

Dimensión Ética de la Seguridad Clínica



Armando Ortiz Pommier
Médico neurocirujano
Magister en Bioética



EAP tenía 78 años. Traída por familia al SU del Hospital porque 2 hrs. antes comenzó con intenso dolor abdominal epigástrico y vómitos. Sana. Antecedentes de hipoacusia bilateral importante, dificultaba la comunicación con la paciente, a pesar del audífono. HTA leve controlada con un tiazídico. SU estaba saturado, julio, epidemia enfermedades respiratorias estaba en su máxima incidencia. Cuando la paciente llegó eran las 19:00, hora punta de afluencia de enfermos y cercano al cambio de turno de enfermería. Tras esperar casi 1 hora, inicialmente fue evaluada por un médico becado de medicina de 1° año, que le realizó una exploración completa. Esta no reveló datos de interés, salvo dolor epigástrico localizado a la palpación. El doctor solicitó ex. de lab. Básicos (HUG0), un ECG y una Radiografía de tórax. Todas las pruebas fueron informadas como normales. Con Obs. Dg. inicial de Intoxicación alimentaria o cuadro viral, se le inició perfusión de líquidos y se instauró tratamiento con antieméticos y analgésicos. Ante la persistencia de los síntomas 3 hrs. más tarde, se decidió el ingreso en la Unidad de Observación del SU, donde fue nuevamente valorada por el Residente de Medicina. Con la sospecha de posible pancreatitis aguda, isquemia u oclusión intestinal, se repitieron los ex. lab. con un perfil completo y una Rx simple abdomen. Todo seguía siendo normal. Se colocó una SNG para disminuir los vómitos, mientras se esperaba la realización de una ecografía abdominal. Aunque persistía el intenso dolor abdominal y vómitos, la enferma mantenía signos vitales estables, levemente hipotensa. Ante la mala evolución del cuadro, el residente se puso a revisar con más detenimiento la Historia Clínica de la paciente.

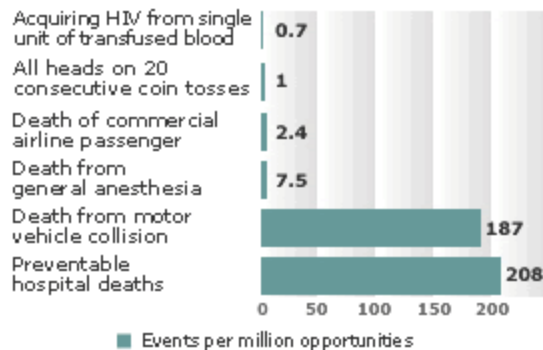
Con asombro descubrió que el ECG que figuraba en ella, tenía anotado con bolígrafo un nombre que no correspondía a EAS. Ante la sospecha de una posible confusión, decidió solicitar un nuevo ECG urgente. Mientras, avisó al médico de la Unidad Coronaria. Este nuevo ECG puso de manifiesto con claridad un extenso infarto agudo de miocardio inferior. El residente de UCIC, que para entonces ya había asumido personalmente el cuidado de la paciente, solicitó su traslado inmediato a la Unidad Coronaria. La paciente falleció 2 hrs. después de su ingreso a la UCIC, 8 hrs. después de haber entrado por la puerta de urgencias. Eran las 3 de la madrugada.

El internista, le pregunta al médico de la UCIC, ¿cómo pudo haber ocurrido el error producido con el ECG. Este le contesta que le hubiera gustado devolver la vida a la paciente, y que en cambio sólo traería más dolor a los implicados: la enfermera que realizó el ECG y los intercambiados, el médico que transcribió el nombre al registro inadecuado y los sucesivos médicos que lo revisaron, pero que no lo detectaron a tiempo. También le insiste en que quisiera haber sabido que la paciente hubiera fallecido de todas maneras aunque su infarto se hubiera detectado a tiempo. El médico le argumenta que la atención de urgencia se realiza en condiciones de gran complejidad clínica, organizativa y muchas veces sin recursos suficientes. Por eso hay que asumir estos errores como inevitables. Recuerda que el tiempo que se pierde al investigar los errores, complica las cosas, expone a los profesionales a las denuncias y genera frustración. Es más prudente quedarse callados. Le comenta que esté tranquilo, que ya le ha dicho a la familia que se hizo “todo lo posible”, que “se le tomaron todos los exámenes” que “todos estaban normales” que “así es la vida”, que “ya saben lo que pasa con personas mayores”, etc. Al parecer la familia quedó tranquila.

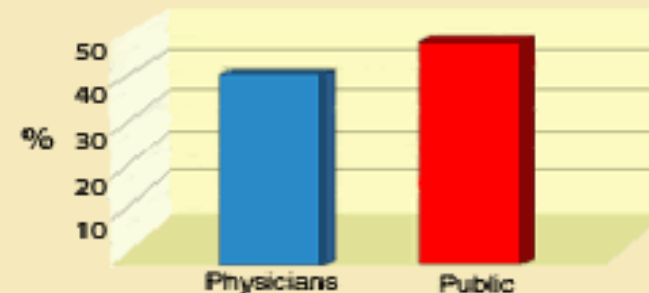
CASO CERRADO

Did You Know?

