



**MAGÍSTER EN CIENCIAS MÉDICAS MENCIÓN EN INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS Y EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA**

TÉSIS

**Experiencia de Médicos de una Unidad de Pacientes Críticos en la Comunicación de
Eventos Adversos y Eventos Centinela**

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO**

Profesor guía

Dr. Mario Parada Lezcano (PhD)

Tesista

Juan Eduardo Enrique Sánchez Valenzuela

Santiago, Mayo 2016

DEDICATORIAS

A nuestros pacientes sin cuya presencia permanente nada de este trabajo tendría sentido.

A mi familia que acompaña cálidamente los desafíos asumidos.

A quienes se desempeñan en la salud pública, en particular a los que integran la comunidad del Hospital San Juan de Dios de Santiago, pilar de la entrega sanitaria que requieren nuestros pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. Mario Parada Lezcano por su valiosa tutoría y por estimularnos a cambiar el paradigma.

A David Gallardo Pérez que con templanza nos ha acompañado en la realización de este estudio.

Al Dr. Gilberto Carrasco González quien ha catalizado muchas de las ideas plasmadas en este documento.

Al motor de esta tesis: Bernardita Zúñiga Oliva incansable motivadora y mejor amiga.

RESUMEN

PROPÓSITO: La transición demográfica avanzada da cuenta de personas que viven más, portadoras de enfermedades crónicas debilitantes, con acceso a prestaciones en instituciones que disponen de alta tecnología, y que demandan información suficiente en términos de profundidad y veracidad. La comunicación aparece como una actividad fundamental para quienes se desempeñan en salud. Los equipos sanitarios conocen la ocurrencia de eventos adversos (EA) y centinela (EC) que redundan en altas tasa de morbilidad y mortalidad. En las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) estas complicaciones son frecuentes y afectan a sujetos altamente vulnerables; sus médicos frecuentemente informan daños asociados a la atención de salud. El propósito de esta investigación es conocer las experiencias subjetivas a este respecto de médicos en distintos niveles de formación y, a partir de sus resultados, definir estrategias efectivas en optimizar las acciones facilitadoras de la entrega de malas noticias en nuestra UPC.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN Y MÉTODO: Se utilizó un enfoque fenomenológico. Mediante entrevistas semiestructuradas a médicos cirujanos previamente seleccionados en acuerdo con perfiles establecidos; se recolectó discursos acerca de la experiencia subjetiva en entrega de malas noticias; particularmente eventos adversos y centinela. Definidas categorías y subcategorías emergentes como unidades de observación, se procedió a través de un proceso sistemático y ordenado, dinámico, iterativo, flexible y ecléctico mediante análisis de contenido de relatos. El principio de saturación definió el número de observaciones suficientes para generar información redundante.

RESULTADOS: La entrega de información sobre eventos adversos y centinela es una actividad habitual de los profesionales entrevistados, la experiencia resulta homogénea; es considerada difícil y estresante, percepciones que se atenúan a mayor tiempo de ejercicio profesional. La gravedad de los EA y EC, condicionan y modulan la comunicación. El temor a la reacción de la familia, la judicialización, la ausencia de política institucional coaccionan su conducta. La adquisición de habilidades proviene, en esencia, de la observación; incluso de la intuición o de experiencias personales como receptores de noticias, los programas reglados de formación resultan anecdóticos y no evaluados. La entrega de información resulta fundamental, concuerdan en desarrollar protocolos y reconocen la importancia de la relación médico- paciente- familia en el flujo de la misma.

CONCLUSIONES: Los médicos que se desempeñan en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital San Juan de Dios de Santiago, requieren adquirir competencias para la entrega de información a pacientes y familiares. El estrés que enuncian al comunicar malas noticias se intensifica en relación con los eventos relacionados con la atención sanitaria. Sus habilidades obedecen a las propias del ejercicio profesional, reconociendo limitaciones personales y de infraestructura. La entrega de información veraz y suficiente es considerada importante, se ve afectada por la percepción de deterioro potencial de la relación con pacientes y familiares y del eventual daño a su prestigio y debe ser promovida mediante el desarrollo de estrategias institucionales.

PALABRAS CLAVES: Evento adverso, evento centinela, comunicación, malas noticias.

ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN	iv
ÍNDICE DE MATERIAS	1
CAPÍTULO I: Introducción	2
Titulo de la investigación	2
Planteamiento del problema	2
CAPÍTULO II Marco del contexto del estudio, revisión bibliográfica y marco teórico	3
Descripción general del marco de contexto del estudio.	3
Revisión bibliográfica y marco teórico	5
CAPÍTULO III Pregunta y Objetivos	10
Pregunta de investigación.	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
CAPÍTULO IV. Diseño de la investigación	11
Tipo de estudio	11
Criterios de inclusión y exclusión	11
Unidades de observación (muestra)	11
Técnica de producción y recolección de datos	12
Transcripción de los discursos	12
Técnica de análisis	13
Aspectos éticos	13
Confiabilidad del estudio	14
CAPÍTULO V. Resultados.	15
CAPÍTULO VI Discusión y conclusiones	24
Discusión	24
Conclusiones	31
CAPÍTULO VI Limitaciones	32
BIBLIOGRAFÍA	33

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.-TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Experiencia de médicos de una Unidad de Pacientes Críticos (UPC) en la comunicación de Eventos Adversos (EA) y Eventos Centinela (EC)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La progresiva complejización de la atención sanitaria, en concomitancia con la especialización inherente a la integración del conocimiento y el desarrollo tecnológico, ofrecen hoy, como nunca, oportunidades para enfrentar condiciones de salud complejas en huéspedes cada vez más frágiles y debilitados. De esta misma forma, lo que hoy es un bien innegable, ha sido incrementalmente un factor de desarrollo de eventos asociados a la atención de salud que hacen de nuestra actividad una de las más riesgosas en relación con el beneficio que esta produce. Como quedara de manifiesto en “To Err is Human: Building a Safer Health System”, la atención sanitaria es origen de lesiones, discapacidad y muerte ocupando, incluso, espacios de preeminencia con respecto a este último punto y con costos financieros y organizacionales cada vez mayores ¹.

En este escenario, múltiples han sido las iniciativas tendientes a gestionar el riesgo de los pacientes con motivo de la asistencia de salud. Un buen ejemplo de ello son las que lideran instituciones y organizaciones relevantes como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, a través de su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, busca la prevención del daño sobre la mirada del reconocimiento y análisis de los Eventos Adversos como fundamento para el desarrollo de estrategias destinadas a prevenir los “errores evitables” ^{2,3}. La política de salud mira hoy, en forma global, hacia la Seguridad y Calidad en los procesos de atención.

A este respecto, así como resulta de mínimos evitar tanto el daño intencionado como el involuntario sobre los pacientes (no maleficencia) y favorecer el acceso oportuno mediante el control de costos y uso del sistema que se retrata en la materialización del principio de justicia, es obligatorio reconocer que, una vez producido el error médico, la beneficencia y el principio de autonomía nos obligan a informar verazmente lo ocurrido y mitigar, en lo posible, los daños causados mediante la instalación de una relación de ayuda y reparación de éstos.

Los profesionales de salud, especialmente los médicos, deben considerar la beneficencia y la autonomía tan vinculantes como la no maleficencia y la justicia en la perspectiva de estar sujetos a una ética de máximos.

Muchos investigadores establecen que el proceso de información al paciente y sus cercanos de los eventos asociados a atención de salud (EA/EC), corresponde a un imperativo ético⁴ recogido por guías clínicas y conferencias de consenso a este respecto⁵. Sin perjuicio de lo anterior, otros autores expresan que muchas son las aprensiones de los clínicos con respecto al reconocimiento del daño ante evidentes temores de judicialización, de eventual desvinculación y, sobre todo, de daño al prestigio profesional^{6,7}. Existe un claro déficit en la formación de médicos y especialistas en relación con el proceso de comunicación efectiva, máxime cuando ésta trata de malas noticias, particularmente la peor posible como es provocar daño, ya sea en forma directa o a través de los procesos asistenciales de las instituciones que integran^{5, 8, 9, 10}.

CAPÍTULO II:

MARCO DE CONTEXTO DEL ESTUDIO, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO TEÓRICO.

1.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MARCO DE CONTEXTO DEL ESTUDIO:

El Hospital San Juan de Dios de Santiago corresponde a un establecimiento de alta complejidad, autogestionado en red, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Occidente que se despliega en un territorio conformado por quince comunas del sector poniente de la Región Metropolitana, distribuidas en las provincias de Santiago, Talagante y Melipilla. Incorpora un territorio que alcanza al treinta y dos por ciento de la superficie total de la R.M., equivalente a 4877 km² cuya extensión corresponde predominantemente al espacio rural. El área urbana está compuesta por cinco comunas de la provincia de Santiago: Quinta Normal, Pudahuel, Renca, Lo Prado y Cerro Navia; y el área rural por cinco comunas pertenecientes a la provincia de Melipilla: Alhué, Curacaví, María Pinto, San Pedro y Melipilla, más cinco comunas de la provincia de Talagante: Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflores y Talagante.

La población estimada por el censo del año 2002 proyectó para el año 2015 un total de 1.165.604 habitantes, el crecimiento vegetativo estimado para el quinquenio 2013- 2017 no sobrepasará el 1%. La distribución según sexo, establece un leve predominio de la población femenina con un 50,7%.

En este concierto, el Hospital San Juan de Dios corresponde a uno de los establecimientos de salud de la Red Occidente que brinda prestaciones sanitarias complejas, y cuya infraestructura incorpora cuatro edificios con una superficie de más de 50.000 metros cuadrados, destinados a entregar atención en la mayoría de las especialidades médicas. Cuenta con 17 pabellones quirúrgicos y 601 camas, 82 de las cuales están direccionadas a la atención de pacientes adultos gravemente enfermos y localizadas en cuatro dependencias que constituyen la Unidad de Pacientes Críticos de Adultos (UPC) del establecimiento.

En el aspecto histórico, si bien no se tiene certeza absoluta acerca de su fundación; se estima que habría iniciado sus actividades el 3 de octubre de 1552, hacia el final del

gobierno de Don Pedro de Valdivia, y bajo el nombre de Hospital de Nuestra Señora del Socorro. Su ubicación original correspondió a la Alameda, al oriente de la Iglesia de San Francisco, adoptando su nombre actual de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, entidad que estuvo a cargo de su administración desde el año 1617. Es considerado hospital docente desde el año 1863, recibiendo en su seno, a posteriori, a la naciente Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. El edificio, luego de la demolición de sus instalaciones en la Alameda, fue emplazado en su ubicación actual frente a la Quinta Normal donde abrió sus puertas el 1º de mayo del año 1954.

En relación a la Unidad de Pacientes Críticos de Adultos, ésta está compuesta de la siguiente manera:

- Unidad de Cuidados Intensivos Críticos (UCI): 17 camas UCI, todas ellas con capacidad ventilatoria invasiva.
- Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos (UCIQ): 6 camas UCI con capacidad ventilatoria invasiva, 14 camas de cuidados intermedios.
- Unidad de Cuidados Intermedios Médicos (STI): 20 camas de cuidados intermedios.
- Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCO): 6 camas UCI con capacidad ventilatoria invasiva, 13 de cuidados intermedios coronarios y 6 de cuidados básicos.

Según datos de la última cuenta pública, disponibles en www.hsjd.cl, la UPC de adultos durante el año 2014 registró un total de 3.730 egresos (16% del total hospitalario), con un promedio de estada de 8,95 días, un índice ocupacional de 98,58%, y una letalidad de 13,26%.

