



Hospital Nacional de Niños
Benjamín Bloom



Seguridad del Paciente

Reducción y Prevención del Error Humano

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga
Cirujano Pediatra

Objetivos

Informarnos sobre el enfoque de seguridad del paciente en la atención médica

Conocer los conceptos básicos sobre el error humano en el área de salud.

Mecanismo del accidente

La metodología de análisis de los casos de error humano.

El enfoque sistemático de las medidas preventivas de errores.

¿De qué estamos hablando?

Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

Fuente: AMSP/OMS. International
Clasification for Patient safety
(CISP) v 1.1. 2008

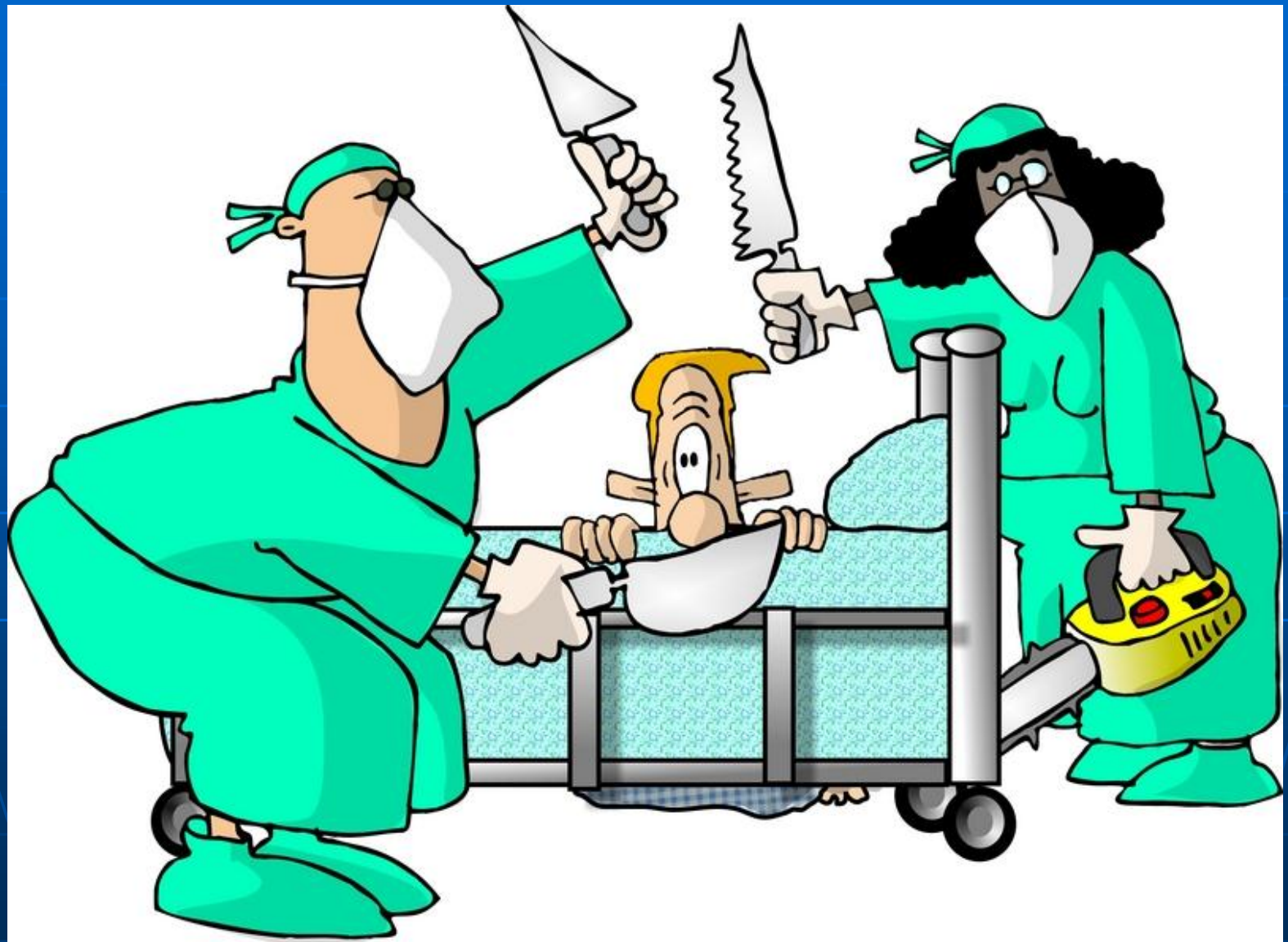


(El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento)

¿La prestación de salud es una actividad peligrosa?



