

Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente

Edición Multiprofesional

Versión preliminar en Español



Facultad de Medicina

Instituto de Seguridad y Calidad
en Ciencias de la Salud

Centro Piloto OMS-USAL



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Ciencia a la mente y virtud al corazón



Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente

**Edición
Multiprofesional**

-BORRADOR-

La versión en inglés fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2012 con el título **The multi-professional patient safety curriculum guide**, © World Health Organization 2011

Esta traducción preliminar al español es aportada por la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador, que es solamente responsable de dicha traducción. El contenido de esta versión preliminar no debe ser reproducido y/o utilizado en parte o en su totalidad por un tercero.



Contenido

Abreviaturas	5
Prefacio	8
Introducción	18

Parte A: Guía para el Docente

1. Antecedentes	22
2. ¿Cómo se seleccionaron los temas de la Guía Curricular?	25
3. Objetivos de la Guía Curricular	34
4. Estructura de la Guía Curricular	36
5. ¿Cómo implementar la Guía Curricular	
6. ¿Cómo integrar el aprendizaje de la seguridad del paciente a su programa curricular?	41
7. Principios educativos esenciales para la enseñanza y el aprendizaje de la seguridad del paciente	51
8. Actividades para ayudar a entender la seguridad del paciente	56
9. ¿Cómo evaluar la seguridad del paciente?	61
10. ¿Cómo evaluar los planes curriculares sobre seguridad del paciente?	69
11. Herramientas y recursos por Internet	74
12. ¿Cómo fomentar un enfoque internacional orientado a la educación en seguridad del paciente?	75

Parte B: Temas de la Guía Curricular

Definiciones de conceptos clave	80
Claves para entender los íconos	82
Introducción a los temas de la Guía Curricular	83
Tema 1: ¿Qué es la seguridad del paciente?	92
Tema 2: ¿Por qué aplicar el factor humano es importante para la seguridad del paciente?	111
Tema 3: ¿Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente?	121
Tema 4: ¿Cómo ser un jugador eficiente en equipo?	133
Tema 5: ¿Cómo aprender de los errores para prevenir el daño?	151
Tema 6: ¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?	162
Tema 7: ¿Cómo utilizar los métodos de mejoramiento de la calidad para perfeccionar la atención?	176
Tema 8: ¿Cómo involucrarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales?	192
Introducción a los Temas 9-11	209
Tema 9: La prevención y el control de las infecciones	210
Tema 10: La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos	227
Tema 11: ¿Cómo mejorar la seguridad de la medicación?	241
Anexos	
Anexo 1: Vínculo con el Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente	260
Anexo 2: Ejemplos de métodos de evaluación	261
Agradecimientos	268

Abreviaturas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas)	NASA	National Aeronautics and Space Administration (Administración Nacional Aeronáutica y Espacial).
RAM	Resistencia a los antimicrobianos	NCPS	National Center for Patient Safety (Centro Nacional para la Seguridad del Paciente).
APSEF	Australian Patient Safety Education Framework (Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente)	NPSEF	National Patient Safety Education Framework (Marco Nacional sobre Educación en Seguridad del Paciente).
RAC	Recuperación acelerada tras una colectomía.	AINEs	Antiinflamatorios No Esteroides.
DDC	Debate de casos.	SO	Sala de Operaciones.
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.	ECEO	Examen Clínico Estructurado por Objetivos.
MPC	Mejoramiento de la Práctica Clínica.	DVL	De Venta Libre.
ITS-AC	Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Cateterismos.	ABRP	Aprendizaje Basado en la Resolución de Problemas.
CRM	Crew Resource Management (término aeronáutico equivalente a "Gestión de Recursos de Tripulación").	PHEA	Planear-Hacer-Estudiar-Actuar.
ECG	Electrocardiograma.	EPP	Equipo de Protección Personal.
PCE	Preguntas Concordantes Extendidas.	ACR	Análisis de las Causas Radicales.
AMFE	Análisis del Modo de Falla y sus Efectos.	SNA	Sistema de Notificación y Aprendizaje.
IAAC	Infección Asociada a la Atención Clínica.	NPR	Número de Prioridad de Riesgo.
VHB	Virus de la Hepatitis B.	PBMRP	Pregunta Breve de Mejor Respuesta Posible.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.	ISQ	Infección del Sitio Quirúrgico.
OAC	Organización de Alta Confiabilidad.	TB	Tuberculosis.
UTI	Unidad de Terapia Intensiva..	RU	Reino Unido.
IHI	Institute for Healthcare Improvement (Instituto para el Mejoramiento de la Atención Clínica).	EE.UU.	Estados Unidos.
IOM	Institute of Medicine (Instituto de Medicina).	VA	Veteran Affairs (Departamento de Asuntos relativos a Veteranos de los EE.UU.).
EIP	Educación Inter-Profesional.	ERV	Enterococcus resistente a la vancomicina.
IV	Intravenoso.		
RM	Resonancia Magnética.		
POM	Pregunta de Opción Múltiple.		
PEM	Pregunta de Ensayo Modificado.		
Mini-EEC	Mini-Ejercicio de Evaluación Clínica.		
SARM	Staphylococcus aureus resistente a la meticilina.		
CCMF	Comentarios Críticos de Múltiples Fuentes.		





**Guía
Curricular
sobre
Seguridad
del Paciente
Edición
Multiprofesional**



Organización Mundial de la Salud

La atención clínica ha evolucionado significativamente en los últimos 20 años. Tanto nuestro conocimiento de las enfermedades como las innovaciones tecnológicas han contribuido a mejorar la expectativa de vida durante el siglo XX. Pero uno de los más grandes desafíos de la actualidad es que no se trata de mantenerse al día con los más recientes procedimientos clínicos o el equipamiento de última tecnología, sino que, más bien, consiste en brindar una atención más segura en entornos complejos, bajo presión y de movimientos veloces. En tales situaciones, siempre hay algo que puede salir mal. Los eventos adversos ocurren. Se suele ocasionar a los pacientes un daño involuntario, pero grave, durante la práctica clínica de rutina, o bien, como consecuencia de una decisión clínica.

Muchos países del mundo ya han reconocido que la seguridad del paciente es importante, por lo que están generando maneras y métodos para mejorar la calidad y la seguridad de la atención clínica. También, han reconocido la importancia de educar a los profesionales de la salud en los principios y conceptos relativos a la seguridad del paciente. Es necesario fortalecer tales competencias para mantenerse al ritmo de las complejidades del sistema y de las exigencias requeridas de la fuerza laboral.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud está liderando un emprendimiento global destinado a potenciar la educación en seguridad del paciente, sus principios y enfoques que conlleven a una futura generación de trabajadores de la salud educados con el propósito de ejercer una atención clínica centrada en el paciente en todos los rincones del planeta. Es así que la OMS se ha embarcado en el desarrollo de una guía curricular sobre seguridad del paciente bajo una perspectiva multiprofesional, un enfoque basado en los sistemas de salud de alcance global. Por lo tanto, ha acelerado los esfuerzos para ayudar, tanto a universidades como a facultades de ciencias de la salud, a generar e integrar el aprendizaje de la seguridad del paciente dentro de sus programas curriculares ya existentes.

La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con gobiernos, universidades y facultades de todo el mundo, asociaciones profesionales internacionales en disciplinas tales como odontología, medicina, partería, enfermería y farmacia y sus respectivas asociaciones estudiantiles, han hecho que la educación en seguridad del paciente se tornara relevante para las necesidades y requerimientos de los entornos laborales clínicos actuales. La combinación de energía, recursos y experiencias han resultado esenciales para el desarrollo de la edición Multiprofesional de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente. Los frutos de la aplicación de sus recomendaciones serán inmediatos y mensurables en función de los conocimientos y las habilidades que vayan adquiriendo los estudiantes de ciencias de la salud, quienes así estarán mejor preparados para ejercer su práctica profesional de manera más segura.

Dra. Margaret Chan

Directora General

Organización Mundial de la Salud



Organización Mundial de la Salud

El compromiso a nivel mundial con la seguridad del paciente ha crecido desde finales de la década de 1990. Esto fue provocado por dos informes muy influyentes: “*Errar es Humano*”, elaborado por el Instituto de Medicina de los EE.UU. en 1999 y “*Una Organización con Memoria*”, producido por el Ministro de Salud del Gobierno del Reino Unido en el año 2000. Ambos informes reconocieron que el error es algo de rutina durante la prestación de atención clínica, y se da en, aproximadamente, un 10% de las internaciones hospitalarias. En algunos casos, el daño ocasionado es grave, incluso fatal.

Desde la publicación de estos dos informes influyentes, la cruzada por mejorar la seguridad de la atención para los pacientes se ha convertido en un movimiento global, lo cual ha generado una destacable transformación en la manera de percibir la seguridad del paciente. Al haber comenzado siendo un interés académico minoritario, ahora se ha convertido a una firme prioridad para la mayoría de los sistemas sanitarios.

Sin embargo, el estado actual de la seguridad del paciente a nivel mundial sigue siendo motivo de honda preocupación. A medida que se han recopilado datos de manera más globalizada sobre la escala y naturaleza de los errores y eventos adversos, ha quedado de manifiesto que una atención insegura constituye una característica de casi todos los aspectos de la atención clínica.

Desde hace tiempo que la educación y formación de odontólogos, médicos, parteras, enfermeras, farmacéuticos y demás profesionales de la salud han sido el cimiento de una atención clínica segura y de alta calidad. No obstante ello, se ha subutilizado y subvalorado como herramienta vital para abordar los desafíos de lograr una mejor seguridad del paciente. Queda claro que hace falta un nuevo enfoque si es que la educación y la capacitación han de cumplir plenamente la función que deberían en pos de mejorar la seguridad del paciente.

Durante los últimos tres años, la Organización Mundial de la Salud ha venido investigando los vínculos existentes entre la educación y la práctica clínica, es decir, entre la educación de la fuerza laboral sanitaria y la seguridad del sistema de salud. Como resultado de ello, ha desarrollado la presente Guía Curricular Multiprofesional sobre Seguridad del Paciente, la cual aborda diversas ideas y métodos para enseñar y evaluar con mayor eficacia la seguridad del paciente.

La Guía Curricular de la OMS es un programa integral destinado a lograr un aprendizaje eficaz de la seguridad del paciente por parte del estudiante. Destaca los principales riesgos de la atención clínica y cómo manejarlos, ilustra cómo hay que reconocer eventos adversos y peligros, notificarlos y analizarlos. Enseña sobre el trabajo en equipo y la importancia de una comunicación clara en todos los niveles de la atención clínica, a la vez que enfatiza la importancia de comprometerse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales a fin de generar y sustentar una cultura de seguridad del paciente.

Espero que esta Guía Curricular inspire a la futura generación de profesionales de la salud para que emprendan su cruzada vitalicia en pos de brindar a sus pacientes la mejor y más segura atención clínica que se merecen.

Sir Liam Donaldson

Enviado para la Seguridad del Paciente
Organización Mundial de la Salud



FDI Federación Dental Internacional

En la actualidad, hay cada vez más conciencia y reconocimiento de la seguridad del paciente como factor crucial de la atención clínica. También, se percibe una necesidad de observar con detalle los procedimientos que se adoptan con éxito en otros ámbitos profesionales, notablemente en el campo de la seguridad comercial, para ver cómo se pueden adaptar a situaciones clínicas. De la mano de esto, sobreviene para los estudiantes de todas las disciplinas clínicas una apremiante necesidad de aprender y entender cómo se manejan y gestionan los eventos adversos a fin de asegurar un alto grado de seguridad para el paciente.



La Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente: Edición Multiprofesional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa un recurso importante: no solo porque despertará conciencia mundial acerca de la necesidad de educación en seguridad del paciente, sino también porque ayudará a los educadores a integrar el concepto de seguridad a los ya existentes programas curriculares de las carreras de la salud.

Esto contribuirá a sentar las bases de los conocimientos y las habilidades tendientes a una mejor preparación de los estudiantes para su práctica clínica, al tiempo que ayudará a desarrollar una futura fuerza laboral de profesionales de la salud formados en seguridad del paciente y capaces de cumplir con las exigencias de los entornos complejos actuales.

El año pasado, la FDI Federación Dental Internacional ha procurado revisar sus estrategias globales de salud bucal e identificar las principales cuestiones globales y prioridades regionales. Una de las cuestiones planteadas fue el aseguramiento y el mejoramiento de la calidad con respecto de la seguridad, comunicación e información del paciente. Por lo tanto, es alentador ver que las cuestiones planteadas se traducen inmediatamente en materiales pedagógicos que se pueden trabajar y utilizar basados en conceptos derivados de la práctica del sector.

El concepto de seguridad del paciente como actitud “básica” para ser introducida en los primeros años de las carreras de odontología es uno de los principios por los que la FDI ha venido bregando desde hace ya mucho tiempo. La prominencia que este programa de la OMS brinda a la capacitación de los futuros odontólogos en las técnicas de práctica de la seguridad del paciente en todos los aspectos de su labor profesional constituye un buen augurio para sus futuras carreras y el futuro de la odontología en todo el mundo.

La FDI se enorgullece de haber participado en este proyecto de colaboración con la OMS, que es en gran medida parte del proceso que hemos propiciado para apoyar la causa de la salud bucal y perseguir los objetivos de una educación continua. También, resulta útil para integrar la odontología en las demás profesiones clínicas y destacar, así, los principios comunes que rigen su enfoque respecto de la seguridad del paciente.

Dr. Roberto Vianna

Presidente

FDI Federación Dental Internacional



Federación Farmacéutica Internacional



La seguridad del paciente constituye una cuestión de suma prioridad para todos los profesionales –al igual que para los farmacéuticos– que se encargan del cuidado de la salud y del bienestar general de la gente. Durante siglos, los farmacéuticos han sido los guardianes y salvaguardas frente a los “venenos”... esas sustancias que podrían causar daño a la gente. Hoy, más que nunca, los farmacéuticos corren con la responsabilidad de asegurar que cuando el paciente reciba un medicamento este no le cause daño.

El reciente cambio de paradigma en la práctica farmacéutica, desde un enfoque centrado en el producto a otro centrado en el paciente, ha conllevado a un mayor desarrollo de la atención farmacéutica, que se concentra en prevenir o resolver los problemas reales o potenciales de todo tratamiento farmacológico, mediante la provisión de servicios integrales orientados a los pacientes.

Los farmacéuticos también contribuyen con prácticas cooperativas en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios, toda vez que existe una sólida evidencia de que se puede aumentar la seguridad del paciente por medio de una participación activa en equipos clínicos multidisciplinarios. Dado que la FIP cree que la consolidación de la seguridad del paciente en los programas curriculares de las carreras de farmacia podría potenciar aun más su capacidad de contribuir con la seguridad del paciente, ha realizado aportes a la elaboración del presente documento y le da la bienvenida como herramienta valiosa.

Sr. Ton Hoek

Secretario General

Federación Farmacéutica Internacional (FIP)



Confederación Internacional de Parteras

Los miembros de la Confederación Internacional de Parteras (ICM) han dedicado su tiempo y experiencia en colaborar con la Organización Mundial de la Salud y demás profesiones clínicas a fin de crear una Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente verdaderamente multidisciplinaria y multiprofesional destinada a enseñar los principios de la seguridad del paciente a un amplio público de profesionales de la salud. Los casos de estudio presentados en esta guía no solo ayudarán a los estudiantes a reconocer el rol que tiene la seguridad del paciente en los distintos ámbitos clínicos, sino también a destacar la necesidad de lograr una mejor colaboración y comunicación interprofesional a fin de evitar errores relacionados con la atención clínica.

Como Presidente de la ICM, felicito a los numerosos profesionales de la salud y a la OMS, quienes conjuntamente han elaborado esta Guía. Desde luego, me siento especialmente orgullosa de los aportes realizados por las parteras integrantes de la ICM, quienes han trabajado y cooperado incansablemente para dar a luz esta Guía Curricular. Deseo y espero que sea de gran utilidad para la comunidad sanitaria internacional, ya que se esmera por responder a las necesidades sanitarias del mundo.

Sra. Frances Day-Stirk

Presidente

Confederación Internacional de Parteras





Consejo Internacional de Enfermeras



El Consejo Internacional de Enfermeras se complace de haber contribuido con el desarrollo de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente: Edición Multiprofesional de la OMS, la cual brinda una plataforma común dirigida a los profesionales de la salud para poder abordar esta importante cuestión.

Las enfermeras de todo el mundo tienen una función crucial que desempeñar en el mejoramiento de la seguridad del paciente. Si bien cada uno de los profesionales tiene el deber de asegurar que su práctica no haga daño, la prestación de atención clínica está recayendo cada vez más en equipos. Trabajar a partir de este recurso integral facilita el trabajo en equipo y brinda una base de conocimientos común que, a su vez, ofrece flexibilidad para que cada disciplina realice su aporte singular. Asimismo, esta guía despierta conciencia acerca de la necesidad de integrar la seguridad del paciente al programa curricular de todas las carreras de la salud.

Dra. Rosemary Bryant

Presidente

Consejo Internacional de Enfermeras



Asociación Médica Internacional

La seguridad constituye la piedra angular de la calidad en la atención clínica, y su éxito requiere del compromiso individual y grupal. Tanto los individuos como los procesos rara vez son causas únicas de errores. Antes bien, hay elementos por separado que al combinarse producen juntos situaciones de alto riesgo. Entender el riesgo en los procesos complejos de la salud y la atención médica requiere información acerca de los errores y los denominados desaciertos. De ellos, podemos aprender a salvar las brechas de la seguridad, reducir la morbilidad y la mortandad y aumentar así la calidad de la atención clínica.

Por lo tanto, resulta crucial contar con una cultura de la seguridad no punitiva al momento de lidiar con los errores y con mecanismos de notificación que ayuden a prevenir y corregir fallas sistémicas y errores humanos en lugar de buscar la culpabilidad de individuos u organizaciones. En la mayoría de los ámbitos clínicos, todavía hace falta seguir desarrollando esta cultura libre de la culpa. Un paso crucial en este proceso consiste en educar a los estudiantes de las carreras de la salud en el concepto de seguridad en la atención clínica, la práctica cooperativa y cómo implementarla en su futura labor cotidiana.

La atención clínica centrada en la persona se está tornando cada vez más compleja y especializada. Esto requiere que se preste más atención a un cohesivo trabajo en equipo aplicado a la atención de la salud. Una práctica verdaderamente cooperativa exige un alto grado de comunicación, una precisa transferencia de tareas y resultados y de roles y responsabilidades claramente definidos. Un entendimiento realista de los riesgos inherentes de la medicina moderna hace necesario que todos los profesionales de la salud sean capaces de cooperar con todas las partes involucradas, de adoptar un enfoque sistémico proactivo respecto de la seguridad, así como también que sean capaces de desempeñarse con responsabilidad profesional. Esto incluye, antes que nada, el diálogo con nuestros pacientes demostrando respeto por sus necesidades, expectativas, temores y anhelos.

La Asociación Médica Internacional alienta a los profesionales de la salud para que reconozcan la seguridad como uno de los principales elementos necesarios para mejorar la calidad de la atención clínica. Facilitar el desarrollo de conocimientos colectivos sobre situaciones y prácticas inseguras y tomar medidas preventivas para evitar riesgos innecesarios constituye la clave del éxito.

La Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente brinda una herramienta educativa para que los estudiantes de las profesiones clínicas entiendan el concepto de la seguridad del paciente y la práctica cooperativa. Asimismo, brinda orientación a los docentes para enseñar este tema con métodos pedagógicos modernos.

Dr. Wonchat Subhachaturas

Presidente

Asociación Médica Internacional





Asociación Internacional de Estudiantes de Odontología.

Red Estudiantil del Consejo Internacional de Enfermeras.

Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina.

Federación Internacional de Estudiantes de Farmacia

Dada la importancia de brindar una atención segura en los ámbitos clínicos actuales, los estudiantes tienen la necesidad cada vez mayor de aprender acerca de los eventos adversos que suceden en la atención clínica y la urgente necesidad de saber sobre seguridad del paciente. La introducción de la seguridad del paciente en la formación de los profesionales de la salud contribuirá a sentar las bases de los conocimientos y las habilidades con las que mejor se prepararán los estudiantes para su práctica clínica. Al mismo tiempo, ayudará a generar una futura fuerza laboral de profesionales clínicos formados en seguridad del paciente y capaces de satisfacer las demandas de los complejos entornos actuales.

La Asociación Internacional de Estudiantes de Odontología (IADS), la Red Estudiantil del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN-SN), la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) y la Federación Internacional de Estudiantes de Farmacia le dan la bienvenida conjunta a la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente: Edición Multiprofesional como importante recurso, no solo destinado a despertar conciencia global sobre la necesidad de la educación en seguridad del paciente, sino también a apoyar a los educadores en la introducción de esta disciplina en los programas curriculares ya existentes y, así, ayudar a preparar a los estudiantes para una práctica profesional más segura dentro de sus entornos laborales.

La ICN-SN, la IADS, la IFMSA y la IPSF avalan la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente: Edición Multiprofesional y les da la bienvenida a los esfuerzos de la OMS por apoyar a las universidades y facultades de odontología, medicina, enfermería y farmacia de todo el mundo para que introduzcan la educación en seguridad del paciente en los programas curriculares de las carreras de la salud. Las asociaciones estudiantiles agradecen los esfuerzos de la OMS por consultar a los estudiantes como participantes igualitarios en este proyecto y asegurarse de que sus sugerencias y opiniones hayan sido incorporadas en la Guía Curricular. Las asociaciones antes mencionadas apoyan firmemente la edición multiprofesional de la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente y felicitan a la OMS por hacerles posible a todos los participantes de este proyecto orientarse en tal dirección.

Sr. Ionut Luchian
Presidente
Asociación Internacional
de Estudiantes de Odontología

Sr. Chijioke Chikere Kadure
Presidente
Federación Internacional de Asociaciones
de Estudiantes de Medicina

Srta. Yasmin Yehia
Presidente
Red Estudiantil del Consejo
Internacional de Enfermeras

Sr. Jan Roder
Presidente
Federación Internacional
de Estudiantes de Farmacia





La voz del paciente en la educación profesional

Al haber estado involucrados en el desarrollo y las pruebas piloto de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina, era una evolución natural que *Pacientes para la Seguridad del Paciente* participara en la adaptación de la Guía Curricular para uso multidisciplinario. Le damos la bienvenida a esta oportunidad de colaborar con otro programa más de la OMS.

En la práctica, nuestra interacción con los estudiantes de todas las disciplinas y de todos los niveles ha reforzado la muy fuerte convicción de que como parte de su educación, los estudiantes deben exponerse y hacerse a la idea del valor que tiene la experiencia del paciente. Cuando ello se combine con la generación de conciencia sobre qué es lo que constituye una atención clínica verdaderamente centrada en el paciente, los estudiantes invariablemente aunarán su corazón, intelecto y habilidad en pos del beneficio de los pacientes y sus resultados clínicos.

Crucial, tanto para la seguridad del paciente como para un cambio cultural sostenible y un mejoramiento de la atención clínica, resulta la inserción formal de la perspectiva del paciente en la educación clínica. La investigación realizada en la Universidad de British Columbia, en Canadá, destaca que “los estudiantes recuerdan lo que aprenden de sus pacientes. La voz auténtica y autónoma del paciente promueve el aprendizaje de una atención clínica centrada en él”.

La nueva Guía Curricular de la OMS producirá los cambios esperados desde hace mucho tiempo. Servirán para propiciar una atención más segura que incluya tanto al paciente como a sus familiares. Es un hecho incontrastable que los estudiantes de hoy en día serán los profesionales clínicos del mañana: hombres y mujeres que tendrán en sus manos nuestras vidas y por quienes nosotros los pacientes deseamos tener la mayor estima.

Sra. Margaret Murphy

Líder Externa

Programa Pacientes para la Seguridad del Paciente

Introducción

La Edición Multiprofesional de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente es una guía integral destinada a asistir en la eficaz capacitación en materia de educación en seguridad del paciente brindada por las instituciones académicas dedicadas a las ciencias de la salud. Dado que la enseñanza de la seguridad del paciente es relativamente reciente para la mayoría de los educadores clínicos, la Guía Curricular proporciona, en una sola publicación, los marcos educativos y contiene los diversos conceptos y métodos para enseñar y evaluar la seguridad del paciente.

La presente Guía Curricular está diseñada para ser integrada con facilidad al programa curricular ya existente en las distintas carreras de la salud mediante el uso de un enfoque flexible que permite satisfacer las necesidades particulares de cada una de ellas, a la vez que resulta aplicable a distintas culturas y contextos. Si bien le ofrece a las facultades y universidades dedicadas a las ciencias de la salud un marco recomendado y materiales de referencia, también desde aquí se alienta a realizar adaptaciones personalizadas; por un lado, según los requerimientos y ámbitos locales y, por el otro, de acuerdo con las necesidades y recursos pedagógicos de los estudiantes.

El desarrollo de la Guía Curricular Multiprofesional comenzó en enero de 2010 y se basó en la Guía Curricular para Facultades de Medicina, publicada en el año 2009. Un grupo de trabajo común, compuesto por expertos procedentes de asociaciones profesionales internacionales en odontología, medicina, partería, enfermería y farmacia, así como también provenientes de las distintas regiones de la OMS, coordinó el trabajo de revisar la Guía Curricular 2009, evaluando la evidencia científica disponible y redactando algunas secciones, ya que resultarían de aplicación para odontólogos, parteras, enfermeras y farmacéuticos. También, proveyeron casos de estudio multiprofesionales para apuntalar el aprendizaje interdisciplinario y fomentar activamente el debate entre expertos y autores. Más de 50 especialistas internacionales contribuyeron con la preparación de este documento. Los autores, colaboradores, expertos y demás profesionales que participaron activamente y facilitaron el proceso de trabajo están enumerados en la sección de agradecimientos que figura al final del documento.

Secciones de la Guía Curricular

El documento se compone de dos partes: la Parte A: Guía para el Docente; y la Parte B: 11 Temas sobre Seguridad del Paciente. Por razones de comodidad, los gráficos y los cuadros están numerados según corresponden a la parte y sección en la cual se presentan.

La Parte A está dirigida a los educadores en ciencias de la salud.

