

El papel del líder en la comunicación del error y segundas víctimas en la gestión del conflicto



II CONGRESO DE
MEDIACIÓN EN SALUD

AMPLIANDO REDES



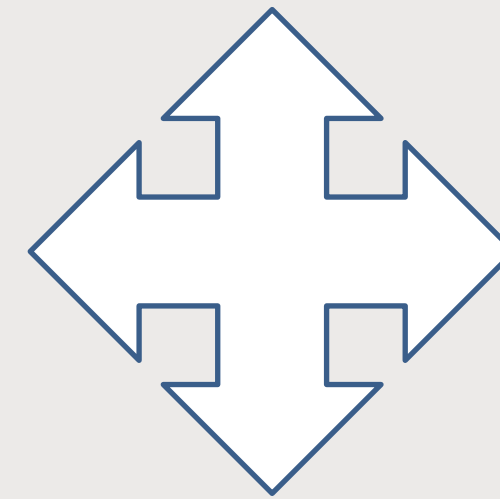
8-15-22 FEBRERO

priscila giraldo
ABOGADA SANITARIA

¿ERROR EN SALUD DERIVA A CONFLICTO?

Una enfermera administra a un paciente una dosis 4 veces superior a la indicada de metotrexate. El paciente falleció.

Una paciente con fractura de cadera es intervenida de la cadera opuesta. Posteriormente es reintervenida de la cadera fracturada.



Un paciente recibe una dosis de insulina 10 veces superior a la indicada. El paciente entra en shock, las maniobras de resucitación consiguen que sobreviva pero con graves secuelas cerebrales.

La relación de **CONFIANZA** se quebranta

¿ERROR EN SALUD DERIVA A CONFLICTO?

BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)

ANALYSIS



Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

Martin A Makary *professor*, Michael Daniel *research fellow*

Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

Causes of death, US, 2013

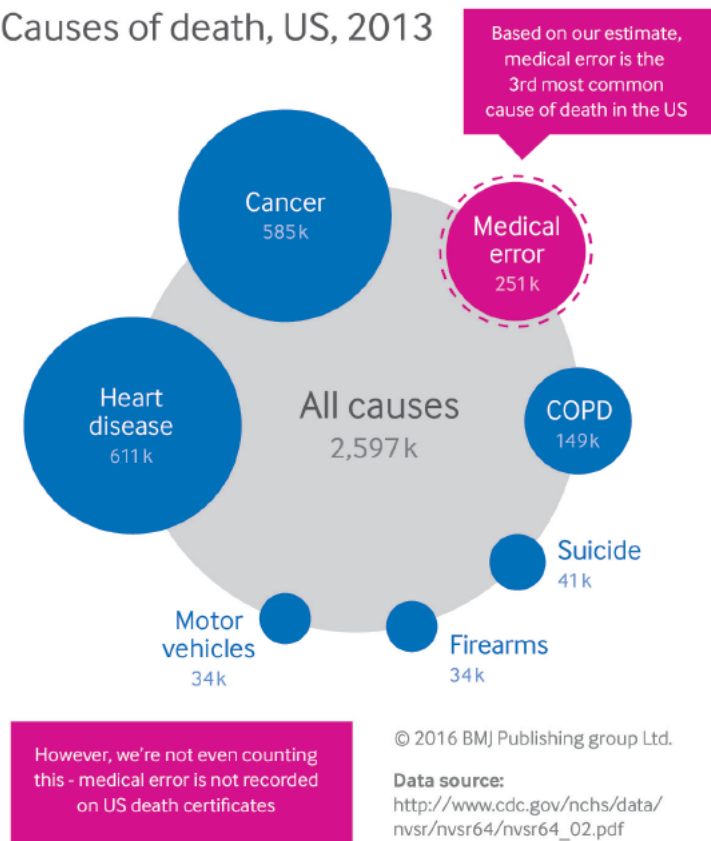


Fig 1 Most common causes of death in the United States, 2013²

Table

Table 1| Studies on US death rates from medical error since the 1999 IOM report and point estimate from pooled results