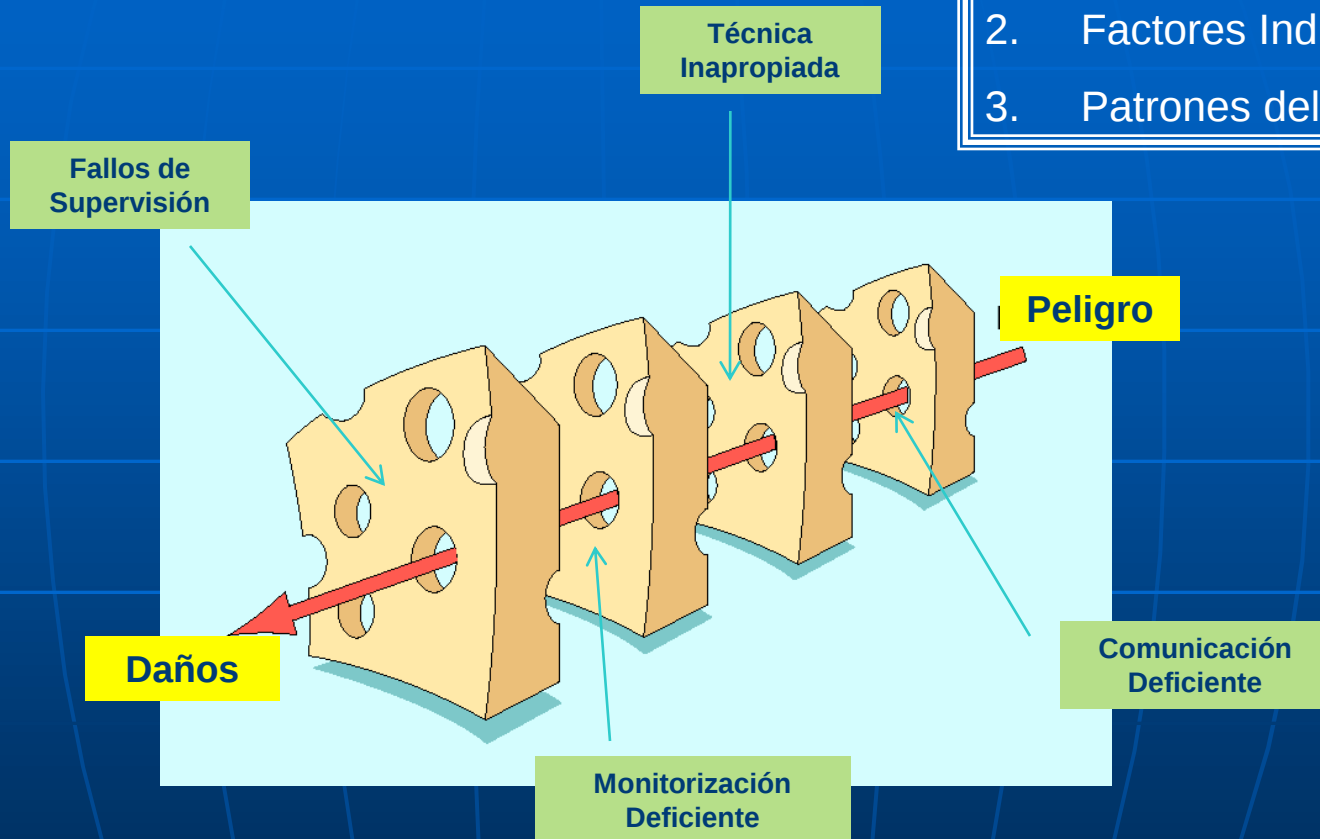
Australian Patient Safety Foundation. Dept. of Health. 2000 .



Mecanismo del Accidente

Errores Humanos y Fallos del Sistema

1. Cadena de Hechos
2. Factores Inductores
3. Patrones del Accidente

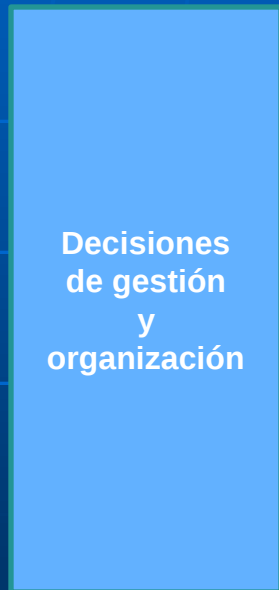


Defensas del Sistema

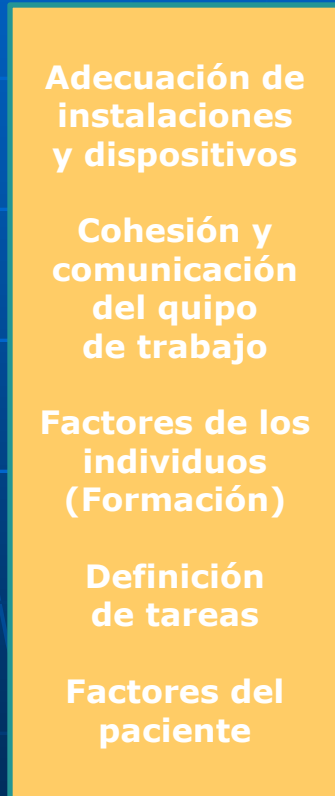
Modelo de Reason
del Queso Suizo

Análisis Sistemático de los Incidentes

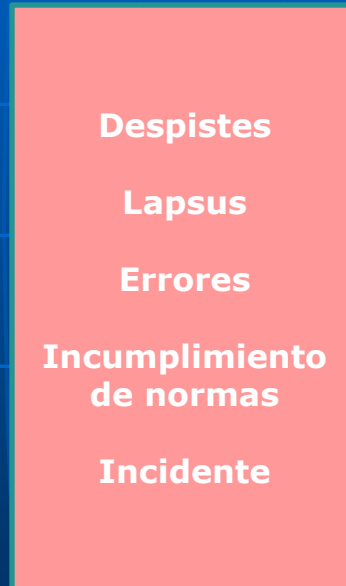
Condiciones Generales



Condiciones y Fallos Latentes



Errores



Barreras y Defensas



El Sistema como Causa del Error

- Las personas fallan
- Los errores son esperables / previsibles
- Los errores se facilitan o son consecuencia de:
 - Fallos latentes en el entorno asistencial
 - Los procesos y procedimientos que se aplican
- La estrategia de actuación es analizarlos y aprender sobre los mismos (*Learn from errors*):
 - Identificar el suceso
 - Reparar el daño
 - Buscar las causas profundas en el sistema
 - Rediseñar el sistema en función del análisis



