

EDITORIAL

Vol. 34. No. 4 Octubre-Diciembre 2011
pp 246-250

Evento centinela y error médico en anestesiología

Dr. Carlos Rodolfo Moreno-Alatorre*

* Médico Anestesiólogo.
Expresidente del Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Carlos Rodolfo Moreno-Alatorre
Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.
Nueva York No.32 Int. 803-804
Colonia: Nápoles
Delegación: Benito Juárez
C.P. 03810, México, D.F.
E-mail: drcarlosmoreno@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

«Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero ninguno al que no podamos dañar».

Arthur Bloomfield

Fajardo DG⁽¹⁾ afirma que es conveniente conocer las expectativas que los pacientes y sus familiares tienen respecto a lo que esperan de una atención médica con calidad. El mismo autor afirma que actualmente existen encuestas que permiten conocer la opinión de los beneficiarios del Servicio de Salud. Concluye que la toma de conciencia de los resultados de estas encuestas, permiten diseñar una definición de lo que los beneficiarios del Servicio Salud, entienden por calidad en la atención médica: «*Otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas*».

El mismo autor⁽¹⁾ enfatiza que la **seguridad durante un acto médico** es un componente vigente e importante, dentro la percepción que los pacientes tienen acerca de calidad de la atención médica.

Tratemos pues de caracterizar al término **seguridad del paciente**⁽²⁾: «*implica la ausencia de eventos adversos como consecuencia del proceso de atención*».

Existen otros conceptos que nos conviene definir:

Evento adverso⁽³⁾: «*daño sufrido por el paciente, como consecuencia del proceso de atención*».

Cuando el daño sufrido por el paciente es particularmente grave, como para poner en riesgo crítico su salud o su vida y dejarle secuelas temporales o permanentes, se denomina «**evento centinela**» y la Joint Commission on Health Care Accreditation lo define de la siguiente manera:

Evento centinela⁽⁴⁾: «*daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro*».

Como consecuencia de su gravedad, un «**evento centinela**» debe hacer que se movilice toda una institución para limitar el daño, minimizar las consecuencias, resolver los problemas del paciente, darle una explicación o una satisfacción y, si procede, una disculpa, en conciencia de que estamos ante un posible daño grave para el paciente y una probable queja o demanda⁽⁵⁾.

Incidente crítico (Flanagan,⁽⁶⁾): Suceso de la práctica médica que nos causa perplejidad, duda, sorpresa y molestia o inquietud, por su falta de coherencia o por sus resultados inesperados.

Error médico⁽⁷⁾: La definición más frecuentemente citada es la del Institute of Medicine: «*Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)*». Otra definición parece ser más clara «*decisión diagnóstica, terapéutica o de procedimiento que, dado el momento y las circunstancias de la ocurrencia puede ser considerado erróneo por pares calificados y con experiencia*». Esta definición excluye las consecuencias y el curso natural de la enfermedad.

Cuasifalla⁽⁸⁾: Técnicamente es un acontecimiento que estuvo a punto de generar un daño. La cuasifalla tiene un potencial daño. La cuasifalla, al igual que los errores médicos y las fallas operacionales, son indicativos de que existen fallas operacionales en el control administrativo.

Si bien la literatura médica desde hace algunas décadas ha reportado análisis y comentarios acerca de los errores durante la práctica profesional médica. Es hasta el año de 1999 cuando, a raíz de la publicación del artículo denominado «To err is human»⁽⁷⁾, por parte el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (OIM), se intensificó el interés por su identificación, reporte y prevención. Lo anterior, debido a que en el referido artículo se afirmó que los errores médicos evitables provocaban más muertes que los accidentes de tráfico, el cáncer de mama y el SIDA juntos.

En otras palabras, desde entonces los asuntos de la seguridad del paciente y de la gestión de riesgos se han convertido en temas centrales de la política sanitaria a diferentes niveles:

- La sociedad que no está ajena a esta inquietud y exige mayor transparencia ante las fallas en la calidad y funcionamiento del servicio salud. Los profesionales de la salud que incrementan cada día las medidas dirigidas a la contención de riesgos, a través de protocolos, programas, regulaciones, etc.
- Los políticos que definen objetivos, acciones y realizan cambios en Salud Pública a nivel internacional y nacional.

