

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:
Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia.
Tel.: 968381035 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet/Calidad saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Cecilia Banacloche, Inmaculada Barceló, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Ana Moreno, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. **D.L.** MU 446-2013

Volumen 5, Número 3.

JULIO
2017



En este número:

- *SINASP sirve. Parada en una planta del Hospital General.*
Carlos Albacete Moreno, Pilar Ferrer Bas
- *Cambio de especialidad debido a los cambios de calidad del acondicionamiento de los medicamentos.*
Beatriz Garrido Corro
- *Los errores médicos vistos por los residentes de primer año de la Arrixaca.*
Julio López-Picazo Ferrer, Ana Belen Moreno López.
- *¿Es realmente una alergia medicamentosa? Oportunidades perdidas en el tratamiento.*
Beatriz Garrido Corro
- *El ratón de Leape: Cirugía en paciente equivocado.*
Joaquín León Molina, Ana Belén Moreno López

SiNASP sirve. Parada en una planta del Hospital General

Albacete C, Ferrer P.
¹Facultativo UCI General
²Area de Calidad de Enfermería

El objetivo de SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El estudio de estas situaciones, del contexto en que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis sistema está en el aprendizaje para la mejora.

En esta ocasión narramos las actuaciones que generó una notificación a propósito de una parada cardiorrespiratoria (PCR) en una planta de hospitalización, durante el verano. Por sus consecuencias, el evento se catalogó como de severidad máxima (SAC1) y el Núcleo de Seguridad solicitó a dirección el inicio de un análisis causa-raíz (ACR), que fue autorizado. El ACR es una herramienta de análisis retrospectivo de los incidentes de seguridad, encaminada a identificar qué, cómo y por qué ocurrieron, con el objetivo de diseñar e implementar las intervenciones oportunas para evitar que vuelvan a suceder.

