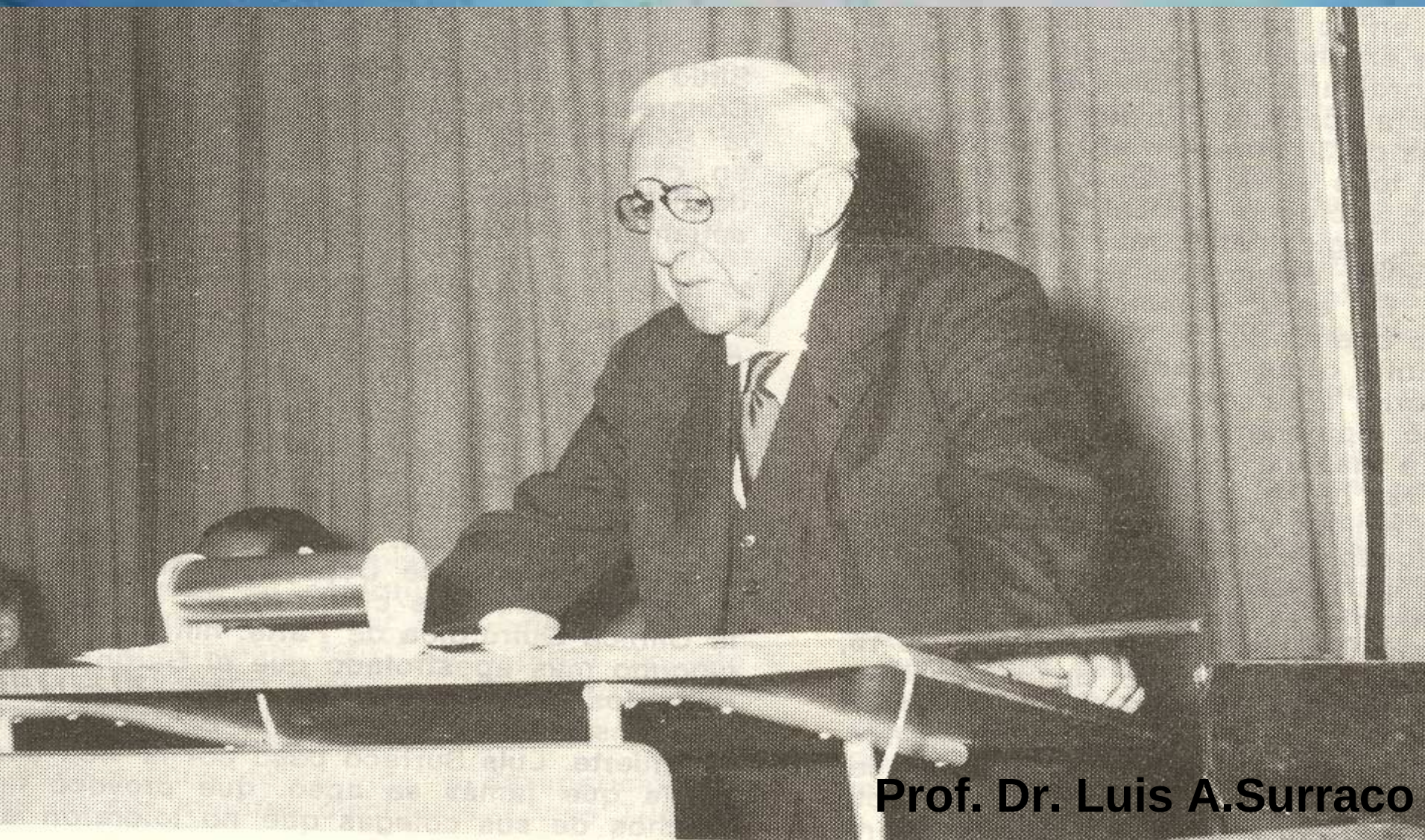


ERROR EN MEDICINA datos históricos y aproximación a la epidemiología

JORNADA SAIP
Paysandú 31/07/2007

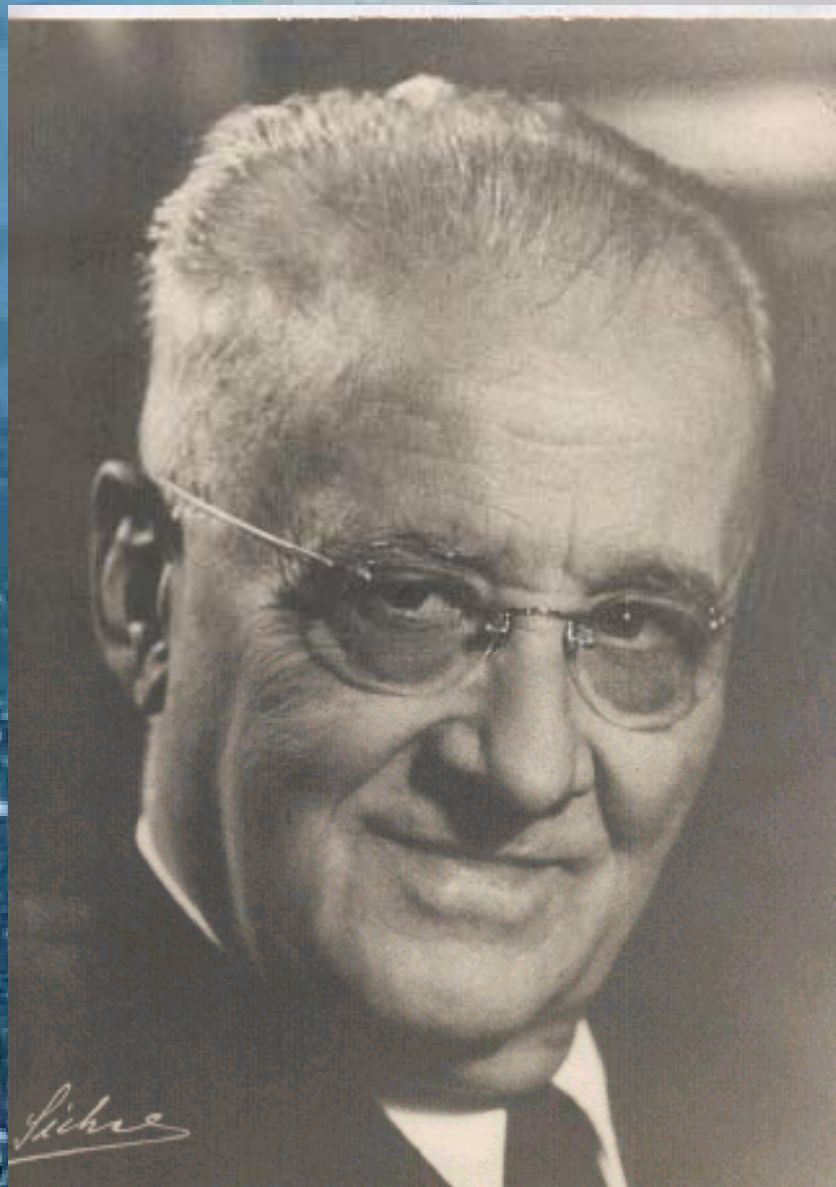




Prof. Dr. Luis A. Surraco

ERRORES HISTÓRICOS

- Nefrectomía bilateral en dos tiempos:
- El profesor nefrectomiza a un paciente, empleado del servicio, de nombre Hipogloso; en la contravisita le pregunta cómo se siente. Éste le responde que mucho mejor que la vez anterior, cuando le extrajo el otro riñón.
- ***“Hipogloso, te maté”***, cuentan que sentenció el Profesor. *[Si hay algún abogado, ya prescribió].*
 - Atribuida al primer profesor de Urología [Luis A. Surraco (1882 – 1970)]
 - de la Facultad de Medicina de Montevideo



JUAN POU ORFILA

◆ En 1915, el Prof. Juan Pou Orfila, destacado profesor de Obstetricia y Ginecología de Montevideo, discípulo de Ramón y Cajal y formado en Alemania, publicó “Lógica y Pedagogía Médicas”, dedicando un importante capítulo al **ESTUDIO DE LOS ERRORES O FALACIAS EN MEDICINA**, a lo que denominó **AMARTOLOGÍA MÉDICA**.

RICARDO POU FERRARI



**Pionero de la Obstetricia Social
en América Latina
Fundador del Sindicato Médico
del Uruguay**

Augusto Turenne

Pedro
LARGHERO
Cirugía y Pasión





Dr. Antonio L. Turnes

Paysandú 31/07/2007

Antecedentes históricos

- Algunas Clínicas Quirúrgicas actuales han realizado estudios, aunque no publicaciones: los Profs. Oscar Balboa, Luis Carriquiry, Luis Ruso.
- Pocas instituciones tienen un Comité de Muertes.
- No hay Comités para la Seguridad del Paciente, una necesidad urgente.

