



EJERCICIO UNIDAD 5

La comunicación es parte importante de la seguridad del paciente.

Ejercicio: ¿Qué le ocurrió a Juan Valera?

Este material es propiedad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fue encargado a la Universidad de Zaragoza en el marco del contrato nº 201607CM0015.

Autores: Carlos Aibar-Remón (Universidad de Zaragoza) y Jesús M. Aranaz-Andrés (Hospital Ramón y Cajal de Madrid).

Introducción.

A partir de una historia basada en hechos que nunca deberían ocurrir se plantea un ejercicio que tiene los siguientes objetivos:

- Promover una actitud positiva hacia la utilización de los sucesos adversos que han ocurrido (incidentes y accidentes) para aprender al respecto y mejorar el entorno asistencial.
- Reconocer los factores que convierten un incidente o un evento adverso en un suceso centinela.
- Describir los factores que pueden contribuir a la aparición de un efecto adverso haciendo especial hincapié en la comunicación.
- Diferenciar entre causa subyacente o profunda y causa superficial o aparente.
- Distinguir las causas raíz involucradas con mayor frecuencia en la aparición de efectos adversos.

Opcionalmente puede utilizarse la situación planteada para sentar las bases de un análisis modal de fallos y efectos.

Recomendaciones didácticas:

Aunque puede utilizarse en otras circunstancias, el ejercicio requiere para su uso:

- Lectura individual de la historia (ver documentación para los alumnos).
- Discusión en grupos de 4-5 personas de los factores que han contribuido a la misma y de las propuestas de mejora.
- Presentación de las conclusiones de cada grupo y discusión de las mismas.

El texto se acompaña de una presentación de apoyo en PowerPoint.

El tiempo mínimo previsto para la lectura del caso y la discusión posterior es de 90 minutos.

Puede plantearse un esbozo de cartografía de los hechos utilizando tablas de narración cronológica de los hechos o persona-tiempo y las tablas facilitadas en el anexo: Instrumentos de utilidad para el análisis de causas raíz.

Lecturas sugeridas:

Además de los contenidos de esta Unidad es recomendable la lectura y estudio previo de las Unidades anteriores. Igualmente puede ser de utilidad la lectura de:

- Pérez MJ, Iruretagoyena ML, González-Llinares R, Cantero D, Alcalde G, Manzano A et al. Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que puedan ser incorporadas en la gestión de procesos asistenciales. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-03. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2008_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/D_08_03_herra_seguri.pdf
- Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria nº 18 Seguridad del Paciente Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/sumario2.php?idnum=18> .
- NPSA. La seguridad del paciente en siete pasos. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf

Comentarios para el profesor.

El Informe del IOM *Err is Human* señaló las características epidémicas de los errores médicos. Años después continúan ocurriendo. Lamentablemente, este caso puede resultar familiar a muchos cirujanos y responsables de la organización de la actividad quirúrgica de los hospitales.

Procesos complejos de atención, fracasos múltiples de comunicación y lapsus en los procedimientos de seguridad básicos, son elementos comunes y repetidos en la aparición de sucesos adversos. En este caso el error sólo fue descubierto cuando el cirujano fue llamado para empezar la intervención. Ya tras la inducción de la anestesia. Muchas veces, los errores pasan inadvertidos y no son comentados.

Examinemos los procesos múltiples que fallaron para este paciente:

1. Falta de implicación del paciente en el consentimiento informado:
 - a. El propio paciente olvidó el “tantra” de la atención centrada en el paciente: “No me haga nada sin contar conmigo”.
 - b. No hubo comunicación con familiares.
 - c. No se comunicó la necesidad previa de valoración del riesgo coronario.
2. El papel jugado por el cardiólogo ilustra otra cuestión frecuente: la falta de comunicación verbal entre especialistas en la valoración y discusión de los casos. En casos como este la valoración preoperatorio, termina por convertirse en una “rutina” obligada que se incluye en la historia clínica y que ni siquiera es analizada.
3. Otra falta de comunicación destacable es la apreciable entre cirujanos y personal de enfermería y entre cirujanos y anestesiistas, así como falta de canales precisos de comunicación con el bloque quirúrgico. Nadie del personal de la planta, ni el del quirófano era consciente de que no había que intervenir al paciente. Surgen como preguntas: ¿Quién llamo al quirófano?, ¿Con quién habló el cirujano?
4. Otra cuestión que surge es el que podía llamarse: “cadena de favores” que favorecen desviaciones en los procedimientos que deberían estar protocolizados,

