

UN CISNE NEGRO EN LA CIUDAD DE JUNIN



Dr.Mg.Carlos Marcheschi

carlosmarcheschi@icloud.com



“Aprende de los errores ajenos. No vivirás lo suficiente como para cometerlos todos”. Eleanor Roosevelt (1884-1962)

La ciudad de Junín (mi ciudad natal), amaneció el miércoles 27 de enero con un cisne negro pegado en la tapa de su diario mas leído (“La Verdad”). Contaba que el lunes 25 una **feroz pelea** había ocurrido en el Hospital Interzonal, entre dos miembros del equipo quirúrgico, el Medico Cirujano y el Medico Anestesiólogo. (<https://laverdadonline.com/feroz-pelea-entre-cirujano-y-anestesta/>)

El hecho ocurrió dentro del hospital y a poco de haber concluido el acto quirúrgico, debiendo ser operado de urgencia el medico anestesiólogo por una ruptura esplénica. Este evento, se constituye en un evento imprevisto de TIPO CISNE NEGRO(1) por cubrir los tres rasgos necesarios.

Su **rareza** por lo infrecuente, el **impacto extremo** por las consecuencias posteriores para la seguridad del propio personal de salud, su equipo y los pacientes y su **predictibilidad retrospectiva**, o como suele decirse en el “diario del lunes”, circulan en las redes explicaciones de todo tipo que venían venir un evento de estas características.

¿Pero qué grado de “predictibilidad prospectiva” tiene este evento adverso y en qué podemos mejorar?

LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS O SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La atención sanitaria puede causar daño en todos sus niveles de atención y la necesidad de disminuir al mínimo posible su ocurrencia es materia trascendente de la anestesiología moderna.

Asumiendo el problema como un problema que excede a el propio personal de salud, es necesario la participación de todos los usuarios y participantes del sistema para poder mejorar el rango de ocurrencia.

Como parte de ese objetivo, es importante poder implicar a los pacientes y familiares en el conocimiento de la “Seguridad de las personas”, como muestran por ejemplo las recomendaciones impartidas por la OMS (2) en la campaña “PDS, o “Pacientes en defensa de su seguridad”

(https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/)

FACTOR HUMANO

El factor humano se encuentra presente en mas del 50% de los eventos adversos dentro del quirófano y este caso no es la excepción. *El factor humano , entendido como todos los factores del entorno, organización, del trabajo y las características humanas e individuales que influyen en el comportamiento en el trabajo y afectan a la salud y la seguridad.*

Una sociedad BIO-TECNO-SOCIAL COMPLEJA, como un quirófano es un sistema que debe ser visto como un sistema que debe ser mejorado continuamente con medidas proactivas que identifiquen y mejoren las debilidades **defensivas del sistema** para lograr la mayor SEGURIDAD DE LAS PERSONAS como objetivo esencial.

El trabajo en equipo, la comunicación y la toma de desiciones son áreas oportunas para la mejora continua dentro de un área crítica.(2)

En especial la diada anesthesiólogo-cirujano ya ha sido interceptada como elemento clave en la eficiencia del equipo quirúrgico, en algunos trabajos publicados.(3)