Antecedentes históricos

- **Código de Hammurabi (1750 aC) y la Ley del Tali3n**
- **Hip3crates, (Siglo V aC)**
- **Maim3nides (Siglo XII)**

*La vida es breve; la ciencia, extensa;
la ocasión, fugaz; la experiencia,
insegura; **el juicio, difícil.***

*Es preciso no sólo disponerse a hacer lo
debido uno mismo, sino además (que
colaboren) el enfermo, los que le asisten,
y las circunstancias externas.*

HIPÓCRATES, Siglo V A.C. (Aforismos,1)

Es imposible para una persona ser erudito hasta la perfección en el arte de la Medicina. Se debería saber que quien consiente en la práctica de la Medicina sin ser o alcanzar la perfección en eso hace más daño que bien; porque si una persona está sana o enferma, es mejor no ser tratado por un médico en lo más mínimo, que ser tratado por un médico que comete un error. Su error será proporcional a su falta de conocimiento; y si algo bueno viniera de él, es probablemente accidental. Por esta razón es que Hipócrates comienza su libro con la exhortación a la perfección en este arte, diciendo: “la vida es breve, la ciencia, extensa; la ocasión fugaz; la experiencia insegura, el juicio difícil.”

Si el médico no sabe todo lo concerniente ya establecido antes por la experiencia, pero comienza ahora a experimentar sobre ese caso, debe mirar que el tiempo es demasiado limitado para esto, y hay peligro en comenzar a experimentar con ese paciente.

Maimónides (1135 – 1204)

El estudio de HARVARD

- El Prof. Lucien Leape, pionero en esta materia, un profesor de cirugía infantil que se dedicó a estudiar el EM desde el punto de vista de la Salud Pública, investigó las admisiones hospitalarias de **1984 en Nueva York, descubriendo que el 3,7% de las personas admitidas sufrieron algún efecto adverso o lesión causada por la atención médica y que un 58% de éstos se debía a algún error.**

El estudio **australiano**

- Siguiendo metodología similar a la del estudio de Harvard, en 28 hospitales de New South Wales, encontraron por lo menos un **evento adverso en 16.6% de las admisiones, de los cuales 51% eran prevenibles**

(Wilson, 1995)

El estudio de **UTAH-COLORADO**

Otro estudio paralelo en los hospitales de **Colorado y Utah realizado en 1994**, evidenció un **2,9%** de efectos adversos y un **53%** por error.

De ellos, 3% en pacientes operados y la mitad prevenibles

(Gawande,1999)

El estudio británico

Un estudio en dos hospitales en Londres mostró **casi un 11% de eventos adversos**, de los cuales **aproximadamente un 50% podía ser considerado prevenible**

(Vincent, 2001)

Las principales críticas realizadas a estos estudios son dos:

- ser retrospectivos**
- basarse en revisión de historias**

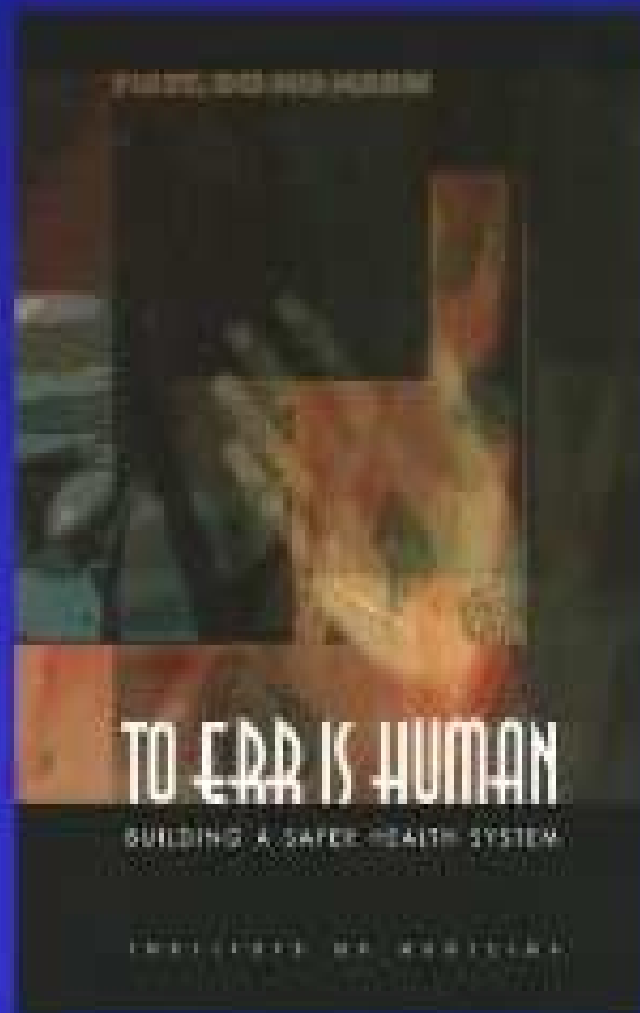
Pero ya en 1997, un grupo liderado por Krizek (cirujano) organizó un estudio prospectivo y observacional in situ realizado por profesionales entrenados, que siguieron la atención médica en 3 unidades de un hospital universitario. Encontraron que **un 17.7% de los pacientes sufrieron eventos adversos**

