

**COMUNICACIÓN DE ERRORES CLÍNICOS
AL PACIENTE, A LOS PADRES Y A LA FAMILIA**

Dr. Luis E. Pedrozo Ortiz
Jefe CTI de Niños y Recién Nacidos HRS. ASSE. MSP.
Republica Oriental del Uruguay

COMUNICACIÓN DE ERRORES CLÍNICOS AL PACIENTE, A LOS PADRES Y A LA FAMILIA

| | |
|--|----|
| 1. La obligación de comunicar | 3 |
| 1.1. Fundamentos éticos y deontológicos..... | 3 |
| 1.2. Ética de la seguridad clínica..... | 4 |
| 1.3. Ética de la responsabilidad | 5 |
| 1.4. Aspectos de las demandas legales..... | 7 |
| 1.5. Porque es difícil comunicar un error clínico..... | 7 |
| 2. Proceso de comunicación y disculpa del error clínico..... | 9 |
| 2.1. Lo que no se debe hacer..... | 9 |
| 2.2. Informar y pedir disculpas..... | 9 |
| 2.3. Quienes deben participar..... | 10 |
| 2.4. Cuando informar..... | 11 |
| 2.5. Donde informar | 11 |
| 2.6. Como informar y que decir..... | 11 |
| 2.7. Registrar | 12 |
| 3. Referencias bibliográficas..... | 13 |

Los EVENTOS ADVERSOS (EA) no pueden ni deben ser ignorados en el ejercicio de la medicina, y menos aún en los niveles de complejidad aumentada tal como son las unidades de cuidados intensivos (UCI). El problema del EA es real, existe y debemos tenerlo en cuenta, constituye una razón más para el cuidado centrado en el paciente y su familia. Pero sobre todo para imponer una cultura de la seguridad clínica como pilar básico en los procesos asistenciales. En Chile, Donoso y cols. reportaron en el año 2004 en UCI pediátrica una incidencia de EA de 3,4% de los egresos o 10 eventos cada 1 000 días/paciente.¹

En la tabla 1 se especifican las definiciones básicas en seguridad clínica que se deben conocer, se maneja el término evento adverso o error clínico en forma indiferente con fines prácticos.^{2,3}

Tabla1. Definiciones básicas en seguridad clínica

| |
|--|
| <p><i>Efecto adverso (o evento adverso):</i> accidente inesperado, derivado de la asistencia sanitaria, que causa algún tipo de daño, lesión o incapacidad, o que alarga o provoca la estancia hospitalaria. No tiene como causa desencadenante la enfermedad de base del paciente¹</p> <p><i>Error clínico:</i> efecto adverso evitable. No siempre existe acuerdo entre los expertos sobre el grado de evitabilidad, que en todo caso deberá contemplarse como variable continua. Tampoco existe acuerdo sobre si es error aquel suceso clínico que no produce daño, pero que se deriva de una decisión o proceso clínico de baja calidad</p> <p><i>Error clínico atribuido:</i> el paciente cree que se ha producido un error clínico en su proceso asistencial, pero no se ha verificado que en efecto haya un efecto adverso o que este efecto fuera verdaderamente evitable</p> <p><i>Casi error:</i> situaciones que hubieran podido provocar un daño o complicación</p> <p><i>Condición latente:</i> una norma, un diseño de un aparato o fármaco, una manera de organizar las tareas, de comunicarse en el seno del equipo o de trabajar que tarde o temprano va a provocar un efecto adverso evitable</p> |
|--|

El manejo del error clínico y, por lo tanto, la comunicación del mismo debe estar determinado previamente, protocolizado dentro del marco de una cultura de seguridad del paciente y nunca debe derivar de decisiones improvisadas ni provocar las mismas. Comunicar el error en los distintos niveles (institucional, equipo asistencial y familiares) debe ser considerado, o mejor aún, estar integrado a los distintos procesos de la unidad y uno de los ejes sobre el que giran los mismos debe ser la seguridad del paciente, de esta forma se mantiene el concepto de que el interés del paciente está por encima de todo.

