



www.errorsmedicacio.org



# Butlletí de Prevenció d'errors de medicació de Catalunya

Vol. 6, núm. 3 • setembre - desembre 2008

Butlletí de  
Prevenció d'errors de medicació  
de Catalunya

- Comunicació dels errors de medicació a pacients

## COMUNICACIÓ DELS ERRORS DE MEDICACIÓ A PACIENTS ■

**Assumpta Ricart**

**Directora assistencial d'Urgències de  
l'Hospital General de l'Hospitalet**

### ■ Introducció

La majoria de pacients diuen que voldrien ser informats dels errors mèdics, inclús si no han tingut conseqüències. La majoria de professionals de la sanitat creuen que s'ha d'informar dels errors que han ocasionat dany, però reconeixen que no solen fer-ho. Creuen que revelar els errors a pacients i familiars pot estimular les demandes, i tenir conseqüències en el seu prestigi. Els experts en seguretat del pacient, però, creuen que és important comunicar els errors i sembla que fer-ho podria disminuir els litigis i millorar la confiança en el sistema. Els bioeticistes creuen que s'ha d'informar perquè el fet de rebre informació verídica és un dret del pacient, que li permet prendre decisions sobre la matèria i reparar el dany.

Repetidament s'ha fet una crida al canvi de la cultura de la culpa i el silenci sobre els errors mèdics, a la cultura del registre, la documentació i la discussió. La notificació al centre sanitari és important per a la seguretat del pacient, la discussió amb col·legues contribueix a l'aprenentatge i la comunicació a pacients i familiars forma part de la cura del

pacient. Però no és suficient que el professional accepti haver comès un error, ni que estigui convençut que és millor notificar-lo per poder evitar-lo en una altra ocasió. Tampoc és suficient que cregui que el que és honest i bo per al pacient és explicar que ha passat perquè pugui entendre la situació, canviar de metge, rebre compensacions o prendre decisions correctament informat. Per comunicar al pacient mateix que el que ha succeït és fruit d'un error cal suport institucional, confiança en els sistemes de registre i anàlisi d'errors, habilitats comunicatives, acceptació social dels errors, cobertura legal i probablement fins i tot canvis en les lleis que garanteixin la protecció i la confidencialitat d'aquestes dades.

En aquest article s'analitzen els factors que afavoreixen o dificulten la comunicació d'errors a pacients i familiars, i es donen unes recomanacions per afrontar el procés de la comunicació.

### ■ Dificultats en la comunicació d'errors a pacients

Ja ha passat una dècada des que l'Institut de Medicina dels Estats Units va alarmar la comunitat mèdica alertant que els errors mèdics produïen entre 44.000 i 98.000 morts. Des d'aleshores, s'ha avançat molt en la promoció no només dels sistemes de registre i notificació dels errors sinó en l'estímul de la comunicació als pacients i familiars. Forma part dels estàndards de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) i de diverses institucions dels àmbits mèdic, ètic i legal. Alguns països han

legislat sobre la matèria, com el Canadà, on, a la província de la Colúmbia Britànica, a l'abril de 2006 van aprovar una llei que considera inadmissible que s'utilitzin les disculpes per un esdeveniment advers com a prova de responsabilitat en un litigi<sup>1</sup>. El març de 2002<sup>2,3</sup> Pensilvania va ser el primer estat que va imposar als hospitals el deure estatutari de comunicar al pacient o als familiars per escrit i en menys de set dies els esdeveniments adversos greus. En un article del 2006 en el *NEJM* Hillary Clinton i Barak Obama<sup>4</sup> fan propostes per protegir els metges dels litigis i crear un clima que faciliti la comunicació dels errors als pacients.