- de tal manera que atajos y otras actividades que son inherentemente arriesgadas pasan a ser consideradas aceptables porque "nosotros nunca hemos tenido un problema".
5. Los requerimientos de eficiencia del quirófano, favorecieron también el error:
 - a. Se intentó aprovechar el tiempo.
 - b. No se realizó el oportuno listado de verificación quirúrgica.
 - c. Parece, por lo relatado, que en el hospital en que acontecen los hechos, es fácil y habitual realiza cambios en el parte quirúrgico.
 6. A nivel de equipo quirúrgico, una sesión matinal de revisión de casos, también hubiera contribuido a reducir la probabilidad de errores. La obligatoriedad de la norma de no comenzar la intervención hasta que no está presente el cirujano, también contribuiría a que no se produjeran situaciones como la descrita.
 7. Finalmente, a nivel de sistema, parece prevalecer la velocidad y la "producción" sobre la seguridad.
 8. El procedimiento ideal de evitar este tipo de problemas es un modelo claro de comunicación con el paciente y su familia acerca de los planes previstos diciéndoles al personal de enfermería de la planta qué había que esperar, al personal responsable del quirófano que el caso había sido cancelado, y no comenzando la anestesia hasta que el cirujano que debía intervenir estuviera presente y hubiera visto y saludado al paciente. Si las reglas al respecto son poco precisas, aumenta la probabilidad de errores.
 9. Un proceso estructurado por agregar y cancelar los casos al parte quirúrgico diario y un repaso y discusión del mismo entre el personal (anestesia, instrumentistas, administrativos,...) también contribuiría a reducir la probabilidad del suceso.
 10. En principio, nada tenía que salir mal y se tenían que dar muchas circunstancias para que hubiera problemas. El error es ejemplo de un sistema complejo con fallos múltiples en la comunicación. Los "agujeros del queso" se han alineado formando un desfiladero de fatalidad. Había:

- Cirujanos, cardiólogos y anestesistas competentes técnicamente.
- Personal eficiente y preocupado por el rendimiento quirúrgico.
- Buena estructura.

Y sin embargo:

- Nadie parece tener una visión de conjunto del proceso de intervención quirúrgica.
- Fallaron los canales de comunicación entre profesionales y con el paciente.
- Falló el trabajo en equipo.

Ante la percepción de que otra vez “estás viendo una película” que ya has visto y que podría titularse: “La rutina asistencial” y de que aunque no atiendas un rato o te duermas, no pasa nada ya que luego podrás seguir el argumento, cualquier pequeña modificación o “corte” debería obligar a pararla y reflexionar si hay algún problema. En resumen recordar tres fundamentos de la seguridad:

- Párate y piensa antes de actuar.
- Habla y pregunta.
- Los procedimientos básicos (normas y rutinas) de seguridad no son opcionales y deben formar parte de la práctica clínica habitual.

En caso de valorarse que los alumnos que realizan el ejercicio considerasen que podría existir riesgo de que ocurriera algo similar en su entorno, puede plantearse ser la realización de un análisis modal de fallos y efectos: ¿Qué puede fallar hasta que un paciente está en la mesa del quirófano?

Documento para los alumnos:**Ejercicio: El caso de Juan Valera**

Lea el caso del paciente Juan Valera y, posteriormente, considere las siguientes cuestiones:

- ¿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 un evento adverso?
- ¿Podría producirse en su hospital?
- ¿Qué factores contribuyeron a que se anestiara al Sr. Valera? Agrúpelos por las categorías recomendadas por la NPSA (TABLA 1 y FIGURA 1).
- En el caso que se considerara conveniente analizar las causas raíz, precise los siguientes puntos (TABLAS 2 y 3):
 - Información a recoger.
 - Grupo de trabajo.
 - Mapa de los hechos: narración cronológica, persona/tiempo.
 - Profesionales, escenarios asistenciales y servicios y unidades involucrados.
 - ¿Qué se hizo bien y qué no funcionó como se esperaba.
 - Diferencie causas próximas de causas raíz: Plantéese el porqué de las causas.
- Plantee barreras y/o acciones de mejora prioritarias para que tal hecho no vuelva a suceder (TABLA 4).
- Analice especialmente los aspectos relacionados con la comunicación con el paciente y sus familiares así como entre los profesionales que han podido influir en la aparición de este caso.