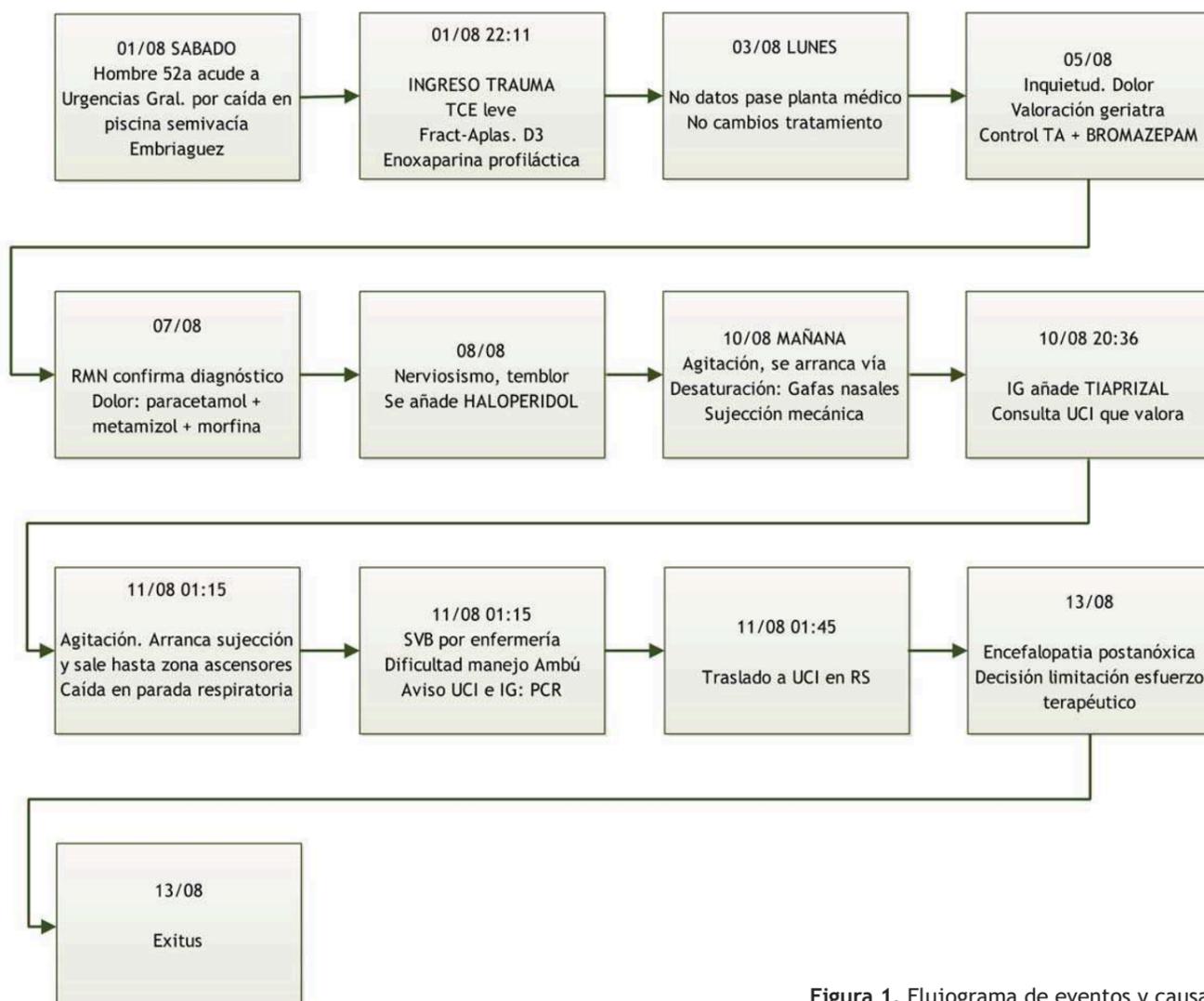


Figura 1. Flujograma de eventos y causas

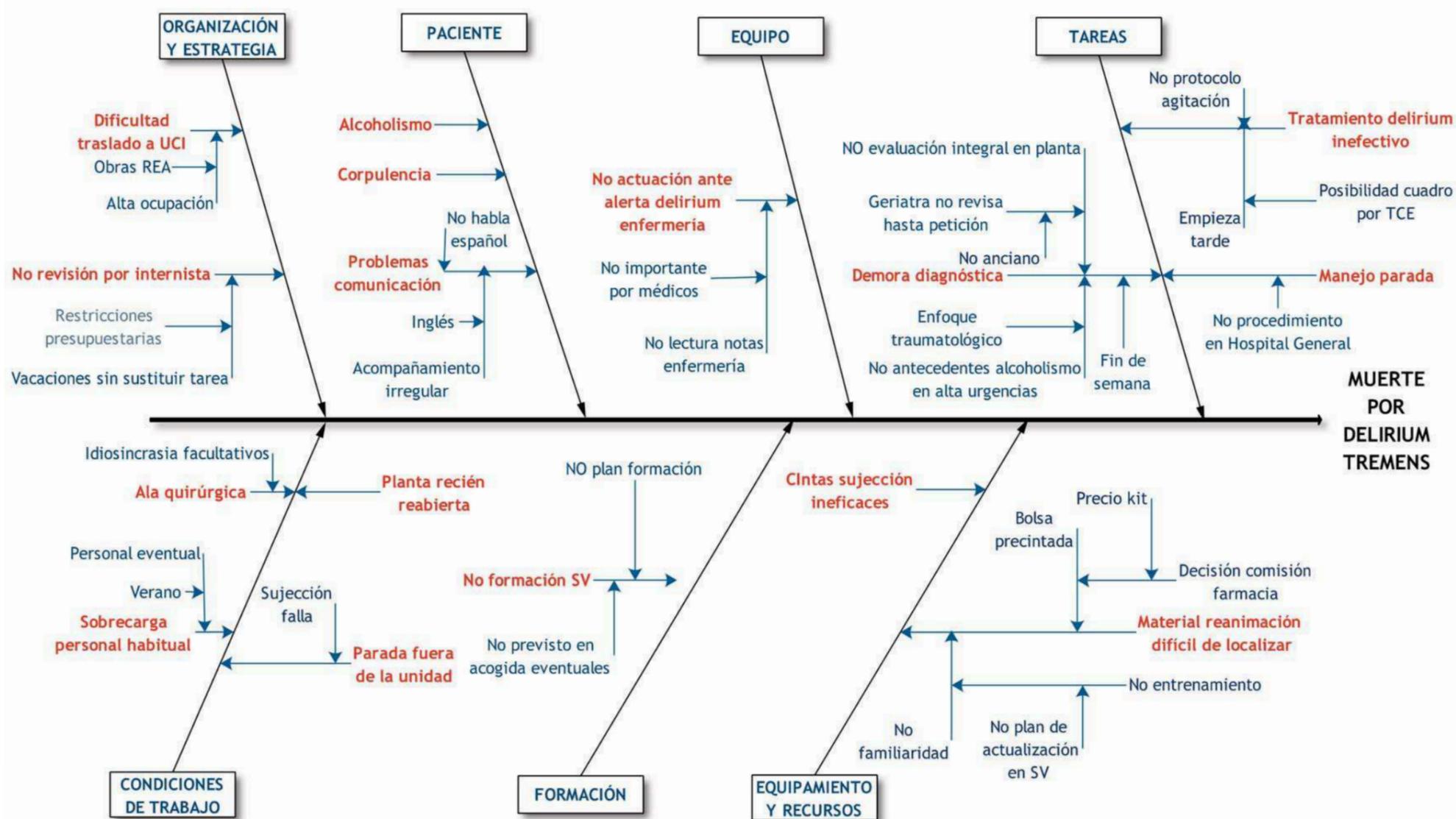


Figura 2. Diagrama de causa y efecto

La notificación era sobre un varón de mediana edad que ingresa a primeros de agosto por urgencias tras una caída con traumatismo cráneo-encefálico y fractura vertebral. Lo primero que se hizo fue formar un grupo de trabajo donde participaron miembros del núcleo, de la dirección, médicos, farmacéuticos y enfermeros. Su primera tarea fue reunir toda la información posible sobre el tema. Para ello se indagó en la historia clínica electrónica y en papel, así como en el programa de prescripción de medicamentos. Además se realizó entrevistas a profesionales y mandos del servicio y del ala de hospitalización donde sucedió. La secuencia de eventos que han podido asegurarse se detalla en la figura 1.

El que su lengua materna no fuera el castellano dificultaba la comunicación. A los pocos días comienza con un cuadro de nerviosismo, temblor y agitación, compatible con delirium tremens, que precisó medicación específica y medidas de sujeción mecánica. Aun así, una madrugada se arranca la sujeción y sale de la planta hasta la zona de ascensores, donde cae en PCR. Allí se inician medidas de soporte vital por el personal de enfermería y médico de guardia. Se traslada a UCI donde se evidencia encefalopatía postanóxica, falleciendo el paciente dos días después.

Para indagar las causas, se comenzó por una tormenta de ideas para identificar factores que pudieran haber contribuido (no causado) a que se produzca el evento adverso, incluyendo aquellas barreras que, mediante su fallo (completo o parcial) o su ausencia puedan haber permitido su aparición. Las causas identificadas fueron debatidas, ordenadas y agrupadas en categorías mediante un diagrama de causa y efecto. El resultado se recoge en la figura 2.

Del diagrama se resumió en distintos tipos de factores (condicionantes y contribuyentes, acciones, etc.), con especial interés en identificar las causas-raíz, aquéllas que si se corrigen pueden prevenir que se vuelva a repetir el incidente. En nuestro caso, fueron 3:

- Insuficiente formación en soporte vital básico instrumentalizado.
- Carros de parada poco amigables en el acceso al instrumental.
- Sistemas de contención mecánicas poco eficaces.

Ante esta situación se priorizaron y pusieron en marcha las siguientes acciones correctoras:

- 1** Diseño e implementación de un **procedimiento de parada para el hospital general**, con la intención de poner en marcha el Soporte Vital Básico Instrumentalizado por Roles. Para ello se programaron actividades formativas, unas 10 ediciones del curso dirigidas a todo el personal del Hospital General (médicos, enfermería, auxiliares). Será objeto de otro artículo.
- 2** **Cambios en los carros de parada.** Se revisaron los fármacos y el material fungible, añadiendo unos, eliminando otros y modificando de viales de algunos.
- 3** **Elaboración de un Manual de Contención** cuya finalidad es mantener sujeto al paciente, siempre bajo las órdenes médicas escritas de un facultativo, y siempre que no exista alternativa.

Con estas medidas, y gracias a vuestras notificaciones en SiNASP, la Arrixaca cuenta ahora con nuevas barreras para disminuir la probabilidad de que sucedan eventos adversos ...pero aún queda un largo camino por recorrer.

Notifica en SiNASP*.

Ayúdanos a hacer tu trabajo diario más seguro para nuestros pacientes

* Si olvidaste la clave de acceso, llámanos o mándanos un correo (tienes los números/dirección en la portada): te la facilitaremos.

Cambio de especialidad debido a defectos de calidad del acondicionamiento de los medicamentos

Garrido Corro B.
Farmacéutica. Uso seguro medicamentos

retrasar el inicio de la administración del medicamento o crear una situación de estrés adicional al personal responsable de la preparación.

En el último año, desde distintas Unidades médicas, quirúrgicas y desde el área estéril de elaboración de nutriciones parenterales dentro del Servicio de Farmacia, se ha notificado defectos en la calidad del acondicionamiento primario de las ampollas de sulfato de magnesio 1,5 g/10 mL (Sulmetín Simple endovenoso®), a través del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP).