(Andrews, 1997)

En los ultimos años, se han agregado estudios observacionales realizados por cirujanos asociados a psicólogos industriales o especialistas en factores humanos en **el propio block operatorio** incluso registrando las operaciones en video para su ulterior análisis

Y el registro en video de las operaciones laparoscópicas ha permitido un análisis por parte de los cirujanos de sus eventuales errores durante la realización de la operación, en lo que ha insistido con énfasis el Prof. Cuschieri

TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM



Institute of Medicine
Committee on
Quality of Health
Care in America



**En el ultimo año y medio (2005 – 2006)
se registran en MEDLINE 188 artículos
Sobre ERROR EN MEDICINA, ESPECIALIDADES
QUIRÚRGICAS y ENFERMERÍA:**

<u>Procedencia</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Porcentaje</u>
Estados Unidos	113	60,11%
Reino Unido	20	10,64%
Canadá	7	3,72%
Irlanda	5	2,66%
Alemania	4	2,13%
Australia	4	2,13%
España	4	2,13%
Países Bajos	4	2,13%

Japón	3	1,60%
Grecia	2	1,06%
Italia	2	1,06%
Suecia	2	1,06%
Nigeria	2	1,06%
Sudáfrica	2	1,06%
Austria	1	0,53%
Bélgica	1	0,53%
Corea	1	0,53%
Finlandia	1	0,53%
Francia	1	0,53%
Hungría	1	0,53%
Hong Kong	1	0,53%
Malasia	1	0,53%
Noruega	1	0,53%
Serbia y Montenegro	1	0,53%
Suiza	1	0,53%
Taiwan	1	0,53%
Turquía	1	0,53%
Europa (indeterminado)	1	0,53%

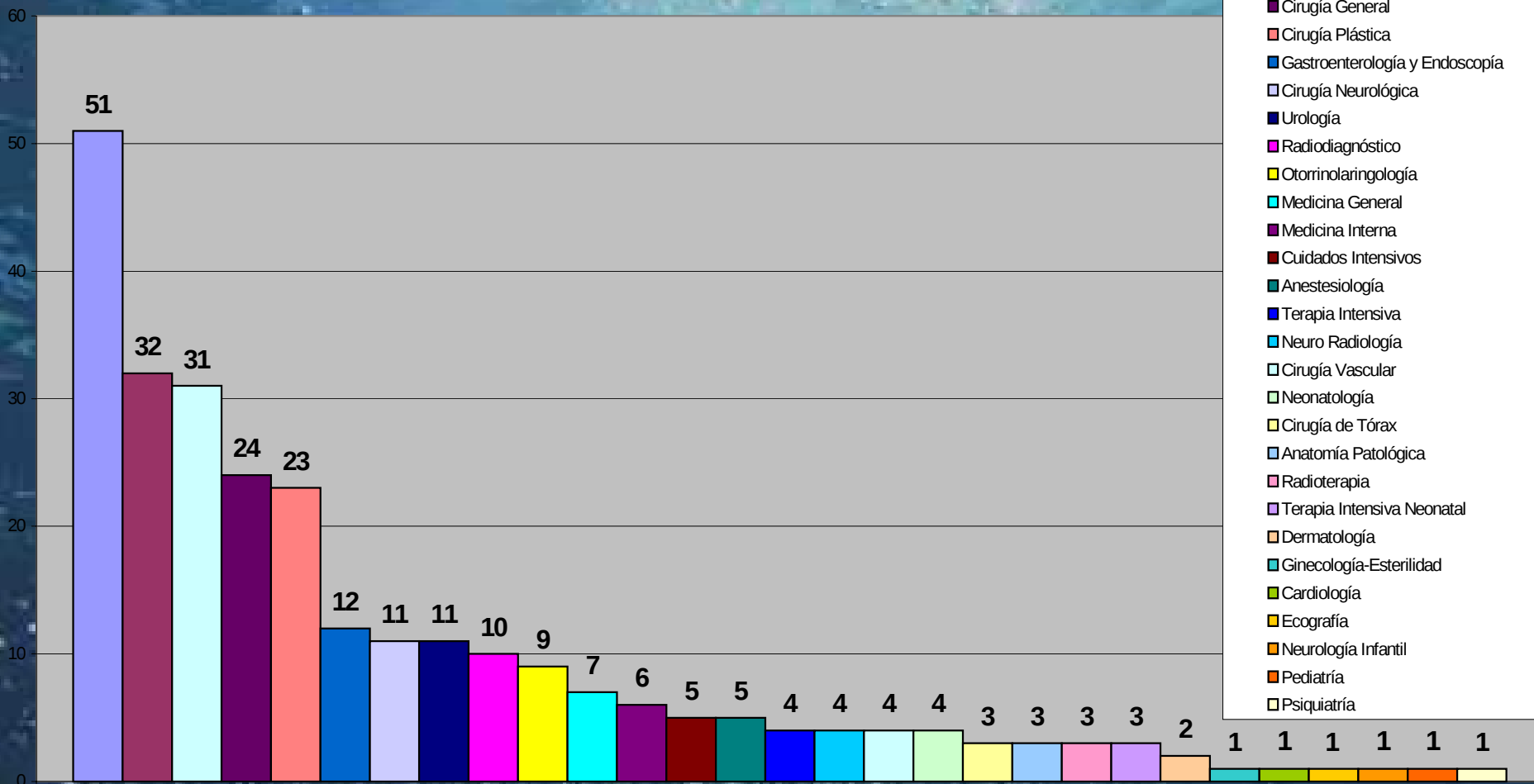
Cantidad de demandas y monto en dólares por año

