



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN

H P M
HOSPITAL PUERTO MONTT

ERROR MEDICO



Dra Villanueva - Residente Pediatría

Dra Stricker - Pediatra Docente

Hoja de ruta



- Introducción
- Tipos de errores
- Objetivos para un entorno más seguro
- Definiciones
- Criterios de error médico
- Factores relacionados al error médico
- Cómo mejorar la precisión diagnóstica
- Sugerencias para evitar errores de diagnóstico

Introducción

- Los errores médicos son un grave problema de salud pública
- Parte de la solución es mantener una cultura que trabaje para reconocer los desafíos de seguridad e implementar soluciones viables en lugar de una cultura de culpa, vergüenza y castigo.
- Debido a definiciones poco claras, los "errores médicos" son difíciles de medir científicamente, lo que ha dificultado el análisis, la síntesis y la evaluación de datos.
- Los errores médicos representan más de \$4 mil millones por año.

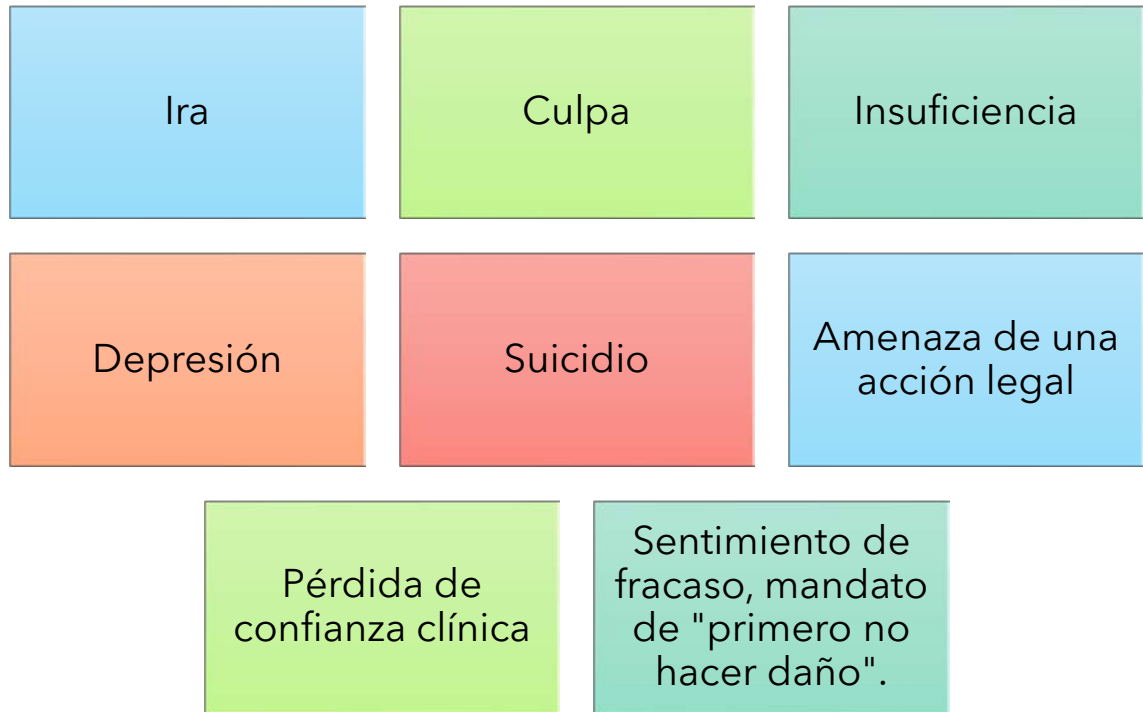
Tipos de errores

Errores de omisión

- Se producen como resultado de acciones no realizadas.
- Ej; No estabilizar una camilla antes de transferir al paciente.

Errores de comisión

- Se producen como resultado de acciones incorrectas.
- Ej; Administrar un medicamento al que un paciente tiene una alergia conocida.