El defecto consistía en la rotura “masiva” de la ampolla. Cuando se procedía a manipular la especialidad para su apertura, para cargar la cantidad necesaria para la administración del medicamento y/o para la preparación de sueros o nutriciones parenterales, se producía la fragmentación de la ampolla de forma irregular (figura 1). Existía alta probabilidad de que se pudieran rasgar los guantes de látex y producirse un corte accidental.

Por otro lado, al tratarse de un fármaco que puede ser necesaria su utilización en pacientes o situaciones críticas, puede

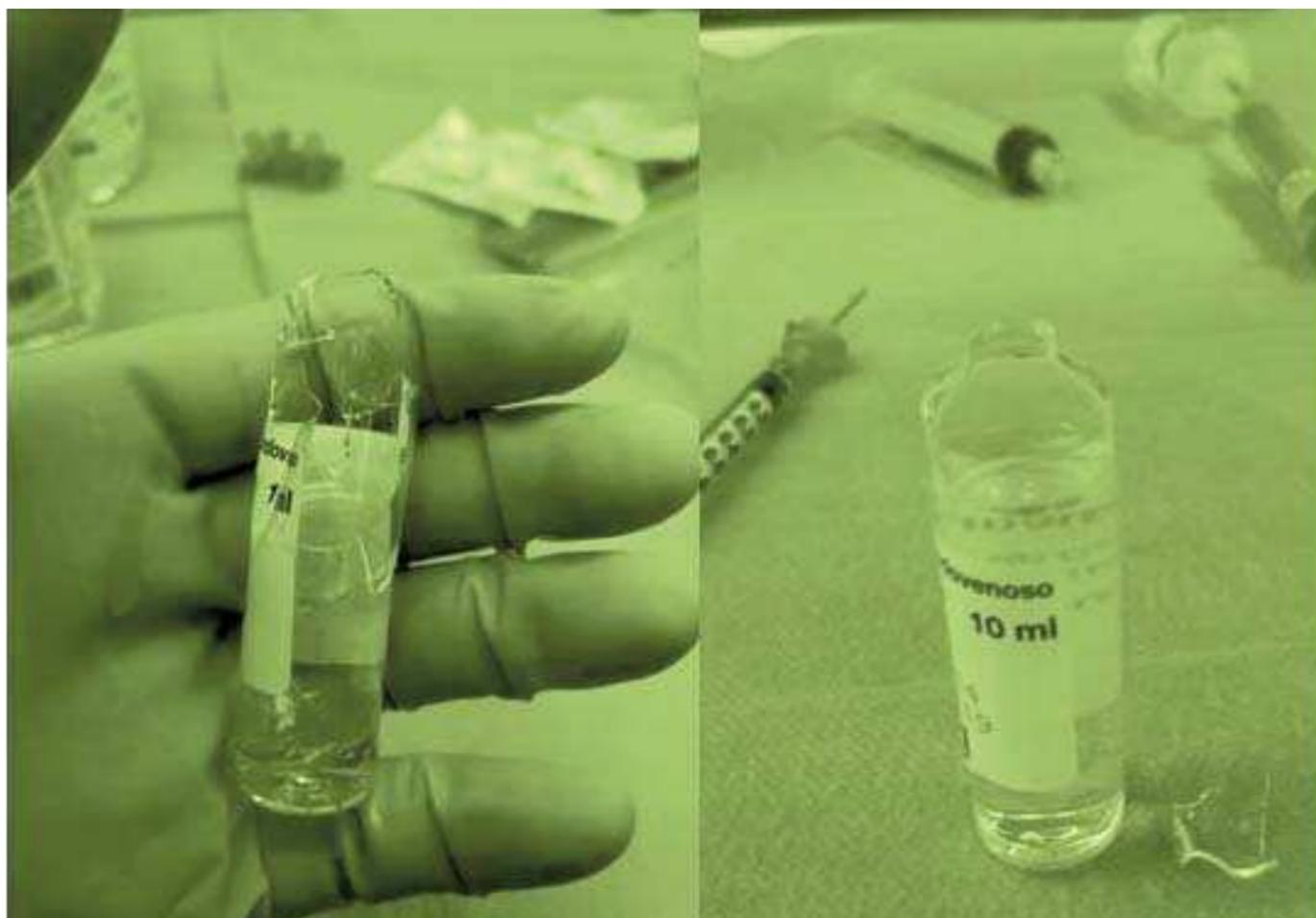


Figura 1. Ampollas defectuosas

Es importante recordar también que las ampollas de sulfato de magnesio se consideran medicamento de “alto riesgo”, por lo que debemos evitar siempre cualquier situación que pueda desencadenar un potencial error con estos medicamentos.

Con anterioridad existieron problemas de suministro de esta especialidad y durante una temporada se importó el medicamento desde el extranjero. Actualmente parece haberse restablecido el suministro en España, aunque las ampollas han disminuido la calidad del material de acondicionamiento y no presentan una adecuada banda de corte.

Estos incidentes fueron notificados al Departamento de Calidad del laboratorio fabricante, pero no se ha recibido, hasta la fecha, ninguna respuesta al respecto.

Tal y como sugerían los notificadores y siguiendo las recomendaciones de seguridad en el uso de los medicamentos, desde el Servicio de Farmacia se estudió la posibilidad de un cambio de proveedor, ya que existían otras especialidades disponibles, de otros laboratorios fabricantes y con la misma presentación de la sal de magnesio parenteral [ampollas de 1,5 mg/10 mL] (figura 2).

El que la presentación fuera idéntica es fundamental a la hora de seleccionar un cambio de proveedor, ya que el adquirir diferentes presentaciones, con diferente concentración, supone añadir una fuente de error adicional a la cadena de utilización de los medicamentos. En estos casos, siempre es necesario tenerlo en cuenta e implementar proactivamente las recomendaciones específicas para prevención de errores relacionadas con los cambios de presentación.



Figura 2. Nuevas ampollas de sulfato de magnesio, adquiridas a otro proveedor

Los errores médicos vistos por los residentes de primer año de la Arrixaca

López-Picazo Ferrer JJ
Ana Belen Moreno
Unidad Calidad Asistencial.

Es claro que para mejorar la seguridad de los pacientes una de las medidas a tomar debe ser formar a los profesionales sanitarios, en especial a los que inician su especialización como residentes. En la Arrixaca, la Unidad de Calidad Asistencial (UCA) se responsabiliza de la actividad sobre “gestión de la calidad” incluida durante el primer año en el Plan Transversal de Formación de Residentes, donde los aspectos relacionados con la seguridad del paciente siempre han tenido una atención especial.

Para que esta actividad fuese lo más atractiva y provechosa posible para ellos, pensamos que un buen punto de partida puede ser conocer sus actitudes y conocimientos sobre error en medicina y cultura de seguridad. Por eso decidimos indagar la opinión y percepciones de los médicos que inician su residencia en el hospital a través de un cuestionario. La encuesta va pues dirigida a los profesionales que reciben formación como residentes de primer año y acuden al mencionado curso-taller sobre calidad asistencial que se celebra en la Arrixaca cada año durante el mes de febrero (unos 8 meses después de su incorporación).

