



Comunicación de eventos adversos en instituciones de salud

VI Jornada Nacional de Calidad en Salud
Superintendencia de Salud

Dra Marcela Potin S

Clinica San Carlos de Apoquindo

Agosto 2016



Red de Salud
UC • **CHRISTUS**



Clinica San Carlos de Apoquindo

Temario

- Entorno del trabajo clínico en salud
- ¿Que es el error ?
- Imperativo ético y La ley
- Barreras para comunicar errores : la segunda victima
- ¿Qué dice la literatura ?
- ¿Qué hacer ?
- Mensajes

Algunas cifras en salud : **¡oportunidades de mejora!**

- 40 % pacientes con enfermedad coronaria aguda no son atendidos en forma oportuna
- 60% pacientes asmáticos tienen tratamiento incompletos
- 2 millones de IAAS en USA al año
- Mueren mas personas por eventos adversos en un hospital que por cáncer y SIDA juntos
- Los errores médicos son la 3° causa de muerte en EEUU (*) - el equivalente a la cohorte de RN todo Chile apx 250.000/año

No basta ser buenos médicos y profesionales salud o tener buenas calificaciones

Entorno trabajo clínico...

- Entorno sanitario inseguro : terapias más intensivas , extensión de la vida..
- Errores son frecuentes, y solo 60% evitables ...
- Cultura del reclamo “tolerancia cero” a complicaciones
- Público : poca educación en temas de salud y enfermedad
- Altas expectativas de pacientes y familias
- Hiper exitismo de la Medicina : no se muestran los riesgos ni los problemas

Entorno trabajo clínico...

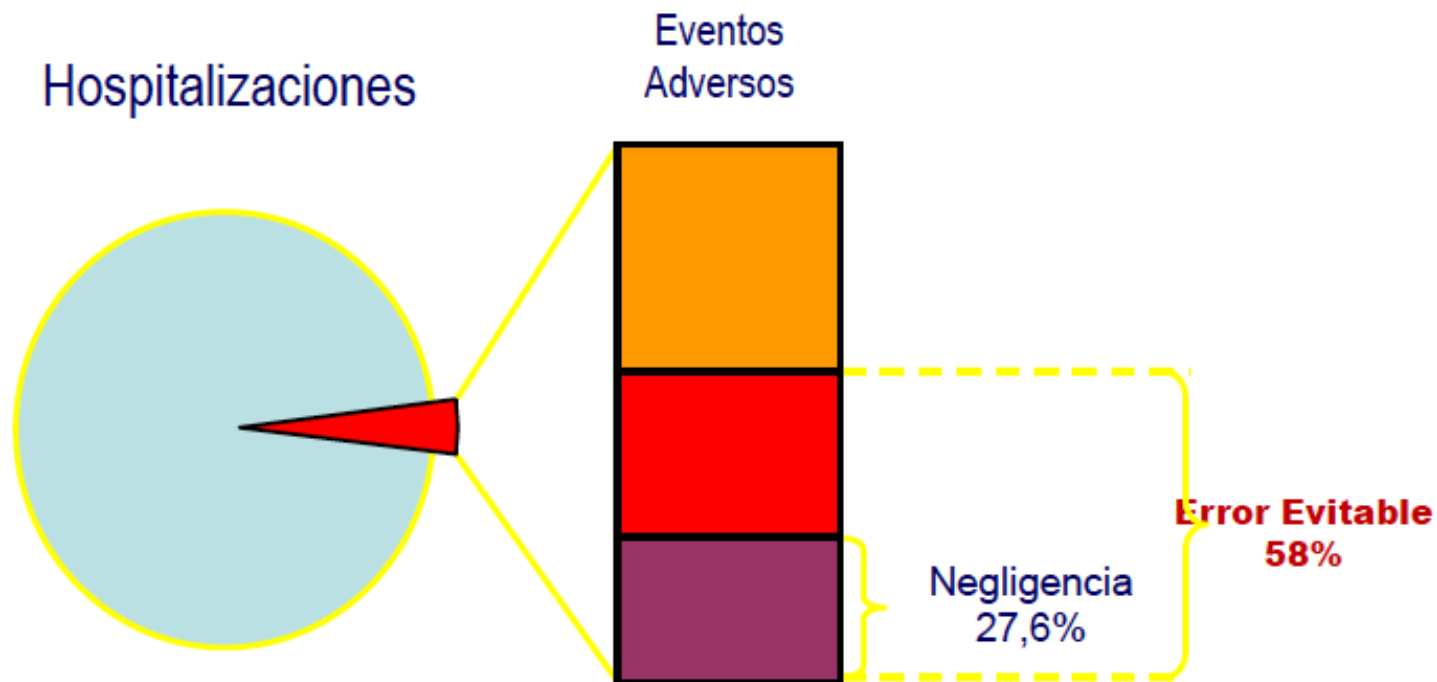
- Desbalance entre derechos +++ y deberes+ del paciente
- Pacientes y público espera médicos y equipo sean infalibles
- Desconocen somos humanos y podemos errar o que
- Con frecuencia estamos cansados y a veces abrumados por el trabajo

