

I Encuentro Multidisciplinario de Bioética y Derecho Médico

ERROR MÉDICO

¿Qué es ERROR?

Según la academia de la lengua española hay varias acepciones para error

Del latín *error*

- . Concepto equivocado o juicio falso.
- . Acción desacertada o equivocada
- . Cosa hecha erradamente.
- . *Der.* Vicio del consentimiento causado por equivocación de buena fe, que anula el acto jurídico si afecta a lo esencial de él o de su objeto.
- . *Fís. y Mat.* Diferencia entre el valor medido o calculado y el real.

En el campo médico los errores son costosos no sólo porque los paciente pueden perder sus vidas sino porque ellos pierden confianza en el sistema y los médicos pierden fe en sus colegas.

En un país como USA que proporciona uno de los mejores cuidados de salud del mundo, sin embargo el número de errores médicos están en niveles inaceptablemente altos, lo que ha hecho que se tome medidas agresivas para combatir este problema.

La meta no es culpar sino cómo mejorar el proceso para dar mejor atención a los pacientes.

Como resultado de la publicidad de algunos casos de errores médicos el comité del calidad de la atención médica del Instituto de Medicina (IOM) en USA publicó el reporte *To Err is Human: Building a Safer Health System* el cual revisó la prevalencia de errores médicos y señaló las medidas que deberían ser tomadas para prevenirlos. Se reportó que entre 44.000 y 98.000 americanos murieron en hospitales cada año por errores médicos. El valor más bajo excedió a las muertes atribuidas a accidentes de tránsito (43.458), cáncer de seno (42.297) o SIDA (16.516).

Este comité definió **error médico** como la falla en completar una acción planeada o el uso de un plan equivocado para ejecutar un propósito. No son actos intencionales de hacer mal. Tampoco todos son malpráctica o negligencia.

Los errores dependen de dos clases de fallas: **1.** la acción correcta se desarrolló como se quería, la cual es entonces un **error de ejecución**; **2.** la acción que se intentó originalmente no era correcta, lo cual es **error de planificación**. El error médico puede ocurrir en cualquiera de las etapas del cuidado médico. No todos los errores causan daño al paciente.

Los errores médicos que resultan en daño al paciente se llaman **eventos adversos prevenibles o eventos centinela**, porque ellos señalan la necesidad de inmediatas investigación y respuesta.

Estos errores o eventos centinela son los que resultan de la **intervención médica o falta de acción** de los proveedores de salud donde el daño no esta relacionado con la

condición médica subyacente del paciente. Ejemplo: un paciente muere de neumonía en el postoperatorio, puede ser un evento centinela (efecto adverso prevenible) falta de lavado de manos del personal, es un error de ejecución y sería un efecto adverso que se pudo prevenir, pero si el paciente adquirió la neumonía por su edad avanzada y sus otras enfermedades sería un efecto adverso no prevenible.

Los profesionales de salud pueden aprender por evaluar los efectos adversos que llevan a serias lesiones y muerte, esto los lleva a mejorar la atención que prestan y a reducir errores.

EVENTOS CENTINELA

Eventos que resultan en **una muerte no anticipada o pérdida permanente de función** no relacionadas con el curso natural de la enfermedad del paciente u otra condición subyacente o los siguientes eventos: suicidio en un centro donde recibe atención 24 h/ día, secuestro de un recién nacido o entrega a la familia equivocada, violación, hemólisis post-transfusión, cirugía del paciente equivocado o de la parte del cuerpo equivocada.

Los sistemas de salud deben hacer una evaluación a fondo de porqué ocurrieron los eventos centinela, no insistir en culpas personales sino en fallas del sistema. Según la ley en estado de la Florida si los eventos adversos resultan en: muerte, daño cerebral o espinal, cirugía en el paciente equivocado, el sitio equivocado, o el procedimiento equivocado, el centro médico debe reportar esto en 24 horas.

En enero 2002 luego de 7 años de haber comenzado a reportar eventos centinela se encontró que los más reportados son:

- Suicidio de paciente (16,7%)
- Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas (12,1%)
- Errores de medicación (11,6%)
- Cirugía en sitio equivocado (11%)
- Caídas de pacientes (5,1%)

1. Suicidio del paciente

La mayoría ocurren en hospitales psiquiátricos, luego en hospitales generales y en residencias de ancianos. Para reducir riesgos, educar al personal de salud familiares y amigos de los riesgos de suicidio, eliminar artículos peligrosos y cuidadosa evaluación de contrabando.

2. Complicaciones quirúrgicas y post-quirúrgicas

Por fallas en establecer procedimientos, incompleta evaluación preoperatoria, inconsistente monitoreo postoperatorio, falla en dar órdenes apropiadas. Las estrategias de prevención son entrenamiento y educación del personal y mejorar la comunicación entre personal de salud.

3. Errores de medicación

Son las causas más comunes de daño prevenible al paciente. Estos errores ocurren en tres puntos cuando: 1. el médico ordena, 2. el farmacéuta despacha y 3. la enfermera administra la medicación.

1. Recomendaciones para prevenir errores en la PRESCRIPCIÓN de medicamentos

1. Escriba **unidades** en lugar de “U”
2. Escriba el **nombre** del medicamento en lugar de abreviaturas o acrónimos
3. Evite usar BID, TID, QID, es mejor usar dos, tres, cuatro veces al día
4. Use la palabra SUSPENDER el medicamento
5. Use **ceros antes** del punto decimal ej. **0.2 mg.** , en lugar de .2 mg.
6. No use ceros después del punto decimal ej. **2 mg.** en lugar de 2.0 mg.
7. Evitar ilegibilidad
8. Evitar órdenes verbales, especialmente para ciertos medicamentos.