Debemos entender que no todos los eventos adversos, centinela y críticos son causados por error y que no todos los errores implican culpabilidad. En otras palabras, existe la posibilidad de que se presenten eventos adversos en el proceso de atención, no precedidos por un error médico. En tales casos deben considerarse las siguientes posibilidades⁽⁸⁾:

- Sería de esperarse que en ausencia de error médico, el resultado de la atención fuera el esperado y que ésta hubiera estado libre de eventos adversos, situación que no siempre ocurre, concluyéndose que los eventos adversos pueden ocurrir precedidos o no por error médico.
- Que el error médico haya existido y no hubiera sido identificado, en tales casos no queda constancia del error y «oficialmente no existió el error». Esta circunstancia ha sido denominada «cuasifalla» y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso.
- Que el evento adverso hubiera ocurrido por causas diferentes a un error médico, como consecuencia de la variabilidad biológica de los humanos, fallas en los equipos, en el mantenimiento, en la organización, en la comunicación con el paciente y familiares, accidentes, en la coordinación, en la capacitación del personal, etc. A pesar de lo anterior, el médico es el responsable de prevenirlos, evitarlos, identificarlos con oportunidad y limitar el daño que pudieran producir al paciente, si queremos garantizar

una atención médica con calidad, seguridad y respeto del principio ético de beneficencia. Derivadas de esta situación, podrían ocurrir dos circunstancias, relativas a que el evento adverso pudiera ser:

- Previsible y prevenible.
- No previsible, no prevenible y por lo tanto inevitable

Cuando se pueden identificar las causas de los eventos adversos, es posible prevenirlas y evitarlas. Cuando las causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error⁽⁸⁾.

Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones, desde la posibilidad de fallas en la estructura, fallas en el proceso que incluyen: la cultura de la organización, el proceso mismo de la atención médica, la competencia profesional y los factores inherentes al paciente.

¿Cómo podemos tratar de evitar los eventos adversos? Aguirre⁽⁸⁾ enfatiza que la prevención de los eventos adversos se basa en la identificación, prevención y control de los riesgos capaces de ocasionarlos y menciona como herramienta útil para esta tarea los siguientes conceptos:

RIESGOS

- Contingencia o proximidad de un daño.
- Situación latente que puede dar lugar a un error.

Factores que incrementan los riesgos:

- Número de personas involucradas en el proceso.
- Complejidad de los procesos.
- Desconocimiento por el paciente y familia del nombre del médico y la enfermera responsables.
- Comunicación insuficiente.
- Delegación sucesiva de la responsabilidad.
- Autoridad excesiva del responsable del proceso.
- Inercias y ceguera de taller.

Factores que disminuyen los riesgos

- Competencia profesional del personal.
- Estandarización de los procesos.
- Reconocimiento a los logros.
- Identificar al responsable de prevenir cada riesgo.

Los médicos hasta antes de 1999, teníamos la convicción de que los errores que con relativa frecuencia se consumaban durante nuestra práctica cotidiana, si eran resueltos oportunamente, no tenían por qué trascender. Y los que de alguna manera causaban un daño a un paciente, en lo posible deberían ser manejado con discreción.

En efecto, en la actualidad uno de los obstáculos para el éxito de los «modernos procesos de recolección de incidentes médicos» es la impresión de que aquellos «incidentes» que no llegan a causar un daño, no deben ser tomados en serio y que su tratamiento será en función de la capacidad del médico para reaccionar instintivamente cada vez que surge un problema⁽⁹⁾.

Ahora debemos entender que de los errores siempre se puede aprender. Reflexionar en ellos, permite la adopción de medidas que en lo posible impidan su repetición, lo cual redundará en una mayor seguridad del paciente⁽¹⁰⁾.

Entonces el análisis de los incidentes críticos es una herramienta útil para mejorar la calidad asistencial, para prevenir errores y para reflexionar sobre valores o actitudes profesionales. El análisis de los «incidentes críticos» es una alternativa novedosa para abordar los problemas de calidad y para aprender de los errores⁽¹⁰⁾.

Aunque la primera impresión que provoca un incidente es el desconcierto, es posible abordar su análisis mediante el Informe de Incidentes Críticos. Dicho informe se constituye con narraciones cortas y espontáneas, pero estructuradas, en las que el profesional que ha vivido o presenciado un suceso imprevisto lo relata por escrito⁽¹⁰⁾.

Debemos entender que no todos los incidentes y/o accidentes son causados por error y que no todos los errores implican culpabilidad. El propósito de la notificación de un accidente es establecer qué pasó y por qué pasó. Por ello es importante crear una base de datos de incidentes y accidentes, con detalles suficientes que permitan identificar los mecanismos y factores que originaron el error⁽¹¹⁾.

Son numerosos los documentos que han subrayado la importancia de establecer sistemas que permitan la comunicación y el análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. El informe «To err is human»⁽⁷⁾ publicado en 2000 establecía varias recomendaciones para mejorar un sistema sanitario y hacerlo más seguro, y entre ellas, afirma que se deben establecer sistemas obligatorios nacionales de notificación que permitan recoger información estandarizada sobre los efectos adversos que producen muerte o una lesión severa. También recomienda que se estimule el desarrollo de sistemas voluntarios de notificación de incidentes.