Error hoy es sinónimo de negligencia

Evidencia Científica

(Harvard 1984 : 30.000 egresos hospitalarios)

Eventos Adversos: 3.7 %



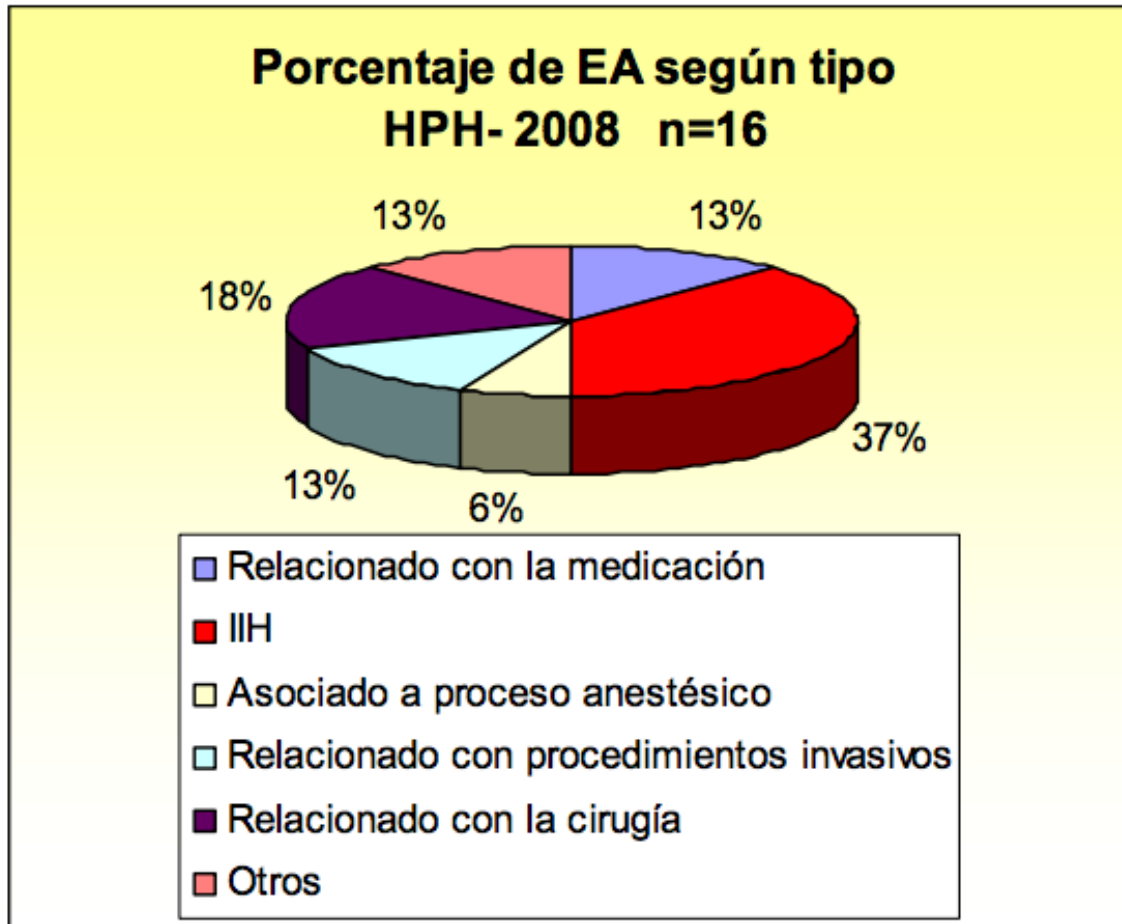
Muerte : 13.6 %

Discapacidad Permanente: 3.6%



¿Qué ocurre en Chile ?