Study	Dates covered	Source of information	Patient admissions	Adverse event rate (%)	Lethal adverse event rate (%)	% of events deemed preventable	No of deaths due to preventable adverse event	% of admissions with a preventable lethal adverse event	Extrapolation to 2013 US admissions†
Health Grades ¹¹	2000-02	Medicare patients	37 000 000	3.1	0.7*	NR	389 576	0.71	251 454
Office of Inspector General ¹²	2008	Medicare patients	838	13.5	1.4	44	12	0.62	219 579
Classen et al ¹³	2004	3 tertiary care hospitals	795	33.2	1.1	100	9	1.13	400 201
Landrigan et al ¹⁴	2002-07	10 hospitals in North Carolina	2341	18.1	0.6	63	14	0.38	134 581
Point estimate from all data	2000-08	—	—	—	—	—	—	0.71	251 454‡

NR=Not reported.

*All were considered preventable.

†Total number of US hospital admissions in 2013 was 35 416 020.¹⁰

‡Total number of people who died from a preventable lethal adverse event calculated as a point estimate of the death rate among hospitalized patients reported in the literature extrapolated to the reported number of patients hospitalized in 2013.

En Cataluña con una tasa de 0,71% → 5.757 muertes

Las 3 víctimas del error en salud

Paciente y su familia
Primera víctima

Profesional de la salud
Segunda víctima



Centro sanitario
Tercera víctima

Otros pacientes
Cuarta víctima





ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

FRUSTRACIÓN

INSATISFACCIÓN LABORAL

TRISTEZA PROFUNDA

DIFICULTAD
CONCENTRACIÓN

FLASH-BACK

DESCONFIANZA

ALTERACIONES
SUEÑO

TAQUICARDIA

ANSIEDAD A LA
VUELTA AL TRABAJO

HIPERVENTILACIÓN

NERVIOSISMO

MIEDO

CUESTIONAMIENTO
CARRERA PROFESIONAL

CAUSA DE BAJA LABORAL
INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL



FACTORES ASOCIADOS A UN INCIDENTE



BURNOUT

INTENCIONES
ABANDONO
PROFESION

INTERFENRENCIA
TRABAJO
HOGAR

CANSANCIO:
EXCESIVAS
GUARDIAS

CONSUMO
EXCESIVO
ALCOHOL



CONSECUENCIAS LABORALES. Estudio español (año 2015)



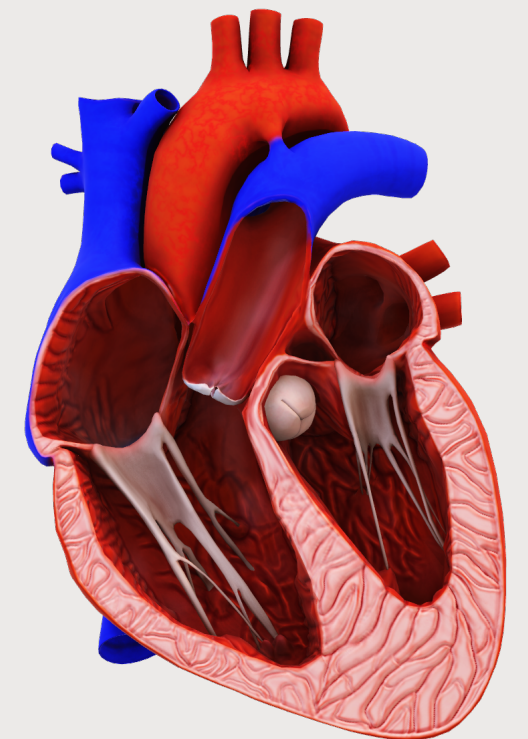
CONSECUENCIAS	TOTAL 818 profesionales	PRIMARIA 458 profesionales	HOSPITALARIA 360 profesionales
Baja laboral	23,7% (194)	27,5% (126)	18,9% (68)
Traslado unidad/centro	17% (140)	16,8% (77)	17,5 % (63)
Abandono de profesión	2,3% (19)	2,8% (13)	1,7 % (6)

No todos los profesionales de la salud conocen el término **SEGUNDAS VÍCTIMAS**

Cuando surge el conflicto...