Los hechos.

Juan Valera, un hombre de 73 años fue ingresado urgentemente en el servicio de Cirugía Vascular de un hospital a las 5 AM del día 10 de septiembre de 2016 por padecer dolor intenso en una pierna. Al realizarse una angiografía a la 9 AM de ese mismo día, 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 "EA" (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 realizaría 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, con el fin de no molestarle, 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 "EA" 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 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 fue 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 cardiaca grave.

Conscientes del error, el paciente fue despertado sin complicaciones. Posteriormente el Dr. Espuelas pidió disculpas al paciente y sus familiares por el error. En días posteriores se le practicó con éxito el cateterismo cardíaco y un bypass arterial periférico.

Análisis de la situación.

Realice un análisis de los hechos acontecidos y proponga medidas para evitar que tal hecho no vuelva a ocurrir.

A fin de facilitarle el análisis puede utilizar las siguientes tablas:

TABLA 1. Factores contribuyentes.

Categoría de los factores	Aspectos a valorar
Contexto institucional y organizativo	Limitaciones económicas, estructura organizativa, cultura de seguridad, prioridades, profesionales, recursos económicos disponibles, externalización y subcontratas de servicios, predominio de “lo administrativo” sobre “lo clínico”
Pacientes	Edad, complejidad clínica (comorbilidad, gravedad,..), creencias, lenguaje y comunicación con paciente y familia, problemas familiares, nivel socioeconómico,...
Individuos	Problemas personales y familiares, problemas domésticos, salud física y mental, aspectos de la personalidad (actitudes y conductas en relación a los riesgos) discapacidades, relaciones laborales, estrés, precariedad laboral, falta de motivación, carga de trabajo,...
Tareas a desarrollar	Guías, procedimientos, normas y protocolos (existencia, accesibilidad y utilización de los mismos, sencillez, actualización, consenso de aplicación, control del cumplimiento), asignación precisa de tareas,..
Comunicación	Verbal, escrita, no verbal. Difusión de la información, ambigüedad, confusión, retrasos, falta de

MSSSI

Seguridad del Paciente

	estandarización,.. Con el paciente, entre el equipo, entre servicios, entre niveles asistenciales, entre centros
Equipo	Nº de profesionales, estructura del equipo (consistencia, liderazgo, estilo de gestión, respeto a miembros jóvenes, acatamiento al líder, definición de responsabilidades,...), relaciones y conflictos entre el grupo, relaciones con otros equipos asistenciales, carga de trabajo, apoyo administrativo,...
Formación y entrenamiento	Competencia, formación, entrenamiento, actualización, desconocimiento de las tareas, existencia de plan de acogida, supervisión de tareas, formación en trabajo en equipo, formación en situaciones de emergencias ...
Equipamiento y recursos	Equipamiento disponible, diseño, usabilidad y mantenimiento de equipos y dispositivos, almacenaje adecuado, instrucciones de manejo (legibilidad, idioma, claridad),...
Entorno inmediato de trabajo y factores ambientales	Diseño arquitectónico, limpieza, falta de espacio, ruido, interrupciones, calor o frío excesivo, iluminación, equipamiento disponible, diseño y mantenimiento de equipos y dispositivos,...

TABLA 2. Descripción de los hechos: tabla cronológica.

	Fecha hora	Fecha hora	Fecha hora
¿Qué ocurrió?			
¿Qué se hizo bien y funcionó adecuadamente?			
¿Qué no se hizo bien o falló?			

TABLA 3. Descripción de los hechos: tabla personas/tiempo.

	Fecha hora	Fecha hora	Fecha hora
Dr. Guimera			
Dr. Rubiales			
Dr. Sarasqueta			
Dr. Rubiales			
Sra. L. Almendros			
Sra. J. Medel			
Enfermería planta			
Otro tipo de personal: celadores,..			
.....			

TABLA 4. Planteamiento de acciones de mejora y barreras.

Hechos	Causa raíz	Barreras/mejoras *	Tiempo	Responsable	Indicadores evaluación y seguimiento

* Valorar: Eficacia y efectividad, Sencillez, Adecuación, Fiabilidad y resistencia a incumplimientos, Factibilidad y Sostenibilidad.

