

SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
Análisis de los reclamos por
Responsabilidad Profesional
de las especialidades más
demandadas.

Pág. 6.
Error del sitio quirúrgico.

Pág. 10.
"Medicación segura salva
vidas", un reaseguro para
prevenir errores.



■ GUARDIA • 24

Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Deseamos darles en este número una visión actual sobre el error en cirugía traumatológica. En relación también con esta última especialidad, dada su importante frecuencia en nuestra casuística de reclamos, haremos un análisis de los mismos.

Por último queremos aportarles algunos elementos para disminuir el riesgo en un tema de gran trascendencia a nivel mundial, como son los errores de medicación.

Esperando estos temas sean de su interés y utilidad, los saluda cordialmente.

Dr. Horacio E. Canto
Gerente de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs":
(011) 154-947-7136, Dra. Flichman
(011) 154-949-4592, Dr. Susman
(011) 155-802-2126, Dr. Piriz

Línea diurna: (011) 5239-7932/3
Dr. Susman, Dr. Sabino: 12 a 18 hs.
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Análisis de los reclamos por Responsabilidad Profesional de las especialidades más demandadas

Parte I: Traumatología y Ortopedia

Dr. Simón Fernandez Nievas
Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group

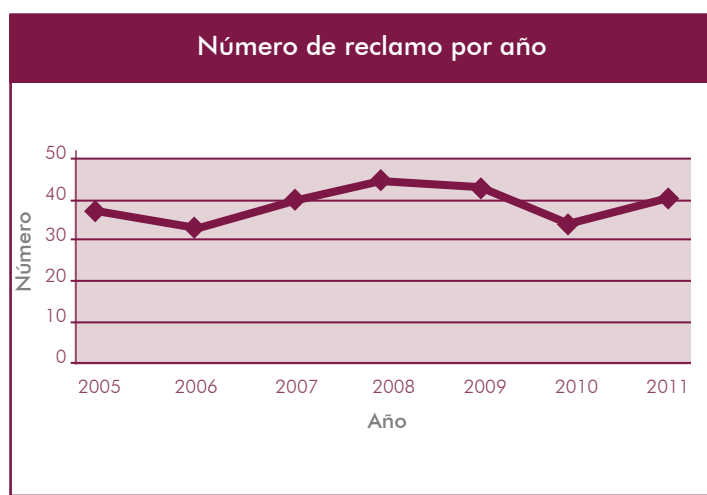
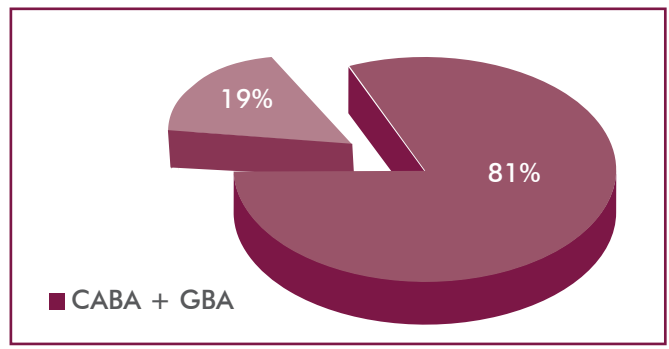
Introducción

Se realizó un análisis de las causas de reclamos por Mala Praxis Médica de SMG Seguros durante el período 2005-2011 con el objetivo de poder determinar el perfil de los reclamos en frecuencia, intensidad, motivos y características propias de la especialidad de Traumatología y Ortopedia, ya que ésta se encuentra en nuestra estadística a la cabeza del listado de especialidades con más siniestros, como asimismo con mayor número de demandas. Solo se consideraron aquellos procesos de Juicios y Mediaciones, en los que todos los ítems analizados pudieran ser evaluados, descartándose los procesos que no tuvieran el total de ítems registrados en forma cierta, habiéndose igualmente con este criterio considerado un porcentaje significativo del total de los reclamos.