Los profesionales de la salud y la organizaciones necesitan entender que las personas (incluidos pacientes) pueden actualmente vivir con errores, incluso errores serios, si la parte que causa el error es honesta, sincera y rápida en ofrecer razonables soluciones.

Sin embargo, las personas no pueden vivir con aceptar o tolerar cubrir los errores.





Experiencias vividas por víctimas de errores

Ejemplos:

“Ese doctor no me devolvió las llamadas..”

“las enfermeras no me miraban a los ojos..”

“nadie me dio una respuesta..”

“me enviaron a otro departamento para dar respuesta a lo que pasó. Una vez allí, nadie sabía nada..”

Este tipo de actitudes son las que realmente pueden hacer “enfadar” a los pacientes y sus familiares. Y a menudo las desencadenantes de **reclamaciones** en el Departamento al usuario o llamadas a despachos de abogados...

lo víctima de un error mientras
cio en el que trabajas?

ror en Medicina se produce y lo
e. Pero además es un excelente
cuando se ven envueltos en un

le pasar nunca, estás muy equi-
lidad forma parte de tu trabajo.

como la de las historias que en-
ado, sino que tu actitud hacia el
equivocaron.

causa provoca el dolor o muerte
son diferentes. Y más, cuándo

id(Callejero) y
rafavorita)

om

Priscila Giraldo

VÍCTIMAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, ¿HABLAMOS?

LA COMUNICACIÓN Y DISCULPA DEL ERROR EN SALUD



Priscila Giraldo es enfermera, abogada y doctora en salud pública. Se fundó la Risk Management Foundation for Medical Institutions donde atiende demandas judiciales contra hospitales de Boston. Ha escrito libros de más de 100 páginas.

Es profesora en diversas universidades españolas donde ha impartido cursos profesionales de la práctica sanitaria y la gestión del error en Medicina.

Priscila Giraldo es autora de 'Víctimas de la Práctica Clínica, ¿Hablamos?' publicado por Círculo Rojo.

VÍCTIMAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, ¿HABLAMOS?

Priscila Giraldo



Disparadores de un CONFLICTO derivado de un error asistencial

- Importante la resolución del post-evento adverso:
- Actitud de los profesionales: ocultación, información errónea, poco planificada
- Respuesta de la institución cuando el incidente (más aún cuando aparece en los medios de comunicación)

PRISCILA GIRALDO

¿Debemos explicarle
al paciente y a su
familia que ha
ocurrido un error
durante su proceso
asistencial?





Legislación y comunicación del error

Consejo de Europa (2006) solicitaba a los países miembros el desarrollo tanto de políticas y programas en la línea de la promoción de la seguridad del paciente en sus respectivos sistemas sanitarios.

La Declaración de Varsovia sobre seguridad del paciente (2006): líneas estratégicas recomendadas incluía la promoción de la cultura de la seguridad del paciente desde un enfoque sistémico, sistemas de notificación de incidentes para el aprendizaje y la toma de decisiones y, la implicación de los ciudadanos en la estrategia de la seguridad.

Comisión Europea ha formulado 5 áreas de trabajo en seguridad del paciente al Consejo:

Elaboración de directrices para la información al paciente

Fomentar el desarrollo de formación a los pacientes y familiares en aras de una mayor participación en su seguridad



La ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que tiene por objeto la regulación de los derechos y deberes de pacientes, profesionales y centros sanitarios define el **derecho a la información asistencial**.

Esta información con carácter general se deberá prestar de forma verbal sin menoscabar su registro en la propia historia clínica.

El alcance de esta información comprenderá no sólo la finalidad y naturaleza de cada intervención sanitaria, sino además los riesgos que comporten la misma y sus consecuencias.

Además, existe una mención especial a la información epidemiológica cuando los problemas sanitarios de la colectividad impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual.



