

Original breve

Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso



José Joaquín Mira^{a,b,*,1} y Susana Lorenzo^c, en nombre del Grupo de Investigación en Segundas Víctimas

^a Departamento de Psicología de la Salud, Alicante-Sant Joan, Alicante, España

^b Universidad Miguel Hernández, Elche Alicante, España

^c Unidad de Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de febrero de 2015

Aceptado el 17 de abril de 2015

On-line el 28 de mayo de 2015

Palabras clave:

Seguridad del paciente
Gestión y organización
Eventos adversos
Pacientes

R E S U M E N

Objetivo: Analizar qué hacen hospitales y atención primaria para asegurar una información franca a los/las pacientes tras un evento adverso (EA).

Método: Encuesta a 633 directivos/as y responsables de seguridad (colectivo de dirección) y 1340 profesionales de ocho comunidades autónomas. Se exploró el nivel de implantación de recomendaciones para una correcta información tras un EA.

Resultados: 112 (27,9%) directivos/as y 386 (35,9%) profesionales consideraron que en su centro se informaba correctamente tras un EA; 30 (7,4%) directivos/as afirmaron disponer en su centro de un protocolo sobre cómo informar; sólo 92 (17,4%) médicos/as y 93 (19,1%) enfermeros/as habían recibido entrenamiento para informar a un/a paciente tras un EA.

Conclusiones: Existen importantes carencias a la hora de planificar, organizar y asegurar que el/la paciente que sufre un EA reciba una disculpa e información franca de lo sucedido y de lo que puede pasar a partir de ese momento.

© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Something is wrong in the way we inform patients of an adverse event

A B S T R A C T

Objective: To analyze which actions are carried out in hospitals and primary care to ensure open disclosure to the patient after an adverse event (AE).

Methods: We surveyed 633 managers and patient safety coordinates (staff) and 1340 physicians and nurses from eight autonomous communities. The level of implementation of open disclosure recommendations was explored.

Results: A total of 112 (27.9%) staff and 386 (35.9%) professionals considered that patients were correctly informed after an EA; 30 (7.4%) staff claimed to have a guideline on how to report EA; only 92 medical professionals (17.4%) and 93 nurses (19.1%) had received training on open disclosure.

Conclusions: There are gaps in the way of planning, organizing and ensuring that patients who suffer an AE will receive an apology with honest information about what has happened and what could subsequently happen.

© 2015 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Patient safety
Organization and administration
management
Adverse events
Patients

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira).

¹ Coautores del Grupo de Investigación en Segundas Víctimas: Irene Carrillo (Universidad Miguel Hernández, Elche), Lena Ferrús (Consorci Sanitari Integral, Barcelona), Pastora Pérez-Pérez (Observatorio para la Seguridad del Paciente, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Sevilla), Fuencisla Iglesias (Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM), Toledo), Carmen Silvestre (Atención Primaria Comarca Donostia, Donostia), Guadalupe Olivera (Servicio Madrileño de Salud, Madrid), Elena Zavala (Hospital Universitario Donostia, Donostia), José Ángel Maderuelo-Fernández (Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Castilla y León Health Service (SACYL), Salamanca) y Pilar Astier (Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Caspe, Sector Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.004>

0213-9111/© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Alrededor del 9,2% de los/as pacientes hospitalizados/as en los países con modelos sanitarios similares al nuestro sufren un evento adverso (EA)¹, cifra muy similar a la encontrada en el estudio ENEAS. Un 7% de estos EA tienen consecuencias graves y en un 7,4% de los casos el/la paciente fallece. El estudio de Vries et al¹ apuntó que un 43,5% de los EA eran evitables.

En el caso de atención primaria (AP) se dispone de menos estudios. En España, el estudio APEAS encontró una incidencia de EA del 0,8% considerando el total de consultas, lo que equivale a que un 6% del conjunto de los/as pacientes atendidos/as en atención primaria sufren un EA, un 5,9% con consecuencias graves y el 64,3% evitables.

Tabla 1

Percepción de directivos/as y profesionales sobre cómo se informa en sus centros a un/a paciente que sufre un evento adverso

En nuestro centro...	Dirección ^a			Profesionales			p
	Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)	Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)	
Se informa al/a la paciente tras un sufrir un EA	112 (27,9)	294 (72,1)	406 (100)	386 (35,9)	701 (64,1)	1087 (100)	<0,01
Se pide disculpas al/a la paciente tras sufrir un EA	136 (33,5%)	270 (66,5)	406 (100)	176 (16,2%)	911 (83,8)	1087 (100)	<0,001
Se sabe quién debe informar al/a la paciente tras sufrir un EA	79 (19,5)	327 (80,5)	406 (100)	185 (17,0)	902 (83)	1087 (100)	0,31

^a Dirección incluye directivos/as y responsables de seguridad de los centros.

Los/as pacientes (o sus allegados/as) que sufren EA tienen la necesidad, y el derecho, a saber qué, cómo, cuándo, por qué ocurrió y las medidas que se han adoptado para evitar que se repita. Hablamos de comunicación franca (*open disclosure*^{2,3}) para referirnos a la comunicación abierta y sincera—incluyendo una disculpa—que debe producirse tras sufrir un EA un paciente.

En el estudio nacional sobre acciones para minimizar el impacto de los EA en profesionales^{4,5} (segundas víctimas) nos planteamos analizar qué actuaciones se realizan en los hospitales y en atención primaria para asegurar una comunicación franca con pacientes víctima de un EA.

