

PREVENCION DEL ERROR MEDICO

Dr. Walter Olivera

Prof. Agr. CTI

Hospital de Clínicas

Ejes temáticos

- Concepto de error médico.
- Epidemiología del error médico.
- Causas del error médico.
- Procedimientos de análisis del error médico.
- Medidas de prevención.
- Conclusiones.
- Fuente principal: Curso de capacitación en seguridad del paciente y prevención del error en la asistencia médica. Julio 2012

Concepto de error médico

- Se trata de un evento que ocurre durante el proceso asistencial que provoca un daño al paciente.
- Se debe configurar un daño vinculado a un incidente del proceso asistencial que se caracteriza por ser:
 - Evitable.
 - Recurrente.
 - Corregible.
 - A veces no bien reconocido por estar oculto.

Definición y clasificación del error médico

- Es un incidente en el proceso asistencial vinculado a una o mas acciones inseguras, facilitadas por factores contributivos que produce un daño real o potencial en el paciente.
- Se clasifica según la evaluación del daño:
 - Se gradúa con la niveles de mayor gravedad 4 y 5 si comprometió la vida del paciente o provocó una agravación en el estado de salud.
 - Hasta los niveles de menor gravedad con 1 y 2 donde simplemente se omitieron controles con riesgo potencial.

Dimensiones del error médico

- Consume el 0.72% del gasto en salud.
- Es objeto de la 4ª causa de muerte en USA.
- El 90% es prevenible.
- El 40% lo integran infecciones postoperatorias y úlcera por presión.
- El 65% provienen de una falla en la comunicación.
- El 10% proviene de una negligencia de las personas que intervinieron.
- El 10% resultan de problemas mixtos en los involucrados
- El 80% proviene de un fallo del sistema.

Causas del error médico

- Error patente:
 - Cuando fallan las personas.
 - Aparecen en forma recurrente.
 - Vinculado a factores como:
 - Formación, distracción, interrupciones, estrés, fatiga, fallo personal de comunicación, defectos instrumentales, malas condiciones laborales, defectos en la arquitectura, falla de memoria, negligencia, falta de protocolos.
- Error latente:
 - Cuando es un defecto en la organización
 - como un problema en el proceso de la comunicación dentro de la organización.
 - o en el diseño del proceso asistencial.
 - Se controla con estrategias de prevención, interceptación, mitigación y rediseño del proceso asistencial.

Control del error patente-personal con medidas orientadas a los individuos

- Evitar distracciones e interrupciones.
 - Asegurar condiciones de concentración:
 - Reducción del ruido ambiente, mínimo personal imprescindible, evitar visitas u otras actividades (Rx-Lab- fisiot-estudios) durante los procedimientos o se examina el paciente.
- Disminuir el estrés y la fatiga.
 - Evitar la sobrecarga física y mental:
 - Estandarizar procedimientos, diagnósticos y tratamientos, listas de verificación, automatización por máquinas, evitar funciones forzadas para un solo operador, incorporar descansos entre tareas, asegurar personal suficiente.
- Disminuir los defectos instrumentales.
 - Asegurar la renovación, mantenimiento, calibración y conocimiento del funcionamiento de los equipos en uso.
- Disminuir el fallo de comunicación personal.
- Mejorar las condiciones laborales.
- Corregir los defectos en la arquitectura.
- Evitar los cambios de integrantes durante la realización de un procedimiento

Medidas de mejoramiento personal para reducir posibilidades de error

- Mejorando la competencia técnica.
- Mejorando medidas de cuidado del paciente.
- Desarrollar aprendizaje basado en la práctica.
- Mejorar las destrezas personales no-técnicas.
 - Adaptándose al trabajo en equipo:
 - Conocimiento del rol propio y de los otros dentro del equipo, destrezas de control mental del desempeño personal dentro del equipo, actitud con disposición positiva a trabajar en equipo, ajustarse a las necesidades de los otros reconociéndolas y adaptando las acciones a realizar, compartir un modelo de pensamiento común: todos saben como se van a hacer las cosas.
- Mejorar la responsabilidad profesional.
- Mejorar las prácticas basadas en el conocimiento del sistema sanitario.