Errores Activos y Fallos del Sistema



- **Errores activos**

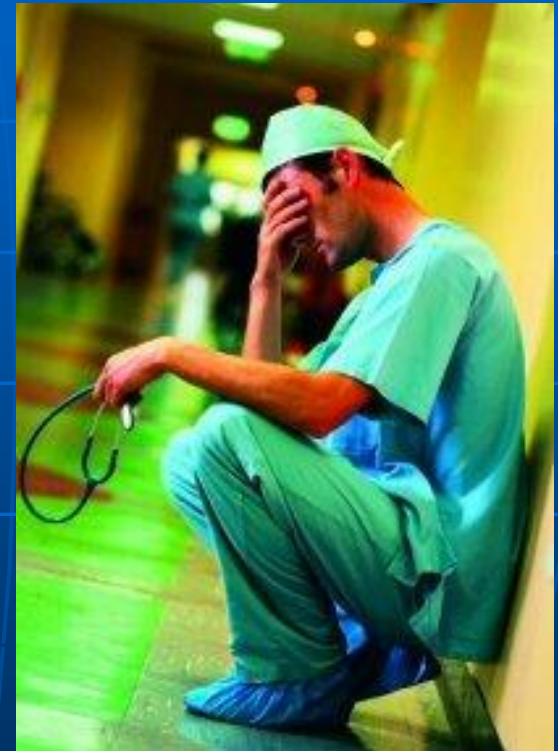
- Ocurren en el punto de contacto entre el paciente y el final de un sistema complejo.
- Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas.
- La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

- **Condiciones latentes o fallos del sistema**

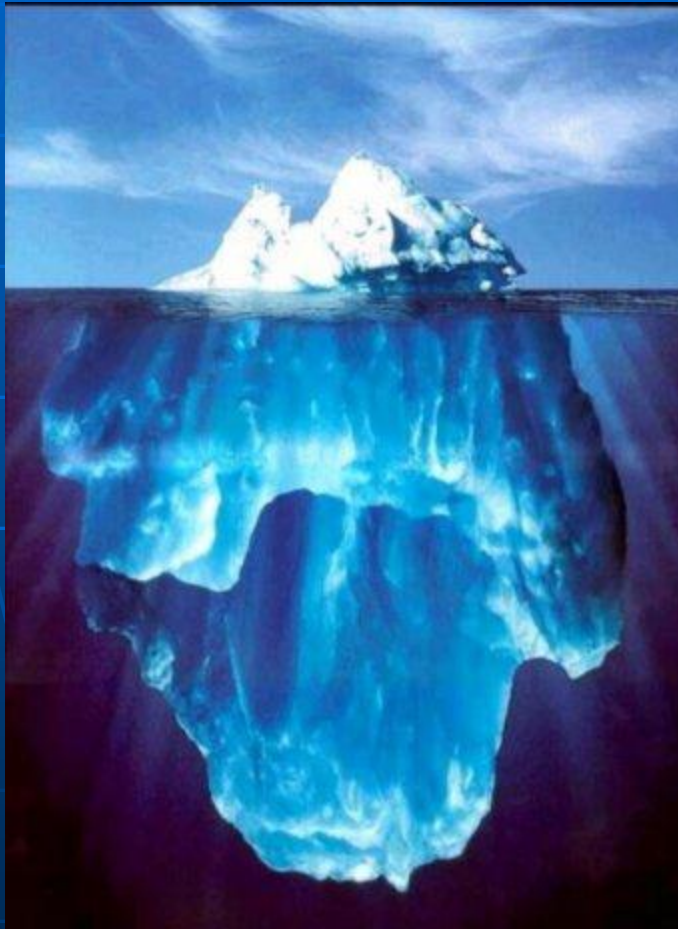
- Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc..

Definiciones

- **Incidente** : acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero por azar, la prevención o la mitigación de la misma no lo dañó.
- **Evento Adverso** : daño resultado de una intervención sanitaria relacionada con la atención clínica, y no por las condiciones basales del paciente. Estos EA son mayoritariamente prevenibles.



Frecuencia y proporción de los efectos adversos

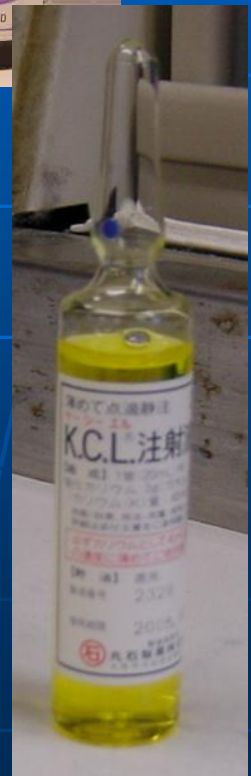


Se notifican el 5% de los
EA que se producen



Incidentes y Errores Frecuentes en Salud

- Errores de prescripción, administración de medicamentos
- Leer mal una indicación
- Calcular mal una dosis.
- Equivocarse de medicamento.
- Equivocarse de vía de administración.
- Escuchar mal una indicación verbal.
- Programar mal la infusión de un medicamento.
- Equivocarse de paciente.
- Equivocarse en el lado del paciente en el cual se realizara un procedimiento.
- Equivocarse de procedimiento.
- Infecciones Intra Hospitalarias
- Análisis de riesgos incorrectos (riesgo anestésico)
- Caída de pacientes
- Desconexión de drenajes
- Retiro de catéteres y autoextubaciones
- Quemaduras
- Errores transfusionales