Les brinda apoyo dándoles conocimientos y herramientas, al tiempo que los ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para implementar la educación en seguridad del paciente en sus propias instituciones. La Parte A provee un enfoque sistemático orientado a generar una capacitación institucional. Ofrece información de base sobre cómo seleccionar y enseñar cada tema curricular, formula sugerencias sobre cómo integrar la enseñanza sobre seguridad del paciente y brinda técnicas para explorar cómo esta materia puede insertarse dentro del programa curricular ya existente en la institución. Asimismo, la Parte A destaca los principios educativos que resultan esenciales para la enseñanza y el aprendizaje de la seguridad del paciente, a la vez que propone métodos para la evaluación de los estudiantes, así como también para la evaluación de los actuales contenidos curriculares de seguridad del paciente. A lo largo de todo el documento se enfatiza la importancia del compromiso del cuerpo docente como componente esencial para el mantenimiento de la sustentabilidad del programa. Al mismo tiempo, en toda la Parte A se ofrecen claros ejemplos de cómo se podría enseñar la seguridad del paciente.

La Parte B va dirigida tanto a los educadores como a los estudiantes de ciencias de la salud.

Contiene 11 programas sobre seguridad del paciente basado en temas sencillos de enseñar y que se pueden utilizar en conjunto o bien en forma independiente. Los temas cubren una amplia gama de contextos en los que se puede enseñar y aprender sobre esta materia.

Los 11 temas son:

Tema 1: ¿Qué es la seguridad del paciente?

Tema 2: ¿Por qué aplicar el factor humano es importante para la seguridad del paciente?

Tema 3: ¿Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente?

- Tema 4: ¿Cómo ser un jugador eficiente en equipo?
- Tema 5: ¿Cómo aprender de los errores para prevenir el daño?
- Tema 6: ¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?
- Tema 7: ¿Cómo utilizar los métodos de mejoramiento de la calidad para perfeccionar la atención?
- Tema 8: ¿Cómo comprometerse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales?
- Tema 9: La prevención y el control de las infecciones.
- Tema 10: La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos.
- Tema 11: ¿Cómo mejorar la seguridad de la medicación?

Los docentes pueden elegir cuáles de estos temas desean incorporar al programa curricular ya existente según los requerimientos, necesidades, recursos y posibilidades institucionales. Para la enseñanza real de la materia, se pueden utilizar distintos métodos educativos, como ser: disertaciones, enseñanza basada en las rondas de sala, aprendizaje en pequeños grupos, debates de casos, estudios independientes, seguimiento de pacientes, dramatizaciones, simulación y realización de proyectos de mejoramiento. Hay beneficios y desafíos en cada uno de estos métodos, por lo que los docentes deberían tener en cuenta que se pueden alcanzar distintos objetivos pedagógicos seleccionando distintos métodos.

Los Anexos 1 y 2 brindan ejemplos del contenido y el formato de las evaluaciones/exámenes. Los docentes pueden elegir el formato según el propósito de la evaluación/examen y los objetivos del resultado pedagógico.

El CD-Rom que hay en el interior de la tapa del documento contiene la versión electrónica de la Guía Curricular y 11 juegos de diapositivas para enseñar cada tema, además de información y herramientas para su promoción.





Parte A

Guía para el Docente

**Guía Curricular sobre
Seguridad del Paciente:
Edición Multiprofesional**

1. Antecedentes

¿Por qué los estudiantes de carreras de la salud necesitan educación en seguridad del paciente?

Los resultados en la atención de la salud han reflejado una mejora significativa a partir de los descubrimientos de la medicina moderna. Sin embargo, varios estudios procedentes de diversos países demuestran que dichos beneficios también conllevan riesgos significativos para la seguridad del paciente. Hemos aprendido que los pacientes internados se encuentran en riesgo de padecer algún evento adverso, al tiempo que los pacientes bajo medicación enfrentan el riesgo de sufrir errores en la medicación y reacciones adversas. Una de las principales consecuencias de estos conocimientos ha sido el desarrollo de la seguridad del paciente como disciplina especializada. Tanto los clínicos, como los prestadores y las organizaciones de atención clínica, los gobiernos (de todo el mundo) y los consumidores deben familiarizarse con los conceptos y principios que hacen a la seguridad del paciente. Todos se ven afectados. Las tareas que hay por delante en materia de atención clínica resultan ser inmensas y requieren que todos los que estamos involucrados debamos preocuparnos por comprender la magnitud del daño que se puede llegar a ocasionarles a los pacientes y las razones por las que la atención clínica en su conjunto debe avanzar hacia una cultura de la seguridad. La formación y capacitación en seguridad del paciente recién está comenzando a darse en todos los niveles. Los estudiantes de carreras de la salud, como futuros médicos y líderes en materia de atención clínica, también deben estar preparados para ejercer una atención clínica segura. Si bien los programas curriculares de las carreras de la salud se encuentran en permanente cambio con el fin de ir albergando los últimos descubrimientos y los nuevos saberes, el conocimiento de la seguridad del paciente resulta diferente de los demás conocimientos por que se aplica a todas las áreas del ejercicio profesional.

Los estudiantes de carreras de la salud, como futuros clínicos, no solo deberán saber cómo impactan los sistemas sobre la calidad y la seguridad de la atención clínica, sino también cómo una comunicación deficiente puede conllevar a eventos adversos, entre muchas otras cosas. Los estudiantes necesitan aprender a manejar estos desafíos. La seguridad del paciente no constituye una disciplina

tradicional e independiente. Antes bien, representa un área que se integra a todas las demás áreas de la medicina y de la atención clínica. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros proyectos como el presente, tiene por finalidad implementar la seguridad del paciente en todo el mundo, ya que la seguridad de aquel es problema de todos, sin excepción, desde los pacientes hasta los políticos. Dado que los estudiantes de carreras de la salud se encuentran entre los futuros líderes en materia de atención clínica, resulta vital que cuenten con conocimientos y habilidades al momento de aplicar los principios y conceptos que hacen a la seguridad del paciente. La Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente plantea el ámbito necesario para que los estudiantes de carreras de la salud comiencen a ejercer la seguridad del paciente en todas sus actividades profesionales.

Generar en los estudiantes el conocimiento sobre la seguridad del paciente es un proceso que debe darse a lo largo de todas las carreras de la salud. Las habilidades y conductas relativas a la seguridad del paciente deberían comenzar apenas los estudiantes ingresan en un hospital, clínica o servicio de atención de la salud. Al hacer que los estudiantes se concentren en cada uno de los pacientes, inculcándoles que los traten individualmente como el ser humano único que cada uno de ellos es y que utilicen con cuidado sus conocimientos y habilidades, los estudiantes mismos pueden llegar a erigirse como modelos de conducta para los demás integrantes del sistema de salud. La mayoría de los estudiantes de carreras de la salud tienen grandes aspiraciones al momento de ingresar en la profesión, pero hay ocasiones en las que la realidad del sistema de salud "pinchan" su optimismo. Deseamos que los estudiantes puedan mantener su entusiasmo y creer que pueden marcar una diferencia, tanto en la vida de cada uno de sus pacientes como en el sistema de salud en general.

Cómo utilizar esta guía

La Guía Curricular ha sido diseñada para las instituciones educativas dedicadas a la atención clínica a los efectos de implementar la enseñanza de la seguridad del paciente en los estudiantes antes de convertirse en profesionales matriculados en disciplinas de la salud. Las facultades

pueden introducir todos los temas en conjunto, o bien, pueden comenzar más lentamente introduciendo de uno o más temas por vez. Cada tema cuenta con todos los conocimientos básicos requeridos para enseñar la materia, incluso las sugerencias para la evaluación. Hemos insertado casos de estudio a fin de facilitar el aprendizaje y alentar a los docentes e instructores para que los incluyan en sus actividades de enseñanza. También hemos provisto distintas ideas sobre cómo enseñar un determinado tema. Muchos de estos asuntos se imparten mejor una vez que el alumno haya ganado experiencia en su entorno laboral profesional, dado que gran parte del aprendizaje sobre seguridad del paciente requiere de un enfoque de equipo y de la observación del servicio de salud en general, y no solo del área donde al estudiante le toque desempeñarse. Los temas han sido diseñados de modo tal que los estudiantes puedan responsabilizarse de gran parte de su propio aprendizaje a través de la lectura de material en Internet que les brinda los conocimientos básicos requeridos, seguidos de tareas que pueden ejercitar a fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos.

Alentamos a las distintas facultades y profesiones de la salud a agregar literatura profesional relevante y datos pertinentes a los temas que conciernen directamente a su profesión. Por ejemplo, tenemos la expectativa de que se incorporen artículos relevantes sobre farmacia y recopilaciones de datos dirigidas a estudiantes de farmacia. Dado que la presente Guía Curricular reviste carácter multiprofesional, no hemos podido brindar ejemplos de todas las profesiones, pero hemos incluido la mayor cantidad posible, siempre que resultaron disponibles y relevantes.

¿Qué es la Guía Curricular?

La Guía Curricular es un programa integral destinado a la implementación de la educación en materia de seguridad del paciente dirigido a facultades de Ciencias de la Salud de todo el mundo. Comprende dos partes: la Parte A es una guía para el docente, la cual está diseñada para colaborar con los docentes en la puesta en práctica de la Guía Curricular. Somos conscientes de que la seguridad del paciente es una nueva disciplina y que muchos clínicos e integrantes del cuerpo docente no están familiarizados con muchos de los conceptos y principios respectivos. Esto sienta las bases para la capacitación en materia de seguridad del paciente, al tiempo que la Parte B brinda un programa integral y temático sobre seguridad del paciente que resulta sencillo de enseñar y que se puede implementar, ya sea en forma conjunta, o bien, tomando un tema por vez.

¿Por qué se desarrolló la Guía Curricular?

Desde que por primera vez el estudio Harvard [1] de 1991 describiera la magnitud del daño ocasionado a los pacientes, los demás países han descubierto resultados similares, a pesar de las diferencias que existen en sus culturas y en sus sistemas de salud. La concientización

de que la atención clínica, por cierto, daña a los pacientes ha hecho aumentar la revisión en profundidad del cuidado del paciente en el contexto de un sistema de salud cada vez más complejo. Es esta complejidad la que se ha intensificado a causa de los rápidos cambios que se suscitan en la tecnología médica y los requerimientos de atención clínica. [2, 3] Se espera que los médicos, las enfermeras y los demás colaboradores en la prestación de atención a la salud trabajen al mismo tiempo en que tienen que lidiar con dicha complejidad, brinden servicios de atención clínica basados en evidencias y mantengan seguros a sus pacientes. No obstante ello, a menos que se encuentren bien formados y capacitados en los conceptos y principios que hacen a la seguridad del paciente, todos ellos se tendrán que esforzar por lograr dichos objetivos.

La educación en seguridad del paciente para profesionales de la salud en el sector de la educación superior no se ha mantenido a la par de las exigencias que requiere la fuerza laboral [3-7]. La información de programas curriculares específicos sobre error médico o los cursos sobre seguridad del paciente en la educación médica de grado recién ha comenzado a ganar terreno en la literatura publicada [5, 8]. La necesidad de una educación en seguridad del paciente por parte de los médicos clínicos se ha visto confirmada por un estudio de evaluación multi-institucional sobre los conocimientos en materia de seguridad del paciente que se ha realizado entre 693 médicos residentes [9]. Este estudio descubrió que los niveles de conocimiento sobre seguridad del paciente en todo un amplio espectro de cursos de capacitación, carreras y especialidades eran sustancialmente limitados y que los residentes no podían autoevaluar sus propias deficiencias de conocimientos en materia de seguridad del paciente.

Una serie de factores han impedido la educación sobre la seguridad del paciente. En primer lugar, la falta de reconocimiento por parte de los formadores de médicos en el sentido de que la enseñanza y el aprendizaje de la seguridad del paciente constituye una parte esencial de las carreras de la salud de grado, y que se pueden enseñar efectivamente las habilidades vinculadas con la seguridad del paciente [10, 12]. Al ser un campo novedoso, muchos formadores de médicos no están familiarizados con la literatura y se muestran inseguros a la hora de integrar al programa existente la capacitación sobre seguridad del paciente. [11, 13] En segundo lugar, los docentes deben tener una actitud abierta a las nuevas áreas del conocimiento [3]. Una de las dificultades que se presenta para introducir los nuevos contenidos programáticos es una renuencia a la hora de abordar los conocimientos que se originan desde afuera de la Medicina, tales como los métodos de pensamiento y los procesos de mejora de la calidad [12]. También, se ha sugerido que el énfasis histórico puesto sobre la terapéutica de la enfermedad, más que en la prevención de las patologías, genera una cultura a la que le resulta difícil concederle mérito al “no hecho”, esto es, un evento adverso que puede preve-

nirse [3]. Un tercer factor se relaciona con las actitudes arraigadas en la relación tradicional docente-alumno, en la que puede darse una cuestión jerárquica y competitiva [9] y donde el “experto” difunde información al estudiante [3, 4].

La presente Guía Curricular busca llenar el vacío que hay en materia de educación sobre la seguridad del paciente al brindar un programa curricular integral diseñado para generar conocimientos básicos y habilidades fundamentales para que los estudiantes de carreras de la salud estén mejor preparados para abordar su práctica clínica en una amplia variedad de ámbitos profesionales.

Referencias

1. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. [“Incidencia de los eventos adversos y la negligencia en los pacientes hospitalizados: resultados del 1º Estudio de la Práctica Médica de Harvard”] *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, [La Seguridad y la Ética en la atención clínica: guía para hacer lo correcto] 1era. ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. [“Cómo descubrir la seguridad en la educación médica”] *Quality & Safety in Health Care* 2002, 11(2):109–110.
4. Johnstone M.J., Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. [“El manejo del riesgo clínico y la educación en seguridad del paciente para enfermeras: una crítica”] *Nurse Education Today*, 2007, 27(3):185–191.
5. Patey R. et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. [“La seguridad del paciente: cómo ayudar a los estudiantes de carreras de la salud a comprender el error en la atención clínica”] *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256–259.
6. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. [“Programa auxiliar curricular integral de residencia sobre seguridad del paciente para abordar las competencias básicas del ACGME”] *Medical Education*, 2005, 39:1195–1204.
7. Holmes J.H., Balas E.A., Boren S.A. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. [“Guía para desarrollar programas sobre seguridad del paciente en la educación médica de grado”] *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9 (Supl. 1):s124–s127.
8. Halbach J.L., Sullivan L.L. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. [“Cómo enseñarles a los estudiantes de carreras de la salud sobre los errores médicos y la seguridad del paciente: evaluación del programa requerido”] *Academic Medicine*, 2005, 80(6):600–606.
9. Sandars J. et al. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. [“Cómo formar a los estudiantes de grado de Medicina en la seguridad del paciente: las áreas de prioridad para el desarrollo de un programa curricular”] *Medical Teacher*, 2007, 29(1):60–61.
10. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? [“Cómo mejorar la seguridad y la calidad: ¿cómo puede ayudar la educación?”] *Medical Journal of Australia*, 2006, 184(Suppl. 10).
11. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. [“Cómo enseñarles la seguridad del paciente a los médicos clínicos y residentes”] *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1–8.
12. Ladden M.D. et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. [“Cómo educar a los practicantes interdisciplinarios en la mejora de la calidad, la seguridad y los sistemas”] *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20(5):497–505.

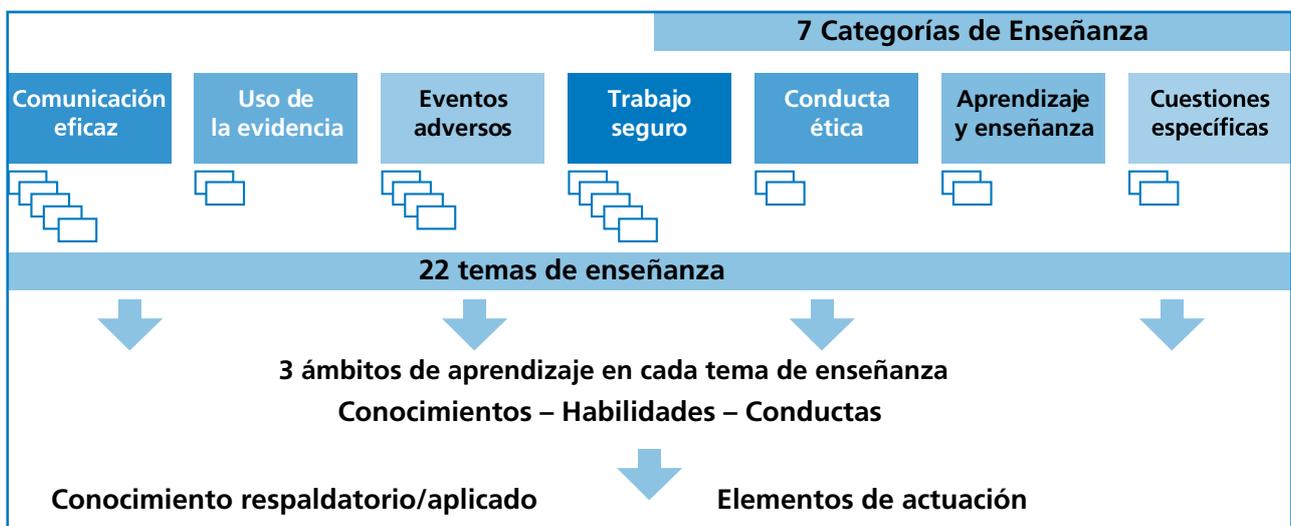
2. ¿Cómo se seleccionaron los temas de la Guía Curricular?

La Guía Curricular comprende 11 temas, incluidos unos 16 de un total de 22 temas de enseñanza que se incluyeron en el Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente (APSEF, por su sigla oficial en inglés).* Se seleccionó un tema adicional que no se encontraba en el APSEF a fin de sustentar la enseñanza en el control de infecciones dirigido por el programa de la OMS destinado a reducir las infecciones por medio de una mejor prevención y control. El Gráfico A.2.1 ilustra la estructura del APSEF. El Cuadro A.2.1 enumera los temas seleccionados para su inclusión a partir del APSEF y los temas en los que se da el aprendizaje. El Cuadro A.2.2 expone los niveles de aprendizaje requeridos desde el aprendizaje novato hasta el más experimentado profesional de la salud.

¿Qué es el Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente?

El APSEF [1] se desarrolló utilizando un enfoque dividido en cuatro etapas: una revisión de la literatura, una de desarrollo de áreas y temas de enseñanza, otra de clasificación en ámbitos de aprendizaje y otra de conversión a un formato basado en la actuación. Se llevó a cabo un extenso proceso de consulta y validación tanto en Australia como en todo el mundo. Publicado en 2005, el Marco es una plantilla simple, flexible y accesible en la que se describen los conocimientos, habilidades y conductas que necesitan todos los trabajadores de la salud a fin de garantizar una segura atención del paciente. El Marco se divide en niveles de conocimientos, habilidades y conductas según la posición de la persona y la responsabilidad clínica que reviste dentro de una organización. El Marco está diseñado para colaborar con las organizaciones y ayudar a las personas a desarrollar programas curriculares educativos y cursos de capacitación. Hemos desarrollado la Guía Curricular utilizando el Marco.

Gráfico A.2.1. Estructura del Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente



Fuente: Marco Nacional sobre Educación en Seguridad del Paciente (NPSEF), Australia, 2005 [1].

Las áreas y los temas de enseñanza del Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente

Existen 7 áreas (categorías) y 22 temas de enseñanza en el APSEF.

El Cuadro 1 expone los temas de la Guía Curricular y la relación con el APSEF.

Cuadro A.2.1. Los temas del APSEF y los temas de la Guía Curricular de la OMS

Tema del APSEF	Incluido en el programa curricular	Tema de la OMS
Comunicación eficaz		
Involucramiento de los pacientes y los cuidadores asistenciales como socios en el cuidado de la salud	Sí	Tema 8
Comunicación del riesgo	Sí	Tema 6
Comunicación honesta con los pacientes luego de un evento adverso (explicación abierta)	Sí	Tema 8
Obtención del consentimiento	No	Muy probablemente ya haya sido contemplado
Respeto y conocimiento de las diferencias culturales	Sí	Tema 8
Identificación, prevención y manejo de eventos adversos y desafortunados		
Reconocimiento, información y manejo de eventos adversos y desafortunados	Sí	Temas 6, 7
Manejo del riesgo	Sí	Tema 6
Comprensión de los errores de atención clínica	Sí	Temas 1, 5
Manejo de quejas	Sí	Temas 6, 8
Uso de la evidencia y la información		
Empleo de la mejor práctica basada en la evidencia disponible	No	
Uso de la tecnología de la información para fomentar la seguridad	No	
Trabajo seguro		
Juego en equipo y demostración de liderazgo	Sí	Tema 4
Comprensión de factores humanos	Sí	Tema 2
Comprensión de las organizaciones complejas	Sí	Tema 3
Prestación de cuidados continuos	No contemplado directamente	
Manejo de la fatiga y el estrés	Sí	Temas 2, 6
Conducta ética		
Mantenimiento de la aptitud para trabajar o ejercer la profesión	Sí	Tema 6
Conducta y ejercicio éticos de la profesión	Sí	Temas 1, 6
Capacitación continua		
Aprendizaje en el lugar de trabajo	No	
Docencia en el lugar de trabajo	No	
Cuestiones específicas		
Prevención del lugar equivocado, el procedimiento equivocado y el tratamiento equivocado para el paciente	Sí	Tema 10
Administración segura de medicamentos	Sí	Tema 11
Control de las infecciones (no forma parte del marco australiano)	Sí	Tema 9

Hubo tres etapas principales en el desarrollo del contenido y la estructura del Marco:

1. Revisión inicial de los conocimientos y el desarrollo del borrador preliminar del marco.

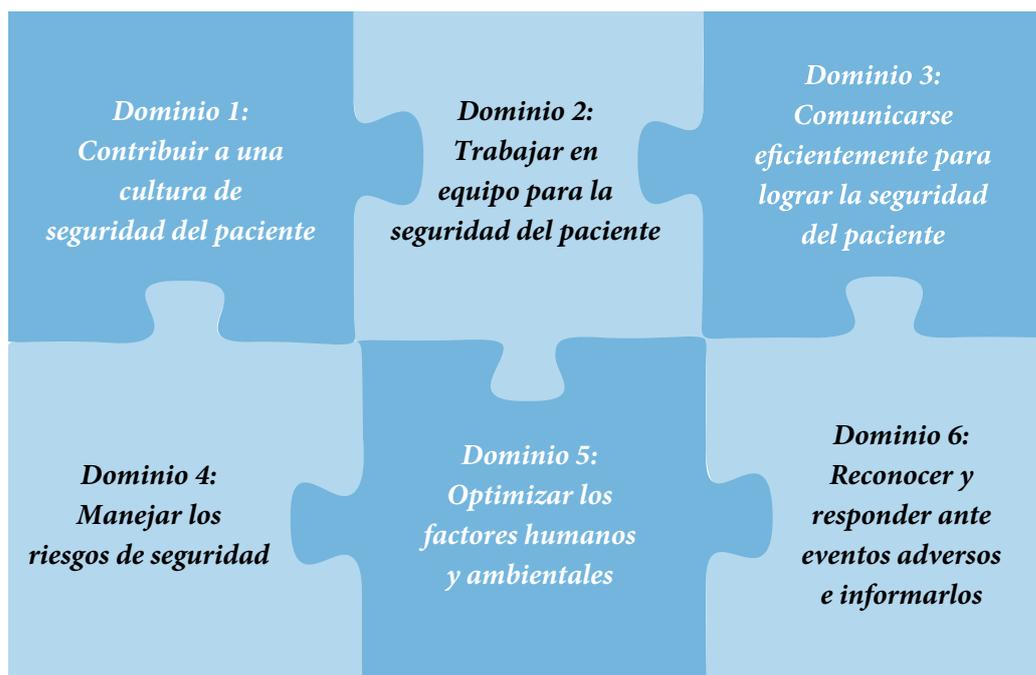
2. Búsqueda adicional de contenido y asignación de conocimientos, habilidades, conductas y actitudes.
3. Desarrollo del formato basado en la actuación.

Desde la publicación en 2005 del Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente, Canadá lanzó en 2009 un marco intitulado "Las competencias en segu-

ridad: cómo mejorar la seguridad del paciente en todas las profesiones de la salud" [2]. Al igual que el enfoque australiano, brinda un marco de referencia interdisciplinario, práctico y útil sobre seguridad del paciente que identifica los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos por todos los profesionales de la salud.

Gráfico A.2.2. El Marco canadiense

Las competencias en seguridad: cómo mejorar la seguridad del paciente en todas las profesiones de la salud



Fuente: *Las competencias en seguridad*, Instituto Canadiense sobre Seguridad del Paciente, 2009 [2].

Etapa 1: Revisión de los conocimientos y desarrollo del borrador preliminar del Marco Australiano

Se llevó a cabo una investigación para identificar el cuerpo actual de conocimientos relacionados con la seguridad del paciente (tal como se lo describe en la siguiente sección). Luego se revisaron la literatura, los libros, los informes, los programas y los sitios web recabados a los efectos de identificar las principales actividades vinculadas con la seguridad del paciente que tuvieron un efecto positivo sobre la calidad y la seguridad. Posteriormente, se agruparon estas actividades en categorías denominadas áreas de enseñanza. Cada área de enseñanza fue analizada y consecuentemente desglosada en áreas temáticas principales, denominados temas de enseñanza. Sírvase consultar más adelante para conocer detalles del proceso de revisión de la literatura y la estructura de contenidos del Marco.

Los fundamentos para la inclusión de cada área y tema de enseñanza han quedado articulados en el cuerpo del Marco y se los resume más adelante.

Etapa 2: Búsqueda adicional de contenido y asignación de conocimientos, habilidades, conductas y actitudes

Cada tema de enseñanza constituyó la base para una búsqueda más extensa, que incluyó los términos adicionales como educación, programas, capacitación, eventos adversos, errores, desaciertos y organización/institución/centro/servicio de salud. Se pusieron en una lista todas las actividades (conocimientos, habilidades, conductas y actitudes) para cada tema hasta que no se ofreció ninguna actividad más y las fuentes se agotaron. Luego, esta lista fue reducida por criterios de selección que tenían que ver con la duplicación, la practicidad y la redundancia. Posteriormente, se categorizaron las demás actividades en conocimientos, habilidades o conductas y actitudes.