La encuesta es autocumplimentada, a través de un formulario distribuido al

*Saura-Llamas J, Martínez-Garre N, Sebastián-Delgado ME, Leal-Hernández M, Martínez-Pastor A. Resultados de la investigación formativa “Sobre Seguridad del Paciente” en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia, España. Aten Fam. 2013;20(2):35-40.

inicio de la sesión sobre seguridad del paciente de este taller. Nos sirve de base para generar debate sobre el tema durante la misma y se recoge al finalizar. Se trata de un cuestionario de 11 preguntas, adaptado del cuestionario validado utilizado por Saura et al para describir cómo perciben y abordan los residentes de medicina familiar y comunitaria sus errores clínicos. Se completa con cuatro preguntas abiertas para describir el último error médico que fueron conscientes de cometer.

El trabajo de campo que describimos aquí se ha desarrollado en las promociones de residentes de 2016 y 2017, no registrándose ningún tipo de incidencia a lo largo de su desarrollo. Se realiza el análisis descriptivo de las variables de estudio, estratificado por sexo y tipo de residente (especialidad médica o quirúrgica). Se efectúa contraste de proporciones mediante test no paramétricos.

RESULTADOS

Se han obtenido un total de 67 cuestionarios, en los que se especificó la especialidad que cursaban en 62 ocasiones, siendo ésta en 39 casos médica y en 13 quirúrgica. El resto (10 casos, 16,1%) era de profesiones no médicas (FIR, EIR, etc.) y se excluyeron del estudio. Quedan pues un total de 52 casos válidos. En éstos, la edad osciló entre 25 y 47 años, con media 27,0, DE 3,5 y percentiles desde P5 a P75 en 26 años. El género figuraba en 51 ocasiones, siendo el 51,0% mujeres.

PERCEPCIÓN DEL ERROR MÉDICO

La tabla 1 recoge los porcentajes globales de respuestas afirmativas y sus intervalos de confianza, así como el desglose por género y tipo de especialidad, sobre los que no se han encontrado diferencias significativas.

	% RESPUESTAS AFIRMATIVAS					
	GLOBAL		GENERO		ESPECIALIDAD	
	%	±IC95%	Mujer	Hombre	Médica	Quirúrgica
¿Crees que TODOS los médicos, al atender a sus pacientes, cometen errores?	86,3	9,3	80,0	92,0	86,8	84,6
¿Crees que en el tiempo que llevas de ejercicio profesional has cometido algún error clínico?	96,2	5,2	96,2	96,0	97,4	92,1
¿Has cometido algún error médico en los 2 últimos meses de ejercicio?	79,6	11,0	78,3	84,0	77,8	94,6
¿Es posible cometer errores y que no nos enteremos que los hemos cometido?	98,0	3,8	100,0	96,0	97,4	100,0
¿Es verdad que siempre pensamos que hemos cometido menos errores de los que cometemos en realidad?	78,4	11,2	76,9	80,0	84,6	61,5
¿Eres consciente de haber cometido algún error médico grave?	15,7	9,9	15,4	16,0	17,9	7,7
¿Alguno de esos errores han tenido repercusión importante sobre la salud de tus pacientes?	10,0	8,2	10,5	8,3	10,5	8,3
¿Alguno de esos errores ha tenido repercusión importante para ti?	28,6	12,3	26,9	30,4	31,6	16,7
¿Has aprendido de tus errores?	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
¿Sabes que hacer para evitar los errores?	77,1	11,4	79,2	75,0	75,7	83,3
¿Has ayudado a subsanar algún error de un compañero?	79,2	11,0	87,5	70,8	78,4	83,3

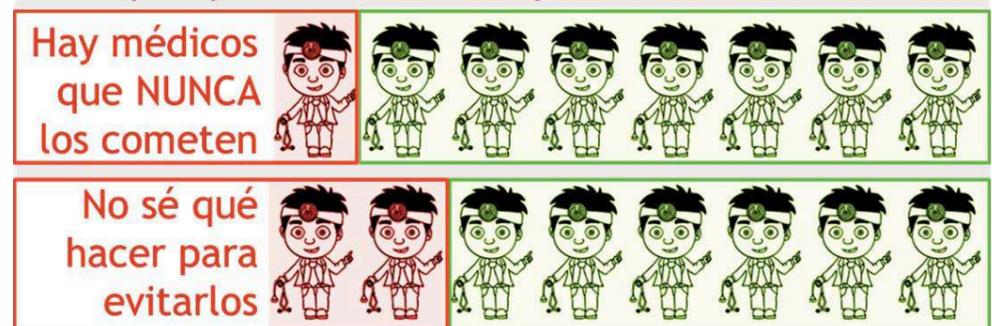
Tabla 1. Respuestas afirmativas a las preguntas del cuestionario

A destacar que un 13,7% de los residentes creen que hay médicos libres del error y que un 21,6% niegan que se perciban menos errores de los que realmente suceden.

Por otra parte, aunque el 3,8% niega haber cometido error alguno en el ejercicio de la profesión, el 79,6% lo ha hecho en los últimos dos meses, y estima cometer entre 2 y 365 errores/año (media, 43; desviación, 79; mediana 12). El 15,7% es consciente de haber cometido algún error grave, cuya repercusión es para el paciente, pero también para el propio residente.

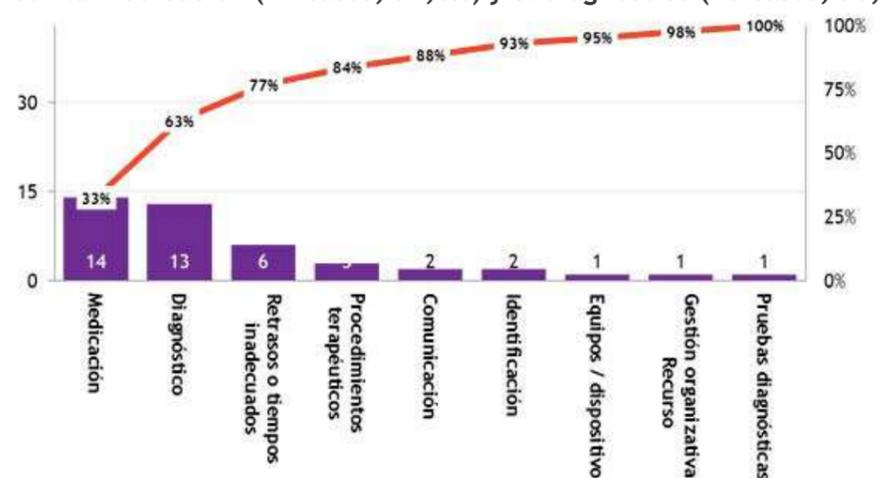
Preocupa que el 23% de los residentes (¡uno de cada 4!) no sepa qué hacer para evitar los errores

