspiren a ser consideradas de *excelencia*. La excelencia debe ser técnica y ética. Los clientes de hoy ya lo están exigiendo, los de mañana lo considerarán irrenunciable. La gestión en riesgo o EA es una inversión, siempre y cuando, se esté apuntando en la dirección correcta. La creación de un programa de gestión debe tener incorporado el tema de "costos" debido a que se ocurrirá en ellos en las siguientes instancias:

- Costo de implementación, es decir se debe orientar recursos hacia la capacitación y contrato de profesionales que tengan dedicación horaria en esta gestión.
- Costos de investigación y análisis de datos reportados para determinar el diagnóstico de cada centro de salud en particular para confeccionar su propia realidad que sin lugar a dudas es diferente en cada institución ya que está constituida por personal diferente diferente infraestructura diferente carga y tipo de enfermos y diferentes procesos dentro de la organización.
- Difusión de las medidas implementadas.
- Implementar medidas correctivas o preventivas que sean de impacto en el resultado final pero

que estén basadas en la evidencia y ojalá en la evidencia particular de la institución. Estas medidas deben ser sustentables económicamente.

El costo de implementación de una eficiente unidad de gestión de EA debe tener un impacto económico final. Este impacto debe verse reflejado no sólo en disminuir el número de EA y mayor seguridad de nuestros pacientes, siendo estos conceptos la finalidad de la gestión, sino también en minimizar el gasto que implica un EA, dentro de ellos, la ya nombrada condonación de deudas adquiridas por los pacientes con las instituciones de salud gastos de rehabilitación por el daño causado, prevenir reclamaciones o acciones legales contra el profesional o establecimiento que pueden llegar a cifras muy abultadas. Este equilibrio entre gasto y seguridad es compatible siempre y cuando la gestión esté bien orientada. Hay medidas preventivas que tienen costos despreciables y de alto impacto final que no niegan esta compatibilidad, pero que a pesar de estas características nobles, no son implementadas. Se estima que anualmente en Estados Unidos se gastan US\$ 10 billones en prevención⁷, siendo esta cifra considerada atractiva y una buena inversión tomando en cuenta que se pueden llegar a gastar hasta US\$ 29 billones cuando los daños están consumados.

La literatura disponible, que es escasa, muestra cifras insospechadas y que han llevado el tema a posiciones de prioridad en las políticas de salud modernas. A continuación se resumen algunos de los estudios disponibles (Tabla 1).

En un estudio del Nacional Patient Safety Benchmarking Center mostró que los EA más costosos para las instituciones de salud fueron los producidos en cirugía: los errores de medicación la caída de pacientes las infecciones intrahospitalarias y las úlceras por decúbito.

En el estudio de Wanzel⁵ se describen los tipos

Tabla 1

Autor	Año	% EA	Notas
Schimmel ²	1964	20	50% fueron de medicación
Classen ⁹	1991	1.7	Estudio exclusivo de EA de medicación
Leape ¹⁰	1991	3.7	Se estudiaron 30 121 hospitalizaciones. 27.6% de EA fueron errores. 58% prevenibles. Mortalidad 14%.
Gawande ¹¹	1992		66% fueron EA quirúrgicos. 54% prevenibles. 12% de la mortalidad fue por EA quirúrgicos.
Bates ¹²	1995	1.7	Estudio exclusivo de EA de medicación
Vilson ¹³	1995	16.6	13.7% tuvo incapacidad permanente. Mortalidad 4.9%. 51% prevenibles.
UK ¹⁴	2000	10	Informe de salud del Reino Unido
Wanzel ⁵	200	39	Estudio exclusivo en Servicio de Cirugía. 18% prevenibles. 80% nunca fueron estudiados. 95% no se registró en la epidemia.

de errores que con más frecuencia se observan en un servicio de cirugía:

Errores diagnósticos	28%
- Diagnóstico errado	15%
- Diagnóstico tardío	13%
Errores de tratamiento	72%
- Errores técnicos	25%
- Errores de medicación	16% (7 000 muertes/año)
- Tratamiento incorrecto o tardío	16%
- Errores en proced invasivos	9%
- Errores de monitorización	6%

El paciente quirúrgico tiene tres características especiales que lo hacen más susceptibles que otros a caer en el riesgo o definitivo daño causado por error en la práctica médica:

1. Ausencia de mecanismos de defensa La anestesia disminuye la alerta y el mecanismo de defensa más primitivo y fundamental que es el dolor. Si el ser humano careciera del dolor como mecanismo de defensa lo más probable es que tendría expectativas de vida menores o simplemente habría desaparecido de la faz de la tierra.

2. Sufre una agresión o invasión de carácter mayor como lo es una cirugía que debe tener como principal característica el ser segura

3. El paciente quirúrgico pasa dentro de su estadía hospitalaria por muchas unidades (pre-pabellón, pabellón recuperación, UCI, pieza rayos etc) y cada una de ellas con riesgos diferentes siendo para cada unidad un paciente nuevo

Por esta alta susceptibilidad es que se deben crear mecanismos de defensa alternativos a los del paciente como monitorización con alarmas, alertas ante riesgos como alergias, administración segura de medicamentos etc

En Estados Unidos se le ha dado un rol fundamental en la prevención de estos riesgos a la enfermera de pabellón, con responsabilidades mayores pero con capacitación adecuada y creación de organizaciones como la Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) que se ha hecho cargo

de las recomendaciones universales para disminuir el riesgo de presentar un EA en pacientes quirúrgicos. La enfermera de pabellón debe ser la más instruida para la confección de protocolos institucionales con el fin de trabajar minimizando los riesgos

REFERENCIAS

- 1 Chomalí M, Miranda F. Gestión de riesgo en la atención de salud: Hacia una cultura de la calidad basada en la seguridad. *Rev Méd Area Académica de la Clínica Las Condes* 2003; 14: 4.
- 2 Kohn LT, Cardigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press, 1999.
- 3 Beyea Suzanne. Patient safety in surgical setting: What do we know? *AORN Journal* 2002; 75.
- 4 Layden P, Maas L, Teret S, Brasel K, Kuhn E, Mercy J *et al*. Patient Safety Efforts Should Focus on Medical Injuries. *JAMA* 2002; 287: 1993-7.
- 5 Chassin M, Becker E. The Wrong Patient. *Ann Intern Med* 2002; 136: 826-33.
- 6 Birkmeyer J. The leapfrog group expand patient safety improvement. Initiative into 12 news regions. *Dartmouth Medical School News*, 2002; 26.
- 7 Wanzel K, Jamieson C, Bohnen J. Complications on a general surgery service: Incidence and reporting. *Canadian J Surg* 2002; 43: 113-7.
- 8 Shimmel EM. The hazard of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964; 60: 100-10.
- 9 Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Burke JP. Computerized surveillance of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA* 1991; 266: 2847-51.
- 10 Leape LL, Brennan TA, Laird N. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New Engl J Med* 1991; 324: 377-84.
- 11 Gawande AA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75.
- 12 Bates. Incidence of adverse drug events and potential drug events: Implications for prevention. *JAMA* 1995; 274: 29-34.
- 13 Wilson RM, Runciman WB, Gibbard RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australia Health Care Study. *Med J Australia* 1995; 163: 458-71.
- 14 Departamento de Salud del Reino Unido <http://www.doh.gov.uk>