Control del error latente-organización con medidas orientadas al sistema

- Imponer límites en las competencias de cada uno de los integrantes de la organización.
- Apostar al trabajo colectivo antes que el individualismo unipersonal.
- Aceptar convertirse en actor equivalente capaz de realizar la función de otros.
- Aceptar el riesgo residual a pesar del control de las posibilidades de error.
- Aceptar los cuestionamientos con la capacidad de generar cambios en la estrategia del proceso asistencial
- Asegurar equipos asistenciales efectivos:
 - con liderazgo, adaptables, con promoción de sus integrantes, con respaldo de sus conductas, con una comunicación sin barreras, con una orientación al trabajo colectivo, con una confianza mutua, con un buen manejo de los conflictos de las tareas dentro del grupo.

Herramientas para el análisis y prevención de los errores médicos

- Proactivos (antes que ocurra el daño):
 - Analizando en forma genérica los modos de falla en el proceso asistencial y sus efectos sobre los pacientes: AMFE.
- Reactivos (una vez que ocurrió el daño):
 - Protocolo de Londres.
 - Otra metodología analítica también aceptada es el análisis de la causa raíz y coadyuvantes: ACR.
 - Las condiciones para que sean válidos implican:
 - Participación del liderazgo con los integrantes vinculados al evento ocurrido.
 - Análisis de los hechos en forma consistente y reglada.
 - Inclusión de la bibliografía referente en el proceso de análisis.

Análisis de la causa raíz y sus coadyuvantes

- Que es:
 - Herramienta utilizada en el análisis de las causas de un error médico.
- Que pretende:
 - Lograr el aprendizaje a partir del error médico para evitar que se repita.
- Cuales son sus objetivos:
 - Reforzar los procesos y factores con posibilidad de equivocación.
 - Investigar el como y el porqué ocurrió la causa raíz que desencadenó el proceso.
 - Orientar los resultados obtenidos de la investigación para disminuir el nivel de riesgo en la practica asistencial.

M. Barbatto Herramientas para el análisis y prevención de eventos adversos. El Diario Médico, julio 2011, Sección especial Nota VI, paginas 7 y 10. M. Godino, F. Porcires et al.

Fases del proceso del análisis de la causa raíz.

- Identificación del evento a analizar.
 - Se trata de un suceso inesperado
 - que involucra la muerte
 - o un daño permanente o severo de una función
 - o un riesgo considerable que esto ocurra,
 - derivado de la atención de los pacientes, no directamente producido por la enfermedad.
- Formación del equipo investigador.
 - Excluyendo a los involucrados directamente.
- Recabar la información del hecho ocurrido.
 - Con todos los documentos disponibles.
- Graficar la secuencia cronológica de los hechos.
- Obtener la información de todos los involucrados en el evento con entrevistas regladas y ordenadas evitando culpabilizar a nadie.
- Desarrollar un listado de soluciones e implementarlas.

Circuitos de detección de eventos para análisis de causa raíz

- Notificación obligatoria del Servicio o área específica en la que ocurrió el evento al COSEPA institucional:
 - Procedimiento en paciente equivocado o sitio corporal erróneo.
 - Daño neurológico permanente por hipoglicemia en paciente hospitalizado.
 - Sangrado intra-craneano en paciente anti-coagulado hospitalizado.
 - Reacción alérgica grave a medicamento o contraste en paciente con conocimiento previo de la alergia a ese producto.
 - Encefalopatía anoxo-isquémica adquirida en el CTI
- Auditoria de pacientes fallecidos con responsabilidad de la jefatura del servicio:
 - Se desencadena el análisis de la causa raíz luego de la:
 - Identificación episodios de muertes inexplicadas y/o inesperadas por:
 - Ateneo de mortalidad realizados por la jefatura del servicio.
 - Necropsias y/o autopsias

