



Revisión Bibliográfica Exhaustiva de Confiabilidad Humana en Hospitales

J. D. Velázquez Martínez^{1,2}, J. R. Santos Reyes¹ y T. Rivera Montalvo²

¹ Grupo "seguridad, riesgo y confiabilidad", SEPI-ESIME, Instituto Politécnico Nacional

Unidad profesional: Adolfo López Mateos, Col. Zacatenco, Del. Gustavo A. Madero C. P. 07738, México, D. F.

² Centro de Investigación en Ciencia Aplicada y Tecnología Avanzada del Instituto Politécnico Nacional

Legaria 694. Colonia Irrigación, 11500 México D. F.

Resumen

La medicina es el área que más se ha beneficiado con la implementación de la radiación. Sin embargo, un gran número de incidentes/accidentes han ocurrido en Hospitales en años recientes. Lo anterior resalta la necesidad de mejorar el desempeño de los sistemas de gestión de la seguridad radiológica en Hospitales.

Introducción

No es hasta 1999 cuando el Instituto de Medicina (IOM) de E. U. A. reporta el Error es humano: Construyendo un sistema de salud seguro (Kohn, Corrigan, & Donalson, 2000), cuando el público en general descubre, aunque no siempre admite, que los cuidados médicos pueden ser inseguros

El reporte del IOM estima que más de 1 millón de errores que se pueden prevenir ocurren cada año en Estados Unidos, y entre 44,000 y 98,000 resultan en muertes. Este panorama incluye más gente muerta en un año por errores que por accidentes vehiculares, cáncer de seno, o sida. El costo de vidas humanas va acompañado de costos que provocan a los médicos al cuidado de la salud: pérdidas de tiempo, recursos, credibilidad y dinero; como resultado del retraso, cambios urgentes en el cuidado de la salud y acciones legales. Los errores que resultan en perjuicio de los pacientes son también asociados a un costo nacional estimado de US\$37.6 billones (Kohn et al., 2000)

En México no se reporta literatura disponible y cabe señalar que incluso en la página Web de la STPS se reportan accidentes/incidentes ocurridos en España y no en México.

Referencias

- [1] American College of Surgeons (2005). National Surgical Quality Improvement Program. Retrieved November 15, 2005, from <http://acsnsqip.org/main/default.asp>
- [2] Antonow, J. A., Smith, A. B., & Silver, M. P. (2000). Medication error reporting: A survey of nursing staff. *Journal of Nursing Care Quality*, 15, 42-48.
- [3] Barkan, R. (2002). Using a signal detection safety model to simulate managerial expectations and supervisory feedback. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 89, 1005-1031.
- [4] Bates, D. W., Cullen, D. J., Laird, N., Petersen, L. A., Small, S. D., Servi, D., et al. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events – Implications for prevention. *Journal of American Medical Association*, 274, 29 – 34.
- [5] Bates, D. W., Evans, R. S., Murff, H. J., Stetson, P. D., Pizziferri, L., & Hripcsak, G. (2003). Detecting adverse events using information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10, 115 – 128.
- [6] Billings, C. E. (1998). Some hopes and concerns regarding medical event – reporting systems – Lessons from the NASA aviation Safety Reporting System. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 122, 214 – 215.
- [7] Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., et al. (2002). Patient safety: Views of practicing and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 347, 1933 – 1940.
- [8] Britt, H., Miller, G. C., Steven, I. D., Howarth, G. C., Nicholson, P. A., Bhasale, A. L., et al. (1997). Collecting data on potentially harmful events: method for monitoring incidents in general practice. *Family Practice*, 14, 101 – 106.
- [9] Confidential Incident Reporting & Analysis System. (2005). CIRAS – Confidential Incident Reporting & Analysis System for the UK railway industry. Retrieved November 28, 2005, from <http://www.ciras.org.uk/>
- [10] Dovey, S. M., Meyers, D. S., Phillips, R. L., Green, L. A., Fryer, G. E., Galliher, J. M., et al. (2002). A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 233 – 238.
- [11] Eland, I. A., Belton, K. J., van Grootheest, A. C., Meiners, S. P., Rawlins, M. D., & Stricker, B. H. C. (1999). Attitudinal survey of voluntary reporting of adverse drug reactions. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 48, 623 – 627.
- [12] Figueiras, A., Tato, F., Fontainas, J., Takkouche, B., & Gestal – Otero, J. J., (2001) Physicians' attitudes towards voluntary reporting of adverse drug events. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, 347 -354.
- [13] Hamilton – Escoto, K. H., Karsh, B., & Beasley, J. W. (2006). Multiple user considerations and their implications in medical error reporting system design. *Human Factors*, 48, 48 – 58.
- [14] Jeffe, D. B., Dunagan, W. C., Garbutt, J., Burroughs, T. E., Gallagher, T. H. Hill, P. R., et al. (2004). Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals, joint commission *Journal on Quality and Safety*, 30, 471 – 479.
- [15] Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donalson, M. S., (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system* (Institute of Medicine Report on Medical Errors). Washington, D. C.: National Academy Press.