1. LA OBLIGACIÓN DE COMUNICAR

1.1 FUNDAMENTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS

La obligación de informar un evento adverso a los padres y eventualmente familiares implica aspectos derivados de varias perspectivas éticas vinculadas al error clínico. Esta acción es una demostración práctica de los valores y principios que deben respetar los integrantes del equipo asistencial y la institución en la que desempeñan sus tareas. Cuando se informa un error clínico se requiere de humildad, valentía, integridad, honestidad, lealtad y responsabilidad de parte de las personas encargadas de establecer tal comunicación, valores que deben ser cumplidos para actuar de acuerdo a la ética profesional.

Desde la ética la primera y más importante consideración es el respeto a la dignidad humana, no debemos nunca ignorar a los niños ni a las personas que son decisores y están involucradas en el cuidado de sus hijos, siempre se debe tener en cuenta que los padres y familiares quieren saber. La dignidad está representada en la relación asistencial médico-paciente por el derecho a ser informado, derivado del principio de autonomía en la doctrina del consentimiento informado, donde consta que la información que el médico brinda debe ser veraz, clara, en un lenguaje comprendido y entendido por las personas que reciben la información, y no debe ser manipulada de forma que tenga influencia en decisiones que sean consecuencia de esta información.

Otros aspectos éticos son aquellos derivados de la ética de la seguridad del paciente, de la responsabilidad y de la ética profesional.

1.2 ETICA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

La ética de la seguridad clínica constituye la referencia fundamental para el desarrollo de una cultura de seguridad donde aceptar que los errores pueden suceder y enfrentar los errores cometidos son premisas que guían los procesos asistenciales, el vínculo con los pacientes y sus familiares, y cuya consecuencia debe ser un mecanismo de mejora continua de la calidad asistencial de tal forma que los eventos adversos tengan tendencia a ser cada vez menos frecuentes.

El objetivo de la ética de la seguridad clínica no es establecer responsabilidades jurídicas, sino que el juicio ético puede activarse en ausencia de daño y con una perspectiva de evitar provocar daño logrando que el equipo asistencial (los profesionales que lo conforman) establezcan hábitos de trabajo seguro, buenas prácticas clínicas y se analicen los riesgos inherentes a los procesos asistenciales buscando minimizarlos.⁴ Sin embargo, sabemos que, a pesar de lograr un gran desarrollo en seguridad, el error clínico es posible. Por lo tanto, en la cultura de seguridad, se debe tener en cuenta el proceso de comunicación del mismo a los afectados.

Para Simón Lorda⁵, el principio de “no maleficencia” rige la seguridad del paciente, fundamenta todas aquellas decisiones dirigidas a evitar el error y es relevante previamente a que se produzca el mismo. En segundo lugar, se afecta el principio de “justicia” dado que el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste de oportunidad. El objetivo fundamental en la cultura de seguridad clínica es no hacer daño y una consecuencia importante es la optimización en la distribución de los recursos.

Una vez producido el error clínico cobra protagonismo la persona afectada y los principios que más defienden su dignidad: “autonomía” y “beneficencia”. El paciente y sus familiares tienen el derecho a saber que ha pasado y a reclamar ayuda apoyo y reparación del daño causado. Esto implica derivaciones deontológicas de la ética de la seguridad clínica dentro de las cuáles destacamos: no desentenderse del seguimiento de los errores y la obligación de reparar el daño producido con todos los medios y diligencia, informando a los padres, al paciente (si corresponde) y/o familiares de las circunstancias del error para lograr una reparación moral beneficiante. En la práctica: haber desarrollado métodos para detectar, reconocer y registrar el error, que el mismo sea aceptado, pero fundamentalmente que se tenga la capacidad de enfrentarlo. Una parte importante para ello es poseer la competencia necesaria para comunicarlo adecuadamente a los involucrados.