En México existen dos sistemas de reporte voluntario de errores médicos en general:

- Sistema Nacional de Reporte y Aprendizaje de Evento Centinela (SINRAE-CE) de la Subsecretaría de Innovación y Calidad (Secretaría de Salud)⁽¹²⁾.
- Reporte de Errores Resultado del Acto Médico (RERARM) de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico⁽¹³⁾.

Tratándose de la «Seguridad del paciente bajo anestesia» en España el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR)⁽¹⁴⁾ aprovechó la experiencia acumulada por diez años en la Unidad de Anestesia del Hospital Universitario (HU) Fundación Alcorcón en su Sistema de incidentes críticos, misma que evolucionó a un Sistema Nacional de Comunicación de Incidentes en Anestesia. El análisis y la aplicación de medidas correctoras han permitido a lo largo del tiempo mejorar muy significativamente la seguridad en la asistencia en entorno del bloque quirúrgico, reanimación y plantas de hospitalización postquirúrgica.

El método de aproximación de SENSAR a un incidente crítico comunicado se basa en el análisis de sistemas centrándose en los factores latentes del sistema y superando la tradicional culpabilización al individuo. La comunicación es voluntaria, anónima y confidencial y el análisis se realiza en el ámbito local sobre la base de ser no punitivo y asegurando una adecuada retroalimentación sobre los comunicadores de incidentes. La base de datos se engloba en una página web, que sirve de plataforma de divulgación para el fomento de la seguridad en la atención al paciente y donde los incidentes y medidas correctoras se pueden compartir y discutir entre analizadores de

incidentes de diferentes hospitales para un mayor aprendizaje y efectividad para evitar que se repitan.

Como ya hemos anotado en México, se inicia la cultura de la «notificación de eventos adversos»^(12,13), está aún es voluntaria.

Se entiende que estos dos sistemas, reciben notificaciones de eventos médicos adversos en general. Es de destacar que en estos dos sistemas no participan los cuerpos colegiales, ya que uno es dependiente de la Secretaría de Salud y otro es generado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Los anestesiólogos mexicanos y nuestros cuerpos colegiales estamos aún lejos de la idea de crear un sistema de notificación de eventos adversos durante los eventos anestésicos. Pero conviene reflexionar en su utilidad para la mejora continua de nuestra práctica profesional.

Sería deseable que cuando se presente esta iniciativa sea índole colegial y no gubernamental

Es también deseable que cuando diseñemos este sistema de notificación de eventos adversos durante los actos anestésicos, también luchemos porque no exista interés punitivo, sino de mejorar la seguridad del paciente. Esto último es posible si intervienen los cuerpos colegiales.

REFERENCIAS

1. Fajardo DG. Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva. Revista CONAMED 2008;13:3-4.
2. World Health Organization and Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Gaitán DH. Los eventos adversos en la atención de la salud. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2008;59:270-272.
4. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. Glosario de términos. Seguridad del Paciente y Error en Medicina. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>
5. Quiroz CPM, Hincapié PD, Berrio VH, Grajales LAC, Zuluaga SN, Moreno AJA, Salazar VAM. Diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica por evento centinela en dermatosis ocupacional. Rev Fac Nac Salud Pública 2000;18:139-152.
6. Flanagan JCA. Técnica do incidente crítico. Arq Bras Psicol 1973;2:99-141.
7. Committee on Quality of Health Care in America, IOM: to Err Is Human: Building a Safer Health System. Editado por Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. Washington. National Academy Press, 1999:24.
8. Aguirre GHG, Vázquez EF. El error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj 2006;74:495-503.
9. Runciman WB et al. "Error incidents and accidents in anaesthetic practice". Anaesthesia And Intensive Care. 93, vol. 21, 5: 507-518.
10. Costa AAM, Almendro PC. Anexo I. Los incidentes críticos en una forma de abordar los problemas en bioética en grupo. <http://w3.-World Health Organization and Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2009. ww.fisterra.com/bd/upload/Incidentes.pdf>
11. Beckmann U, West LF, Runciman WB; et al. "The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU the development and evaluation of an incident reporting system in intensive care", Anaesthesia Intens Care 1996; 24, 3: 314-319.
12. Sarabia GO, Poblano-V0, Tovar VW, Garrido LF. Análisis comparativo hospitalario del evento adverso en México: utilidad del reporte voluntario en línea. Rev Calidad Asistencial 2007; 22: 342-8.
13. Santacruz VJ. Estrudio de Errores de la Práctica Médica Reportados a la CONAMED. http://www.conamed.gob.mx/eventos/pdf/ESTUDIO_ERRORES_PRACTICA_MEDICA_CONAMED.pdf
14. Gómez-Arnau JI, Bartolomé A, Santa-Úrsula JA, González A, García del Valle S. Sistemas de comunicación de incidentes y seguridad del paciente en anestesia. Rev Esp Anestesiol Reanim 2006;53:488-99.