

# Comunicación del error: al paciente, a la familia, a los padres

**Dr. José M. Ceriani Cernadas**  
**Hospital Italiano de Buenos Aires**  
**[jose.ceriani@hiba.org.ar](mailto:jose.ceriani@hiba.org.ar)**



 *Comite de Seguridad  
Del Paciente*

# Los aspectos que trataremos

- **El error humano**
- **La cultura tradicional del error en medicina**
- **Cuan peligrosos son los errores en medicina**
- **Prevalencia de errores y efectos adversos**
- **Comunicación de errores a los profesionales, a los pacientes, padres y familiares**
- **Las formas de comunicación**
- **Pedir disculpas**
- **Reflexiones finales**



Todos los hombres pueden caer en un error, pero solo los necios perseveran en el

*Cicerón*

Habiendo tantos errores para cometer, no vale la pena cometer el mismo dos veces

***Bertrand Russell***



# Cambio del modelo: *“la actitud crítica”*

Lo esencial es admitir que nos equivocamos, discutir los factores que llevaron al error y poder comunicarlo

**“Ninguna actitud falible es más importante y menos entendida que la falibilidad en la medicina *La propensión del médico hacía un error, es negarlo, tal vez porque es tan intensamente temido.*”**  
(Gorowitz y Mac Intyre; BMJ 1983; 287: 1919-23)



El error del cocinero se  
tapa con crema, el del  
arquitecto con yeso y el  
del médico con tierra

***Anónimo***



Comite de Seguridad  
Del Paciente



# El modelo médico habitual en la cultura del error en Medicina

- El abordaje clásico en la Medicina ha sido (y sigue siendo), **el ocultamiento de los errores y la aplicación de medidas punitivas o el oprobio para quienes los cometen**
- Esto motivó que, hasta hace pocos años, el tema no fuera considerado en los foros médicos, Hospitales y Escuelas de Medicina
- Por este motivo no había información sobre la magnitud del problema. Ante un error la respuesta era **"de eso no se habla"**



“La lección más fructífera es la conquista de nuestro propio error. Quien refusa a aceptarlo, podrá ser un buen especialista, pero no un gran erudito. Aquel que sienta vergüenza de su error, luchará para no reconocerlo y admitirlo, lo cual significa que estará luchando contra su mayor logro interior”.