- • Infecciones hospitalarias
- • Úlceras de decúbito,
- • Complicaciones Anestésicas
- • Errores y retrasos diagnósticos
- • Cirugía inadecuada
- • Dehiscencias de sutura
- • Cuerpo extraño tras intervención
- • Reingresos
- • Confusión de historias y documentos clínicos
- • Sobreutilización de tratamientos
- • Hemorragias y hematomas postoperatorios
- • Variaciones injustificadas
- • Litigios y reclamaciones



El Error Humano

El error humano no es una causa sino una consecuencia

Al considerar el mecanismo de ocurrencia de un error, éste es inducido por algo.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta, no el hecho del “descuido” sino, “la causa por qué ocurrió tal descuido”.



Enfocarse en los factores que indujeron al error

¡El Error es Inducido!

En circunstancias determinadas se aumenta la posibilidad de que cualquier persona cometa un error humano.

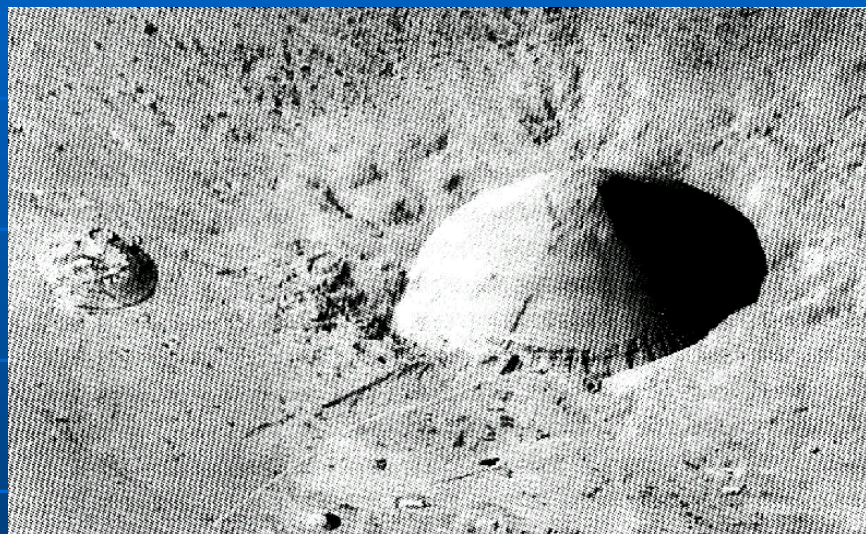
Ejemplos:

- Manual de instrucciones difícil de entender.
- Turno de noche.
- Equipos que tienden a inducir el error humano.
- Creer en algo porque así lo dicen todos.



Propiedades de la Percepción

El hombre no percibe todo, sino sólo “lo que quiere ver y lo que quiere oír”.



El hombre se siente inseguro cuando, al recopilar varias informaciones, encuentra contradicción. Es así como empieza a armar un cuento que explique el fenómeno sin que sea contradictorio. Cuando se tiene una explicación, deja de buscar más la causa.

Factores Inductores de Error en un Hospital

P: Cambio repentino de la condición del paciente, acción improvisada, debilitamiento funcional por el envejecimiento, etc.

H: Interfaz o modo de los equipos médicos, interfaz de las computadoras del hospital, etc.

m: Maduración de la cultura de seguridad, falta de educación en seguridad, etc.

E: Medio ambiente en las salas de operación, estaciones de enfermería, salas de hospitalización, etc.

S: Uso de diferentes colores según fabricantes, manuales de operación, historias clínicas, redacción de las fichas de instrucción, abreviaturas, identificación de los medicamentos, etc.

L-L: Equipos en UCI, comunicación, pacientes y el personal hospitalario, comunicación entre médicos



Modelo P-mSHELL de Kawano (2002)

Analisis de un Caso

Accidente ocurrido en el Hospital de la Universidad de Yokohama

El lunes 11 de enero de 1999, el personal del hospital confundió a los pacientes, y ambos fueron sometidos a intervención quirúrgica que no les correspondía.

Sr. A (operación pulmonar)

→ operación cardiaca

Sr. B (operación cardiaca)

→ operación pulmonar

Los dos pacientes estaban ingresados, eran hombres de mediana edad, serian operados a la misma hora.

Dudas del Anestesiólogo

1. Al abrir la boca, el paciente tenía la dentadura completa.
2. Al realizar la punción en la vena central, se dio cuenta que el paciente tenía el cabello corto y canoso.
3. Los niveles de la presión arterial pulmonar (PAP), y la presión de enclavamiento pulmonar capilar (PCWP), eran normales, a diferencia de antes de la intervención.
4. El ecógrafo vía esófago, a diferencia del diagnóstico realizado antes de la operación, no mostraba la dilatación del ventrículo izquierdo, y la regurgitación mitral (MR) ha sido leve.