El perfil de la UPC corresponde al propio de una dependencia de apoyo polivalente, general, que admite pacientes médicos y quirúrgicos, así como también algunos de especialidad que no posean cupos en centros de referencia nacional. Asociado a lo expuesto, la UPC realiza actividades docentes en todas las unidades de su dependencia, participando, predominantemente, en la formación de Post Grado de rotantes de especialidades tan variadas como Medicina Interna, Cirugía, Urología y Urgencias. Cabe destacar además que se encuentra en un establecimiento reacreditado en calidad por la SuperIntendencia de Salud el año 2015, enfocando sus objetivos estratégicos en nuestra misión institucional cual es: “Entregar una atención integral a pacientes poli-complejos durante todo su ciclo vital, con funcionarios motivados, competentes y con vocación docente, que cuentan con apoyo material, tecnológico y de infraestructura, acorde a las necesidades de salud”.

La obligatoriedad del cumplimiento del regimen de garantías explícitas de salud, el aseguramiento de la calidad mediante el proceso de acreditación sistemática de la misma, la promulgación de la ley de deberes y derechos del paciente y un entorno cada vez más exigente graficado en el notable desarrollo de las comunicaciones y las redes sociales, nos imponen hoy en día una motivación adicional en la búsqueda de la excelencia en la atención al usuario. En este contexto, el proceso de comunicación y establecer una

relación médico-personal de salud-paciente-familia transparente cobra una gravitancia cada vez mayor, máxime cuando, como antes lo expresaremos en la introducción del presente documento, los avances tecnológicos y la extensión de la vida nos exponen a un cambio en el paradigma epidemiológico que va desde las enfermedades transmisibles hacia las condiciones propias de las enfermedades crónicas y debilitantes; todo ello incrementa la demanda por servicios de progresiva mayor complejidad, haciendo de la atención sanitaria una de las actividades productivas de mayor riesgo conocidas. La eclosión de la conciencia del daño potencial de nuestras acciones y el empoderamiento de nuestra población, obliga a vigilar los eventos adversos asociados a la atención de salud. El imperativo ético nos invita a comunicar, hoy más que nunca, los daños potenciales y objetivos de nuestro accionar.

2.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO TEÓRICO:

2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Se llevó a efecto una búsqueda bibliográfica acerca de la información disponible, en diferentes bases de datos, sobre el proceso de información a pacientes de EA y EC ocurridos durante la provisión de la atención sanitaria.

Las bases de datos exploradas fueron Medline ® (PubMed®), Scopus® y Cochrane®.

La búsqueda no tuvo restricciones de tiempo, se incluyó aquellas publicaciones disponibles en inglés, español y francés. El tipo de publicaciones revisadas están señaladas en lo que sigue.

En PubMed® los criterios de búsqueda fueron:

"Truth Disclosure"[Mesh] AND "Safety Management"[Mesh] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb] OR Editorial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang])) : **19 publicaciones**

"Medical Errors"[Mesh] AND "Disclosure"[Mesh] AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb] OR Editorial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Consensus Development Conference[ptyp]) AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang])): **203 publicaciones**

Nota: La totalidad de las publicaciones de la primera estrategia de búsqueda se encontraron incluídas en las obtenidas en la segunda de ellas.

En SCOPUS® :

TITLE-ABS-KEY (truth disclosure AND safety management) AND
(LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR
LIMIT-TO (DOCTYPE , "ed") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "cp")) AND

(LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "French"))
AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI")
OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC")): **130 publicaciones**

En SCOPUS® :

TITLE-ABS-KEY (medical errors AND disclosure) AND (LIMIT
TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT TO (LANGUAGE , "French") OR
LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI")
OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC"))
AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ed") OR
LIMIT-TO (DOCTYPE , "cp") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "cr") OR
LIMIT-TO (DOCTYPE , "ip")): **247 publicaciones**

En Cochrane ®, los términos utilizados fueron:

Truth Disclosure
Safety Management
Disclosure
Medical Errors

2 publicaciones relevantes en Cochrane.

Una vez concluida la búsqueda, se procedió a eliminar las publicaciones duplicadas y, tras revisión de los resúmenes, se eligieron aquellos atingentes. Del total de trabajos potenciales, se accedió a 140 artículos de diverso tipo en texto completo (Clinical Trial, Consensus Development Conference, NIH, Guideline, Practice Guideline, Systematic, Editorial, Review, Meta-Analysis). De las publicaciones, el número de posiciones editoriales correspondió a un total de 14 documentos.

2.2. MARCO TEÓRICO:

Los errores en la atención sanitaria son frecuentes y habitualmente adquieren relevancia debido a implicancias que impactan directamente la salud de los pacientes, la relación equipo de salud- paciente- familia, la percepción de terceros y la autovaloración de los integrantes del equipo clínico, así como también la imagen de las instituciones y del sistema de salud en general ^{1, 7, 11}.

En este escenario, agencias de diversos países han constatado que la entrega de información a quiénes han resultado con daño debido a desenlaces no esperados (o a sus mejores representantes), corresponde a un imperativo que subyace a la ética y al profesionalismo de los agentes de salud ^{12, 13}.

Queda establecido que el médico está impelido a responder a su deber fiduciario, a su obligación de veracidad en atención al principio deontológico del respeto por la persona. Develar los errores de la atención es un reflejo del respeto por la autonomía y dignidad del

paciente, que explicita valores como la honestidad y la humildad del profesional que lo hace y corresponde a la actitud esperada por los usuarios quienes, en una mayoría que alcanza cifras sobre un 90 %, desean que se les comente la ocurrencia de eventos no importando la gravedad que estos tengan ^{14, 15}.

Múltiples son las publicaciones que hacen mención de la necesidad manifestada por pacientes y familiares de ser informados en situaciones de desenlaces no esperados que produzcan o no daño objetivo ^{16, 17, 18, 19, 20, 21}. En efecto, los pacientes valoran la seguridad en la atención sanitaria, tienen un concepto más amplio del “error en salud” incorporando en este, elementos relacionados con la comunicación, el trato, los incidentes sin daño objetivo y aquellos evaluados como inevitables ⁶. Esperan información detallada, en particular en lo que dice relación con la explicitación de la ocurrencia del error, en qué consistió el mismo, por qué sucedió, cuáles serán las medidas adoptadas que evitarán su recurrencia y, complementariamente, requieren se les entregue disculpas ^{5, 20, 21, 22, 23, 24}. En relación con el contenido, plantean que este debe ser objetivo y reflejo de los hechos acaecidos, creíble y que fluya con oportunidad, idealmente debe identificar a los participantes en su desencadenamiento, así como también detallar, con absoluta claridad, las medidas correctivas a implementar ^{18, 21, 22, 25, 26}.

Los profesionales médicos comparten la apreciación de importancia de la seguridad del paciente en relación con la atención sanitaria, concuerdan en que es necesario desarrollar estrategias que permitan gestión de riesgos, reconocer los puntos de vulnerabilidad y promover, mediante el propio análisis de eventos adversos y errores de la atención, en definitiva, acuerdos institucionales direccionados que posibiliten tomar medidas eficaces en el control de este tipo de situaciones ^{20, 21}. Existe conciencia sobre la importancia del respeto por la persona, reconocen sus deberes de honestidad y veracidad, así como los derivados del deber fiduciario ^{25, 26, 27}. Muchos recuerdan haber estado relacionados con un error o un evento centinela con consecuencias deletéreas para el paciente y concuerdan en la dificultad existente para comunicar un suceso de tal envergadura; sin embargo, asumen la necesidad de transferir la información ^{18, 28}.

En este punto es necesario hacer notar que las publicaciones reportan barreras y facilitadores del proceso de comunicación ^{18, 22, 25, 28, 29, 30}. Entre los primeros, resaltan el perfil psicosocial de los médicos quienes tienden a “negar y defender” al comunicar errores o eventos adversos ^{31, 32, 33}. A este respecto estudios definen la formación en medicina como jerárquica y competitiva, destinada a alcanzar la perfección y que focaliza excesivamente en el entrenamiento técnico en relación con el desarrollo de competencias en lo moral ^{31, 34}. Complementariamente, la formación en medicina puede reducir la sensibilidad ética de los educandos ^{35, 36}, debilitaría la capacidad de empatía y no privilegia la resolución de dilemas éticos mediante la discusión con profesores a quienes, muchas veces, los estudiantes temen ^{31, 36}. Lo expuesto puede relacionarse con la emergencia de estrategias defensivas que inhiben la comunicación transparente ³¹.

De igual forma, cuando los médicos se enfrentan a errores, EA o EC ocurridos a propósito de la atención provista por otros colegas la situación adquiere complejidad adicional, revelando un desafío particular que suma barreras al proceso de información. Existe en un caso como este, la necesidad de establecer con precisión lo ocurrido en un entorno en

que acceder a los antecedentes no resulta fácil, muchas veces la descripción de los hechos es parcial y no necesariamente explicitada en los registros clínicos. Si bien una de las formas de resolver este punto es conversar con el profesional implicado, el temor por su reacción, las reglas tácitas que son comprendidas como parte de la lealtad esperada, y la “solidaridad”, hacen que muchos se inhiban. En esta perspectiva, adquirir una mala reputación entre los colegas, actuar como ente corruptor de relaciones interpersonales y de equipos de trabajo o potencialmente dañar a la institución, constituyen otras limitaciones a resaltar. Cabe mencionar que la intención de no entrar en confrontación directa motiva, frecuentemente, que los médicos se vean tentados de utilizar la ficha clínica como un documento donde plantear dudas sobre la posible ocurrencia de errores; esto puede ser aún más problemático pues, lejos de precisar su verdadero origen, posibilita fijar apreciaciones que no tomen en cuenta la opinión del profesional involucrado ni los sucesos que realmente acaecieron ^{37, 38, 39}.

El Institute of Medicine establece que los EA corresponden a injurias resultantes de una intervención médica en lugar de las derivadas de la enfermedad subyacente. Tal y como lo propone la propia definición, un EA no es obligatoriamente prevenible, puede, de esta manera, derivarse de errores así como también de situaciones no evitables. Los EC son aquellos EA que resultan en daños severos o permanentes para los pacientes. El término error médico se relaciona con fallas en el proceso de entrega de una atención de salud que no implica necesariamente un daño, muchos errores involucran fallas individuales y del sistema ^{1, 38, 40, 41}.

La aproximación de los médicos a los EA, EC y a los errores ocurridos durante la provisión de atenciones en lo sanitario, registra, en cuanto a la entrega de información a familiares y pacientes, una amplia variabilidad en términos de contenido, extensión, oportunidad, reconocimiento de relación causa- efecto entre evento y daño, responsabilidad inherente, intervenciones de mitigación y acciones preventivas que eviten la recurrencia. Todos estos elementos, esperables en un proceso de comunicación de incidentes, se ven interferidos por las consecuencias emocionales que sufre la “segunda víctima” ^{5, 32, 42, 43}, término acuñado para explicitar los fenómenos que afectan a profesionales médicos y de la salud que se ven involucrados en eventos que enjuician como lesivos a partir de resultados no esperados derivados de la atención. Esta “segunda víctima” expresa detrimentos en lo emocional que horadan fuertemente el desempeño profesional afectando incluso el entorno familiar ^{5, 32}. Al explorar cuáles son las expectativas de los profesionales con respecto a verse implicados en EA, EC o errores; estas incluyen el apoyo de colegas y de la institución, instrucción en comunicación efectiva y soporte durante la develación de la información, comprensión de pacientes y familiares, una actitud general no punitiva, confidencialidad y cambios que mejoren la seguridad mediante intervenciones efectivas en evitar la reproducción de este tipo de hechos ⁵.