*Goethe, Máximas y Reflexiones*



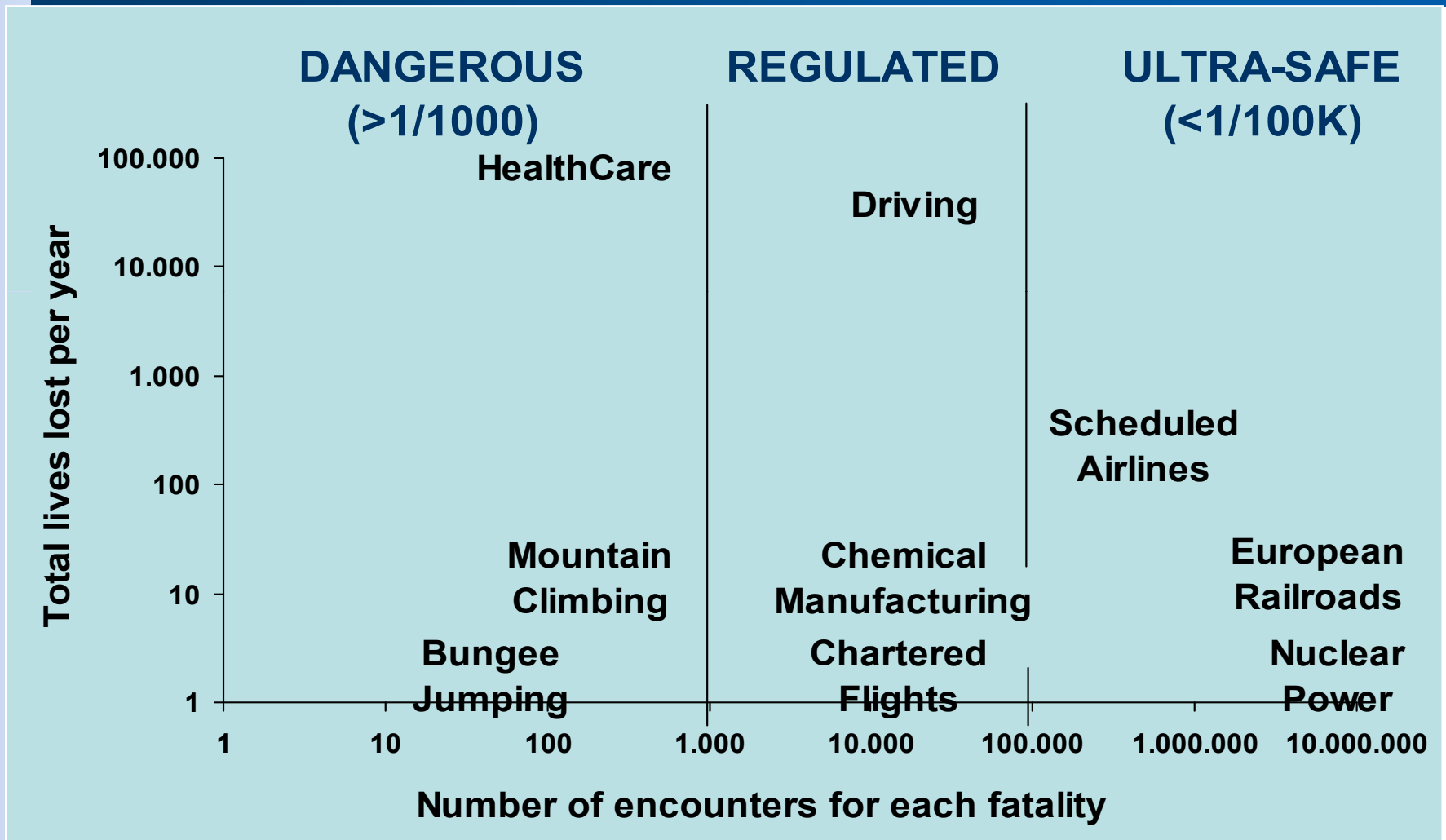
# El cambio de cultura

- Existe la convicción que para disminuir los errores y mejorar la seguridad de nuestros pacientes **es imprescindible realizar un cambio de cultura**
- Este cambio se basa en ciertas premisas básicas:
  - ▶ desarrollar una actitud crítica (aceptar que nos equivocamos)
  - ▶ aprender del error
  - ▶ suprimir la conducta punitiva
  - ▶ comunicar el error a los pacientes y a todas las personas que se relacionan con su cuidado o la atención





# ¿Cuán peligrosos son los cuidados médicos? (Leape)



# Nearly 100,000 Deaths a Year Linked to Medical Errors

WASHINGTON, Nov. 17

Health care organizations across the country are working to reduce the number of medical errors. The U.S. Food and Drug Administration says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The U.S. Food and Drug Administration says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The U.S. Food and Drug Administration says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The U.S. Food and Drug Administration says that medical errors are the leading cause of death in the United States.

Medical errors are a leading cause of death in the United States. The U.S. Food and Drug Administration says that medical errors are the leading cause of death in the United States.