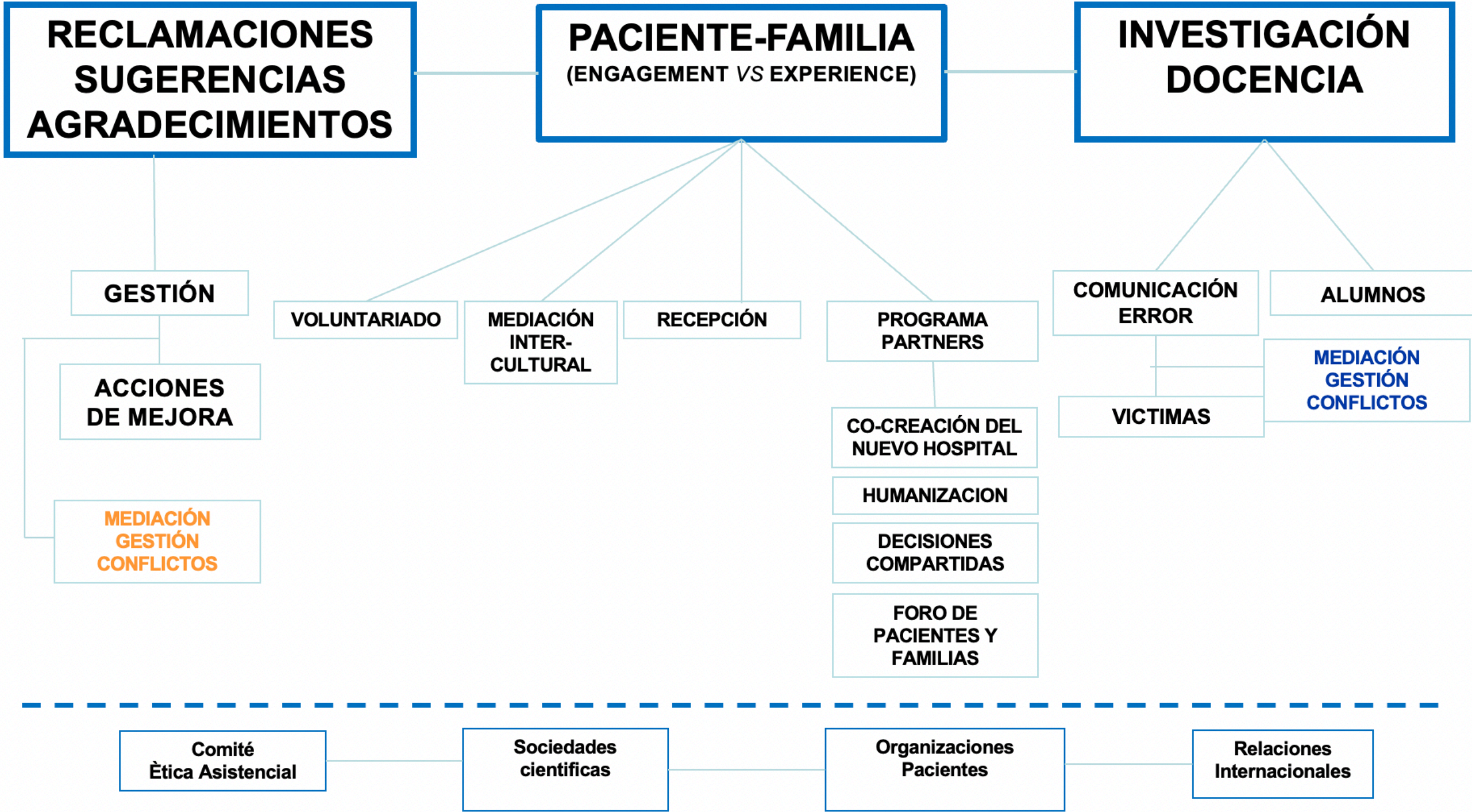
Yo quise hablar con el paciente, pero mi supervisora me dijo que me olvidara del tema. Mayte, enfermera.

Soy médico residente de cuarto año. Lo planteé en la sesión de las mañanas y todos me miraron raro, como de otro planeta. Luis, cardiólogo.

No hay respaldo de líderes y organización en la gestión de conflictos “hablando”



SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO- HOSPITAL DEL MAR



Julio, 2018





Mi experiencia en la mediación de
conflictos en una organización
sanitaria:

Respuesta de los líderes

Responsables **incrédulos**
“¿Qué tenemos que hacer
qué?”