Safety Hazards and Everyday Probabilities

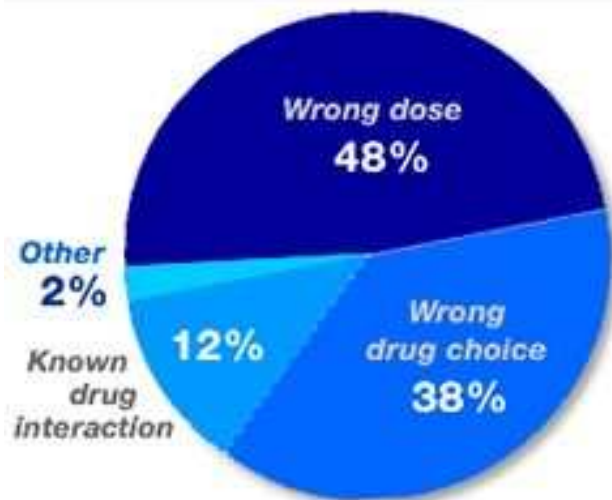


Percentage of physicians and general public reporting that they or a family member has been a victim of a medical error

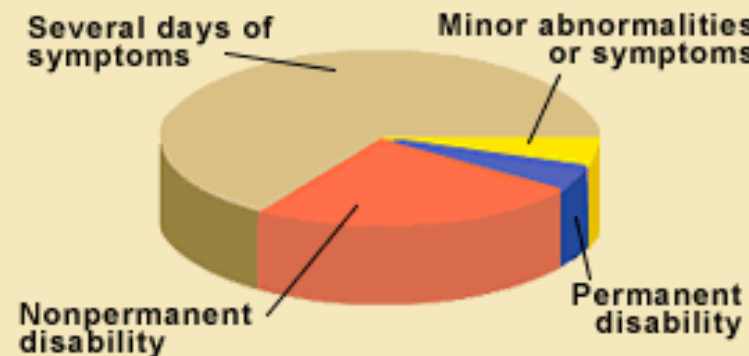


Blendon RJ. N Engl J Med. 2002;347:1933-40

Most common prescribing errors in long-term care facilities

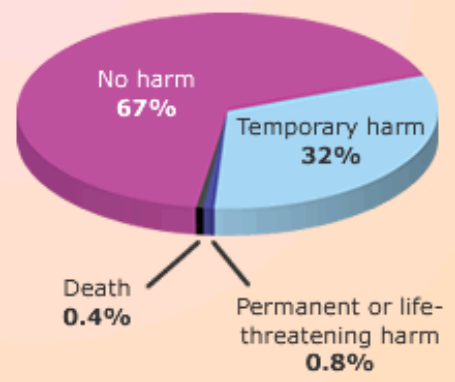


Among 400 consecutive patients at an academic hospital, 76 (19%) had adverse events soon after discharge, most either preventable or ameliorable

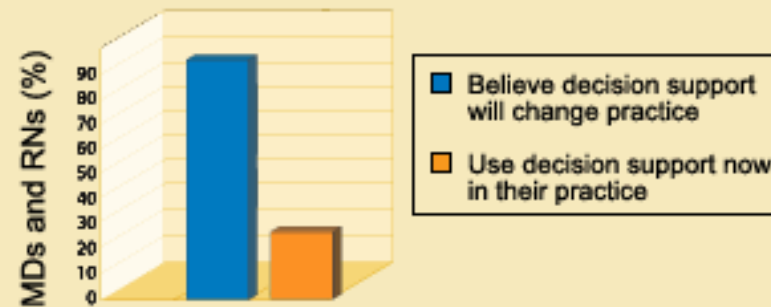


Source: Forster AJ. Ann Intern Med. 2003;138:161-167

Voluntarily reported errors: Impact on patients

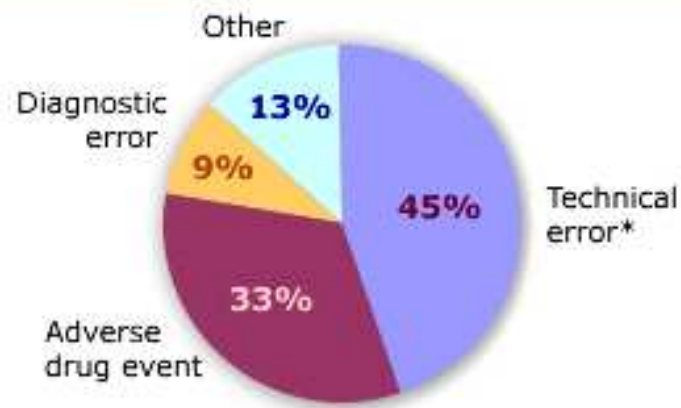


The vast majority of doctors and nurses believe that decision support technology will change medical practice in the next 5 years, but few actually use it now.