Dudas del Anestesiólogo

1. Al abrir la boca, el paciente tenía la dentadura completa.
2. Al realizar la punción en la vena central, se dio cuenta que el paciente tenía el cabello corto y canoso.
3. Los niveles de la presión arterial pulmonar (PAP), y la presión de enclavamiento pulmonar capilar (PCWP), eran normales, a diferencia de antes de la intervención.
4. El ecógrafo vía esófago, a diferencia del diagnóstico realizado antes de la operación, no mostraba la dilatación del ventrículo izquierdo, y la regurgitación mitral (MR) ha sido leve.

El Error Humano:

- Se produce cuando no concuerdan las propiedades inherentes del hombre y el medio ambiente.
- Son los factores inductores de error lo que inducen al hombre a un error.
- Cuando existen varios factores inductores de error, estos conforman un contexto inductor de error, que provoca la aparición del error.
- El error humano no es una causa sino una consecuencia.

1. Cadena de Hechos

Al estudiar el accidente, se descubre que han ocurrido una cadena de pequeños hechos que se articulaban en el tiempo

(1) Transporte de dos pacientes por una sola persona

(2) Fallo en el cambio en el hall

(3) Alejar del paciente la historia clínica

(4) Fallo en la identificación por parte del personal enfermero

(5) Fallo en el chequeo por el anesthesiólogo

(6) Desapercibir la anomalía de no haber afeitado el campo de operación

(7) Fallo de identificación del paciente por parte del cirujano

Realización de la
operación



3. Patrones del Accidente

Al analizar numerosos casos de accidente, se esclarece que existen algunos patrones.



Ejemplos:

- El personal poco experimentado no puede cumplir con todas sus tareas cuando está demasiado ocupado.
- Errores que comete el personal experimentado cuando hay poco trabajo.

1. Es posible prevenir el accidente al cortar la cadena de hechos

(3) No alejar la historia clínica del paciente



~~(3) Alejar del paciente la historia clínica~~

((1) Transporte de dos pacientes por una sola persona

(2) Fallo en el cambio en el hall

(4) Fallo en la identificación por parte del personal enfermero

(5) Fallo en el chequeo por el anestesiólogo

(6) Desapercibir la anormalidad de no haber afeitado el campo de operación

(7) Fallo de identificación del paciente por parte del cirujano

Realización de la operación

Al analizar los factores inductores de fondo de cada hecho, Cuando un accidente se manifiesta, en muchos de los casos, se observa que se han tenido en el pasado experiencias similares.

El transporte de los pacientes del servicio a Sala de Operaciones no tenía un proceso que estableciera reglas a cumplir.

Por consiguiente, muchos enfermeros habían estado a punto de confundir los pacientes anteriormente.

Se ha tenido confusión de información porque varias operaciones comenzaban a la misma hora.

Al llamar el nombre de un paciente, contestó otro paciente diferente.

Los enfermeros que han trabajado toda la noche y tenían la mente poco despejada, estuvieron a punto de confundir el orden.

Procedimientos de Análisis del Error Humano Medical-SAFER

Systematic Approach For Error Reduction
(Enfoque Sistemático para la Reducción de Error)

Aprendiendo de los errores: investigación de sucesos adversos

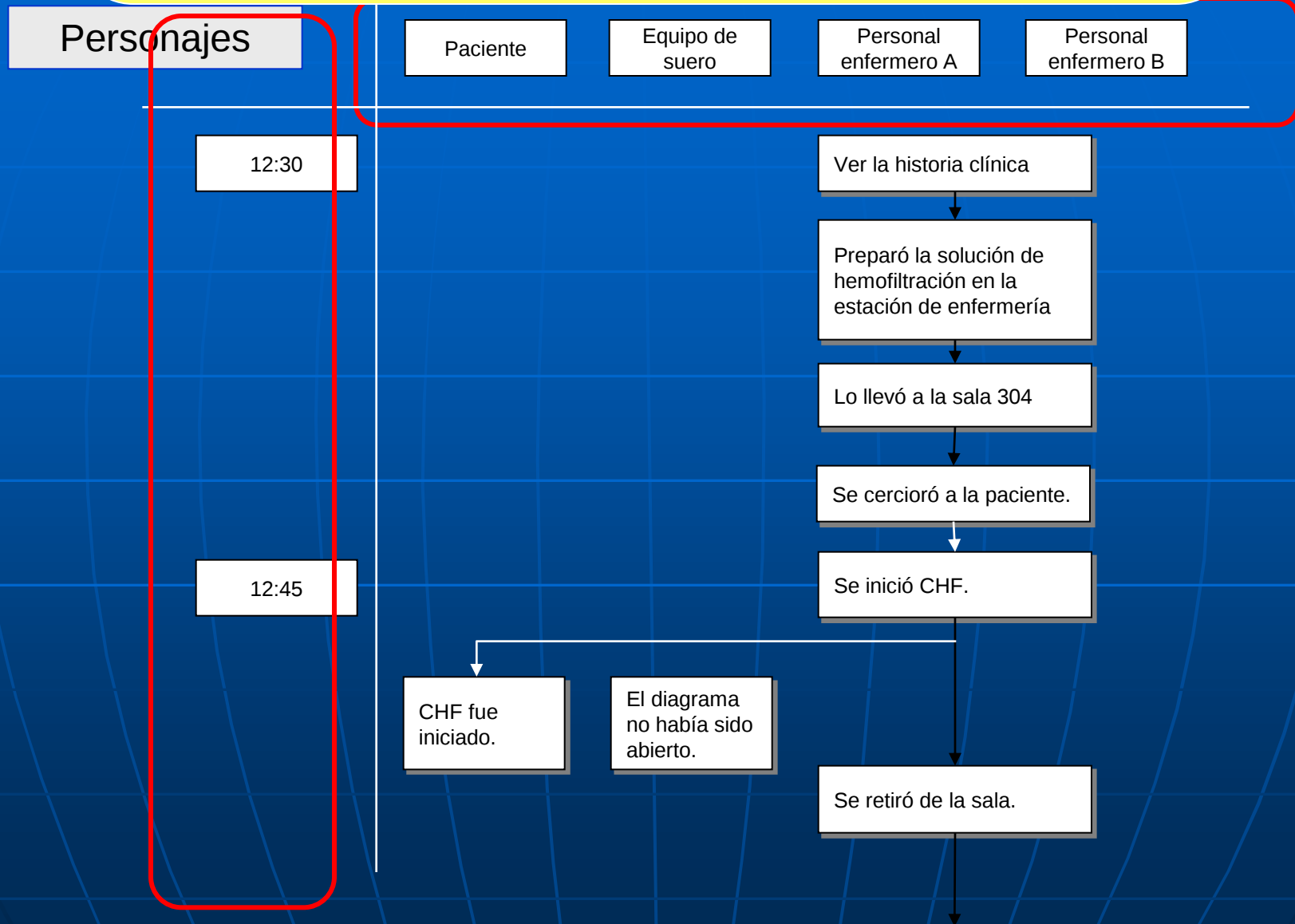
- ¿Qué ha pasado?
- ¿Qué contribuyó a que ocurriera?
- ¿Qué medidas se tomaron para que no volviera a ocurrir?
- ¿Qué medidas fueron útiles en la reducción del riesgo?

