

## EMPRESAS

Vialibreen  
Españapara  
dasatinib,de  
BMS,indicado  
enLMC

## T Redacción

Españahadadoluzverdeade *Sprycel* dasatinib, de la norteamericana Bristol-Meyers Squibb, para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia mieloide crónica (LMC) con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+) de nuevo diagnóstico. La autorización se basa en los resultados del ensayo clínico en fase III Daision, presentados en la última reunión anual de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) y en el Congreso de la Sociedad Europea de Hematología (EHA). En los resultados el fármaco demostró una eficacia superior a imatinib, con mayores tasas de respuesta a nivel genético.

Dasatinib es un inhibidor oral de tirosina cinasa que actúa sobre la proteína codificada por el gen BCR-ABL, responsable de la aparición de la leucemia mieloide crónica. Este medicamento fue aprobado en noviembre de 2006 por la Unión Europea para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia mieloide crónica en fase crónica, acelerada o blástica con resistencia o intolerancia al tratamiento previo.

## Nueva plataforma de Androme

Androme, empresa española que desarrolla aplicaciones en comunicaciones multimedia, lanza su plataforma *elemedicinaPhemia*, una aplicación web que permite implementar servicios de teleconsulta de forma fácil, rápida y económica en internet.

La herramienta incorpora los últimos avances en internet, comunicaciones y experiencia de usuario, apostando además por una comunicación personal con el paciente a través de llamadas de chat, audio y video-conferencia, permitiendo la visualización de documentos, formularios e imágenes durante una llamada, con suscripción previa.

RIESGOS ASIGNATURA PENDIENTES SIEMPRE QUE LAS ADEEVITABILIDAD SIGA EXISTIENDO

## Analizar y analizar, la receta ideal en seguridad del paciente

Ya sea en la UC o en Traumatología, la evaluación del paciente que reduce riesgos. Para ellos las acciones de emergencia son tan importantes como el análisis de actuación en la planta, una verdadera cultura de la seguridad, pero también en la reclamación

## T David Rodríguez Carenas

Tresexperiencias han sido el mejor ejemplo de que la seguridad del paciente debe basarse en un análisis continuo de la asistencia. Sólo así se puede detectar los errores y sólo así se puede comprobar si las iniciativas emprendidas son efectivas.

Durante la VII Jornada Ámbitos de Actuación en Seguridad del Paciente, organizada en Madrid por la Fundación Mapfre y la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios (Aegris), la primera experiencia la ha aportado Susana Bermejo, del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario 12 de Octubre, en Madrid: "Pese a las muchas mejoras, el trauma sigue teniendo un gran morbilidad mortalidad".

Poreso han llevado a cabo un estudio prospectivo con cámaras de vídeo "para conocer la evidencia del protocolo establecido y ver cómo actúa el equipo". En el trabajo, con 119 pacientes (117 grabados), han comprobado que el líder estaba totalmente definido y que los roles estaban adecuadamente distribuidos en un 92 por ciento. "El promedio de cumplimiento fue bueno, pero no ocurrió lo mismo con la variabilidad".

Bermejo señala que "de iniciarse el vídeo de grabación podría parecer un problema, pero es viable y no se permite registrar



Carmen Hernández de Larramendi, Carlos Fernández, Diego García-Germán y Susana Bermejo.

tramos que no habríamos localizado de otra forma".

## Lateralidad

Entre los errores más importantes destacan los de lateralidad, y éstos ocurren en un 41-68 por ciento de los casos en Cirugía Ortopédica (COT), según Diego García-Germán, traumatólogo del Hospital Central de la Cruz Roja, en Madrid. De hecho, datos de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos apuntan que el profesional de esta especialidad tiene un 25 por ciento de posibilidades de tener este fallo en 35 años.

Con el apoyo de la Fundación Mapfre, García-Germán ha trabajado en un estudio médico-legal de la situación de la cirugía en sitio erróneo en COT, algo que

Carmen Hernández de Larramendi, asesora de la Fundación Mapfre, ha valorado: "Que un profesional que está en quirófano quiera estudiar la actividad es muy importante". El estudio ha revelado que un 64 por ciento de las historias clínicas serían malacodificadas cuando se producen errores de lateralidad, y que un 80 por ciento de los consentimientos no incluyeran los posibles errores. Sólo en el 16 por ciento de los casos el cirujano había entrado en contacto con el paciente.