Conocimientos y creencias de los médicos residentes de primer año acerca de los errores médicos: principales elementos a trabajar durante su formación

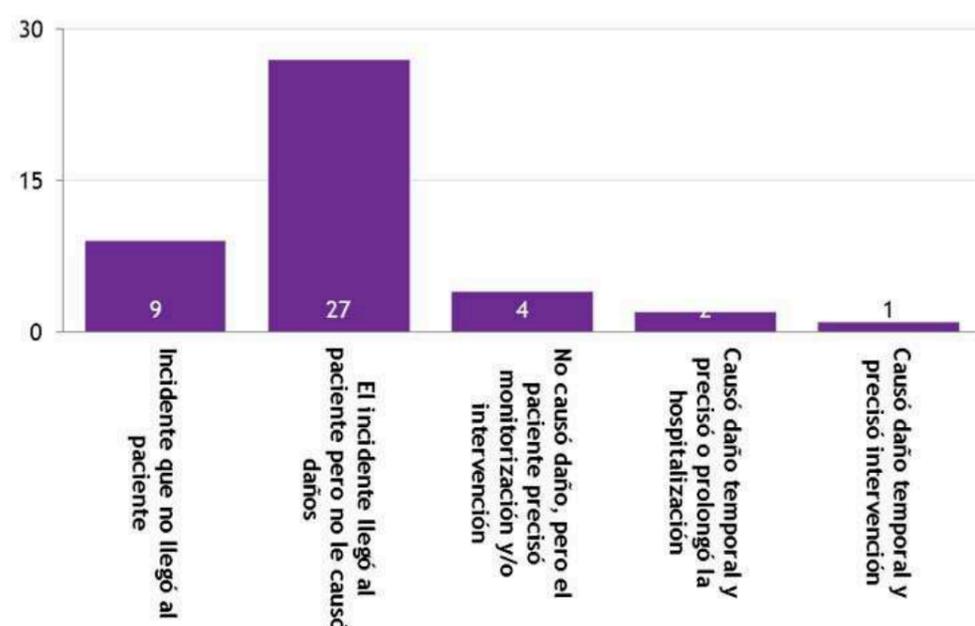


ANÁLISIS DEL ÚLTIMO ERROR

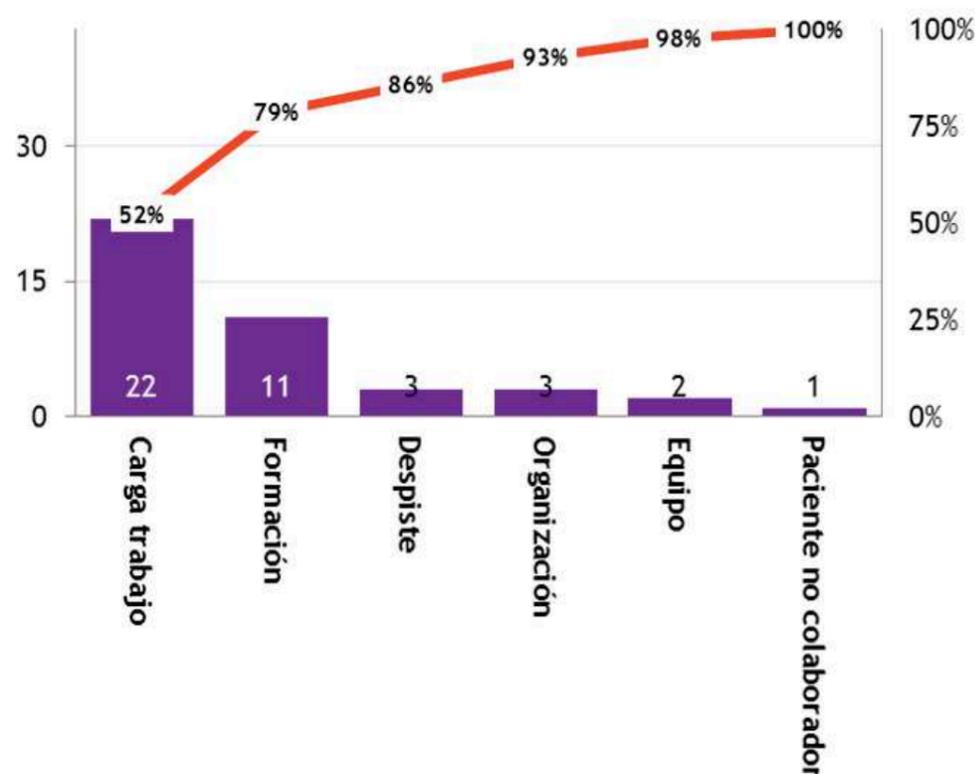
De los 52 casos válidos, 43 (82,7%) reportaron datos sobre el último error médico que fueron conscientes de cometer, la mayoría de ellos relacionados con la medicación (14 casos, 32,6%) y el diagnóstico (13 casos, 30,2%).



En cuanto a sus consecuencias, en 9 ocasiones (20,1%) no llegó al paciente, mientras que en 27 (62,8%) sí llegó, pero no precisó intervención:

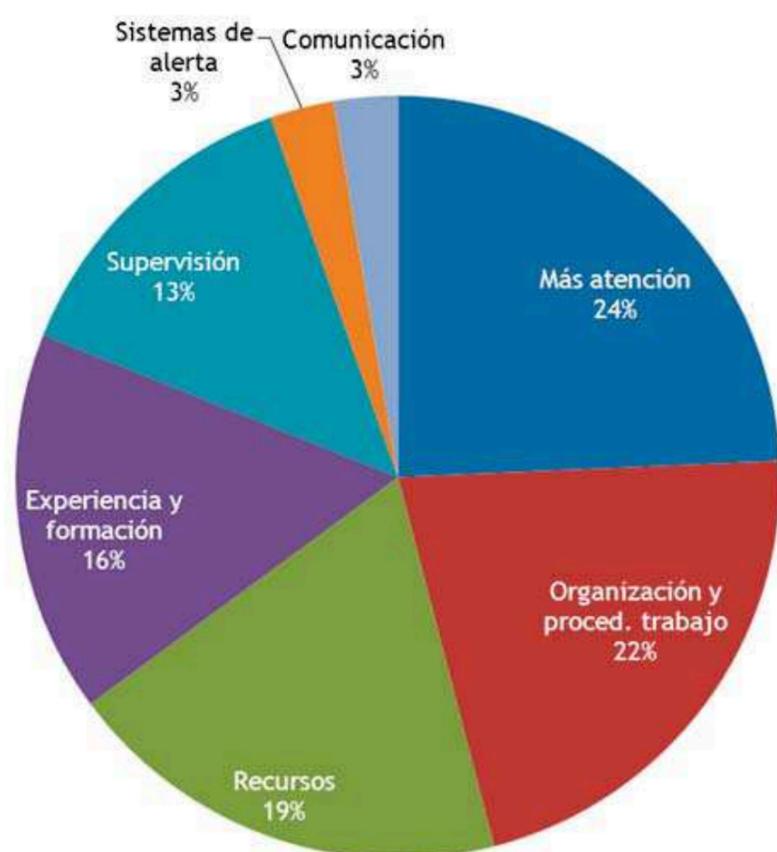


Como factores contribuyentes de su error, el más identificado fue la fatiga y carga de trabajo que han de soportar (22 casos, 52%), seguido de la necesidad de formación, entendida como la limitación de sus conocimientos por su situación de R1 (11 casos, 26%).