Source: AHA News Now 1/29/2002

Types of Iatrogenic Events Leading to ICU Admission



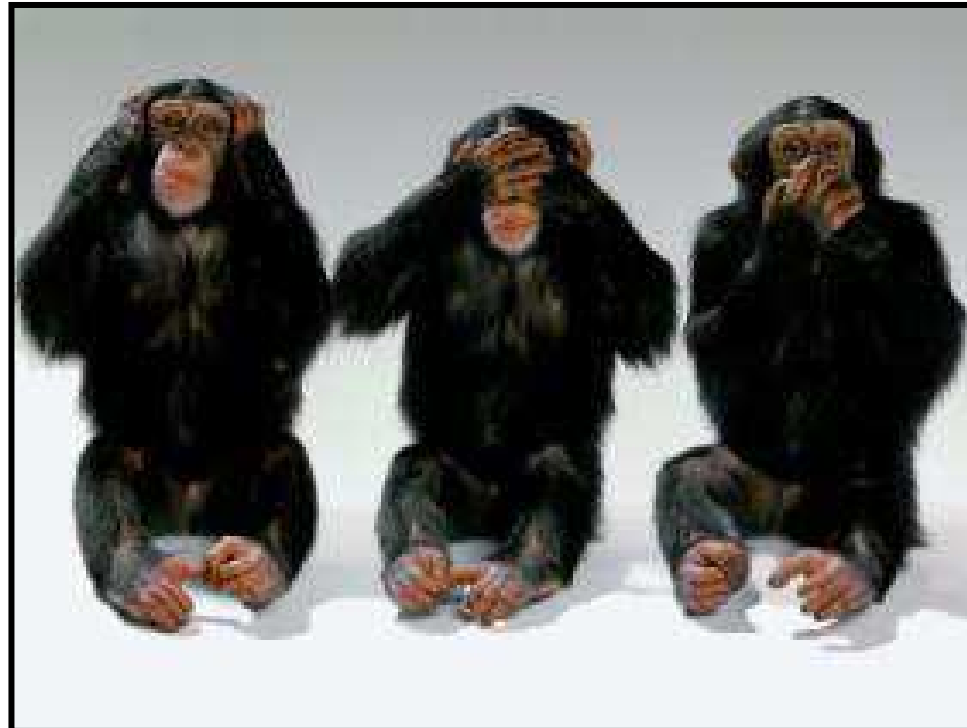
*Such as injury or bleeding during an operation

Although most providers (98%) are aware of incident reporting system, nurses use it more than doctors

	Nurses	Doctors
Have completed an incident report	89.2%	64.6%
Know how to locate/access an incident form	88.3%	43.0%
Know what to do with a completed incident form	81.9%	49.7%

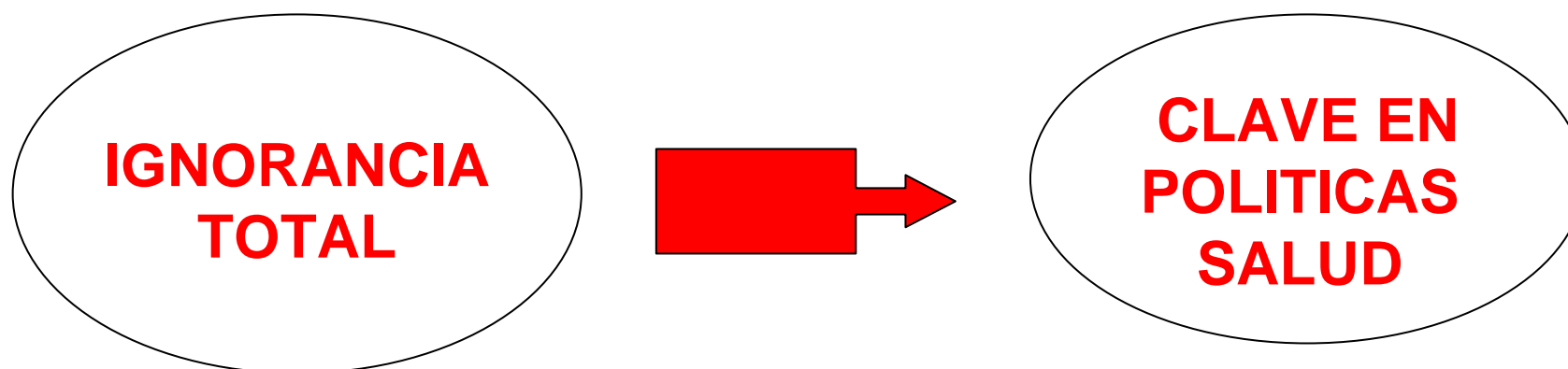
Promoting

PATIENT SAFETY



Seguridad de los Pacientes Fundamentos Eticos

Preocupación por error médico y seguridad paciente



- Recauda una inversión presupuestaria millonaria
- Bibliografía científica con crecimiento exponencial

Seguridad de los Pacientes Fundamentos Eticos



- Hay una cuestión que no ha merecido toda la atención que seguro merecería

- Que hay de la Dimensión Etica ?