García-Germán lo tiene claro: "Al margen de la cirugía de columna, con protocolo de prevención se habría evitado el error de lateralidad". Por último, Carlos Fernández Herrero, director médico de Aon Risk Solutions y vocal de la Junta Di-

rectiva de Aegris, ha recordado que muchos profesionales pueden aportar seguridad del paciente: economistas, juristas...

Lo ratifican los datos de un estudio con 35.357 reclamaciones en los seguros, según el cual las especialidades más reclamadas son, por este orden: Traumatología y Cirugía Ortopédica; Tocoginecología; Cirugía General y Aparato Digestivo; Medicina General, y Oftalmología. Encambio, las polizas valoran, más que la cantidad, las tasas de estimación, provisión y cuantía reclamada, según el cual la clasificación varía y queda así: Tocoginecología; Traumatología y Cirugía Ortopédica; Cirugía General y Aparato Digestivo.

EL CLÍNICO SE CONVIERTE EN UNA VÍCTIMA COLATERAL DE LOS FALLOS

## ¿Y el profesional que comete el error?

## T D.R.C.

*Toeris humana* es el título de una de las biblias de seguridad del paciente. Humano, pero el error en Sanidad puede tener consecuencias muy graves. Y no sólo en el paciente. Jesús María Aranz, jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del Hospital San Juan, de Alicante, ha presentado resultados de un estudio que se está realizando con la Fundación Mapfre y que se titula *Segundas víctimas*.

Para que vuelva a la normalidad de la práctica clínica

son los profesionales sanitarios, que en esos casos se sienten en un solo momento culpables, pese a que los fallos, generalmente, son la consecuencia de una mala cadena organizativa de donde hay más implicados. Encambio, un profesional implicado en un incidente con consecuencias graves "desarrolla actitudes de miedo, rabia, humillación y culpa", según el estudio que se está realizando con la Fundación Mapfre y que se titula *Segundas víctimas*.

Para que vuelva a la normalidad de la práctica clínica

ca, Aranz recomienda hablar con los pacientes y sus familiares: "peronunca so las", el apoyo de la dirección del centro y reparar pronto el daño que ha sufrido el paciente. Además, también aconseja "nomentir, ni ocultar y revisar la actuación original del error lo antes posible, aunque con calma y con ayuda de los compañeros".

En definitiva, "el cambio está en nosotros, porque pequeñas acciones de muchos profesionales resultan en grandes cambios".



Santiago Tomás.

## EN URGENCIAS

## Con unatas de evitabilidad del 70 por ciento "aún podemos hacer cosas"

## T D.R.C.

Desde 2008 el programa de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes) que coordina Santiago Tomás se centra sobre todo en "crear una cultura de seguridad y que las cosas pueden ir mal, saber qué ocurre y emprender acciones como los mapas de riesgos y programas basados en la evidencia".

La cultura de seguridad de la que habla Tomás requiere la formación de instructores en un área paratoda España. "Gracias a estos formadores sabemos lo que ocurre en las Urgencias españolas".

Y saber lo que ocurre exige estudios, como el de la cultura de seguridad *Emergencias 2011*; 23(5):356-364, con alrededor de 2.400 cuestionarios valorados en 44 servicios de Urgencias: "Los urgenciólogos se daban un nota de 6,3 en seguridad del paciente, puntuando mejor el trabajo en equipo y peor las dotaciones de recursos humanos, la convivencia con la enfermería y la notificación de errores".

Otro estudio es el *E vadur (Emergencias 2010)*; 22(6):415-428, que indaga en los eventos no registrados en las historias clínicas. Delos 3.854 pacientes analizados, se detectó que un 12 por ciento habían sufrido algún incidente en Urgencias, "aunque seguro que el número es algo mayor". Aquí Tomás recuerda la importancia del seguimiento del paciente tras el alta en Urgencias, ya que un 43 por ciento de los eventos se producen en ese momento.

"Tenemos poca cultura de registro y unatas de evitabilidad del 70 por ciento; podemos hacer cosas", concluye Tomás.