En resumen:

- Creencias erróneas en cuanto a la magnitud del error médico y a la infabilidad de “algunos” facultativos.
- En lo que atañe a su actividad durante el primer año de residencia, conciencia de comisión de errores, en ocasiones graves, relacionados sobre todo con el uso de medicamentos y el diagnóstico.
- Uno de cada cuatro R1 no sabé qué hacer para disminuir los errores.



Las medidas para evitar el error son diversas y más repartidas (ver diagrama), aunque llama la atención que entre las más mencionadas figuren poner mayor atención (9 ocasiones, 24%) o adquirir mayor experiencia y formación (6 casos, 16%), y que sólo en un caso se mencionen los sistemas de alerta y seguridad, o las mejoras de comunicación.

Por otro lado, una mayor supervisión del residente de primer año es un ne-

cesidad sentida en un número significativo de ocasiones (5 casos, 13%), en consonancia directa con la necesidad de mejorar la organización de sus tareas y responsabilidades durante las guardias, y que en el diagrama se referencian entre las necesidades de mejorar la “organización y procedimientos de trabajo” (8 casos, 22%).

De los resultados de esta encuesta resulta evidente que existe una gran laguna formativa en las facultades de medicina en cuanto a seguridad del paciente.

Aunque no somos una universidad, desde la Arrixaca lo podemos paliar introduciendo las nociones y elementos básicos en seguridad del paciente ya desde las prácticas que realizan los estudiantes. E igual sucede con los residentes: nuestro deber como profesionales en un hospital docente es ayudarles a superar esos defectos formativos y hacer de ellos unos excelentes especialistas. Adelante.

¿Es realmente una alergia medicamentosa? Oportunidades perdidas en el tratamiento

Garrido Corro B.
Farmacéutica. Uso seguro medicamentos

Es bien sabido, que las alergias a medicamentos son relativamente frecuentes y a menudo pueden resultar graves, por lo que el diseño y la implantación de estrategias que eviten una re-exposición de estos pacientes al alérgeno es fundamental. Obviar por parte de los profesionales sanitarios la alergia de un paciente puede ser un error habitual y se ha estimado que supone aproximadamente el 13% de los errores de prescripción en pacientes ingresados.

Por otro lado, en medicina ocurren muchas paradojas. Se describe el caso de una comunicación al SiNASP de un incidente relacionado con la seguridad del paciente.

Se administró ácido acetilsalicílico (AAS) a un paciente ingresado por un IAM en la unidad coronaria de la UCI pese a constar en su historia clínica alergia a AAS. Una vez conocido el incidente se suspende el AAS del tratamiento. Recibida la comunicación se analiza el incidente. Al re-historiar al paciente se comprueba que nunca se le había realizado una prueba de alergia, y lo que manifestaba era intolerancia digestiva al AAS.

Se estima que únicamente el 5% de los casos de alergias medicamentosas están diagnosticados mediante los test de alérgenos correspondientes. Esta falta de seguimiento de los pacientes por parte de los especialistas en alergias (ya

sea porque no existe esta figura en Hospitales pequeños o porque no se les solicitan las interconsultas correspondientes) ha podido llevar a una sobreestimación del problema. Esto puede, en el mejor de los casos, conducir a la utilización innecesaria de fármacos de segunda línea, la omisión de medicamentos necesarios o en el peor de los casos, dar lugar a reacciones potencialmente graves si se administran medicamentos estrechamente relacionados en casos de alergia verdadera.

En el caso que presentamos, se privó de AAS a un paciente con IAM durante unas horas por una alergia que realmente no lo era. De pasar a ser un incidente por administrar un fármaco por alergia al mismo, a no ser alérgico y no administrarlo.

Hechos como el anteriormente descrito restan oportunidades de tratamiento, e incluso pueden empeorar su curso clínico. Es fundamental apoyarnos en una correcta historia clínica dirigida a descartar “dudosas alergias a medicamentos”.

La prevención de las reacciones alérgicas que sufren los pacientes ingresados podría mejorarse con un registro eficaz de los datos de hipersensibilidad. El desarrollo de las nuevas tecnologías, entre ellas la Prescripción Electrónica Asistida (PEA), contribuye a mejorar la seguridad de los pacientes y en definitiva la calidad asistencial.

La implantación de nuevas tecnologías en forma de aplicaciones informáticas bien diseñadas y fáciles de usar, permite registrar gran volumen de información esencial para prevenir errores médicos y reforzar la falta de comunicación entre profesionales sanitarios.

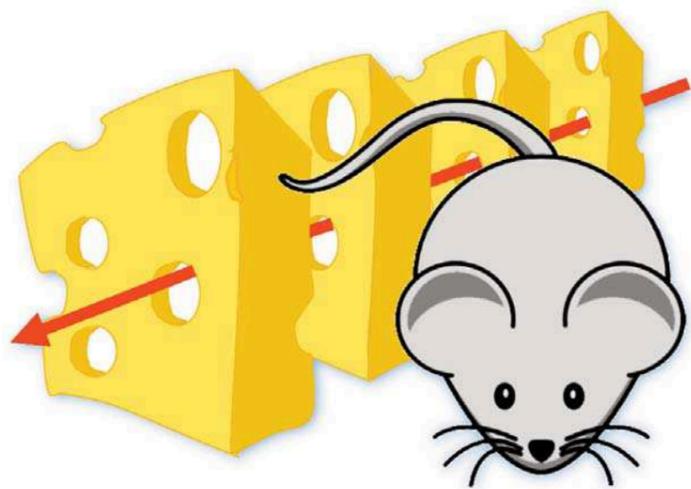
Un sistema de PEA debe tener incorporado un registro de los fármacos a los que es alérgico cada paciente en el caso de que los haya. Este registro de alergias debe servir para generar una alerta en el caso de que se intente prescribir un fármaco alérgico para el paciente, que debe consistir en un mensaje de aviso que bloquee la prescripción. Además es importante que el sistema diferencie las alergias (si son sospecha o confirmadas) de las intolerancias. El profesional sanitario debe siempre tener la posibilidad de desbloquearlo, ya que puede haber situaciones en las que un juicio clínico justifique continuar la prescripción y el profesional debe siempre poder tomar la decisión final. En cualquier caso, los mensajes de aviso en general deberían informar sobre las características de gravedad y significancia clínica del evento para evitar que sean ignorados de manera sistemática.