Desarrollo

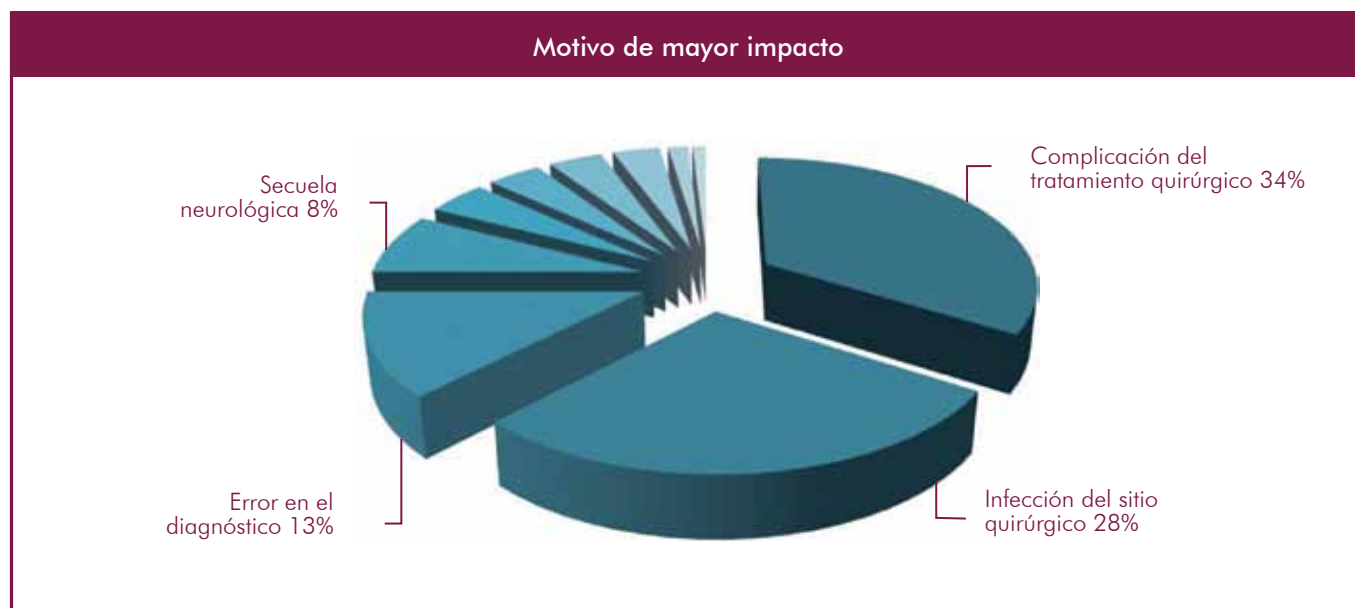
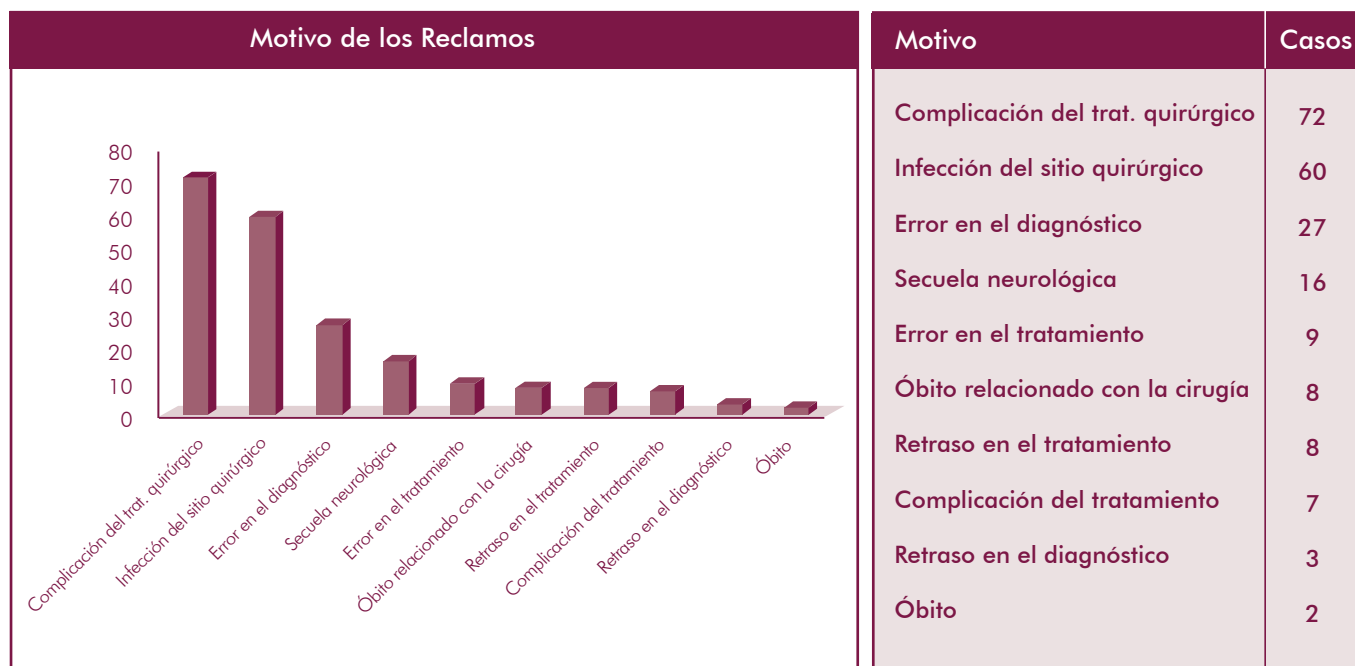
Se incluyeron para el análisis **274** reclamos, con una incidencia de siniestros muy similar en cada año: 2005 (37); 2006 (33); 2007 (40); 2008 (45); 2009 (43); 2010 (34) y 2011 (42).

