

## Documento para los alumnos. Seminario 7.1. Dr. Ulibarrena

### Cuando las cosas no funcionan... como siempre

Lea la siguiente historia y considere las siguientes cuestiones

- ¿Qué factores contribuyeron a que se anesthesiara al Sr. Valera?
- ¿Se trata de un error de personas o de un fallo del sistema?
- ¿Se trata de un suceso centinela?
- ¿Se trata de un incidente o accidente?
- ¿Podría producirse en el hospital en que trabajamos?
- ¿Cuáles son los pasos que se dan, desde que se sienta la indicación de una intervención quirúrgica de urgencia hasta que se realiza?
- Plantee las acciones de mejora prioritarias para que tal hecho no vuelva a suceder.

#### El caso:

Juan Valera, varón de 73 años fue ingresado urgentemente en el servicio de Cirugía Vascul ar de un hospital a las 5 horas de la madrugada del día 10 de septiembre de 2005 por padecer dolor intenso en una pierna. Al realizarse una angiografía ese mismo día a las 9 horas, esta demostró que padecía enfermedad arterial periférica susceptible de revascularización mediante intervención quirúrgica.

El Dr. Guimera, residente de cirugía vascular de 4º año, solicitó una consulta, previa a la intervención, al servicio de Cardiología. Esta fue realizada sobre las 11.30 horas, por el Dr. Sarasqueta, un cardiólogo amable con bastantes años de ejercicio quien decidió practicarle un ecocardiograma de esfuerzo a fin de valorar el riesgo del paciente para ser intervenido.

A la espera de conocer los resultados del ecocardiograma, el Dr. Guimera informó sobre las 13.30 horas al paciente de la necesidad de intervenirle con urgencia y anotó la orden "E A" (en ayunas) en la hoja de curso clínico Tras obtener la firma del señor Valera del documento de consentimiento informado, y de acuerdo con el jefe del servicio el Dr. Espuelas, se programó provisionalmente la intervención quirúrgica para primera hora de la mañana siguiente.

Casi sobre las 15 horas, el Dr. Sarasqueta llamó por teléfono al Dr. Guimera para comunicarle que el ecocardiograma mostraba alteraciones graves que precisaban de cateterismo cardíaco y por tanto sería necesario retrasar la intervención prevista. Así mismo, le indicó que a la mañana siguiente le enviaría el informe completo por escrito y, muy probablemente, esa misma mañana, le harían el cateterismo.

El Dr. Guimera llamó al Quirófano para informar de la cancelación de la intervención prevista para el día siguiente.

Cuando el Dr. Guimera y el Dr. Espuelas pasaron sala a las 16 horas de esa tarde, el paciente estaba solo y dormido. Por ello, decidieron retrasar la discusión con él de las actuaciones a seguir hasta la mañana siguiente. Anotaron el cambio de planes en la hoja de curso clínico correspondiente pero no hablaron con el personal de enfermería de la planta.

El paciente continuó con la recomendación de "E A" (en ayunas) anotada en su historia clínica en previsión de realizar el cateterismo cardíaco al día siguiente.

A las 17 horas el Dr. Espuelas se fue a su casa y el Dr. Guimera comenzó su turno de guardia que concluiría a las 9 horas de la mañana siguiente.

Debido a circunstancias poco claras, la intervención no fue desprogramada del parte quirúrgico y a la mañana siguiente el paciente fue trasladado a quirófano para ser intervenido a las 8.15 horas, tal como estaba inicialmente previsto. Entretanto, al pasar sala antes de terminar su turno de guardia, el Dr Guimera no se extrañó de que el señor Valera no estuviera en la habitación ya que asumió que se le estaba practicando el cateterismo cardíaco. A las 9 horas y diez minutos, el Dr. Guimera se iba a su casa.

Mientras tanto, en el quirófano, con el fin de no retrasar el programa quirúrgico del día, el señor Valera recibió la preparación prequirúrgica necesaria por parte del personal de enfermería y el anestesista, el Dr. Rubiales, le aplicó anestesia general sobre las 9.15 horas.