Período: 1995 a junio 2005



Demandas por especialidad

Período: 1995 a junio 2005



Demandas por especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas

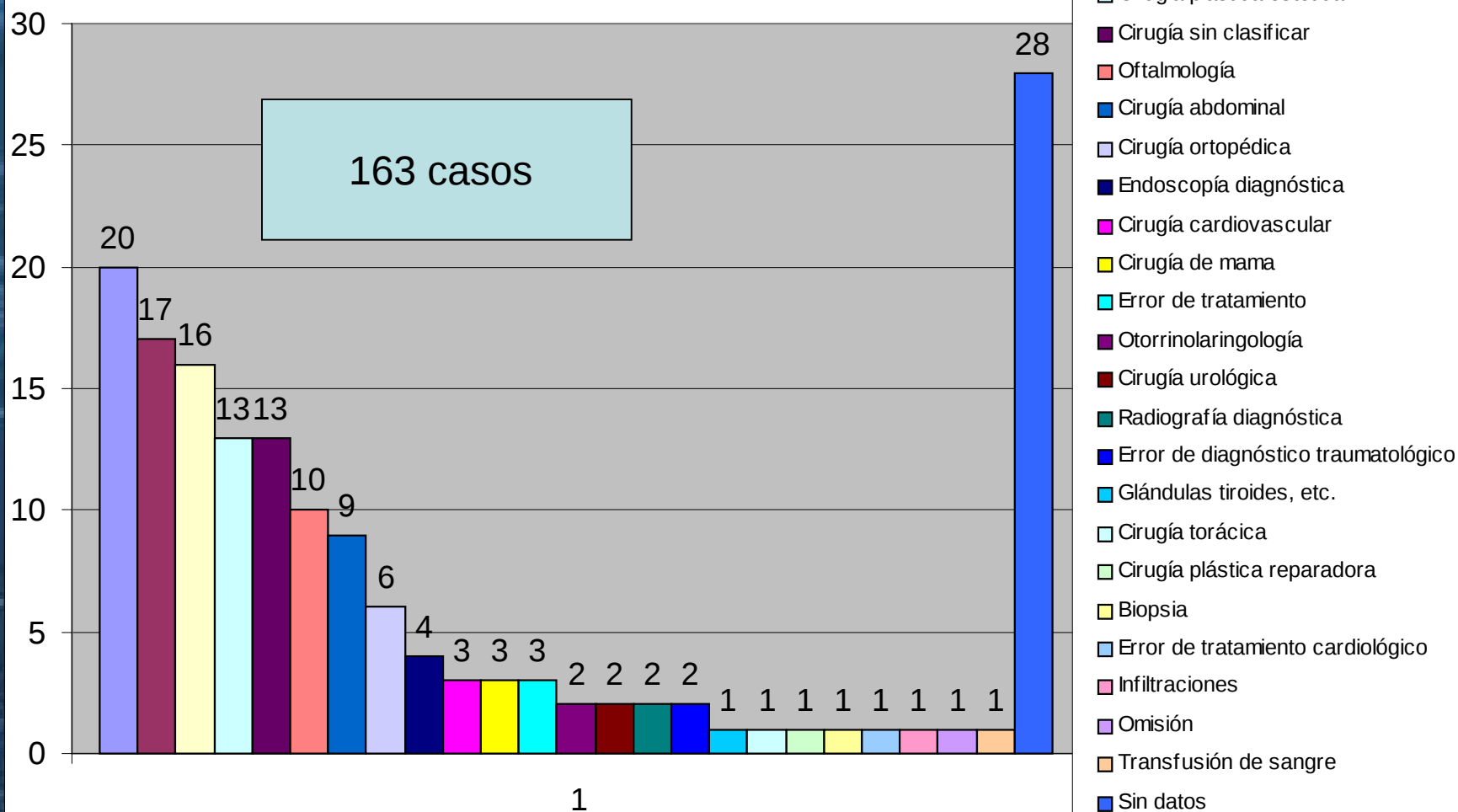
Período: 1995 a junio 2005



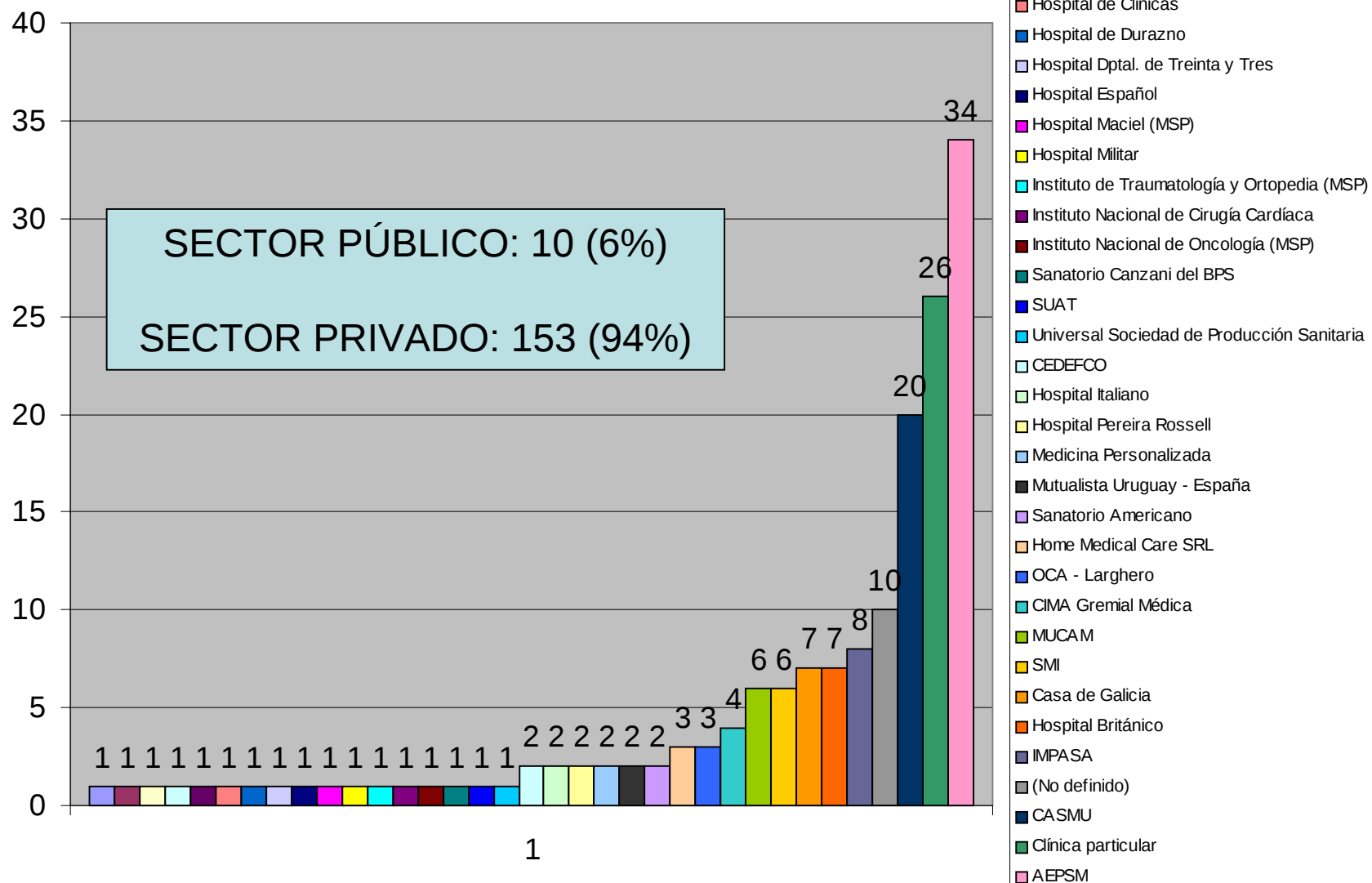
DATOS REALES OBTENIDOS EN RELEVAMIENTO EN **JUZGADOS DE MONTEVIDEO (PERÍODO 1993-2004)**

- Casos por origen del evento dañoso
- Casos por lugar de ocurrencia del evento dañoso
- Médicos involucrados por año de graduación
- Médicos involucrados por edad
- Casos por estado procesal