Entrevistas a los involucrados en el análisis de la causa raíz

- 1) En un ambiente de cordialidad y sin culpabilizar se deberá facilitar la:
- 2) Descripción de los hechos acontecidos.
- 3) Cuales fueron sus actuaciones durante el evento.
- 4) Que actividades había dejado de hacer o había delegado y en quien.
- 5) Como se explica que hubieran ocurrido los hechos que acontecieron.
 - A. Permitir al entrevistado que proponga cual sería **la causa** fundamental que corregida impediría la reiteración del evento.
 - B. Que el entrevistado pueda definir que **factores coadyuvantes** actúan en el sentido de facilitar la reiteración del evento.
- 6) Visita al lugar de los hechos a la hora en que ocurrieron.
- 7) Analizar los hechos siguiendo la línea persona tiempo ordenando los datos según la cronología narrativa.
- 8) Valorar factores humanos coadyuvantes como:
 - fatiga, stress, falta de memoria, distracción, no seguimiento de los procedimientos, ausencia de protocolos, falla de los protocolos,
 - ausencia de información del paciente, falta de preparación técnica del personal, carga de trabajo aumentada, problemas de comunicación,
 - equipo mal-funcionante, poca colaboración del paciente, ausencia de supervisión.

Factores contributivos que pueden influir en la práctica clínica

- **Del paciente:**
 - Complejidad y gravedad, lenguaje y comunicación, personalidad y factores sociales.
- **De las tareas y tecnología:**
 - Diseño de la tarea, disponibilidad y uso de protocolos, ayudas para la toma de decisiones.
- **De los integrantes del equipo.**
 - Conocimiento , habilidades y competencias
- **Características propias del equipo:**
 - Comunicación verbal y escrita, estructura consistente del equipo, supervisión y disponibilidad de soporte.
- **Factores ambientales:**
 - Equilibrio de habilidades y experiencia, carga de trabajo equilibrada, horario de guardia preestablecido, disponibilidad y estado de los equipos, ambiente físico (luz, espacio, ruido)
- **Organización y gerencia:**
 - Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, política de calidad, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional.
- **Contexto institucional:**
 - Contexto económico regulatorio, vínculo con otras instituciones o agencias.

Protocolo de Londres

- Proceso sugerido para el análisis e investigación de los eventos adversos.
- Pretende facilitar la investigación clara y objetiva de incidentes clínicos.
- Se aplica a toda la gama de incidentes tanto a incidentes leves como a graves.
- Involucra al ambiente y todos los integrantes de la organización intervinientes en el evento.
- Arroja conclusiones que disminuyen el riesgo en la asistencia al tener en cuenta todos los factores implicados.

Fases del Protocolo de Londres

- Identificación de la decisión de investigar.
- Selección del equipo investigador.
- Obtención y organización de la información.
- Establecer la cronología del incidente.
- Identificación de las acciones inseguras.
- Identificación de los factores contributivos.
- Recomendación del plan de acción.
- El protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason para la aviación e industrias del petróleo y nuclear

Protocolo de Londres

- **Identificación y decisión de investigar.**
 - Proceso previo del análisis del incidente.
 - Implica la identificación del evento por reportes previamente estipulados y conocidos por todos.
 - Implica la decisión por parte de la institución si se investigan o no los eventos reportados.
 - La decisión se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje.
 - Independiente de las razones invocadas, **todos los integrantes de la organización deben** hacer explícito motivos y circunstancias por las que se inicia la investigación.

Protocolo de Londres

- **Selección del equipo investigador:**
 - **Experto en investigación** y análisis e incidentes clínicos.
 - **Punto de vista externo** por un miembro de la Junta Directiva sin conocimiento médico específico.
 - **Autoridad administrativa** senior como un Director Médico o una Jefa de Enfermería.
 - **Autoridad clínica** senior como Director Médico, Jefe de Departamento o servicio, especialista reconocido.
 - **Miembro de la unidad** asistencial donde ocurrió el evento no involucrado directamente.

Protocolo de Londres

- **Obtención y organización de la información:**
 - Todos los hechos, conocimientos y elementos físicos involucrados deben ser recolectados tan pronto como sea posible:
 - Historia Clínica completa.
 - Protocolos y procedimientos relacionados.
 - Declaraciones y observaciones inmediatas:
 - Entrevista con los involucrados:
 - Evidencia física como planos de planta física, lista de turnos, fichas de mantenimiento de los equipos, etc.
 - Otros aspectos relevantes como índice de rotación del personal y disponibilidad de personal entrenado.

Protocolo de Londres

Obtención y organización de la información:

- **Las declaraciones** deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual
 - De lo ocurrido.
 - De la secuencia de los eventos que antecedieron el incidente.
 - De la interpretación acerca de como estos se enfrentaron y no están descriptas en la historia
- **Las observaciones** realizadas por el equipo investigadores en el lugar de los hechos y a la hora en que ocurrieron.