Procedimientos de Análisis

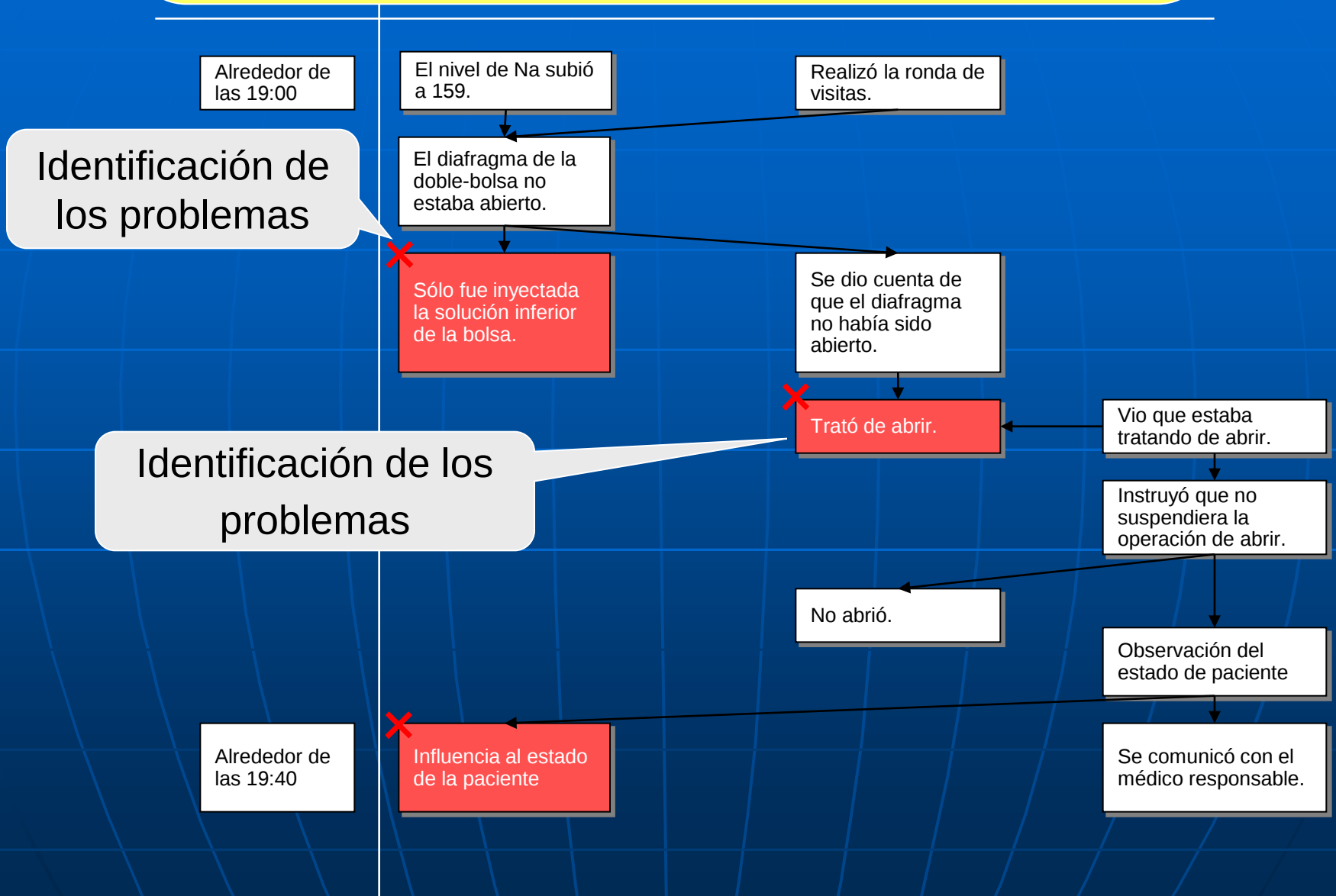
Medical SAFER

Análisis	Procedimiento 1 Preparación del diagrama de relación de hechos
	Procedimiento 2 Identificación de problema
	Procedimiento 3 Enumeración de factores causantes del problema
Medidas	Procedimiento 4 Enumeración de las medidas concebibles
	Procedimiento 5 Selección de las medidas viables
Ejecución	Procedimiento 6 Puesta en práctica de las medidas seleccionadas
Evaluación	Procedimiento 7 Evaluación de las medidas ejecutadas

Procedimiento1: Preparar el Diagrama de Relación de Hechos



Procedimiento 2: Identificación del Problema



Procedimiento 3: Deducción de los Factores Causantes

Problemas

Factores causantes

Diafragma de las bolsas no abierto.