Objetivos para un entorno más seguro

Identificar los peligros y riesgos para la seguridad del paciente

Identificar a los pacientes correctamente confirmando la identidad de al menos dos formas

Mejorar la comunicación, como hacer llegar rápidamente los resultados de las pruebas a la persona correcta

Prevenga la infección mediante la limpieza de manos, los antibióticos posoperatorios para infecciones, los cambios de catéter y las precauciones de la línea central.

Evite errores en la cirugía asegurándose de que se realice la cirugía correcta en la parte del cuerpo correcta; haga una pausa antes de la cirugía para verificar dos veces.

Objetivos para un entorno más seguro

Utilice alarmas de dispositivos y asegúrese de que las alarmas de los equipos médicos se escuchen y comprueben rápidamente.

Use los medicamentos de manera correcta y segura, verifique dos veces las etiquetas y pase correctamente los medicamentos del paciente al siguiente proveedor.

Etiquete todos los medicamentos, incluso los de jeringa. Esto debe hacerse preferentemente en el área donde se preparan los medicamentos.

Tómese más tiempo con los pacientes a los que se les hayan recetado anticoagulantes y agentes quimioterapéuticos.

Para prevenir infecciones nosocomiales, el lavado de manos debe ser rutinario antes y después de visitar a cada paciente.

Responsabilidad

- Cada vez se comprende más que la mayoría de los errores están fuera del control del médico. Sin embargo, sigue siendo difícil cambiar una cultura de no informar.
- ¿Las personas son responsables o es el aumento de la carga de trabajo y la fatiga del personal la razón de los errores?
- Beneficencia y no maleficencia son conceptos éticos que se violan cuando no se informa de un error.
- No abordar el problema aumenta la posibilidad de que se produzcan más eventos adversos.



Definiciones

Error activo

Tienen lugar entre una persona y un aspecto de un sistema más grande en el punto de contacto.

Los errores activos los cometen personas en primera línea, como médicos y enfermeras.

- Por ejemplo, operar el ojo equivocado o amputar la pierna equivocada son ejemplos clásicos de un error activo.

Acontecimiento adverso

Se debe a un error en el tratamiento médico o quirúrgico más que a la condición médica subyacente del paciente.

Pueden *prevenirse*.

Pueden incluir lesiones no deseadas, hospitalización prolongada o discapacidad física que resulte del manejo médico o quirúrgico.

Error latente

Errores en el diseño del sistema o proceso, instalación defectuosa o mantenimiento del equipo, o estructura organizativa ineficaz.

Cuando se presenta un error latente en combinación con un error humano activo, algún tipo de evento se manifiesta en el paciente.

Básicamente son "accidentes a punto de ocurrir".

- Por ej; un hospital con varios tipos de equipos de drenaje torácico, que requieren diferentes conexiones y configuraciones, pero no el personal está familiarizado con las complejidades de cada configuración, lo que crea el escenario para un posible error.

Error médico



El incumplimiento del plan de acción previsto o la implementación del plan incorrecto para lograr un objetivo.

Un acto no intencionado o uno que no logra el resultado deseado.

Desviaciones del proceso de atención, que pueden o no resultar en daño.

Al planificar o ejecutar un procedimiento, el acto de omisión o comisión puede contribuir a una consecuencia no deseada

Negligencia

Incumplimiento del estándar de atención razonablemente esperado de un trabajador de la salud calificado y promedio.

- Ejemplo, no verificar el informe patológico que condujo a un cáncer pasado por alto o lesionar un nervio al confundirlo con una arteria.

Cuasi accidentes

Cualquier evento que podría haber tenido una consecuencia adversa para el paciente pero no la tuvo.

Eventos adversos potenciales que podrían haber causado daño pero no lo hicieron, por casualidad o porque alguien o algo intervino.

Oportunidad para desarrollar estrategias y acciones.

Eventos nunca

Errores que nunca deberían haber ocurrido.