Extrañado de que no se presentara el cirujano, a las 9.30 horas el anestesista sugirió a la Sra. Julia Medel, la enfermera instrumentista, que llamara por teléfono al Servicio para recordárselo. La secretaria del Servicio, Sra. Lucia Almendros, le indicó que la intervención del señor Valera había sido retrasada porque le estaban haciendo un cateterismo cardíaco ya que tenía una enfermedad cardíaca grave.

Conscientes del error, el paciente fue despertado sin complicaciones y en días posteriores se le practicó con éxito el cateterismo cardíaco y un bypass arterial

## **Seminario 7.2 Mejorando la Seguridad del Paciente. Una aproximación conceptual. Dr. Ulibarrena**

Dicen que sucedió en un hospital de Navarra, pero bien podría haber ocurrido en uno de

Alicante:

En la habitación 315 del servicio de Urología están ingresados Enrique Lozano, de 65 años de edad, y Enrique García, de 45. El primero va a ser intervenido de una neoformación de vejiga hoy lunes, 30 de julio. El segundo ingresó de urgencia en la tarde de ayer por un cuadro de hematuria copiosa; se le ha programado para urografía y ecografía, que se le realizarán en la mañana de hoy. Ambos han sido convenientemente preparados y, aunque llevan poco tiempo ingresados en la misma habitación, entre ellos se ha generado una corriente de simpatía. A las 8 de la mañana, Enrique García se está aseando en el baño. Ambos esperan un celador que les acompañe al servicio correspondiente.

El celador (Juan José Pérez) entra en la habitación y pregunta - *¿Enrique? - Sí soy yo. -Bueno, pues vámonos.* En el trayecto, Juan José intenta, con su simpatía habitual, contribuir a disminuir la ansiedad y preocupación que comúnmente desatan los pacientes cuando se les va a realizar una prueba o exploración en el hospital. Aparca la cama a la entrada del Servicio de Radiología y comenta en recepción: *es Enrique, el paciente de la 315 de Urología.* El técnico de radiodiagnóstico, cumpliendo con las más estrictas normas del programa de mejora de la calidad implantado en el servicio, se presenta al paciente y le comenta: *esta prueba va a durar un ratito, como usted fue preparado anoche, es de esperar que no tengamos ningún problema añadido. De cuando en cuando yo le hablaré pero usted no me verá, y es importante que esté relajado, le tenemos que hacer varias proyecciones y ahora, mientras yo termino de preparar el material, vendrá el enfermero para inyectarle el contraste. Cualquier duda que tenga, no dude en preguntarla a cualquiera de nosotros.*

Entre tanto, otro celador, Pascual Gómez, ha acompañado a Enrique Lozano al quirófano. El anestesiólogo, sorprendido por el aspecto tan juvenil del paciente, en la inducción anestésica, le pregunta -*¿Qué edad tiene, Enrique? -45 -, le contesta.* En ese instante el anestesiólogo se percató de que ha habido un error y contacta con la planta donde, efectivamente, se lo atifican y, a su vez, llaman al Servicio de Radiología, paralizan la exploración y cada paciente finalmente recibe los cuidados que necesitaba.

*¿Qué ha pasado? ¡Ah!, pero ¿ha pasado algo?; pero si nadie ha sufrido ningún daño.*

Entonces, *¿no hacemos nada?.* Sí, damos gracias a Dios, y perdemos una oportunidad de mejora importante.

¿Por qué ha sucedido? ¿Dónde, con quién comentamos lo sucedido? Todos estos interrogantes son más importantes que el planteamiento de quién es el responsable del error cometido.

Si cuestionamos a las personas es posible que éstas no se vuelvan a equivocar, pero siempre habrá otras en riesgo de hacerlo mientras que, si cuestionamos los sistemas, si nos esforzamos por construir una organización que, centrada en el paciente, haga más seguros los cuidados,

facilitaremos el ambiente para que las personas no se equivoquen. Y éste es el enfoque que nos recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente.