Además, no podemos dejar de lado que una ética de la seguridad clínica aborda la imagen social de la medicina, la gestión de las unidades de cuidados intensivos, la praxis clínica y el manejo mismo del error clínico. Delimita entornos de responsabilidad limitada y nos ayuda a tener una imagen más

ajustada de nuestros derechos y deberes como profesionales. También proporciona instrumentos al profesional para analizar, valorar y encauzar sentimientos de culpa, traduciéndolos en actitudes responsables y propicia una maduración no solo cognitiva sino fundamentalmente emocional.⁴

Porque, como dice Jordi Gol i Gurina: *“tenemos derecho a equivocarnos, pero no a desentendernos de nuestros errores”*.

1.3 ETICA DE LA RESPONSABILIDAD

La ética de la responsabilidad es un pilar básico para la ética de seguridad, cuando se plantean escenarios de posibles errores nuestra responsabilidad es prospectiva, se trata de actuar en forma preventiva fomentando una cultura de seguridad y estableciendo procesos y conductas basados en la seguridad del paciente. Una vez producido el error la responsabilidad es retrospectiva, lo que obliga a determinar los distintos niveles de competencia en el proceso asistencial que ha fallado y además a realizar la debida comunicación del mismo hacia los padres o familiares del paciente afectado, así como asumir las consecuencias respondiendo por las acciones u omisiones que provocaron el daño.⁶

El error clínico la mayoría de las veces se produce a consecuencia de un olvido, una precipitación, falla de organización u planificación estratégica, o de otros factores causales que pueden identificarse en distintos niveles de responsabilidad, que analizaremos brevemente:⁴

- 1- A nivel de la percepción social acerca de las posibilidades de los cuidados intensivos: establecer claramente que la medicina tiene límites y no fomentar las falsas expectativas de que los conocimientos, la tecnología y los médicos son infalibles. No debemos aparentar infalibilidad, sino que debemos transmitir que nuestro centro de atención es el paciente y que sabemos que se pueden producir eventos adversos y frente a esa posibilidad hay un estado de alerta dirigido a proteger al niño.
- 2- A nivel de planificación estratégica existe una responsabilidad que se denomina “maleficencia estadística”. Un ejemplo de esta es cuando se incentiva el alta precoz provocado por una situación de poca disponibilidad de camas como sucede durante las epidemias virales respiratorias de invierno, esto genera situaciones latentes de error. Es posible alegar que el médico mantiene su libertad de actuación, pero estadísticamente en grandes poblaciones esta decisión de los encargados de la gestión aumenta la posibilidad de que se produzcan errores clínicos.
- 3- A nivel de la organización específica de la unidad de cuidados intensivos, es responsabilidad del equipo de gestión y supervisión asegurar que en unidades de gran complejidad los profesionales de menor experiencia no sean responsables de tomar decisiones por encima de sus capacidades técnicas.
- 4- A nivel de la tarea concreta de cada médico o enfermero, sin dudas las personas que están más expuesta a recibir la carga de responsabilidad ante un error clínico. Habitualmente se atribuye al profesional de primer contacto las responsabilidades globales de un acontecimiento adverso, es lo que se denomina “sesgo de apariencia”, que se contrarresta con aquellos que impulsan la “falacia sistémica” y otorgan toda la culpa al sistema.

Sin embargo, los médicos y profesionales que actúan en la asistencia directa de pacientes críticos no pueden renunciar a sus propios niveles de responsabilidad. Debemos rendir cuentas de nuestra práctica clínica, no se trata de una cuestión secreta, estamos expuestos a auditorías y a informar a los involucrados respondiendo sus preguntas y en este marco a informar de los eventos adversos que

se producen. Tenemos la obligación profesional de practicar hábitos de trabajo seguro, repasar nuestras acciones y reflexionar sobre ellas para poder mejorarlos y sostenerlos en el tiempo. Ante un error clínico debemos desarrollar la capacidad de encaminar los sentimientos de culpa hacia actuaciones beneficiosas para el paciente y la sociedad como son: reparar, informar y consolar.