**OBLIGACIONES MORALES QUE LA
SEGURIDAD PACIENTE GENERA A
TODOS LOS ACTORES IMPLICADOS**



The Hastings Center

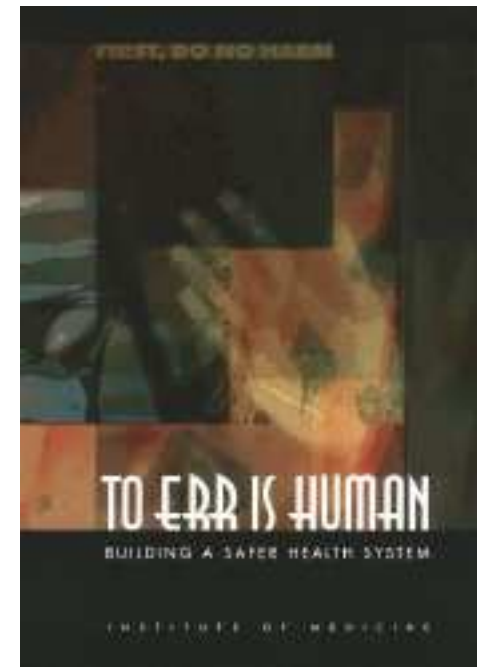
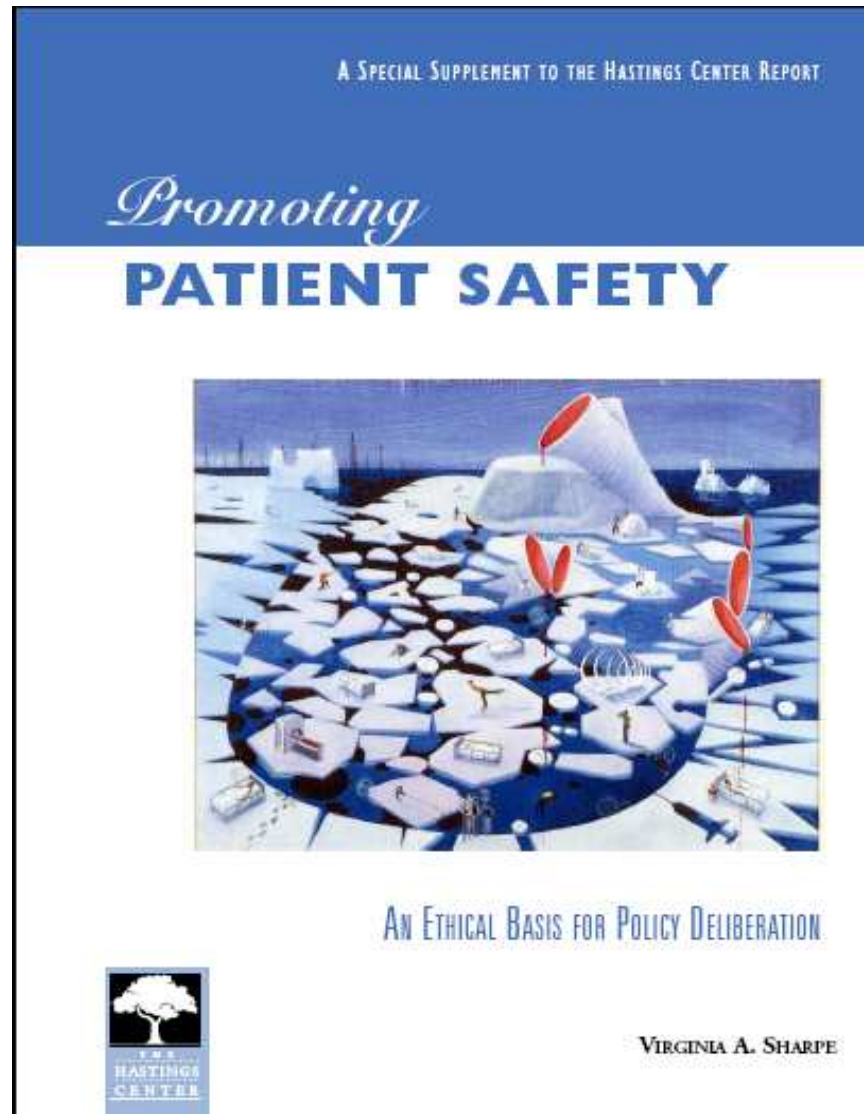
Leading bioethics into the future



THE
HASTINGS
CENTER

21 MALCOLM GORDON RD.
GARRISON, NEW YORK
10524





Institute of Medicine
Committee on Quality
of Health Care in
America
2000

Seguridad de los Pacientes Fundamentos Eticos

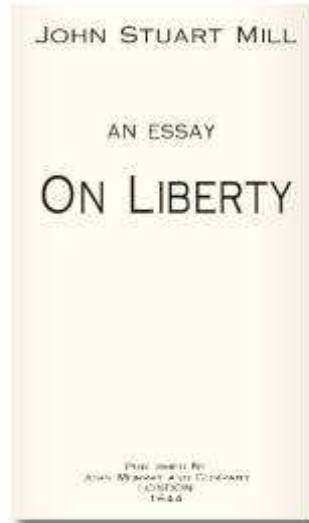
Aclarar las motivaciones éticas que subyacen a la preocupación por la

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

- **ETICAS TELEOLOGICAS**
- **ETICAS DEONTOLOGICAS**
- **ETICAS DE LA RESPONSABILIDAD**

Seguridad de los Pacientes

Argumentaciones Teleológicas



Argumentaciones Teleológicas
Juicio moral: consecuencias
Objetivo: maximizar beneficio
Principio utilidad: maximizar
beneficio obtenido por el mayor
número posible de personas
UTILITARISMO

- 1. DIMENSION ECONOMICA DEL PROBLEMA**
- 2. PREOCUPACION POR BIENESTAR PERSONAS**
- 3. DISMINUIR DEMANDAS JUDICIALES**

Seguridad de los Pacientes

Argumentaciones Teleológicas

1. Dimensión económica del problema:



- Costos anuales de errores
- 17 y 29 mil millones de \$US
- Rentabilidad económica es una cuestión ética importante
- Dinero público
- Utilidad reducida al beneficio
- **GRANDES** números **PEQUEÑOS**