El paso final en esta etapa consistió en asignar cada actividad al nivel adecuado correspondiente al grado de responsabilidad de las categorías particulares de trabajadores de la salud respecto de la seguridad del paciente:

Nivel 1 (Fundamental) identifica los conocimientos, las habilidades, conductas y actitudes que deben tener todos los trabajadores de la salud.

Nivel 2, está diseñado para los trabajadores de la salud que brindan una atención clínica directa a los pacientes y que trabajan bajo la supervisión y/o dirección gerencial de quienes tienen a su cargo altas responsabilidades clínicas.

Nivel 3, está destinado a los trabajadores de la salud que tienen responsabilidades gerenciales o de supervisión, o bien, son clínicos jerárquicos con altas responsabilidades clínicas.

Nivel 4 (Institucional) identifica los conocimientos y las habilidades, conductas y actitudes requeridas para los lí-

deres clínicos y administrativos que tienen a su cargo responsabilidades institucionales. El Nivel 4 no forma parte del aprendizaje progresivo que respalda los tres primeros niveles.

Las áreas y los temas de enseñanza contaron con el aval del Grupo de Referencia y el Comité Directivo. La revisión y el proceso de aval para las áreas y los temas de enseñanza y sus respectivos contenidos se completaron con amplias consultas llevadas a cabo tanto en el más amplio sistema de salud dentro de Australia como en el exterior.

El resultado de esta etapa queda reflejado en el Cuadro A.2.2. Este ejemplo se ha tomado a partir del Tema 8: *Cómo involucrarse con los pacientes y cuidadores asistenciales*.

Cuadro 2. Matriz de contenidos del APSEF

	Nivel 1 Fundamental Para categorías 1-4 de trabajadores de la salud	Nivel 2 Para categorías 2 y 3 de trabajadores de la salud	Nivel 3 Para la categoría 3 de trabajadores de la salud	Nivel 4 Para la categoría 4 de líderes de la atención clínica
Objetivos de aprendizaje	Brindarles a los pacientes y cuidadores asistenciales la información que necesitan cuando la necesitan	Utilizar una buena comunicación y conocer su función en la generación de relaciones clínicas eficientes	Maximizar oportunidades para que el personal involucre a los pacientes y cuidadores asistenciales en la atención y el tratamiento	Desarrollar estrategias para que el personal incluya a los pacientes y cuidadores asistenciales en la planificación y prestación de servicios de atención clínica
Conocimientos				
Habilidades				
Conductas y actitudes				

Etapa 3: Desarrollo del formato basado en la actuación

Se tradujo toda la matriz contextual completa a un formato basado en la actuación, lo cual aprovecha al máximo la naturaleza modular del Marco. Fue en esta etapa de desarrollo del Marco donde se dio la mayor extensión de consultas. Se entrevistó a cada uno de los trabajadores de la salud sobre los aspectos que hacen a todos los elementos de la actuación presentes en el Marco y se distribuyó toda la documentación pertinente al mismo entre todos los sectores de atención de la salud con el fin de que formulen sus comentarios.

Los temas de la Guía Curricular

1. ¿Qué es la seguridad del paciente?
2. ¿Qué es el factor humano y por qué es importante para la seguridad del paciente?
3. ¿Cómo entender los sistemas y el impacto de la complejidad sobre la atención del paciente?
4. Ser un jugador eficiente en equipo.
5. ¿Cómo entender y aprender de los errores?
6. ¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?
7. Introducción a los métodos de mejora de la calidad.
8. ¿Cómo involucrarse con los pacientes y cuidadores asistenciales?
9. ¿Cómo minimizar la infección por medio de un mejor control infectológico?
10. La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos.
11. ¿Cómo mejorar la seguridad de la medicación?

Fundamentos para cada tema de la Guía Curricular

Tema 1: ¿Qué es la seguridad del paciente?

A los profesionales de la salud se les exige cada vez más incorporar en su práctica cotidiana principios y conceptos que hacen a la seguridad del paciente. En el año 2002, los Estados Miembros de la OMS acordaron una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la seguridad del paciente, puesto que vieron la necesidad de reducir el daño y el padecimiento de los pacientes y sus familiares, así como también las convincentes evidencias de los beneficios económicos que conlleva mejorar la seguridad del paciente. Los estudios demuestran que la internación adicional, los costos de litigios judiciales, las infecciones adquiridas en los hospitales, el lucro cesante, y los gastos por invalidez y atención médica les han costado a algunos países entre US\$6.000 millones y US\$29.000 millones por año [3, 4].

Una serie de países han publicado estudios donde se destaca la abrumadora evidencia que demuestra las cantidades significativas de pacientes que resultan dañados por culpa de su atención clínica, ya sea que les ocasionen lesiones permanentes, un mayor período de internación hospitalaria (PIH) o incluso la muerte. Durante la última década, hemos aprendido que los eventos adversos se dan no porque haya gente malintencionada que deliberadamente lesiona a los pacientes, sino más bien que el sistema de salud actual es tan complejo que tanto el tratamiento exitoso como los resultados que obtenga cada paciente dependen de una serie de factores, no tan solo de la competencia particular de un determinado prestador de atención clínica. Siempre que hay involucrados tantos individuos y distintos tipos de prestadores de atención clínica (como médicos, enfermeras, farmacéuticos y auxiliares de la salud), resulta muy difícil garantizar una atención segura a menos que el sistema de salud esté diseñado para facilitar, de manera oportuna y cabal, la información y comprensión por parte de todos los profesionales de la salud. Este tema plantea el argumento a favor de la seguridad del paciente.

Tema 2: ¿Por qué aplicar el factor humano es importante para la seguridad del paciente?

Los factores humanos constituyen un área de especialidad a cargo de los ingenieros y los psicólogos cognitivos. Este tema proporciona algunos desafíos, tanto para el cuerpo docente como para el alumnado de las facultades de Medicina. Recomendamos que inviten a una persona especializada en el factor humano para que les dé una conferencia a los estudiantes. El factor humano, la ingeniería o la ergonomía es la ciencia que estudia la interrelación que hay entre los seres humanos, sus herramientas y el medio ambiente en el cual viven y trabajan [4]. La ingeniería del factor humano los ayudará a los estudiantes a comprender cómo se desenvuelven las personas bajo circunstancias diferentes, de modo tal que se puedan construir sistemas y productos que mejoren tal desenvol-

vimiento. Comprende las interacciones humano-máquina y humano-a-humano, tales como la comunicación, el trabajo en equipo y la cultura de la organización.

Otras industrias tales como la aeronáutica, la fabricación industrial y militar han aplicado con éxito el conocimiento del factor humano a fin de mejorar los sistemas y servicios. Los estudiantes necesitan comprender cómo se pueden utilizar el factor humano con el propósito de reducir los eventos adversos y los errores mediante la identificación del modo y origen por los que fallan los sistemas y cómo y por qué los seres humanos incurrir en errores de comunicación. Al utilizar un enfoque centrado en el factor humano, su interfaz puede mejorarse proporcionando sistemas y procesos mejor diseñados, lo cual implica la simplificación de procesos, la estandarización de procedimientos, la provisión de soporte de seguridad en caso de falla humana, el mejoramiento de la comunicación, el rediseño de equipos y la generación de conciencia sobre las limitaciones impuestas por la propia conducta, la organización y la tecnología y que son susceptibles de conllevar al error.

Tema 3: Cómo entender los sistemas y el impacto de la complejidad en la atención del paciente.

Aquí se introduce a los estudiantes al concepto de que un sistema de salud no consta de un solo sistema, sino que son muchos los sistemas que conforman las organizaciones, departamentos, unidades, servicios y prácticas. Se suman a toda esta complejidad no sólo la enorme cantidad de relaciones que existen entre los pacientes, los cuidadores asistenciales, los prestadores de atención clínica, el personal de apoyo, los administradores, los burócratas los economistas y los miembros de la comunidad, sino también las relaciones que se dan entre los diversos servicios de salud y aquellos ajenos a la atención clínica. Este tema les aporta a los estudiantes de carreras de la salud un entendimiento básico de las organizaciones complejas mediante la utilización de un enfoque basado en sistemas. Las lecciones procedentes de otras industrias se utilizan con el fin de mostrarles a los estudiantes los beneficios de un enfoque basado en sistemas.

Cuando los estudiantes piensen en sistemas, podrán comprender mejor la causa de las fallas y contar así con el contexto para reflexionar sobre sus posibles soluciones. Los estudiantes de carreras de la salud deben entender la manera en que cada médico o enfermera que trabaja en un hospital puede dar lo mejor de sí tanto en el tratamiento como en el cuidado de sus pacientes, pero eso solo no bastará para brindar un servicio seguro y de calidad. Esto es así porque los pacientes dependen de que muchas personas ejecuten la acción correcta en el momento adecuado para ellos: en otras palabras, dependen de un sistema de atención de la salud.

Tema 4: Ser un jugador eficiente en equipo.

La comprensión de los estudiantes de carreras de la salud de lo que implica el trabajo en equipo consiste en algo

más que solo identificarse con el equipo de atención clínica. Les exige a los estudiantes conocer los beneficios de los equipos multidisciplinarios y cómo estos equipos multidisciplinarios, cuando son eficientes, mejoran la atención y reducen los errores. Un equipo eficiente es aquel en el que sus integrantes se comunican entre sí y combinan sus observaciones, conocimientos específicos y responsabilidades en la toma de decisiones con el fin de optimizar la atención del paciente [5].

La tarea de comunicación y el flujo de información que se dé entre los prestadores de atención clínica y los pacientes pueden complicarse a causa de la diseminación de la responsabilidad clínica entre los integrantes del equipo de atención clínica [6, 7]. Esto puede traer aparejado que los pacientes deban reiterar la misma información a varios prestadores de atención clínica. Lo que es más importante aún, la mala comunicación también ha estado asociada a demoras en el diagnóstico, el tratamiento y el alta, así como también a fallas en el seguimiento de los resultados de distintos estudios clínicos [8-12].

Los estudiantes deben saber cómo trabajan los equipos eficientes de atención clínica, así como también deben conocer las técnicas para incluir a los pacientes y sus familiares como parte de dichos equipos. Existe cierta evidencia de que los equipos multidisciplinarios mejoran la calidad de los servicios al tiempo que disminuyen los costos [13-15]. También se ha demostrado que un buen trabajo en equipo reduce los errores y mejora la atención de los pacientes, en especial de aquellos con enfermedades crónicas [16-18]. Este tema presenta los conocimientos básicos que se necesitan para convertirse en un integrante eficiente del equipo de atención clínica. Sin embargo, los conocimientos solamente no harán de un estudiante un buen jugador en equipo, sino que los estudiantes deben comprender la cultura de su lugar de trabajo y la manera en que ello impacta sobre el funcionamiento del equipo.

Tema 5: ¿Cómo aprender de los errores para prevenir el daño?

Entender por qué los profesionales de la salud cometen errores resulta necesario para poder apreciar la manera en que contribuyen a los errores en el sistema de salud en su conjunto los sistemas mal diseñados, entre otros factores. Si bien los errores son una realidad inexorable, sus consecuencias sobre el bienestar del paciente y el personal clínico pueden llegar a ser devastadoras. Los estudiantes de carreras de la salud y demás profesionales de la salud deben comprender cómo y por qué fallan los sistemas y por qué se cometen errores, de modo tal que pueden actuar para prevenirlos y aprender de ellos. La comprensión de los errores clínicos también provee la base para realizar mejoras e implementar sistemas de información eficientes [3]. Los estudiantes aprenderán que un enfoque basado en sistemas para abordar errores, que procure entender todos los factores subyacentes involucrados, resulta significativamente mejor que un en-

foque basado en las personas, por el cual se trata de culpar a determinados individuos por errores individuales. El influyente artículo de Leape publicado en 1994 demostró una manera de examinar errores en la atención clínica, que se concentraba en el aprendizaje y la reparación de los errores más que en culpar a los involucrados [19]. Si bien su mensaje ha tenido un profundo impacto en muchos profesionales de la salud, todavía hay muchos de ellos envueltos en una cultura de la culpa. Resulta crucial que los estudiantes comiencen su vocación entendiendo la diferencia que hay entre los enfoques basados en la culpa y aquellos basados en sistemas.

Tema 6: ¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?

El manejo del riesgo clínico consiste primordialmente en mantener sistemas de atención clínica seguros. Suele comprender a un conjunto de sistemas o procedimientos institucionales que están diseñados para identificar, manejar y prevenir resultados adversos. El manejo del riesgo clínico se centra en mejorar la calidad y seguridad de los servicios de atención clínica identificando las circunstancias y oportunidades que ponen a los pacientes en riesgo de daño y tomando medidas para prevenir o controlar tales riesgos. El manejo del riesgo abarca a todos los niveles de la organización, por lo que resulta esencial que los estudiantes de carreras de la salud entiendan los objetivos y la relevancia que tienen las estrategias de manejo del riesgo clínico en sus lugares de trabajo. El manejo de quejas y la realización de mejoras, la comprensión de los principales tipos de incidentes que se suscitan en un hospital o clínica y que se sabe que conducen a eventos adversos, los informes de incidentes, los juicios, los informes forenses y los de mejora de la calidad para controlar los riesgos [20] son todos ejemplos de estrategias de manejo del riesgo clínico.

Tema 7: Introducción a los métodos de mejoramiento de la calidad.

Durante la última década, la atención clínica ha adoptado con éxito varios de los métodos de mejora de la calidad que utilizan otras industrias. Dichos métodos les proporcionan a los clínicos las herramientas necesarias para: (i) identificar un problema; (ii) medir el problema; (iii) desarrollar un rango de intervenciones diseñadas para resolver el problema; y (iv) evaluar si dichas intervenciones han funcionado. Los líderes en materia de atención clínica, tales como Tom Nolan, Brent James, Don Berwick y otros han aplicado principios de mejora de la calidad con el fin de desarrollar métodos de mejora de la calidad tanto para profesionales clínicos como administradores de atención clínica. La identificación y evaluación de cada etapa del proceso de prestación de atención clínica constituye los cimientos de esta metodología. Cuando los estudiantes examinan cada etapa del proceso de atención, comienzan a ver la manera en que están conectadas las distintas piezas de la atención clínica y cómo se pueden mensurar. Este tema introduce al estudiante en los métodos de mejora y las herramientas, actividades y técnicas que se pueden incorporar a su práctica.

Tema 8: ¿Cómo involucrarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales?

A los estudiantes se los introduce en el concepto de que el equipo de atención clínica incluye al paciente y/o a su cuidador asistencial, y que tanto los pacientes como sus cuidadores asistenciales desempeñan una función crucial en el proceso de garantizar una atención clínica segura por medio de: (i) su colaboración con el diagnóstico; (ii) su decisión en cuanto a los tratamientos adecuados; (iii) su elección de un profesional experimentado y seguro; (iv) su verificación de que los tratamientos se administren correctamente; y (v) su identificación de eventos adversos y su toma de medidas apropiadas [21, 22]. El sistema de salud subestima la experiencia que los pacientes pueden aportar, tales como los propios conocimientos acerca de sus síntomas, su dolor, sus preferencias y sus actitudes frente al riesgo. Los pacientes representan un segundo par de ojos en caso de que algo inesperado ocurra. Ellos pueden alertar al trabajador de la salud en caso de que la medicación que está por recibir no sea la que suelen tomar, lo cual actúa como advertencia para que el equipo realice las verificaciones y ajustes adecuados. Las investigaciones han demostrado que existen menos errores y mejores resultados terapéuticos siempre que se da una buena comunicación entre los pacientes y sus cuidadores asistenciales y siempre que los pacientes cuenten con información completa y fundada sobre sus medicamentos [23-30]. La mala comunicación entre médicos, pacientes y sus cuidadores asistenciales también ha surgido como motivo frecuente de las acciones legales iniciadas por pacientes en contra de sus prestadores de atención clínica [31. 32].

Tema 9: La prevención y el control de las infecciones.

Debido al problema mundial de la prevención y el control de las infecciones, sumado al esfuerzo de la OMS por reducir las infecciones asociadas a la atención clínica, pensamos que era importante incluir esta área en la Guía Curricular no sólo a los efectos de guardar coherencia sino también porque, junto con la atención quirúrgica y los medicamentos, estas áreas representan un porcentaje significativo de los eventos adversos que suelen padecer los pacientes. En la actualidad, el problema del control infectológico en los ámbitos de atención clínica se encuentra bien establecido, ya que las infecciones asociadas a la atención clínica constituyen una de las principales causas de muerte e incapacidad en todo el mundo. Existen numerosas directrices que se encuentran a disposición de los médicos y enfermeras para ayudarlos a minimizar los riesgos de infecciones cruzadas. Se sabe que los pacientes que se someten a una cirugía o a un procedimiento invasivo tienen especial propensión a las infecciones y representan alrededor del 40% de todas las infecciones hospitalarias. Este tema expone las principales causas y clases de infecciones con el propósito de permitirles a los estudiantes identificar las actividades que ponen al paciente en riesgo de infección, a la vez que prepara a los estudiantes a tomar las medidas apropiadas para prevenir la transmisión.

Tema 10: La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos.

Al reconocer que es inaceptable el daño causado por las cirugías, la OMS ha venido lanzando campañas para reducir los eventos adversos quirúrgicos. Una de las principales causas de errores que se relacionan con pacientes, lugares y procedimientos equivocados es la falta por parte de los prestadores de atención clínica de lograr una comunicación eficaz (procesos y controles insuficientes) en los procedimientos pre-operatorios. Otros ejemplos de lugar/procedimiento/paciente equivocado son: (i) el paciente equivocado en la sala de operaciones (SO); (ii) una cirugía realizada en el flanco o lugar equivocado; (iii) la realización del procedimiento equivocado; (iv) la no comunicación de cambios en la condición del paciente; (v) los desacuerdos sobre la detención de los procedimientos; y (vi) la omisión de notificar errores.

La minimización de los errores causados por una mala identificación consiste en desarrollar directrices basadas en mejores prácticas tendientes a asegurar que el paciente adecuado reciba el tratamiento adecuado [6]. Los estudiantes pueden aprender a comprender el valor que encierra el hecho de que todos los pacientes sean tratados según las políticas y protocolos basados en un lugar/procedimiento/paciente correcto. Tal aprendizaje incluiría el beneficio de los protocolos así como también el conocimiento de los principios subyacentes que sustentan un enfoque uniforme a la hora de tratar y atender a los pacientes.

Un estudio de cirujanos de mano descubrió que el 21% de los cirujanos encuestados (n=1050) manifestó haber realizado al menos una vez durante su carrera profesional una cirugía en un lugar equivocado [34].

Tema 11: ¿Cómo mejorar la seguridad de la medicación?

La OMS ha definido [35] el concepto de reacción farmacológica adversa como toda respuesta a una medicación que sea nociva, no deseada y que ocurra en dosis utilizadas para fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos. Los pacientes son vulnerables a los errores cometidos en cualquiera de las muchas etapas que comprende la prescripción, venta y administración de medicamentos.

Se han destacado los errores de medicación en estudios realizados en muchos países, incluido Australia, los cuales [36] demuestran que aproximadamente el 1% de todos los internados hospitalarios sufren algún evento adverso relacionado con la administración de medicamentos. Las causas de los errores de medicación incluyen un amplio rango de factores, entre los cuales se encuentran: (i) conocimiento insuficiente de los pacientes y sus afecciones clínicas; (ii) conocimiento insuficiente de los medicamentos; (iii) errores de cálculo; (iv) letra ilegible; (v) confusión en cuanto al nombre del medicamento; y (vi) una deficiente toma de la historia clínica [37].

Referencias

1. Walton MM et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. ["Cómo desarrollar un marco educativo sobre seguridad del paciente para Australia"] *Quality & Safety in Health Care*, 2006 15(6):437–442.
2. *Las competencias en seguridad, Primera edición* (revisada en agosto de 2009). Toronto, Instituto Canadiense para la Seguridad del Paciente, 2009. (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>; accedido el 11 de marzo de 2011).
3. Director Médico. Una organización con memoria. Londres, Departamento de Salud del Reino Unido, Informe de un grupo experto sobre aprendizaje a partir de eventos adversos en el Servicio Nacional de Salud Británico, 1999.
4. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. *To err is human: building a safer health system*. ["Error es humano: cómo construir un sistema de salud más seguro"] Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, 1999.
5. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. ["Educación en las profesiones de la salud: un puente hacia la calidad"] Washington, DC, National Academy Press, 2003.
6. Gerteis M. et al. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centred care*. ["A través de los ojos del paciente: cómo entender y promover una atención centrada en el paciente"] San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
7. Chassin M.R., Becher E.C. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, ["El paciente equivocado: Anales de Medicina Interna"] 2002, 136(11):826–833.
8. Baldwin P.J., Dodd M., Wrate R.M. Junior doctors making mistakes. ["Los errores que cometen los médicos principiantes"] *Lancet*, 1998, 351:804–805.
9. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986–1996*. ["Los médicos jóvenes: trabajo, salud y bienestar. Una cohorte de clase 1986-1996"] Londres, Departamento de Investigación de la Salud e Iniciativa de Desarrollo en Salud Mental de la Fuerza Laboral del Servicio Nacional de Salud Británico, 1998.
10. Anderson ID et al. Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales. ["Estudio retrospectivo de 1000 muertes por lesiones en Inglaterra y Gales"] *British Medical Journal*, 1988, 296:1305–1308.
11. Sakr M. et al. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomized controlled trial. ["Atención de lesiones menores a cargo de enfermeras residentes de emergencia o médicos principiantes: estudio controlado y aleatorio"] *Lancet*, 1999, 354:1321–1326.
12. Guly H.R. Diagnostic errors in an accident and emergency department. ["Errores diagnósticos en un departamento de accidentología y emergentología"] *Emergency Medicine Journal*, 2001, 18:263–279.
13. Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in health care in the US. *Journal of Interprofessional Care*, ["Algunos apuntes históricos sobre educación y práctica interdisciplinaria e interpersonal en atención de la salud publicado en el US. *Journal of Interprofessional Care*] 1996, 10:173–187.
14. Burl J.B. et al. Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care. ["Enfermeras geriátricas residentes en cuidados prolongados: demostración de la eficiencia en el cuidado administrado"] *Journal American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506–510.
15. Wagner E.H. et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. ["Mejora de la calidad en la atención de enfermedades crónicas: un enfoque cooperativo"] *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27(2):63–80.
16. Wagner E.H. The role of patient care teams in chronic disease management. ["El rol de los equipos de atención al paciente en el manejo de enfermedades crónicas"] *British Medical Journal*, 2000, 320(7234):569–572.
17. Silver M.P., Antonow J.A. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration. ["Cómo reducir los errores en los hospitales: colaboración institucional revisada por pares"] *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26(6):332–340.
18. Weeks W.B. et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. ["Cómo utilizar un modelo de mejora para reducir los hechos farmacológicos adversos en las instituciones de VA"] *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27(5):243–254.
19. *Una organización con memoria*. Londres, Departamento de Salud Británico, 2000 (<http://www.npsa.nhs.uk/admin/publications/docs/org.pdf>; accedido en octubre de 2004).
20. Walshe K. The development of clinical risk management. ["El desarrollo del manejo del riesgo clínico"] En: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2da. ed. Londres, British Medical Journal Books, 2001:45–61.
21. Vincent C., Coulter A. Patient safety: what about the patient? [Seguridad del paciente: ¿qué hay del paciente?] *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76–80.
22. Agencia Nacional de Seguridad del Paciente. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. ["Siete pasos para la seguridad del paciente: su guía para una atención más segura del paciente"] Londres, NPSA, 2003 (www.npsa.nhs.uk, accedido en octubre de 2004).
23. Coiera E.W., Tombs V. Communication behaviours in hospital setting: an observational study. ["Con-

- ductas de comunicación en un ámbito hospitalario: es estudio de observación”] *British Medical Journal*, 1998, 316(7132):673–676.
24. Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. [“Cómo mejorar las comunicaciones clínicas”] Sheffield, University of Sheffield, 1998.
 25. Lingard L et al. I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. [“Comunicaciones del equipo dentro de la sala de operaciones: patrones de habla, lugares de tensión e implicancias para novatos”] *Academic Medicine*, 2002, 77(3):232–237.
 26. Gosbee J. Communication among health professionals. [“La comunicación entre los profesionales de la salud”] *British Medical Journal*, 1998, 316–642.
 27. Parker J., Coeiro E. Improving clinical communication: a view from psychology. [“Cómo mejorar la comunicación clínica: una visión desde la psicología”] *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453–461.
 28. Smith AJ, Preston D. Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital. [“Las comunicaciones entre los grupos profesionales dentro de un hospital del Fondo Fiduciario del Servicio Nacional de Salud Británico”] *Journal of Management in Medicine*, 1999, 10(2):31–39.
 29. Britten N. et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. [“Los malentendidos en la decisión de recetas en la práctica general: estudio cualitativo”] *British Medical Journal*, 2000, 320:484–488.
 30. Greenfield S., Kaplan S.H., Ware J.E. Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. [“Cómo ampliar la participación del paciente en su cuidado. Los efectos que tiene en los resultados del paciente”] *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102(Abril):520–528.
 31. Lefevre F.V., Wayers T.M., Budetti P.P. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. [“Relevamiento de los cursos de capacitación para médicos en manejo del riesgo y habilidades de comunicación para la prevención de la mala praxis”] *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28(3):258.
 32. Levinson W et al. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. [“La comunicación médico-paciente: la relación con los juicios por mala praxis entre los médicos de atención primaria y los cirujanos”] *Journal of the American Medical Journal*, 1997, 277(7):553–559.
 33. Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Clínicas. *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. [“Pautas para la implementación del protocolo universal para prevenir la cirugía en el lugar equivocado, el procedimiento equivocado y el paciente equivocado.”] Chicago, JCAHO, 2003.
 34. Meinberg E.G., Stern P.J. Incidence of wrong-site surgery among hand surgeons. [“Incidencia de la cirugía en el lugar equivocado entre los cirujanos de mano”] *Journal of Bone Joint Surgery*, 2003; 85(A(9)):193–197.
 35. Organización Mundial de la Salud. International drug monitoring—the role of the hospital WHO Report. [“Monitoreo internacional de las drogas: el rol del hospital. Informe de la OMS”] *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101–110.
 36. Runciann W.B. et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. [“Los hechos farmacológicos adversos y los errores de medicación en Australia”] *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15(Suppl. 1):i49–i59.
 37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. [“Cómo construir un Servicio Nacional de Salud más seguro para los pacientes y mejorar la seguridad de la medicación”] Londres, Departamento de Salud del Reino Unido, 2004.