El contexto y las circunstancias pueden generar al profesional situaciones que atenúan su responsabilidad, pero sin quitar totalmente el compromiso con el evento adverso, denominadas de responsabilidad moral limitada, que son:⁴

- a- Claudicación de recursos personales: puede ser somática, emocional o cognitiva. Somática sería el caso de situaciones habituales que se dan en el equipo asistencial de las áreas críticas, cuando el cansancio, la mala calidad del sueño, las excesivas horas de trabajo no nos permiten razonar bien. La claudicación cognitiva se produce cuando el razonamiento es claro pero inadecuado porque se presuponen hechos sin confirmación lo que determina el error clínico. La claudicación emocional se presenta cuando componentes emocionales (angustia, irritación, rechazo) no permiten tomar decisiones basadas en un razonamiento clínico correcto.
- b- Toma de riesgos justificada; se presenta en dos circunstancias: 1- cuando tomamos decisiones inseguras en base a datos o información incompleta justificados en la evolución progresiva a la peoría del paciente sin tiempo para una mejor solución. 2- en situación de claudicación personal (cansancio, poca experiencia, maniobra para la que no estamos preparados) asumimos una responsabilidad asistencial porque es la mejor opción para el paciente. Por ej. presentarse a la guardia con un cuadro febril porque no hay posibilidad de que otro profesional cumpla esas horas.
- c- Condiciones latentes de error y ventanas de error: la condición latente de error es una condicionante que se encuentra en el sistema, puede tratarse de un proceso asistencial mal diseñado como sería una identificación poco segura de pacientes o dos fármacos etiquetados de forma similar que condicionan la presentación de errores. Si el equipo de gestión sabe que existe esa condición latente de error y la acepta entonces estamos ante una ventana de error.

Estas situaciones de responsabilidad limitada se prestan a ser utilizadas como excusas con relativa facilidad, sin embargo, el análisis de determinados factores permite determinar dos extremos: uno el del error claramente negligente y el otro el del error con diligencia. En ambos extremos el profesional tiene como objetivo el bien para el paciente, pero en el extremo negligente no pone en juego recursos personales necesarios para resolver satisfactoriamente el caso, no se esfuerza lo suficiente. En el caso del error con diligencia el profesional se esfuerza, pero una confusión, la falta de experiencia, conocimientos o capacidades no exigibles le llevan a cometer error.

1.4 ASPECTOS DE LAS DEMANDAS LEGALES

Desde la perspectiva de la obligación de comunicar el error clínico a los afectados, no podemos dejar de lado la razón legal que es la que tiene implicancia en las responsabilidades civiles de nuestros actos como profesionales y que afectan no solamente al médico sino también a la institución donde se desarrolla la actividad asistencial sanitaria. El hecho de que se produzca una comunicación a la familia y que el médico responsable enfrente este compromiso aporta elementos positivos en su beneficio respecto a las consecuencias que pueden provocarse que afectan la consideración de la familia a judicializar el hecho o no, y también al resultado final de un proceso legal.

Cuando los padres inician una demanda legal el objetivo buscado es más que una compensación económica o demostrar la responsabilidad culposa de un profesional. Es habitual que esta decisión sea el resultado del daño provocado por el error clínico, pero también cobran importancia el manejo inicial del profesional o el equipo responsable y la estrategia de comunicación utilizada. Diversos estudios muestran que el factor más importante en las decisiones de la gente para hacer juicio no es negligencia, sino una deficiente comunicación con los pacientes.⁷

La reacción adecuada de los profesionales debe ser dar la cara, empatizar con el dolor ajeno, reconocer el daño provocado, no ocultar información esencial y no desentenderse del seguimiento del paciente. Cuando se analizan las razones de los familiares para iniciar una demanda legal surgen cuatro temas predominantes:⁸

- Mejorar la calidad asistencial, evitar que se repita el evento. Efecto preventivo.
- Buscan explicación y conocimiento de los hechos, ¿cómo y por qué sucedió?
- Compensación por pérdidas económicas, daños psicológicos dolor y sufrimiento.
- Consideran que el profesional o la institución deben responsabilizarse de sus actos.