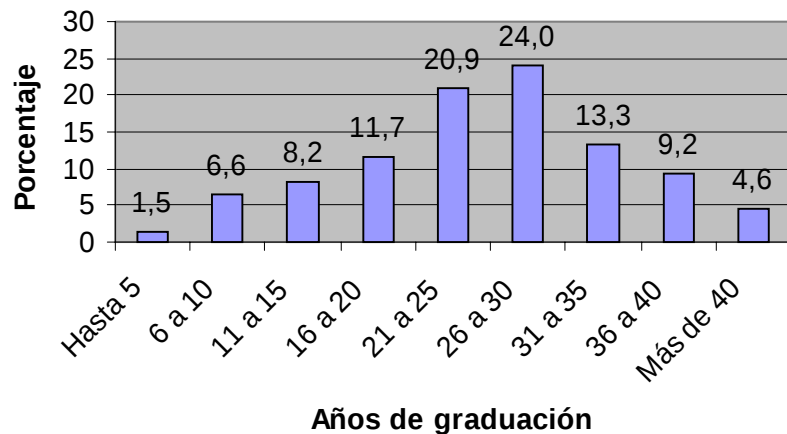
CASOS POR ORIGEN DEL EVENTO DAÑOSO



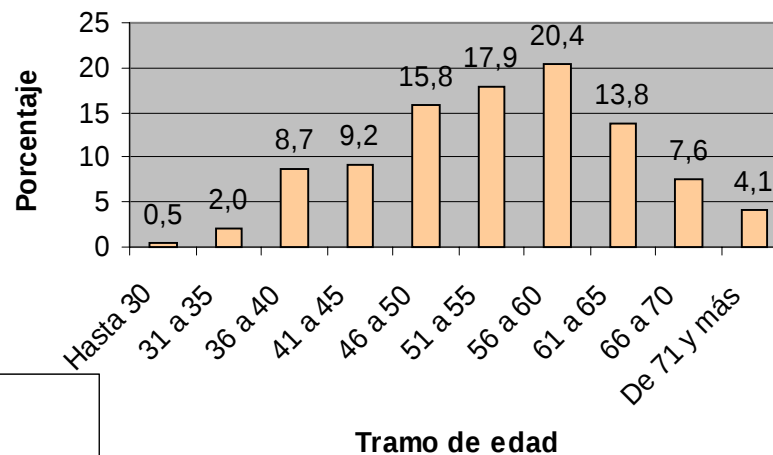
CASOS POR LUGAR DE OCURRENCIA DEL EVENTO DAÑOSO



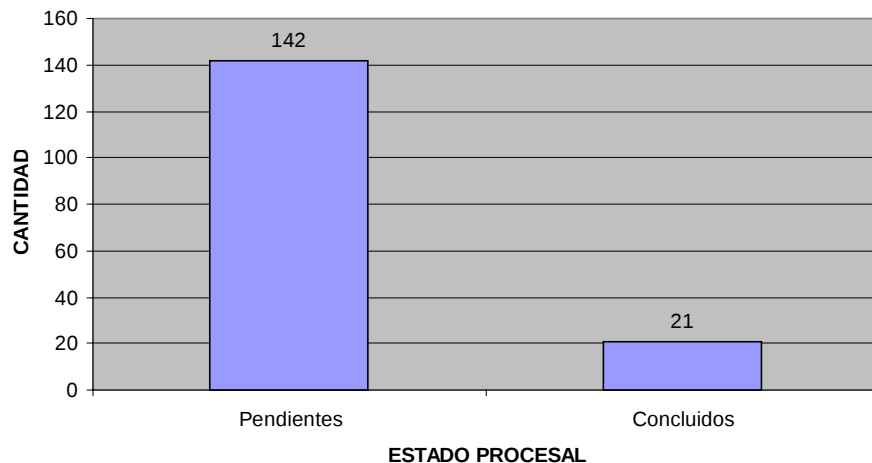
PORCENTAJE DE MÉDICOS INVOLUCRADOS POR AÑOS DE GRADUACIÓN



PORCENTAJE DE MÉDICOS INVOLUCRADOS POR TRAMOS DE EDAD



CASOS POR ESTADO PROCESAL



LOS ANESTESISTAS

- Estudios verificados en Australia y el Reino Unido muestran que la **mortalidad en anestesia**, de hace veinte años, a principios de los ´80 era de **1/10.000 anestesias**. En el 2000 había disminuido a **1/300.000 anestesias**.
- Una mejora espectacular de reducción de 60 veces, o de un 6.000%.