3. Objetivos de la Guía Curricular

La velocidad con la que la nueva tecnología, incluso la farmacológica, se introduce en los tratamientos clínicos bien demuestra el constante cambio que se produce en la atención clínica, lo cual, a su vez, está modificando la naturaleza del trabajo o las tareas que llevan a cabo los distintos profesionales de la salud. En algunos países, las enfermeras recetan medicamentos y el personal no médico realiza procedimientos menores. Independientemente de la riqueza de un país, los principios y conceptos de la seguridad del paciente se aplican sin importar el tipo de trabajador de la salud interviniente, el lugar donde se preste la atención clínica ni el tipo de pacientes a los que se atiende. Algunos países en vías de desarrollo pueden carecer de recursos sanitarios suficientes, y, si bien la escasez de personal puede hacer que el entorno quede más susceptible a una mala calidad o una atención insegura, ello no significa que los profesionales de la salud no puedan hacer más segura la atención clínica. Si bien es muy importante, contar con más personal y mayores recursos no son los principales remedios para minimizar el daño a los pacientes. La presente Guía Curricular es relevante para todos los profesionales de la salud independientemente de los recursos disponibles que haya en su institución. Sin embargo, el contexto del ámbito en el que el estudiante de carreras de la salud se sitúe y trabaje al momento de matricularse es importante para la enseñanza. Tener en cuenta el contexto laboral es necesario para aportarle autenticidad a la experiencia de aprendizaje y prepara a los estudiantes para el entorno laboral al que ingresarán.

Los objetivos de la Guía Curricular son:

- Preparar a los estudiantes de carreras de la salud para una práctica segura en su lugar de trabajo;
- Informar a las facultades de Ciencias de la Salud sobre los temas principales en materia de seguridad del paciente;
- Potenciar la seguridad del paciente como tema de todas las carreras de Ciencias de la Salud;
- Brindar un programa integral tendiente a asistir en la enseñanza y la integración del aprendizaje sobre la seguridad del paciente;
- Fomentar el desarrollo de la capacitación para los formadores en seguridad del paciente en las facultades de Ciencias de la Salud;
- Promover un entorno seguro y cooperativo para enseñarles a los estudiantes seguridad del paciente;
- Introducir o reforzar la educación en seguridad del paciente en todas las facultades de Medicina del mundo;
- Elevar el perfil internacional de la enseñanza y el aprendizaje de la seguridad del paciente;
- Propiciar la colaboración internacional sobre la investigación en formación sobre seguridad del paciente en el sector de la educación superior.

Principios fundamentales

La formación de capacidades resulta integral para el cambio curricular

La razón principal por la que la OMS se ha embarcado en este proyecto consistió en colaborar con las facultades de Ciencias de la Salud con el fin de desarrollar en el seno de éstas la educación en seguridad del paciente. El requisito de las facultades de Medicina de desarrollar e integrar la enseñanza de la seguridad del paciente en sus programas de la carrera de Medicina representa un desafío para muchas de ellas dada la limitada educación y capacitación del personal docente en conceptos y principios de seguridad del paciente. No cabe esperar que las facultades de Medicina desarrollen nuevos programas ni que revisen los ya vigentes en caso de no estar familiarizadas con los requisitos de la disciplina de seguridad del paciente.

Los formadores de profesionales de la salud provienen de muchos antecedentes diversos (profesionales clínicos, formadores clínicos, profesores no clínicos, administradores, profesionales de la salud) y su experiencia conjunta resulta necesaria para brindar un riguroso programa de Medicina. Muchos son expertos en sus disciplinas específicas y por lo general se mantienen actualizados utilizando las vías profesionales aceptadas para su área. El conocimiento de la seguridad del paciente requiere de aprendizaje adicional que recae por fuera de las vías tradicionales. Para ser un profesor eficiente en seguridad del paciente, los profesionales de la salud deben contar con los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias para la implementación de una formación en educación del paciente en el seno de sus instituciones. Esta es la razón por la que se ha ideado la Guía para el

Docente (Parte A) con el fin de apuntalar a la Guía Curricular. Brinda consejos prácticos e información para cada etapa del desarrollo y la renovación curricular, desde la evaluación de las capacidades hasta el perfeccionamiento docente, pasando por el diseño y la implementación del programa.

Un programa curricular flexible para satisfacer las necesidades individuales

Reconocemos que el programa de la mayoría de las carreras de la salud ya está lleno y excedido en sus capacidades. Esta es la razón por la que hemos diseñado cada tema como independiente, lo que permite dar lugar a amplias variaciones en la implementación de la educación en seguridad del paciente. Los temas también están diseñados para que puedan integrarse a los programas ya existentes, en especial en lo que hace al eje médico-paciente. Cada uno de los temas de la Guía Curricular ha sido diseñado con contenido suficiente como para una clase formativa de 60 a 90 minutos y contienen una serie de ideas y métodos para la enseñanza y evaluación de los mismos de manera tal que los formadores puedan adaptar el material según sus necesidades específicas, su contexto y los recursos disponibles. No hay requisito en absoluto de seguir el diseño provisto. Los docentes deben prestar atención al entorno local, así como a la cultural vernácula y las experiencias de aprendizaje del estudiante y luego selecciona el método de enseñanza más adecuado para el contenido seleccionado.

Lenguaje sencillo de entender para una audiencia específica, pero global

La Guía para el Docente (Parte A) de la Guía Curricular está redactada para formadores de médicos (aquellos que cuentan con la capacidad de introducir o potenciar la formación en seguridad del paciente en diversos niveles), mientras que la Guía Curricular (Parte B: Temas) está escrita para docentes y alumnos. La Guía Curricular se elaboró teniendo presente en mente una audiencia global y en un lenguaje sencillo de entender por aquellos que dominan el inglés como primera y segunda lengua.

Una guía curricular para todos los países, culturas y contextos

Se han realizado todos los intentos por asegurar que el contenido de este programa tenga en cuenta la amplia diversidad de contextos en los que los docentes y estudiantes de carreras de la salud enseñan y aprenden. Un Grupo Experto, que representa a todas las regiones de la OMS, ha evaluado el programa con el fin de asegurar la adecuada adaptación cultural. Si bien algunas de las actividades y sugerencias pedagógicas para los alumnos quizás no resulten ser culturalmente apropiadas en todos los países, nos hemos preocupado por el hecho de que en todos los países necesitamos modificar muchos de los aspectos de la atención clínica. Gran parte de la conducta profesional que alguna vez se creía apropiada ya no resulta aceptable hoy en día al momento de tener en cuenta las consideraciones concernientes a la seguridad

del paciente. Por ejemplo, los médicos o las enfermeras principiantes rara vez se hacen escuchar cuando ven que un clínico más experimentado está por cometer un error; esto es universal y se aplica a todas las culturas en distintas medidas. Sin embargo, los principios de seguridad del paciente exigen que todos seamos responsables de la seguridad del paciente y deberíamos hacernos escuchar incluso cuando nos encontremos en un rango inferior del cuadro jerárquico médico o clínico. Los docentes necesitan formular juicios de valor sobre el entorno clínico y si lo consideran listo y preparado para la implementación de la seguridad del paciente.

Las estrategias de enseñanza y evaluación están diseñadas para tener en cuenta tanto la diversidad que existe en los recursos disponibles como en las diferencias ambientales, consideraciones éstas que podrían encasillar en términos de países desarrollados versus aquellos en vías de desarrollo o un aula versus un centro de simulación.

Una guía curricular que se basa en el aprendizaje dentro de un entorno seguro y cooperativo

Nos hemos preocupado por el hecho de que los estudiantes respondan lo mejor posible cuando el entorno de aprendizaje es seguro, cooperativo, desafiante y comprometedor. El aprendizaje de la seguridad del paciente se da en muchos lugares: junto a la cama del paciente, en entorno simulado y en el aula. Resulta esencial que los estudiantes reciban apoyo en su aprendizaje y no se los haga sentir humillados o impertinentes. Las actividades de la Guía Curricular están diseñadas para ser implementadas dentro de un entorno cooperativo de aprendizaje en el que los estudiantes se sientan cómodos para formular preguntas, consultar sobre lo que no entienden y compartir sus conocimientos de manera franca y abierta.

4. Estructura de la Guía Curricular

Guía para el Docente (Parte A)

La Guía para el Docente (Parte A) se relaciona con la formación de capacidades para la educación en seguridad del paciente, la planificación y el diseño del programa. Se proveen sugerencias en cuanto a la manera en que podría abordarse e implementarse la educación en seguridad del paciente utilizando el material presentado en la Parte B. En la Parte A, intentamos orientar al lector a través de algunas de las etapas importantes diseñadas para sustentar y lograr la fase de implementación del desarrollo curricular.

Temas de la Guía Curricular (Parte B)

Los temas representan el programa curricular real de educación en seguridad del paciente.

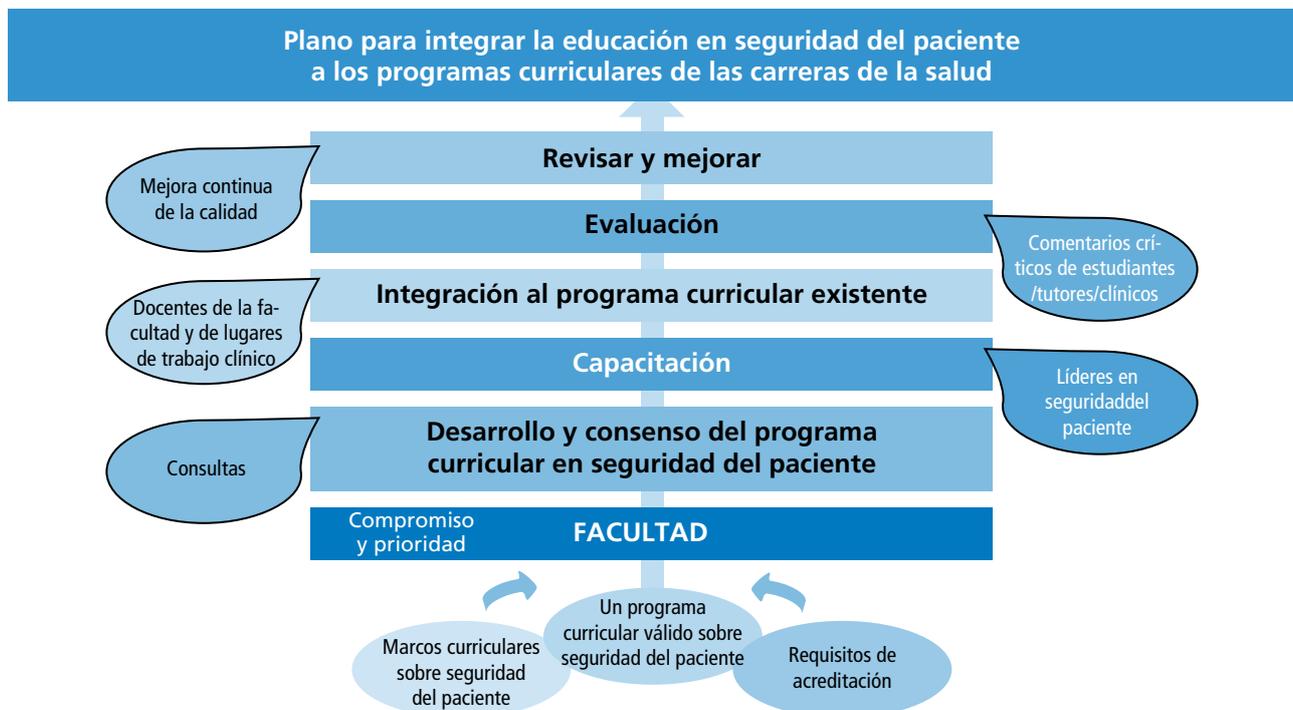
5. ¿Cómo implementar la Guía Curricular?

¿Cómo utilizar esta Guía Curricular?

La presente Guía Curricular le brinda recursos para enseñarles a los estudiantes de carreras de la salud sobre seguridad del paciente. Identifica los temas que se enseñarán, cómo podrían enseñarse y cómo puede acceder a los distintos temas en el programa curricular. Se han seleccionado casos de ejemplo que se encuentran disponibles al final de cada tema. Estos casos se pueden utilizar para demostrar un determinado aspecto del tema bajo análisis. Reconocemos que el mejor aprendizaje se da cuando el caso de estudio utilizado refleja las experiencias locales, por ende, alentamos a los docentes a que modifiquen los casos de manera tal que reflejen las experiencias de los prestadores de atención clínica y los

recursos disponibles a nivel local. Esta Guía Curricular está diseñada para todos los estudiantes de las profesiones de la salud y, por consiguiente, los docentes de profesiones específicas deberían incluir la literatura profesional relevante siempre que sea posible para reforzar el aprendizaje de los estudiantes. La Parte A de esta Guía Curricular apunta a ayudar al cuerpo docente de la facultad a familiarizarse con los conceptos y principios de seguridad del paciente para que puedan comenzar a integrar la enseñanza de la seguridad del paciente en todas las actividades educativas. Capacitar al cuerpo docente como a los miembros de la institución lleva tiempo y compromiso. El Gráfico A.5.1 describe las etapas clave.

Gráfico A.5.1. Cómo integrar la educación en seguridad del paciente a los programas curriculares de las carreras de la salud



Fuente: provisto por Merylyn Walton, Profesora de la Escuela de Salud Pública de Sídney de la Universidad de Sídney, Sídney.

¿Cómo revisar su programa curricular para la enseñanza de la seguridad del paciente?

Identificar los resultados pedagógicos

Para iniciar el proceso de desarrollo o renovación curricular, es importante identificar primero los resultados pedagógicos en cuanto a la seguridad del paciente. La Parte B contiene los temas que se han elegido para esta Guía Curricular; mientras que los resultados pedagógicos se desarrollan más en profundidad en la Parte A.

Conocer lo que ya se encuentra en el programa curricular

Utilizamos la palabra programa curricular para referirnos al amplio espectro de prácticas de enseñanza y aprendizaje, que incluye las estrategias para desarrollar habilidades y comportamientos, así como también utilizar los métodos de evaluación adecuados para comprobar si se han alcanzado los resultados pedagógicos. A los estudiantes de carreras de la salud se los orienta en su aprendizaje por medio de un programa curricular que establece los requisitos de conocimientos, habilidades y comportamientos en los que deben demostrar competencia suficiente al momento de obtener su título profesional correspondiente a la carrera de la salud elegida.

Antes de introducir el material nuevo en un programa curricular, resulta importante conocer los programas ya existentes así como también las experiencias clínicas que los estudiantes adquieren en los hospitales y/o en los distintos entornos clínicos. Puede ocurrir que los estudiantes ya estén experimentando algo de formación en seguridad del paciente en los hospitales y clínicas a los que concurren, pero sin estar dicha formación formulada por escrito. Quizás el programa curricular ya incluya algunos aspectos de este programa de seguridad del paciente, tales como la importancia de los protocolos en materia de lavado de manos con el fin de evitar la transmisión de infecciones. Obtener un panorama del material existente

en el programa curricular de la carrera de Medicina resulta necesario para identificar las oportunidades tendientes a mejorar la enseñanza de la seguridad del paciente.

El programa de seguridad del paciente que hemos diseñado se describe en la Parte B de este documento. Hemos identificado los temas, recursos, estrategias de enseñanza y métodos de evaluación que facilitarán la enseñanza de la seguridad del paciente a los efectos de introducirla e integrarla en el programa curricular.

Construir a partir de lo que ya se encuentra en el programa curricular

Un buen enfoque en cuanto a la educación en seguridad del paciente consiste en mejorar las partes ya existentes del programa curricular de la carrera de Medicina en lugar de ver a la seguridad del paciente como una materia nueva que enseñar. Hay elementos de la seguridad del paciente que son novedosos y serán complementarios al plan de estudio ya vigente, pero también hay muchos aspectos de la seguridad del paciente que se pueden agregar o lograr con un mejor desarrollo de una materia o tema específico que ya exista.

Hemos descubierto que rastrear los temas o áreas que ya están dentro del programa curricular contribuye a identificar oportunidades que incluyan conceptos y principios de seguridad del paciente. Áreas tales como el perfeccionamiento de habilidades clínicas, el perfeccionamiento profesional y personal, temas que hacen a las relaciones médico-paciente y comunidad-médico, derecho sanitario, ética médica, ética clínica y comunicación, son todas ellas temas idóneos para incluir conceptos y principios que hacen a la seguridad del paciente. El Cuadro A.5.1 consiste en una plantilla desarrollada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Sídney (Australia) destinada a revisar su programa curricular de la carrera de Medicina y la ofrece como ejemplo para seguir.

Cuadro A.5.1. Ejercicio de mapeo: identificación del contenido sobre seguridad del paciente en el programa curricular actual de Medicina

Sesión/área del programa curricular	Año	¿Dónde está el contenido sobre seguridad del paciente?	Aprendizaje potencial de seguridad del paciente	¿Cómo se está enseñando la seguridad del paciente?	¿Cómo se está evaluando la seguridad del paciente?	Comentarios
Ética	1	Respeto por la autonomía del paciente	Honestidad tras un evento adverso	Disertación	Ensayo sobre ética, Cuestionario de opción múltiple, Examen clínico estructurado según objetivos (OSCE)	Muchos principios de seguridad del paciente cuentan con una base ética que se puede utilizar para explicitar la lección sobre seguridad del paciente

El rastreo del programa curricular de la carrera de Medicina también ayudará a identificar las oportunidades

para incluir conceptos de seguridad del paciente de una manera integrada.

Cómo evaluar la capacidad del cuerpo docente para integrar la enseñanza de la seguridad del paciente en el programa curricular ya existente

Uno de los principales desafíos que enfrentan todas las profesiones de la salud es la creciente escasez de docentes clínicos en general. Hay muy pocos que saben cómo integrar los principios y conceptos de seguridad del paciente en sus programas de enseñanza clínica. Muchos clínicos de los buenos adoptan intuitivamente los métodos sobre seguridad del paciente en su práctica habitual pero quizás no sepan cómo articular lo que están haciendo. Tal vez, esto se deba a que consideran los debates acerca de “sistemas” como el ámbito de incumbencia de administradores y gerentes administrativos. Otros quizás no piensen en la importancia o relevancia que reviste para su práctica enseñar seguridad del paciente. Comprometer a los clínicos en esta materia constituirá el primer desafío. Generar la capacitación del cuerpo docente puede llevar su tiempo, pero existe una serie de medidas que se pueden adoptar a los efectos de comprometer a los clínicos en la enseñanza de la seguridad del paciente.

Relevamiento

Una manera de descubrir quién está interesado en la enseñanza de la seguridad del paciente consiste en llevar a cabo un relevamiento de los clínicos que enseñan a los estudiantes de carreras de la salud. En algunas instituciones es probable que haya cientos de docentes, mientras que en otras no haya tantos. Identifique a los clínicos que se encuentran en mejor posición para incorporar la enseñanza de la seguridad del paciente y asegúrese de que estén incluidos en dicho relevamiento. El ejercicio de mapeo descrito más arriba lo ayudará a identificar a quienes actualmente enseñan y se encuentran en condición de integrar conceptos de seguridad del paciente. El relevamiento podría incluir preguntas relacionadas con los intereses o conocimientos sobre seguridad del paciente y la puesta en práctica de métodos que hacen a dicha materia. Este proceso también podría identificar a quienes pueden llegar a estar interesados en formar un grupo o comité destinado a supervisar el desarrollo del programa sobre seguridad del paciente.

Grupo focal

Conduzca un grupo focal conformado por clínicos con el fin de averiguar cuál es el estado actual de conocimientos acerca de la seguridad del paciente. Esto también le brindará información sobre las actitudes de los clínicos respecto de la inclusión del aprendizaje sobre seguridad del paciente en sus programas.

Reuniones personales

Las reuniones individuales con los clínicos contribuirán a transmitir un mensaje claro sobre la formación en seguridad del paciente. Esto brinda una oportunidad para explicar el fundamento y la urgencia para imple-

mentar la educación en seguridad del paciente, así como también establecer una relación para el trabajo posterior.

Convocatoria a una mesa redonda

Invite a un selecto grupo de clínicos que usted piense que pueden llegar a estar interesados y que puedan llegar a ser los posibles líderes de un debate en mesa redonda sobre la educación en seguridad del paciente para los estudiantes de carreras de la salud. (El beneficio del formato de mesa redonda es que no hay un solo experto evidentemente a cargo del debate sino más bien el grupo en su conjunto procura dilucidar y resolver las cuestiones todos juntos de manera colegiada).

Realización de un seminario sobre seguridad del paciente

Los seminarios constituyen el contexto típico para generar nuevos conocimientos. Los seminarios pueden resultar óptimos para exponer a los clínicos novatos en la materia a expertos o clínicos respetados que saben sobre seguridad del paciente. Los seminarios pueden ser medias jornadas o jornadas completas. Los temas que se podrían incluir en tal tipo de seminario serían: (i) qué es la seguridad del paciente; (ii) la evidencia que fundamenta la importancia de la seguridad del paciente; (iii) cómo desarrollar un programa curricular orientado a la seguridad del paciente; (iv) cómo enseñar seguridad del paciente; y (v) cómo evaluar la seguridad del paciente. Resulta crucial recordar mantener el contexto del programa, el cual consiste en generar capacitación para el cuerpo docente de la facultad y los clínicos a los fines de enseñar seguridad del paciente a los estudiantes de carreras de la salud.

¿Cómo identificar a los colegas y asociados que piensan parecido?

Si lleva a cabo las actividades expuestas anteriormente con relación a generar capacitación, todas ellas lo ayudarán a identificar a personas que piensan parecido y tienen intereses similares en la enseñanza de la seguridad del paciente. Otra manera consiste en convocar a una reunión y enviar una invitación abierta al cuerpo docente de la facultad y a los docentes clínicos. Cerciérese de programar la reunión en un momento conveniente para la mayor cantidad de personas posible con el fin de atraer a la máxima concurrencia posible (por ejemplo, los clínicos que atienden pacientes durante el día quizás quieran asistir pero no podrán por sus compromisos laborales). Otra manera consiste en poner un artículo en la gaceta de la facultad o en la revista informativa de la universidad. Así se le permitirá al público en general enterarse de lo que se trata la seguridad del paciente, a la vez que el artículo despertará conciencia sobre la necesidad de incluir la educación en seguridad del paciente en el programa curricular.

La enseñanza de la seguridad del paciente requiere del compromiso del personal interesado y avezado en la materia que se autoseleccione, o bien sea designado o propuesto como consecuencia de contactos o reuniones

anteriores sobre seguridad del paciente. Es una buena idea verificar la disponibilidad de los expertos de otras facultades y disciplinas tales como enfermería, ingeniería (con conocimientos del factor humano), psicología (psicología conductual, procesos y teorías de perfeccionamiento) y farmacia (seguridad de la medicación).

Técnicas para descubrir dónde podría insertar la seguridad del paciente en el programa curricular

La tormenta de ideas (“*brainstorming*”) es una técnica que requiere y alienta a que todos sugieran ideas para resolver un problema, que puede ser cómo se puede introducir mejor la enseñanza de la seguridad del paciente en el programa curricular. Cada facultad de Medicina será diferente, ya que contarán con distintos recursos, capacitaciones e intereses en materia de seguridad del paciente, la cual quizás no sea todavía una preocupación de la comunidad o del gobierno, por lo que la urgencia de incluir la educación en seguridad del paciente tal vez no constituya una prioridad.

Convocar a talleres introductorios sobre la Guía Curricular para estudiantes de carreras de la salud brindará una oportunidad para los miembros del cuerpo docente de familiarizarse con los temas centrales que hacen a la seguridad del paciente. También les permitirá expresar cualquier reserva que tuvieran acerca del programa y aclarar todo tipo de inquietudes o dudas.

La seguridad del paciente se pondera mejor en el contexto de la enseñanza multidisciplinaria. Al personal se lo debería alentar para reflexionar sobre la factibilidad de combinar algunas de las sesiones sobre seguridad del paciente con otros profesionales de la salud. Si bien la pre-

sente Guía Curricular ha sido diseñada para los estudiantes de carreras de la salud, también se puede adoptar fácilmente para otros estudiantes de ciencias de la salud. Otras profesiones y disciplinas tienen mucho por contribuir, en especial en la enseñanza de algunos temas. Los ingenieros quizás puedan enseñar acerca de sistemas, culturas de seguridad e ingeniería del factor humano (ergonomía). Los psicólogos y científicos de la conducta, así como el cuerpo docente de enfermería y farmacia pueden enseñar acerca de sus disciplinas y cómo han hecho para efectuar mejoras en la seguridad. Esforzarse por lograr diversidad brinda las mayores posibilidades de posibilitarles a los estudiantes aprender de otras disciplinas, en especial en el contexto de un enfoque de equipo respecto de la seguridad del paciente.

¿Cómo alcanzar un acuerdo?

Como en todos los debates por el programa curricular, habrá distintas posturas sobre lo que se debe incluir y lo que se debe dejar de lado. Lo importante es comenzar y construir a partir de ello, lo cual significa que el acuerdo alcanzado podrá mejorar en el largo plazo: iniciar algo en concreto puede resultar mejor que debatir y discutir las cuestiones durante plazos prolongados. Otra técnica consiste en introducir nuevos temas en el programa curricular utilizando un piloto, que podría identificar los problemas y ser utilizado como guía orientativa para futuros temas. También les permite a los integrantes del cuerpo docente de la facultad que todavía no estén seguros del valor de la enseñanza de la seguridad del paciente a acostumbrarse a la idea.

La próxima sección brinda más detalles acerca de cómo desarrollar e integrar la Guía Curricular a los actuales programas curriculares vigentes.

6. ¿Cómo integrar la seguridad del paciente en el programa curricular de su facultad de Ciencias de la Salud?

Comentarios generales

La seguridad del paciente es una disciplina relativamente nueva y siempre resulta desafiante la introducción de cualquier material nuevo dentro del programa curricular. ¿Qué se debería enseñar? ¿Quién debería enseñarlo? ¿Dónde y cómo se integrará al resto del programa curricular? ¿Qué es lo que viene a reemplazar?