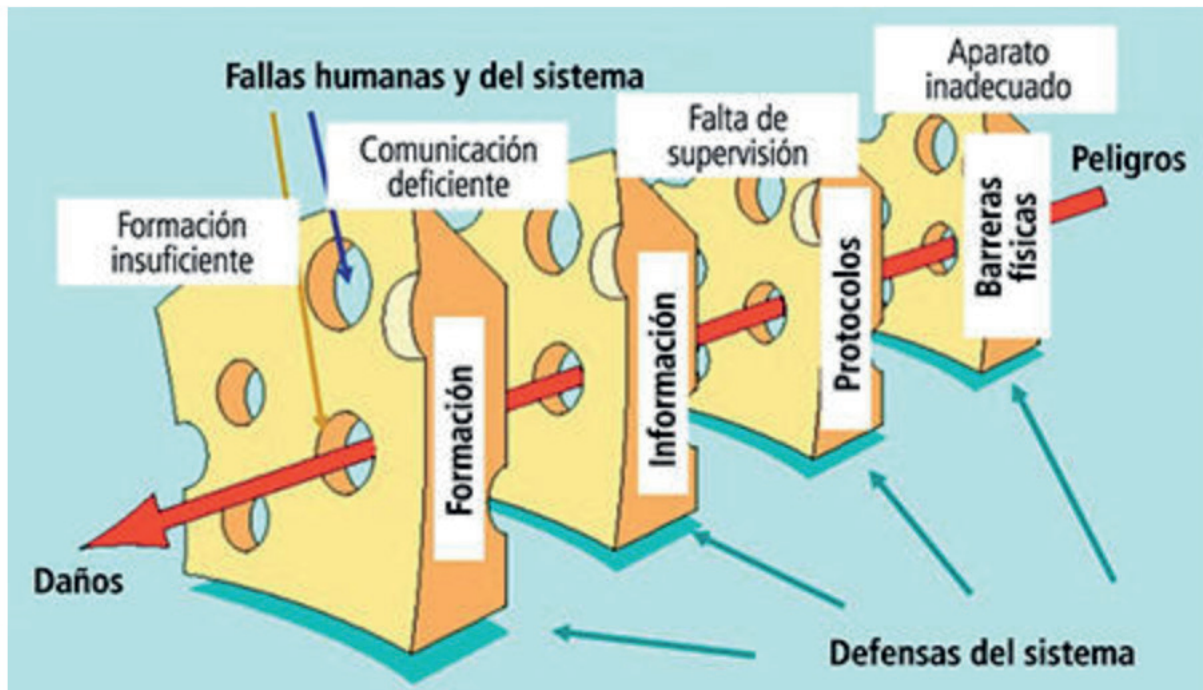
FALLAS SISTEMICAS

Nos es dable preguntarnos si en este lamentable suceso no podríamos identificar con herramientas adecuadas (ACR, por ejemplo), las barreras defensivas que fracasaron y permitieron un hecho semejante.

Más allá de la investigación judicial, seria muy productivo para cualquier institución, poner en marcha un proceso tendiente a clarificar las posibles oportunidades de mejora para evitar la iteración de sucesos semejantes.

Es decir, buscar **fallas latentes** (parásitos del sistema) que pudieran seguir presentes en el lugar , esperando que un error active el nuevo EVENTO ADVERSO.(4) (“Teoría del error humano” de James Reason).

Solo por crear escenarios posibles , utilizando el Modelo de Reason y poder poner foco en posibles acciones de mejoras podemos proponernos como ejercicio meta cognitivo :



(<https://liderazgoparaelcambio.com/modelo-queso-suizo-james-reason/>)

LOS HECHOS DE AQUEL DÍA

1.- Se menciona que el residente de primer año estaba operando al momento de ocurrir una discusión dentro del quirófano.

¿Existía la supervisión adecuada de otro especialista experto en cirugía?. ¿Cuál es el protocolo en estos casos , si existiera?

2.- Se menciona que el Médico Anestesiólogo ponía presión en el tiempo de ejecución de la tarea quirúrgica por que se sentía mal.

La prisa por producción es un elemento para eliminar de los quirófanos para conseguir una cultura justa de seguridad.

¿Hay previsión de reemplazo en caso de un

anestesiólogo en malas condiciones psicofísicas?.

¿La dirección se encontraba al tanto del estado del Médico Anestesiólogo?. ¿Estaba en condiciones psicofísicas de administrar anestesia?.

¿Quién es el responsable de monitorear este importante factor?.

¿Existe un canal de denuncias establecido para tales casos?.

3.- El médico anestesiólogo es mencionado en varias redes sociales, como con antecedentes de dificultades para desarrollar habilidades sociales dentro del área de quirófano.

¿Hay registros de tal cuestión?

¿La dirección tomo nota de un posible problema en ese sentido?

¿Se reconocen cambios de guardia por problemas de este tipo?

4.- El entorno laboral y marco de trabajo se presenta como inadecuado para el desarrollo de la actividad.

¿Es posible que la baja remuneración o el atraso de pagos de honorarios anestesiológicos en los hospitales públicos, se torne un elemento de vulnerabilidad psico-emocional y ocasionar el apuro por la multiplicidad de lugares a concurrir en un corto plazo?

5.- Los equipos de trabajo en área quirúrgica son cambiantes y variados, y muchas veces la tarea educativa médica agrega dificultades adicionales.

¿Se realizan actividades programáticas (Briefing) antes de empezar la tarea quirúrgica para mejorar la seguridad?

¿Se estandariza la realización de listas de chequeos en el lugar?-

OBSERVACIONES FINALES

- Los errores son inevitables, es el precio de poseer un cerebro.

- No nos queda otra opción que aceptar que son posibles y ver la manera de gestionarlos como mejor podamos para mitigar su impacto

o evitar su repetición.

- Es muy importante entender que existe una “causalidad” en la mayoría de los errores o eventos adversos y entonces es útil evaluar si hay condiciones que pueden ser mejoradas.

- La seguridad del paciente no es una cuestión del paciente, es de todos los usuarios del sistema, inclusive el propio personal de salud, y de los familiares de ambos.

- La pandemia nos recordó la importancia de los cuidados personales en el personal de salud (EPP, Tiempo laboral saludable, descanso adecuado, etc.),ya que podemos enfermarnos y enfermar a nuestros seres queridos al regresar a casa, por adquirir infecciones en nuestro lugar de trabajo.

- La seguridad es un problema de todos y debe interesarnos a todos.

BIBLIOGRAFIA

(1) El cisne negro. Nassim N. Taleb, Paidós.

(2) El trabajo en equipo y los errores de comunicación en anestesia
A. Bartolomé, J. I. Gómez-Arnau1, J. A. Santa Úrsula, D. Arnal, J. M. Marzal, G. Puebla (Rev Esp. Anestesiología Reanim. 2012;59(Sup. 2): S31-S38)

(3) Critical Role of the Surgeon-Anesthesiologist Relationship for Patient Safety. Jeffrey B. Cooper, Ph.D. (Anesthesiology 2018; 129:00-00)

(4) Teoría del error médico. Paul A. Gluck, MD University of Miami. Miller School of Medicine, 8950 North Kendall Drive, Suite 507, Miami, FL 33176, USA