En definitiva, los familiares que optan por una acción legal buscan una mayor honestidad, un reconocimiento a la severidad del daño provocado y asegurarse que no se vuelva a repetir el hecho para no afectar otros pacientes. Esto pone de manifiesto una deficiencia notoria en el proceso de comunicación de un error clínico lo que lleva implícito una falla en reconocer las necesidades emocionales de las personas afectadas cuya relevancia es igual y en algunas circunstancias mayor a las necesidades físicas.⁹

1.5 PORQUE ES DIFÍCIL COMUNICAR UN ERROR CLÍNICO

Las explicaciones se encuentran en 3 niveles: el individual personal del profesional, la institución donde se desempeña, y en la consideración de la sociedad hacia el trabajo del médico.

A nivel individual: Existen condiciones personales individuales que provocan conductas contrarias a aceptar el error clínico tales como autoestima, sentirse infalible, exagerar virtudes en busca de la notoriedad y éxito económico. Se requiere humildad, implica que el profesional involucrado tenga la capacidad de preguntarse: ¿Que he hecho mal? ¿Porque cometí el error? Todos aspectos que pueden resumirse en la ética profesional.

Las dificultades individuales en la comunicación del error clínico a los padres y eventualmente a los pacientes se pueden explicar por las siguientes razones:

- Escasas habilidades en los médicos para comunicarse con sus pacientes.
- Cultura de ocultamiento.
- Miedo a acciones legales.
- Pérdida de la confianza de los padres y familiares.
- Temor a medidas punitivas del servicio o la institución.
- Pérdida de reputación.

A nivel de la institución: Esta configura el ambiente en el que se desempeña el profesional, establece los procesos y protocolos que el mismo debe respetar, por lo tanto, es también responsable de implementar condiciones que tiendan a facilitar y evitar las dificultades en la comunicación de todos los hechos, buenos y malos, que afectan a los pacientes.

Es necesario un gran marco normativo condicionado por un código de ética institucional donde se establezcan las conductas esperadas por los profesionales, que sea eje para el desarrollo de una cultura de seguridad con procesos de detección registro y notificación de eventos adversos que se complementan con la asistencia a los profesionales y familiares involucrados. Además, un enfoque asistencial centrado en el paciente y su familia con participación activa de los padres o cuidadores principales.

La ausencia de estas condiciones hace más difícil comunicar un error clínico.

A nivel de la sociedad: Existe una concepción social del carácter punitivo y retributivo del error clínico, la población general tiende a considerar que se trata de una falta que debe compensarse en términos materiales y emocionales.

Cabe culpa al profesional y a la institución en confirmar esta concepción preestablecida según la forma en que enfrente al error y lo demuestre a los padres y familiares. La banalización del hecho (manejo incorrecto e inadecuado) que se presenta cuando no se le da la importancia ni la relevancia que implica sin importar la gravedad, el trato hacia la familia con desdén o incluso ignorarla (por ej. no comunicar); son conductas que llevan a una actitud vengativa de los afectados. La mayoría de las veces estas actitudes de los equipos médicos son consecuencia de una reacción psicológica que busca disminuir el sentimiento de culpa del profesional.

Además, en el marco jurídico social existe una falta de seguridad jurídica para las acciones comunicativas de los equipos médicos que permitan garantizar un adecuado y efectivo proceso para todos los actores: médicos, enfermería, pacientes y familiares, instituciones y organizaciones sanitarias.

