Seminario de Innovación en Atención Primaria nº 29. Granada, 6 y 7 de febrero, 2015. "Errores clínicos (y fantasías de errores clínicos)"

Prácticas seguras en sistemas seguros.

Errores clínicos y seguridad del paciente.

Jesús Palacio, médico de familia, Zaragoza.

He metido la pata ¿qué hago ahora?

¿Por qué me he equivocado?

¿Qué hago para procurar que no vuelva a pasar?

Te das cuenta de que has cometido un error, sientes un nudo en el estómago y te preguntas ¿qué hago yo ahora? Primero, respira hondo, saca el aire despacio y mantén la calma. La reacción de estrés, si la controlas, puedes cabalgarla para minimizar los daños. Si te domina, si el pánico te paraliza, si empiezas a hacer predicciones catastróficas (me voy a quedar sin trabajo, qué va a ser de mí y de mi familia, voy a ir a la cárcel…), entrarás en un círculo de retroalimentación que aumentará cada vez más tu ansiedad. Eres un profesional, sabes cómo se maneja el estrés y, como siempre, has de mantener la cabeza fría para valorar adecuadamente la situación y buscar las mejores maneras de abordar el problema.

Si al revelarse el error tienes al paciente o a sus próximos delante, expresa tu empatía, diles que lo sientes. Si no están, búscalos, muéstrales empatía y valora su situación para ver si puedes prevenir, limitar o reparar daños. Explícate y escucha lo que te dicen atenta y activamente: es el primer paso, y muy valioso, en el análisis del caso.

Habla con tus compañeros de equipo, con los responsables de seguridad del paciente o interlocutores adecuados de tu centro u organización. Si existe un sistema de notificación, sabes que funciona y es confidencial, lo ideal sería que

notificaras lo sucedido; aunque es una decisión que debes tomar sabiendo también que la ley no os ampara ante requerimientos judiciales ni a ti, ni a tu organización ni al mismo servicio que recibe tu declaración.

Sondea la posibilidad de que el paciente y tu organización estén dispuestos a reunirse para valorar conjuntamente lo que ha pasado. Sería una potente manera de cambiar actitudes, de aprender juntos, de digerir sin que se nos atragante lo sucedido.

En cualquier caso, no te quedes solo, sufriendo en silencio. No estás solo: formas parte de un sistema de salud, de una sociedad que incluye a los pacientes, lo que ofrece posibilidades y limitaciones que has de utilizar y tener en cuenta.

Compartir con los interlocutores adecuados te aliviará el peso emocional y pasarás a integrarte en una labor colectiva de análisis y actuación, entre personas que aportan diferentes puntos de vista, habilidades y experiencias. Según el caso en esta labor pueden participar y colaborar diferentes personas, desde tus compañeros hasta el paciente y su entorno, pasando por los expertos de tu organización u otros colectivos en los que estés integrado. Busca también el apoyo de tus familiares y amigos. Si lo precisas, acude a un psicólogo o psiquiatra. La terapia cognitivo conductual, la meditación o el mindfulness han demostrado ser de ayuda en casos similares, según el grado y tipo de afectación psicológica que sufras. Aprovecha los recursos que estén a tu alcance para manejar la situación.

Si el paciente te demanda o amenaza con demandarte, la mediación es una posibilidad de evitar la judicialización del caso. Eso es algo que no os interesa ni al paciente, ni a ti, ni a tu organización, porque supone alargar el mal trago y su impacto (emocional, en el prestigio profesional e institucional, económico, por los gastos que supone…). Un acuerdo, incluso aunque no sea el ideal para ninguna de las partes, puede cerrar el caso y permite seguir adelante a cada cual con su vida.

Analiza con tus compañeros de equipo y con los de seguridad del paciente de tu organización, porqué ha pasado el evento adverso. Eso incluye los factores personales, pero no sólo. Desde tu punto de vista la pregunta es por qué me he

equivocado, una buena pregunta porque te puede revelar debilidades propias a reforzar. Desde el punto de vista de la seguridad del paciente la pregunta es por qué ha sucedido, lo que proporciona una visión de la realidad más amplia. No se trata de detectar quién se ha equivocado para castigarlo, sino de ver qué cadena de hechos y decisiones ha llevado a que el paciente haya sufrido, o haya estado en riesgo de sufrir, un daño. Se trata de analizar para detectar oportunidades de mejora, para evitar en lo posible futuros casos similares.

Un paciente puede sufrir un daño derivado de la asistencia sanitaria sin que nadie que le haya atendido haya cometido un error. Por otra parte, en la atención sanitaria, como en cualquier otra actividad humana, es imposible que no se cometan errores. Podemos minimizar su probabilidad o su incidencia, pero el objetivo cero errores, como el de cero eventos adversos, no es realista.

De lo que se trata es de analizar el caso para detectar fallos latentes o activos, maneras mejores de hacer lo que se hace, nuevas maneras más seguras de actuar. Hay que fijarse en las personas (profesionales, gestores, pacientes…), pero también en la organización, en la cultura, en la forma en que la organización despliega sus recursos… El objetivo no es buscar cabezas de turco sino oportunidades de mejora. Una práctica según lex artis se puede mejorar. En los centros más excelentes, con certificación de calidad EFQM e ISO, se pueden tomar medidas que aumenten aún más la seguridad de sus pacientes. De hecho esos certificados lo que indican es que se preocupan por mejorar.

Existen herramientas que facilitan el análisis del caso, la detección de las oportunidades de mejora, su priorización, la selección de las que se van a implementar, su implantación planificada y su evaluación.

Este proceso puede animaros a ti, al equipo y a la organización a localizar prácticas y pacientes de riesgo más allá del caso en cuestión. También hay herramientas que os pueden ayudar en este apasionante trabajo.

Se trata de procurar que la manera más fácil de hacer las cosas sea la más segura.

Se trata de que el balance entre beneficios y daños que sufre el paciente por nuestra actuación, individual y colectiva, sea lo más favorable posible.

Se trata de conseguir prácticas seguras en sistemas seguros.

He intentado responder a las preguntas iniciales, lógicas tras un error clínico, desde el punto de vista de la seguridad del paciente. Ahí van algunas preguntas más para la reflexión:

Si descubres que has cometido un error, pero no se ha enterado nadie ¿se lo contarías a tus compañeros o lo notificarías?

¿Se lo contarías al paciente?

¿Harías lo mismo si como resultado de tu error ha muerto el paciente, aunque nadie relacione su muerte con tu actuación?

Para que, en lo posible, esas preguntas no las tengamos que responder en la vida real, pero también para hacer más fácil su respuesta, convendría que actuásemos coordinadamente todos: los ciudadanos, los que informan y crean opinión, los que legislan y asignan presupuestos, los gestores, los trabajadores de la sanidad…. Cada cual según sus posibilidades, defendiendo cada uno sus intereses lícitos pero con honradez y solidaridad, sin escurrir el bulto, sin echar pelotas fuera, asumiendo nuestras responsabilidades, dando lo mejor de nosotros.