

La importancia de una coma



The importance of a point

Sra. Directora:

Se narra el caso de una mujer de 80 años, sin alergias conocidas, hipertensa y diabética bien controlada, operada bilateralmente de cataratas como único antecedente de interés. Acude a nuestra consulta de atención primaria por una importante contractura muscular cervical. Tras realizar la correspondiente anamnesis y exploración se decide pautar medidas generales, dextetopropeno 25 mg/cada 8 h como analgésico y diazepam 2,5 mg en desayuno y cena como relajante muscular.

Al día siguiente nos avisa por teléfono la hija refiriendo que su madre se encuentra más adormilada de lo habitual, por lo que nos desplazamos al domicilio para valorarla. A nuestra llegada la paciente está tumbada en la cama consciente y orientada, pero con bradipsiquia. Durante la exploración se descarta focalidad neurológica. Ante la sospecha diagnóstica de sobredosificación de benzodiazepinas se canaliza una vía periférica administrándose flumazenil 0,3 mg iv con 100 cc de suero fisiológico con franca mejoría clínica y sintomática, por lo que se decide la retirada del diazepam y observación domiciliaria.

Al llegar al centro de salud tras la visita domiciliaria, se revisó la medicación pautada el día previo, donde se pudo apreciar que se había prescrito diazepam de 25 mg en vez de 2,5 mg. Tras analizar cómo se pudo cometer dicho error, se objetivó que en el programa Turriano (Sistema Informático de Gestión Clínica de Pacientes en Atención Primaria, en Servicio de Salud de Castilla-La Mancha [SESCAM]), a la hora de prescribir, los fármacos aparecían ordenados de forma no correlativa, de modo que el orden de las dosis de diazepam era: 10, 2, 2,5, 25, 5 mg... Por lo que, por error, marcamos en nuestra consulta el fármaco inmediatamente inferior al deseado en la lista, indicando de este modo una

dosis 10 veces más potente y produciendo la clínica descrita previamente.

Entendemos que este caso produjo un efecto adverso sobre nuestra paciente de manera directa e indirecta, secundaria a la atención médica proporcionada¹. Por ello, ante los hechos acontecidos, decidimos hacer una exposición y análisis de las consecuencias derivadas de un error en la posología de una prescripción médica y establecimiento de áreas de mejora.

Para ello se organizó esa misma semana una reunión de trabajo en la que se comunicó el incidente y el equipo sanitario realizó un diagrama de Ishikawa² detectando 10 causas relacionadas que, analizadas y categorizadas, tenían que ver con factores organizativos con la propia tarea, con el profesional y con la comunicación.

Desglosando el proceso se pudieron objetivar con relación a los factores organizativos 3 causas menores: En primer lugar, se analizó el hecho de que no existe un listado ordenado de fármacos por dosis decreciente en el Turriano (principal motivo del error en la medicación), así mismo tampoco existe ningún tipo de alarma ante una dosis elevada pautada. Con relación a la comunicación deficitaria en el proceso, se vio que como subcausas se produjo una información parcial y deficitaria acerca del incidente a la familia en un primer momento; por otro lado tampoco se informó durante la consulta de los posibles efectos adversos que se podrían producir con relación a la medicación pautada. Todo ello nos lleva a nuestra siguiente causa mayor: los factores relacionados con la tarea del profesional. Tras su análisis surgieron a lo largo de la reunión subcausas tales como las consultas de escasa duración por paciente en la atención primaria, la sobrecarga asistencial del médico en el centro de salud o las dificultades existentes en el manejo del programa Turriano. Por último, al analizar los factores relacionados con los profesionales, se objetivó una dificultad para la estrecha supervisión del tutor en la prescripción farmacológica, la falta de dominio por parte del residente de dicho módulo de prescripción y la falta de revisión del trata-