Malgrat això, la taxa de comunicació dels esdeveniments adversos a pacients i/o familiars fins i tot els que tenen conseqüències greus sembla que segueix sent molt baixa. El gener de 2008<sup>5</sup> es publica una enquesta a metges nord-americans on, el 84,3% considerava que comunicar els errors millorava la qualitat assistencial, el 73% tindria la intenció de comunicar un hipotètic error al pacient si li hagués causat un dany menor i el 92%, si el dany ocasionat fos major. Però només el 17,3% dels enquestats havia comunicat un error menor, i el 3,8% ho havia fet en cas d'un error major. No disposem de dades al nostre país però el 1998 es va publicar una enquesta a metges d'UCI de països europeus<sup>6</sup>, i hi havia diferències entre els països: els metges holandesos (94%) eren més partidaris de donar informació completa i diuen que ho fan de forma rutinària (74%), mentre que els espanyols, grecs i italians eren menys proclius a donar-la. Entre les espanyols el 41% creu que s'hauria de fer de manera rutinària, mentre que només el 9% accepta fer-ho.

Diversos autors han estudiat els factors que expliquen aquesta diferència entre el que acceptem que s'hauria de fer i el que fem.

Els factors que dificulten revelar els esdeveniments adversos a pacients i familiars són fàcils d'intuir i són principalment la por a que acceptar l'error faciliti la inculpció en un litigi i el risc a la pèrdua del prestigi professional. Lauris C. Kaldjian<sup>7</sup> de la JCAHO

va estudiar amb profunditat aquest fenomen i va trobar 41 factors que dificulten la comunicació d'errors mèdics citant com a únic factor, en el 56% dels casos, les repercussions professionals que se'n poguessin derivar, en el 53% les responsabilitats legals, en el 45% la culpa, en el 27% la falta de confidencialitat, en un 22% la possibilitat d'una reacció negativa del pacient i/o familiars, la vergonya o la humiliació, el perfeccionisme o la infal·libilitat, en un 20% la culpa i la falta d'anonimat, i en 18 i 17% la falta d'un fòrum de discussió adequat i de suport institucional. Altres factors esmentats com a minoritaris però rellevants serien la cultura del silenci, la negació de l'error, la presumpció que els pacients no desitgen saber-ho, la creença que revelar un error és un acte d'heroisme i no un deure o que revelar-lo no és necessari si l'error s'ha reparat. Es van identificar 35 factors afavoridors i van ser, entre d'altres, el sentit de la responsabilitat (33%), l'honestedat (28%), la possibilitat d'indemnitzar (24%), la confiança (24%), la informació veraç (14%) i l'acceptació de la fal·libilitat (10%).

Crida l'atenció que entre els factors afavoridors per revelar l'error al pacient consten, en un 22%, la reducció del risc o gravetat d'una reclamació per mala praxi i en un 13% el fet d'evitar les conseqüències de l'encobriment ja que justament sembla que el risc a les demandes és el factor que més frena els professionals a revelar que el pacient ha patit un error. S'ha intentat avaluar l'impacte sobre les demandes que pugui tenir comunicació d'errors però la majoria dels estudis provenen dels Estats Units, on el sistema de salut és privat, i hi ha una forta cultura de la querella judicial que podria fer que les conclusions no fossin aplicables en un entorn diferent com és el nostre. En una revisió de la literatura del 2004<sup>8</sup> no van trobar cap estudi que aportés evidència de la relació causal entre revelar o no l'error a pacients i els litigis. Alguns autors<sup>9,10</sup> han demostrat que una política d'extrema honestedat pot disminuir el risc o les despeses en demandes, atribuint-les a la disminució de la ràbia i el desig de revenja, i que és més fàcil reparar el dany causat i arribar a acords.

La probabilitat que el professional accepti revelar un error al pacient o als familiars depèn de factors<sup>11</sup> associats al mateix professional com el sentit de la responsabilitat, la por de les conseqüències de revelar-ho i el fet de tenir habilitats comunicatives i formació per fer-ho; de factors associats al pacient, com el seu desig de rebre informació, el nivell de complexitat del procés terapèutic i de la relació amb el professional; de factors associats al mateix error en el qual s'ha d'incloure la gravetat del dany causat i el fet de que el pacient o d'altres siguin conscients que hi ha pogut haver un error, i finalment, de factors associats a la mateixa cultura institucional inclosa la percepció de tolerància a l'error i la infraestructura de suport.