2. PROCESO DE COMUNICACIÓN y DISCULPA DEL ERROR CLÍNICO

2.1 LO QUE NO SE DEBE HACER

- a. No retrasar en el tiempo la comunicación a los padres o la familia:
 - Se producirán cambios en la evolución clínica y muchas veces en el tratamiento que alertarán a la familia, demandando explicaciones que no fueron dadas oportunamente lo que generará desconfianza y afectará la relación con el equipo asistencial.
 - La mayoría de los afectados (pacientes y familiares) quieren ser informados inmediatamente.¹⁰
 - Evitar que la información llegue a la familia a través de un “escape” de información desde el equipo asistencial.
 - Evitar que la información llegue a la familia durante una eventual judicialización del proceso asistencial por otra causa.
- b. No ocultar el error clínico total o parcialmente.
- c. No disponer de información completa y veraz:
 - Por qué y cómo ocurrió el error.
 - Daño que se produjo.
 - Medidas que se adoptaron para disminuir y/o reparar el daño.
 - Medidas que se adoptaron para evitar que el error se repita.
- d. No debe establecerse la comunicación a través de personas entrenadas para tal fin, desconocidas por los familiares o que no tuvieron vínculo alguno previo. No evitar que el profesional responsable participe en el proceso de información.

- e. No tener un pedido de disculpas. Existen trabajos que demuestran que hasta un 39% de los afectados no efectúa demanda legal si recibe adecuada explicación y disculpas. La disculpa genera confianza, mejora la relación médico-familiares, y es una oportunidad para el cambio cultural del reconocimiento del error en el ámbito sanitario.^{8,11}
- f. Nunca informar en el pasillo.
- g. No olvidar el registro de todo el proceso de comunicación e información.
- h. No llegar tarde o no ir a las reuniones.
- i. No desentenderse del seguimiento o no cumplirlo, lo que incluye sostener una vía de información constante en el tiempo que el paciente continúe bajo la asistencia médica.

2.2 INFORMAR Y PEDIR DISCULPAS

Informar y pedir disculpas se integran inevitablemente durante el proceso de comunicación del error clínico, del que debe ser participe y protagonista el médico o el profesional involucrado en el mismo. El pedido de disculpas constituye un requerimiento fundamental para lograr una comunicación exitosa. Se trata de un proceso y por lo tanto puede requerir más de una entrevista.

Según el Dr. Aaron Lazare¹² “un buen pedido de disculpas ayuda a la curación, pero una disculpa incorrecta solamente empeora la situación”. La solicitud de disculpas permite: reconocer que un error se ha producido y determina fallas, restablece la dignidad y empodera a los afectados, muestra que quien cometió el error está emocionalmente afectado y siente un compromiso de cuidado hacia el paciente, promueve reparaciones y acciones correctivas.

Un pedido de disculpas efectivo contiene cuatro elementos:¹²

- Reconocer el error: tomar la responsabilidad y afirmar que no es un hecho aceptable. Evitar lenguaje evasivo, poco preciso que no sea directo. Nunca se debe minimizar el error ni sus consecuencias.
- Explicar lo sucedido: forma parte de informar.
- Expresar los sentimientos y emociones en forma controlada. Manifestar decepción.
- Ofrecer ayuda y disponibilidad para colaborar o reparar daños provocados.

Escuchar atentamente a los padres y familiares es tan importante como las palabras y gestos que se usan al hablar. Si bien no es fácil permanecer callado cara a cara cuando alguien expresa disgusto dolor sufrimiento y demanda explicaciones, este es el primer paso en la comprensión de lo que se ha comunicado. De ser necesario, es posible sugerir un tiempo intermedio y volver a comunicarse luego de un relativo breve período, el objetivo es lograr un diálogo más efectivo una vez que los padres y familiares sean capaces de comprender el pedido de disculpas y aceptar el reconocimiento a su dignidad, a sus derechos.