Método

Estudio observacional basado en dos encuestas anónimas *online* a una muestra de conveniencia de 633 directivos/as y responsables de seguridad de los/las paciente (colectivo de dirección), y a una muestra al azar de 1340 médicos/as y enfermeros/as, seleccionados/as entre las plantillas de 199 hospitales y 178 áreas de salud de ocho comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, País Vasco). Estas comunidades autónomas suponían el 76% de las altas hospitalarias y el 75% de las consultas en atención primaria del año 2013. El tamaño de las muestras fue calculado para $p = q = 0,50$ (error: 3%; α : 0,05; tasa de rechazo: 20%). Se realizaron hasta tres recuerdos.

Las preguntas al colectivo de dirección recogían una selección de las acciones más recomendadas sobre comunicación franca empleadas en otros estudios fuera de España^{2,3}. Para conocer su nivel de implantación se empleó una escala de respuesta de cinco pasos tipo Likert (ninguna, escasa, media, alta y muy alta). Al conjunto de profesionales se les preguntó por la comunicación con los/las pacientes y si habían recibido entrenamiento para informar tras un EA. Las relaciones entre variables se analizaron mediante la prueba de ji al cuadrado.

El periodo de estudio fue de febrero a julio de 2014. El estudio contó con el informe favorable de los Comités de Ética de Investigación Clínica en Atención Primaria de Valencia (CEIC APCV) y del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (CEIC HUFA).

Resultados

Contestaron a la encuesta 406 personas del colectivo de dirección (tasa de respuesta: 64,1%) y 1087 profesionales (tasa de respuesta: 81,1%).

Algo más de una cuarta parte de los/las directivos/as (112; 27,9%) y un tercio de los/las profesionales (386; 35,9%) consideraron que, en su centro, tras un EA se informaba al/a la paciente o sus familiares (tabla 1). Un mayor número de directivos/as de atención primaria (116, 54%) que de hospitales (20, 11,7%) dijeron que se pedía disculpas al/a la paciente tras un EA. Setenta y cuatro (13,6%) médicos/as y 84 (17%) enfermeros/as informaron de que en su centro se pedían disculpas al/a la paciente tras un EA. Sólo 30 (7,4%) directivos/as afirmaron contar con un protocolo de qué hacer y cómo informar a los/las pacientes tras un EA. Una pequeña proporción de

profesionales (92 [17,4%] médicos/as y 93 [19,1%] enfermeros/as) dijo haber recibido formación sobre cómo debe informarse a un/una paciente tras un EA. Entre los/las profesionales, 161 (18,4%) afirmaron conocer algún caso en que la información había terminado en demanda. A juicio de 177 (43,6%) directivos/as, la póliza de seguro de la institución ofrecía a los/las profesionales asesoramiento legal desde el primer momento tras un EA con consecuencias graves.

Del total del colectivo de dirección, 53 (13%) dijeron que en su centro contaban con el/la paciente para analizar lo sucedido y estudiar cómo evitar que se repitiera el EA en el futuro, y 79 (19,5%) afirmaron tener un canal de comunicación para que el/la paciente pudiera expresar en los días siguientes al EA sus preocupaciones y dudas.

La tabla 2 muestra las actuaciones para una comunicación franca que se llevan a cabo en atención primaria y en los hospitales.

Discusión

A la vista de estos resultados, algo no estamos haciendo bien cuando se informa a un/una paciente tras un EA. Existen importantes carencias en la forma en que se planifica, organiza y asegura que quien sufre un EA reciba una disculpa junto a una información abierta y honesta de lo sucedido, así como de lo que puede pasar a partir de ese momento.

Llevamos años estudiando la frecuencia, las causas y las consecuencias de los EA como para no haber caído en la cuenta de que, tras producirse, hay al menos un/una paciente que requiere información y una disculpa. Existe consenso sobre qué conviene hacer^{6,7}. Sin embargo, estas recomendaciones no están incorporadas en la forma de proceder de la mayoría de nuestros centros.

La frecuencia con que se informa tras un EA en España no parece muy diferente a la encontrada en otros países^{8,9}, aunque nuestra cifra cuadruplica la de estudios publicados hace 20 años, en los que la proporción de pacientes informados era del 6%¹⁰.

La conferencia de consenso celebrada en 2013¹¹ sugirió algunas actuaciones para que los/las pacientes fueran correctamente informados/as tras un EA. El estudio nacional sobre segundas víctimas que hemos llevado a cabo^{4,5} invita a reflexionar sobre qué hacemos y qué deberíamos hacer. En este caso, vemos que la ausencia de una guía sobre cómo informar perjudica a los/las pacientes y deja desasistidos a los/las profesionales.

Sabemos que los/las profesionales tienen miedo a informar (hasta el 74%¹²) por las consecuencias legales que pudieran derivarse^{6,7}. Lo que hemos llamado «efecto bumerán» justifica este miedo: obligación legal de informar, compromiso ético de hacerlo, convencimiento de que es lo correcto, pero miedo razonable a que esa información sea utilizada en su contra. Aunque se ha sugerido que la información reduce la probabilidad de un litigio³, no puede descartarse que termine convirtiéndose en una demanda contra el/la profesional, la institución o ambos¹³.

Pacientes y profesionales coinciden al señalar que tras un EA debe facilitarse información franca y una disculpa, pero para que esta comunicación se produzca se requieren unas condiciones adecuadas.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073014>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073014>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)