Responsables **desconocedores**
“¿Qué es eso de mediar?”

Responsables **desconfiados**
“¿Esto lo permite el Colegio
de Médicos?”



Responsables **dudosos**
“De acuerdo, ¿pero tú vienes
conmigo, no?”

Responsables **con buena
voluntad**
“No quiero que tengamos
problemas con esta familia”

Responsables **responsables**
“Lo entiendo. Vamos a
hacerlo”

La experiencia de Laura

- Residente de 4º año de Cirugía
- Tuvo un despiste desafortunado y el paciente tutelado desapareció.
- Cuando la llamé para informarla de la gravedad del asunto acudió acompañada de la Secretaria del Servicio, su tutora/responsable estaba ocupada.
- La respuesta de su tutora: “no es culpa nuestra”



TRAYECTORIA NATURAL DE RECUPERACIÓN DE LA SEGUNDA VÍCTIMA



CAOS



**PENSAMIENTOS
INTRUSIVOS**



**INTEGRIDAD
PERSONAL**



INQUISIÓN



**APOYO
EMOCIONAL**



**SEGUIR
HACIA ADELANTE**



ABANDONO



SUPERVIVENCIA



SUPERACIÓN





Etapa 3. RESTAURANDO LA INTEGRIDAD PERSONAL CÓMO AFECTA A TU PROFESIÓN

La confianza (o desconfianza) en el profesional que ha cometido el error: subjetivo

Revisión de la situación profesional: experiencia en la unidad dónde ha ocurrido, relación del profesional con el resto de profesionales, relación del profesional con los pacientes.

Revisión de la situación laboral: tipo de contrato

¿Me pueden despedir por este error?

¿Me pueden sancionar por este incidente?

¿Me pueden inhabilitar para ejercer como enfermera?

¿Cómo puede ayudar un líder a un profesional de su equipo?

El papel del líder en la gestión de conflictos

- Diagnóstico de la situación:
 - ¿Qué necesitan los pacientes?
 - ¿Qué necesitan los profesionales asistenciales?
 - ¿Qué necesita el líder del equipo?
- Implementación del PROGRAMA DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, MÁS AÚN ANTE EL ERROR
- Investigación: analizar y evaluar
- Docencia

Responsabilidad individual



El médico me prescribió mal el medicamento.

La enfermera no revisó la medicación prescrita, ella lo podía haber evitado.

La propia ética y obligación de la profesión no puede ser exigida a otros cuando tú tienes una responsabilidad en el ejercicio de tus funciones.

Tanto el médico debe prescribir bien,
como la enfermera debe cerciorarse de la dosis correcta (a fin de evitar sobredosificación que cause un daño al paciente)

Responsabilidad individual *versus* Principio de confianza.



Yo confiaba en que el médico lo había prescrito bien.

Yo confiaba en que la enfermera revisa antes de administrar la medicación.

Principio de confianza en el equipo: esta confianza en los demás (porque hagan bien su trabajo) no te libera de tu obligación de administrar la medicación de manera correcta.

Buena praxis asistencial (lex artis propia de la profesión asistencial que ejerza cada uno/una)



¿POR QUÉ ES UN PROBLEMA PARA UNOS Y PARA OTROS NO?

- Estigma asociado a la participación en eventos adversos o en errores graves.
- Estigma asociado a la necesidad de ayuda psicológica.
- Desconocimiento del fenómeno como tal y de otras formas de resolución de conflictos.
- Tabú.
- Falta de reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias.

Me van a despedir.

- ¿Qué dices?

- ¿Cómo ha pasado?

- Pero, ¡¿qué dices?!, si la bupi va intratecal.

- Bueno tranquila, ¿es bupi lo que le has puesto?

- Pues menos mal que no ha sido al revés.

- Esto le puede pasar a cualquiera.

- ¿A ti te ha pasado?

- No, a mí no, pero...

- Y, ¿ahora qué?

- Nada, si no ha pasado nada, estate tranquila.