Ejemplo de buenas disculpas:

| Palabras efectivas | Pone de manifiesto |
|---|--|
| “Lo siento he realizado una indicación incorrecta de la dosis de una medicación que recibió su hijo. Le pido disculpas por este error, nunca antes me había sucedido. Ahora debo explicarle los pasos a seguir que son necesarios | Toma de responsabilidad, describe el error, se explica, pero no se excusa acerca de porque se produjo el error. Además, manifiesta preocupación por el cuidado a seguir por el paciente y comienza un dialogo acerca de cómo puede mitigar el error. |

| | |
|--|--|
| para tratar o evitar consecuencias sobre el estado clínico de su niño” | |
|--|--|

Ejemplos de malas disculpas:

| Palabras inefectivas | Pone de manifiesto |
|--|---|
| “Aun los mejores médicos cometemos errores” | Expresa arrogancia, en lugar de humildad. |
| “Se han cometido errores” | Uso de un lenguaje pasivo evitando tomar responsabilidades. |
| “Me disculpo por lo que pudo haber sucedido” | Lenguaje vago, no especifica el error. |

2.3 QUIENES DEBEN PARTICIPAR

Los padres, aquellos familiares que los padres deciden que estén presentes, pero con la precaución de limitar a un número de personas prudente y coherente. En ausencia de padres deben estar los responsables del niño que son los decisores principales, así como los cuidadores principales si corresponde.

El profesional de mayor jerarquía a cargo del cuidado del paciente junto con aquel o aquellos profesionales directamente involucrados en el error clínico.

Puede considerarse la presencia de un testigo que necesariamente será un integrante del equipo asistencial (equipo médico o de enfermería) pero no está directamente involucrado en el cuidado del paciente. No participara de forma activa en el proceso de información.

Debemos tener en cuenta que existe la posibilidad de informar al paciente. En el marco de la doctrina del menor maduro se considera que los menores deben recibir la información de su estado sanitario adecuándola a su capacidad de comprensión e incluso según la edad (mayores de 12 años) y el desarrollo de su madurez moral-cognitiva pueden participar en el proceso de toma de decisiones derivadas del evento adverso.

2.4 CUANDO INFORMAR

Lo antes posible. Nunca retrasar. Sin embargo, existen situaciones que por la gravedad de las consecuencias del error clínico o las circunstancias en que se produjo está justificado debido a que se requiere la comunicación al equipo de gestión o a la directiva de la institución.

2.5 DONDE INFORMAR

Tener en cuenta el contexto o entorno. Idealmente un lugar privado donde puedan sentarse médicos, padres y familiares.

2.6 COMO INFORMAR Y QUE DECIR¹³

La **PREPARACIÓN** del profesional no sólo implica tener conocimiento del paciente y de lo ocurrido sino que también es emocional. Se recomienda estar calmado o al menos aparentar estarlo y evitar iniciar la conversación en estado de alarma. La idea es estar lo suficientemente tranquilo y conectado, como para transmitir calma y expresar interés por la persona.

La **APERTURA** corresponde a una declaración inicial que define el objetivo del encuentro y demuestra que se está preparado para discutir una situación importante. Si el interlocutor ya conoce la

situación se recomienda comenzar reconociéndola y lamentándola. Es el informante (no el receptor) quien establece la agenda de la conversación desde un inicio. A la base está la idea de transmitir al paciente o su familia que el profesional representando a la institución está preocupado y que se abordará el evento con la seriedad que amerita.

La **NARRATIVA**: se procede a explicar la secuencia de los hechos ocurridos y señalar que el error no fue voluntario. Importa dar explicaciones veraces honestas, evitando justificaciones y excusas desproporcionadas. El objetivo es ofrecer un recuento lógico cronológico de los eventos y responder a las interrogantes y sentimientos que emergen. A medida que se va informando, los padres y la familia van reaccionando, el profesional debe dejar espacio a las preguntas y a las dudas que se plantean. Pero además surgirán emociones.

Fase de **MANEJO EMOCIONAL**, se debe tratar de identificar la emoción principal, determinar el motivo de la misma y responder empáticamente vinculando la emoción al motivo y legitimando en vez de enjuiciar su existencia.

Las personas varían en sus reacciones y capacidad de asimilar los eventos adversos, no obstante es esperable que ante un error médico predomine la rabia e indignación. Si entendemos que estas emociones son parte del proceso de recepción de información adversa podremos manejarlas de una mejor manera.