### ■ Quins errors s'haurien de comunicar?

Sembla haver-hi importants diferències entre el que opinen els pacients i els professionals respecte a què s'ha de comunicar i en el mateix concepte d'*error*<sup>12,7</sup>. Els pacients diuen que volen que se'ls comuniquin tots els errors que s'hagin pogut cometre, fins i tot voldrien ser informats d'alguns *quasierrors*. Diuen que això augmentaria la seva confiança en l'honestedat del professional i els reafirmaria que estan rebent informació completa sobre totes les seves cures. La seva definició de l'error és molt ampla incloent-hi no només les desviacions de l'estàndard i alguns errors no previsibles, sinó que també consideren *error* la pobra qualitat en el servei i unes habilitats comunicatives del professional deficientes. Els professionals, en canvi, defineixen *error* només com la desviació de l'estàndard de les cures. Opinen que només s'haurien de revelar els errors que han causat dany, i no consideren necessari informar quan el dany és lleu, el pacient no pot comprendre l'error o quan el pacient no vol rebre aquesta informació.

Els estudis realitzats a Espanya<sup>13,14</sup> indiquen que els esdeveniments adversos per errors de medicació tenen una magnitud assistencial i econòmica similar a la dels Estats Units i altres països del nostre entorn. Aplicant els resultats

de l'*ADE Prevention Study* al sistema sanitari públic espanyol<sup>15</sup> considerant que, segons les fonts del Ministeri de Sanitat i Consum de l'any 2001, el nombre d'altres hospitalàries en el Sistema Nacional de Salut va ser de 4.436.980, caldria preveure que anualment es produirien 80.753 casos previsibles d'esdeveniments adversos per medicaments en els hospitals espanyols, dels quals 16.150 (20%) serien potencialment mortals i 34.723 (43%) greus.

Atès que la taxa actual de comunicació d'errors a pacients i familiars és molt baixa, probablement els primers esforços hagin d'anar encaminats a consensuar aquells errors que creiem que sempre s'haurien de comunicar.

Probablement estem d'acord en el fet que les institucions haurien de fer tots els possibles perquè es comuniquin aquells errors de medicació que comportin un dany per al pacient, que requereixin una nova intervenció diagnòstica o terapèutica no prevista, que el pacient no pugui comprendre el que ha succeït d'una altra manera que no sigui amb l'acceptació de l'error, que requereixi la presa de decisions sobre les mesures que cal prendre per reparar el dany i/o que el mateix pacient sospiti que hi ha hagut un error en la medicació. Probablement estem d'acord que els quasierrors i els errors sense dany s'han d'enregistrar i comunicar a la institució, però pot ser discutible que aporti benefici el fet de comunicar-ho al pacient. També crec que estaríem d'acord que no s'ha d'informar el pacient que no vol ser informat però sempre resultarà complex determinar si aquesta informació concreta la vol rebre o no, i si realment no és una conducta d'evitació. La comunicació a familiars d'un error de medicació que ha comportat la mort o conseqüències molt greus compleix diversos dels requisits per recomanar-ne la comunicació. Però aquest cas requereix no només la seguretat en la causalitat, sinó els canvis culturals abans esmentats.

Tot i que pugui resultar simplista, és interessant la proposta de Dennis Boyle<sup>16</sup> que convida a respondre a les preguntes següents

i a informar el pacient en cas de respondre afirmativament: a) El dany causat va requerir un canvi en el tractament? b) Voldria vostè que li revelessin un error similar si li succeís a vostè o algun familiar? c) Prefereix que el pacient o familiars sàpiguen l'error per vostè o per altres? d) Creu que decebria el pacient o els familiars si sabessin l'error per algú diferent a vostè?

### ■ Com cal comunicar els errors?

Notificar a un pacient o familiars que s'ha comès un error té la dificultat d'acceptar el mateix error i el de comunicar males notícies. És per això que la metodologia<sup>17</sup> i l'experiència acumulada entorn de la comunicació de males notícies pot ser aplicable en aquest context.