Sólo fue inyectada la solución inferior de la bolsa.

Trató de abrir.

Influencia al paciente

No se le administró el medicamento necesario

Sólo fue inyectada la solución inferior de la bolsa.

Diafragma de las bolsas no abierto.

El personal enfermero A no abrió el diafragma.

No se cercioró si la operación ha sido realizada correctamente.

Se olvidó de abrir.

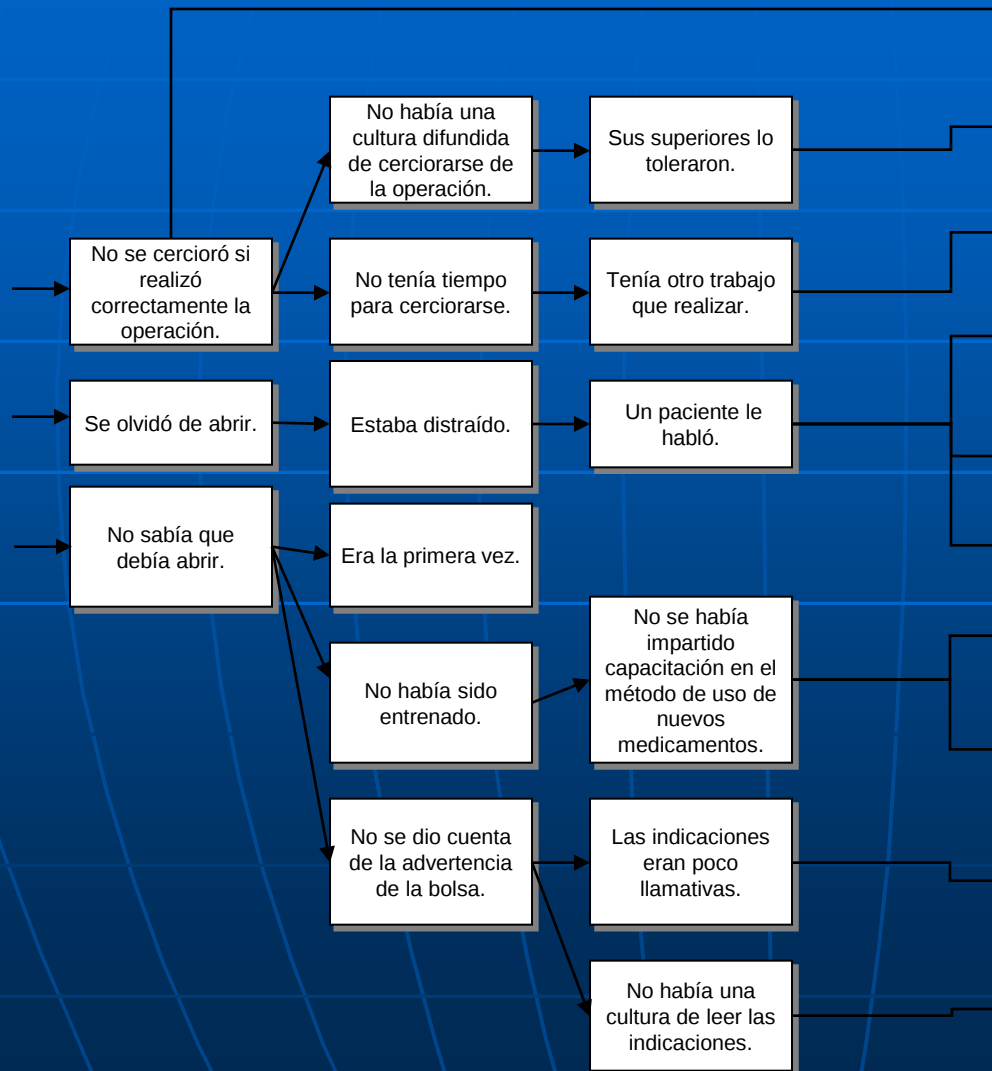
No sabía que debía abrir.

No se dio cuenta que no estaba abierto.

Buscar los factores causantes

Procedimiento 4: Enumeración de Propuestas de Solución

Procedimiento 3



Procedimiento 4

- Establecer un sistema de revisión por dos personas.
- Los superiores deben llamar la atención cuando alguien omite el procedimiento de cerciarse.
- Distribución adecuada de tiempo.
- El personal debe estar entrenado para completar el trabajo, aún cuando otro paciente le hable.
- Realizar la operación con el uso de lista de chequeo.
- Cerciarse apuntando con el dedo.
- Impartir capacitación en el método de uso de nuevos medicamentos.
- Controlar si el personal ha participado o no en los seminarios de capacitación.
- Colocar indicaciones grandes y llamativas.
- Establecer una regla de colocar una marca cuando ha leído las indicaciones.