Como antes hemos mencionado, la transparencia resulta una obligación ética y propia del profesionalismo esperado del accionar médico en la perspectiva del respeto de la dignidad inalienable del paciente. Agencias e instituciones de salud, éticistas, asociaciones

médicas, así como también organizaciones que se aproximan a estos problemas desde el punto de vista legal, concuerdan en la necesidad de establecer marcos referenciales y políticas destinadas a formalizar y facilitar la entrega de este tipo de noticias ^{30, 44, 45, 46}.

Muchos son los países que han avanzado hacia la definición de guías clínicas y recomendaciones sobre la pertinencia de la información y la manera de aproximarse para entregarla de forma adecuada ^{47, 48}. La mayoría de estos documentos incorporan los requerimientos de pacientes y familiares, así como también de los profesionales involucrados, estableciendo, en general, principios mínimos a respetar como por ejemplo el apego a la veracidad, actuar con oportunidad, reconocer la ocurrencia de eventos, expresar pesar y ofrecer disculpas, incorporar el soporte a los involucrados (incluyendo a los agentes de salud), definir estructuras encargadas de gestionar mejoras y formar en comunicación efectiva, respetar la confidencialidad y favorecer la mitigación mediante la provisión de los servicios médicos continuos ^{5, 49, 50}. Para ello, las guías promueven formatos diversos para la consecución de sus objetivos, señalando qué debe ser informado, cuándo y dónde debe llevarse a efecto, quién es la persona indicada para comunicar, dónde y cómo hacerlo.

En el aspecto legal, algunas iniciativas buscan catalizar la entrega de información según los preceptos establecidos en estas guías clínicas. A este respecto, existen las denominadas “Apology Laws” que corresponden a regulaciones de las que se han dotado algunos estados, intentando proteger expresiones de disculpas de ser utilizadas como prueba en litigios judiciales potenciales ⁵¹.

Es importante señalar que, si bien estas iniciativas han sido exitosas para algunas instituciones específicas que han diseñado recomendaciones asociadas a compensaciones en términos de reducir los conflictos y el dinero dispensado en ellos, esta realidad no resulta extrapolable a otros entornos ^{52, 53}. El conocimiento disponible no faculta para señalar con certeza que develar información referente a errores, EA y EC sea preventivo del desencadenamiento de mayor judicialización de los mismos ⁵⁴; es más, los profesionales mantienen una mirada crítica sobre el punto que se plasma en barreras que, al momento, dan cuenta de la limitación en la entrega de noticias sobre estos incidentes; esto ocurre incluso en países cuya legislación obliga a los agentes de salud a develar la información relacionada con los resultados no previstos de la atención sanitaria ^{6, 12, 55, 56}.

De todas formas, la generación de guías clínicas sustentadas en una política amplia a este respecto es una estrategia aceptada ⁵⁷. En concomitancia, el desarrollo de acciones destinadas a la instrucción en calidad y seguridad, así como a la formación propuesta para explotar aptitudes y desarrollar habilidades en comunicación veraz y honesta entre los agentes de salud, debe ser acompañada de una socialización entre pacientes y familiares acerca de la vulnerabilidad de esta actividad que permita abandonar esa percepción de obligatoria infalibilidad exigible, adecuándola a las condiciones locales y a la condición humana de quienes proveen acciones sanitarias ^{58, 59, 60}.

CAPÍTULO III:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los discursos sobre las experiencias subjetivas de comunicación de eventos adversos y/o eventos centinela con relación a la atención de salud en médicos residentes y médicos becados de medicina interna de la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital San Juan de Dios de Santiago?

2.- OBJETIVO GENERAL:

Comparar los discursos acerca de las experiencias subjetivas sobre la comunicación de eventos adversos y/o eventos centinela, ocurridos durante el proceso de atención sanitaria en médicos residentes y médicos becados en una unidad de pacientes críticos de un hospital de Santiago, Hospital San Juan de Dios, para el primer semestre del año 2015.

3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Conocer los discursos de médicos de *staff* y médicos becados de una UPC pública, sobre la experiencia en relación con la comunicación de malas noticias, específicamente de eventos adversos y/o eventos centinela ocurridos durante la atención sanitaria.
- b) Conocer cuáles son los modelos y/o técnicas comunicacionales utilizadas con motivo de la entrega de malas noticias, en particular en el contexto de eventos adversos y eventos centinela, durante el proceso de atención de pacientes críticos.
- c) Identificar, mediante su propio relato, las herramientas y limitaciones de que disponen los médicos de *staff* de UPC y becados de medicina interna rotantes, para establecer una relación de ayuda a propósito de la ocurrencia de eventos adversos y eventos centinela.
- d) Conocer la integración de experiencias de comunicación de eventos adversos y eventos centinela en médicos de *staff* y becados de medicina interna al desarrollo de la relación médico-paciente-familia (o mejor representante de los intereses del paciente).
- e) Comparar los discursos de médicos de *staff* de Unidad de Pacientes Críticos de experiencia mayor y menor de cinco años y la de médicos becados del programa de formación en medicina interna rotantes en la Unidad.

CAPITULO IV

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN (*) ⁶¹

1.- TIPO DE ESTUDIO

El estudio tiene un enfoque fenomenológico que buscó responder a la pregunta en términos de reconocer la estructura de la experiencia subjetiva en la comunicación de malas noticias, particularmente en lo que dice relación con Eventos Adversos y Eventos Centinela, mediante la interpretación de las percepciones contenidas en los discursos de los participantes.

2.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

2.1. Criterios de Inclusión:

- Profesionales médicos cirujanos.
- Se incluyen médicos cirujanos de ambos géneros y diferentes edades.
- *Staff* de UPC con antigüedad diversa en cuanto a años de experiencia en Cuidados Críticos.
- Becados de Medicina Interna en formación, rotantes en UPC al momento del levantamiento de la información.

2.2. Criterios de exclusión:

- Profesionales no médicos y otros integrantes del equipo de salud contratados o no en UPC.
- Becados rotantes por UPC de especialidades médicas diferentes a Medicina Interna.
- Becados de Medicina Interna y otras especialidades no rotantes en UPC al momento del levantamiento de la información.

3.- UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

Muestreo no probabilístico de tipo opinático (intencional), en acuerdo con la estructura de perfiles de médicos cirujanos *staff* y rotantes en formación en la UPC del Hospital San Juan de Dios, previamente definidos por el investigador (ver tabla número 1) y relacionados con los objetivos que buscan dar respuesta a la pregunta de investigación.

Se utilizó el principio de saturación, para ello se lleva a efecto un número de observaciones (entrevistas) suficientes en número y profundidad, acorde con la técnica de recolección de los discursos de los entrevistados, suficientes para lograr información redundante.

Tabla Número 1

Perfiles de Participantes

Tipo profesional	Experiencia	Género	Perfil
Médico Staff	Cinco o más años	Hombre	1
		Mujer	2
	Menos de cinco años	Hombre	3
		Mujer	4
Médico Becado		Hombre	5
		Mujer	6

4.- TÉCNICA DE PRODUCCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se definieron previo al trabajo de campo, elementos de logística para llevar a efecto la recolección de información de la mejor manera posible y que permitiesen proteger los registros de la misma. A estos efectos, junto a los factores evidentes a controlar como aquellos derivados de los instrumentos tecnológicos utilizados (cámaras, pilas, etc.), se definió un espacio libre de estímulos externos, se aseguró la cobertura de las acciones médicas propias del rol del participante por otros profesionales idóneos y se respaldó los registros digitales de las entrevistas asegurando la confidencialidad de los mismos. El entrevistador fue diferente al investigador principal.

Para el cumplimiento de los objetivos del presente estudio, se utilizó la técnica de entrevistas semi-estructuradas individuales. Se registró mediante grabación de video y audio digital el proceso de la entrevista. Todos los participantes fueron contactados previamente explicándoles, en ese momento, el propósito del estudio. Una vez en ella, el entrevistador intentó catalizar la atención inicial de los individuos mediante la utilización de preguntas generales. Se obtuvo en todos los entrevistados consentimiento informado.

5.- TRANSCRIPCIÓN:

Se llevó a efecto la transcripción de los discursos desde video y audio a texto en *software* Microsoft Word ® , explicitando elementos paralingüísticos. Se respaldó el archivo en Word ® , luego se formateó a .txt , con márgenes amplios y salto de línea, para luego llevarlo al Software Atlas Ti ® conformando una unidad hermeneutica. Se registran comentarios.

6.- TÉCNICA DE ANÁLISIS:

Para el correcto análisis de la información recolectada, se planteó un proceso sistemático y ordenado, dinámico (iniciado desde las primeras etapas), iterativo, flexible y ecléctico aceptando variabilidad en la interpretación de los datos. Utilizamos el análisis de

contenido, organizando los datos en categorías emergentes en acuerdo con los perfiles de participantes observados, buscando reflejar los objetivos de la investigación, y cuyas características les permitan exhaustividad, ser excluyentes y replicables. La distribución de categorías y subcategorías se definió a partir del análisis de las entrevistas a medida que estas se fueron llevando a efecto.

Tabla Número 2

Categorías y Subcategorías de Análisis

Categorías de Análisis	Subcategorías (Dimensiones)
Opinión sobre la experiencia subjetiva del proceso de comunicación de EA y EC	Aferencias personales Aferencias sobre la familia y el paciente Aferencias sobre la organización
Opinión sobre las técnicas y/o modelos de comunicación de EA y EC	De adquisición formal De adquisición informal De origen intuitivo
Valoración de los requerimientos profesionales a propósito de la comunicación de EA /EC y de la instauración de una relación de ayuda	Sin subcategorías
Valoración de la comunicación de EA/EC al desarrollo de la relación médico – paciente- familia	Profesional/Personal Paciente / Familia

Como apoyo informático se utilizó el *Software* Atlas Ti ® Versión 6.2.28 para Windows ®, en este se efectuó la categorización de los textos transcritos de manera a facilitar el trabajo ulterior destinado a la interpretación de los resultados.

7.- ASPECTOS ÉTICOS:

Se presentó el proyecto de Tesis al jefe de la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital San Juan de Dios quien autorizó la realización del mismo.

Todos los participantes entrevistados explicitaron su consentimiento informado aceptando su incorporación y la utilización de los registros obtenidos.

Se aseguró la confidencialidad de los datos considerados sensibles, en particular en lo que dice relación con la identidad de los participantes y elementos de los registros que permitan reconocerles. La confidencialidad se materializó mediante la codificación de su identidad y a través del resguardo de los registros de video y audio.

Los resultados de la presente investigación serán presentados en reunión de la Unidad de Pacientes Críticos, se remitirá a la Unidad de Calidad y Seguridad y a la Dirección del Establecimiento para la resolución de las brechas objetivadas.

9.- CONFIABILIDAD DEL ESTUDIO: (según criterios de Guba y Lincoln)

9.1.CREDIBILIDAD

- Se explicita el modo de recolección de datos
- Las observaciones se llevaron a efecto en sesiones de entrevistas semi estructuradas en acuerdo con el guion definido, se alcanza la saturación de la muestra cualitativa.
- Los sesgos del investigador se encuentran declarados en el acápite de limitaciones del estudio.
- Se combinó la fase de recolección, interpretación y sistematización de los datos.
- La presentación de los resultados utiliza citas obtenidas directamente de los textos transcritos literalmente desde el registro audiovisual.