# Comunicación del error

- ❖ A los profesionales de la salud
- ❖ A los pacientes



# Nuevas formas de comunicar los errores en Hospitales

**30 UTIs en EUA, (Johns Hopkins University, by Provonost et al <http://www.icusrs.org/talks.cfm>)**

**UTI Neonatal, voluntario y anónimo, via internet, 54 hospitales de la red Vermont (*Pediatrics* 2004;113: 1609).**

**UTI Adulto, “SAFE” reporting system, no anónimo, pero no punitivo (Osmon et al *Crit Care Med* 2004, 32:727-33).**

**Departamento de Pediatría, HIBA, voluntario y anónimo (Ceriani Cernadas J, Otero P, et al. Anonymous Reporting of Medical Errors. Another Strategy To Promote Patient Safety. *E-PAS* 2006;59:3562.284**



Comite de Seguridad  
Del Paciente



# Sistema de comunicación anónima de errores

The screenshot displays a website interface for a hospital. On the left is a vertical navigation menu with the following items: Secciones, Información del Hospital, Información Médica, Sistemas Informáticos, Entre Nosotros, Entre Nosotros, Pizarra, Cumpleaños, Amper, Clasificados, Galería de Fotos, Menú del día, Biblioteca, Biblioteca, Prestar libro, Plan de Salud, Noticias, Promotores, Utilidades, Mesa de Ayuda, Imprimir Laboratorios, and Consultorios Extramuros. The main content area is divided into several sections: 'T. de Alvear...' at the top; 'Departamento de Pediatría' featuring the '13° Simposio Internacional de Actualización Pediátrica' from May 29-31, 2008, at the 'Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica de la Sociedad Argentina de Pediatría...'; 'Clínica Médica' featuring the 'Curso Intensivo de Geriatría Ambulatoria - Cuidados Paliativos en Geriatría 2008' from May 29-30, 2008, at the 'Clínica Médica'; and 'GRANTAHI' at the bottom. On the right side, there are 'Aplicaciones' (Ambulatorio, Internación, Enfermería, Guardia, ADT, SAF, RPT, Comunicación Errores) and 'Acceso Directo' (Internos, Personas, Laborat., Vadem., Clasi., Skytel, Pizarra, Soporte, Demoras, Denuncias) sections. A red box highlights the 'Comunicación Errores' icon, which is a yellow triangle with an exclamation mark, and a red arrow points to it from the right. At the top right, there are links for 'Acto Académico Institucional' and 'Perdi mi Littman Master II azul y gris' with a '[ Ir a la Pizarra ]' button. At the bottom right, there is a 'Campus Virtual del H.I.B.A' section with the 'Campus Virtual' logo.



# Sistema de comunicación anónima de errores

Carga Errores de Medicina	
Fecha en que ocurrió el error:	<input type="text"/> (dd-mm-aaaa)
Día en que ocurrió el error:	<input type="text" value="Semana"/>
Horario en que ocurrió el error:	<input type="text" value="7 a 14"/>
Sector donde ocurrió el error:	<input type="text" value="SECTOR 01 - TERAPIA INTENSIVA"/>
Tipo de Error	<input type="text" value="Prescripcion"/>
Descripción:	<input type="text" value="Dosis Inadecuada"/>
¿Se detecto el error antes de llegar al paciente?	<input type="text" value="SI"/>
Consecuencias sobre el paciente	<input type="text" value="Ninguna"/>
¿Se comunico el error al paciente y/o cuidadores?	<input type="text" value="SI"/>
¿Se dejo constancia en la historia Clinica del paciente?	<input type="text" value="SI"/>
¿Observaciones?	<input type="text"/>
<input type="button" value="Cargar"/>	



# Comunicar los errores a pacientes

## Es aun muy poco frecuente

- En un estudio el **76%** de los médicos no informaban errores serios (*JAMA* 1991;265:2089-94).
- Solo el **6%** de los errores se comunicaron (Baylis et al *J Clin Ethics* 1997;8:336).
- El **21%**, médicos de “staff” le informaron al paciente (Allman et al. *Health Common* 1998:10;175)
- El **30%** de los pacientes recibieron información del error (*N Eng J Med* 2002;347:1933-40).