Si su facultad de Ciencias de la Salud está atravesando el proceso de renovar el programa curricular ya existente, esta es una oportunidad ideal para plantear el argumento que fundamente la asignación de un espacio a la educación en seguridad del paciente. Sin embargo, la mayoría de los planes de estudios de las facultades de Ciencias de la Salud están bien establecidos y por lo general ya están más que cubiertos. Resulta inusual encontrar un bloque de tiempo libre que esté destinado a la incorporación de una nueva área de estudio.

Esta sección proporciona algunas ideas sobre cómo integrar la enseñanza y el aprendizaje de la seguridad del paciente dentro de una carrera de Ciencias de la Salud.

Se cubrirán los beneficios y los desafíos de los diferentes enfoques para poder ayudarlo a determinar la mejor adaptación posible a su facultad en particular y para ayudarlo a anticipar y planificar lo que haga falta.

La naturaleza de la educación en seguridad del paciente:

- es un campo nuevo;
- comprende una serie de áreas que no se suelen enseñar en las facultades de Medicina, tales como factores humanos, pensamiento en términos de sistemas, las conductas de trabajo eficiente en equipo y el manejo de los errores;
- vincula muchas materias ya existentes y tradicionales de las carreras de Ciencias de la Salud (ciencias aplicadas y ciencias clínicas) (véase el Recuadro A.6.1 para conocer algunos ejemplos);
- contiene nuevos elementos de conocimiento y actuación (véase el Recuadro A.6.2 para conocer algunos ejemplos);
- resulta muy contextual.

Recuadro A.6.1. La vinculación de la educación en seguridad del paciente con las materias tradicionales de las carreras de Ciencia de la Salud.

Un ejemplo de cómo un tema de seguridad del paciente, tal como la correcta identificación del paciente tiene aplicaciones específicas en numerosas disciplinas de las Ciencias de la Salud:

Disciplina	Aplicación de la seguridad del paciente
Obstetricia	¿Cómo se identifica a los neonatos en cuanto a su pertenencia de su madre de modo tal que no se los confunda accidentalmente y salgan del hospital con el/los padre/s equivocado/s?
Cirugía	Si un paciente necesita una transfusión de sangre, ¿qué procesos de verificación se implementan a fin de asegurarse de que reciban el tipo sanguíneo correcto?
Ética	¿Cómo se los alienta a los pacientes a hacerse escuchar si no comprenden por qué el médico les está haciendo algo que no esperaban?

Recuadro A.6.2. La vinculación de la educación en seguridad del paciente con los nuevos elementos de conocimiento y actuación.

Las competencias en materia de seguridad del paciente respecto de un determinado tema se pueden dividir en requisitos de conocimiento y de actuación. Desde un punto de vista ideal, el aprendizaje se dará en ambas categorías, por ej.: la correcta identificación del paciente.

Campo	Ejemplo de seguridad del paciente
Conocimientos amplios	Entender que las confusiones en la identificación del paciente pueden ocurrir y, de hecho, ocurren, sobre todo cuando la atención clínica está dividida por equipos. Aprender las situaciones que incrementan la probabilidad de confusión de un paciente, tales como tener a dos pacientes con la misma afección, pacientes que no se pueden comunicar y el personal que es interrumpido en el medio de una de sus tareas.
Conocimientos aplicados	Entender la importancia de una correcta identificación del paciente al momento de tomar una muestra de sangre para analizar su compatibilidad. Entender cómo pueden ocurrir los errores durante esta tarea y aprender sobre las estrategias que se utilizan para prevenir errores en esta situación.
Actuación	Demostrar cómo identificar correctamente a un paciente preguntándole su nombre mediante una pregunta de final abierto como puede ser "¿Cuál es su nombre?" en lugar de una pregunta cerrada como "¿Es usted Juan Pérez?".

El campo de la seguridad del paciente también es muy amplio. Dada su amplitud y la necesidad de contextualizar los principios de seguridad del paciente, es probable que haya muchas oportunidades en su programa curricular para incorporar una eficaz educación en seguridad del paciente dentro de las clases ya vigentes. No obstante, algunas áreas de la seguridad del paciente son relativamente nuevas para las profesiones de la salud y quizás no resulte tan sencillo insertarlas dentro de una materia ya existente dentro del programa curricular. El Tema 2: *Por qué es importante aplicar el factor humano para la seguridad del paciente*, puede tornarse difícil de integrar e incorporar dentro de una materia ya existente. Un enfoque para resolver este tema sería generar un momento e invitar a un experto de la facultad de ingeniería o psicología para que dé una conferencia seguida de un debate en pequeños grupos.

¿Cómo establecer la mejor adaptación utilizando estructuras curriculares genéricas?

Una vez que haya revisado su programa curricular vigente, haya determinado las áreas de seguridad del paciente que ya se están enseñando y haya decidido los temas de seguridad del paciente que desea enseñar, será tiempo de pensar en cómo incorporar los nuevos contenidos a su programa curricular.

Al momento de reflexionar sobre el programa curricular de su carrera de Ciencias de la Salud, considere las siguientes preguntas:

- ¿Cómo está estructurado su programa curricular en general?
- ¿En qué momento y lugar del programa curricular se enseñan determinadas materias y temas que podrían prestarse a la inclusión de contenidos sobre seguridad del paciente?
- ¿Cómo está estructurado cada uno de los temas en términos de objetivos pedagógicos, métodos de enseñan-

za y métodos de evaluación?

- ¿Cómo se imparte su programa curricular?

Una vez que haya respondido a estas preguntas, resultará más evidente en qué momento y lugar del programa curricular se puede incorporar la seguridad del paciente.

¿Cómo está estructurado su programa curricular en general?

- ¿Es un programa curricular tradicional? Los estudiantes aprenden primero sobre las ciencias básicas y conductuales y, una vez completas, se concentran en las disciplinas clínicas. La educación tiende a ser específica por disciplina más que integrada.

En este ámbito, la aplicación clínica y los elementos de actuación pertinentes a la seguridad del paciente se podrían introducir mejor en los últimos años de la carrera. Sin embargo, los conocimientos amplios de los principios de seguridad del paciente también podrían incorporarse de manera eficaz durante los primeros años.

- ¿Es un programa curricular integrado? Tanto las ciencias básicas, conductuales y clínicas como las habilidades clínicas se cubren en paralelo a lo largo de toda la carrera y el aprendizaje es integrado.

En este ámbito, existen ventajas para la integración vertical de los elementos de conocimiento, aplicación y actuación pertinentes a la formación en seguridad del paciente a lo largo de toda la carrera. Sin embargo, se pueden seguir introduciendo con eficacia conocimientos generales durante los primeros años.

Requisitos de conocimiento y actuación sobre seguridad del paciente

- Se aprenden idealmente en el contexto del ámbito clínico; la relevancia se hace más evidente una vez que

los estudiantes entienden cómo se imparte la atención clínica y están más familiarizados con el entorno del lugar de trabajo.

- Será más probable que cambien la práctica si los estudiantes tienen la oportunidad de utilizar lo que han aprendido poco tiempo después de que se lo trate en el programa curricular.

Al momento de enseñar un tema de seguridad del paciente, resulta ventajoso si tanto los requisitos de conocimiento como los de actuación se cubren juntos. Una clara comprensión del alcance de un problema en materia de seguridad del paciente brindará la motivación y la idoneidad suficiente al momento de aprender los requisitos de actuación.

También, es menos probable que los estudiantes se sientan desmoralizados respecto de los riesgos que enfrentan los pacientes en el sistema de salud del cual formarán parte en poco tiempo más; si exploran soluciones (aplicaciones) y aprenden las estrategias prácticas (elementos de actuación) que los harán unos médicos más seguros al mismo tiempo que también serán más positivos. Por razones logísticas quizás no sea posible que abarquen al mismo tiempo los requisitos de conocimiento y actuación de un tema de seguridad del paciente. Por ejemplo, hay una disertación sobre error de medicación en el segundo año pero los estudiantes no practican técnicas de administración segura de medicamentos hasta cursar un taller de habilidades clínicas durante su cuarto año de carrera. Si este es el caso, resultará beneficioso informarles a los estudiantes durante el segundo año de la carrera que aprenderán sobre administración segura de medicamentos en el cuarto año, y luego en el cuarto año, remitirse a la disertación que tuvieron en su segundo año sobre error de medicación. De este modo, no se perderá la motivación para una práctica segura y los estudiantes sentirán mayor confianza sobre su potencial para recibirse como médico seguro.

Si su programa curricular es tradicional, entonces los requisitos de conocimiento y actuación sobre seguridad del

paciente se enseñan mejor durante los últimos años de la carrera en los que los estudiantes cuentan con más conocimientos acerca de las disciplinas clínicas, mayor exposición a los pacientes y mayor capacitación en habilidades clínicas. El contexto para desarrollar los requisitos de conocimiento y actuación deberían ajustarse a la capacidad del alumno para poner en práctica sus nuevos conocimientos. Aun así, se pueden incluir conocimientos sobre seguridad del paciente en los primeros años dentro de materias tales como salud pública, epidemiología, ética u otras materias basadas en ciencias conductuales. Los temas apropiados para una introducción temprana de la seguridad del paciente son: (i) qué es seguridad del paciente; (ii) introducción a la ingeniería de los factores humanos; y (iii) los sistemas y la complejidad de la atención clínica.

Si su programa curricular es integrado y a los estudiantes se les enseñan habilidades clínicas desde el primer año, entonces los temas de seguridad del paciente se introducen mejor en forma temprana e integrada verticalmente a lo largo de toda la carrera. Esto hace de la seguridad del paciente un tema constante y ofrece las oportunidades de reforzar y construir a partir del aprendizaje previo. Sería ideal que los estudiantes se vean expuestos a la educación en seguridad del paciente antes o al momento de ingresar al lugar de trabajo.

¿En qué momento y lugar del programa curricular se enseñan determinadas materias y temas que podrían prestarse a la inclusión de la enseñanza de la seguridad del paciente?

Toda área de aprendizaje relevante para una determinada profesión puede albergar potencialmente a un tema de seguridad del paciente con sólo un caso de muestra como parte de una clase y que guarde relevancia para esa disciplina. Por ejemplo, podría utilizarse un caso que trate sobre un error farmacológico en un niño como punto de partida para enseñarles a los enfermeros sobre cómo entender y aprender de los errores mientras estudian pediatría. De igual modo, durante las clases sobre cómo manejar a pacientes tras ser sometidos a reemplazos de cadera o rodilla, un estudiante de terapia física podría aprender

Recuadro A.6.3. Integración de los temas de seguridad del paciente

Tema de seguridad del paciente	Materias que podrían albergar temas de seguridad del paciente
Cómo minimizar las infecciones a través de un mejor control de las mismas	Microbiología Capacitación en habilidades procedimentales Enfermedades infecciosas Prácticas clínicas
Cómo mejorar la seguridad de la medicación	Farmacología Terapéutica
Cómo ser un jugador de equipo eficaz	Capacitación avanzada en técnicas de mantenimiento vital Programas de orientación Capacitación en habilidades de comunicación (interprofesional)
¿Qué es la seguridad del paciente?	Ética Introducción al entorno clínico Capacitación en habilidades clínicas y procedimentales

sobre el tema “la seguridad del paciente y los procedimientos invasivos”. Muchas áreas podrían abarcar el tema de “cómo entender y aprender de los errores” si el caso resulta ser pertinente para esa disciplina en particular. Sin embargo, el aprendizaje es genérico y relevante para todas las disciplinas y para todos los estudiantes. El Recuadro A.6.3 ilustra las oportunidades para examinar la integración de los temas de seguridad del paciente.

¿Cómo está estructurado cada uno de los temas curriculares en las siguientes áreas?

- Objetivos pedagógicos;
- Métodos de enseñanza;
- Métodos de evaluación.

La implementación de nuevos contenidos sobre seguridad del paciente y su incorporación dentro del programa curricular resultará más eficiente si tanto los objetivos pedagógicos como los métodos de enseñanza y evaluación guardan coherencia con la estructura de los objetivos, y los métodos de enseñanza y evaluación de las materias ya existentes.

¿Cómo se imparte su programa curricular?

- Disertaciones
- Prácticas clínicas

- Actividades por internet
- Actividades en guardias hospitalarias
- Enseñanza tutorial en grupos reducidos
- Aprendizaje basado en la resolución de problemas (PBL)
- Laboratorios de simulación/habilidades
- Cursos tutoriales tradicionales.

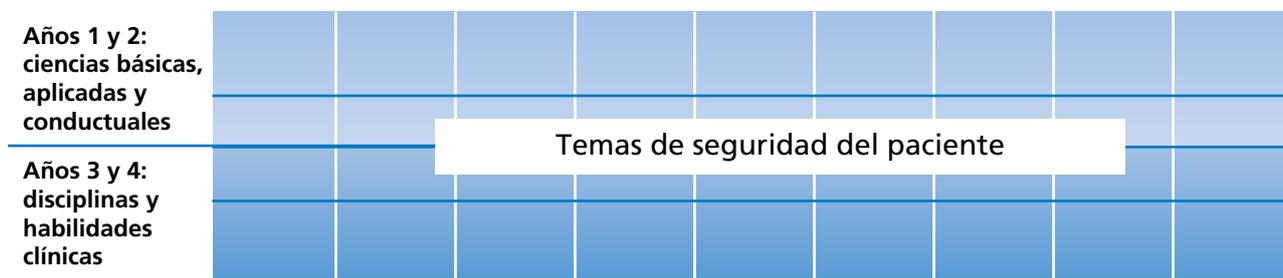
Probablemente resultará más sencillo incorporar los temas de seguridad del paciente en los métodos pedagógicos de enseñanza pre-existentes con los cuales estén familiarizados tanto los estudiantes como el cuerpo docente.

Ejemplos de modelos para su implementación

Ejemplo 1: La seguridad del paciente como materia independiente dentro de un programa curricular tradicional que se da en los últimos años de la carrera. Véase el Gráfico A.6.1.

- Los métodos educativos podrían constar de una combinación de disertaciones, debates en grupos reducidos, proyectos de trabajo, talleres prácticos o ejercicios basados en simulación;
- incorporar una instancia de seguridad del paciente a los conocimientos previos antes de ingresar a la fuerza laboral.

Gráfico A.6.1. La seguridad del paciente como materia independiente dentro de un programa curricular tradicional en el último año.



Ejemplo 2: La seguridad del paciente como materia independiente dentro de un programa curricular integrado. Véase el Gráfico A.6.2.

pendiente con conexiones con otras materias, como por ejemplo, disertaciones al inicio del semestre que se relacionen con temas que surgirán en las clases tutoriales, o bien, en las prácticas clínicas durante el transcurso del año.

La seguridad del paciente podría ser una materia inde-

Año 1	Temas 1 y 2: ¿Qué es la seguridad del paciente?	Aprendizaje basado en la resolución de problemas
Año 2	Temas 3 y 5: ¿cómo entender los sistemas y el impacto de la complejidad del cuidado del paciente; cómo entender y aprender de los errores?	Talleres sobre habilidades clínicas y prácticas clínicas
Año 3	Temas 4, 7, 9 y 10: ¿cómo ser un jugador de equipo eficaz?; métodos para mejorar la calidad. ¿Cómo minimizar las infecciones a través de un mejor control de las mismas; cómo reducir los riesgos asociados a procedimientos invasivos?	
Año 4	Temas 6, 8 y 11: ¿cómo manejar el riesgo clínico; cómo comprometer a los pacientes y a sus cuidadores asistenciales; cómo mejorar la seguridad de la medicación?	

Ejemplo 3: ¿Cómo integrar la seguridad del paciente a las materias ya existentes? Ejemplo: A. Véase el Gráfico A.6.3.

Una serie de materias podrían reservar algunas clases en las que el objetivo principal de la sesión tutorial o disertación consista en cubrir un tema de seguridad del paciente.

En el cuarto año podría haber una disertación sobre seguridad farmacológica como parte de terapéutica, un taller sobre administración segura de medicamentos dentro del programa de habilidades clínicas y un caso de Aprendizaje basado en la resolución de problemas en el que se demuestre la naturaleza multifactorial de un error utilizando un caso de error de medicación.

Cuadro A.6.3. La seguridad del paciente como materia independiente dentro de las materias ya existentes (A)

Año 1	Aprendizaje basado en la resolución de problemas					Caso de seguridad del paciente							
	Habilidades clínicas		Actividad de seguridad del paciente										
	Disertación	Tema de seguridad del paciente											
Año 2	Aprendizaje basado en la resolución de problemas					Caso de seguridad del paciente							
	Habilidades clínicas		Actividad de seguridad del paciente										
	Disertación	Tema de seguridad del paciente											
Año 3	Aprendizaje basado en la resolución de problemas					Caso de seguridad del paciente							
	Habilidades clínicas		Actividad de seguridad del paciente										
	Disertación	Tema de seguridad del paciente											
Año 4	Aprendizaje basado en la resolución de problemas					Caso de seguridad del paciente							
	Habilidades clínicas		Actividad de seguridad del paciente										
	Disertación	Tema de seguridad del paciente											

Ejemplo 4: ¿Cómo integrar la seguridad del paciente en las materias ya existentes, ejemplo B. Véase el Gráfico A.6.4.

Hay que colaborar codo a codo con los titulares de las materias para incorporar elementos de seguridad del paciente a las clases educativas seleccionadas. Si bien el

objetivo principal de la clase no es un tema de seguridad del paciente, los elementos pertinentes a la educación en seguridad del paciente se encuentran interrelacionados dentro de dicha clase. Para que esto ocurra, los objetivos de la clase deberían incluir un elemento de seguridad del paciente. Véase el Recuadro A.6.4 para conocer algunos ejemplos.

Gráfico A.6.4. La seguridad del paciente como materia independiente dentro de las materias ya existentes (B)

Año 1	Aprendizaje basado en la resolución de problemas		Caso de seguridad del paciente		Caso de seguridad del paciente		
	Habilidades clínicas	Actividad de seguridad del paciente					
	Disertación	Tema de seguridad del paciente					
Año 2	Aprendizaje basado en la resolución de problemas	Caso de seguridad del paciente		Caso de seguridad del paciente			
	Habilidades clínicas	Actividad de seguridad del paciente					
	Disertación	Tema de seguridad del paciente					
Año 3	Aprendizaje basado en la resolución de problemas		Caso de seguridad del paciente		Caso de seguridad del paciente		
	Habilidades clínicas	Actividad de seguridad del paciente					
	Disertación	Tema de seguridad del paciente					
Año 4	Aprendizaje basado en la resolución de problemas	Caso de seguridad del paciente		Caso de seguridad del paciente			
	Habilidades clínicas	Actividad de seguridad del paciente					
	Disertación	Tema de seguridad del paciente					

Recuadro A.6.4. Ejemplos de cómo se pueden interrelacionar los temas de seguridad del paciente con las clases ya existentes.

Clase ya existente	Componente de la educación en seguridad del paciente
Clase tutorial sobre habilidades clínicas al pie de la cama del paciente	A los pacientes siempre se les brindan explicaciones y consienten formar parte del proceso educativo al inicio de la clase. Los tutores constituyen roles modelos en cuanto al respeto por los deseos del paciente. A los pacientes siempre se los incluye como parte del equipo. Los tutores invitan a los pacientes a participar de la discusión del caso, ya que cuentan con información importante para su cuidado.
Clase sobre habilidades procedimentales sobre canulación de tipo IV	Se incluyen técnicas estériles y el desecho de material filoso. Involucrar al paciente en la discusión sobre el riesgo de infecciones. Consentimiento de la práctica.
Disertación sobre transfusión sanguínea	Como parte de la disertación se incluyen el riesgo del paciente y las maneras de minimizar dicho riesgo. Protocolos de verificación para asegurarse de atender al paciente correcto.
Aprendizaje basado en la resolución de problemas sobre embolia pulmonar en el que el caso índice se inicia con un anticoagulante oral	A los estudiantes se los alienta a debatir sobre la importancia de la educación del paciente al momento de recetar medicamentos potencialmente peligrosos.

Nota de precaución

Cuanto más integrada esté la seguridad del paciente al programa curricular existente, más dispersa estará, por lo que dependerá de una mayor cantidad de docentes y por ende resultará más difícil de coordinar su enseñanza eficaz. Habrá que encontrar el equilibrio entre la integración del material nuevo y la capacidad para coordinar su enseñanza. Es una buena idea mantener un registro detallado de lo que se integra de seguridad del paciente al programa curricular existente, cómo se lo está enseñando y de cómo se lo está evaluando. Desde un punto de vista educativo, la integración de la seguridad del paciente resulta ideal; sin embargo, este objetivo requiere estar equilibrado por los aspectos prácticos de su implementación.

Cuando un ente universitario o de acreditación le pregunta al cuerpo docente en qué momento y lugar se les enseña a los estudiantes de carreras de la salud, los respectivos docentes deben contar con información que sea lo suficientemente detallada como para permitirle a un observador asistir a tal clase y ver cómo se imparte la educación en seguridad del paciente. Es posible que resulte más adecuado para su entorno implementar una combinación de los enfoques antes mencionados.

Una vez que tenga un plan general del alcance, momento y modo en que desea incorporar la seguridad del paciente en su programa curricular, resultará más sencillo agregarla al programa curricular de manera gradual, con el tiempo, tema por tema en vez de intentar agregar de una sola vez todos los aspectos de su plan. De esta manera podrá aprender a medida que va avanzando y comenzar a lograr pequeños objetivos de manera temprana.

Sugerencias para incluir el aprendizaje de la seguridad del paciente en las clases de enseñanza basada en la resolución de problemas

Algunas carreras de la salud utilizan el ABRP como el método pedagógico de enseñanza preferido. Los cursos de ABRP, de los que fuera pionera originalmente la Universidad McMaster de Canadá, les exige a los estudiantes

que colaboren mancomunadamente sobre un determinado tema; luego, se asignan tareas y los estudiantes resuelven juntos problemas y después reflexionan sobre sus esfuerzos. Las siguientes sugerencias muestran cómo se pueden integrar los temas de seguridad en los casos de ABRP:

- Incluir información en el caso que guarde relación con alguna cuestión atinente a la seguridad del paciente. Para lograr esto, hay que incluir aspectos que reflejen las realidades del sistema de prestación de atención clínica, lo cual brindará oportunidades para explorar cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente.
- Hacer que el caso resulte relevante para su entorno sanitario local.
- El caso puede incluir un desacierto o evento adverso.
- El caso puede incluir una amenaza para la seguridad del paciente, lo que ayudará a los estudiantes a reconocer dónde estriban los peligros en el sistema.

Un caso podría incluir a una enfermera, un farmacéutico, una partera, un odontólogo o un médico, así como también puede incluir a un profesional que se ponga firme (se haga escuchar) ante sus superiores, que adopten una actitud receptiva ante la intervención de un miembro principiante del equipo médico y, de ese modo, traiga aparejada una mejora en la atención del paciente. La cuestión atinente a la seguridad del paciente podría ser un componente mayor o menor del caso de ABRP.

Ejemplo de caso de ABRP

Jeremy So es un joven de 15 años de edad que llega a la clínica médica local con respiración ruidosa y picazón. Su padre dice que estuvo bien 30 minutos antes y que se indispuso de manera bastante repentina. Al momento del examen clínico, Jeremy se ve agobiado y nervioso. Tiene la cara hinchada, los labios muy agrandados y apenas puede abrir los ojos porque los tiene hinchados. Tiene manchas rojas en la piel y se rasca el cuerpo. Cada vez que inhala, hace un pequeño ruido.

Ejemplo del mismo caso redactado con el fin de provocar el debate sobre el error médico así como también las respuestas a las siguientes preguntas:

Jeremy So es un joven de 15 años de edad que llega a la clínica médica local con respiración ruidosa y picazón. Su padre dice que estuvo bien 30 minutos antes y que se indispuso de manera bastante repentina. Al momento del examen clínico, Jeremy se ve agobiado y nervioso. Tiene la cara hinchada, los labios muy agrandados y apenas puede abrir los ojos porque los tiene muy hinchados. Tiene manchas rojas en la piel y se rasca el cuerpo. Cada vez que inhala, hace un pequeño ruido.

El padre de Jeremy dice que su hijo estuvo como ahora en alguna otra oportunidad anterior después de haber tomado un medicamento llamado penicilina y a él le indicaron que jamás vuelva a tomar penicilina porque podría matarlo. Jeremy vio a un médico esta mañana a raíz de una congestión nasal, irritación de garganta y fiebre. El médico le recetó amoxicilina, con la que Jeremy comenzó al inicio del día. El padre de Jeremy se pregunta si su hijo podría ser alérgico a este nuevo medicamento: la amoxicilina.

Caso de ejemplo: el caso podría incluir ejemplos de cómo mejorar la seguridad del paciente.

Una enfermera, un farmacéutico o un estudiante de Medicina que advierte información importante que el médico ha pasado por alto. El caso puede describir a la enfermera (u otro profesional de la salud) poniéndose firme (haciéndose escuchar), al médico siendo receptivo ante la enfermera y así la atención del paciente se ve mejorada como consecuencia.

Integración de la seguridad del paciente dentro de un programa de capacitación en habilidades procedimentales

Muchos procedimientos y tratamientos tienen el potencial de dañar a los pacientes. Esto es especialmente cierto cuando son aprendices sin mayor experiencia los que los llevan a cabo. Los procedimientos pueden ocasionar daños por medio de complicaciones, dolores y tensión emocional, ya sea por no ser eficaces o necesarios en primer lugar. Los conocimientos, las habilidades y las conductas del médico que realiza el procedimiento pueden ayudar a minimizar algunos de los riesgos potenciales para los pacientes. Integrar la educación en seguridad del paciente junto con la capacitación en procedimientos asistenciales en un nivel de carrera de grado los ayudará a los estudiantes de carreras de la salud a tener presente sus responsabilidades frente a los pacientes al momento de emprender procedimientos invasivos. Esta sección brinda algunas sugerencias sobre cómo integrar la educación en seguridad del paciente con la capacitación en habilidades procedimentales dentro de su facultad. Como punto de partida, considere las siguientes preguntas:

1. ¿Cuándo, dónde y cómo se enseñan habilidades procedimentales en su facultad?
2. ¿Cuáles son las habilidades que se enseñan?
3. ¿Cuándo comienzan los estudiantes a realizar estos procedimientos en pacientes? Sería ideal que los mensajes sobre seguridad del paciente sean previos o coincidentes con dicho momento.