9.2.TRANSFERIBILIDAD

- Los sujetos están descritos con precisión, se declara criterios de inclusión y exclusión de participantes en el estudio.
- Existe una descripción pormenorizada del marco contextual en que se lleva a efecto el estudio, potenciando reconocer los ámbitos de representatividad que posee.

9.3.DEPENDENCIA / CONSISTENCIA

- Se identifica el estatus y rol del investigador.
- Se delimita el contexto físico y social.
- Se describen las técnicas de recolección de datos y de análisis utilizado.

9.4.CONFIRMABILIDAD

1

¹ (B, M, 28, E5: 40- 43)= Becado 9, Masculino, 28 años, Entrevista 5, Líneas 40 a 43.

^{**} (S3, M, 33, E2: 263- 270)= Staff 3 años de experiencia, Masculino, 33 años, Entrevista 2, Lineas 263 a 270.

- Se recogen registros audiovisuales, se efectúa transcripción textual de las entrevistas, considerando elementos paralingüísticos.
- Las entrevistas fueron registradas en formato de video (imagen y audio).
- El investigador explicita su posición.

CAPITULO V

RESULTADOS

1.- OPINIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN DE EA Y EC:

Los discursos de los participantes en el presente estudio, nos permiten evidenciar que la actividad de entrega de malas noticias resulta una acción habitual y permanente para los médicos que se desempeñan en Cuidados Críticos del Hospital San Juan de Dios.

*“ Bueno generalmente uno en Cuidados Intensivos o Servicios de Urgencias, uno generalmente está expuesto a entregar esas... esas noticias.” (B, M, 28, E5: 40-43)**

La experiencia, al participar en la transmisión de la información, es fuente de percepciones de diversa índole, particularmente aquellas observadas desde lo propio y de lo interpretado desde lo que ocurriría entre familiares y pacientes como también desde lo organizacional.

*“Al principio me daba miedo entregar una mala noticia. Me daba lata... me producía... incomodidad, tenía temor de equivocarme... que si daba una noticia que si el paciente por ejemplo iba mal...y al otro día siguiente iba mejor... me había equivocado... Y me dí cuenta que la evolución de los pacientes es dinámica y que uno... no es que no se equivoque, pero... pero va madurando el asunto...” (S3, M, 33, E2: 263-270)***

Al explorar las percepciones desde la mirada profesional o personal, los médicos reconocen que la entrega de malas noticias, particularmente en un inicio, es un proceso complejo y difícil, generando tensión para quien devela ese contenido, sea cual sea la condición (becado, *staff*) y la experiencia del entrevistado.

“ Cuando tienes un paciente al que darle información compleja, que la cosa no anda bien, se pone la relación tensa con, del profesional, de uno, y eso puede hacer que se ponga tensa hacia el resto del equipo de trabajo, sobretodo que el

Codificación: S: Staff, B: Becado, Años de experiencia M: Masculino, F: Femenini E: Entrevista número, Número línea en documento transcrito (Atlas Ti ®).

resto del equipo de trabajo muchas veces no comprende esa situación, porque ellos no tienen que verse enfrentados a hablar con la familia, y eso hace que se torne un poco compleja la convivencia, o se produce el burn out también.” (S9, M, 38, E1: 110-117)

Es importante resaltar que, a medida que los profesionales adquieren experiencia a este respecto, la sensación de dificultad en la entrega de noticias sobre situaciones vitales de mal pronóstico no relacionadas con la ocurrencia de Eventos Adversos (EA) o Eventos Centinela (EC), se atenúa; reconociendo en su accionar una sensación de progreso favorable para el desempeño de la actividad profesional en lo que se refiere a comunicación con pacientes y familiares.

“... yo creo que cada vez que uno lo va haciendo más veces en el fondo... ya va teniendo menos desconfianza o menos miedo en la forma de decir la información, en la forma de entregar la información al familiar, eehhh..., y la vez en el manejo que uno hace, yo creo que uno va teniendo más seguridad en uno mismo con el tiempo. O sea yo creo que si a lo mejor ahora puede ser que lo haga mejor que Inicialmente...” (S1, F, 31, E11: 87-94)

Al enfocar la comunicación de malas noticias en EA y EC, existe una percepción generalizada entre los entrevistados que verifica la experiencia como una situación de alta complejidad y que se asocia a sensaciones que pueden dificultar el accionar médico.

“... cuando es notificarle, por decirlo así, un efecto adverso de un acto que hice yo directamente, siento harta culpa. Porque en el fondo, como le comentaba, mucho de esas cosas son por curva de aprendizaje, entonces, pucha, si lo hubiese hecho alguien que sepa más, le hubiésemos ahorrado eso... Pero por otra parte yo tengo que aprender, y por otra parte hay gente que sabe mucho y que igual le pasa... Entonces dónde está el límite, ahí soy más culposa.” (B, F, 29, E14: 259-266)

La experiencia descrita en la entrega de noticias, particularmente las relacionadas con daño atribuible a EA y EC, condiciona, según el nivel de secuela potencial o gravedad que implica para el paciente, la percepción de mayor o menor complejidad que se desprende del discurso de los profesionales.

“Las veces en que he explicado los eventos que han sido menores, no han tenido una consecuencia grave sobre el paciente, sí las comprenden. Han sido muy pocas veces. A veces hay que explicarlo varias veces, pero lo logran comprender.” (S3, M, 33, E2: 549-552)

En el caso de EA, la posibilidad de enfrentar las consecuencias de nulo o mínimo impacto sobre el paciente, si bien facilita su notificación a familiares o pacientes con respecto a lo que sucede con EC, hace, en algunos escenarios, que los médicos opinen que no siempre es necesario comunicarlos o minimicen sus consecuencias.

“No siempre, no siempre se explica. Porque hay veces que, no se, puede ser compleja la explicación, yo creo que hay veces que no... por ejemplo cuando le han puncionado la pleura a un paciente y que es el lado equivocado, claro eso se puede manejar y no ser tan deletéreo y a veces es preferible no informarlo.” (S9, M, 38, E1: 166-171)

En relación a EC, develar su ocurrencia es percibido como altamente complejo, sin perjuicio de ello, la posición de la mayoría de los entrevistados es su notificación en todos los casos. Con respecto a este último punto, de la misma manera, algunos de los entrevistados tienen la percepción que en casos de EC existe tendencia al ocultamiento de la información.

“Eso no me ha tocado vivirlo, pero me imagino que es complejo... Yo creo que lo correcto sería decirlo, pero creo que como todavía está esta medicina como judicializada encima, que... que evita que la gente sea tan transparente en el trato médico. Me imagino que si eso efectivamente generó la muerte, la gente lo va a ocultar, yo creo que no hay que ocultarlo, no debiese; pero si fue por un error lo encuentro... súper complejo. Porque uno no lo quiso hacer para matar al paciente en definitiva, uno estaba pensando que le estaba haciendo un bien... Pero fallamos, no sé...” (B, F, 29, E14: 234-243)

Cabe mencionar que los sentimientos de angustia, ansiedad y temor son recurrentes y están imbricados con la incertidumbre de la reacción de quienes reciben las noticias, o con familias que previamente han expresado dificultades en la relación con la institución o sus funcionarios.

“... uno, a priori, parte con la aprensión de que la familia va a estar más agresiva en ese caso. O sea que eso pudiese gatillar en la familia una respuesta más, más eeehh... Compleja de manejar en estricto rigor, pero es un prejuicio también, o sea no... Al menos como que a uno le pasa eso. A mí me pasa eso en realidad.” (S5, M, 32, E7: 115-120)

De igual forma, la potencial judicialización de las situaciones relacionadas con los EA y en particular con los EC coacciona a los profesionales. Estos elementos condicionan la entrega de estas noticias, favoreciendo la ambigüedad y la mantención de ciertos contenidos en el espectro de lo tácito.

“O sea yo creo que también va a depender de cómo uno considere que está la situación con la familia... mmm... Sinceramente en el fondo, si uno percibe que la familia ya está en una conducta muy agresiva, eeehh... Tratando de buscar efectivamente la responsabilidad de alguien, tratando formalmente de crucificar a alguien por decirlo de una manera, yo creo que sí uno trataría... Yo trataría de no ser tan explícito, sin dejar de decir la verdad en el fondo, de que existió un evento.

Pero tratando de ser, en verdad, en el resto de los casos, yo creo, ser más bien sinceros con la gente.” (S5, M, 32, E7: 216-225)

La opinión de los entrevistados sobre la participación de la institución varía según el nivel de la organización del que se trate. Existe una percepción generalizada acerca del involucramiento del equipo local y de las jefaturas directas en la comunicación de malas noticias, EA y EC.

“Yo siempre siento el apoyo como trabajo en la UPC, siempre del resto del equipo. Yo nunca me he sentido como que... y de hecho cuando vamos a citar familiares siempre es algo en conjunto que conversamos ¿ya? Pero siempre he sentido el apoyo, no me he sentido como sola en esto.” (S8, F, 37, E12: 202-206)

Esta participación es percibida como un nivel superior al que se accede frente a situaciones de mayor complejidad que lo habitual o al requerir ayuda desde lo institucional.

“... había dudas con respecto a lo que estaba pasando, había dudas con respecto si realmente se había administrado o no el fármaco, y en esa oportunidad recurrí a la jefatura, y posteriormente a la familia se le explicó la situación, pero no se la expliqué yo, por que el caso era más complejo y superaba mis capacidades.” (S3, M, 33, E2: 449-454)

Al solicitar a los médicos una apreciación de la experiencia sobre la participación de la institución, más allá del nivel de las jefaturas locales, existe consenso sobre la poca visibilidad de sus intervenciones sistémicas; no reconocen una estructura organizacional que opere la entrega de información de los EA y EC, o que establezca un equipo de intervención multidisciplinario favorecedor de la relación comunicacional entre el equipo de salud y los familiares y/o pacientes.

“O sea nosotros estamos acá básicamente somos el equipo de trabajo, la jefatura, y entre nosotros solucionamos la cuestión... no tenemos un apoyo institucional, uno no se siente apoyado por la institución para enfrentar este tipo de situaciones. Estás solo...” (S9, M, 38, E1: 346-350)

En relación un pronunciamiento de los entrevistados sobre la eventual conformación de un equipo interdisciplinario hospitalario que soporte el accionar del quienes atienden directamente a pacientes y familias frente a comunicación en situaciones difíciles, la apreciación de los participantes resultó poco homogénea, mientras para algunos puede resultar favorable un equipo que apoye o asesore a este respecto, para otros la inclusión de extraños a la relación médico-paciente- familia podría tener efectos indeseados.

“Muy positivo.” (S5, M, 36, E8: 281)

“Entonces tal vez si tener un equipo que se le agreguen unas horas a los funcionarios que ya tenemos para que puedan servir de consulta para estas cosas, más que uno que se arme, porque además armar un equipo de personas distintas, que no funcione con habitualidad, no funciona bien.” (B, M, 31, E10: 307-311)

2.- OPINIÓN SOBRE LAS TÉCNICAS Y/O MODELOS DE COMUNICACIÓN DE EA Y EC:

Al explorar las apreciaciones de nuestros entrevistados sobre el proceso por el cual adquirieron conocimientos y prácticas que les permitan entregar malas noticias y lograr comunicación efectiva con familiares y pacientes, la unanimidad de ellos reconoce que la actividad práctica, en particular su participación como observadores de situaciones diarias de entrega de información y el propio ejercicio profesional, les ha labrado una metódica para llevar a efecto esta tarea.