# Comunicar los errores a los pacientes

**Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors (Gallagher TH et al *JAMA* 2003; 289:1001-07)**

**Disclosing Harmful Medical Errors to Patients: A Time for Professional Action (Gallagher TH, Levison W. *Arch Intern Med* 2005;165:1819-24)**

**Choosing Your Words Carefully. *How Physicians Would Disclose Harmful Medical Errors to Patients.* Gallagher et al *Arch Intern Med.* 2006;166:1585-1593**

**Disclosing Medical Errors We're Halfway There (Levinson W. *Arch Pediatr Adolescent Med* 2008;162:991-2)**





# Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors (Gallagher TH et al JAMA 2003;289:1001-07)

¿Cuales errores comunicar?: P: **todos los que producen daño**; M: **los que producen daño grave**

¿Que informar?: P: **decir todo lo que pasó**; M: **Elegir bien las palabras, evitar el término error**

¿Como informar?: P: **con empatía y compromiso**; M: **en forma veraz y objetiva**

Pedir disculpas: P: **deseable**; M: **no es conveniente porque puede aumentar el riesgo de demanda legal**

Impacto emocional: P: **enojo, crisis, miedo**; M: **enojo, preocupación por el paciente y por su carrera**



## Choosing Your Words Carefully

### *How Physicians Would Disclose Harmful Medical Errors to Patients*

Encuesta a 2637 médicos; **56%** mencionó las palabras efecto adverso y solo **42%** dijo que hubo **error**. Diferente información según tipo de error y la especialidad: **58%** de los médicos de disciplinas clínicas mencionaron explícitamente el error contra **19%** de las quirúrgicas ( $p < 0,001$ ). Dieron más información los que tenían una actitud positiva, alguna experiencia previa en el tema, **y los que eran canadienses**

Gallagher et al *Arch Intern Med.* 2006;166:1585-1593



## Editorial

# When Doctors Hide Medical Errors

**New York Times. September 9, 2006**



## Choosing Your Words Carefully

### *How Physicians Would Disclose Harmful medical Errors to Patients*

**Excesiva dosis de insulina:** una paciente recibió 100 unidades en vez de 10, presentó hipoglucemia marcada, con adecuada recuperación.

#### Tres respuestas posibles

- ❖ **No informar el error:** su glucosa en la sangre estuvo muy baja y debimos corregirla
- ❖ **Informar parcialmente:** su glucosa en sangre bajó mucho debido a que recibió más insulina de la que Ud. necesita
- ❖ **Informar adecuadamente:** su glucosa en sangre bajó mucho ya que **a causa de un error** recibió una cantidad de insulina demasiado alta



# Elegir las palabras adecuadas y sinceras



**"I'M AFRAID THERE WERE COMPLICATIONS."**

## Medical Error Disclosure Among Pediatricians *Choosing Carefully What We Might Say to Parents\**

- ❖ Anonymous survey containing 1 of 2 scenarios (less or more apparent to the child's parent) in which the respondent had caused a serious medical error
- ❖ Overall, **53%** reported that they would disclose the error, and **58%** would offer details about how the error occurred
- ❖ Overall, of all respondents **26%** would offer an explicit apology and **50%** would discuss plans for preventing future recurrences of the error
- ❖ Pediatricians who received the apparent error scenario would disclose the error to a parent (**73% vs 33%;  $P=0.001$** ), and more would offer an explicit apology (**33% vs 20%;  $P=.04$** ) compared with the less apparent error scenario