En general, la mayoría de los incidentes corresponden a la ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), seguido de Gran Buenos (GBA), Córdoba y Neuquén. Si agrupamos los casos de reclamos entre CABA y GBA y los comparamos con el resto del país, observamos una notable diferencia: CABA/GBA 81% vs Resto del País 19%. Si bien, para ponderar los datos, hay que destacar que en CABA y GBA se encuentran concentradas el mayor número de pólizas de la cartera.



Lugar	Número	Porcentaje
CABA	200	72.99%
GBA	22	7.66%
Córdoba	21	8.03%
Neuquén	12	4.38%
La Plata	3	1.09%
Mar del Plata	3	1.09%
Rio Negro	3	1.09%
Santa Fe	3	1.09%
Tucumán	3	1.09%
Luján	1	0.36%
Mendoza	1	0.36%
Jujuy	1	0.36%
Salta	1	0.36%

Clasificación por Motivos



La mayoría de los casos estaban relacionados con procedimientos quirúrgicos: 73.16% vs 26.84% de los procedimientos no quirúrgicos.

Causas	Número	Porcentaje
Relacionadas con cirugías	199	73.16%
No relacionadas con cirugías	73	26.84%

Análisis de los sitios quirúrgicos relacionados con el reclamo imputado:

Sitio Qx	Número	Porcentaje
Miembro inferior	114	58.16%
Miembro superior	51	26.02%
Columna	31	15.82%

Detalle del cuadro anterior:

Sitio Qx	Número	Porcentaje
Rodilla	39	19.90%
Pie-tobillo	31	15.82%
Cadera	29	14.80%
Mano-Muñeca	24	12.40%
columna lumbar	24	12.24%
Hombro	14	7.14%
Brazo	7	3.57%
Fémur	7	3.57%
Codo	6	3.06%
Pierna	6	3.06%
columna cervical	5	2.55%
Pie-tobillo	2	1.02%
columna dorsal	2	1.02%

Conclusiones

El motivo más frecuente de reclamo es el relacionado a complicaciones directas de la cirugía asociadas con la técnica quirúrgica mayoritariamente, el segundo lugar lo ocupan las infecciones del sitio quirúrgico, superando entre ambas causas el 50% de los reclamos de la especialidad.



Error del sitio quirúrgico

Dr. Ricardo Susman

Especialista en Traumatología y Medicina Legal
Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group

Cuando se hace la mención de “cirugía en sitio erróneo” se está haciendo referencia a los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el lado erróneo, en una zona anatómica errónea, en el paciente erróneo o en la que se realiza un procedimiento diferente al planeado.

Los episodios de cirugía en sitio erróneo se producen como resultado de una cadena de errores que pueden ocurrir desde la llegada del paciente a la consulta hasta el momento de iniciar la cirugía. Es un evento poco comunicado, pero es una complicación relativamente frecuente en el ejercicio profesional de un cirujano, siendo la cirugía ortopédica la especialidad con mayor riesgo.

Este tipo de eventos está considerado entre aquellos que nunca deben ocurrir (“never events”).

Se realizó una importante revisión bibliográfica sobre el tema, de la cual surgen comentarios y conclusiones que transcribiré.