La preparació de la reunió és la primera fase i cal invertir-hi temps i esforç. En els casos que hi hagi hagut dany greu, la reunió només és possible després que el cas hagi estat estudiat, idealment avaluat per la comissió de seguretat del centre i se n'hagin recollit la informació i les versions dels professionals. La complexitat està relacionada amb la gravetat del cas. Informar que el mareig que ha sentit el pacient és conseqüència d'haver administrat una dosi superior a la necessària d'insulina quan s'ha recuperat només amb l'administració de glucosa oral o que la pruija que sent és perquè li han administrat metamizole tot i que constava la seva al·lèrgia pot ser senzill de comunicar i disculpar-se per l'error. En canvi, és complex informar que les convulsions que aparegueren en una asmàtica són conseqüència d'un error en la preparació d'una perfusió de teofilina que ha quadruplicat la dosi i la velocitat d'administració i, a més, ha comportat una caiguda del llit amb fractura de maluc i requereix preparatius i precaucions.

Cal escollir les persones que seran a la reunió informativa, tant professionals com pacients, familiars o acompanyants. Es recomana que el mateix professional que més directament estigui involucrat en l'error, hi sigui i doni la informació. Es recomana que no estigui sol i cal considerar des de professionals que li puguin donar suport fins a representants de la

mateixa comissió de seguretat, la figura del mediador que alguns autors recomanen o persones amb habilitats comunicatives. La mediació<sup>2</sup> és un procés informal, privat, voluntari i confidencial en el qual una tercera persona —el mediador o mediadora— ajuda els participants a negociar les diferències, informar i/o arribar a un acord. La mediació es basa en els principis d'autonomia, presa de decisions informades i confidencialitat. És reconeguda la necessitat de millorar les habilitats comunicatives entre els professionals de la sanitat ja que sovint hem de comunicar males notícies i la mala comunicació es considera la principal font de conflictes amb pacients i familiars. De tota manera, alguns experts creuen que la comunicació d'un error greu requereix una persona experta ja que cap professional, tot i formant-se, pot assolir un nivell d'experiència suficientment bo per afrontar-ho atesa l'exposició escassa a situacions com aquesta. S'ha d'intentar que la informació sempre la rebi el pacient. Només si no està en situació de competència, hi ha evidència clara que no vol rebre informació, o quan per raons objectives el coneixement de la seva mateixa situació pot perjudicar la seva salut de manera greu, se'l pot excloure com estableix l'article 10 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, de la Llei General de Sanitat. En aquest cas, s'ha d'informar els familiars o les persones legalment responsables. Més enllà de la llei, en l'entrevista hem de procurar que hi hagi aquelles persones que puguin donar suport al pacient, ajudar-lo a prendre decisions i que contribueixin a mantenir un bon clima.

Nosaltres mateixos també ens hem de preparar psicològicament per garantir una resposta d'afrontament correcte, i minimitzar la projecció d'emocions pròpies d'aquesta situació com són la por, la culpa, la ira, la vergonya o fins i tot la humiliació<sup>18,19</sup>, ja que pot perjudicar el resultat final de la comunicació.

Cal escollir el moment. El moment depèn del tipus d'error i les conseqüències però, en general, es recomana que es faci aviat i que es planifiquin, si cal, trobades de seguiment. S'ha d'evitar sempre que sigui el pacient o

familiars qui pregunti. Comunicar-ho prematurament pot generar estrès, però esperar que la investigació s'hagi completat pot augmentar l'empipament i la frustració del pacient o dels familiars sobretot quan la causalitat queda fosca. Si l'esdeveniment advers és greu cal comunicar-ho immediatament; si no ho és, es recomana una entrevista en les primeres 24 hores. Cal escollir un lloc còmode que garanteixi la intimitat, lliure de barreres a la comunicació no verbal i s'han d'evitar les interrupcions.

S'ha de preparar el contingut de la informació, escollir les paraules i preparar les respostes a les preguntes possibles. Els familiars diuen que volen no només l'acceptació de l'error sinó disculpes. No s'ha d'oblidar mai presentar-se un mateix i a totes les persones presents en la reunió.