Para terminar, es importante destacar que, las alertas generadas por los sistemas de PEA deben ser precisas y pertinentes con el objetivo de evitar la “fatiga de alertas” y disminuir la tasa de anulación de las mismas.

Bibliografía

- Hampton C, Balson A, Schiff G. Do ask, don't tell: failure to communicate drug allergies recorded in out patient medical record to a pharmacy computer. *J Invest Med.* 1997; 45:311A.
- Jones TA, Como JA. Assessment of medication errors that involved drug allergies at a university hospital. *Pharmacotherapy.* 2003;23:855-60.
- Guchelaar H, Kalmeijer MD. The potential role of computerisation and information technology in improving prescribing in hospitals. *Pharm World Sci.* 2003; 25:83-7.
- Gaig P, García-Abujeta J, Muñoz-Lejarazu D, et al. Prevalencia de alergia en la población adulta española. *Alergología e Inmunología Clínica.* 2004; 19:68-74.

- Villamañán E, Herrero A, Álvarez-Sala R. Prescripción electrónica asistida como nueva tecnología para la seguridad del paciente hospitalizado. *MedClin(Barc).* 2010; 136:398-402.
- Arenas-López S, Van der Poel, L-A, Lack G, Du Toit G, Fox AT. Are reported drug allergy in children always properly diagnosed? *Pharmaceutical Journal.* vol 289, august 2012 online version.
- González-Gregori R, Dolores Hernández Fernández De Rojas M, López-Salgueiro R, et al. Allergyalerts in electronichealth records for hospitalized patients. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2012; 109:137-40.
- Jares EJ, Sánchez-Borges M, Cardona-Villa R, Ensina LF, Arias-Cruz A, Gómez M, et al. Multinationalexperiencewithhypersensitivity drug reactions in LatinAmerica. *Ann Allergy, Asthma Immunol.* 2014; 113:282-9.
- Topaz M, Seger DL, Slight SP, Goss, Lai K, Wickner PG, et al. Rising drug allergy alert overrides in electronic health records: an observational retrospective study of a decade of experience. *J Am Med Inform Assoc.* 2015 Nov 17.



El ratón de Leape. Cirugía en paciente equivocado

El ratón de Leape es una sección de SALUD SEGURA donde bosquejamos el estado de la cuestión en temas relativos a seguridad del paciente, o comentamos artículos recientes. La idea es que sirva como base para autoevaluar nuestras actuaciones y saber qué hacer para mejorar.

Utilizamos artículos o conclusiones (principalmente metanálisis y revisiones sistemáticas) que pueden ser recuperados o solicitados a la Biblioteca Virtual MurciaSalud, a la que todos tenemos acceso gratuito. Usamos preferentemente las bases de datos PubMed y Cochrane filtrando por tipo de documento y limitando el periodo a los últimos 3 ó 5 años, según los casos. Para la búsqueda tecleamos los términos pertinentes (inglés/castellano) con los booleanos AND, OR, NOT. Hoy hablamos de la cirugía en el paciente equivocado.

León Molina J¹, Moreno López, AB²

¹Enfermero Documentalista. Área Gestión Aparato Digestivo.

²Médico. Unidad de Calidad Asistencial.

BÚSQUEDA DOCUMENTAL

Términos de búsqueda: paciente equivocado (wrong patient); cirugía (surgery).

Periodo: 2010 a 2017.

Fuentes bibliográficas: Web of Knowledge - Fecyt; PubMed.

Documentos identificados: 26.

Documentos utilizados: 15.

Gestor bibliográfico: EndNote X7.

La cirugía en el paciente equivocado es un evento adverso de graves consecuencias que nunca debe ocurrir.

Las organizaciones sanitarias deben incorporar mecanismos de seguridad de obligado cumplimiento que impidan los errores, como el listado de verificación quirúrgica, implicando a todo el equipo quirúrgico y a los pacientes.

La conciencia de que errar es humano y la voluntad individual de reconocer y prevenir errores son los prerrequisitos para reducir y prevenir la cirugía errónea.

Los errores médicos pueden definirse como el fracaso de una acción planeada para ser completada como se pretende o el uso de un plan incorrecto para lograr un objetivo (1). La conciencia de que errar es humano y la voluntad individual de reconocer y prevenir errores son los prerrequisitos para reducir y prevenir la cirugía errónea (2).

Los errores son inherentemente preocupantes en la atención médica moderna. Más allá del costo en salud, económico y el impacto en medios de comunicación, que afectan tanto a pacientes como a profesionales (3), causan pérdida de confianza en el sistema de salud por parte de los pacientes y disminución de la satisfacción tanto de estos como de los profesionales sanitarios (1).

La calidad y la seguridad son preocupaciones básicas en cualquier práctica médica. Especialmente en el ámbito quirúrgico, con el progresivo aumento del volumen y disminución de los tiempos de procedimiento, la atención a estos temas debe ser asegurada (4).

Los eventos adversos graves relacionados con la cirugía son en gran medida prevenibles, las organizaciones sanitarias deben establecer procesos para reducir los errores e incluso eliminarlos cuando sea posible, ya que sus consecuencias pueden ser dramáticas e irreversibles (5, 6).

La cirugía errónea incluye el procedimiento equivocado, cuerpos extraños retenidos u olvidados, lado equivocado y paciente equivocado (5, 8-10). Se trata de una serie de complicaciones raras, pero totalmente prevenibles en cirugía y otras disciplinas invasoras, que podrían estar asociadas con morbilidad severa o incluso muerte. En virtud de su evitabilidad, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que la cirugía errónea es un evento adverso que nunca debe suceder (2), por ello es necesario establecer estrategias actualizadas para prevenirlas o reducir su riesgo (3).

Aunque ocurren con poca frecuencia, la mayoría de los equipos quirúrgicos reconocen su existencia y sus efectos devastadores (11). Actualmente, las principales organizaciones de calidad que han implementado prácticas recomendadas de cirugía garantizando la seguridad del paciente incluyen recomendaciones para reducir la cirugía errónea (5, 7).

Paciente equivocado

La cirugía en paciente equivocado incluye o se produce por errores de identificación en los registros de documentación quirúrgica del paciente en: datos personales como el nombre, apellidos o fecha de nacimiento, datos biométricos, o códigos identificativos sanitarios (8).