*\*Arch Pediatr Adolesc Med 2008;162(10):922-27*



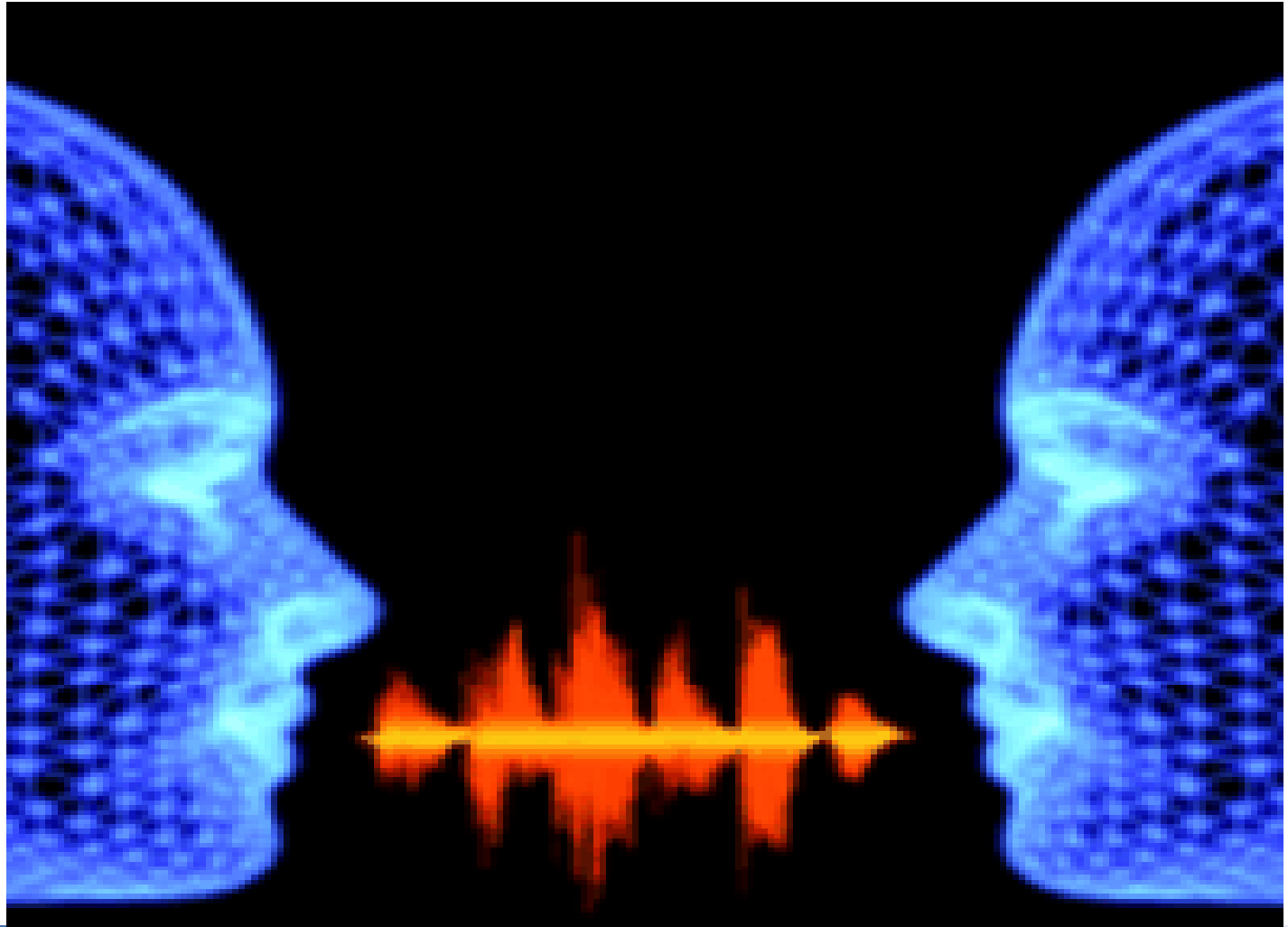
Comité de Seguridad  
Del Paciente



# Dificultades en la comunicación del error a nuestros pacientes

- ❖ **Escasas habilidades en los médicos para comunicarse con sus pacientes**
- ❖ **Persistencia de la cultura de ocultamiento**
- ❖ **Miedo al juicio**
- ❖ **Pérdida de la confianza del paciente**
- ❖ **Temor a medidas punitivas**
- ❖ **Temor al daño a su reputación**





 *Comite de Seguridad  
Del Paciente*







 *Comite de Seguridad  
Del Paciente*



# ¿Porqué comunicar el error a los pacientes?

Es una actitud ética

- ❖ **El paciente o la familia deben saber sobre su salud y/o estado del tratamiento**
- ❖ **Mantiene el concepto de que el interes del paciente está por encima de todo**
- ❖ **Mantiene el respeto y la autonomía del paciente como persona**

! Porque los pacientes quieren !



