



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

CAMPAÑA V., GONZALO

Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos Parte IV. Error de paciente o lateralidad

Revista Chilena de Cirugía, vol. 58, núm. 6, diciembre-, 2006, pp. 479-480

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531921015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DOCUMENTOS

Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos Parte IV. Error de paciente o lateralidad* Surgical adverse events. Prevention. Chapter IV. Wrong-site surgery

Dr. GONZALO CAMPAÑA V.¹

¹Servicio de Cirugía, Clínica Indisa, Santiago, Chile.

ERROR DE LATERALIDAD

El error de lateralidad, significa nada menos que equivocarse en el lado o parte del cuerpo a intervenir médicamente, habitualmente en el ámbito invasivo, principalmente en el área quirúrgica.

Su incidencia no está muy bien valorada, pero en algunos reportes representa el 10% de todos los errores médicos¹.

Dentro de las cirugías más frecuentemente afectada por este tipo de error, se encuentran¹:

- Traumatología
- artroscopia de rodilla
- cirugía de columna
- Cirugía vascular
- Urología

Entre los motivos que llevaron a error de lateralidad, se describen^{2,3}:

1. Falta de registro en paciente ya anestesiado.
2. No hubo instancia de confirmación segura por parte del médico.
3. A pesar de haberse usado algún método, hubo error debido a:
 - a. Marcar con "X" el sitio a intervenir, pero interpretada como "NO".

b. Cruzar las piernas antes que se seque la tinta, marcando el sitio contralateral.

Para evitar este tipo de error se han diseñado estrategias y recomendaciones basadas en la información que se maneja de este tema⁴⁻⁶:

- Marcar el sitio operatorio con lápiz permanente, realizado por el mismo cirujano en la visita preoperatorio.
- Involucrar al paciente en este proceso, aconsejando al paciente le recuerde al cirujano el sitio a operar antes de la cirugía.
- Verificación verbal del sitio operatorio por cada miembro del equipo quirúrgico.
- Chequear la ficha clínica.
- En cirugía de columna, se recomienda realizar radioscopia antes de la incisión.

El costo de implementar una política orientada a disminuir este riesgo, es despreciable. Sólo se necesita un cambio de cultura.

ERROR DE PACIENTE

El equivocarse de paciente, asume un error grave, pero que afortunadamente es poco frecuente. En dos estudios sobre procedimientos

*Recibido el 2 de Marzo de 2006 y aceptado para publicación el 1 de Abril de 2006.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Campaña V.

Av. Santa María 1810, Providencia. Santiago, Chile.

Fax 9553193

e mail: gonzalocampana@manquehue.net

invasivos, principalmente angiografías, se detectaron, en el primero, 17 pacientes equivocados en los últimos 7 años y en el segundo 27 equivocaciones desde abril de 1998 a diciembre de 2001 ⁷.

Las medidas de prevención que se han recomendado son:

- Revisar el consentimiento informado para el procedimiento adecuado. Si el paciente conoce su enfermedad y su tratamiento, como consecuencia de la información entregada por el médico el consentir su tratamiento, colaborará confiablemente en la información sobre lo que está programado hacer con él.

- Identificación correcta del paciente:

- ISO
- Brazaletes
- Código de barras

- Entregas de turno responsables

- Comunicación fluida entre los servicios. "No me contestan, así que llévenla a pabellón no más".

- Protocolos para ir a buscar, entregar y dejar pacientes

- Mantener la alerta. Pensar que detrás puede haber siempre un error. Se debe aumentar el índice de sospecha de error ante la mínima duda.

- Disminuir la visión tubular de la subespecialización. Mirar la ficha, visitar al paciente antes del procedimiento, familiarizarse con los pacientes que son cada vez más ambulatorios o de corta estadía.

REFERENCIAS

1. Fact about patient safety. Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organization. Sentinel Event Statistics. Disponible en http://www.jcaho.org/ptsafety_frm.html Accessed April 16, 2001.
2. Lubicky JP. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am 1998; 80:1398.
3. Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am 1998; 80: 463.
4. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. Lessons Learned: Wrong Site Surgery. Available at: http://www.jcaho.org/edu_pub/sealert/sea6.html. Accessed March 30, 2001.
5. Lessons learned: sentinel event trends in wrong-site surgery. Jt Comm Perspect 2000; 20:14.
6. Sentinel events: approaches to error reduction and prevention. Jt Comm J Qual Improv 1998; 24:175-186.
7. Chassin MR, Becher EC. The Wrong Patient. Ann Intern Med 2002;136: 826-833.