“... en el fondo yo creo que la transmisión oral de este cuento ha sido la forma en que yo lo he adquirido. Primero acá cuando pasé acá como becado en la UCI, las primeras informaciones siempre las daba el residente y como becado yo estaba al lado y escuchaba la forma de transmitir. Así que ahí fui adquiriendo como ciertos patrones que vi que se repetían entre los distintos residentes y cuáles eran las cosas que me funcionaba o no me funcionaban.” (B, M, 31, E10: 71-78)

En algún grado, existe algo de formalidad en cursos específicos durante el período del pregrado y postgrado, particularmente en los grupos de becados y de menor edad entre los médicos de *staff*.

“... en la fase de pregrado y postgrado... sobre todo en la de pregrado, tuvimos o tuve, no es cierto, formación en todo lo que tiene que ver con entrega de malas noticias...” (S3, M, 33, E2: 195-197)

Esta experiencia no es homogénea en este segmento.

“... no es una cosa fácil, no es una cosa que enseñen en medicina, eso es claro.” (S1, F, 33, E4: 30-31)

El discurso de los entrevistados permite observar que, algunos de ellos, reconocen que ciertos aspectos del proceso de comunicación son resultado de su intuición o fruto del contacto con su núcleo familiar o de experiencias vitales que ellos han tenido en carácter de paciente o próximos a situaciones de salud complejas.

“... al principio fue en verdad como bastante como empírico... fue... esa vez que

me tocó dar información en Colina fue como... bien larga la conversación, fue súper extensa, eeehh..., fue más que nada de como la experiencia y las vivencias que uno mismo ha tenido en cuanto a familiares, de también haber recibido como ese tipo de noticias, o como me gustaría a mí que me las hubiesen entregado, no así tan chocante como fue la vez que me las entregaron a mí...” (B, M, 28, E5: 113-120)

3.- VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROFESIONALES A PROPÓSITO DE LA COMUNICACIÓN DE EA/EC Y DE LA INSTAURACIÓN DE UNA RELACIÓN DE AYUDA:

Los entrevistados valoran la entrega de información como algo propio del acto médico, haciendo del proceso de comunicación un elemento obligatorio del desempeño habitual.

“... creo que es responsabilidad del que emite el mensaje, es transmitirlo codificado como corresponde para la persona y para que la persona lo entienda... mmm...”(S2, M, 32, E3: 370-372)

Establecen en sus discursos la ocurrencia de EA y EC, comprenden la importancia de comunicarlos, y reconocen ciertas características y requerimientos profesionales para lograr el objetivo en forma eficaz.

“... las herramientas que uno tiene son la experiencia hablando con personas tanto tiempo, sentarse con la persona en un ambiente tranquilo, sin interrupciones, los dos sentados uno frente al otro, y tratar de explicarle habiendo conversación previa en que se le explicó antes de hacer el procedimiento que podía tener eventos adversos, reforzar cuando le hacen cosas que se le han informado también, reforzar eso que pasó, lamentablemente tuvo la complicación y tratar de explicarlo de la mejor manera. No sé... eso.” (S9, M, 38, E1: 268-275)

Muchos describen, de alguna manera, un derrotero de acciones tendientes a favorecer el proceso. Algunos de ellos incluso sugieren que debiese desarrollarse un protocolo que explicita los pasos para lograr comunicación efectiva de las malas noticias.

“Que estuvieran claros los pasos a seguir, pasó el evento, tener bien claros cuáles son los eventos, ocurrió la cuestión, que hubiese algo que a uno le pudiese asesorar como entregar la información, que hubiese alguien que pudiera ayudar a la familia después de la situación, y que hubiera un algoritmo para enfrentar el problema. Pasó acá, se le explica a la familia, después se le hace seguimiento.” (S9, M, 38, E1: 505-512)

Resulta particularmente recurrente para este grupo la importancia de llevar a efecto el proceso en un ambiente privado (oficina).

“El hecho de tener una oficina para entregar malas noticias, el hecho de tener tiempo para hacerlo, y el hecho que me hayan enseñado que tengo que hacerme el tiempo también.” (S5, M, 32, E7: 53-56)

Accesoriamente aparece, en los contenidos, la necesidad de aprender a propósito de los EA y EC y favorecer su seguimiento y control.

“... tratar de buscar formas y protocolos para que no vuelva a pasar...de que... buscar el problema, tratar de buscar la solución, y tratar de medirlo para que no vuelva a pasar... o sea tratar de... de buscar... buscar la causa, qué fue lo que pasó, eeehh... qué fue lo que puntualmente generó este evento centinela y tratar de evitarlo...” (S1, F, 33, E4: 377-382)

4.- VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE EA/EC AL DESARROLLO DE LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE- FAMILIA

La comunicación de EA y EC es un proceso que, para el global de los entrevistados, resulta relevante y parte de las obligaciones propias de su profesionalismo.

“... yo creo que si uno hace bien las cosas uno no debiese tener problemas, pasa porque es justo que la gente sepa lo que ocurre, y si nosotros intentamos hacer las cosas bien y no ocurren por que pueden no ocurrir, no hay nada en plantearlo con la mayor honestidad posible.” (B, M, 31, E10: 177-182)

Sin perjuicio de lo anterior existe, como lo expusimos, una tendencia a diluir u ocultar algunos contenidos. Este planteamiento ambivalente afecta el establecimiento de la relación médico –paciente –familia. En este escenario, existe una valoración positiva del proceso de comunicación desde la mirada del fortalecimiento de esta relación, como también desde la perspectiva de lo que suponen resulta importante para pacientes y familiares.

“Además que la honestidad, también va por una cosa de empatía. Si yo estuviera del otro lado, también me gustaría que me contaran todas las cosas que le están sucediendo a un familiar, y a veces también no me gustaría que me entregaran toda a información...” (B, M, 28, E5: 231-235)

Al explorar las apreciaciones de valoración de la comunicación en tanto experiencia propia al servicio de la relación médico -paciente -familia, queda de manifiesto que los médicos ven en la honestidad, un mérito fundamental en el proceso de comunicación que debe refrendarse en una relación médico-paciente-familia potencialmente de mayor simetría, con clara conciencia de la importancia que tiene la entrega de malas noticias a sus seres próximos.

“Yo creo que primero que nada con honestidad. Para mí es súper importante no mentirle ni tener que ocultar nada a la persona que le estoy entregando las malas noticias. Tratar de empatizar, por alguna parte con el paciente yo creo que lo primero para mí es antes de decir lo que tenía que decir, era tratar de... de conectarme de alguna manera con la persona a la que yo le estaba entregando las malas noticias.” (S5, M, 36, E8: 24-30)

Cabe destacar que existe una apreciación positiva del proceso de comunicación durante el período de estada del paciente, el establecer una relación médico -paciente -familia, fundada en el conocimiento mutuo, parece derribar ciertas limitaciones precautorias en la entrega de malas noticias por parte de los clínicos.

“... si uno no tuvo la comunicación adecuada efectiva previamente. Si uno no... si la relación ya venía dañada o tortuosa, ahí sí que va a ser muy difícil creo yo, y encontrar la forma de decirlo yo creo que va a ser demasiado complejo, pero si uno logró llevar a cabo una adecuada comunicación durante la estadía del paciente y en algún momento pasó algo, yo creo que va a facilitar efectivamente si hubo una buena comunicación.” (S2, M, 32, E3: 209-216)

La ocurrencia de EA y EC, si bien produce tensión y temor que se retrata en la percepción de dificultad en la transmisión de la noticia, potencia la intención, *a priori*, de parte de los clínicos de comunicarla en la perspectiva del establecer de una relación médico -paciente -familia veraz y honesta.

“Hay que explicarle a la familia. Independiente de lo que pasó. Encuentro que esconder algo así... no creo que uno pueda dormir tranquilo... mmm... yo prefiero dormir tranquilo y que hagan un reclamo... total, lo más importante es que uno este consciente, o sea con la conciencia tranquila. Al final... uno tiene que hacer lo que es correcto... y a veces es muy difícil explicarle a un familiar que se le administró un medicamento incorrecto.” (S3, M, 33, E2: 439-445)

Sin perjuicio de ello, existe conciencia que la información dispensada requiere de un procesamiento por parte de los receptores que les permita comprender la profundidad de la misma y, en lo posible, aceptar que las condiciones propias del ejercicio de la medicina entrañan riesgo y posibilidades de error.

“... pero lo importante es decirle que los pacientes...que las cosas no son lineales, que siempre puede haber alguna complicación que pueda venir...y decirle las cosas que pasan... no... no creo que eso quite más o menos en cuanto a la relación con la familia.” (S1, F, 33, E4: 127-131)

Existe, de acuerdo con algunos de los discursos de los entrevistados, mayor riesgo en la interpretación por parte de la familia de ocultamiento de lo sucesos acaecidos.

“... todas las cosas hay que explicarlas, eeehh..., uno al omitir o no hablar esas cosas termina generando un problema mayor, o sea yo creo que es... eeehh... en todo paciente, o sea, y sobretodo en pacientes que están en la UCI, porque la familia está con ellos una hora... no saben lo que pasa dentro de esas otras veintidós o veintitrés horas... entonces el punto es que... que hay que explicarlo, o sea uno no pierde nada. Son cinco o diez minutos que puede tomar decir la información y la familia queda mucho más tranquila... y las complicaciones pueden pasar, si eso no... no... errar está dentro de las posibilidades, pero omitirla ya es otro cuento.” (S1, F, 33, E4: 137-147)

Cabe destacar a este respecto, que de todas formas algunos de los entrevistados piensan que transmitir en forma directa la totalidad de la información puede ser contraproducente y afectar la buena relación potencial; esta apreciación motiva una proposición de gradualidad y simplificación del contenido a transmitir.

“tantea un poco a la familia antes de ser explícito o más bien vago, como moviéndose hacia esos dos extremos... y... claro a veces también ha tocado entregarle información a la familia en forma súper vaga, súper-súper vaga, para que no ocurran sobre todo desastres de la relación de la familia, no sólo con el médico, si no también con las enfermeras, con todo el equipo de salud, con los especialistas... Entonces, claro a veces llega a un punto en el cual uno ya no puede ocultar más la información, o... ser vago en la información y hay que decírselo a la familia. Pero hay ocasiones en que uno se ha visto enfrentado a que uno trata de no decirle toda la información a la familia para que no afecte negativamente la relación de la familia con todo el equipo de la salud...” (B, M, 28, E5: 302-314)

El establecimiento de una comunicación fluida que permita una relación médico-paciente-familia adecuada, permite, en opinión de los entrevistados, procesos de toma de decisión, y favorece incluso el reconocimiento de los errores y la entrega de disculpas por parte de los clínicos.