- Ejemplo, desarrollo de úlceras por presión o cirugía en el lugar equivocado.

Episodio nocivo

Eventos adversos, complicaciones y contratiempos que resultan de medidas diagnósticas o terapéuticas aceptables que se instituyen deliberadamente.

- Por ejemplo, enviar a un paciente traumatizado hemodinámicamente inestable a estudios de imagen prolongados en lugar de al quirófano.

Causa principal

- Una deficiencia o decisión que, si se corrige o evita, eliminará la consecuencia indeseable.
- Las causas comunes incluyen:

Cambios en la perspicacia mental, no buscar el consejo de compañeros, no formular un plan, realizar la atención médica de manera automática.

Problemas de comunicación, falta de liderazgo sólido, no revelar los problemas o un sistema desarticulado sin capacidad de resolución de problemas.

Deficiencias en educación, entrenamiento, orientación y experiencia.

Evaluación incompleta, no proporcionar educación a los pacientes.

Políticas inadecuadas para orientar a los trabajadores de la salud.

Falta de coherencia en los procedimientos.

Dotación de personal inadecuada y/o supervisión deficiente.

Evento centinela

Cualquier suceso inesperado que involucre la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves, o el riesgo de que ocurran.

Los eventos centinela se denominan así porque, una vez descubiertos, suelen indicar la necesidad de una investigación inmediata, el descubrimiento de la causa y la respuesta.



Clasificaciones de error médico

Newman-Toker ayudó a resolver estos problemas semánticos al distinguir entre fallas en el proceso de diagnóstico y fallas en el etiquetado de diagnóstico.

| | | Diagnostic Label | |
|--------------------|---------|------------------|------------------------------|
| | | Accurate | Inaccurate |
| Diagnostic Process | Sound | True Diagnosis | Unavoidable Diagnostic Error |
| | Unsound | Near Miss | Avoidable Diagnostic Error |

Figura 2. Esquema para la clasificación de los errores de diagnóstico. (Datos de Newman-Toker DE. Un modelo conceptual unificado para errores de diagnóstico: subdiagnóstico, sobrediagnóstico y diagnóstico erróneo. Diagnóstico (Berl) 2014;1(1):43-8.)

- Se han desarrollado marcos útiles para examinar las características y fallas en el procesamiento de diagnóstico. Kassirer y Kopelman dividieron el proceso en 4 pasos:
 1. Generación de hipótesis (desencadenante)
 2. Enmarcar el problema del paciente
 3. Recopilación y procesamiento de información (examen clínico, laboratorio)
 4. Verificar el diagnóstico.