LOS ANESTESISTAS

- Han mejorado porque identificaron claramente el problema, lo enfocaron en términos científicos, con estudios sistemáticos de mejora de la seguridad de los agentes, los instrumentos, la monitorización y la convergencia de otros tipos de técnicas quirúrgicas y de mantenimiento hemodinámico.
 - Jaume Aubia: Errores Médicos: Los sistemas de Protección y sus paradojas
 - La Gestión de los Errores Médicos. Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2002,
 - En www.saip.org.uy

REGLAS DE LA O.M.S

Para la seguridad del paciente:

Las Soluciones para la Seguridad del paciente, en opinión de la OMS, se centran en los siguientes aspectos:

- 1) Medicamentos de aspecto o nombre parecidos**
- 2) Identificación de los pacientes**
- 3) Comunicación durante el traspaso de pacientes**



REGLAS DE LA O.M.S

- 4) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto**
- 5) Control de las soluciones concentradas de electrólitos**
- 6) Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales**



REGLAS DE LA O.M.S

- 7) Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos**
- 8) Usar una sola vez los dispositivos de inyección**
- 9) Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud**

La noticia, dada en Internet por la Organización el 2 DE MAYO DE 2007



**¿En qué
medida
modificar
estas
situaciones
está
en nuestras
manos?**



EN URUGUAY HOY:

- El Fondo Nacional de Recursos ha iniciado un Programa de Seguridad del Paciente (para los IMAE) e instaurado un Premio “PACIENTE SEGURO”, para poner énfasis en el cuidado de las condiciones de seguridad en que se realizan las prestaciones de alta complejidad.
- Pero no tenemos Comités de Seguridad de los Pacientes, ni institutos que se ocupen sistemáticamente de este tema.

EN URUGUAY HOY:

- Se constituyó en mayo de 2007, un Comité Nacional para la Seguridad del Paciente y el estudio del Error en Medicina (SE.PA.)
- Desarrollará investigaciones y organizará actividades sistemáticas para mejorar la Seguridad del Paciente en todo el País.

EN URUGUAY HOY:

- A través de cursos y la incorporación de unidades en cada departamento, en cada institución, que se ocupe de trabajar en estos temas.
- Como una tarea nueva **DE LA MAYOR IMPORTANCIA**, a la que habrá que dedicarle **ATENCIÓN, RECURSOS, PRIORIDAD.**

An aerial photograph of a city, likely Paysandú, showing a large area of flooding. The flood covers a significant portion of the urban landscape, with buildings and infrastructure partially submerged. The water is a murky brown color. The text 'PAYSANDÚ' is overlaid in large white letters at the top.

PAYSANDÚ

31.07.2007

JORNADA SAIP



**Relaciones interpersonales
medico-médico:
tanto en paciente internado,
como en policlínica.**

- DECLARACIÓN DE GINEBRA

**“Considerar como hermanos
a mis colegas”**

Asociación Médica Mundial (1948)

“Propender a la integración médica latinoamericana, según el principio de que la Medicina no reconoce fronteras y la profesión médica es una fraternidad universal. “

(Fines y Acciones de la CONFEMEL, Artículo 6º inciso i). (1946 – 1997 n.v.)

Código de Montpellier (*reglas de etiqueta médica*)

Publicadas en el Uruguay en 1924

Códigos de Ética Médica (SMU-FEMI), Capítulo VI, Artículos 66 y siguientes. (1995)





Comunicación con los familiares del paciente.

La relación médico-paciente

Capítulo IV del Código de Ética:

La relación médico-paciente:

- *El deber de decir la verdad*
- *El deber de respetar la confidencialidad y la intimidad*
- *La autonomía del paciente*
- *El respeto a la vida*

La relación médico-paciente:

Mantener el buen diálogo, escuchando y respondiendo, dándole el tiempo adecuado para asegurarse que el otro comprende, en lenguaje llano y accesible lo que el médico le quiere explicar.

La relación médico-paciente:

*Buscar las condiciones, el momento,
el lugar y el ambiente adecuado
para establecer esa
comunicación, y quedar a
disposición para aclarar lo que luego
resulte en inquietudes que desee
plantear.*

La relación médico-paciente:

- *No discutir nunca, pelearse jamás.*
- *Mostrar diligencia, amabilidad, comprensión.*
- *No asumir una conducta paternalista, adoptando decisiones por el paciente cuando éste está en condiciones de hacerlo por sí mismo.*

La relación médico-paciente:

- *Cuando se produce un hecho lamentable, inesperado o no deseado, dar las explicaciones del caso y pedir disculpas. A menudo el paciente o la familia desean compartir ese momento y no que se les abandone sin explicación. Allí se siembra la semilla del conflicto, la reclamación o la demanda.*

MUCHAS GRACIAS



Por su atención