2° Congreso Argentino de Medicina Interna Pediátrica

Comunicación del error
Seguridad de los pacientes

Dra. Nora Dackiewicz

Cada día….

Cada día miles de procedimientos se llevan a cabo en entornos de gran presión, realizados por diferentes equipos de salud que quieren hacer las cosas lo mejor posible.

Pero…. Las cosas pueden fallar….

Y es necesario entonces poder tener comunicación abierta de estos eventos, que dañan a los pacientes y a los miembros del equipo de salud involucrados.

Es difícil, es un desafío.

Es un derecho de los pacientes y una obligación ética de los profesionales de la salud.

De qué vamos a hablar

- Algunas definiciones
- Compartir un caso clínico
- Poner en evidencia la necesidad de aprender a comunicar y dificultad
- Estructura institucional

Evento adverso

Daño no intencional producido en los pacientes, evitable, como consecuencia de la atención medica, e independientemente de su enfermedad.

“Atención Medica” incluye todos los aspectos del cuidado: diagnóstico, tratamiento, sistemas, equipamiento

Sistemas más propensos a la ocurrencia de errores o accidentes

- Sistemas complejos, especializados e interdependientes y acoplados (coupling)
- Cada paso de un proceso depende de múltiples factores que tienen que haber sido chequeados.
- Industrias nucleares, aviación: alta complejidad y acoplamiento
- Sistemas de salud comparables: Emergencia, UCIs, Quirófanos.

Errores y eventos adversos

Evento centinela

- Incidente imprevisto que supone la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves.
- Indican la necesidad institucional de una investigación y respuesta inmediata.
- Cada hospital establece una definición operativa de evento centinela

a) una muerte imprevista

b) pérdida permanente de una función principal

c) cirugía en el lugar incorrecto

d) transmisión de una enfermedad o afección crónica o fatal como resultado de la transfusión de sangre o hemoderivados o del trasplante de órganos o tejidos contaminados

e) robo de un bebé…

f) violación, violencia en el lugar de trabajo como un asalto …

Consecuencias de los EA

- Físicas
- Económicas
- Emocionales

Como comunicamos?

- Los médicos a menudo carecen de la capacitación adecuada en materia de revelación

Wu y col. JAMA 1991, White y col. Acad Med 2008. Bell y col, Acad Med 2010; Liao y col, Acad Med 2014.

- La mayoría de los profesionales sanitarios de España (64-72%) no considera que en su centro se informen los eventos adversos a los pacientes o a sus familias (64-72%)
- Según los médicos y enfermeros españoles, el ofrecimiento de una disculpa al paciente es inusual (16,2%)
- Una minoría (7,4%) de los directivos de instituciones sanitarias españolas afirman que en su centro cuentan con un protocolo de qué hacer y cómo informar a los pacientes tras un evento adverso.

Grupo de TrabajoEspañol "Decir lo siento". 2016.

Por qué?

Miedo, vergüenza, culpa, falta de habilidades, falta de procesos…

Qué debemos comunicar?

Eventos adversos con consecuencias graves (evento centinela)

Eventos adversos con consecuencias leves?

Casi eventos?

- El daño ocasionado debe ser grave
- Los hechos deben ser claros, no ambiguos
- Debe haber sido entera o mayormente evitable
- Generador de responsabilidad penal y civil
- Indicativo de un problema de seguridad de la institución
- Puede dañar la credibilidad pública de la organización
- Claramente identificables y factibles de incluir en un sistema de reporte

Caso Clínico

IAN es un niño de 3 años a quien se le realizó una cirugía de teno
Bilateral, debido a presentar pie bot.
La cirugía se llevó a cabo con anestesia epidural, sin complicacion
En el momento que había concluido el cierre de piel, y se estaba
Despertando de la anestesia, el cirujano llamó a su abuela

Al ingresar al quirófano para encontrarse con IAN, el niño present
Fallo cardíaco/ shock cardiogénico.

Nuevamente se intubó, se iniciaron maniobras de resucitación y se llamó a UCI para obtener una cama.
El niño permaneció intubado en fallo multiorgánico.
Por hipoperfusión periférica presentó lesiones purpúricas que se transformaron en necróticas.

Comunicar las malas noticias

Comunicación abierta de los eventos adversos

- Qué
- Cuándo
- Quién
- Cómo

- Qué pasó. Cómo afecta al paciente. Qué se está haciendo (mitigar, evitar reiteración)
- Lo más rápidamente posible
- La persona con la que el paciente tenga una relación de confianza.
- Lenguaje sencillo. Forma progresiva. Escenario adecuado.

ps://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/03/Australian-Open-Disclosure-Framework-Feb-2014.