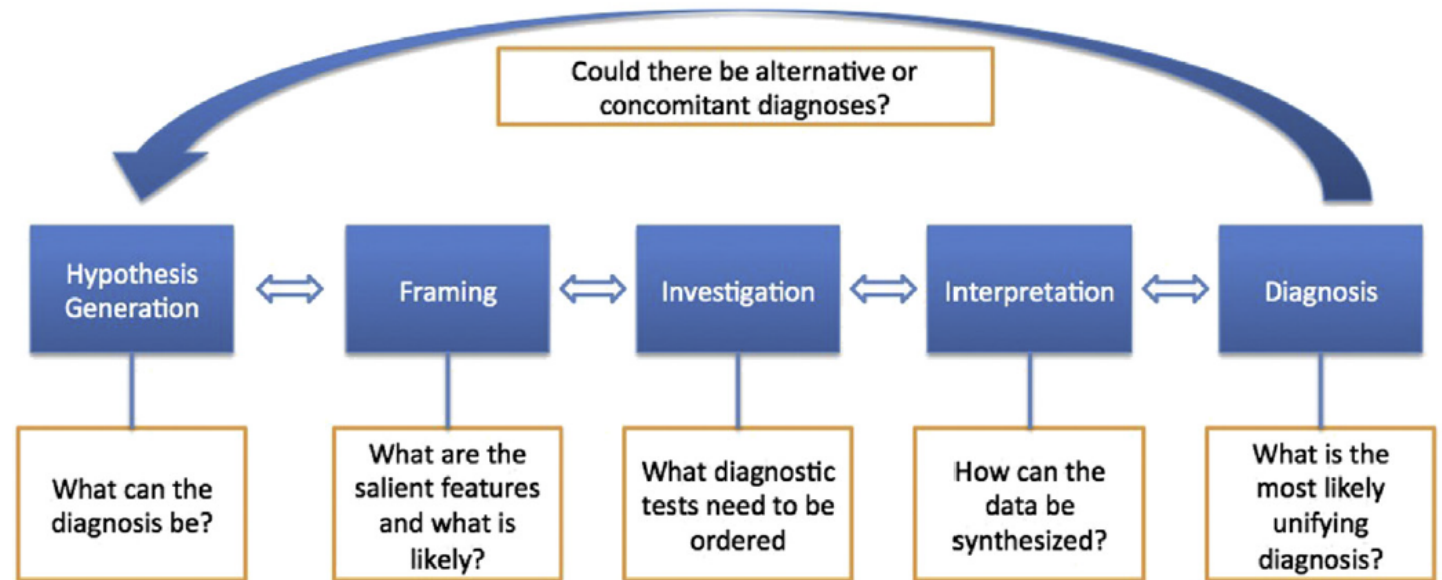


Fig. 3. Mapa conceptual del proceso diagnóstico. (Datos de Kassirer JP, Kopelman RI. Errores cognitivos en el diagnóstico: instanciación, clasificación y consecuencias. Am J Med 1989;86(4):433-41.)

Descubrieron que los errores en la recopilación y el procesamiento de la información eran los más comunes

Factores relacionados al error médico

Registros médicos incompletos

Barreras culturales y logísticas a la comunicación entre médicos

Altas cargas de trabajo de los médicos

Falta de seguimiento del paciente

Entornos de hospitales comunitarios (en comparación con los hospitales universitarios)

Factores cognitivos: Sesgos



**¿Cómo mejorar
la precisión
diagnóstica?**

Registros médicos electrónicos

Un sistema de apoyo a la decisión de diagnóstico (DDSS) generó sugerencias de diagnóstico basadas en datos clínicos preliminares mejoró la precisión de los residentes de pediatría.

Un programa automatizado de interpretación de electrocardiogramas (ECG) mejoró la precisión de los internos en el diagnóstico de IAM

Práctica reflexiva

Anamnesis y examen físico completos, detenidos

Educación y retroalimentación

Sugerencias para evitar errores de diagnóstico

- ✓ Evitar el diagnóstico de primera impresión.
- ✓ Documentar un diagnóstico diferencial completo y una evaluación.
- ✓ Asegurar que los especialistas evalúen a los pacientes con enfermedades potencialmente mortales o activas.
- ✓ Asegurar seguimiento adecuado, planes claros.
- ✓ El trabajo en equipo, la educación y la formación a través de iniciativas estructuradas son el mecanismo más eficaz para mejorar la seguridad del paciente.

Conclusiones

- ✓ Se debe trabajar en eliminar la cultura de la culpa y mantener la responsabilidad. Cuando se supere este desafío, las instituciones de atención de la salud no se verán limitadas a la hora de medir objetivos para la mejora de procesos, incluidos todos los errores, incluso con resultados adversos.
- ✓ Avances recientes en psicología cognitiva han suscitado un debate sobre la mejor manera de mejorar el razonamiento de diagnóstico de los médicos.

Bibliografía

- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2022). Medical Error Reduction and Prevention. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Clark, B., Derakhshan, A., Desai, S. (2018). Diagnostic Errors and the Bedside Clinical Examination. *Med Clin N Am* 102 (2018) 453–464. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.007>
- Thomas L. Rodziewicz; John E. Hipskind. (2018). Medical Error Prevention. StatPearls [Internet].