...Hospital Padre Hurtado
6.3 % pacientes : evento adverso



Características del trabajo médico

- Enfoque en lo biológico +
- No medimos ni evaluamos : no sabemos “como lo hacemos”
- Registros poco claros e insuficientes
- En general no trabajamos en equipo
- No pedimos ayuda
- No nos han formado en conceptos de seguridad de paciente

Preparados para ser exitosos, no para el fracaso o error...



Vukusich A Rev Med Chile 2004

Los pilotos de avión....

- Reconocen más que los médicos que están cansados.
- Habitados al trabajo en equipo, se comunican activamente entre sí.
- Solicitan ayuda al resto del equipo.
- Están adiestrados para reconocer cuando están cansados.
- Están habituados a comunicar y a aprender de los errores.

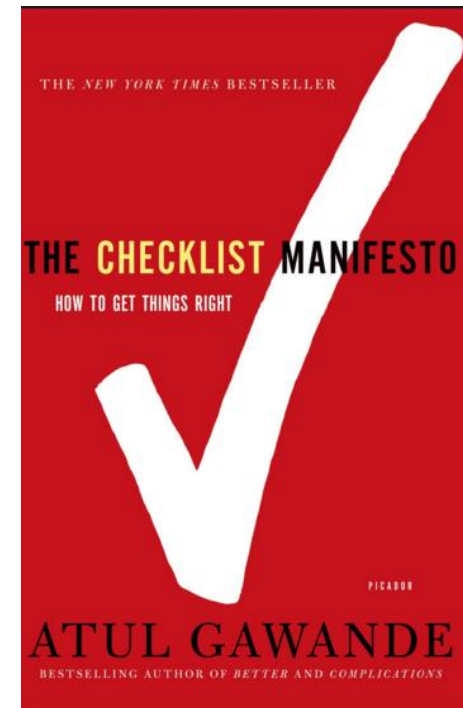
Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys BMJ 2000; 320: 745-749

Imperdible para un cirujano: “Checklist manifesto” *Atul Gawande*



[TED](https://www.ted.com/talks/atul_gawande_how_do_we_heal_medicine?language=es&utm_source=tedcomshare&utm_medium=email&utm_campaign=tedsread)

https://www.ted.com/talks/atul_gawande_how_do_we_heal_medicine?language=es&utm_source=tedcomshare&utm_medium=email&utm_campaign=tedsread



Cirujano formado en Stanford , trabaja en Brigham and Womens hospital Boston
Executive director Ariadne Labs, Centro para la Innovación en Sistemas de Salud
Chairman de Lifebox,(nonprofit) trabaja reduciendo las muertes por Cx en mundo.^[2]

Impacto lista verificación en pabellón

Red salud UC CHRISTUS(Lacassie H y cols)

Observational Study

Medicine®

OPEN

World Health Organization (WHO) surgical safety checklist implementation and its impact on perioperative morbidity and mortality in an academic medical center in Chile

^{AQ1} Hector J. Lacassie (MD)^a, Constanza Ferdinand^b, Sergio Guzmán (MD)^c, Lorena Camus^d,
^{AQ2} Ghislaine C. Echevarria (MS)^{a,e,*}

Abstract

Health care organizations are unsafe. Numerous centers have incorporated the WHO Surgical Safety Checklist in their processes with good results; however, only limited information is available about its effectiveness in Latin America. We aimed to evaluate the impact of the checklist implementation on the in-hospital morbidity and mortality rate in a tertiary health care center. After Institutional review board approval, and using data from our hospital administrative records, we conducted a retrospective analysis of all surgical encounters (n=70,639) over the period from January 2005 to December 2012. Propensity scoring (PS) methods (matching and inverse weighting) were used to compare the pre and postintervention period, after controlling for selection bias. After PS matching (n=29,250 matched pairs), the in-hospital mortality rate was 0.82% [95% confidence interval (CI), 0.73–0.92] before and 0.65% (95% CI, 0.57–0.74) after checklist implementation [odds ratio (OR) 0.73; 95% CI, 0.61–0.89]. The median length of stay was 3 days [interquartile range (IQR) 1–7 and 0–4] for the pre and postchecklist period, respectively (P < 0.01).

Redujo la mortalidad en un 17 % de 0.82% antes a 0.65%
Redujo el promedio de dias de hospitalización de 3 a 2 dias (p<0.001)

“ Pensabamos que nuestros estandares de cuidado eran lo suficientemente altos como para no encontrar diferencias , pero estabamos equivocados...”