5 pasos para una mejor comunicación

1. Prepararse.
2. Comunicar en forma clara y concisa.
3. Asumir responsabilidades
4. Expresar el pesar
5. Explicar pasos a seguir.

1. Pensar y reflexionar previamente.
2. Evitar especulaciones y pronósticos en el primer momento.
3. Responsabilidad individual e institucional.
4. Lamentar el hecho.

Reuniones de seguimiento

Directivos involucrados en los casos graves o difíciles.

Además…

Apoyo a la familia

- Sentimientos.
- Mantener la relación terapéutica
- Permitir y estimular las preguntas para poder acompañar mejor

Apoyo al personal de salud

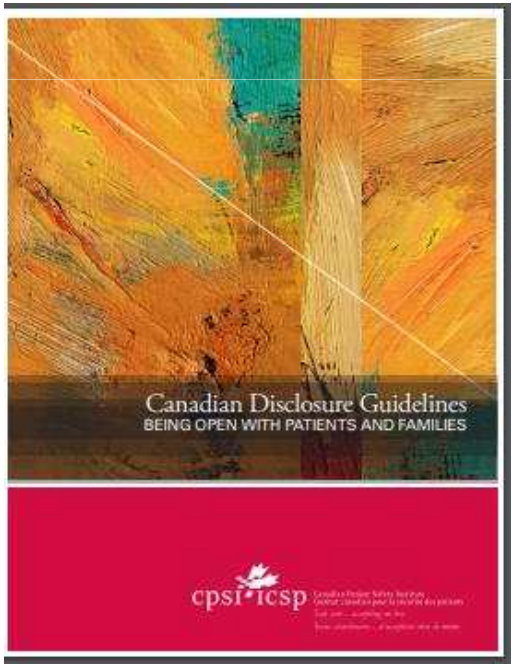
- Acompañamiento
- Reuniones de reflexión
- Ajuste de responsabilidades
- Instrucción para ACR
- Difusión de las lecciones aprendidas
- Documentar los pasos seguidos

Diferentes formas según la bibliografía y los enfoques

- Programa CANDOR (**C**ommunication **AND O**ptimal **R**esolution), 2017

- Canadian Disclosure Guidelines. Being Open with Patients and Families

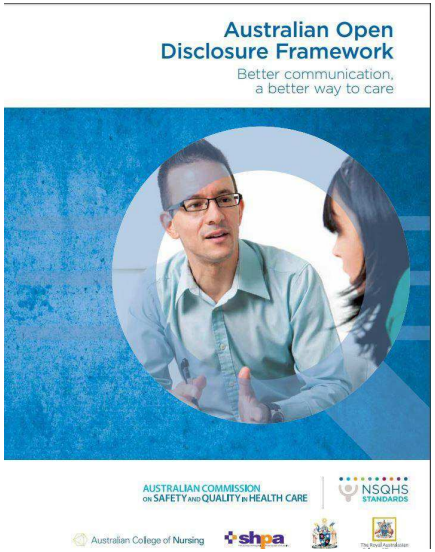
Canadian Patient Safety Institute, 2011



Diferentes formas según la bibliografía y los enfoques

- Australian Open Disclosure Framework

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2013



- Recomendaciones para decir «Lo siento» tras un evento adverso

Grupo de Trabajo Español, 2016

Desde la mirada del paciente

La verdad
¿Qué pasó?

Los hechos
¿Cuáles son?

Una respuesta oportuna

Primeros auxilios emocionales
Empatía y compasión
Reconocimiento y validación de sus emociones
Que no los abandonemos

Rendición de cuentas, incluyendo una disculpa
Prevención futura
Reparación

Sinceridad

Reparación

Humildad

Compromiso

Institucional

Condiciones para un programa de comunicación franca, abierta, transparente

- Apoyo y liderazgo de las autoridades.
- Existencia de políticas de transparencia.
- Acompañamiento al personal que intervino en el proceso
- Análisis y respuesta a los Eventos Centinela.

Institucional

Directivos involucrados

- Calidad y Seguridad en la atención de los pacientes:

Programas

Metas de seguridad de paciente.