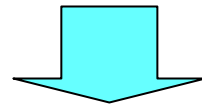
Determinadas medidas de seguridad en un determinado hospital no sean útiles en términos económicos, pues la ocurrencia de los errores y/o sus consecuencias no tienen tasas tan elevadas como para hacer rentable la inversión

Seguridad de los Pacientes

Argumentaciones Teleológicas

2. Preocupación por el Bienestar de las Personas:

Las políticas públicas tienen la obligación de maximizar el bienestar para la mayor cantidad de ciudadanos

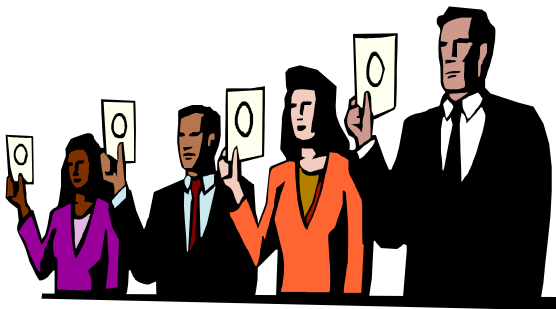


El problema del error médico y la seguridad de los pacientes se ha revelado como fuente importante de perjuicio y malestar para la ciudadanía, por lo que es obligación de los poderes públicos atajar el problema, mediante planes generales que se planteen metas poblacionales

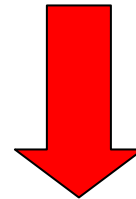
Seguridad de los Pacientes

Argumentaciones Teleológicas

3. Necesidad de disminuir las Demandas Judiciales:



Articular medidas preventivas



IMPACTO MEDIATICO

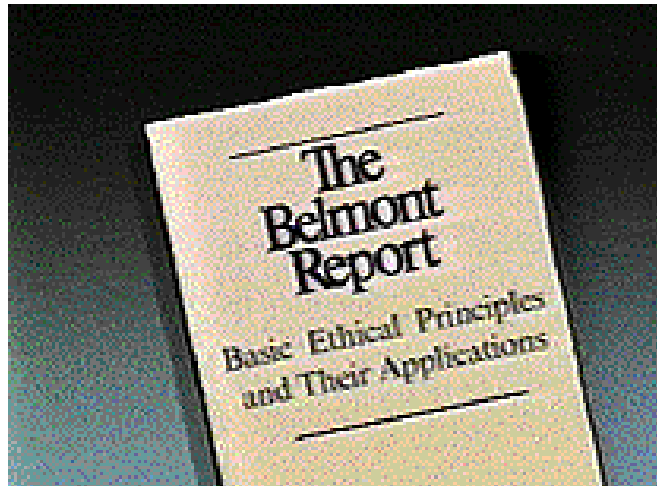
SOCIAL

ECONOMICO

Disminuir el potencial desprestigio tanto de la clase médica como de las instituciones de salud producido por los juicios de malpraxis y aumentar la confianza de la ciudadanía en los sistemas de salud es, por tanto, un objetivo prioritario de las estrategias de seguridad

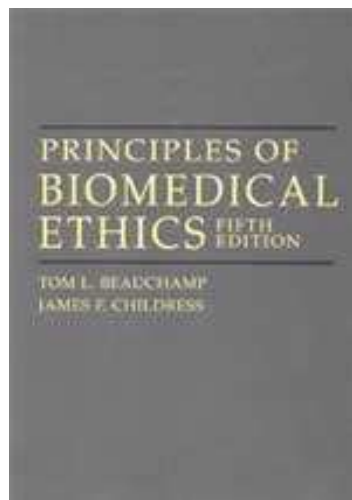
Seguridad de los Pacientes

Argumentaciones Deontológicas



Argumentaciones Deontológicas
Juicio moral: valores, principios
o normas éticas.

Sentido acción: deber de respetar
estos valores o principios
PRINCIPIALISMO



Seguridad de los Pacientes

Argumentaciones Deontológicas



- **NO MALEFICENCIA:** *debes evitar el daño a tus pacientes, evitando realizarles actos clínicos contraindicados o técnicamente mal hechos.*
- **BENEFICENCIA:** *debes procurar maximizar el bien de tu paciente, ayudándole a que en la actuación clínica se realicen en lo posible sus valores y preferencias.*
- **AUTONOMIA:** *debes partir de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida, lo que te obliga a respetar sus decisiones respecto a lo que deba hacerse con su cuerpo sano o enfermo.*
- **JUSTICIA:** *debes procurar repartir equitativamente los beneficios y las cargas, asegurando un uso eficiente y equitativo de los recursos*

Alianza Mundial de la OMS ha escogido como lema:

“ ANTE TODO NO HACER DAÑO “



- *La obligación de no producir daño*
- *La obligación de prevenir el daño*
- *La obligación de retirar lo que esté haciendo un daño*
- *La obligación de promover lo que hace bien*

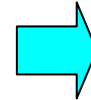
Seguridad de los Pacientes

Etica Deliberativa de la Responsabilidad



Obligaciones relativas a la seguridad derivan:

Principio de no maleficencia



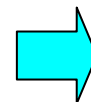
Prevenir el error

Principio de Justicia

Falta de seguridad

Ocurrido un error y producido un daño:

Principio de Autonomía



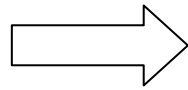
Derecho: saber que pasó

Principio de Beneficencia

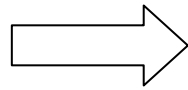
Reclamar apoyo,
ayuda y reparación.