Temario

- Entorno del trabajo clínico
- **¿Que es el error ?**
- Imperativo ético y La ley
- Barreras para comunicar los errores : la segunda victima
- ¿Que dice la literatura ?
- ¿Que hacer ?
- Mensajes

¿Que es y no es el error?

No es

- La responsabilidad de un solo individuo
- Un acto negligente
- Intencional
- Un evento adverso producto de la evolución propia de la patología o condición del paciente en que además ...
 - Se uso la mejor evidencia conocida para su manejo
 - Con la mayor experiencia clínica disponible

¿Que es y no es el error?

SI ES

- Una conducta clínica equivocada por acción u omisión que es consecuencia de la aplicación de un criterio incorrecto o
- Una falla en la consecución de un resultado en salud o bien el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo(1)
- Origen multifactorial : depende de personas , el sistema , la institución
- Evitable....(pero somos humanos)

(1)Agency for Health Research and Quality EEUU

Un evento adverso puede ser

No prevenible

Evolución (in)esperada de la enfermedad

Producto de la condición propia del paciente

Prevenible

Error en la atención

Mala práctica

Actitud del médico frente al E.A.



“Un momento señora..¿Me está insinuando que hemos cometido una negligencia médica con su marido?”

¿ Que esperan los pacientes ?

- Una explicación honesta de lo que pasó....
- Una disculpa sincera ..
- Que se tome con seriedad lo que ocurrió
- Que nos conectemos emocionalmente con lo que sucedió..
- Que definamos que vamos a hacer para que esto no se repita y no se dañe a otros..
- Que los acompañemos
- Con frecuencia.. también una compensación

¿ Que dice la ley en Chile?

Ley Derechos y deberes 20584

Una persona o quien la represente tiene derecho a que los prestadores de salud cumplan las normas vigentes en el país y con los protocolos establecidos en materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación , accidentes , errores en la atención y en general a ser informada de cualquier evento adverso que ocurra durante la atención.

Temario

- Entorno del trabajo clínico
- ¿Que es el error ?
- Imperativo ético y La ley
- **Barreras para comunicar los errores : la segunda victima**
- ¿Que dice la literatura ?
- ¿Que hacer ?
- Mensajes



PERSPECTIVE

GUILTY, AFRAID, AND ALONE — STRUGGLING WITH MEDICAL ERROR

Guilty, Afraid, and Alone — Struggling with Medical Error

Tom Delbanco, M.D., and Sigall K. Bell, M.D.

Since 1999 health care profes- warnings. When renal failure and have adopted “I’m sorry” laws

**Culpable , atemorizado y solo - Lidiando con el error
el paciente, el medico y el equipo de salud)**

Delbanco T, N Eng J Med 2007

**Atención y esfuerzos en últimos años ... en “ Errar es humano..”
Cuales son , prevención , y manejo medico óptimo**

**Mucha menos atención e interés en “ Perdonar es divino..”
Tarea pendiente .. La dimensión humana del error para el
paciente, la familia y el médico (equipo)**



Delbanco T, N Eng J Med 2007

La familia también se siente culpable y atemorizada

La hermana de un paciente al que se le administró morfina

a pesar de alertas en ficha por reacciones graves previas y

que desarrolló insuficiencia renal... declara

“Sentí impotencia, no puedes estar con un paciente 24hrs , para ello tu confías en los hospitales, en las enfermeras . Me sentí como habiéndole fallado a mi familia porque debiera haber estado ahí”

Mas confusión frente a un error

- Cultura sanitaria punitiva y poco transparente
- Hospitales y abogados en ocasiones aconsejan no usar palabras como *equivocación* , *error* , *negligencia* , *culpa* , *perdón* , etc– resultado .. un relato frio y críptico.. Imagen médico no sensible , humano ni preocupado
- Algunos aconsejan no dejar evidencia escrita de lo que pasó



“The sense that somebody could empathize . . . was almost totally lacking.”

Paciente : “ La empatía estuvo totalmente ausente “

Barreras de los médicos para comunicar los errores

En general las 4 principales barreras emocionales son :

- Vergüenza
- Incertidumbre
- Ansiedad
- Temor a las demandas legales



Petronio S y cols Disclosure of medical mistakes
A communication management plan for physicians
The Permanent Journal 2013

¿La evidencia que dice?

La comunicación efectiva a los pacientes es la mejor protección legal frente a los errores...