Equipo de gestión de riesgos:

Médicos legistas

Comité de Seguridad

Abogados

Asesores de prensa (manejo de los medios)

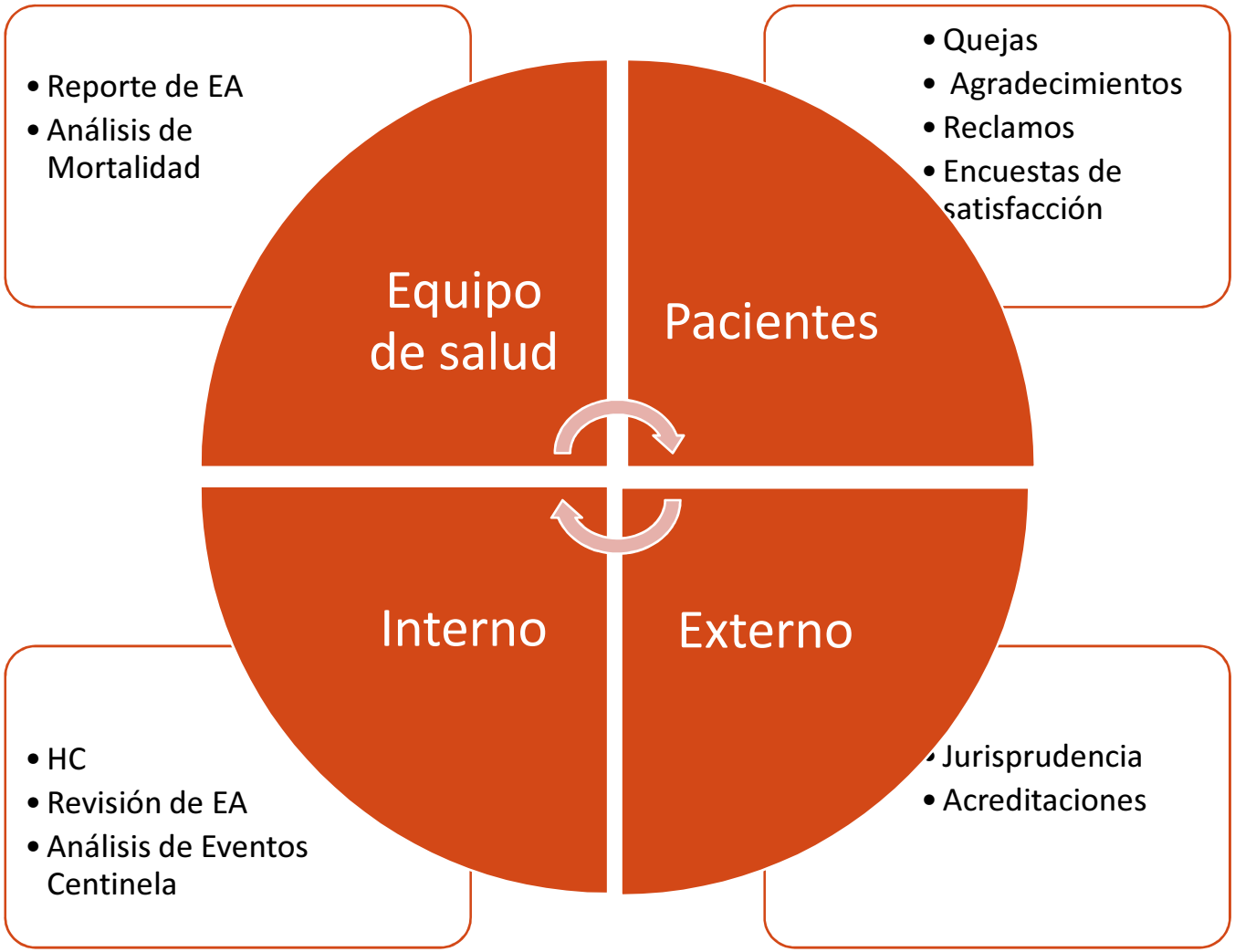
Aseguradoras

Asesores financieros

Cultura justa

Basados en:
Procesos mentales, creencias, conocimientos, valores pertenencia, gestión centrada en el paciente.

Programas de identificación y análisis de riesgos



Apoyo y contención a las 2as víctimas

- Apoyo emocional, empatía 24/7
- Reafirmación de su competencia
- Desconexión de las tareas (momento inmediato)
- Pautas sobre cómo actuar con el paciente y su familia
- Hablar con otros de lo que pasó y analizarlo, “evitar el pasillo”
- Orientación de los pasos a seguir para paliar las consecuencias profesionales y legales
- Participar de las medidas para evitar que el evento vuelva a suceder

Previsión para compensar a las víctimas…

Reparación económica y otras compensaciones

Acuerdos pre-establecidos con aseguradoras que tengan la misma filosofía

Cada caso es distinto……

En resumen

Los Eventos Adversos existen

Políticas de transparencia y rendición de cuentas

Acompañamiento de los pacientes, familias y equipo de salud

Retribución?????

Estructura organizacional y aprendizaje

Muchas gracias

ndackiewicz@garrahan.gov.ar