Los temas de seguridad del paciente que hay que considerar al momento de incluirlos en el marco de un curso de capacitación sobre habilidades procedimentales

Temas generales de seguridad del paciente que son relevantes para todos los procedimientos:

- La curva del aprendizaje. Entender que un clínico inexperto tiene más probabilidad de causar daño y/o fallas en un procedimiento en comparación con un clínico experimentado. ¿Qué estrategias se pueden utilizar para ayudar a minimizar el daño al tiempo que se permita desarrollar el aprendizaje; por ejemplo, el rol que tiene una cuidadosa preparación, la planificación, los conocimientos previos, la observación de otros colegas

que realizan el procedimiento, la simulación, la supervisión, los comentarios críticos y el seguimiento de los pacientes (temas 2, 5 y 6)?

- ¿Cuáles son los conocimientos previos que un médico debe adquirir sobre un determinado procedimiento antes de llevarlo a cabo (temas 6 y 10)?
- Precauciones de esterilidad (tema 11).
- Cómo comunicar el riesgo (temas 6 y 9).
- Correcta identificación del paciente, lado correcto, paciente correcto (tema 10).
- Seguimientos de los resultados del estudio (temas 2, 6, 9 y 10).

Conocimientos sobre seguridad del paciente que se aplican a la realización de procedimientos específicos:

- Problemas/peligros/trampas comunes y resolución de problemas (temas 2 y 5).
- Complicaciones graves y comunes y cómo minimizarlas (tema 1 y 5).
- Asesoramiento para los pacientes en cuanto a su seguimiento (temas 6 y 9).
- Familiarización con el equipamiento (tema 2).
- Aplicaciones específicas de temas generales de seguridad del paciente (todos los temas).

Ejemplo: la correcta identificación del paciente al momento de tomarle una muestra de sangre.

Cómo etiquetar los tubos de muestra con el fin de minimizar la posibilidad de una mala identificación:

- etiquetarlos al costado de la cama del paciente;
- verificar el nombre del paciente con una pregunta de final abierto;
- cerciorarse de que el nombre del paciente coincida con la etiqueta presente sobre el tubo de muestra y la etiqueta que aparece sobre el formulario de pedido del estudio, es decir, realizar una "verificación triple".

Se puede utilizar una gama de métodos educativos para introducir los temas generales de seguridad del paciente ya que se aplican a la realización de procedimientos invasivos; por ejemplo, disertaciones, lecturas, debates grupales, cursos tutoriales y actividades en línea.

El mejor momento para adquirir los requisitos de conocimiento y de actuación de un determinado tema de seguridad del paciente se da cuando se aprenden las etapas del procedimiento. Esto puede darse en un curso tutorial práctico al costado de la cama del paciente, sin el componente práctico de intervenir manualmente. A los estudiantes se les podría pedir que lean un determinado artículo o pautas antes de concurrir a la clase de enseñanza.

Los cursos tutoriales sobre procedimientos específicos proporcionan una magnífica oportunidad para reforzar principios genéricos, detallar las aplicaciones de la seguridad del paciente respecto de un determinado procedimiento y para que los estudiantes practiquen los elementos de actuación que hacen a la seguridad del paciente.

Por ejemplo, si su facultad utiliza una capacitación de inmersión y simulación basada en escenarios, por ejemplo, para aprender sobre técnicas de mantenimiento vital básico y avanzado, entonces hay una oportunidad para incorporar en dicho programa la capacitación en equipo. Las ventajas de este tipo de capacitación en cuanto a incorporar cuestiones relativas a la seguridad del paciente son las situaciones realistas que reflejan muchos de los desafíos de la vida real que pueden surgir a partir de dicho escenario. Por ejemplo, saber *qué* hacer ante una situación de emergencia es distinto de efectivamente *hacerlo*, sobre todo cuando se trabaja como parte de un equipo. Los elementos reales ya introducidos son la presión del tiempo, el estrés, el trabajo en equipo, la comunicación, la familiarización con el equipamiento, la toma de decisiones en plena acción y el conocimiento del entorno. Al igual que en las otras formas de aprendizaje basado en la experiencia, existen oportunidades de practicar los requisitos de actuación que demuestren una práctica segura.

Nota: La enseñanza de inmersión y por simulación basada en escenarios puede resultar una manera muy eficaz para que los estudiantes aprendan, así como también puede ser muy desafiante para los estudiantes y no siempre resulte una manera cómoda de aprender. La atención que se debe prestar a la creación de un entorno de aprendizaje seguro y cooperativo es un importante en caso de utilizarse este método pedagógico. Véase la sección sobre principios pedagógicos fundamentales para conocer más detalles sobre la creación de un entorno de aprendizaje seguro y cooperativo.

Programa de capacitación en habilidades clínicas

La capacitación en habilidades clínicas incluye el aprendizaje sobre cómo tomar nota de una historia clínica, cómo realizar un examen físico, el razonamiento clínico, la indicación e interpretación de estudios, las habilidades procedimentales y las habilidades de comunicación, tales como la de dar información, ofrecer asesoramiento y obtener el consentimiento informado.

Se utiliza una gama de métodos para enseñar las habilidades clínicas tales como charlas tutoriales al costado de la cama del paciente, prácticas con pacientes simulados, prácticas con pares, observación de videos sobre la actuación de expertos, la participación en el entorno clínico y la presentación de casos.

Considere el momento y la manera en que su facultad dicta el programa sobre habilidades clínicas.

Varios temas de seguridad del paciente resultarán adecuados para su inclusión dentro de un programa sobre habilidades clínicas. Dado que ese programa quizás ofrezca oportunidades para practicar los elementos de actuación de la seguridad del paciente, es importante que se desarrollen buenos hábitos de manera temprana. Cabe advertir que las charlas tutoriales al costado de la cama del paciente brindan excelentes oportunidades

para que los tutores actúen como modelos paradigmáticos de práctica segura: por ejemplo, la comunicación centrada en el paciente y la higiene de manos, el uso de listas de verificación y protocolos.

La capacitación en habilidades clínicas puede brindar oportunidades para que los estudiantes aprendan y practiquen los siguientes elementos de actuación sobre seguridad del paciente:

- La comunicación del riesgo;
- El pedido de permiso;
- La aceptación del rechazo;
- La honestidad con los pacientes;
- La capacitación de los pacientes: ayudándolos a ser participantes activos de su propio cuidado;
- La información y actualización de los pacientes y sus parientes sobre su estado clínico;
- La higiene de manos;
- El enfoque centrado en el paciente durante la toma de la historia clínica y el examen físico;
- El razonamiento clínico: el error diagnóstico, la consideración del coeficiente riesgo beneficio en los procedimientos, las investigaciones y los planes de manejo clínico.

¿Cómo colaborar con los docentes de las guardias clínicas y los docentes de habilidades clínicas?

Para que los principios de seguridad del paciente queden integrados de manera amplia a lo largo de todo el programa curricular, deberá darse la cooperación de muchos docentes en especial, en especial si la educación en seguridad del paciente ha de impartirse en ámbitos de grupos reducidos, tales como las clases tutoriales clínicas.

Al inicio de esta sección, mencionamos que muchos docentes no estarán familiarizados con los conceptos de seguridad del paciente, a la vez que los requisitos específicos de conocimiento y actuación resultarán novedosos. Por ejemplo, es probable que los estudiantes vean a los clínicos en el lugar de trabajo preguntándoles a los pacientes su nombre de manera apresurada e irrespetuosa, tomando atajos que pueden comprometer la seguridad del paciente o bien exhibir una actitud de "culpar y avergonzar" cuando las cosas salen mal. Los tutores deben reflejar en su propia práctica si son docentes y modelos eficientes en materia de seguridad del paciente.

Las estrategias detalladas más adelante pueden colaborar con la participación de los docentes clínicos en la enseñanza de la seguridad del paciente:

- Llevar a cabo un taller sobre seguridad del paciente o bien una serie de disertaciones para los docentes;
- Convocar a oradores invitados a fin de promover la seguridad del paciente;
- Comprometer y estimular a los docentes para que incluyan la seguridad del paciente dentro de sus programas;
- Trazar líneas paralelas de educación en seguridad del paciente dentro del ámbito de posgrado;

- Formular con claridad los objetivos pedagógicos de la seguridad del paciente en los apuntes tutoriales;
- Dar apuntes tutoriales sobre temas de seguridad del paciente;
- Evaluar los contenidos de seguridad del paciente en los exámenes.

¿Cómo utilizar casos de estudio?

Proveemos una serie de casos de estudios para cada tema que se pueden utilizar para demostrar por qué un determinado tema resulta relevante para la seguridad del paciente. La mejor manera de utilizar casos de estudio consiste en hacer que los estudiantes y docentes lean el caso y luego debatan en pequeños grupos en torno a varios puntos de discusión o bien respondan una serie de preguntas relacionadas con el caso. Como opción, también puede funcionar una clase interactiva con un grupo más numeroso. Hemos incluidos preguntas sugeridas o puntos de debate después de cada caso de estudio. El eje de las preguntas pasa por hacer que los estudiantes se concentren en los factores subyacentes en vez de sólo concentrarse en las personas involucradas.

Genere casos de estudio locales

Los casos de estudio pueden demostrar cómo no hay que hacer determinada cosa (aprender de la experiencia negativa de otra persona) o bien cómo hacer lo correcto (aprender de la experiencia positiva de otro individuo). Por ejemplo, si se está desarrollando un caso de estudio para el tema "cómo ser un jugador eficiente de equipo", entonces el caso de estudio local tendría los elementos de equipos que resultan familiares para las instituciones locales y las clínicas u hospitales locales.

Los pasos que se describen a continuación lo ayudarán a generar casos locales pertinentes al tema que se está enseñando.

Revise las secciones de cada tema de la Guía Curricular que describa:

- La relevancia del tema para el lugar de trabajo;
- Los objetivos pedagógicos correspondientes al tema.

Escriba las actividades que queden incorporadas en los objetivos.

Obtenga casos de estudio de:

- La Guía Curricular; o bien
- Pregúnteles a médicos y enfermeras del hospital o clínica que les proporcionen casos que puedan identificarse.

Desarrolle una historia que contenga los elementos expuestos en los objetivos.

El contexto del caso de estudio debería ser familiar tanto para los estudiantes como para los clínicos. Por ejemplo, si no servicios de farmacia disponibles a nivel local, entonces los casos de estudio debería evitar mencionarlos.

¿Cómo modificar los casos de estudio que hay en la Guía Curricular?

La mayoría de los casos de estudio están redactados con

el fin de ilustrar un determinado comportamiento o proceso. Muchos de los casos que hemos seleccionado más los suministrados por el Grupo de Expertos de la OMS se relacionan más con un determinado tema, tal como los errores de comprensión, la comunicación, el trabajo en equipo y el compromiso con los pacientes. Hemos enumerado todos los casos bajo cada tema que creemos que pueda ser de utilidad para demostrar un determinado objetivo pedagógico. Se han utilizado distintos tipos de casos, que van desde los servicios de salud que se basan en gran medida en la tecnología, hasta los que cuentan con un acceso limitado a servicios tecnológicos. Esto significa que muchos de los casos de estudio se aplicarán a la mayoría de las facultades de Medicina; en caso contrario, se pueden modificar los casos de estudio cambiando el entorno en el que el caso se suscita. El caso también puede contar con otro tipo de prestador de atención clínica involucrado toda vez que no exista el que figura identificado en el caso de estudio. Por ejemplo, se pueden cambiar los pacientes de varón a mujer o viceversa (de resultar clínicamente apropiado), se pueden tener familiares presentes o ausentes, o bien provenir de una zona rural o urbana. Después de modificar un caso de estudio con el propósito de considerar los elementos locales, dele el caso de estudio a un colega para ver si tiene sentido y resulta relevante para el tema en cuestión, el entorno local y el contexto.

7. Principios educativos esenciales para la enseñanza y el aprendizaje de la seguridad del paciente

Para que la educación en seguridad del paciente arroje mejores resultados con los pacientes y conlleve una práctica segura, debe resultar ser significativa para los estudiantes. Como con cualquier otro tipo de enseñanza, uno de los mayores desafíos consiste en asegurarse la transferencia de aprendizaje al lugar de trabajo. ¿Qué pueden hacer los educadores para alentar a los estudiantes a aplicar su aprendizaje de una manera práctica en sus lugares de trabajo?

De utilidad pueden resultar las estrategias que se describen a continuación.

El contexto es muy relevante en la enseñanza de la seguridad del paciente

Contextualice los principios de seguridad del paciente

Los principios de seguridad del paciente deben presentarse como relevantes para las actividades cotidianas de los trabajadores de la salud. Tenga por objetivo demostrarles a los estudiantes el momento y la manera en que se pueden aplicar en la práctica los conocimientos de la seguridad del paciente. Esto implica el uso de ejemplos con los cuales puedan relacionar los estudiantes.

Utilice ejemplos que sean realistas para su ámbito

Piense en la clase de trabajo que la mayoría de sus estudiantes estarán realizando después de recibirse y téngalo presente al momento de elegir contextos clínicos en los que haya que incorporar educación en seguridad del paciente. Incluir un caso sobre desnutrición, obesidad mórbida o paludismo quizás no resulte particularmente útil si estas afecciones no son para nada comunes en su ámbito de práctica clínica. Utilice situaciones y ámbitos que sean comunes y relevantes para la mayoría de sus egresados.

Identifique aplicaciones prácticas

Ayude a los estudiantes a identificar las situaciones en las

que pueden aplicar sus conocimientos y habilidades sobre seguridad del paciente. De este modo, tendrán más probabilidades de reconocer las oportunidades que les vayan surgiendo para desarrollar una práctica segura en su lugar de trabajo. Por ejemplo, la correcta identificación del paciente es importante al momento de:

- Enviar o remitir muestras de sangre;
- Administrar medicamentos;
- Etiquetar los formularios de pedidos de estudios por imágenes;
- Escribir datos en los registros de los pacientes;
- Escribir datos en los cuadros de medicación de los pacientes;
- Realizar procedimientos;
- Colaborar con los pacientes que tienen dificultad para comunicarse.

Utilice ejemplos que sean de interés o que pronto resultarán relevantes para los estudiantes

Recorra a situaciones en las que los estudiantes mismos puedan verse involucrados al momento de empezar a ejercer su profesión y/o como estudiantes de carreras de la salud en rotaciones o prácticas clínicas. Por ejemplo, si el tema se trata de actuar en defensa del paciente, es mucho mejor utilizar un ejemplo en el que el estudiante tenga que ponerse firme frente a un cirujano antes que un médico jerárquico de un hospital necesite hacer lo mismo frente a la gerencia del hospital. De esta manera, la relevancia del material se tornará más evidente para los estudiantes, lo cual traerá aparejada una mayor motivación para el aprendizaje (véase el Recuadro 5 para conocer un ejemplo).

Deles a los estudiantes la oportunidad de practicar la aplicación de sus conocimientos y habilidades sobre seguridad del paciente

Al darles a los estudiantes la oportunidad de ejercer una "práctica segura", cabe esperar que luego se torne un hábito y los estudiantes se sentirán más inclinados a en-

Caso de ejemplo

Mientras observa una intervención quirúrgica, un estudiante de medicina se da cuenta de que el cirujano está cerrando la herida y que todavía hay un paquete dentro del cuerpo del paciente. El estudiante no está seguro de si el cirujano lo ha advertido y se pregunta si decirle algo o no.

carar las situaciones clínicas con una mentalidad orientada hacia la seguridad del paciente.

Ejercer una práctica segura puede darse no bien los estudiantes comiencen su carrera de Medicina; por ejemplo, en:

- Clases tutoriales o estudios en privado, donde por ejemplo se den soluciones mediante “tormentas de ideas” para enfrentar situaciones peligrosas;
- Un ámbito de simulación, por ejemplo, un laboratorio de habilidades, otro de simulación, juegos de roles;
- El entorno clínico, por ejemplo, la higiene de manos cuando se examina al paciente, o su correcta identificación al extraerle sangre;
- Las interacciones con el paciente: al momento de dar su asesoramiento, los estudiantes pueden practicar alentando a los pacientes a que se informen, hagan preguntas y sean proactivos en pos de asegurarse que su atención evoluciona según lo planeado.

Genere un entorno de aprendizaje eficiente

También los aspectos del entorno de aprendizaje pueden tener repercusión sobre la eficiencia de la enseñanza y el aprendizaje. Un entorno de aprendizaje ideal es aquel que resulta ser seguro, cooperativo, desafiante y participativo.

Entornos de aprendizaje seguros y cooperativos

Un entorno de aprendizaje seguro y cooperativo es aquel en el que:

- Los estudiantes se sienten cómodos para hacer preguntas “tontas”;
- Ponen de manifiesto lo que no entienden;
- Comparten lo que entienden de manera honesta y abierta.

Los estudiantes que se sienten seguros y apoyados tienden a ser más abiertos al aprendizaje, disfrutan más de los desafíos y están más preparados para participar activamente en las actividades de aprendizaje.

Si los estudiantes se sienten inseguros y no reciben apoyo o cooperación, tenderán a ser renuentes para revelar sus deficiencias de conocimientos y hay menos probabilidad de que participen activamente por temor a sentirse avergonzados o humillados delante de sus docentes y compañeros. El objetivo primordial del estudiante pasa a ser la autopreservación en lugar del aprendizaje. La atención

que se presta en generar un entorno de aprendizaje seguro y cooperativo no sólo hace que el aprendizaje sea más ameno, sino también, que es lo más importante, hace que el aprendizaje resulte más eficaz. El docente tiene un rol significativo en hacer que el entorno de aprendizaje sea un lugar cómodo para los estudiantes.

Las sugerencias para contribuir a generar un entorno de aprendizaje seguro y cooperativo consisten en:

- Presentarse a los estudiantes y pedirles que se presenten. Demuestre interés en ellos como personas así como también en su aprendizaje.
- Al comienzo de cada clase, explique cómo se desarrollará la clase. Esto les permitirá saber qué deben esperar y también qué se espera de ellos.
- Oriente a los estudiantes hacia el clima en el que usted está enseñando. Esto es de especial importancia si se encuentra en un entorno clínico o en uno de simulación. Los estudiantes necesitan saber lo que se espera de ellos si es que se encuentran en un entorno novedoso.

Simulación

Los entornos de simulación pueden ser confusos dado que algunos aspectos son reales, mientras que otros no lo son y a quien está aprendiendo se le pide que simule que algunos aspectos sean reales. Cerciórese de que los alumnos conozcan el nivel de inmersión requerido para el juego de roles y el realismo que usted espera con que ellos traten la situación. Puede resultar vergonzante para un estudiante hablar con un brazo de práctica para canulaciones intravenosas como si fuera un paciente de verdad cuando la mera intención del docente consistía en utilizarlo para practicar los aspectos manuales del procedimiento.

- Invite a los estudiantes a formular preguntas y hacerse escuchar en caso de que haya algo que no entiendan, lo cual les enviará el mensaje de que no saber no está mal.
- Nunca critique ni humille a un estudiante por demostrar falta de conocimiento o bajo rendimiento. Más bien, debería ser considerado como una oportunidad de aprendizaje.
- Si se requiere participación activa, pida voluntarios en vez de señalar a alguien usted mismo.
- Considere demostrar cómo hacer algo usted mismo antes de pedirles a los alumnos que se turnen. Por ejemplo, cuando se enseña a generar un campo estéril antes de realizar una punción lumbar, resulta mucho más eficiente demostrar cómo hacerlo correctamente, en lugar de hacer que un estudiante lo haga delante de sus compañeros antes de que se lo enseñen y cometa errores que deben ser corregidos.

- Al formular preguntas a un grupo de estudiantes, resulta mejor hacer la pregunta primero y luego darles un tiempo para pensarla y recién allí buscar alguno que ofrezca una respuesta. A algunos estudiantes esto les resultará primero un tanto inquietante y podría ocasionarles problemas para pensar con claridad si toda la clase está esperando su respuesta.
- Si, como docente, a usted se le hace una pregunta cuya respuesta no conoce, no intente ocultarlo ni pida disculpas por no saber. Responder de tal manera les enviará el mensaje a los alumnos de que no saber resulta inaceptable. Una cita que vale la pena recordar es: "las dos palabras más importantes de la educación médica son 'no sé'" [1].
- Al momento de brindar comentarios críticos sobre las actuaciones en el ámbito clínico (o de simulación, haga que sea en forma de diálogo. Pídale a los estudiantes su opinión antes de dar la propia e incluya aspectos de actuación que se hicieron satisfactoriamente y las áreas en las que se necesita trabajar más. Ayude a los estudiantes a desarrollar un plan para abordar las áreas que requieren mayor atención.

Entornos de aprendizaje desafiantes y participativos

Los estudiantes desafiados por el docente tienen más probabilidades de evolucionar en su aprendizaje de manera más rápida. Un entorno de aprendizaje desafiante es aquel en el que los estudiantes se vean alentados a pensar y actuar de maneras novedosas. Las presunciones se desafían y así se desarrollan nuevas habilidades. Los estudiantes valoran estas clases de actividades pedagógicas. Es importante enfatizar la diferencia entre un entorno de aprendizaje desafiante y otro intimidatorio. De hecho, un entorno de aprendizaje seguro y cooperativo constituye un pre-requisito para desafiar a los estudiantes. Cuando ellos se sienten seguros y apoyados, están más abiertos a los desafíos y por ende se inclinarán más a participar en el proceso.

Otra faceta importante de la enseñanza eficaz es el uso de actividades de aprendizaje participativas, que requieren de los estudiantes ejercitar su mente, boca o manos y no sólo sus oídos. Intente evitar actividades en las que los estudiantes son meros receptores de información. Cuanto más activa sea la actividad propuesta, más probable es que impacte en el aprendizaje de los estudiantes.

Las actividades de aprendizaje basadas en la experiencia, tales como entrevistar a un paciente, practicar una determinada habilidad procedimental dentro de un taller y el juego de roles suelen ser muy participativas por el mero hecho de que les exigen a los estudiantes hacer y actuar en consecuencia. El trabajo en grupos reducidos tales como el ABRP también tiende a ser participativo dada la naturaleza cooperativa de la actividad, la tendencia del caso a generar preguntas en las mentes de quienes están aprendiendo y la necesidad de resolver problemas.

Puede ser desafiante dictar disertaciones que sean par-

ticipativas. Pueden resultar de ayuda las siguientes estrategias:

- Trate de ser interactivo;
- Formule preguntas a los estudiantes;
- Haga que los estudiantes debatan sobre una cuestión y comparta su experiencia en parejas;
- Cuento una anécdota para ilustrar un argumento;
- Use casos de ejemplos o problemas que los estudiantes puedan relacionar con facilidad como punto de partida para la disertación;
- Relacione los conceptos teóricos con ejemplos concretos;
- Haga que los estudiantes critiquen un video, un caso, una declaración, una solución o un problema.

Las actividades tales como observar una actividad hospitalaria, leer un artículo u observar un procedimiento invasivo se pueden hacer más participativas si los estudiantes tienen una tarea que completar como parte del proceso. Sería ideal que la tarea ayudara a desarrollar habilidades de reflexión crítica. Por ejemplo, si a los estudiantes se les exige concurrir a reuniones sobre movilidad y mortalidad, podrían contar con preguntas preformuladas que abordar según sus observaciones.

Estilos de enseñanza

Cada uno de los docentes tiende a adoptar un estilo preferido de enseñanza si es que existe la opción [2]. El estilo preferido probablemente se determine mediante una combinación de las creencias del docente acerca de lo que funciona mejor, sus aptitudes y aquello con lo cual se sienten más cómodos.

El estilo puede variar desde uno liderado por el docente en el que éste adopta el rol de experto y presenta la información a los estudiantes por medio de una disertación o bien demuestra cómo se hace algo poniéndose como modelo a seguir, hasta el método centrado en el alumno donde el docente simplemente les facilita el aprendizaje logrado por ellos mismos y a través de sus pares: por ejemplo, el ABRP o los proyectos de trabajo en grupos reducidos. Los docentes que adoptan el método centrado en el alumno quizás vean su rol como motivadores y guías para los estudiantes a medida que van trabajando en una actividad de aprendizaje. Las habilidades del docente pueden estribar en la formulación de actividades de aprendizaje participativas, facilitar la discusión en grupos, plantear preguntas que provoquen el pensamiento y/o proporcionar comentarios críticos eficaces.

Cada estilo de enseñanza tiene sus ventajas y desventajas, que variarán según el contenido que habrá de enseñarse, la cantidad de alumnos, los estilos de aprendizaje preferidos por los alumnos (si los conocen), las habilidades del docente y el tiempo y los recursos disponibles para la clase de enseñanza. Las ventajas de los estilos centrados en el alumno incluyen la incentivación de la colaboración, la comunicación y las habilidades de resolución de problemas en forma proactiva entre los estu-

diantes: todas estas experiencias útiles para ser un eficaz integrante de un equipo en su lugar de trabajo. Resulta beneficioso estar al tanto no sólo de su estilo de enseñanza preferido, sino también de las demás maneras de enseñar que podrían ser igualmente o más eficaces en determinadas circunstancias. Se alienta así la capacidad para ser flexible. Puede suceder que quizás necesite ajustar sus métodos habituales de insertarse dentro del diseño curricular general del programa curricular vigente en su facultad.

Harden identifica seis roles importantes del docente: [3]

- Proveedor de información;
- Modelo a seguir;
- Facilitador;
- Evaluador;
- Planificador;
- Productor de recursos;

Como proveedor de información en el campo de la seguridad del paciente, es importante estar bien informado al respecto. Esto exige conocimiento de los principios básicos de la seguridad del paciente, por qué es importante en el ámbito clínico y qué es lo que el personal puede hacer para promoverla en su lugar de trabajo. Dedicar tiempo a la reflexión sobre la propia práctica y los métodos para enfrentar peligros en el lugar de trabajo contribuirá a identificar los puntos de enseñanza relevantes para sus estudiantes. Existen muchas maneras en que un docente clínico puede actuar como modelo a seguir en cuanto a práctica segura. Siempre que se encuentre en un ámbito clínico con pacientes, los estudiantes notarán cómo usted:

- Interactúa con los pacientes y sus familiares;
- Respeta los deseos de los pacientes y sus familiares;
- Informa a los pacientes y a sus familiares acerca de los riesgos;
- Considera los coeficientes de riesgo y beneficio al momento de determinar planes de acción terapéutica;
- Responde e invita a formular preguntas de los pacientes y sus familiares;
- Se lava las manos entre paciente y paciente;
- Adopta una actitud de equipo;
- Recibe con beneplácito el consejo de sus colegas;
- Adhiere a los protocolos del lugar de trabajo;
- Reconoce la incertidumbre;
- Reconoce y aprende de sus propios errores y de los ajenos [4];
- Resuelve problemas que hacen a cuestiones sistémicas;
- Se cuida a sí mismo y a sus colegas.