Ante la información adversa, se identifica básicamente tres fases: Recepción, Elaboración y Adaptación. Usualmente la recepción de información implica un primer momento de *shock*, impresión y negación acompañado de una sensación de irrealidad. “No puede ser, esto no puede estar pasando”. El golpe emocional puede ser tan fuerte que se genera un “bloqueo post-información” que no permite comprender ni registrar (escuchar) lo que se oye. La expresión de rabia indicaría que ya se comienza a reaccionar ante la información.

Palatinamente se va haciendo realidad o “digiriendo” el hecho. Las distintas emociones experimentadas son expresión de este proceso de asimilación.

¿Qué puede hacer el profesional con estas emociones? Permitir que sean expresadas. Ya el hecho de no interrumpir al paciente y dejarlo manifestarse, le ayuda a “digerir” la situación. En la medida que se van procesando las emociones, van cesando y permitiendo que la persona comience a “pensar” en lo ocurrido y planificar una acción a futuro. Luego se produce la aceptación, la persona se va adaptando y resignando a los hechos. Esto no significa que no se experimenten emociones ni que surjan abruptos de rabia o pena, ya que proceso no es lineal y toma mucho tiempo. Por lo tanto, no podemos suponer que se cierre la entrevista con una plena aceptación de los hechos.

Finalmente se sugiere y planifica un **CONJUNTO DE ACCIONES EN COMÚN ACUERDO** que contribuya a este proceso de elaboración. Lograr un consenso, acordar y definir un plan pone en evidencia que el profesional y la institución no abandonarán al paciente. Lo central es el compromiso del profesional, la alianza de trabajo y la seguridad de que no se actuará por intereses ajenos al paciente. Es decir, el profesional y el paciente no se encuentran en bandos opuestos sino que son aliados que persiguen un mismo objetivo.

También se debe afirmar que se pondrán en práctica todas las medidas correctivas necesarias para evitar que el error se vuelva a repetir en el futuro.

2.7 REGISTRAR

Una vez finalizada la entrevista se debe registrar en la historia clínica:

- Fecha, hora y duración de la misma.
- Quienes participaron.
- Quien fue el informante principal.
- La descripción realizada del evento y las preguntas y dudas planteadas por los padres y familiares.
- El conjunto de acciones en común acuerdo que se seguirán en la evolución.
- Solicitudes y requerimientos realizados por los padres y familiares respecto del futuro cuidado de su hijo, sobre todo en lo que respecta a los profesionales involucrados directamente en el hecho.



3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donoso A, Fuentes I. Eventos adversos en UCI. Rev Chil Ped 2004;75(3): 233-239.
2. Reyes JF, Bermúdez MJ. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Enfermería del trabajo 2011; 1:221-228.
3. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006.
4. Borrell-Carrió F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. Med Clin (Barc). 2007;129(5):176-83
5. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. Humanitas, Humanidades Médicas. 2005;8:145-60.
6. Virginia A. Sharpe, "Promoting Patient Safety: An Ethical Basis for Policy Deliberation," *Hastings Center Report Special Supplement* 33, No. 5 (2003), S1-S20.
7. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. N Engl J Med 2006;354:21.
8. Vincent Ch, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994;343:1609-1613.
9. Schwappach D, Koeck C. What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. International Journal of Quality in Health Care 2004; 16(4):317-326.
10. Hobgood C, Peck C, Gilbert B. Medical Errors—What and When: What Do Patients Want to Know? Acad Emerg Med 2002;9(11):1156-1161.
11. Giraldo P, Corbella j, Rodrigo C, Comas M. Análisis de las barreras y oportunidades legales-éticas de la comunicación y disculpa de errores asistenciales en España. Gac Sanit. 2016;30(2):117–120
12. Harvard mental health letter. Learning how to say "I'm sorry". Apologies may help heal both personal and clinical relationships. 2008. Disponible en: https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/Learning_how_to_say_Im_sorry
13. Bascuñan ML, Arriagada AM. Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: interrogantes y herramientas. Rev Med Chile 2016; 144: 1185-1190