La mayoría de los médicos esta de acuerdo con comunicar pero no lo hace (aprox 70%)

El momento en que se comunica el error influye en la comprensión de este lo antes posible pero con receptor atento

Los médicos y equipo salud no estamos preparados para comunicar los errores

Se debe estructurar un plan de comunicación

Allman J y cols . Health Commun 1998

Kaldjian LC y cols . J Gen Intern Med 2007

Christensen JF y cols. J Gen Intern Med 1992

Plan de comunicación de errores

Preparación del médico :

Reconocer las emociones que genera y verbalizarlo

Buscar información del evento: sus posibles causas y consecuencias para el paciente

Formulación y entrega de la información

Contexto : momento mas adecuado, lugar, etc

Acompañantes en la entrevista : familiares , testigos

Secuencia de mensaje

Cuidado con lenguaje no verbal

Lo básico ¿dónde, cuando, con quien?

ORIGINAL INVESTIGATION

Communicating With Patients About Medical Errors

A Review of the Literature

Kathleen M. Mazor, EdD; Steven R. Simon, MD; Jerry H. Gurwitz, MD



Lo básico ¿dónde, cuando, con quien?

ORIGINAL INVESTIGATION

Communicating With Patients About Medical Errors

A Review of the Literature

Kathleen M. Mazor, EdD; Steven R. Simon, MD; Jerry H. Gurwitz, MD



De menos a mas



Tipos de comunicación

Lenguaje verbal

Información concreta

Relato

Datos

Fechas, hora



INTELECTUAL



Lenguaje no verbal

Expresión facial ,

Posición cuerpo

Tono de voz

Mirada



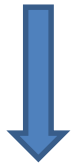
EMOCIONAL



Tipos de comunicación

Lenguaje verbal

Información concreta
Relato
Datos ,
Fechas, etc



INTELLECTUAL

Lenguaje no verbal

Expresión facial
Posición cuerpo
Tono de voz
Mirada
Signos



EMOCIONAL



Comunicación efectiva y afectiva

La hija de una paciente a la que se administro un medicamento para el cual tenia una alergia documentada y tuvo una reacción..

“ La razón porque la disculpa del medico fue genuina se debió a que fue directo , no le dio muchas vueltas y no trato de encubrir los hechos”



737 x 387 - e-sanitas.edu.co

Lo que se debe evitar ...

Estrategia ..	Ejemplo
Eludir las preguntas del paciente / familia	“No nos preocupemos de eso ahora...”
Redireccionar la conversación a aspectos menos relevantes	“Quiero enfocarme en su recuperación no en lo que causó el problema...”
Culpar al paciente o familia	“Si Ud no tuviese sobrepeso y diabetes esto no habría pasado”
Entregar exceso de información y detalles	“Al abordar el colédoco, comunicación que lleva la bilis del hígado a la vesícula ,bla,bla.
Culpar al sistema	“Hay demasiada presión asistencial y poco personal.. “

Comité de gestión riesgo : equipo Propuesta

- Médico contralor
 - Enfermera atención al cliente
 - Equipo de calidad
 - Director médico
 - Médico jefe UCI
- (Otros : Psicólogo, experto en comunicación)

Comité de gestión riesgo : objetivos

- Identificar las situaciones de mayor riesgo
- Identificar los principales actores en la gestión del riesgo y su mitigación
- Definir un procedimiento para minimizar el riesgo de reclamos – demandas en la institución
- Capacitar al personal de salud en comunicación efectiva de los errores y su mitigación
- Acompañar al medico y equipo de salud en la “vivencia” del error

Algunas recomendaciones

EA graves

- Información inicial lo mas precoz , siempre medico con otro profesional presente
- Lugar apropiado
- Relato honesto
- No entrar detalles innecesarios
- No hablar de responsabilidades ni culpables
- No ofrecer compensación económica
- Comunicar con empatía
- Proponer salida o acciones si corresponde
- Proponer nuevo encuentro luego estudiar los antecedentes
- Registrar

Mensajes para recordar

- Los errores en salud son un problema frecuente y grave y en alguna medida... seguirán ocurriendo
- Impactan al paciente, médico, equipo e institución
- No estamos capacitados para enfrentarlos : barreras emocionales ++
- Se deben desarrollar planes locales para capacitar en comunicación oportuna y efectiva
- La educación debe comenzar en las escuelas de Medicina, Enfermería, carreras de la salud..
- Las instituciones deben tener políticas de acompañamiento y un enfoque NO punitivo del error



Gracias por su
atención..



Red de Salud
UC • CHRISTUS



Clínica San Carlos de Apoquindo