Uno puede ser un docente muy eficaz en seguridad del paciente con sólo ser un profesional seguro en sí mismo ante la presencia de los estudiantes que se muestran deseosos por aprender.

¿Cómo considerar al paciente en el aprendizaje de su seguridad?

La educación en seguridad del paciente se puede incor-

porar en muchos ámbitos educativos diferentes, desde el entorno clínico hasta la sala de conferencias y las clases tutoriales, pasando por advertir dónde pueden llegar a surgir oportunidades de aprendizaje. Las siguientes medias preguntas pueden darle una idea de cómo generar un momento de aprendizaje sobre seguridad del paciente:

- ¿Cuáles son los peligros para el paciente aquí...
- ¿Qué necesitamos tener presente en esta situación...
- ¿Cómo podemos minimizar los riesgos...
- ¿Qué haría que esta situación se tornara más riesgosa para el paciente...
- ¿Qué deberíamos hacer si X llegara a ocurrir...
- ¿Cuáles son nuestras responsabilidades...
- ¿Quién más puede ayudar con esta situación... el personal de enfermería? ¿El paciente?
- ¿Qué sucedió? ¿Cómo podemos prevenir esto a futuro...
- ¿Qué podemos aprender de esta situación...
- Miremos el coeficiente de riesgo-beneficio del plan que Uds. sugirieron...

Algunas de las mejores enseñanzas que experimentarán los estudiantes provienen de los pacientes mismos. Su rol en la educación médica data de hace mucho tiempo, por lo general en relación con la descripción de cómo experimentan su enfermedad o dolencia. Sin embargo, también pueden enseñarles a los estudiantes sobre comunicación, comunicación del riesgo, ética, respuestas a eventos adversos y mucho más.

Nota de precaución

Recuerde que los estudiantes pueden desmoralizarse si perciben un indebido énfasis en el riesgo, los errores y el daño al paciente. Un docente de seguridad del paciente eficaz será capaz de equilibrar esto abordando los aspectos positivos de la disciplina, tales como las soluciones para los problemas, la evolución en materia de seguridad del paciente y la dotación de los estudiantes con estrategias concretas para mejorar su práctica. También es importante recordarles a los estudiantes el éxito que reviste la mayoría de los episodios vinculados con la atención clínica de pacientes. La seguridad del paciente radica en mejorar la atención clínica cada vez más.

Herramientas y material de consulta

La Serie: *Teaching on the run* ["Docencia al paso"] fue desarrollada por clínicos australianos y resulta relevante para la educación de profesionales de la salud en el lugar de trabajo donde hay muchas exigencias sobre los docentes que también se desempeñan como prestadores de servicios (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/onthe-run/tips>; accedido el 4 de enero de 2011).

National Center for Patient Safety of the US Department of Veterans Affairs [Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Departamento de Asuntos sobre Veteranos de Guerra de los EE.UU.]

(www.patientsafety.gov)

Peter Cantillon, Linda Hutchinson y Diana Wood, eds. *ABC of learning and teaching in medicine* ["El ABC del aprendizaje y la enseñanza en Medicina"], 2da. Edición. Londres, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

John Sandars y Gary Cook, Malden, *ABC of Patient Safety*, ["El ABC de la Seguridad del Paciente"] MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, ["La seguridad y la ética en la atención clínica: guía para hacer lo correcto"] 1ª ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Referencias

1. Selección del editor. "I don't know": the three most important words in education. ["No sé: las dos palabras más importantes de la educación"] *British Medical Journal*, 1999, 318(7193).
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. ["Cómo enseñar en un ámbito médico: cómo equilibrar los estilos de enseñanza, los de aprendizaje y los métodos pedagógicos"] *Medical Teacher*, 2001, 23(6):610–612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: the good teacher is more than a lecturer - the twelve roles of the teacher. ["Asociación para la Educación Médica en Europa, Guía N.º 20: el buen docente es más que un buen disertante"] *Medical Teacher*, 2000, 22(4):334–347.
4. Pilpel D., Schor R., Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. ["Las barreras para la aceptación del error médico: el argumento a favor de un programa de enseñanza"] *Medical education*, 1998, 32(1):3–7.

8. Actividades para ayudar a entender la seguridad del paciente

Introducción

Los estudiantes de carreras de la salud y los médicos residentes están acostumbrados a asimilar nueva información mediante el estudio y luego el esfuerzo por aplicar sus nuevos conocimientos y habilidades en la atención del paciente. En el caso de la seguridad del paciente, con sólo “esforzarse” no bastará [1]. Por ende, muchísima reflexión hace falta dedicar al tiempo y el formato del dictado de clases.

El propósito del presente capítulo consiste en delinear diversas estrategias que se puedan utilizar para ayudar a comprender la seguridad del paciente. Ellas son las mismas que las diversas estrategias de enseñanza que se utilizan para enseñar otros aspectos de la Medicina. El desafío para el docente consiste en ver si se pueden incorporar elementos de seguridad del paciente a las actividades de enseñanza y aprendizaje ya existentes. De ser así, evita que los temas de seguridad del paciente se vean como un “agregado” –y por ende, trabajo extra- en lugar de ser simplemente una parte del enfoque holístico de la educación clínica.

Un principio fundamental, en línea con los principios de una enseñanza eficaz, es que se deberían maximizar las oportunidades para concretar un “aprendizaje activo”, durante el cual los aprendices se comprometan con el proceso de aprendizaje de manera significativa, en lugar de ser pasivos receptores de información.

El aprendizaje activo se puede resumir mediante el siguiente enunciado: [2]

No se lo cuente a los estudiantes siempre que pueda mostrárselo, ni se lo muestre siempre que ellos puedan hacerlo por sí solos.

Lowman ha descrito estrategias de enseñanza para aumentar la eficacia del aprendizaje activo, entre las cuales se encuentran [3]:

- El uso de información de interés para los aprendices y su conexión con hechos de la vida real;

- La presentación de material dramático o provocativo;
- La gratificación hacia los aprendices;
- La vinculación de los temas con la mayor cantidad de tópicos posible;
- La activación de conocimientos previos utilizando pruebas anteriores, mapas conceptuales y recopilación de información de base;
- El desafío hacia los aprendices presentándoles temas que con el tiempo les vayan resultando más complicados;
- La demostración de las conductas que usted esté procurando promover.

Disertaciones

En una disertación [4], el docente presenta un tema a un gran grupo de estudiantes. Esto ocurre tradicionalmente en un ámbito de contacto personal; sin embargo, en los últimos tiempos algunas universidades les dan a sus estudiantes la opción de repasar la disertación por Internet a través de una transmisión multimedia.

Las disertaciones deberían contar con ambos, a saber:

- Propósitos que indiquen el tema general de la disertación, por ej. el propósito de la presente disertación consiste en introducirlo al tema de la seguridad del paciente;
- Objetivos que se relacionen directamente con el aprendizaje y que deberían ser alcanzables al final de la disertación, por ej., al finalizar la presente disertación, usted podrá enumerar tres de los principales estudios que destacan la extensión del daño causado por la prestación de atención clínica.

Las disertaciones deberían durar aproximadamente 45 minutos, dado que la concentración disminuye después de ese lapso. Por ende, es importante que no contengan demasiado material, sino que apunten a desarrollar como máximo unos cuatro o cinco puntos clave.

Las disertaciones suelen estructurarse de la siguiente manera, con tres elementos principales (introducción, nudo

y conclusión):

- La introducción es el período inicial de la disertación en la que el disertante explica por qué es importante el tema y describe los objetivos de la clase;
- El nudo es la parte de contenido principal de la disertación;
- La conclusión debería volver sobre los objetivos y los puntos clave de la presentación.

Beneficios:

- Se puede transmitir información a grandes cantidades de estudiantes al mismo tiempo;
- Sirve para brindar un panorama general de temas amplios, impartir información fáctica e introducir conceptos teóricos;
- Se provee información actualizada e ideas que no resultan fácilmente accesibles en textos o papeles;
- Se pueden explicar o elaborar conceptos e ideas difíciles y cómo se deberían abordar.

Desafíos:

- Mantener activamente comprometidos a grandes cantidades de estudiantes;
- El personal con menos experiencia suele preferir técnicas más experimentales;
- Habilidades de presentación;
- Suele haber cierta dependencia de la tecnología;
- El contenido (el daño médico) puede resultar desalentador.

Ejemplos:

- Tema 1: ¿Qué es la seguridad del paciente?
- Tema 2: ¿Por qué es importante aplicar los factores humanos a la seguridad del paciente?

El aprendizaje al paso durante el trabajo y las prácticas clínicas

Docencia que se da en el contexto de rondas de sala o en sesiones tutoriales al costado de la cama del paciente.

Beneficios:

- La docencia basada en la experiencia de guardia brinda una de las mejores oportunidades para enseñar y observar las habilidades que hacen a la elaboración de una historia clínica y al examen clínico, así como también a las habilidades de comunicación y trato interpersonal; el docente también puede actuar como modelo de conducta segura, ética y profesional;
- Las cuestiones atinentes a la seguridad del paciente son omnipresentes en el entorno clínico;
- Es contextualizada;
- Es real, por ende, muy relevante;
- Es interesante y a menudo desafiante.

Desafíos:

- Falta de tiempo debido a presiones de trabajo;
- Falta de conocimiento sobre cómo incorporar los temas de seguridad del paciente en la enseñanza al costado de la cama del paciente;

- Oportunista, ya que no es posible de preparar y es difícil dictar un programa curricular uniforme.

Ejemplos:

- Tema 9: La prevención y el control de infecciones (la higiene de manos en el lugar de trabajo).
- Tema 10: La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos (incluidos los procesos de identificación de los pacientes).

Herramientas y material de referencia

La Serie: *Teaching on the run* ["Docencia al paso"] fue desarrollada por clínicos australianos y resulta relevante para la educación de profesionales de la salud en el lugar de trabajo donde hay muchas exigencias sobre los docentes que también se desempeñan como prestadores de servicios (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/ontherun/tips>; accedido el 4 de enero de 2011).

Actividades con grupos reducidos; el aprendizaje con otros

Aprendizaje logrado en el ámbito de un grupo reducido, por lo general con un tutor. La característica principal es la participación del estudiante y la interactividad con él, en relación con un determinado problema, y con una mayor carga sobre los estudiantes por ser ellos mismos los responsables de su propio aprendizaje, por ej. los proyectos de trabajo.

Beneficios:

- Compartir sus propias anécdotas;
- Aprender de los pares;
- Intercambiar múltiples perspectivas;
- Aprender a trabajar en equipo y desarrollar habilidades de comunicación.

Desafíos:

- Dinámica de grupo;
- Implicancias de recursos en términos de tiempo tutorial;
- Idoneidad del tutor.

Ejemplos:

- Tema 2: ¿Por qué es importante aplicar los factores humanos a la seguridad del paciente? (consideraciones de los factores humanos en los equipos clínicos comúnmente utilizados).
- Tema 4: Cómo ser un jugador eficiente en equipo (el trabajo de equipo en el lugar de trabajo o el entorno clínico).

Herramientas y material de referencia

Learning to use patient stories. NHS Evidence -innovation and improvement ["Cómo aprender a utilizar las historias de los pacientes. Evidencia del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido: innovación y perfeccionamiento"] (<http://www.library.nhs.uk/improvement/viewResource.aspx?resID=384118>; accedido el 4 de enero de 2011).

Beyea S.C., Killen A., Knox G.E. Learning from stories—a

pathway to patient safety. [“Cómo aprender de las historias: un camino hacia la seguridad del paciente”] *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

La presente Guía Curricular:

- Permite a las organizaciones clínicas y sus equipos implementar con éxito una serie de intervenciones destinadas a mejorar la seguridad y la calidad de la atención que reciben los pacientes;
- Está basada en torno a la recopilación y el uso de historias contadas por pacientes;
- Muestra un método para recopilar historias útiles de todos los miembros de la sociedad: pacientes, cuidadores asistenciales, tutores/curadores e integrantes del personal clínico;
- Demuestra que todos tienen una percepción diferente e igual de valiosa en cuanto a su experiencia en materia de atención clínica.

Debate de casos

Un grupo de estudiantes, a menudo junto con un tutor, debaten sobre un caso clínico.

Beneficios:

- Se puede usar un caso real o inventado para ilustrar principios de seguridad del paciente;
- Está contextualizado, ya que hace que los conceptos sean reales y relevantes;
- Se aprende a resolver problemas a medida que van surgiendo en el lugar de trabajo;
- Permite la vinculación de conceptos abstractos con la situación real.

Desafíos:

- Cómo elegir/desarrollar casos realistas que alienten a los estudiantes a participar activamente en el debate;
- Cómo utilizar el caso de manera eficiente para desafiar el pensamiento y generar un aprendizaje reflexivo;
- Cómo alentar a los estudiantes a generar ellos mismos la resolución de problemas.

Herramientas y material de referencia

Análisis de incidentes del hospital principal; Organismos para la investigación y calidad clínicas, casos semanales de morbilidad y mortandad; (<http://webmm.ahrq.gov/>; accedido el 4 de enero de 2011).

Juegos:

Comprenden un espectro, desde juegos por computadora hasta juego de roles situacionales.

Beneficios:

- Son divertidos y se disfrutan;
- Son desafiantes;
- Pueden ilustrar el trabajo en equipo y la comunicación.

Desafíos:

- Cómo relacionar el juego con el lugar de trabajo;

- Cómo definir con claridad desde el inicio el propósito del juego.

Herramientas y material de referencia

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accedido el 4 de enero de 2011.

Estudio independiente

El estudio que el mismo estudiante lleva a cabo por su propia cuenta, por ej., trabajos prácticos, ensayos.

Beneficios:

- El estudiante puede avanzar a su propio ritmo;
- El estudiante puede concentrarse en sus propias faltas de conocimiento;
- Oportunidad para la reflexión;
- Económico, fácil de programar;
- Flexible para el estudiante.

Desafíos:

- La motivación;
- La falta de exposición a múltiples opiniones;
- Puede resultar menos participativo;
- Calificar el trabajo y brindar comentarios críticos suele insumir mucho tiempo para el docente.

Acompañamiento de un paciente que utiliza un servicio clínico (hospital, clínica, salas de consulta privada, formularios): seguimiento del paciente

Un estudiante sigue el curso de un paciente determinado a lo largo de toda su internación hospitalaria. Implica el acompañamiento del paciente a todos los estudios y procedimientos.

Beneficios:

- Implica la oportunidad de aprender acerca del sistema de salud;
- Se ven las cosas desde las perspectivas del paciente;
- Se ve cómo interactúan las distintas áreas de la atención clínica.

Desafíos:

- Establecer un cronograma;
- Modelar la experiencia como ejercicio de aprendizaje;
- Oportunidad limitada para que los estudiantes, compartan su aprendizaje, reciban comentarios críticos de sus pares y sean evaluados.

Juego de roles (docu-dramatización)

Uno de los más antiguos métodos educativos que se conocen. Les permite a los estudiantes actuar asumiendo los roles de profesionales de la salud en determinadas situaciones, las cuales pueden ser de los siguientes dos tipos:

- Los estudiantes improvisan el diálogo y las acciones a fin de adaptarse al escenario predeterminado;
- Los estudiantes “actúan” los roles y realizan un diálogo de una determinada situación del caso de estudio.

Beneficios:

- Es económico;
- Requiere poca capacitación;
- Está siempre disponible;
- Es interactivo, ya que les permite a los estudiantes probar sobre escenarios hipotéticos;
- Es vivencial, ya que los introduce y sensibiliza respecto de los roles de los pacientes, sus familias y de los profesionales de la salud, en el contexto de situaciones que hacen a la seguridad del paciente;
- Les permite a los estudiantes adoptar un rol más jerárquico o bien el rol del paciente;
- Puede demostrar distintas perspectivas;
- Es ideal para explorar factores asociados al trabajo en equipo interdisciplinario y la comunicación en la prevención de errores relativos a la seguridad del paciente.

Desafíos:

- Cómo redactar los guiones;
- Cómo desarrollar situaciones lo suficientemente significativas como para permitir opciones, decisiones y conflictos;
- Insume mucho tiempo;
- No todos los estudiantes participan (algunos se limitan a observar);
- Los estudiantes pueden irse de tema y se diluye el juego de roles.

Herramientas y material de referencia

Kirkegaard M., Fish, J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. [“Doc-U-Drama: cómo utilizar la dramatización para enseñar seguridad del paciente”] *Family Medicine*, 2004, 36(9):628–630.

Simulación

En el contexto de la atención clínica, la simulación se define como *“técnica educativa que permite la actividad interactiva y a veces de inmersión mediante la recreación total o parcial de una experiencia clínica sin necesidad de exponer a los paciente a los riesgos asociados”* [5]. Es probable que a futuro surja un mayor acceso a las diversas formas de capacitación en simulación debido al creciente imperativo ético de evitar el daño al paciente [6].

Se encuentran disponibles varias modalidades distintas de simulación, a saber:

- Simuladores computarizados por pantalla;
- Modelos o maniqués de baja tecnología que se utilizan para practicar simples maniobras físicas;
- Pacientes estandarizados (actores pacientes);
- Sofisticados simuladores en maniqués de cuerpo completo (“realista”) computarizados;
- Dispositivos de realidad virtual.

Beneficios:

- No hay riesgos para los pacientes;
- Se pueden presentar muchos escenarios, incluso los poco frecuentes pero también situaciones críticas en las que se requiere una rápida respuesta;

- Los participantes pueden ver los resultados de sus decisiones y acciones; se pueden permitir errores y arribar así a una conclusión propia (en la vida real, tendrían que intervenir un clínico capacitado);
- Se pueden presentar escenarios idénticos para distintos clínicos o equipos;
- Se conocen las causas subyacentes de la situación;
- Con maniqués simuladores, los clínicos pueden utilizar el equipamiento médico real, exponiendo las limitaciones en la interfaz humano-máquina;
- Con recreaciones completas de entornos clínicos reales, se puede explorar la totalidad de las interacciones interpersonales con los otros miembros del personal clínico, a la vez que se puede capacitar en trabajo en equipo, liderazgo y comunicación;
- Es factible la grabación intensiva e intrusiva de la sesión de simulación, incluso en audio y video, ya que no hay problemas en cuanto a la confidencialidad del paciente y las grabaciones se pueden conservar a los fines de investigación, evaluación del desempeño o la acreditación.

Desafíos:

- Algunas modalidades son muy costosas;
- Se requiere idoneidad específica para la enseñanza y actualización de algunos dispositivos de capacitación.

Proyectos de mejora

La mejora de la calidad es un ciclo continuo de planificación e implementación de estrategias, evaluación de su eficacia y de reflexión con el fin de ver qué otras mejoras se pueden llevar a cabo.

Los proyectos de mejora de la calidad suelen describirse en función del ciclo PHEA [8] de la siguiente manera:

- Planificar el cambio, según la capacidad percibida para mejorar el proceso actual;
- Hacer, e.d. implementar el cambio;
- Estudiar, e.d. analizar los resultados del cambio;
- Actuar: ¿qué hace falta que ocurra después para continuar con el proceso de mejora?

Beneficios:

Los enfoques de PHEA alientan a los clínicos a desarrollar y participar activamente en las estrategias que esperan que conlleven a mejoras. También promueve la evaluación de estos cambios una vez implementadas las estrategias correspondientes. Por lo tanto, este puede ser un enfoque muy útil para hacer participar a los estudiantes en una guardia o unidad clínica, idealmente como parte de un enfoque de equipo multidisciplinario respecto de la seguridad del paciente. La mayoría de los proyectos de mejora de la calidad cuentan, por su propia naturaleza, con un elemento de seguridad del paciente para ellos:

- La motivación
- La capacitación
- El aprendizaje de la gestión del cambio
- El aprendizaje de la conducta proactiva
- El aprendizaje de la resolución de problemas.

Desafíos:

- Cómo sostener el ímpetu y la motivación
- El compromiso del tiempo.

Ejemplo:

- Cuestiones relativas a la higiene de manos en un entorno clínico.

Herramientas y material de referencia

Bingham J.W. Using a health-care matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. [¿"Cómo utilizar la matriz sanitaria para evaluar la atención del paciente en función de los objetivos de mejora y las competencias básicas"] *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31(2: Febrero):98–105.

Sitio web sobre mortandad y morbilidad de la Agencia Estadounidense para la Investigación y Calidad Clínicas AHRQ

(<http://www.webmm.ahrq.gov/>; accedido el 17 de febrero de 2011).

Referencias

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. ["Doc-U-Drama: cómo utilizar la dramatización para enseñar seguridad del paciente"] *Family Medicine*, 2004, 36(9):628–630.
2. Davis BG. *Tools for teaching*. ["Herramientas para la enseñanza"] San Francisco Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. *Mastering the techniques of teaching*. ["Cómo dominar las técnicas de la enseñanza"] San Francisco, Jossey-Bass, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. *A practical guide for medical teachers*. ["Guía práctica para los docentes de Medicina"] Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran N.J., Glavin R.J. Low- to high-fidelity simulation - a continuum of medical education? ["Simulación de baja a alta fidelidad: ¿un continuo de la educación médica?"] *Medical Education*, 2003, 37(Supl. 1):22–28.
6. Ziv A W.P., Small S.D., Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. ["Educación médica basada en la simulación: un imperativo ético"] *Academic Medicine*, 2003, 78(8):783–788.
7. Gaba, D.M. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. ["La anestesiología como modelo para la seguridad del paciente en la atención clínica"] *British Medical Journal*, 2000, 320(785–788).
8. Cleghorn G.D., Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. ["El ciclo PHEA en el centro pedagógico de la educación de los profesionales de la salud"] *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22(3):206–212.

9. ¿Cómo evaluar la seguridad del paciente?

Los propósitos de la evaluación

La evaluación constituye una parte integral de cualquier programa curricular. El contenido y formato de los procedimientos evaluatorios influyen fuertemente en el comportamiento de estudio y los resultados del aprendizaje de los estudiantes. Es esencial que las evaluaciones utilizadas en el programa de seguridad del paciente sustenten los objetivos y resultados pedagógicos de egreso así como también provean la motivación y orientación adecuadas para los estudiantes. Las evaluaciones deberían tener sentido y darles confianza a los docentes, planificadores de cursos y participantes externos tales como entes de acreditación, organismos normativos y los futuros empleados de nuestros estudiantes. Newble y Cannon [1] enfatizan que es de suma importancia aclarar el propósito de la evaluación. Los dos destacados en negrita son claves para el aprendizaje de la seguridad del paciente:

- Juzgar el dominio de habilidades y conocimientos esenciales;
- Establecer un rango de calificaciones de los estudiantes;
- Medir la mejor a lo largo del tiempo;
- Diagnosticar las dificultades de los estudiantes;
- **Brindar comentarios críticos a los estudiantes;**
- Evaluar la eficacia del curso;
- **Motivar a los estudiantes a estudiar;**
- Establecer parámetros;
- Implementar un control de calidad para el público.

En materia de seguridad del paciente, hacer que los estudiantes efectivamente realicen las tareas y que las pongan en práctica suele ser más difícil que diseñar un instrumento de evaluación tendiente a demostrar lo bien que se desempeñaron en la actividad realizada. Teniendo en cuenta que muchos profesionales de la salud todavía no son competentes en materia de seguridad del paciente, el foco de la evaluación debería tender a apoyar el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y las habilidades de los estudiantes sobre seguridad del paciente. A ningún estudiante le debería quedar vedada la posibilidad de continuar su carrera por una falla en el área de seguridad del paciente a menos que sea aberrante o intencionalmente peligrosa. La seguridad del paciente no es un área que se preste para que los estudiantes

la estudien por su cuenta. La seguridad del paciente depende de un complejo conjunto de factores: colaborar con el equipo adecuado, practicar en un servicio de salud que esté diseñado para minimizar las fallas y el apoyo activo de las iniciativas en materia de seguridad del paciente por parte de la organización y la administración. Se espera que los estudiantes, como novatos que son, tengan conocimientos y habilidades elementales y, que con el tiempo y su exposición a mentores o modelos de conducta, así como también la experiencia de trabajar en equipos que funcionen satisfactoriamente, se tornen más sagaces y vayan adoptando mayor capacidad de respuesta ante los muchos factores ambientales que tornan insegura la atención del paciente. Dado este contexto para el aprendizaje del estudiante sobre seguridad del paciente, el propósito de la evaluación en dicha materia debería consistir en proporcionar comentarios críticos y motivarlos para que se comprometan con la seguridad del paciente. Todo proceso de evaluación debería reflejar dicho enfoque.

Cómo comprometer a los estudiantes en el proceso de evaluación

Uno de los mayores desafíos que enfrentan las instituciones educativas consiste en encontrar los docentes y profesionales de la salud apropiados para enseñar seguridad del paciente en el lugar de trabajo. Una manera de abordar esta dificultad radica en implementar un programa curricular orientado hacia el estudiante. Sin embargo, el principal motivo por el que lograr que los estudiantes realicen las tareas de seguridad del paciente es que aprenderlas haciéndolas es el método más eficaz de enseñarlas. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Sídney (Australia), los estudiantes deben llevar a cabo actividades de seguridad del paciente en los últimos dos años de su carrera y mientras se encuentran en los internados rotatorios en hospitales. Se les provee conocimientos fundamentales a través de Internet, diseñados para brindarles aprendizaje oportuno (bajo la modalidad "justo a tiempo"). Los temas de la OMS pueden ser editados convenientemente y puestos a disposición en Internet para su lectura oportuna antes de que los estudiantes practiquen las actividades asociadas al tema de aprendizaje. Los estudiantes registran sus experiencias y res-

ponden las preguntas planteadas para una determinada actividad sobre una plantilla de una página. Al finalizar el bloque/período, los estudiantes se reúnen en pequeños grupos con su tutor para debatir sobre sus experiencias y observaciones. Los tutores o supervisores deben verificar a través de su firma las cuentas de los estudiantes,

completando la evaluación formativa obligatoria para el tema respectivo. A continuación se presenta un ejemplo de actividad pertinente al Tema 3 de esta Guía Curricular y las actividades requeridas que deben realizar los estudiantes, así como también los requisitos de evaluación.