Protocolo de Londres

Obtención y organización de la información

- **Entrevistas:**

- Ajustadas a protocolo

- que tranquilice al entrevistado y poder obtener análisis con conclusiones lo mas cercanas a lo ocurrido:

- Lugar privado y relajado,

- lejos del lugar del incidente y acompañado de cualquiera si desea.

- Explicar previamente el propósito, los motivos,

- Evitando confrontación y juicios de valor,
- Garantizando que lo dicho no será objeto de represalias
- Asegurando la confidencialidad de la declaración.

Protocolo de Londres

Obtención y organización de la información

- **Entrevistas continuación:**
 - Establecer la **cronología** del incidente:
 - Identificando el papel del entrevistado en el incidente registrado los límites de su participación e identificando la secuencia de los hechos.
 - Identificar las **acciones inseguras**:
 - Luego de explicar que es una acción insegura invite al entrevistado a identificar las acciones inseguras relevantes en el caso sin señalamiento de culpabilidad.
 - Identificar **factores contribuyentes**:
 - Luego de explicar factores contribuyentes invitar a identificar los factores que podrían haber sido involucrados.
 - Cierre de la entrevista:
 - Se debe permitir **que el entrevistado realice todas las preguntas** que tenga terminando luego de 20 a 30 minutos.

Protocolo de Londres

Establecer la cronología de los incidentes

- **Las declaraciones, observaciones, entrevistas, historia clínica y documentos** relevados permiten establecer la cronología de los hechos utilizando las metodologías siguientes:
 - **Narración:** permite establecer la cronología y las dificultades que se presentaron en torno al hecho.
 - **Diagrama:** puede ser útil para comparar como deberían haber sucedido los hechos y como ocurrieron realmente.

Protocolo de Londres

Identificación de las acciones inseguras

- **Se organiza una reunión con todo el personal involucrado** en el incidente para que entre todos se identifiquen las principales acciones inseguras y los motivos por los que ocurrieron.
 - Se debe asegurar que las acciones inseguras identificadas sean conductas específicas que ocurrieron por acción u omisión.
 - No confundir con factores contributivos los que no se deben identificar hasta no terminar con las acciones inseguras.

Protocolo de Londres

Identificación de acciones inseguras

- **Por omisión:**
 - **En la planeación:** Cuando la planificación no contemplaba las acciones que se debieron realizar.
 - **En la ejecución:** Cuando no se realizaron las acciones que estaban planificadas.
- **Por acción:**
 - **En la planeación:** Cuando se planearon conductas que no se debieron de realizar en el caso específico.
 - **En la ejecución:** Cuando se ejecutaron conductas que no estaban previstas en la planificación habitual.
- **Definición:**
 - Conducta tomada durante el proceso asistencial que resulta insegura por acción u omisión con dos características principales:
 - La conducta adoptada **se aparta de los límites de una práctica segura.**
 - Tiene el **potencial de causar directa o indirectamente un daño** al paciente.

Protocolo de Londres

Identificación de los factores contributivos

- **Definición:** Condiciones del proceso asistencial que contribuyeron que ocurriera la acción insegura.
- Es posible que cada acción insegura esté asociada a un conjunto de factores contributivos.
- Se debe proceder a seleccionar las acciones inseguras mas importantes y analizarlas ordenadamente con su conjunto de factores contributivos.

Protocolo de Londres

Identificación de los factores contributivos

- **Del paciente:** complejidad, gravedad, lenguaje comunicación, personalidad y factores sociales.
- **De la tarea o tecnología:** Diseño, claridad, protocolos, guías, disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas, ayudas para las decisiones.
- **De los individuos:** conocimientos, habilidades y competencias, salud física y mental.
- **Del equipo asistencial:** comunicación verbal y escrita, supervisión y disponibilidad de soporte, estructura del equipo consistente y congruente.