- Me van a echar por esto.

- No mujer, **tú no digas nada y ya está.** [...] El doctor te ha dicho que estaba todo bien, pues olvídate.



COMO PROTEGERTE

- Cultura positiva de seguridad y de resolución de conflictos
- Apoyo institución e iguales.
- Relación positiva con el paciente tras la ocurrencia del evento.
- Personalidad: tolerancia a la incertidumbre, atribución realista de determinados resultados del paciente (bajo control).



Qué tipo de soporte prefieren los profesionales

Conversación con un igual estimado

Conversación con un supervisor

Tiempo fuera de la unidad (descanso inmediato)

Asesoramiento con un experto en Derecho Sanitario

Vía de contacto 24 horas

Cuando un compañero me escucha



Características (van Pelt, 2008):

Credibilidad de los iguales.
Disponibilidad inmediata.
Acceso voluntario.
Confidencial.
"Primeros auxilios" emocionales (no terapia).
Facilitar acceso a recursos de apoyo de nivel superior.

¿Por qué? (Edrees et al., 2016):

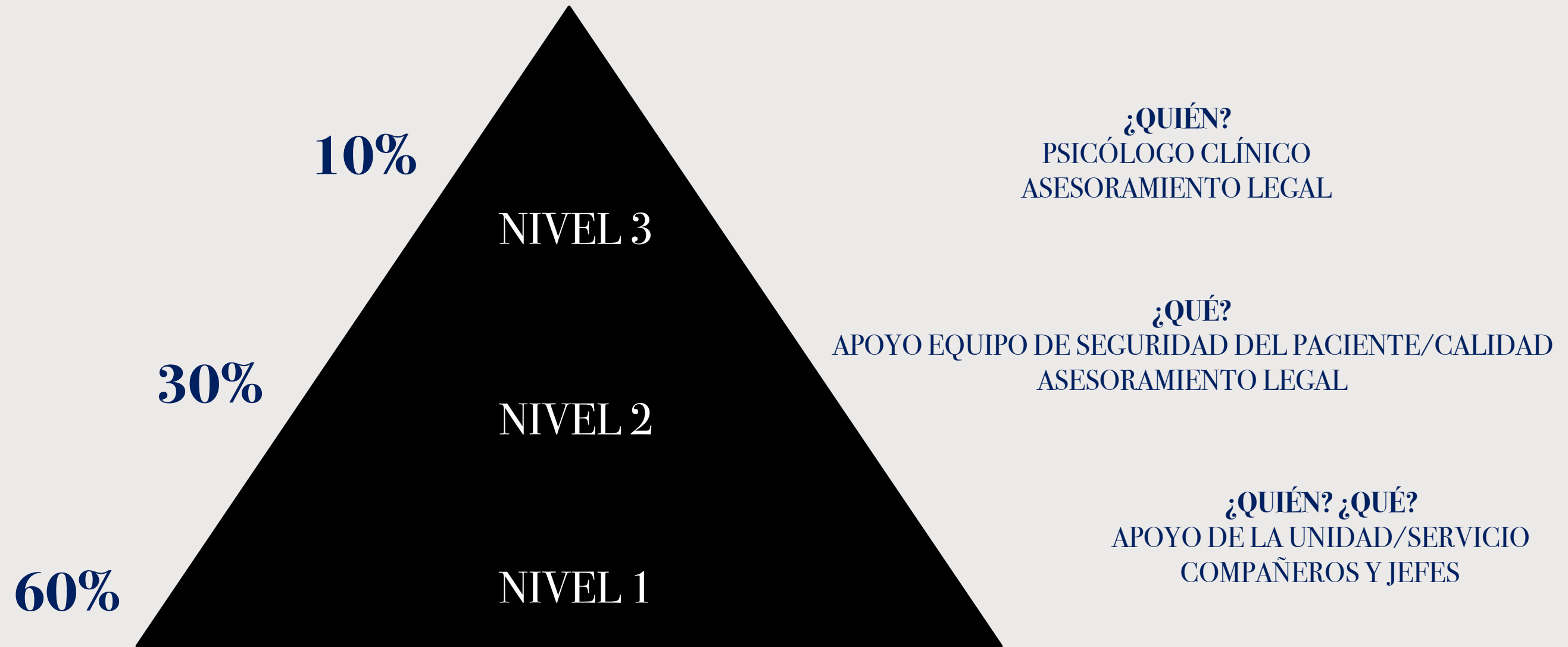
Identificación – comprensión
cuestiones clínicas.
Eficaz.
Económicamente viable y sostenible.