## Seminario 7.3. Dr. Ulibarrena

### Los hechos

El 24 de octubre de 1996, una mujer embarazada a término llegó al St. Anthony North Hospital cerca de Denver. Tras el nacimiento de Miguel –nombre del niño-, el personal de los servicios de Obstetricia y Neonatología advirtió que la madre tenía antecedentes de sífilis pero no de que hubiera sido tratada, porque no había comunicación entre su médico habitual y el hospital. La barrera idiomática no permitió confirmar si el tratamiento había tenido lugar realmente.

Aunque el bebé podía haber sido dado de alta y recibir tratamiento en su domicilio, se decidió mantenerlo ingresado, para garantizar que se realizaría correctamente en caso de ser necesario.

Retrospectivamente pudo comprobarse que el tratamiento de la madre había tenido éxito y que ya un hijo que tuvo dos años antes del nacimiento de Miguel, no se había contagiado. La necesidad para el tratamiento era improbable pero no había posibilidad de comunicación entre su médico habitual y el hospital.

Dado que los neonatólogos no estaban familiarizados con el tratamiento de la sífilis congénita, consultaron con el especialista de enfermedades infecciosas, quien recomendó una punción lumbar para determinar serología y una dosis de penicilina G benzatina por vía IM. Otro experto consultado hizo la misma recomendación.

Las recomendaciones se anotaron en la hoja de evolución de la historia clínica, sin señalar la vía de administración ni la denominación “benzatina”. El neonatólogo prescribió una dosis de penicilina benzatina escrita de forma inusual como:

“BENZATINA Pen G 150.000 U im”, de forma que posteriormente el farmacéutico interpretó una “U” como un cero y creyó que la dosis era de 1.500.000 U, por lo que dispensó una dosis 10 veces mayor.

Las enfermeras tras advertir que por el volumen, la dosis a administrar precisaba 5 pinchazos, consultaron las fuentes de información que tenían en las que no aparecía la penicilina G benzatina, y creyeron que “benzatina” era la marca comercial de penicilina G, idea que se reforzó por la forma en que estaba escrita la prescripción. Pensando que le evitaban al niño un sufrimiento innecesario, comenzaron a administrarle el medicamento por vía iv, en lugar de im, y tras recibir aproximadamente 1,8 mL de la medicación, el niño falleció”. Las enfermeras fueron acusadas de homicidio por negligencia e inicialmente dos de ellas fueron consideradas culpables y una inocente.

## PLANTILLA DE ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS

1. **Descripción de los hechos:** Descripción detallada de los hechos sucedidos, manteniendo el orden cronológico de la forma más neutra y objetiva posible, sin buscar culpables.
2. **Identificar posibles causas inmediatas**
3. **Identificar las condiciones latentes**
4. **Cribado de causas**
5. **Estrategias propuestas para disminuir el riesgo**

Condiciones Latentes		Cribado
<b>F. PACIENTE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complejidad del caso</li> <li>- Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.)</li> <li>- Trastornos de la personalidad</li> <li>- Factores sociales o culturales</li> </ul>		
<b>F. PROFESIONAL SANITARIO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos</li> <li>- Aptitudes</li> <li>- Competencia</li> <li>- Salud física o mental</li> <li>- Fatiga</li> </ul>		
<b>F. EQUIPO HUMANO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación verbal y/o escrita</li> <li>- Supervisión y asesoramiento</li> <li>- Estructura del equipo (falta de liderazgo)</li> <li>- Dotación de personal</li> <li>- Sobrecarga de trabajo y de turnos</li> </ul>		

<b>F. TAREAS Y TECNOLOGIA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño de tareas y claridad de funciones</li> <li>- Disponibilidad y uso de protocolos</li> <li>- Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas</li> <li>- Problemas tecnológicos y de mantenimiento</li> </ul>		
<b>F. AMBIENTALES DEL TRABAJO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soporte administrativo</li> <li>- Soporte de los directivos</li> <li>- Ambiente de trabajo</li> </ul>		
<b>F. ORGANIZATIVOS Y DE RECURSOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos financieros</li> <li>- Estructura organizativa</li> </ul>		

- **Cribado:** ¿El EA habría sucedido si la condición latente no estuviera presente?, ¿Si corregimos o eliminamos la condición latente se evitaría la aparición de EA similares?

**Estrategias para disminuir el riesgo**