ANÁLISIS DE BARRERAS

INTERPOSICIÓN DE BARRERAS ADICIONALES: ERROR DOSIS BZD		
RIESGO/CAUSAS	BARRERA ADICIONAL (PROPUESTAS DE MEJORA DETECTADAS)	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN
ERRORES DE DOSIS EN ALGUNOS FÁRMACOS TURRIANO No hay normas escritas relativas a la dosis de fármacos	Elaboración de un manual de manejo de los fármacos con su posología.	Responsable del módulo de prescripción de Turriano.
ATURDIMIENTO ANTE LA SOBRECARGA ASISTENCIAL - Exceso de trabajo, agendas completas. - El profesional no revisó la medicación prescrita al paciente. - Carencia de las habilidades necesarias para la prescripción por parte del residente.	Contratación de personal sanitario (aumento de plantilla y contratación de suplencias).	Equipo directivo gerencia.
MALA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA - No se informó adecuadamente a la familia. - Comunicación variable según las familias que acuden a consulta.	Formación continuada en habilidades en comunicación en consulta de atención primaria. Protocolizar la prescripción y revisión con el paciente de los fármacos prescritos, de forma verbal y escrita.	Médico y residente.

Figura 1 Análisis de barreras.

miento pautado durante la consulta con la misma paciente (dado que podría habernos hecho saltar la alarma). Como consecuencia, todo esto desencadenó en un error de dosis de la benzodiazepina.

Posteriormente se realizó un análisis de barreras (fig. 1), detectando 6 causas existentes, así como las carencias para el freno de cada una de las causas identificadas, obteniéndose 4 barreras adicionales que se presentaron al equipo de trabajo planificando su implementación.

Se detectaron, además, defectos en la información a la familia, aspecto especialmente relevante ante fármacos con potenciales eventos adversos como en este caso son las benzodiazepinas, y estos fueron solucionados.

Tras el análisis retrospectivo realizado, se decidió avisar a los Servicios Informáticos Centrales del Turriano para que modificasen el orden de aparición de los fármacos, pidiendo su orden de menor a mayor dosis para evitar futuros errores como el acontecido y consiguiendo que esto fuera corregido.

Asimismo se habló con la paciente y su familia para explicarle y admitir el error cometido y las medidas adoptadas sin que posteriormente se detectase un menoscabo en la relación médico-paciente, siendo esta la actitud deseada, ya que, como pudimos analizar posteriormente, los pacientes no solo desean ser informados de las causas y las consecuencias de los errores, sino que esperan disculpas y apoyo emocional por parte del profesional^{3,4} consiguiendo con ello preservar una buena relación médico-paciente.

Finalmente se realizó una sesión clínica informativa en el centro de salud comunicando el caso a los profesionales, así como las medidas implementadas para aprender de los errores de medicación realizando una búsqueda activa en investigación y formación sobre los errores⁵; intentando con ello aprender de los errores sin la tentación de ocultar el efecto adverso⁶, facilitando así tomar mayor conciencia de la cultura de seguridad del paciente, evitando posibles problemas legales derivados de nuestra actitud.

Financiación

No existe fuente de financiación.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. Agencia Nacional para la Seguridad del paciente. Sistema Nacional de Salud. Reino Unido. Siete pasos para la seguridad del paciente. Guía de referencia completa. 2.ª ed. 2004. Traducido de: Seven steps to patient safety. Londres: Copyright of the National Patient Safety; Agency 2006.
3. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: Attitudes and practices of physicians and trainees. *J Gen Intern Med.* 2007;22:988-96.
4. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients and Patirents' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA.* 2003;289(8):1001-7.
5. Minué-Lorenzo S. El error diagnóstico en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.003>.
6. Bascuñán ML, Arriagada AM. Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. *Rev Méd Chile.* 2016;144:1185-90, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000900013>.

M.C. de Diego Castell^{a,*}, J. Sánchez Holgado^a,
P. Díaz Bellido^a, B. Díaz Marqués^a, M. Portillo Rodríguez^a y
J. González González^{a,b}

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Olalla, Santa Olalla, Toledo, España

^b Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad Castilla-La Mancha, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdiegod@sescam.jccm.es
(M.C. de Diego Castell).

Disponible en Internet el 31 de marzo de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.01.005>

2603-6479/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.