2. Algunos estiman que un 5% de prescripciones son despachadas incorrectamente

En la forma

En el fabricante

En la cantidad dispensada

En la potencia

En la droga

En las instrucciones

Las causas atribuidas son sobrecarga de trabajo, confusión entre nombres de las drogas, concentraciones, etiquetas parecidas, nombres parecidos.

En las farmacias debe haber procedimientos que ayuden a evitar estos errores. El farmacéuta debe tener información sobre las drogas, alergias del paciente, debe chequear con el médico si hay dudas con la prescripción, debe recalcular dosis, deben mantener en la farmacia los medicamentos que luzcan o suene igual sus nombres en sitios separados.

3. Finalmente el que va a administrar la droga tiene la oportunidad de evitar el error. En pacientes hospitalizados la responsabilidad recae en el personal de enfermería.

Hay 5 reglas de oro en la enfermería que hay que chequear ANTES de administrar un medicamento:

1. paciente correcto
2. droga correcta
3. dosis correcta
4. vía correcta
5. tiempo correcto

Los errores son:

1. falla en seguir procedimientos de seguridad como asegurarse de la información sobre alergias, edad , peso, medicación del paciente
2. falla por no estar familiarizado con la droga y administrarla sin conocerla
3. modo correcto de administración
4. falla en preguntar si hay dudas con una orden incompleta, ilegible o cuestionable.

Ejemplos reportados:

- *Lactante de 3 meses muere por recibir 10 veces más digoxina en un hospital en Wisconsin.
- *Una farmacia en Colorado dio cinco veces la dosis prescrita de gentamicina a un niño lo que resultó en pérdida bilateral de la audición.
- *Sobredosis 10 veces más de un quimioterápico mató a un niño de 10 meses.
- *Etiquetas incorrectas en envases de medicamentos, el paciente tomó la dosis correcta pero no era el medicamento correcto.
- *Un farmacéuta de Pittsburg despachó 2 mil veces más de lo prescrito 0.5 mg en lugar de 0.25 mcg.
- *Un paciente recibió 40 mg de sulfato de magnesio en lugar de 40mEq lo que causó un paro cardíaco por la sobredosis y murió
- *Un niño de 7 años quedó con daño cerebral por recibir 16 veces la dosis de adulto de un antidiabético en lugar de ritalin.
- *El farmacéuta despachó la medicina y dosis correcta pero era por vía intramuscular y dio vía intravenosa con las molestias consiguientes para el paciente.
- *El paciente recibió loxapina (antisicótico) en lugar de doxapina (antidepresivo) y tuvo desorientación, paranoia severa y tendencia al suicidio. Estos efectos duraron una semana.
- *Un paciente recibió hormona femenina en lugar de coumadin un anticoagulante, el paciente sufrió un accidente cardiovascular y un infarto.

Tomado de: www.kirbylester.com/dispenserr.html

Los centros deben tener guías prácticas para una segura administración de medicamentos, así el personal responsable de administrar medicamentos deben:

1. tener conocimientos sobre los usos, precauciones, contraindicaciones, potenciales reacciones adversas, interacciones y métodos correctos de administración.
2. resolver dudas antes de administrar drogas
3. solo dar medicamentos con etiquetas que tiene nombre, dosis a ser administrada, forma, ruta y fecha de expiración
4. utilizar un esquema de administración estándar y educar como y cuando introducir nueva medicación en el esquema estándar.
5. recibir instrucción sobre como funcionan y como se usan aparatos para administrar medicamentos como bombas de infusión.
6. Tener alguien más para que verifique el esquema de la bomba de infusión.
7. Documentar todas las medicaciones inmediatamente después de administradas.

4. Cirugía en el sitio equivocado

Esto es signo evidente que hay problemas en el pabellón. Es más frecuente en cirugía ortopédica. La Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos recomienda firmar con tinta indeleble en el sitio de la cirugía. Todo el personal de cirugía debe asegurarse de verificar los procedimientos.

5. Caídas de los pacientes

Los pacientes con mayor riesgo de caídas son los ancianos, los que tiene un estado mental alterado por enfermedad crónica o intoxicación aguda. Con una buena historia se identifica los que están a riesgo. La raíz del problema son problemas de comunicación por fallas en obtener información adecuada de la historia, reportar cambios de las condiciones del paciente etc. Otras son fallas en los centros para prevenir las caídas pero lo más importante es educar al personal sobre los riesgos de caídas y cómo prevenirlas.

Otras consideraciones

1. Educación del paciente y la familia
2. Los niños están a mayor riesgo por errores de medicación especialmente por inmadurez de su organismo la familia debe preguntar si algo les parece raro.
3. Los ancianos tienen mayor riesgo de caídas por la edad, tiene problemas de equilibrio, no ven bien, tiene problemas cardiovasculares que pueden resultar en síncope o hipotensión postural. Tienen nicturia que los hace deambular más de noche en un ambiente no familiar, además pueden tener artritis, debilidad muscular, neuropatías, todo esto los hace más a riesgo de caídas. Además tiene mayor predisposición a errores en la medicación por tener problemas cognitivos, que les hace más difícil entender instrucciones.
4. Hay sitios donde puede haber más riesgo de errores como en UCIs, pacientes en coma o letárgicos están a riesgo porque no pueden participar en su cuidado etc.

Se ha desarrollado **Guías** para incentivar a **los pacientes a compartir responsabilidad** por su propia seguridad, los médicos deben estimular a los pacientes a seguir esas guías (*Patient fact sheet to prevent medical errors*).

Tomado de: <http://www.netce.com/course.asp?course=124>