Según CowellHR. Wrong-site surgery. J Bone Surg Am. 1998 surge que la cirugía ortopédica es especial y los errores en esta especialidad representan entre el 41 y el 68 % del total, seguida por la cirugía general con un 20%, la neurocirugía con un 14% y la urológica con un 11%.

La zona anatómica más frecuentemente implicada es la rodilla, seguida del pie y el tobillo. Concretamente, la artroscopía de rodilla parece ser la cirugía con mayor riesgo para el error.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) también realizó un análisis sobre la causa principal de 126 casos reportados. La cirugía en paciente equivocado ocurrió en el 13% de los casos, el uso de un procedimiento equivocado en el 11% y en una parte equivocada del cuerpo o sitio en el 76%.

“Kwaan reportó -sobre un total de 2.826.367 operaciones no espinales- una incidencia aproximada de 1/100.000 cirugías de sitio equivocado, de las cuales, bajo condiciones óptimas, se podría haber prevenido alrededor de un 60%. Este estudio ha sido criticado por haber utilizado exclusivamente como fuente las reclamaciones por mala práctica, siendo que una proporción de estos casos no llega necesariamente a esa instancia”.

La ocurrencia de estos episodios parecería ser más alta de lo que se creía, pese a la baja comunicación en la literatura médica y en los foros especializados, pudiendo ser una de las causas “la vergüenza” del cirujano que condiciona que las situaciones relacionadas y los factores de riesgo continúen siendo mal conocidos. La incidencia en cirujanos de columna puede ser mucho mayor.



“Un 50% de los cirujanos de columna tendrán un episodio de cirugía en sitio erróneo durante su carrera profesional, mayoritariamente en relación con una zona errónea”. (ModyMG, NourbakhshA, StahlDL, GibbsM, AlfawarehM, Garges KJ. The prevalence of wrong level surgery among spine surgeons. Spine.2008;33:194-8.

“La North American Spine Society (NASS) ha desarrollado el protocolo SMaX, que añade al Protocolo Universal la realización sistemática de radiografías intraoperatorias para la correcta localización de la zona, marcando alguna referencia ósea. En cirugía de columna, el error más frecuente es realizar una discectomía simple en la zona lumbar por encima del nivel planeado, ya que en ocasiones puede ser difícil localizar de forma fiable los niveles de la unión lumbosacra. Al aumentar la experiencia del equipo quirúrgico, la necesidad de comprobación de la posición de los implantes puede ser menor pero sigue siendo necesaria la comprobación radiológica del nivel correcto y el tener una constatación de este puede ser importante desde el punto de vista legal”. (WongD, MayerT, WatersW. Prevention of wrong-site surgery: Sign, mark and X-ray (SMaX). La Grange: North America Spine Society; 2001.)

La American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) ha establecido que la probabilidad acumulada de un cirujano ortopédico en 35 años de ejercicio profesional de tener un episodio de cirugía en sitio erróneo es del 25%. Así que uno de cada 4 cirujanos ortopédicos tendrá que enfrentarse a este problema durante su carrera.

¿Dónde se producen con mayor frecuencia?

Surge de la bibliografía especializada que la mayor frecuencia de estos eventos en cirugía ortopédica, (especialmente cirugía de dedos y rodilla), lo que se explicaría por las mayores oportunidades de errores de lateralización en la cirugía de extremidades. Stahel, utilizando una base de datos nacional encontró más de 2000 casos de cirugía de lado equivocado en un período de 13 años en EE.UU., y detectó alrededor de 75 eventos de cirugía de sitio equivocado anuales en el estado de Florida.

En una encuesta a cirujanos de mano, un 21% admitió haber operado alguna vez a alguien del sitio equivocado, y otro 16% reconoció haber llegado a preparar el sitio equivocado inmediatamente antes de hacer la incisión.

¿Qué podemos hacer?

Del trabajo de los Drs. Kwaan MR, Studdert DM, Zinder MJ, Gawande AA, surge:

Un modelo para un protocolo de verificación del sitio debería incluir las siguientes disposiciones:



1. Marcado del sitio: como mínimo, el cirujano o alguien designado por él marca el sitio con sus iniciales o con la palabra “sí”.

2. Proceso de verificación preoperatoria: la verificación preoperatoria de la identidad del paciente, procedencia, sitio, lado y nivel de la columna vertebral debería ser realizada por 2 miembros del equipo de salud, uno de los cuales debería ser el cirujano. El programa de actividades del quirófano y el consentimiento informado deberían ser comparados por ambos miembros del equipo. Una pausa antes de realizar la incisión debería brindar una confirmación final.