# ¿Qué desean saber los pacientes ante un error en su cuidado?

- ❖ **Una información explícita que hubo un error**
- ❖ **Conocer que tipo de error y como se produjo**
- ❖ **Saber porqué ocurrió el error**
- ❖ **Conocer como se evitará la repetición del error**
- ❖ **Tener un pedido de disculpas**

Levinson W, Gallagher T. Disclosing harmful medical errors to patients. A time for professional action. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1819-24



# ¿Cuándo comunicar?

**Inmediato o lo más pronto posible:** lo ideal, evita erróneas interpretaciones y es lo honesto (CPS Ontario police #1-01, 2003)

- ❖ Si hay un cambio de tratamiento, los pacientes preguntarán porqué
- ❖ Puede haber modificaciones en el cuadro clínico
- ❖ El error puede trascender a través de otros profesionales o comentarios del personal

**Demorado:** no recomendable, solo cuando es imprescindible informar previamente a la gerencia de riesgo



# Cuando comunicar el error: datos de estudios publicados

- ❖ De los pacientes que demandaron por negligencia, **21%** fueron informados varios días después y **37% nunca** (Vincent, *Lancet* 1994,1609)
- ❖ En una encuesta **76%** de los pacientes querían haber sido informados inmediatamente (Hogbood, *Acad Emerg Med* 2002;1156)
- ❖ Pacientes con efectos adversos: **20%** esperaron >6 meses para recibir información (Vincent, *Qual Health Care* 1993;77)

**! Ciertamente, NO comunicarlo en el tribunal !**



# ¿Quién informa?

## Dos enfoques:

- ❖ No recomendable para nada: **individuos entrenados en resolución de conflictos y en comunicación (“gerentes del riesgo”)**.
- ❖ El que debe ser: **médico tratante (Hebert, CMAJ 2001, 164 )**
  - Puede ayudar a mantener una buena relación con la familia
  - Puede producir una crisis en la familia
  - Es conveniente que esté acompañado por otro miembro del grupo



## ¿Quién informa? (deseo de los pacientes)

- ❖ **Error sin efecto adverso o efecto moderado, 70 % prefiere que sea el médico a cargo**
- ❖ **Error con efecto adverso grave, 80 % prefiere conversar con otro médico (Witman *Arch Int Med* 1996, 2565)**
- ❖ **Error que provoca la muerte (por medicación) 95% prefiere médico a cargo, 57% a enfermería (Blendon *NEJM* 2002;1933)**



# Como informar y que decir

- ❖ **Considerar nivel cultural y social**
- ❖ **Conocer muy bien las circunstancias que influyeron en el error**
- ❖ **Planificar los alcances de la información**
- ❖ **No usar eufemismos**
- ❖ **Señalar que el error fue involuntario**
- ❖ **Ser sincero**
- ❖ **Tener empatía**
- ❖ **Manifestar su decepción y pedir disculpas**
- ❖ **No guardar las emociones**





## Otros puntos a tener en cuenta en la información del error

- ❖ Señalar que no todo tiene una explicación
  - ❖ Afirmar que se van a averiguar todos los aspectos importantes
  - ❖ Asegurar que se hará todo lo necesario para prevenir el error en el futuro
  - ❖ Evitar especulaciones
- ❖ Dejar tiempo suficiente para las preguntas
  - ❖ Siempre informar en un lugar apropiado y sin interrupciones (*nunca en el pasillo*)
  - ❖ Afirmar que se los mantendrá informados en forma veráz y completa (*y cumplirlo luego*)