En la práctica, los errores quirúrgicos que involucran al paciente equivocado o al sitio incorrecto del cuerpo son evitables. Los controles preoperatorios deben ser aplicados de manera metódica y sistemática. Esto incluye solicitar al paciente que confirme su identidad y el lugar de la operación (5)

Datos concretos

Algunos estudios seleccionados (2, 8, 9, 11) evalúan los errores ocurridos, o la probabilidad de que ocurran. Weingessel et al detectaron 96 (0,5%) errores de 18.081 actos quirúrgicos en los datos de los pacientes y 38 (0,2%) en la documentación quirúrgica (8). Según Rothman et al. estimaron una incidencia de cirugía errónea de 1 por cada 5.000 casos (9).

En una encuesta a 427 profesionales del área quirúrgica que incluía cirujanos, anestesiólogos, enfermeros de anestesia y de quirófano, el 38% de los encuestados había experimentado incertidumbre sobre la identidad del paciente y el 63% declaró que la verificación del paciente, sitio y procedimiento correctos debe ser responsabilidad del equipo (11). Otro estudio encontró 427 (0,10%) notificaciones eran sobre la cirugía del sitio incorrecto de 433.528 informes; el 8% de dichos errores se realizaban en el paciente equivocado (12)

Herramientas para la prevención de errores quirúrgicos

La gestión del riesgo clínico tiene como objetivo identificar, analizar y evitar errores para mejorar la seguridad del paciente (8).

En cuanto a herramientas para prevenir los errores quirúrgicos se destacan las listas de verificación quirúrgica en todas las intervenciones (el paciente confirma su identidad antes de la inducción anestésica y el equipo comprueba la identificación del paciente a través de la pulsera de identificación antes de la incisión quirúrgica) el apoyo de sistemas electrónicos de documentación, la utilización de la radiofrecuencia para identificación y localización de pacientes en el hospital, especialmente, en la zona quirúrgica (2, 4, 8, 9)

La seguridad del paciente en el período perioperatorio es esencial para el suministrar atención de calidad al paciente. La implementación efectiva de prácticas de cirugía segura debe incluir la notificación de eventos graves (5).



Profesionales implicados

El trabajo preoperatorio requiere de un equipo multidisciplinar coordinado (4). Se entienden involucrados: cirujanos, enfermeras, anestesiólogos y asistentes quirúrgicos (9). Algunos estudios incluyen psicólogos, ingenieros de procesos y apoyo administrativo (5).

Las rutinas para asegurar el paciente correcto, el sitio y el procedimiento deben involucrar a todos los miembros del equipo quirúrgico, ya que la mayoría del personal quirúrgico experimenta incidencias respecto a la identidad correcta del paciente (11).

Comunicación interprofesional

La comunicación es un componente esencial en la seguridad de los pacientes (14). La comunicación deficiente se ha identificado como causa primaria de cirugía incorrecta (2). Una gran parte de errores en la identificación de pacientes en el entorno quirúrgico tienen su base en una mala comunicación interprofesional en los controles preoperatorios (5).

Contribución de los pacientes

Los profesionales sanitarios deben dejar de lado la condescendencia para superar las barreras personales y culturales que les permiten a ellos y a sus pacientes asumir derechos individuales. Los pacientes pueden hacer contribuciones importantes a su propia seguridad sanitaria. Pueden y deben participar en su seguridad, siendo muchas las oportunidades para ello. El empoderamiento debe ser una característica fundamental de cualquier intervención dirigida a aumentar el nivel de confianza del paciente en la realización de comportamientos relacionados con la seguridad (1).

Con el fin de permitir que los pacientes contribuyan a aumentar su seguridad, no deben ser marginados en un papel pasivo. Capacitar a los pacientes para que tomen un papel activo y participen en un comportamiento orientado a la seguridad, como puede ser obtener y comprender el consentimiento informado (15).

Pacientes extranjeros

En un entorno como el nuestro puede tener interés la adaptación de un trabajo (15) en el que se analiza la problemática en un hospital militar con una alta incidencia de pacientes afganos que no hablan inglés. En el trabajo se da gran importancia al consentimiento informado y a la presencia de intérprete cualificado

Bibliografía

1. Shemesh D, Olsha O, Goldin I, et al. Patient safety: the doctor's perspective. *J Vasc Access*. 2015; 16 Suppl 9: S118-20. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25751565>
2. Ambe PC, Sommer B, Zirngibl H. [Wrong site surgery : Incidence, risk factors and prevention]. *Chirurg*. 2015; 86(11): 1034-40. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25673117>
3. Longo UG, Loppini M, Romeo G, et al. Errors of level in spinal surgery: an evidence-based systematic review. *J Bone Joint Surg Br*. 2012; 94(11): 1546-50. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23109637>
4. Oszvald Á, Vatter H, Byhahn C, et al. "Team time-out" and surgical safety-experiences in 12,390 neurosurgical patients. *Neurosurg Focus*. 2012; 33(5): E6. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23116101>
5. Loftus T, Dahl D, OHare B, et al. Implementing a standardized safe surgery program reduces serious reportable events. *J Am Coll Surg*. 2015; 220(1): 12-7.e3. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25458799>
6. Prevention of wrong-site and wrong-patient surgical errors. *Prescrire Int*. 2013; 22(134): 14-6. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23367678>
7. Michaels RK, Makary MA, Dahab Y, et al. Achieving the National Quality Forum's "Never Events": prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations. *Ann*

Surg. 2007; 245(4): 526-32. Accesible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17414599>

8. Weingessel B, Haas M, Vécsei C, et al. Clinical risk management - a 3-year experience of team timeout in 18 081 ophthalmic patients. *Acta Ophthalmol*. 2017; 95(2): e89-e94. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27422210>
9. Rothman BS, Shotwell MS, Beebe R, et al. Electronically Mediated Time-out Initiative to Reduce the Incidence of Wrong Surgery: An Interventional Observational Study. *Anesthesiology*. 2016; 125(3): 484-94. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27272671>
10. Barrington MJ, Uda Y, Pattullo SJ, et al. Wrong-site regional anesthesia: review and recommendations for prevention? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015; 28(6): 670-84. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26539787>
11. Haugen AS, Muruges S, Haaverstad R, et al. A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BMC Surg*. 2013; 13: 46. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24106792>
12. Clarke JR, Johnston J, Finley ED. Getting surgery right. *Ann Surg*. 2007;246(3):395-405. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1959354>
13. Sandberg WS, Häkkinen M, Egan M, et al. Automatic detection and notification of "wrong patient-wrong location" errors in the operating room. *Surg Innov*. 2005; 12(3): 253-60. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16224648>
14. Leon J. Comunicación interprofesional y seguridad del paciente. *Salud Segura*. 2017; 5(1): 6-8. Accesible en: [http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/377068-Salud_Segura_5\(1\).pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/377068-Salud_Segura_5(1).pdf)
15. Matheson AS, Howes RD, Midwinter MJ, et al. Surgery in an Afghan population: is pictorial consent and injury pattern recognition identification of patients appropriate? *J R Nav Med Serv*. 2010; 96(3): 158-63. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21443050>