3. Inconsistencias: cualquier inconsistencia o incertidumbre sobre el sitio apropiado debería ser resuelta por el cirujano con la confirmación y acuerdo del paciente y de al menos 1 de los miembros de inspección del personal. Los protocolos deberían establecer específicamente la manera en que deben ser resueltas las inconsistencias.

4. El consentimiento informado debe especificar lateralidad si el sitio es bilateral. Si hay múltiples estructuras o lesiones presentes, el consentimiento debe intentar localizarlas. Los procedimientos deberían ser registrados cuando se hace la reserva de quirófano con los mismos detalles.

Estos eventos despertaron el interés en diversas organizaciones: American Academy of Orthopaedic Surgery, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Veteran’s Health Administration, Canadian Orthopaedic, North American Spine Society, y más recientemente, todas aquellas que se han sumado a la

iniciativa de la lista de chequeo de la OMS- por lo que han implementado políticas y programas para reducir la cirugía del sitio equivocado.

Sin embargo, Michaels, realizando una revisión sistemática sobre el tema, que abarcó una búsqueda de estudios en Medline desde 1965 a 2005, no encontró evidencia científica sobre la efectividad de los distintos métodos empleados para prevenir estos eventos.

¿Qué hacer ante la presentación del evento?

En estos casos, independientemente de la gravedad En caso de realizar una cirugía en sitio erróneo, el cirujano debe pensar por el interés del paciente y mantener una actitud sincera y clara respecto a los hechos ocurridos. Lo anterior indica que en el mismo momento o en el que se aprecie el error y siempre que sea posible se deben desarrollar todas y cada una de las actuaciones medicas estén indicadas para atemperar los efectos del error, cuando menos, disminuirlos. De la lectura de diferentes trabajos surge que en la mayoría de los casos se evidencia una inadecuada comunicación entre el equipo quirúrgico como así también entre este y el paciente y su familia.

A nivel institucional surge la falta de protocolos de marcado y verificación del sitio quirúrgico, el no tener la historia completa en el quirófano y algunos factores de distracción.

¿Que repercusión legal pueden tener?

Las consecuencias legales para el cirujano en caso de denuncia son también obvias. Si bien las demandas judiciales por cirugía en sitio erróneo representan solo un 2% de las demandas a cirujanos ortopédicos en Estados Unidos, en un 85% el tribunal falla a favor del demandante condenando al médico. Como puntualiza Levy en un boletín de la AAOS, defender legalmente con éxito los casos de cirugía en sitio erróneo es prácticamente imposible.

También se desprende de las consultas realizadas, que la mayoría de los procesos judiciales de estos errores se ventilan en el fuero civil, en la que en caso de condena esta se limita a fijar una indemnización económica por los daños causados. En algunas ocasiones los pacientes prefieren acudir a la vía penal, lo que implica que el profesional que ha cometido el error se enfrente a una posible condena en la que, además de poder resolverse sobre la responsabilidad civil, se determinara su responsabilidad penal.

No puede decirse que estos episodios “simplemente ocurren”; son el resultado de una serie de errores acumulados desde la consulta hasta la llegada del paciente al quirófano y evidencian un claro error en la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico entre sí y con el paciente.

¿Como intentar impedirlos?

Se deben desarrollar sistemas que aseguren el máximo de seguridad para el paciente y minimicen los eventos adversos prevenibles. Una amplia atención a los errores médicos y su prevención se está volviendo parte de la cultura en muchas organizaciones dedicadas al cuidado de la salud.

Las cirugías de sitio equivocado ocurren con alguna frecuencia. Si bien no existe evidencia sobre la efectividad de las intervenciones que se han propuesto para evitarlas, parece importante implementar medidas en ese sentido en todo establecimiento en que se practiquen cirugías y procedimientos invasivos. La naturaleza e intensidad de estas intervenciones debe considerar la carga de trabajo y recursos que ellas implican, para lograr un balance razonable entre el esfuerzo de prevención y los potenciales beneficios. El foco de atención podría concentrarse especialmente en la cirugía ortopédica, y en otras donde la lateralidad sea un factor (hernias, mama, oftalmología).