# Ventajas de no emplear el abordaje de ocultamiento

- ❖ **El paciente, la familia, los padres reciben información del grupo médico en el cual confiaron y que mantiene con ellos un contacto frecuente**
- ❖ **Reciben la promesa de averiguar todo para esclarecer lo ocurrido**
- ❖ **Se evitan versiones deformadas del hecho**
- ❖ **Permite implementar medidas para evitar el mismo error en el futuro**
- ❖ **Se cambia la cultura clásica del error en medicina**



# Tener en cuenta

- ❖ **Mantener registro de todo ( donde, cuando, quien)**
- ❖ **No dar conclusiones precipitadas**
- ❖ **Definir los procedimientos a seguir en el grupo y comunicarlos a la familia**
- ❖ **Tener en cuenta el relato de la familia y su posible colaboración en el proceso de reconstrucción**
- ❖ **Especial cuidado en evitar:**
  - \* **falta de respuesta a llamadas telefónicas,**
  - \* **llegar tarde o no ir a las reuniones**
  - \* **omitir novedades**



## Información adecuada (datos de estudios publicados)

- ❖ **Veterans Affairs Medical Center in Lexington, Kentucky - “contar todo” mitigó las repercusiones financieras (Kraman, *Ann Int Med* 1999:963).**
- ❖ **Más **estrés y peor recuperación** en pacientes que no recibieron explicaciones (Vincent, *Qual Health Care* 1993;77)**
- ❖ **Menos probabilidad de litigar si se mantenía la confianza en su médico (Witman, *Arch Int Med* 1996,2565; Gallagher, *JAMA* 2003: 1001)**



# ¿Cuanta ética es necesaria para ser un buen médico?

- ❖ **Motivación:** estar interesado en el paciente y sentir la satisfacción de ayudarlo
- ❖ **Juicio:** evaluación, asesoramiento y decisiones centradas en el paciente
- ❖ **Empatía:** una combinación de sensibilidad, amabilidad e información adecuada

How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet* 1993;341:161-163.



# Apology in Medical Practice An Emerging Clinical Skill

**Aaron Lazare, MD**  
**JAMA, 2006, 296, No. 11**



*Comite de Seguridad  
Del Paciente*



# Pedir disculpas (datos de estudios publicados)

- ❖ El **21%** de familias víctimas de un error relató que los médicos aceptaron su responsabilidad y que un **27%** se disculparon (Vincent, *Qual Health Care* 1993;77)
- ❖ El **39%** **no habría realizado acción legal si hubiese recibido explicación y disculpas** (Vincent, *Lancet* 1994,1609)
- ❖ El **33%** de pacientes relató que se les pidió disculpas (Blendon, *NEJM* 2002;1933)