“... cuando un paciente no tiene la capacidad de decidir, cuando un paciente está desprovisto de las condiciones más básicas, cuando está expuesto absolutamente a las decisiones de terceros, la familia cumple un rol potente, cumple un rol potente en las formas de cómo me quiero recuperar hasta las formas en cómo me quiero morir.” (B, M, 31, E10: 244-249)

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1.- DISCUSIÓN

La atención sanitaria, particularmente en años recientes, ha requerido una progresiva especialización de los recursos humanos, abultar la inversión en infraestructura y ha resultado en un encarecimiento notable relacionado con la utilización de alta tecnología al servicio de nuestros pacientes. Asociado a ello, el mejoramiento de los estándares de salud, potencia la sobrevivencia de personas con enfermedades crónicas y debilitantes, manifestándose en una composición poblacional que da cuenta, en parte, de la transición demográfica avanzada en que nos encontramos, y del cambio del paradigma epidemiológico desde las enfermedades transmisibles hacia las de lento desarrollo y persistentes ⁶². Acompaña a lo expuesto, el compromiso de las autoridades con programas de salud que garantizan ciertas prestaciones y coberturas para determinadas entidades nosológicas; existe hoy un cambio cultural que ahonda la percepción de obligatoriedad de infalibilidad de la atención sanitaria, lo que es frecuente motivo de tensión para una salud público- privada con notables diferencias. En este escenario, las instituciones públicas deben entregar a sus beneficiarios, entre los que se encuentra un gran porcentaje de adultos mayores y de las capas sociales de menores ingresos, asistencias diversas con recursos limitados e insuficientes. Todo lo expuesto, produce entre los destinatarios de nuestro accionar, insatisfacción ^{63, 64} y genera espacios de conflictividad que, muchas veces, no son yuguladas por equipos de salud sin el hábito de conceder espacios amplios de interacción y de comunicación que resulten efectivas a este respecto.

Este estudio ha recogido información proveniente de entrevistas a médicos pertenecientes a una Unidad de Cuidados Intensivos, en diferentes estados de desarrollo profesional, en relación con sus percepciones subjetivas a partir del proceso de comunicación de malas noticias, particularmente, aquellas correspondientes a situaciones conocidas como eventos adversos y eventos centinela. La metodología cualitativa permite recoger los discursos de los participantes y analizar sus contenidos mediante la utilización de un enfoque específico, en este caso de carácter fenomenológico ⁶¹.

Como queda retratado en el marco teórico, existe amplia conciencia entre pacientes, proveedores, instituciones de salud, asociaciones científicas y entidades regulatorias de la importancia de la comunicación como herramienta que permite un flujo de información honesto, veraz y oportuno, clave en la articulación de una relación médico- paciente-familia sana ^{4, 5, 16, 17, 18, 19, 20}.

Los discursos de los médicos entrevistados refrendan lo expuesto, verbalizan la necesidad de comunicación sin límites pese a la dificultad potencial del contenido a transmitir, resultando particularmente categóricos cuando ello se engarza con la historia natural de la enfermedad o con factores pronósticos que no dependen del accionar de profesionales o del sistema de salud.

“... se le comunica así, de forma honesta por lo menos yo nunca he ocultado algún tipo de información...” (B, M, 28, E5: 175-177)

Para los participantes la entrega de información, particularmente de malas noticias, resulta una actividad habitual dado el espacio en que desempeñan sus actividades. Sin perjuicio de ello, durante la fase de levantamiento de la información que incluyó entrevistas semi estructuradas y transcripción de los registros de audio y video, al igual que lo explicitado en otras publicaciones, resultó indiscutible que lo viven como un proceso de alta complejidad.

“No es fácil dar información, ni siquiera dar buenas noticias” (S9, M, 38, E1:544)

La adquisición de herramientas en esta área, queda supeditada a condiciones personales - algunas incluso intuitivas- y a la instrucción empírica adquirida fruto del ejercicio profesional y de la interacción con colegas más antiguos y experimentados.

“... fundamentalmente es lo que se aprende de los pares, los colegas en el fondo lo van haciendo y uno se queda con lo mejor, aunque no necesariamente porque también puede ser lo peor... Yo creo que la experiencia de los pares es lo que más se ha quedado para uno, para mí en particular.” (S5, M, 32, E7: 31- 36)

Diversas publicaciones concuerdan en lo observado en el estudio, los médicos tienen una formación variable, muchas veces pobre en comunicación. La inseguridad percibida puede atribuirse a la escasa sistematización en la adquisición de habilidades y destrezas comunicacionales durante las fases de pre y postgrado, en que se privilegia ámbitos técnicos médicos en desmedro de la formación en otras áreas.

“ En general a uno no le enseñan a dar malas noticias, porque se supone que uno siempre va a tener éxito con las cosas que hace, pero cuando a uno le va mal con los pacientes eso no se lo enseña nadie (S9, M, 38, E1:544)

Esta percepción categórica de ausencia de formación en el área, colisiona con otras opiniones que reconocen elementos en sus procesos lectivos tendientes a entregar contenidos de comunicación efectiva presente en los currícula de los participantes más jóvenes. Sin perjuicio de ello, la sensación de ausencia de conocimientos y habilidades específicas habla de la falta de control del proceso de aprendizaje; no aparece así como

un requisito mínimo a cotejar mediante el seguimiento formal de la adquisición de las competencias.

“... dentro de lo que... de la malla curricular de la carrera en la universidad se tocaba sólo tangencialmente. No diría que había como instrucción formal.” (S5, M, 32, E7: 26- 31)

Este planteamiento es sustentado por Stroud en su trabajo *“Teaching medical error disclosure to physicians-in-training: a scoping review”*, en que revisa los currícula de la formación de médicos en pre y postgrado a propósito de la develación de errores de la atención, estableciendo que, si bien existe en alguna medida inclusión de estos temas en la formación médica, la objetivación de adquisición de habilidades esperadas no es sometida a un proceso riguroso de seguimiento ⁵⁹.

Esta realidad motiva que muchas instituciones y asociaciones incluyan, entre sus recomendaciones, la existencia obligatoria de programas estructurados de capacitación que aseguren una base que facilite la aproximación al tema por parte de los clínicos, situación que redundaría en cambios en las percepciones de ansiedad y temor en la conformación de la relación médico- paciente-familia ^{2, 5, 31}. Todo ello estaría en línea con lo planteado como un deber ético de mínimos cual es el respeto por la autonomía de nuestros pacientes ^{4, 16, 39, 44}. La formación médica debe pasar de su focalización predominante en lo técnico y tecnológico, hacia una instrucción equilibrada que recupere la capacidad de los profesionales para establecer relaciones horizontales, fundadas en el respeto por la dignidad de los pacientes y de sus próximos.

En este caso particular, nuestro establecimiento de salud debe suponer que su planta profesional no tiene niveles aceptables de formación a estos temas, requiriendo destinar recursos a la capacitación de sus cuadros en la perspectiva de lograr prevenir la generación de errores, EA y EC, como también de aproximarse a una información veraz y completa para con los pacientes.

En otro aspecto, la tensión que se percibe a lo largo de las audiencias, se ve notablemente potenciada cuando se pasa desde aquellas situaciones en que la información se relaciona con lo inevitable, hacia la derivada de evoluciones y resultados provocados no esperados.

“... no creo que sea fácil pero igual creo que es lo que hay que hacer, digamos dar la cara y dar la información de lo que sucedió y afectó al paciente, de la forma que más la pueda entender el familiar...” (S2, M, 32; E3: 194- 297)

El lenguaje no verbal permite interpretar que los médicos se sienten responsables de la ocurrencia de EA y EC, incluso cuando estos no provienen de errores ni de condiciones no prevenibles. La prosodia, los silencios discursivos, las expresiones faciales reflejan la

sensación de vulnerabilidad que ocurre con motivo del sentimiento de pérdida al comprometer la supuesta obligatoriedad de infalibilidad. A este respecto, publicaciones como la de Oliver Quick, en *Medical Law Review*, confrontan la cultura médica tradicional resistente a reconocer sus errores, cuyos médicos fueron formados en un ideal irreal de prácticas libres de estos, alentando una idea de infalibilidad que resulta, a juicio del autor, intelectualmente deshonesto e hipócrita. Esta actitud consecuentemente estaría en la génesis del pobre aprendizaje observado a partir de este tipo de situaciones ³³.

Al profundizar en los discursos de los entrevistados, observamos que un número relativamente alto de ellos relatan no recordar haber estado expuestos a EA y EC que, dada su alta incidencia reportada ¹, resulta incoherente. Este fenómeno, que podríamos definir como un estado de no conciencia selectiva, nos impresiona está ligado a una actitud de defensa y negación, que podemos interpretar en el escenario preventivo de adquirir la condición de “segunda víctima”, como han denominado autores a la resultante de agentes de salud que han dañado a pacientes fruto de la comisión de errores en su práctica profesional ^{4, 5, 6, 42}. Cabe destacar que según Wu en “*The doctor who makes the mistake needs help too*”, este constructo de “segunda víctima” debe tener especial atención dado que, un correcto manejo de la situación permite la recuperación de las confianzas a través la entrega de información veraz y honesta ⁴³.

Los médicos participantes reconocen la importancia de la información, comentan que es necesaria e incluso un derecho de pacientes y de sus seres próximos; lamentablemente al explorar sucesos de gravedad o secundarios a la acción de colegas, relativizan la revelación de las noticias, incluso estiman que puede ser contraproducente para la relación médico- paciente – familia.

“... entonces en verdad ahí hay un poco de...de ambigüedad en la entrega de información, pero que a la vez, sacrificando un poco de honestidad uno también gana un poco de relación médico paciente... mmm...” (B, M, 28, E5: 83-87)

Esta inconsistencia es evidente en estudios relatados en el marco bibliográfico en que, tal conducta, resulta en el sustento empírico del diseño de guías, recomendaciones y políticas que, últimamente, requieren de marcos legales para su cumplimiento por encima de lo que corresponde a un desempeño moralmente aceptable, pese a las cuales aún el cambio cultural se encuentra pendiente ^{2, 4, 5, 26, 51}.

Al igual que lo observado en las referencias mencionadas, el grupo en estudio es sensible a la pérdida del prestigio, a conflictos con familiares y a litigios que condicionan el accionar médico, máxime cuando estos eventos muchas veces son resultados de múltiples factores en sistemas de salud sobrecargados y empobrecidos, situación abiertamente disimulada por los profesionales.

“... siento que como gremio médico desde muy chica se me enseñó no de manera explícita a encubrir a... nuestros propios errores, entonces las falencias del sistema nosotros no, o por lo menos yo no veo que nadie las haga notar y por ende tampoco hago un esfuerzo individual en hacerlas notar...” (B, F, 29, E14: 179- 189)

El compromiso con la veracidad y honestidad resulta entonces funcional. Frente a la percepción de potencial responsabilidad personal, gregaria o institucional en el desarrollo de EA o EC; el apego a los valores, ampliamente aceptados entre nuestros entrevistados, claudica. Esta conducta colisiona con lo que quieren pacientes, familiares y gestores. La intención regulatoria observada en normas y propuestas (ausentes en nuestro hospital), que reflejaría la corrección de los actos relacionados con el desvelamiento veraz, oportuno y pleno de la información; es reemplazada entonces por el silencio o por la actitud de parcializar los contenidos, fiel reflejo de lo retratado en el marco teórico de este estudio.

Los médicos mantienen una actitud de temor frente a entregar noticias que les pueda significar litigios o deterioros en la percepción de pacientes y colegas. La autonomía del paciente, es amenazada por esta estructura facilitadora del ocultamiento del error en que se desenvuelve la actividad clínica y que tan bien es retratada en la cita reciente en cursiva.

Este “encubrimiento” parece acompañar una sensación de desesperanza en el sistema, situación que se expresa mediante un desinterés manifiesto en el desarrollo de entidades hospitalarias que pudieren asesorar a los clínicos en el proceso de entrega de información.