Conclusión final

- La cirugía del sitio equivocado es rara pero impactante para la comunidad.
- Para la prevención de estos eventos es obligatorio un abordaje del tema que balancee seguridad, simplicidad y eficiencia.
- Surge de lo evaluado que ningún protocolo prevendrá todos los casos, no obstante la toma de medidas de seguridad reducirá sin lugar a dudas la ocurrencia de este tipo de errores, ya que en la mayoría de los casos, según surge de la literatura médica, son evitables.



3° Jornada de Responsabilidad Profesional

22 de Noviembre de 2012 - 9 a 13 hs.

Hotel Emperador - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

➤ TEMÁTICA A DESARROLLAR:

- Reflexiones sobre la compleja realidad social en la que los profesionales de la salud desarrollan hoy su actividad.
- ¿Por qué reclaman los pacientes en la actualidad?
- Documentación Médica como elemento indispensable de la Gestión de Calidad y Seguridad de los procesos de atención.
- Importancia de la Gestión de Riesgo como parte del producto.
- Comportamiento judicial actual y tendencias con reclamos por mala práctica.
- Características y nuevas alternativas en Seguros de Responsabilidad Profesional.

➤ ORADORES:

- Dr. Roberto Vazquez Ferreira - Abogado - Departamento Legal de Swiss Medical Group
- Alberto C. Bugna - Gerente Comercial - SMG Seguros y SMG ART
- Dra. Marlene Fishman - Médica especialista en Medicina Interna y Medicina Legal - Jefa de Auditoría de Riesgo de Swiss Medical Group
- Dr. Hércules E. Canto - Gerente de Administración de Riesgo de Swiss Medical Group

Para más información e inscripciones envíenos un mail a:
constanza.mainali@swissmedical.com.ar / constanza.cappella@smg.com.ar

CUPOS LIMITADOS

 **SMG**
SEGUROS

Plantilla de recomendaciones “Medicación segura salva vidas”, un reaseguro para prevenir errores

Dra. Mariela Suárez

*Jefa de Farmacia
Sanatorio De Los Arcos*

Lic. Fernanda Suárez

*Sup. de Riesgo y Seguridad del Paciente
Gerencia de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group*

En los últimos años, diversos trabajos de investigación han dado cuenta de la alta prevalencia de los errores de medicación en la atención del paciente, buena parte de ellos prevenibles. El proceso de utilización del medicamento involucra distintas etapas: prescripción, transcripción, preparación y dispensación, del tal modo que su mejora debe realizarse a través de un abordaje multidisciplinario.

El Institute of Medicine (IOM) estima que la mayoría de los pacientes hospitalizados en los Estados Unidos sufre al menos 1 error de medicación por día. Las causas más frecuentes son humanas, pero también obedecen a problemas de rotulación y comunicación.

Los enfermeros y farmacéuticos, por ejemplo, pueden confundirse fácilmente con prescripciones poco claras debido a la similitud del nombre o apariencia de los medicamentos. El uso de abreviaturas y ceros después de los puntos decimales crea dificultades extras e innecesarias. La escritura manual deja un amplio margen para la interpretación y, en ocasiones, la caligrafía de muchos médicos es ilegible. Pero el individuo raramente es la única causa y se deben considerar siempre las posibles fallas del sistema. Sin ir más lejos, en el mercado coexisten marcas y denominaciones de fármacos que se pronuncian de manera similar o que se parecen entre sí. A estos medicamentos se los conoce como LASA: “look alike, sound alike”, y resulta imprescindible identificarlos para evitar errores. En 2008, un estudio colaborativo y multicéntrico coordinado por la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires hizo una revisión de 20.517 medicamentos en base al listado de presentaciones comerciales de ese año (de Internet, en Alfa Beta y Kairos) y encontró 927 pares de LASA que resulta imprescindible identificar.

Un relevamiento en las instituciones propias de Swiss Medical (en varios servicios), realizado sobre un total de 1.272 prescripciones, mostró que el 57% de los errores correspondió a medicamentos relacionados al tratamiento del dolor.

Los miembros del Comité de Seguridad del Paciente de Swiss Medical hemos confeccionado la plantilla de recomendaciones “**Medicación Segura salva vidas**” con el objetivo de disminuir los errores. Estas tarjetas deberán ser colocadas en los lugares donde se realizan las prescripciones y donde se preparan los medicamentos a administrar, así como también en las carpetas que contienen la historia clínica del paciente.