*"Errar es humano  
Perdonar es divino  
Demandar es norteamericano"*

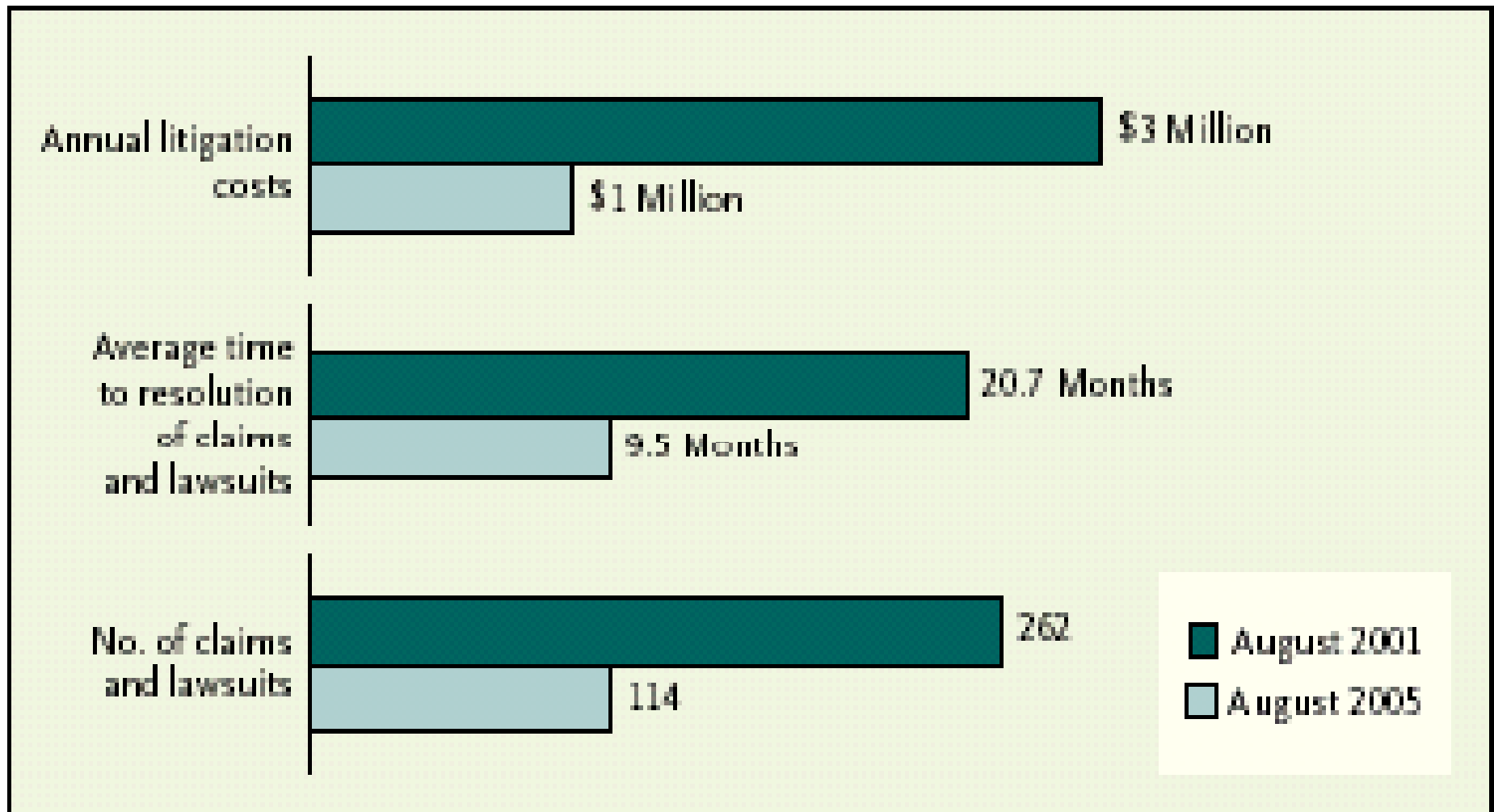
Thomas L Leaman, MD. en "*Preventing  
Malpractice*" Cap. I



Comite de Seguridad  
Del Paciente







Results of Medical Error Disclosure Program at the University of Michigan Health System.

# Comunicación y juicios

- ❖ 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**
- ❖ Los juicios frecuentemente resultan cuando un efecto adverso inesperado se asocia **a la falta de empatía de los médicos y a ocultar información esencial**

Making Patient Safety the Centerpiece  
of Medical Liability Reform  
Hillary Rodham Clinton and Barack Obama  
NEJM 2006;354:21



**“ Una abierta, honesta y oportuna comunicación debe ser el único enfoque ante el error médico”.**

**“... Cuando los pacientes transmiten sus historias a los medios, la mayor parte de su ira es acerca de cómo fueron tratados después de los eventos adversos, en lugar del evento en si”**

R Lamb, *Qual Saf Health Care* 2004;13:3-5



Durante mucho tiempo, muchos médicos y enfermeras no han acompañado a los pacientes y ni han sido honestos con ellos cuando las cosas salen mal



Comite de Seguridad  
Del Paciente



“Si sigues repitiendo los errores, no esperes resultados mejores”

*Albert Einstein*