Procedimiento 5: Selección de las Medidas a Tomarse

	Medidas propuestas	Problemas	Impacto	Costo	Tiempo	Fuerza laboral	Aplicación/ comentario
1	Establecer un sistema de revisión por dos personas.	Presencia oportuna de otra persona.					
2	Los superiores deben llamar la atención cuando alguien omite el procedimiento de cerciorarse.	¿Los superiores están realizando adecuadamente el trabajo?	△ △	◎	○	◎	Desarrollar la cultura pertinente en el hospital.
3	Distribución adecuada de tiempo.	¿Existe suficiente número de personal?	×				
4	El personal debe estar entrenado para completar el trabajo, aún cuando otro paciente le hable.		△				
5	Realizar la operación con el uso de lista de chequeo.		◎	○	○	△	Seleccionado
6	Cerciorarse apuntando con el dedo.			◎	◎	◎	Seleccionado
7	Impartir capacitación en el método de uso de nuevos medicamentos.		△ △	△ △	× ×	△ △	
8	Controlar si el personal ha participado o no en los seminarios de capacitación.		○		×		
9	Colocar indicaciones grandes y llamativas.	Solicitar a las empresas farmacéuticas.	◎		○	△	Estudiar también la aplicación en la farmacia del hospital
10	Establecer una regla de colocar una marca cuando ha leído las	Aumenta la cantidad de trabajo					Seleccionado

Procedimiento 6: Puesta en Práctica de las Medidas

Poner en práctica las medidas seleccionadas..

Procedimiento 7: Evaluación de las Medidas

Evaluar el impacto de las medidas de prevención de error, cerciorándose si ellas han sido tomadas oportunamente.

Manejo de Riesgos

Enfoque de la Prevención del Error Humano

“Medidas que incidan en las
circunstancias o el entorno”

Bases de la Prevención de Accidentes Inducidos por Error





¿Cómo podemos mejorar?: entender la ciencia de la seguridad

- Estandarizar los procedimientos
- Elaborar listas de verificación
- Diseñar estrategias para aprender de los errores
- Escoge un área y piensa sobre los sistemas que predicen la actuación: observa el proceso
- Trabaja para minimizar los errores
- Estandarizar las técnicas y el trabajo en equipo
- Crear controles independientes
- Comparte lo aprendido
- Los estándares de habilitación para prevenir el riesgo
- La monitorización (indicadores de seguimiento a riesgo, vigilancia de eventos adversos) es identificar su existencia
- La auditoría es promover acciones de mejoramiento
- Impulsar y difundir la cultura.
- Crear una estructura organizativa.
- Establecer líneas de información
- Formación continuada de los profesionales.
- Desarrollar herramientas.
- Establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.

Barreras para la Notificación

Se estima que el 95% de Efectos Adversos quedan ocultos.

- Falta de conciencia de que un error ha ocurrido
- Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias
- Perdida de la autoestima
- Los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar
- Falta de conciencia de qué se debe documentar y porqué
- Falta de “feedback” cuando se produce un registro

Integración de Estrategias



Características

Las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero también pueden causar daño.

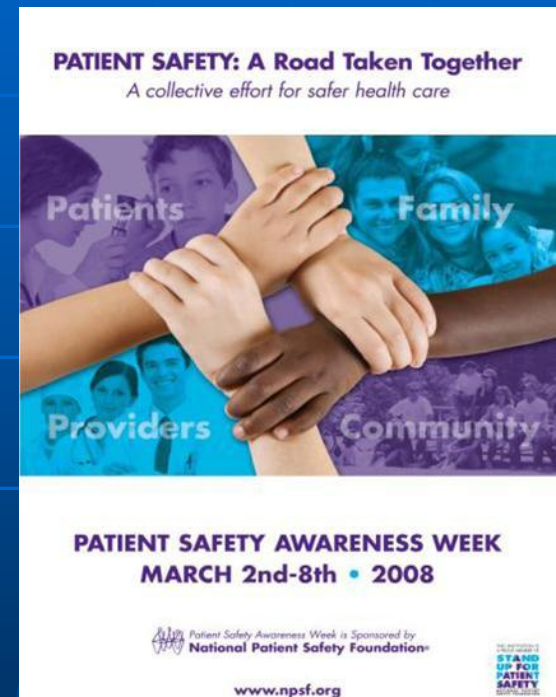
La Seguridad del Paciente Depende de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales.

Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la práctica médica. Pretendemos minimizarlos y prevenirlos

El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad al paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza

Las acciones punitivas no son aplicables a los problemas de seguridad, ya que estos se originan en falencias organizacionales y no en acciones individuales.

La Política de seguridad del paciente no exime de la responsabilidad profesional en los casos excepcionales en los cuales existe negligencia, impericia o hay intención de hacer daño por parte del individuo



Conclusiones

Los errores son frecuentes, muchas veces inevitables y con graves consecuencias: Aplique la epidemiología para conocerlos.



El reproche y la culpabilización conduce a que se oculten:

Piense médicamente: etiología – patogenia – clínica – diagnóstico -tratamiento

Los errores tienen antecedentes: Analice las causas latentes

Muchos problemas pueden evitarse y algunos remediarse: Use un enfoque sistémico que considere todos los factores contribuyentes

Son problemas crónicos que requieren tratamientos prolongados: Persevere



*Las mejores
organizaciones son las
que aprenden de sus
errores.*