Si aplicamos las recomendaciones disminuirémos significativamente los errores. Debemos estar juntos en esto, como profesionales pero también como pacientes, por ello es importante que cada eslabón del proceso de salud (médicos, enfermeras, farmacéuticos) detecte y reporte los suyos, independientemente de si resulta en un efecto adverso o no.

Al reportar se permite evaluar el proceso de uso de medicamentos e identificar oportunidades de mejora. Cualquiera puede reportar errores en forma anónima, siendo manejados todos los datos aportados con absoluta confidencialidad.

Asimismo, es importante implementar un sistema de capacitación continua dirigido al profesional de la salud con especial interés en el proceso seguro del medicamento promoviendo el uso racional del mismo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Mansur, J. Mayor Seguridad en el manejo de medicamentos. Joint Commission International, Medication Safety Articles, 2010.

National Patient Safety Agency. The fourth report from the Patient Safety Observatory. Safety in doses: medication safety incidents in the NHS. London: NPSA, 2007.

Medicación segura salva vidas



PAUTAS PARA LA PRESCRIPCIÓN

1. Verificar siempre que: El nombre del paciente figure en la hoja donde se realiza la prescripción.
2. En la redacción, tener en cuenta:
 - Escribir con letra clara.
 - Preferentemente indicar el nombre genérico del medicamento.
 - Indicar dosis a administrar, no ampollas o frascos, (excepto en únicas presentaciones), intervalos entre dosis, dilución, vía y tiempo de infusión.
 - Expresar los decimales con coma y no con punto.
 - Evitar tachar/sobrescribir. Se debe trazar línea y salvar con "Errose".
 - Uso de abreviaturas estandarizadas.
 - Indicar la hora en que se realiza la prescripción.
3. Se deben revisar y redactar las indicaciones nuevamente cada día. No actualizar indicaciones, escribiendo la frase "iguales indicaciones".
4. Colocar en mayúscula la palabra **MODIFICADO** o **SUSPENDIDO**, al lado de una indicación que se cambia durante el día, avisarle personalmente a la enfermera/o, colocar el horario y firmar.
5. Al finalizar:
 - Revisar todo lo escrito.
 - Controlar los cálculos de las dosis.
 - Verificar de ser posible conjuntamente con enfermería si se omitió algo y si hay una indicación confusa.
 - Firma aclarada y número de matrícula del médico/a.

Sólo los médicos/as pueden prescribir y firmar indicaciones. No lo puede hacer ningún otro profesional del arte de curar (kinesiólogos, Obstétricas, etc.).

PAUTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA

1. **NO** administrar medicamentos ni soluciones, cuando:
 - Existen dudas respecto a la prescripción.
 - La letra no es clara o existen tachaduras en la misma.
 - No figura la fecha, hora de la prescripción y firma aclarada del médico/a.
 - El estado del medicamento no sea óptimo.
 - En la prescripción figure "iguales indicaciones".

Avisarle al Médico/Supervisora.
2. Antes de administrar un medicamento corroborar la "regla de los 5 correctos":
 - Paciente correcto. (Apellido y Nombre completo correcto, suite y n° de H.C. correcta).
 - Medicamento correcto.
 - Dosis correcta.
 - Horario correcto.
 - Vía correcta.
3. **Evitar** mezclar diferentes medicaciones en jeringas, tubuladuras y sueros sin tener seguridad de la compatibilidad de las drogas.
4. **Rotular** soluciones con fecha, hora, contenido, dilución, pte., de paralelos de ATB, analgésicos, jeringas.
5. Dejar registrado cuando la medicación sea administrada por un familiar o la traiga el paciente.
6. Para los **medicamentos de alto riesgo** realizar un doble chequeo previo a su administración, deberán hacerlo indefectiblemente dos personas (enfermera-enfermera ó enfermera-médico).
7. Acondicionar el espacio físico para una adecuada preparación del medicamento, propiciando ambiente libre de interferencias durante el proceso.
8. **NO** administrar medicación cuya indicación es verbal, salvo una urgencia. En este caso exigir luego al médico que la escriba. No aceptar indicación verbal ni escrita de otros profesionales de la salud no médicos (Kinesiólogos, Obstétricas, etc.).
9. Al finalizar registrar con letra clara:
 - Efecto no previsto en el paciente.
 - Hora de la administración.
 - Firma aclarada y número de matrícula del enfermero/a.