Protocolo de Londres

Identificación de los factores contributivos

- **Del ambiente laboral:** personal suficiente, complementación de habilidades, carga de trabajo, patrón de turnos, diseño disponibilidad y mantenimiento de equipos, soporte administrativo y gerencial, clima laboral, ambiente físico (luz, espacio, ruido).
- **De la organización y gerencia:** recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, estándares y metas, prioridades y cultura organizacional.
- **Originados en el contexto institucional:** contexto económico y regulatorio, contactos y relacionamiento con instituciones externas.

Protocolo de Londres

Recomendaciones y plan de acción

- **Son consecuencia** de la identificación de los factores contributivos relacionados con cada acción insegura
- **Tienen como propósito** mejorar las debilidades identificadas en el análisis de los factores contributivos.
- **El plan de acción debe incluir** la siguiente información: factores contributivos priorizados por su impacto en la seguridad del paciente, lista de acciones para enfrentar las debilidades de los factores contributivos identificados, asigna un responsable de ejecutar las acciones, define un tiempo de implementación, identifica y asigna los recursos necesarios, realiza el seguimiento de la ejecución del plan, realiza el cierre formal cuando la implementación se haya ejecutado, fija una fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

Epidemiología del error médico en medicina intensiva

- Son pocos los estudios disponibles con información del error médico.
- Los estudios retrospectivos basados en los sistemas de reportes hospitalarios muestran incidencias bastantes bajas.
- Por ejemplo: Para una unidad de seis camas en un período de 3 años se reportaron 92 instancias de errores médicos y 53 casos de malfuncionamiento de los equipos.

Epidemiología del error médico en medicina intensiva

- En los estudios prospectivos la incidencia del error médico se eleva significativamente.
- Para una unidad similar de 6 camas se registraron en un estudio prospectivo 2 errores médicos severos por día.
- Errores médicos severos son los que tienen la potencialidad de provocar la muerte o un daño que agrava el estado de salud del paciente.
- Crit Care Med 1995, vol 23, 294-300.

Epidemiología del error médico en medicina intensiva

- En un período de 4 meses para una unidad de 6 camas se registraron prospectivamente 554 errores humanos.
- El 29% de los errores fueron graduados como severos ya que tenían la potencialidad de causar la muerte o un daño que comprometiera el estado del paciente.
- El 46 % de los errores se realizó por médicos y el 54% por el personal de enfermería.
- Crit Care Med 1995, vol 23, 294-300.

Epidemiología del error médico en medicina intensiva

- El 73% de los errores médicos ocurren durante el día y especialmente en la mañana coincidiendo con el mayor número de decisiones a tomar.
- En enfermería el 68% de los errores ocurrieron durante el día coincidiendo los puntos mas altos de errores con los cambios de guardia.
- Problemas en la comunicación verbal entre médicos y enfermeras fue registrado en el 37% de los errores humanos, aunque solo se registró comunicación verbal en un 2% de las actividades.

Epidemiología del error médico en medicina intensiva

- Si bien los médicos cometen el 45% de los errores solo realizan el 5% de las acciones con los pacientes.
- Enfermería comete el 55% de los errores aunque realiza el 85% de las actividades asistenciales.
- Mientras enfermería realiza actividades repetitivas y de rutina, los médicos realizan mayor número de actividades reactivas a un problema emergente a la situación del paciente o actividades iniciales ajustadas para su condición de salud.
- Crit Care Med 1995. vol 23. 294-300.

Recomendaciones genéricas para disminuir la incidencia del error médico

- Mayor número de médicos por camas.
- Mas tiempo en contacto con el paciente.
- Mejor comunicación con enfermería.
- Mayor entrenamiento médico.
- Rounds clínicos de médicos con enfermería.
- Contar rápidamente con la información clínica del paciente y que sea tanto extensa como detallada.

Conclusiones

- El error médico es una realidad frecuente en la práctica de la medicina intensiva.
- Tiene que ser reportado y analizado identificando las acciones inseguras originales y los factores contribuyentes de las mismas.
- Debe ser el fundamento de la realización de un plan de acción correctivo correspondiente el que se evalúa luego de su implementación.
- La comunicación entre médicos y enfermería ha sido involucrado en la mayoría de los errores.

Bibliografía

- Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. República de Colombia, 2008.
- Ruiz-Lopez Pedro et al. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial 2005;20(2):71-78. España.
- Luengas Sergio. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adverso. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 48. Julio 2009.