La metodologia de la comunicació de males notícies ens recomana que abans de donar la informació es determini què saben i què volen saber. Es tracta que, mitjançant alguna pregunta oberta o algun comentari seguit d'un silenci que convidi a expressar-se, es determini que és el que han entès pel que fa a la informació rebuda fins ara o què han interpretat del que ha passat. Amb això garantim que totes dues bandes partim del mateix punt. Així, per exemple, es pot preguntar: "El mareig de fa una estona ha estat per una baixada de sucre... li havia passat alguna altra vegada?", "li hem administrat un fàrmac que li millorarà la pruija perquè sembla una reacció al·lèrgica, ens consta que vostè és al·lèrgic al metamizole" o "vinc a parlar-li del quadre de convulsions que ha presentat la seva mare aquest matí....".

Fixem-nos que ens podem trobar com a resposta, "sí, ha estat una hipoglicèmia, ja m'ho conec, ja m'ho imaginava quan he vist que només amb 130 em donaven les dues insulines, i és que a sobre ja li ho he dit a la infermera", o al contrari, "ha estat molt lleuger, em passa quan m'angoixo, i feia molta calor, gràcies per amoïnar-s'hi", "sí, ja ho sé, és la meva al·lèrgia que ha vingut després de la medicació pel dolor, segur que m'han ficat el maleït metamizole perquè no llegiu res i feu

les coses a trompades", o en canvi, "Sí, deu ser l'al·lèrgia. Vés a saber a què! Ja em van dir que això és una predisposició", o "doncs sí, jo també vull saber perquè ha convulsat, jo sé que els inhaladors poden donar tremolor però mai una cosa així. Vull que em diguin la veritat perquè tot plegat em sembla molt estrany" o "digui'm, doctora, estic molt amoïnada per la meva mare". També hem de poder determinar què volen saber. Recordem que la informació és un dret, no una obligació. Crec que els professionals de la salut acostumem a tenir força capacitat per determinar si són dels que ho volen saber tot o no. Però també amb les preguntes obertes o els comentaris es pot determinar. Comentaris com "ara li ho explico" o "ja sé que vostè vol saber tots els detalls" o "li ho comento, i no dubti a preguntar si vol més detalls".

Aquest inici, que sol ser només una presa de contacte, és encara més important com menys coneguem els nostres interlocutors. Si no els coneixem, ens dóna molta informació sobre el seu estat emocional i la seva capacitat de comprensió, i evita malentesos que neixen de presumpcions falses.

A partir d'aquí cal donar les explicacions que ha preparat. S'ha de recordar que, un cop hagi donat la informació, emergiran reaccions emocionals i ja poca més informació podrà trametre. S'ha d'utilitzar un vocabulari adequat al nivell dels seus interlocutors, les expressions amb què s'hagin expressat abans, si s'ajusten al que vol trametre. Cal seguir el seu ritme de comprensió i comprovar el grau de comprensió mitjançant resums, els silencis utilitzant metàfores i oferint-se a contestar les seves preguntes. Les explicacions, tot i que hi hagi un procés de comunicació correcte i es faci amb una persona formada, poden no satisfer el pacient però serà determinant pel resultat que sentin que a vostè l'importa, li preocupa el que ha passat i que el professional està sent honest. Es tracta de reconèixer l'error i la responsabilitat no de parlar de culpa. Cal parlar només de fets objectius, no s'han de fer conjectures causals ni de cap altra índole.

Cal explicar que s'ha fet per minimitzar les conseqüències de l'error i les mesures que la institució ha pres per evitar que torni a passar.

Els pacients i/o familiars que pateixen esdeveniments adversos senten por, ràbia i fins i tot culpa. El professional ha de respondre a aquestes emocions. Cal ser empàtic, no s'han de jutjar les reaccions. Cal dir-los que el que senten és normal i que qualsevol en la seva situació se sentiria així.