Ética y Seguridad de los Pacientes

*Una razón que explica la dificultad para arrojar luz sobre los problemas de seguridad de los pacientes: la perspectiva tradicional de análisis: **PERSONAL y RETROSPECTIVA***

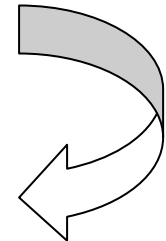


**Sucedió
Resultado
Individual y culposa**



**Profesional hizo mal
Responsabilidad suya,
sólo suya y todo suya**

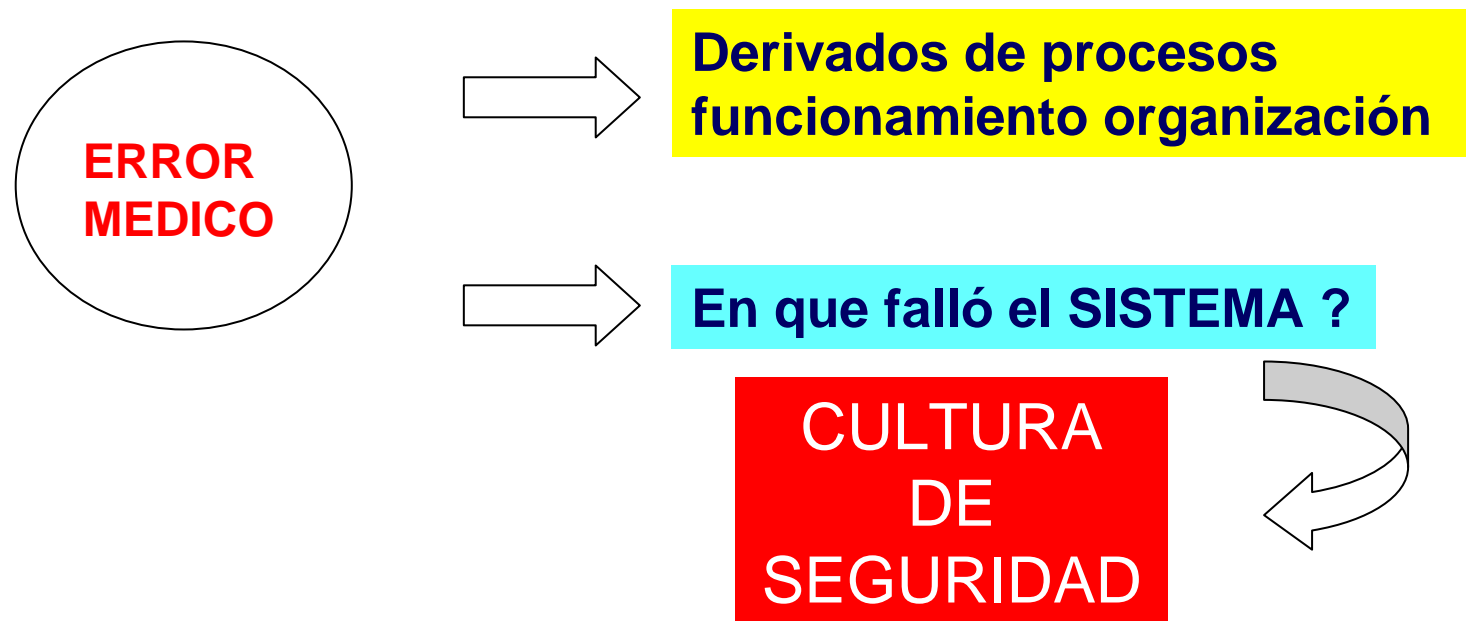
ABANDONO



*Es mejor **OCULTAR** los hechos, que pasar por el sufrimiento de ser juzgado socialmente y judicialmente en completa soledad*

Etica y Seguridad de los Pacientes

Una de las VIRTUALIDADES del IOM, su insistencia en necesidad de superar esta forma de abordar el problema



La metodología retrospectiva de investigación no será, del tipo interrogatorio policial, sino organizacional "root cause analysis"