**TÚ NO ESTÁS SOLO
TÚ NO ESTÁS SOLA**

**(porque tienes a un buen
líder)**

NIVELES DE APOYO





Apoyo emocional:

¿Cómo estás?

Has sufrido un golpe muy duro.

Gracias por compartirlo conmigo.

¿Cómo lo estás afrontando?

¿Vas a estar bien?

Apoyo informacional

Estas cosas nos pasan a todos.

Hiciste todo lo que pudiste.

Déjame contarte algo que me pasó a mí.

Sigues siendo un buen enfermero/médico.



Lo que **NO** debes hacer

¿No te diste cuenta de lo que pasaría?

¿En qué estabas pensando?

Yo no habría hecho eso!

Necesitas/Tienes que superarlo

Nada



El papel del ASESOR LEGAL

Trasmitir confianza y serenidad

Trabajar codo a codo con el profesional, nunca apartarlo

Desarrollar la investigación juntos

Informar del riesgo legal

Proceso de comunicación continuo

Recomendaciones para líderes y organizaciones sanitarias



1. Actitud positiva, no culpabilizadora. Enfoque de fallo sistémico.
2. Determinar el número de segundas víctimas.
3. Ofrecer apoyo de un igual. Inmediato. Foco: apoyo, no investigación. RESPIRO
4. Identificación de profesionales “portadores de apoyo” en cada unidad o servicio.
5. Evitar la CULPA.
6. Animar a incrementar/mantener actividad física, social y de ocio habitual.

Recomendaciones para líderes y organizaciones sanitarias

7. Evitar: preguntas inquisitivas, minimizar, subestimar las emociones, imponer.
8. Escucha activa. Preguntas abiertas que faciliten la expresión abierta y reflexión.
9. Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
10. Reorganización para atender a las obligaciones asistenciales de la segunda víctima. Sustitución.
11. Capacidad para identificar síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso.
12. Valorar las necesidades de atención personalizada.



Recomendaciones para líderes y organizaciones sanitarias

13. Valorar la necesidad de asistencia jurídica.
14. Informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución.
15. Informar sobre posibilidades de apoyo específico dentro y fuera de la institución.
16. Seguimiento en los días posteriores al incidente. Identificación síntomas Estrés Post-Traumático.
17. Mantener informado al profesional sobre el proceso de información al paciente y sobre la investigación iniciada.



Recomendaciones para líderes y organizaciones sanitarias

18. Invitarle a participar en el análisis del incidente.
19. Organizar su regreso a la actividad clínica.
20. Seguimiento periódico durante los 3 meses posteriores al evento.

Y más....

VÍCTIMAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, ¿HABLAMOS?

Priscila Giraldo

Priscila Giraldo

VÍCTIMAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, ¿HABLAMOS?

LA COMUNICACIÓN Y DISCULPA DEL ERROR EN SALUD



Priscila Giraldo es enfermera, abogada y doctora en salud pública. Se formó en la Risk Management Foundation of Harvard Medical Institutions donde gestionó las demandas judiciales contra los mayores hospitales de Boston. Ha gestionado equipos de más de 100 profesionales.

Es profesora en diversas universidades españolas donde ha formado a los profesionales de la salud en derecho, gestión sanitaria y la comunicación y disculpa del error en Medicina.

Priscila Giraldo es una abogada referente en Derecho Sanitario que acaba de iniciar su primer proyecto empresarial para ayudar a pacientes y profesionales de salud a enfrentarse al error que un día han vivido.

Sigue a la autora en:

www.priscilagiraldo.com

  @PriscilaGiraldo

Foto de la autora: @swingyourpics



¡Escanéame!

Gracias