Finalment, convé establir un pla. Cal explicar el pla terapèutic i la investigació que es durà a terme, si escau. Cal posar-se a la seva disposició per facilitar informació o ajudar en el procés, oferir-los la possibilitat d'una segona opinió o el canvi de metge o metgessa i/o infermer o infermera responsable. No s'ha de negar el dret d'interposar una demanda ni menysprear-ne la intenció. Cal planificar la següent reunió de seguiment o informació.

Tot i que una bona entrevista i una bona comunicació no garanteix bons resultats, una entrevista mal feta pot empitjorar les relacions i generar desconfiança. Un bon resultat pot contribuir a mantenir una relació cordial i, com molts autors apunten, fins i tot en el cas que es tracti d'un error evitable que hagi comportat dany, les explicacions i les disculpes poden dissuadir el pacient o els al·legats d'iniciar un litigi.

La seguretat és una característica dels sistemes. Treballem en sistemes que no garanteixen la seguretat completament. L'error es pot minimitzar, però tindrà lloc. Els pacients volen ser informats dels errors i creiem que els professionals ho hauríem de fer. Però, com deia a l'inici, el canvi de la cultura de la culpa i el silenci sobre els errors a la cultura del registre, la documentació, la discussió i la informació requereix suport institucional, l'adquisició d'habilitats comunicatives, confiança en els sistemes de registre i anàlisi d'errors, fòrums de discussió, acceptació social dels errors i cobertura legal.

## Bibliografia

1. Apology Act. RSBC 2006, Bill 16. Disponible a: [www.leg.bc.ca/38th2nd/amend/gov16-2.htm](http://www.leg.bc.ca/38th2nd/amend/gov16-2.htm) [Data de consulta: 7 maig de 2007].
2. Liebman CB, Stern Hyman C. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Aff* 2004; 23 (4): 23-32.
3. Nevada Revised Statutes title 40, sec. 439.835 (2003); and Florida Revised Statutes title 29, sec. 395.1051, 2003.
4. Clinton HR, Barak O. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006; 354 (21): 2205-8.
5. Kaldjian LC, Jones EW. Reporting medical errors to improve patient safety. A survey of physicians in teaching hospitals. *Arch Intern Med* 2008; 168 (1): 40-46.
6. Vincent JL. Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. *Intensive Care Med* 1998 des; 24(12): 1251-6.
7. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal G. Facilitating and Impeding Factors for Physicians' Error Disclosure: A Structured Literature Review. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Vol. 32, núm. 4, 2006 abr; (11): 188-198.
8. Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors. A review of the literature. *Arch Intern Med* 2004;164:1690-1697.
9. Penchansky R, Macnee C. Initiation of medical malpractice suits: a

- conceptualization and test. *Med Care* 1994; 32: 813-31.
10. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999; 131: 963-967.
  11. Fein S, Hilborne L, Kahawa-Singer M et al. A conceptual model for disclosure of medical errors. *Advances in Patient Safety*. Vol. 2: 483-94.
  12. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289: 1001-7.
  13. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 205-10.
  14. Otero López MJ, Bajo Bajo A, Maderuelo Fernández JA, Domínguez-Gil Hurlé A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un Servicio de Urgencias. *Rev Clín Esp* 1999; 199: 796-805.
  15. Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Pública* 2003 set-oct; 77 (5): 527-540.
  16. Boyle D, O'Connell D, Platt FW. Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006 maig; 34 (5):1532-7.
  17. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news.
  18. Christensen JF. The heart of darkness: The impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992;7: 424-31.
  19. Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA Jr. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002 mar; 39 (3): 287-92.

**Director:** Maria Assumpció Benito

**Subdirector:** Neus Rams

**Comitè editorial:** Maite Alay, Tomàs Casasín, Maria José Gaspar, Carmen Lacasa.

- Si voleu rebre aquest butlletí caldrà que ens feu arribar una petició per correu electrònic a l'adreça [errorsmedicacio@gencat.cat](mailto:errorsmedicacio@gencat.cat) indicant el vostre nom i l'adreça de correu electrònic on voleu rebre el butlletí.