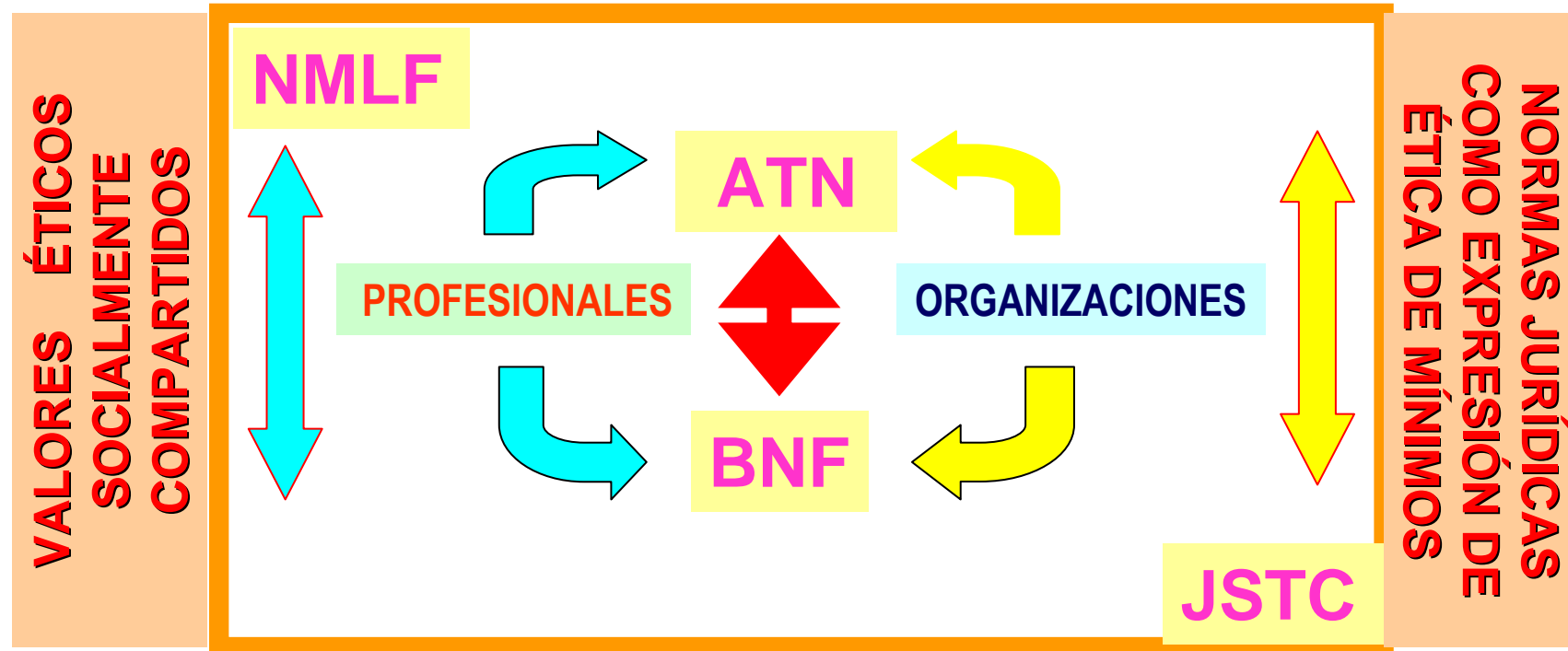
Etica y Seguridad de los Pacientes

*Informe Hastings ha señalado los **PELIGROS** de esta forma de enfocar el problema.*



Esto puede ser perjudicial para los pacientes, que ven como sus posibilidades de pedir responsabilidades subjetivas se desvanecen en la nebulosa de la mera responsabilidad objetiva de la organización

Etica y Seguridad de los Pacientes



Sensato parece recuperar la idea de que las obligaciones derivadas de los 4 principios de la bioética afectan tanto a los profesionales a nivel personal como a las organizaciones en su conjunto. Y cada uno debe asumir sus responsabilidades al respecto, que son a la vez retrospectivas y prospectivas

Etica Profesional y Seguridad del Paciente

- Obligado a proteger a su paciente del daño:

Cuidado esmerado calidad de la práctica

Responsable adquirir y mantener altos

estandares de calidad científico-técnica.

- Uso correcto de los recursos:

Alto grado de eficiencia

Implicación en procesos organización

que traiga a generar una “cultura de la

seguridad

**RESPONSABILIDAD PERSONAL
Y PROSPECTIVA**

Etica Profesional y Seguridad del Paciente

- Obligado a informar a su paciente del daño:
Asumir su responsabilidad sobre el daño que él
Aceptar posibilidad procesarse contra
- Obligado a reparacion física y emocional del daño
Procesos emocionales permitan pedir
perdón y liberarse de culpa y al paciente
sentirse respetado como persona
- Obligacion de la propia organización:
Informar al paciente, para que esta
adoptar medidas oportunas en orden a
reparar el daño ocurrido, como para evitar
que vuelva a suceder

**RESPONSABILIDAD PERSONAL
Y RETROSPECTIVA**

LAS OBLIGACIONES ÉTICAS DE LOS PROFESIONALES

ón

NO-MALEFICENCIA

Cuidado Calidad de su práctica
Mantener estándares técnicos

JUSTICIA

Eficiencia
Cultura Seguridad

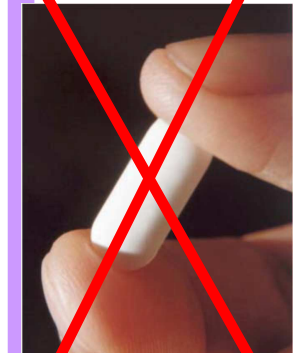
AUTONOMIA

Informar lo ocurrido
Asumir responsabilidad subjetiva

TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES

BENEFICENCIA

Reparación daño físico y moral



Etica Institucional y Seguridad del Paciente

- Obligada a generar “ Cultura de Seguridad “:
 - Estructura física de edificios e instalaciones
 - Procesos organizativos y funcionamiento
 - Orientados a la prevención de seguridad
- Inversión suficiente en el uso de recursos
 - Garantizar la seguridad de los pacientes
 - Suficiente personal humano, profesionales para evitar la acumulación excesiva de horas trabajo, con alta probabilidad de errores

