

EL ERROR EN NEONATOLOGIA

Dr. Diego Enriquez

División Neonatología. HMIR Sardá.

Introducción

Tanto la magnitud como la frecuencia del error tienen importancia en todas las actividades de la medicina, pero cuando se trata de una terapia intensiva y más aún de pacientes con muy bajo peso con reservas compensatorias y calóricas reducidas, cobran mayor importancia las conductas de prevención.

Diferentes puntos del tema deben ser abordados en forma correlativa y sincera por parte de las estructuras conductoras del Servicio para poder crear conciencia en todo el personal a cargo de pacientes.

1. Etapa de reconocimiento del error. Esta sólo se obtiene mediante la constante reflexión de la tarea cotidiana, y colabora con ello el desarrollo de ateneos periódicos sobre el funcionamiento del sistema y específicamente de los errores.
2. Mediciones y pesquisas periódicas (auditorias, controles, encuestas, etc.).
3. Identificación de los probables causales. Entender que el error muchas veces funciona como un iceberg, que oculta debajo del mar aquello que sostiene lo visible (el hecho errado), y que no casualmente es, por mucho, lo más grande.
4. Buscar y crear modificaciones en el sistema para que sea más difícil errar que amparar en las personas el centro del cambio.
5. Entender todos estos puntos como parte de la atención de los pacientes. Poner siempre que se encuentre un error la fuerza en cómo prevenirlo más que en buscar sólo culpables.

Clasificaciones

En cuanto al primer punto, una forma de ordenar mediante clasificaciones hace más fácil el encarar prioridades y puntos a corregir.

La magnitud del error clasifica al mismo en *graves* cuando atentan contra la vida del paciente, y *potenciales* aquellos que actúan en forma indirecta agravando la situación del paciente.

El error puede ocurrir por la *acción* (impericia, imprudencia), o por la *omisión* (negligencia), y todos pueden ser encuadrados en estos causales generales.

El *tiempo* de producción del error los clasifica en pasados, que son aquéllos reconocidos únicamente mediante evidencias como historias clínicas, planillas de enfermería, etc. (visión retrospectiva); presentes, que son los que se encuentran accionando en el momento de la observación y pueden ser solucionados antes de provocar daño; y futuros, aquéllos que devienen de un sistema perverso que genera errores de diverso tipo en forma repetitiva o que hace controles ineficaces.

Diversos aspectos de la atención de un paciente son pasibles de ocurrencia de errores; en nuestra especialidad pueden ser:

- Identificación del recién nacido.
- Procedimientos sobre el paciente (intubación endotraqueal frustra, canalización umbilical con localizaciones riesgosas, punciones de arterias de áreas sin circulación colateral, extravasaciones de drogas necrosantes de tejidos, etc.).
- En las tomas de decisiones asistenciales sobre el paciente (diversidad de criterios que llevan a perder la coordinación de acciones a favor de la situación del paciente).
- En el funcionamiento y control del funcionamiento de los aparatos (servocontrol alterado de incubadoras o servocunas, tubos de luminoterapia agotados, laringoscopios, bolsas de reanimación rotas o mal armadas, válvula de respirador de flujo intermitente, fallas en filtros de fluidos, etc.).
- En las prescripciones:
 - a. Por errores de cálculo de dosis.
 - b. Por errores de caligrafía que generan confusión en los efectores de la indicación médica.
 - c. Por errores en las diluciones, concentraciones o formas de presentación de las distintas drogas.
 - d. Por errores en las dosis prescritas al no acomodarlas al clearance de creatinina o fallo hepático.
- De laboratorio (resultados de determinaciones que no traducen la realidad del paciente, como, por ejemplo, glucemias bajas por tardanza en la realización del método, hemólisis de muestras, etc.).
- Falta de anticipación de riesgos probados; como,

por ejemplo, no realizar un estudio de glucemia en un hijo de madre diabética. La falta de administración de corticoides prenatales en el caso de una amenaza de parto prematuro debe figurar dentro de los casos de error por omisión.

- Omisión en el cuidado. Esto se puede comprobar en los casos de "encontrar" a un paciente en paro cardiorrespiratorio, o acidosis respiratoria en un paciente intubado en el cual no se aspiró secreciones oportunamente.
- En la confección de documentos escritos. Los ejemplos más claros en este punto son la historia clínica y los certificados. La incoherencia, el no reflejo de la realidad, falta de cronología, confusión de pacientes, omisión en la evaluación de la información dada por el laboratorio y radiología, etc., forman parte de la gama tan grande de formas de error plasmadas en un documento público.

Formas o estrategias de prevención

Cada uno de los puntos destacados anteriormente son pasibles de corrección y prevención.

Identificación del RN: a través de sistemas de doble pulsera numerada, clamp con numeración concordante, personal especialmente dedicado al tema, presencia del padre o familiar en el parto y recepción, etc.

En cuanto a la confección de las *historias clínicas*, las auditorías diarias (con ánimo de lectura crítica y no sólo de control de gestión) y los resúmenes semanales, colaboran no sólo en el cuidado individual de los datos de la evolución del paciente, sino también entrena a los involucrados. Otra forma de mejorar la historia clínica es a través de proformas escritas o informatizadas; esta última, con demasiados temas, sobre todo legales, a mejorar. El sistema de "plantillas" es una estrategia válida para la confección tanto de certificados como de consentimientos escritos.