“Depende de quiénes conformen esa estructura netamente, porque si vas a tener una estructura que está conformada por gente exógena que no... Que al final puede llegar a dificultar incluso la transmisión de la información, ¡no poh!” (S5, M, 36, E8: 292- 295)

Resulta lamentable la expresión de pocas expectativas que manifiestan cuando se les propone la existencia de un equipo multidisciplinario que apoye la entrega de información, reflejando, de alguna manera y, a nuestro parecer, escasa identificación de los órganos de la institución con los problemas tratados.

Asociado a lo recién expuesto, los discursos de los médicos reflejan desconocimiento de las instancias disponibles en la institución para la administración de los eventos no esperados. Para la mayoría de ellos, los únicos referentes a los que sienten pueden acceder, corresponden a su jefatura directa o la propia de la Unidad de Pacientes Críticos. El resguardo y apoyo que buscan lo encuentran entre pares y se administra localmente,

expresando comodidad en el soporte que reciben desde sus jefaturas directas. Solo unos pocos mencionan al Comité de Ética y otros a la Oficina de Calidad y Seguridad.

“... de institución directa no...pero yo me siento de segura de que si yo necesito pedirle ayuda a alguien, yo la voy a obtener. O sea me siento súper acogida y acompañada en la unidad” (S1, F, 33, E4: 175- 178)

Es importante en este escenario, definir un ente responsable de la gestión de riesgos que permita levantar la información de los sucesos calificados como EA y EC, delineando, mediante el estudio sistemático de las causas raíces, cursos de acción que permitan prevenir la recurrencia de los mismos y mediante la retroalimentación a los clínicos, afianzar la veracidad de la información que se les entrega a los pacientes y a sus próximos como virtud plena.

Nuestra sociedad plantea una exigencia creciente en relación con el desempeño de las instituciones y las personas ligadas al área de la salud. No existe espacio para el error y, cualquier evento que no vaya relacionado con el cumplimiento de sus expectativas, fomenta la asociación inmediata con actos potencialmente negligentes. Los pacientes y sus familiares, los directivos y los entes regulatorios; deben estar conscientes de la vulnerabilidad de los actos médicos como también de la vulnerabilidad creciente de pacientes cada vez más viejos y/o debilitados como resultado de las enfermedades no transmisibles. En nuestro estudio, los médicos describen esta “intolerancia a los errores”, afectando su autopercepción y acrecentando la sensación de culpa frente a eventos incluso no evitables.

“uno, a priori, parte con la aprensión de que la familia va a estar más agresiva en ese caso. O sea que eso pudiese gatillar en la familia una respuesta más, más eeehh... Compleja de manejar en estricto rigor, pero es un prejuicio también, o sea no... Al menos como que a uno le pasa eso. A mí me pasa eso en realidad.” (S5, M, 32, E7: 115-120)

Los profesionales deben abandonar su sensación de superioridad, aceptando su falibilidad en la provisión de sus servicios ³³, deben reconocer su humanidad y facilitar la instalación de valores que permitan, mediante la interacción con pacientes y familiares, obtener un canal de comunicación centrado en la conducta esperable.

“... ser capaz de ponerse del que el otro sufre, entonces yo creo que una parte viene un poco de... debo decir del medio de crianza de que uno tiene que ser capaz de hacerlo, de ponerse en el lugar del otro, eso yo siento que siempre me lo han enseñado mis papás, eso es uno.” (S4, F, 34, E6: 71-76).

Como ya lo hemos comentado, los estudios recabados en la revisión bibliográfica expresan, al igual que lo objetivado en nuestros registros, la relevancia que atribuyen los médicos a construir una comunicación fluida cimentada en los principios de la relación médico- paciente- familia. La solicitud explícita incorporada en las recomendaciones y normas, muchas veces no se refleja en la entrega de los recursos mínimos para alcanzar los objetivos en ellas trazadas. Muchas de nuestras instituciones no proveen los espacios de tiempo, no habilitan las dependencias ni entregan las comodidades mínimas que aseguren al menos la confidencialidad del proceso de información. Esta situación queda de manifiesto en las entrevistas desarrolladas, representando una barrera adicional a las propias de las derivadas de errores, EA y EC ya conocidas y explicitadas en muchas publicaciones. La habilitación de dependencias destinadas a comunicar no fue considerada en el modelo paternalista, muchos de nuestros establecimientos son antiguos y reflejan esa realidad.

La incorporación de estos conceptos requiere de un desarrollo no restringido a la medicina, deben permear a disciplinas diversas que incluso los incorporen desde la etapa de proyecto y diseño de sus edificios, hasta la consecución de profesionales y agentes de salud próximos, centrados en seguridad y en calidad de atención y conscientes de la vulnerabilidad de sus actos, instruyendo, sobre esta, a la sociedad, facilitando de esta manera el establecer relaciones que permitan expectativas razonables sobre la atención sanitaria.

2.- CONCLUSIONES

Los registros obtenidos en este estudio permiten concluir que, para quienes se desempeñan en la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital San Juan de Dios, resulta un

requisito adquirir competencias para una correcta entrega de malas noticias. Dada la habitualidad y alta frecuencia de esta actividad, los médicos entrevistados enfrentan situaciones de diversa complejidad, que implican estrés que tiende a atenuarse con la acumulación de experiencia. La percepción de ansiedad, temor e incertidumbre, se acrecienta frente a la ocurrencia de eventos adversos y centinela, particularmente en condiciones en que el error es la fuente de ellos. Si bien los profesionales concuerdan en la necesidad de transmitir esos contenidos, existe conciencia acerca de los límites involucrados que, en definitiva, redundan en información incompleta.

En relación con las técnicas y/o modelos de comunicación utilizados, la adquisición de habilidades y destrezas proviene mayormente de un proceso de aprendizaje empírico que se produce con motivo del accionar diario. Como en otros ámbitos de la medicina, se reproduce la relación maestro- discípulo: el educando mezcla su intuición con las enseñanzas adquiridas mediante la observación, como también aquellas provenientes del ejercicio de ensayo y error.

El proceso formal de adquisición de competencias, presente para algunos de los participantes más jóvenes del estudio, no es del todo sistemático y las iniciativas resultan pobremente evaluadas. Los de mayor edad solo han adquirido herramientas mediante el ejercicio de la profesión, las mismas que entregan en el contacto con los médicos con perfil novel. Explicitan limitaciones en todo el ámbito del desempeño, desde la insuficiente formación en el tema, hasta la ausencia de infraestructura suficiente para garantizar una comunicación eficaz, en particular cuando esta se trata de develar situaciones complejas como pueden ser los EA y EC.

La integración del proceso de comunicación de EA y EC al desarrollo de la relación médico- paciente- familia es considerada relevante y obligatoria entre los profesionales. Los entrevistados están conscientes acerca de la importancia que tiene para pacientes y familiares acceder a contenidos veraces, oportunos, suficientes en cantidad y profundidad, y que les permita recibir excusas y explicaciones acerca de las medidas correctivas. La honestidad, se ve moldeada por la percepción que entregar la totalidad de la información sobre EA y EC puede ser fuente de deterioro de la relación establecida, invitando a simplificar y graduar los contenidos a transmitir.

Los discursos de los participantes del estudio no permiten evidenciar heterogeneidad importante entre becados y médicos de *staff*. Si bien los programas de formación han incluido progresivamente contenidos direccionados a esta temática, su estructura parece insuficiente haciendo de la experiencia profesional lo que permite fijar formas de proceder frente a este tipo de situaciones. La percepción de alta complejidad, mejor tolerada en la medida que pasa el tiempo, no desaparece del todo y potencia la falla en la transmisión de información que sugiere enarbolar, en lo institucional, un accionar en acuerdo con el respeto por la autonomía del paciente y el marco normativo vigente.

Los hallazgos particulares de este estudio nos invitan a complementar con otros enfoques en la esfera de lo cualitativo, en la mirada de proponer teorías que puedan iluminar acerca de las causas que subyacen a la conducta ambivalente objetivada en este grupo específico

CAPÍTULO VII

LIMITACIONES

Entre las limitaciones que podemos advertir, es necesario señalar que, en lo metodológico, el investigador principal pertenece a la UPC desde la que provienen las unidades de análisis. La condición de ocupar un cargo de responsabilidad implica el conocimiento detallado de los participantes entrevistados, ocurre en ello un proceso de selección de entrevistados en extremo próximo. De igual forma, si bien el entrevistador es diferente del investigador principal, también corresponde a una persona proveniente de la unidad y con cargo de responsabilidad administrativa. El contacto no fue necesariamente llevado a efecto por una persona diferente al entrevistador y, algunos de los registros se llevaron a efecto en el espacio de la UPC, aunque preservando la confidencialidad mediante la utilización de un espacio cerrado.

El presente estudio no contó con un segundo investigador que permitiese llevar a efecto el proceso de triangulación de manera a lograr una representación exacta de la realidad reflejada en los registros en video y gráficos. Cabe señalar que, en alguna medida, en áreas específicas se contó con un médico alterno que accedió a contenidos de las entrevistas en cuestión, y que catalizó algunos de los contenidos presentes en este escrito.

Los entrevistados pertenecen en su totalidad a la Unidad de Pacientes Críticos, han desarrollado en gran medida, previo a su incorporación como *staff* de la misma, su formación de postgrado en nuestro establecimiento, situación que puede estar relacionada con la amplia homogeneidad observada.

El tesista adolece de experiencia en investigación cualitativa, aunque interesado en la misma; desarrolla este estudio en la perspectiva de acceder al grado de Magíster en Ciencias Médicas Mención en Infecciones Intrahospitalarias y Epidemiología Hospitalaria de la Universidad de Valparaíso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health

- System. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PubMed PMID: 25077248.
2. Larizgoitia I, Bouesseau MC, Kelley E. WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *J Public Health Res.* 2013 Dec 1;2(3):e29. doi: 10.4081/jphr.2013.e29. eCollection 2013 Dec 1. Review. PubMed PMID: 25170500; PubMed Central PMCID: PMC4147748.
 3. The Joint Commission (2012). Sentinel Event Data – Root Causes by Event Type. [cited April 7 2012]. Available from: http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx.
 4. Hannawa AF, Beckman H, Mazor KM, Paul N, Ramsey JV. Building bridges: future directions for medical error disclosure research. *Patient Educ Couns.* 2013 Sep;92(3):319-27. doi: 10.1016/j.pec.2013.05.017. Epub 2013 Jun 21. PubMed PMID: 23797044.
 5. Martín-Delgado MC, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R, Gutiérrez-Fernández R, Aranaz-Andrés JM, Pardo-Hernández A, Wu A. [Consensus conference on providing information of adverse events to patients and relatives]. *Rev Calid Asist.* 2013 Nov-Dec;28(6):381-9. doi: 10.1016/j.cali.2013.07.004. Epub 2013 Oct 9. Spanish. PubMed PMID: 24120079.
 6. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care.* 2010 Oct;22(5):371-9. doi: 10.1093/intqhc/mzq042. Epub 2010 Aug 13. Review. PubMed PMID: 20709703.
 7. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA.* 2003 Feb 26;289(8):1001-7. PubMed PMID: 12597752.
 8. Lester H, Tritter JQ. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Educ.* 2001 Sep;35(9):855-61. Review. PubMed PMID: 11555223.
 9. Beaulieu-Volk D. The right and wrong way to talk to patients about adverse events. *Med Econ.* 2014 Jun 10;91(11):52-5. PubMed PMID: 25233759.
 10. Iedema R, Allen S, Britton K, Piper D, Baker A, Grbich C, Allan A, Jones L, Tuckett A, Williams A, Manias E, Gallagher TH. Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: the "100 patient stories" qualitative study. *BMJ.* 2011 Jul 25;343:d4423. doi: 10.1136/bmj.d4423. PubMed PMID: 21788260; PubMed Central PMCID: PMC3142870.
 11. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med.* 2007 Jun 28;356(26):2713-9. Review. PubMed PMID: 17596606.
 12. Thurman AE. Institutional responses to medical mistakes: ethical and legal perspectives. *Kennedy Inst Ethics J.* 2001 Jun;11(2):147-56. PubMed PMID: 11708331.
 13. Dickens BM. Medical errors: legal and ethical responses. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003 Apr;81(1):109-14. PubMed PMID: 12676409.

14. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice. *Nurs Ethics*. 2004 Nov;11(6):568-76. Review. PubMed PMID: 15597937.
15. Rosner F, Berger JT, Kark P, Potash J, Bennett AJ. Disclosure and prevention of medical errors. Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York. *Arch Intern Med*. 2000 Jul 24;160(14):2089-92. Review. PubMed PMID: 10904450.
16. Hébert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ*. 2001 Feb 20;164(4):509-13. Review. PubMed PMID: 11233873; PubMed Central PMCID: PMC80781.
17. Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K, Zou B. Medical errors-what and when: what do patients want to know? *Acad Emerg Med*. 2002 Nov;9(11):1156-61. PubMed PMID: 12414464.
18. Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med*. 2003 Oct;42(4):565-70. PubMed PMID: 14520327.
19. Liang, B. a. (2003). Patients and Physicians Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *Survey of Anesthesiology*, 2003 47(8), 307–309.
20. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Arch Intern Med*. 2004 Aug 9-23;164(15):1690-7. Review. PubMed PMID: 15302641.
21. Fein SP, Hilborne LH, Spiritus EM, Seymann GB, Keenan CR, Shojania KG, Kagawa-Singer M, Wenger NS. The many faces of error disclosure: a common set of elements and a definition. *J Gen Intern Med*. 2007 Jun;22(6):755-61. Epub 2007 Mar 20. PubMed PMID: 17372787; PubMed Central PMCID: PMC2219850.
22. Lipira LE, Gallagher TH. Disclosure of adverse events and errors in surgical care: challenges and strategies for improvement. *World J Surg*. 2014 Jul;38(7):1614-21. doi: 10.1007/s00268-014-2564-5. Review. PubMed PMID: 24763441.
23. Massó Guijarro P, Aranaz Andrés JM, Mira JJ, Perdiguero E, Aibar C. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Qual Saf Health Care*. 2010 Apr;19(2):144-7. doi: 10.1136/qshc.2007.025585. Review. PubMed PMID: 20351163.
24. Robbennolt JK. Apologies and medical error. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Feb;467(2):376-82. doi: 10.1007/s11999-008-0580-1. Epub 2008 Oct 30. PubMed PMID: 18972177; PubMed Central PMCID: PMC2628492.
25. Kapp MB. Medical mistakes and older patients: admitting errors and improving care. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Oct;49(10):1361-5. Review. PubMed PMID: 11890497.
26. McLennan S, Rich LE, Truog RD. Apologies in medicine: legal protection is not enough. *CMAJ*. 2015 Mar 17;187(5):E156-9. doi: 10.1503/cmaj.131860. Epub 2014 Jul 28. Review. PubMed PMID: 25070986; PubMed Central PMCID: PMC4361125.
27. Sámano F.J., El deber fiduciario del médico, *Anales Médicos (Mex)* 2006; 51 (2): 90-96
28. Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RM, Berwick DM, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Aff (Millwood)*. 2003 Mar-Apr;22(2):73-83. PubMed PMID: 12674409.

29. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. *J Gen Intern Med.* 2006 Sep;21(9):942-8. Review. PubMed PMID: 16918739; PubMed Central PMCID: PMC1831592.
30. Vercler CJ, Buchman SR, Chung KC. Discussing harm-causing errors with patients: an ethics primer for plastic surgeons. *Ann Plast Surg.* 2015 Feb;74(2):140-4. doi: 10.1097/SAP.0000000000000217. Review. PubMed PMID: 24830658.
31. Perez B, Knych SA, Weaver SJ, Liberman A, Abel EM, Oetjen D, Wan TT. Understanding the barriers to physician error reporting and disclosure: a systemic approach to a systemic problem. *J Patient Saf.* 2014 Mar;10(1):45-51. doi: 10.1097/PTS.0b013e31829e4b68. Review. PubMed PMID: 24553443.
32. Matlow A, Stevens P, Harrison C, Laxer RM. Disclosure of medical errors. *Pediatr Clin North Am.* 2006 Dec;53(6):1091-104. Review. PubMed PMID: 17126684.
33. Quick O. Outing medical errors: questions of trust and responsibility. *Med Law Rev.* 2006 Spring;14(1):22-43. Epub 2005 Dec 19. PubMed PMID: 16787906.
34. Scheirton LS. Proportionality and the view from below: analysis of error disclosure. *HEC Forum.* 2008 Sep;20(3):215-41. doi: 10.1007/s10730-008-9073-6. PubMed PMID: 18803021.
35. Krizek TJ. Surgical error: ethical issues of adverse events. *Arch Surg.* 2000 Nov;135(11):1359-66. PubMed PMID: 11074896.
36. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ.* 2003 Apr 1;168(7):840-4. PubMed PMID: 12668541; PubMed Central PMCID: PMC151989.
37. Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, Wynia MK, Sachdeva AK, Snyder Sulmasy L, Truog RD, Conway J, Mazor K, Lembitz A, Bell SK, Sokol-Hessner L, Shapiro J, Puopolo AL, Arnold R. Talking with patients about other clinicians' errors. *N Engl J Med.* 2013 Oct 31;369(18):1752-7. doi: 10.1056/NEJMs1303119. PubMed PMID: 24171522.
38. Rowe, M. (2004). Doctors' responses to medical errors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 2004 52(3), 147–163. doi.org/10.1016/j.critrevonc.2004.06.003
39. Solomon, R. C. (2006). Ethical issues in medical malpractice. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 2006 24(3), 733–47. doi.org/10.1016/j.emc.2006.05.017
40. Eadie A. Medical error reporting should it be mandatory in Scotland? *J Forensic Leg Med.* 2012 Oct;19(7):437-41. doi: 10.1016/j.jflm.2012.04.007. Epub 2012 May 16. PubMed PMID: 22920772.
41. Liebman CB, Hyman CS. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Aff (Millwood).* 2004 Jul-Aug;23(4):22-32. PubMed PMID: 15318564.
42. Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in Medicine: What Helps Physicians After a Medical Error? *Acad Med.* 2015 Sep 4. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 26352764.
43. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000 Mar 18;320(7237):726-7

44. Blood J. Ethical responsibility and treatment errors. *Br Dent J*. 2014 Jan;216(2):59-60. doi: 10.1038/sj.bdj.2014.4. PubMed PMID: 24457864.
45. Turillazzi E, Neri M. Medical error disclosure: from the therapeutic alliance to risk management: the vision of the new Italian code of medical ethics. *BMC Med Ethics*. 2014 Jul 15;15:57. doi: 10.1186/1472-6939-15-57. PubMed PMID: 25023339; PubMed Central PMCID: PMC4108959.
46. The Joint Commission. Hospital Accreditation Requirements: Rights and Responsibilities of the Individual (RI). Available at: <https://e-dition.jcrinc.com/MainContent.aspx>
47. Youngson GG. Medical error and disclosure - a view from the U.K. Surgeon. 2014 Apr;12(2):68-72. doi: 10.1016/j.surge.2013.10.011. Epub 2013 Dec 8. Review. PubMed PMID: 24321838.
48. Kachalia A, Bates DW. Disclosing medical errors: the view from the USA. Surgeon. 2014 Apr;12(2):64-7. doi: 10.1016/j.surge.2013.12.002. Epub 2014 Jan 22. Review. PubMed PMID: 24461211.
49. Berlinger N. Avoiding cheap grace. Medical harm, patient safety, and the culture(s) of forgiveness. *Hastings Cent Rep*. 2003 Nov-Dec;33(6):28-36. PubMed PMID: 14983555.
50. Brock DM, Quella A, Lipira L, Lu DW, Gallagher TH. Physician assistants and the disclosure of medical error. *Acad Med*. 2014 Jun;89(6):858-62. doi: 10.1097/ACM.0000000000000261. PubMed PMID: 24871235.
51. Howard J, Levy F, Mareiniss DP, Patch M, Craven CK, McCarthy M, Epstein-Peterson ZD, Wong V, Pronovost P. New legal protections for reporting patient errors under the Patient Safety and Quality Improvement Act: a review of the medical literature and analysis. *J Patient Saf*. 2010 Sep;6(3):147-52. Review. PubMed PMID: 21491787.
52. Adams MA, Elmunzer BJ, Scheiman JM. Effect of a health system's medical error disclosure program on gastroenterology-related claims rates and costs. *Am J Gastroenterol*. 2014 Apr;109(4):460-4. doi: 10.1038/ajg.2013.375. PubMed PMID: 24698856.
53. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 4;3:CD004134. doi: 10.1002/14651858.CD004134.pub3. Review. PubMed PMID: 24590693.
54. Nazione S, Pace K. An Experimental Study of Medical Error Explanations: Do Apology, Empathy, Corrective Action, and Compensation Alter Intentions and Attitudes? *J Health Commun*. 2015 Dec;20(12):1422-32. doi: 10.1080/10810730.2015.1018646. Epub 2015 Jul 2. PubMed PMID: 26134489.
55. Hawkes N. Admitting when mistakes are made. *BMJ*. 2015 Aug 19;351:h4474. doi: 10.1136/bmj.h4474. PubMed PMID: 26290433.
56. McDonnell WM, Guenther E. Narrative review: do state laws make it easier to say "I'm sorry?". *Ann Intern Med*. 2008 Dec 2;149(11):811-6. Review. PubMed PMID: 19047028.
57. Chafe R, Levinson W, Sullivan T. Disclosing errors that affect multiple patients. *CMAJ*. 2009 May 26;180(11):1125-7. doi: 10.1503/cmaj.081016. Review. PubMed PMID: 19468121; PubMed Central PMCID: PMC2683226.

58. Raper SE, Resnick AS, Morris JB. Simulated disclosure of a medical error by residents: development of a course in specific communication skills. *J Surg Educ*. 2014 Nov-Dec;71(6):e116-26. doi: 10.1016/j.jsurg.2014.06.020. Epub 2014 Aug 22. PubMed PMID: 25155639.
59. Stroud L, Wong BM, Hollenberg E, Levinson W. Teaching medical error disclosure to physicians-in-training: a scoping review. *Acad Med*. 2013 Jun;88(6):884-92. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828f898f. Review. PubMed PMID: 23619064.
60. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med*. 1999 Dec 21;131(12):963-7. Review. PubMed PMID: 10610649.
61. Parada M, Metodología cualitativa e investigación científica. En M. Bobenrieth *Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud, Parte I* (pp.340- 405). Escuela Andaluza de Salud Pública, año 2013.
62. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. En: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
63. Estudio de Opinión de Usuarios - Ley de Derechos y Deberes Año 2015. En: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12611_recurso_1.pdf
64. Estudio de Opinión de Usuarios - Sistema de Salud Año 2015 En: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-12432_recurso_1.pdf