**RESPONSABILIDAD
ORGANIZACIONAL
Y PROSPECTIVA**

Etica Institucional y Seguridad del Paciente

- Obligada a informar al paciente del daño:
Asumir su responsabilidad objetiva ante él
Aceptar posibilidad procesos legales contra
- Obligada a reparacion financiera del daño
organización debe proporcionar apoyo
emocionalmente a la familia
(psicólogos o médicos)
permitir a la familia participar activamente
en procesos de mejora de la calidad
- Poner en marcha instrumentos adecuados:
Desarrollar programas acreditación o certificación
Potenciar comités de ética que aborden temática
Exige dar el paso a Comités Etica Organizacional

**RESPONSABILIDAD
INSTITUCIONAL Y
RETROSPECTIVA**

LAS OBLIGACIONES ÉTICAS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

ón

NO-MALEFICENCIA

Generación Cultura de Seguridad
Estructura física y procesos
Protección y seguridad paciente

JUSTICIA

Inversión suficiente y eficiente de recursos
Acreditación Calidad

ACREDITACION Y
CERTIFICACION CALIDAD

AUTONOMIA

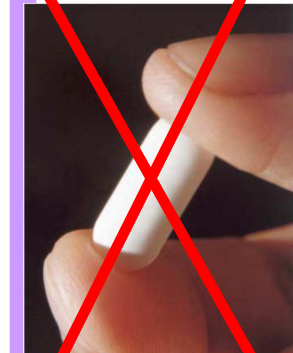
Informar lo ocurrido. Cuanto ?
Asumir responsabilidad objetiva

TOMA COMPARTIDA
DE DECISIONES

BENEFICENCIA

Reparación daño físico y moral

COMITES DE ETICA
ORGANIZACIONAL



Propuestas al alcance individual

- *Refrendar el compromiso con el paciente antes que con nada ni nadie.*
- *Sistematizar o protocolizar los procedimientos a manera de prever las contingencias y minimizar los riesgos.*
- *Evitar a toda costa el sufrimiento innecesario.*
- *Valorar siempre los beneficios en función del riesgo.*

Propuestas al alcance individual

- *Evitar las acciones superfluas o excesivas.*
- *Mantenerse permanentemente actualizado y apto para ofrecer siempre la mejor alternativa existente.*
- *Minimizar la magnitud de los desenlaces dañinos inevitables.*
- *Prescribir sólo lo indispensable.*
- *Consultar las dosis e indicaciones de los medicamentos; no hay ningún desdoro en hacerlo frente al paciente.*

Propuestas al alcance individual

- *Si hay una persona más apta que uno para realizar un procedimiento, referirle al enfermo o solicitarle asesoría y supervisión.*
- *En igualdad de circunstancias, elegir la opción menos costosa.*
- *Denunciar fraudes y charlatanes. Probablemente será necesario crear un sistema para ello, en donde se eluda el riesgo de canibalismo por razones de competencia comercial.*

Propuestas al alcance individual

- *Dedicar tiempo suficiente a las explicaciones.*
- *Informar debidamente al paciente de los riesgos y de la necesidad de informar al médico sobre los eventos adversos y reportarse.*
- *Considerar la autodeterminación del paciente competente y hacerlo participar en las decisiones que le conciernen.*

Propuestas al alcance individual

- *Analizar los propios errores y sacar debido provecho de ellos corrigiendo los defectos y superando la ignorancia. Ello significa una práctica reflexiva y dialéctica, que elude las rutinas.*



Hacer el bien y no perjudicar
(Hipócrates Siglo V AC)

Primum non nocere
(Tradición latina Siglo XIX)

Errar es humano

Ocultar los errores es incorrecto

No aprender de ellos no tiene perdón
(L. Donaldson Presidente WAPS 2004)

Seguridad de los Pacientes Fundamentos Eticos



Conclusión:

- próximos años, seguridad de los pacientes llegará a ser una preocupación central de nuestros sistemas sanitarios*
- esa preocupación no es circunstancial y transitoria, sino que nace de las obligaciones éticas que tanto los profesionales como las organizaciones tienen al respecto*
- estas obligaciones se articulan en torno a los principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, y se realizan mediante la consecución de una auténtica cultura de la seguridad dentro de nuestras instituciones*

Seguridad de los Pacientes

Fundamentos Eticos

De existir esa cultura de la seguridad en el hospital del caso clínico.

Profesionales implicados quizás se hubieran atrevido a asumir sus responsabilidades éticas y jurídicas.

La Organización enterada de lo sucedido, lo hubiera afrontado también.

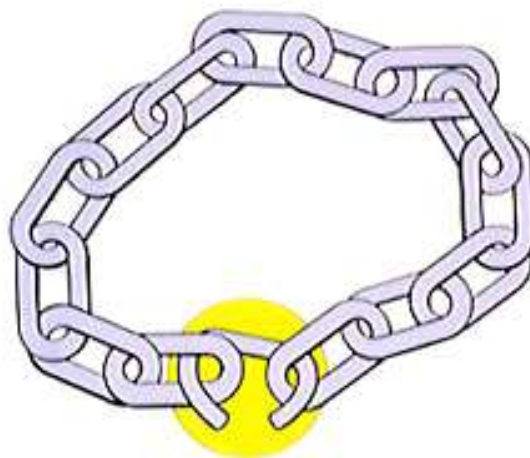
De haberlo hecho así, todos hubieran actuado con más

CALIDAD

RESPONSABILIDAD

MADUREZ ETICA

La seguridad
es cosa de todos,



¡ÚNETE A ELLA!

¡ MUCHAS GRACIAS !