Los períodos de entrenamiento al personal en temas de procedimientos, enseña, renueva y mantiene intactas las *habilidades manuales*. Aquellas instituciones con sistemas de residentes (médicos en formación), reduce la posibilidad de los médicos del plantel estable a la realización de procedimientos, con lo cual muchos de ellos "pierden la mano". Igualmente, más importante que saber realizar un procedimiento, es conocer las indicaciones precisas para realizarlo (primero pensar y luego hacer).

Los errores de *laboratorio* se compensan cuando se enmarca el resultado con la clínica y el estado del paciente. No debiera aparecer en una historia clínica un resultado de laboratorio sin la debida evaluación y posible conducta a seguir.

Los *cursos de reanimación cardiopulmonar*

neonatal (RCP) debieran ser dictados al menos 1 vez cada 2 años y en los lugares de entrenamiento de médicos residentes en la especialidad realizarse en instituciones con un número de partos al menos superior a 4.000 anuales para asegurar una prudente capacitación en Servicio. Como ejemplo, en promedio, en la Maternidad Sardá se reanima a un RN 1 vez por día, con el sabido entrenamiento intensivo en dicho procedimiento vital en la especialidad de un médico residente.

La creación de *normas o guías asistenciales* colabora con la unificación de criterios y acciones; informatizarlas es importante para tenerlas "on line" desde cualquier terminal, con menos pérdidas o ruptura de papeles. Las normas "interactivas", es decir, la adaptación de la norma al paciente y no al revés mediante medios magnéticos también es importante para favorecer la tarea.

En cuanto a las omisiones en la atención del paciente, el tema es por mucho más complejo y enraizado con la realidad social y organizativa de las instituciones. Igualmente, donde pareciera que este tema es solamente "persona dependiente", la motivación dada por los jefes, el sistema de toma de personal, los sistemas de capacitación constantes, cansancio del personal (guardias de 24 horas con horarios extensos), crean una atmósfera de trabajo facilitadora o no de ese tipo de errores.

Las *estrategias para reducir los errores* en las *prescripciones* de medicamentos pueden ser las siguientes:

Por fallas de cálculo de dosis:

- a. Sistemas de doble o triple control (personal médico, enfermería, farmacia, etc.).
- b. Sistema computarizado a través de planillas de cálculo.
- c. Planillas de doble entrada para distintas dosis por peso (tablas).
- d. Tablas de doble entrada.
- e. Sistemas de combinación de todos los anteriores.

Por fallas de caligrafía (no contemplando el aspecto estético del tema):

- a. Proformas impresas.
- b. Impresión de sistemas informáticos.
- c. Personal específico (secretaría).

Errores de diluciones y preparaciones de las drogas a administrar:

- a. Creación de normas locales de enfermería.
- b. Utilización de presentaciones pediátricas de los fármacos utilizados.
- c. No cambiar presentaciones.
- d. Confección y utilización de tablas al respecto.

Conclusiones

Por lo frecuente e importante del tema tratado, creemos que dentro de las instituciones debiera existir personal especialmente designado y entrenado en buscar, estudiar y prevenir accidentes y errores.

Entendido desde los costos, es marcadamente más redituable prevenir que tratar las consecuencias de los errores sobre la atención de los pacientes.

Por sobre todo entender y hacer entender que la peor estrategia es el ocultamiento, porque en esta acción no hay aprendizaje, y que el temor al litigio por mala praxis se da más por la mala confección de la historia clínica y una mala relación con el paciente y su familia.

Agradecimiento

A la fundación Bunge y Born que colabora a través de la beca otorgada al autor para llevar a cabo este proyecto

Bibliografía consultada

1. Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch. argent. pediatr 2001; 99(6):522-529.
2. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barners BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324 (6): 377-84.
3. Ross LM, Wallace J, Paton JY. Medication errors in a paediatric teaching hospital in UK: five years operational experience. Arch Dis Child 2000; 83: 492-7.
4. Steinbrook MD. The debate over residents' work hours. N Engl J Med 2002; 347(16):1296-1302.
5. Gaba DM, Steven K, Howard MD. Fatigue among clinicians and the safety of patients. N Engl J Med 2002; 347(16):1249-1255.
6. Leape L, Epstein A. Editorials. N Engl J Med 2002; 347(16):1273.
7. Cavuoto M, Kudlu P. et al. Influence of frequency and nature of prescriber errors detected in a Children's Hospital. Albany Medical Center. SPR 2002 Kaushal R, Barker Kenneth, et al. How can information technology improve patient safety and reduce medication errors in Children's health care? Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155:1002-1007.
8. Lesar T, Briceland L, Stein D. Factors related to errors in medication prescribing. JAMA 1997; 277(4):312-317.
9. Rascheke R, Gollihre B, et al. A computer alert system to prevent infury from adverse drug events. JAMA 1998; 280(15):1317-1320.
10. Bates D, Leape L, Cullen D, Laird N, Petersen L, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. JAMA 1998; 280(15):1311-1316.
11. Agrest A. Definiciones de errores médicos. Capítulo 61. Más reflexiones inexactas de un observador médico. Biblioteca Médica Aventis. 2002; 312: 315.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO: es a veces desagradable, a menudo contradice a los clásicos (sobre todo si es nuevo), en ocasiones tortura al sentido común y humilla a la intuición. Por último puede ser conveniente para unos y no para otros.

La ciencia: su método y su filosofía, pág. 64

MARIO BUNGE