Gráfico A.9.1. Contenido del tema 3: la Universidad de Sídney, Australia

Tema 3	Actividades	Evaluación
Cómo entender los sistemas y el impacto de la complejidad en la atención del paciente	Leer el tema de enseñanza por Internet Seguir un paciente desde el momento en que ingresa al hospital hasta su alta o resultado definitivo Utilizar la plantilla para tomar apuntes sobre la actividad descrita anteriormente	El tutor refrenda la participación y el desempeño satisfactorios del estudiante en una reunión personal (el clínico refrenda el cumplimiento de la actividad en caso de no contar con una reunión personal).



El Gráfico A.9.2 es la plantilla que los estudiantes utilizan para tomar apuntes mientras observan al paciente en su itinerario a través del hospital o clínica.

Gráfico A.9.2. Ejemplo de informe del estudiante para el tema 3: la Universidad de Sídney, Australia

Etapa 3 (3° año del curso médico de posgrado):

Tema 3: Cómo entender los sistemas

.....
 Nombre del estudiante
 Número del estudiante
 Fecha de la actividad

Resumen del itinerario del paciente:

3 observaciones principales:

Las 3 cosas más importantes que ha aprendido:

Cargo de la persona que refrenda el cumplimiento de la actividad:

Nombre (en letra de imprenta)
 Firma
 Cargo
 Fecha de firma



Para otras actividades tales como la seguridad de la medicación o los procedimientos invasivos, los estudiantes deben tener a un profesional de la salud que los observe participar en una determinada actividad (por ej. la conciliación de medicamentos, la preparación de medicamentos en la farmacia, la ronda de sala con un farmacéutico, la observación de un tiempo de descanso antes de realizar un procedimiento). La persona que los observe debe firmar un formulario por el que confirman el cumplimiento de la tarea por parte del estudiante. Hay más ejemplos de la evaluación del estudiante en el Anexo 1 de la Parte B.

Uno de los beneficios de las actividades conducidas por los estudiantes es el potencial que existe para cambiar la cultura del lugar de trabajo. Siempre que los estudiantes preguntan al personal si pueden observar o participar de una determinada actividad y sus motivos, dejan abierto un debate sobre el programa de seguridad del paciente. Muchos de los temas se pueden dictar utilizando una enseñanza guiada por el estudiante.

El rol de la medición en la evaluación

Existen cuatro componentes de las mediciones confiables de evaluaciones: la *validez* (¿es válido el método de evaluación?); la *confiabilidad* (¿siempre produce la evaluación resultados consistentes?); la *práctica* (¿cuáles son los tiempos y recursos que requiere la evaluación?); y el *impacto positivo en el aprendizaje* (¿funciona desde la perspectiva del aprendiz?) [1].

Para una mayor información sobre la medición en la evaluación, pueden resultar útiles de leer los siguientes materiales de referencia:

Brown S., Glasner A., eds. *Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches*. [“Los problemas de la evaluación en la educación superior: cómo elegir y utilizar distintos enfoques”] Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.

Miller A., Imrie B., Cox K. *Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance*. [“La evaluación de los estudiantes en la educación superior: manual para evaluar su desempeño”] Londres, Kogan Page Ltd, 1998.

Evaluaciones formativas

Las evaluaciones formativas representan una parte vital e inherente del proceso de aprendizaje para los estudiantes. Una amplia gama de tales actividades es posible dentro de todos los elementos que componen la carrera de Medicina. La autoevaluación es la capacidad que tienen los estudiantes de evaluar sus propias necesidades de aprendizaje y elegir actividades educativas que satisfagan dichas necesidades. (La preponderancia de la evidencia sugiere que los estudiantes tienen una capacidad limitada para autoevaluarse con precisión y quizás necesiten concentrarse más en la evaluación externa).

Evaluación sumativa

Todos los componentes de la evaluación que los estudiantes deben aprobar, o bien tienen que completar antes de avanzar de una parte del curso a otra, se consideran sumativos. En términos generales, recaen dentro de dos tipos de evaluación: los exámenes de fin de curso y los exámenes intra-curso.

Evaluaciones sumativas de fin de curso

Dichas evaluaciones suelen darse al final de un bloque de ocho semanas, al final de un cuatrimestre, al final del año o al finalizar la carrera. El grueso de este capítulo comprende los requisitos de las evaluaciones de fin de curso.

Evaluaciones sumativas intra-curso

Existe una amplia gama de evaluaciones durante los cursos que se pueden introducir fácilmente en el programa curricular de seguridad del paciente. Muchas facultades podrían incorporar estos elementos en sus programas ya existentes o bien en su “registro de logros”.

Algunas características de las prácticas de “mejor evaluación” en materia de seguridad del paciente

Los siguientes principios de evaluación se aplicarán al logro de objetivos del programa curricular sobre seguridad del paciente. Las evaluaciones deberían:

- Impulsar el aprendizaje en la dirección pretendida con el fin de alcanzar los resultados pedagógicos de egreso de un flamante médico recibido capaz de brindar una segura atención al paciente;
- Contar con un sólido elemento formativo, con frecuentes oportunidades para la recuperación y el apoyo pedagógico a lo largo de todo el curso;
- Estar integradas, por ejemplo, con competencias clínicas y no estar basadas en disciplinas determinadas;
- Estar incluidas en los exámenes de competencias clínicas y conductas profesionales en todas las etapas del curso;
- Estar incluidas en los exámenes de ciencias básicas, por ej. Integradas en las ciencias de la salud pública en todas las etapas del curso;
- Ser progresivas y asegurar que se incluyan partes de material procedente de etapas anteriores en todos los exámenes posteriores;
- Desarrollarse con la expectativa de que cumplan con las normas de aseguramiento de la calidad;
- Sustentar la equidad al hacer participar tanto a estudiantes como al personal en el proceso de desarrollo;
- Ser motivadoras y brindar orientación para lo que los estudiantes necesitan aprender a ejercer en forma segura;
- Ser factibles y aceptables tanto para el cuerpo docente como para los estudiantes;

¿Cómo definir lo que se evalúa?

Cómo definir el rango de competencias sujetas a evaluación (plano preliminar)

En todo el mundo, a los estudiantes les preocupa la cantidad de material que hay en el programa curricular y que ellos deben aprender, por lo que se ponen ansiosos al no saber qué es en lo que podrían ser evaluados. El diseño de planos preliminares es una forma de definir el rango de competencias (o conocimientos) sujetas a evaluación. Ellas se extraerán directamente de los objetivos pedagógicos del programa curricular. Es importante asegurarse de que la evaluación planificada sea una muestra adecuada del rango de competencias alcanzadas al final de la carrera de Medicina.

Algunas competencias deben evaluarse sistemáticamente a fin de asegurarse de que los estudiantes construyan sus conocimientos progresivamente y los integren a su práctica clínica. Para crear un plano preliminar, las dimensiones de la grilla se generan para cubrir las competencias esperadas. Uno debería cerciorarse de que exista una ponderación pareja de los componentes por ser evaluados y, en consecuencia, un muestreo suficiente del material. Por ejemplo, el Cuadro A.9.1 muestra los

diferentes componentes de la seguridad del paciente que se podrían evaluar en las evaluaciones de fin de curso a lo largo de los cinco años de las carreras de grado de la salud.

Cuadro A.9.1. Plano preliminar que refleja evaluaciones de fin de curso respecto de los componentes del plan curricular sobre seguridad del paciente.

Resultados pedagógicos evaluables	Año en el que los módulos curriculares se evalúan primero en una carrera típica			
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
¿Qué es la seguridad del paciente?	X			
Sistemas de salud		X		
Comunicación		X		
Atención segura del paciente			X	
Comprometerse con los pacientes			X	
Trabajo en equipo			X	
Mejora de la calidad				X
Errores en la atención clínica				X
Seguridad de la medicación				X

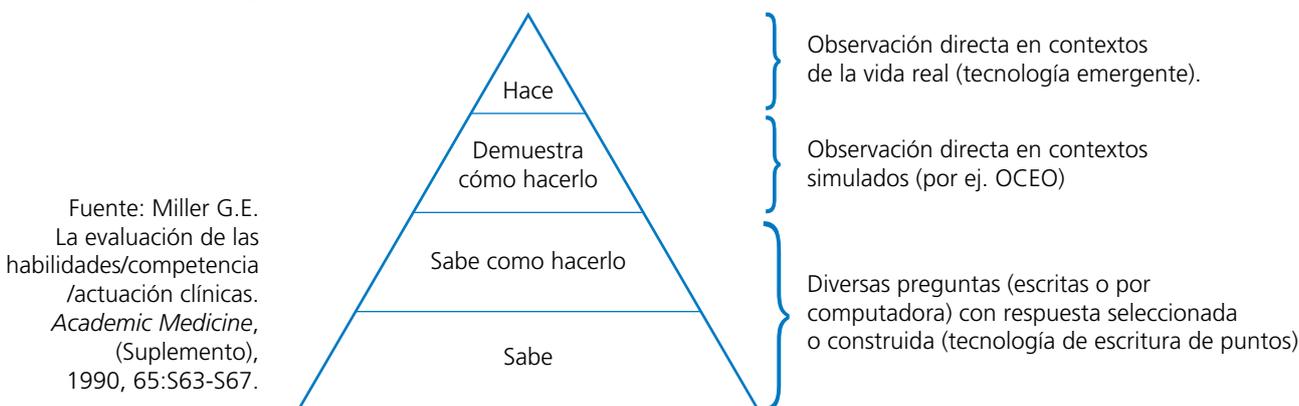
Seleccione los métodos de evaluación adecuados

Es importante enfatizar que la evaluación de los contenidos de seguridad del paciente esté alineada con los resultados pedagógicos acordados. Es poco probable que cualquier formato de evaluación en particular resulte adecuado para evaluar todo lo que hace falta. Lo mejor será estar al tanto de la variedad de métodos de evaluación y tomar una decisión basada en la comprensión de sus fortalezas y limitaciones. Deje que el propósito de la evaluación, por ejemplo: “evaluar los conocimientos sobre legislación sanitaria en el paciente inconsciente” impulse la elección del formato, que en este caso se trata de una pregunta de ensayo modificado (PEM) o bien una pregunta de opción múltiple (POM).

Los métodos de mejora de la calidad pueden resultar mejores por medio de un proyecto de estudiantes. Hay una serie de conceptos básicos en la evaluación que ayudará a decidir el tipo de formato de evaluación que será más adecuado. Uno de los más conocidos es el triángulo de Miller, por el cual se sugiere que el desempeño de un estudiante está compuesto de cuatro niveles (véase el Gráfico A.9.3):

- Sabe
- Sabe cómo hacerlo
- Demuestra cómo hacerlo
- Lo hace.

Gráfico A.9.3. Triángulo de Miller



Por ejemplo, “demostrar cómo hacerlo” se relaciona con las competencias específicas adecuadas para el nivel de experiencia del estudiante. Tales competencias se pueden examinar, por ejemplo, mediante una instancia de examen clínico estructurado por objetivos (ECEO).

Una vez más, al observar el Gráfico 3, se puede ver que los conocimientos (sabe) se pueden evaluar mediante las POM, por ejemplo.

Los formatos de evaluación típicos dentro de una escuela de disciplinas de la salud podrían incluir:

Escritos:

- Ensayo;
- Puntos de opción múltiple (1 de 4/5);
- Preguntas concordantes extendidas (PCE);
- Preguntas de respuesta corta estructurada;
- Pregunta de ensayo modificado (PEM);
- Trabajo escrito extendido (por ej. Informes de proyectos, afiches);
- Portafolio/bitácora de trabajos.

Desempeño en el lugar de trabajo (prácticos):

- Exámenes de instancias múltiples;
- Observación directa de la actuación (por ej. Casos extensos observados, mini-ejercicio de evaluación clínica (mini-EEC);
- Comentarios críticos generales o de múltiples fuentes (CCMF);
- Informes estructurados (por ej. Evaluaciones anexas);
- Presentaciones orales (por ej. Proyectos, debates centrados en un caso).
- Exámenes orales estructurados.

Existen algunas fortalezas y debilidades con todos estos formatos y que deben considerarse al momento de elegir la correcta evaluación para un determinado resultado pedagógico dentro de un plan curricular de seguridad del paciente.

Escritos

Ensayo

En algunos lugares se utiliza el tradicional ensayo. Existe una gran ventaja en permitirles a los estudiantes demostrar su pensamiento crítico y sus habilidades de razonamiento y resolución de problemas. Si bien resulta tentador plantear ensayos, que les permita a los alumnos expresar sus pensamientos, como método de evaluación insumen mucho tiempo para calificar y están sujetos a mucha variabilidad en las calificaciones de quienes los corrigen. La clave para una calificación exitosa de los ensayos es la calidad de los comentarios críticos formulados a los estudiantes. Sólo dar una nota sin ningún comentario resulta desalentador para los estudiantes que desean saber lo que pensó el calificador de sus respuestas a las preguntas planteadas. Algunos de los temas se prestan para realizar evaluaciones del tipo de un ensayo, pero a

menos que la facultad cuente con los recursos disponibles como para brindar comentarios críticos de calidad, este método debería evitarse.

Pregunta de opción múltiple / pregunta concordante extendida

Las POM y las PCE son formatos muy atractivos en el sentido de que pueden evaluar una amplia muestra del programa curricular, pueden ser corregidas por máquinas y brindan puntajes confiables sobre la capacidad del estudiante. Sin embargo, su principal desventaja a la hora de evaluar aspectos de la competencia clínica, tales como la seguridad del paciente, consiste en tender a evaluar únicamente los conocimientos. Esto resulta adecuado, por ejemplo, para legislación sanitaria y aspectos de la seguridad del paciente en el ámbito de salud pública, pero no resulta apropiado para evaluar, por ejemplo, el razonamiento ético. Se da un ejemplo de POM en el Anexo 2 de la Parte B.

Preguntas de ensayo modificado / característica principal

El ensayo tradicional se utiliza en algunos lugares. Hay una gran ventaja en permitirles a los estudiantes demostrar sus habilidades de pensamiento crítico, razonamiento y resolución de problemas. No obstante ello, calificar ensayos en clases numerosas implica un uso intensivo de recursos y están sujetos a mucha variabilidad según el criterio de quien califica. Sin embargo, las PCE o los formatos de característica principal están diseñados para ser respondidas en 5 a 10 minutos, a la vez que alientan a dar respuestas breves para los escenarios adecuados. Proporcionar una respuesta modelo y un esquema de calificación ayuda a los examinadores a mantener cierta uniformidad. Pueden formularse varias PCE sobre diversas materias en el tiempo que lleva escribir un solo ensayo por el que se demuestra tan sólo un área del programa curricular. Se da un ejemplo en el Anexo 2 de la Parte B.

Portafolio/bitácora de trabajos

Los planes pedagógicos se completan con un espectro de métodos de evaluación destinados a demostrar lo relativo a los resultados pedagógicos clave, que van desde una bitácora de actividades clínicas hasta documentación respaldatoria de una valoración anual, pasando por un registro de los logros obtenidos a lo largo de todo un segmento del programa. Un componente especialmente útil del portafolio es el incidente crítico. Aquí a los estudiantes se les pide reflexionar de manera estructurada sobre situaciones clínicas que han observado en las que la seguridad del paciente haya sido un factor en cuestión. Los estudiantes deben entregar sus portafolios o bitácoras de trabajos para su calificación por parte del tutor indicado.

Clínica / práctica

Existe una vasta cantidad de evidencia científica que sugiere que contar con más de un observador mejora la precisión de las evaluaciones de las competencias. Es muy importante que se incorporen consideraciones so-

bre la seguridad del paciente dentro de los rubros a ser evaluados, la capacitación del examinador y las sesiones de comentarios críticos sobre cada una de las evaluaciones que se utilicen en el contexto de la facultad de Medicina. Si el tema se evalúa por separado, ello impulsará a los estudiantes a aprender sobre seguridad del paciente como algo extra que debe ser incorporado, en vez de estudiarlo como parte integral de la atención segura del paciente.

Examen clínico estructurado según objetivos (ECEO)

El ECEO comprende un circuito de breves casos clínicos simulados que serán evaluados por un paciente estandarizado o bien por el docente clínico. Se puede incorporar la seguridad del paciente como al menos un punto dentro de la lista de verificación correspondiente a cada escenario simulado.

De manera alternativa, un solo caso puede estar dedicado por completo a una situación de seguridad del paciente: por ejemplo, cómo comunicar un evento adverso a un paciente simulado que se recupera de una cirugía abdominal de rutina. Los casos en los que el estudiante debe observar cuadros terapéuticos, radiografías o investigaciones se suelen llamar instancias estáticas, ya que no hace falta observar a los estudiantes. Esto permite, por ejemplo, simular errores de prescripción y registrar las medidas adoptadas por los estudiantes. Se brinda un ejemplo de ello en el Anexo 2 de la Parte B.

Comentarios críticos de múltiples fuentes (CCMF)

Los CCMF son opiniones cotejadas de una variedad de trabajadores de la salud o pares que vierten acerca del estudiante dentro del entorno de aprendizaje clínico. Resulta ideal que se incluyan en el formulario de calificación puntos de la lista de verificación sobre atención segura del paciente y una buena comunicación.

Mini-ejercicio de evaluación clínica (Mini-EEC)

Un mini-EEC es aquel en el que el supervisor observa a un estudiante realizar una historia clínica, un examen físico

o un ejercicio de comunicación sobre un paciente real y califica al estudiante en varios aspectos. Los puntos acumulados de los diversos encuentros se utilizan para determinar la competencia del estudiante. Una vez más, es importante asegurarse de incluir los elementos de seguridad del paciente en el formulario de calificación. Resulta también especialmente importante en un mini-ECC contar con una buena preparación de los calificadores clínicos y asegurarse de que los formadores de los supervisores incluyan referencias a la seguridad del paciente en las clases de capacitación.

Evaluaciones al final de las prácticas clínicas / escalas de calificación global

Este tipo de evaluación tiene por objeto brindar una visión creíble del progreso de un estudiante y suele llevarse a cabo por un supervisor, basándose en sus conocimientos personales o bien tras una consulta con colegas. Hace falta aquí incluir los criterios sobre seguridad del paciente.

Debate centrado en un caso (DCC)

El DCC representa una discusión estructurada de casos clínicos a cargo del supervisor, quien se concentrará en el razonamiento clínico y el proceso de toma de decisiones. Requiere de casos reales en los que se vea involucrado el estudiante. Esta es una técnica relativamente sub-explorada para examinar la comprensión de los temas que hacen a la seguridad del paciente en cuanto se relacionan con casos reales.

¿Cómo concordar la evaluación con los resultados pedagógicos esperados?

Siempre es importante hacer concordar las evaluaciones con los resultados pedagógicos deseados. La mayoría de los planes de estudio tienen resultados pedagógicos, algunos más detallados que otros. En el Cuadro A.9.2, la lista completa de resultados pedagógicos respecto de la seguridad del paciente se puede hacer concordar fácilmente con evaluaciones adecuadas.

Cuadro A.9.2. Muestra de resultados pedagógicos típicos al finalizar las carreras de Ciencias de la Salud en cuanto a seguridad del paciente, con formatos de evaluación típicos

Competencias	Formatos de evaluación
Atención segura del paciente: sistemas Entender la compleja interacción entre el entorno de atención clínica, el médico y el paciente	Ensayo
Concientizar los mecanismos que minimizan el error, por ejemplo: listas de verificación, protocolos clínicos	
Atención segura del paciente: riesgo y prevención	POME/PCE
Conocer las principales causas de error y riesgo en el lugar de trabajo clínico	Ensayo/PCE
Entender la manera en que las limitaciones personales contribuyen al riesgo	Viva/Portafolio
Promover la concientización del riesgo en el lugar de trabajo identificando y notificando riesgos potenciales a los pacientes y al personal	Portafolio

Competencias	Formatos de evaluación
Atención segura del paciente: eventos adversos y desaciertos	
Entender el daño causado por errores y fallas sistémicas	Ensayos/PCE
Concientizar los principios de información de eventos adversos de acuerdo con los sistemas locales de notificación de incidentes	PCE
Entender los principios del manejo de eventos adversos y desaciertos	PCE
Atención segura del paciente: salud pública	
Entender las cuestiones sanitarias clave de su comunidad	POM
Concientizar los procedimientos para informar a las autoridades acerca de "enfermedades notificables"	POM
Entender los principios del manejo de brotes de enfermedades	PCE
Atención segura del paciente: control de infecciones	
Entender la selección prudente de antibióticos y antivirales	POM
Practicar el correcto lavado de manos y las técnicas antisépticas	ECEO
Utilizar siempre métodos para minimizar la transmisión de infecciones entre pacientes	ECEO
Atención segura del paciente: seguridad de la radiación	
Conocer los riesgos asociados a la exposición frente investigaciones y procedimientos radiológicos	POM/PCE
Saber cómo ordenar de manera adecuada las investigaciones y los procedimientos radiológicos	PCE
Atención segura del paciente: seguridad de la medicación	
Conocer los medicamentos más frecuentemente involucrados en casos de error de prescripción y administración farmacológicas	POM
Saber cómo recetar y administrar medicamentos en forma segura	ECEO
Conocer los procedimientos para notificar errores y desaciertos de medicación según las exigencias locales	Portafolio
Comunicación	
Interacción con el paciente: contexto	
Entender el impacto del entorno en la comunicación; por ejemplo, la privacidad, el lugar, etc.	PCE
Usar una buena comunicación y conocer su rol en las relaciones clínicas eficientes	ECEO
Desarrollar estrategias para lidiar con pacientes difíciles o vulnerables	ECEO
Interacción con el paciente: respeto	
Tratar a los pacientes con cortesía y respeto demostrándoles conciencia y sensibilidad a distintos antecedentes	ECEO/mini-EEC
Mantener privacidad y confidencialidad	
Brindar información clara y honesta a los pacientes así como respeto ante sus opciones terapéuticas	ECEO/mini-EEC
Interacción con el paciente: cómo brindar información	
Entender los principios de la buena comunicación	ECEO/mini-EEC/CCMF
Comunicarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales de manera tal que entiendan	ECEO
Involucrar a los pacientes en las conversaciones sobre su cuidado	Portafolio
Interacción con el paciente: reuniones con familiares o cuidadores asistenciales	
Entender el impacto de la dinámica familiar en la comunicación eficiente	Portafolio
Asegurarse de incluir adecuadamente a los familiares o cuidadores asistenciales relevantes tanto en las reuniones como en la toma de decisiones	Portafolio
Respetar el rol de los familiares en la atención clínica del paciente	PCE/Portafolio
Interacción con el paciente: cómo comunicar novedades negativas	
Entender la pérdida y el luto	PCE
Participar en la comunicación de novedades negativas a pacientes y cuidadores asistenciales	ECEO
Demostrar empatía y compasión	ECEO
Interacción con el paciente: la plena información	
Entender los principios de la plena información	PCE
Asegurar que los pacientes reciban apoyo y cuidado tras un evento adverso	ECEO
Demostrar comprensión hacia los pacientes después de un evento adverso	ECEO

Competencias	Formatos de evaluación
Interacción con el paciente: las quejas	
Entender los factores que probablemente den lugar a quejas	PCE/Portafolio
Responder adecuadamente a las quejas utilizando los procedimientos locales	ECEO
Adoptar comportamientos tendientes a la prevención de quejas	ECEO

Herramientas y material de referencia

Newble M. et al. Guidelines for assessing clinical competence, ["Pautas para evaluar la competencia clínica"] *Teaching and Learning in Medicine*, 1994, 6:213–220.

Roberts C. et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. ["Cómo asegurar la calidad de las evaluaciones de competencias clínicas en carreras de grado donde hay mucho en juego"] *Medical Teacher*, 2006, 28:535–543.

Walton M et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. ["Cómo desarrollar un marco nacional de educación en seguridad del paciente para Australia"] *Quality and Safety in Health Care* 2006 15:437-42.

Van Der Vleuten, C.P. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. ["La evaluación de la competencia profesional: desarrollos, investigación e implicancias prácticas"] *Advances in Health Science Education*, 1996, 1:41–67.

Debate centrado en casos

Southgate L. et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. ["Los procedimientos de actuación del Consejo Médico General: revisión por pares de la actuación en el lugar de trabajo"] *Medical Education*, 2001, 35 (Supl. 1):9–19.

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. ["La evaluación de las habilidades/competencia/actuación clínicas"] *Academic Medicine*, (Suplemento), 1990, 65:S63–S67.

Mini-ejercicio de evaluación clínica

Norcini J. The Mini Clinical Evaluation exercise (Mini-CEX). ["El Mini-ejercicio de evaluación clínica"] *The Clinical Teacher*. 2005, 2(1):25–30.

Norcini J. The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. ["El Mini-EEC: un método para evaluar las habilidades clínicas"] *Annals of Internal Medicine*, 2003,138(6):476-481.

Comentarios críticos de múltiples fuentes

Archer J., Norcini J., Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. ["El uso del SPRAT (Pequeño Equipo de Evaluación e Investigación Pelágico) para la revisión por pares de los pediatras en su capacita-

ción"] *British Medical Journal*, 2005, 330(1251–1253).

Violato C., Lockyer J., Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. ["Comentarios críticos de múltiples Fuentes: un método para evaluar la práctica quirúrgica"] *British Medical Journal*, 2003, 326(7388):546–548.

Preguntas de opción múltiple

Case S.M., Swanson D.B. *Constructing written test questions for the basic and clinical sciences*. ["Cómo elaborar preguntas para exámenes escritos sobre ciencias básicas y clínicas"] Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

Exámenes clínicos estructurados según objetivos

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. ["Técnicas para medir la competencia clínica: exámenes clínicos estructurados según objetivos"] *Medical Education*, 2004, 35:199–203.

Portafolios

Wilkinson T. et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. ["El uso de portafolios para la evaluación de la competencia y la actuación de médicos en la práctica"] *Medical Education*, 2002, 36(10):918–924.

Referencias

1. Newble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers*, ["Manual para docentes de Medicina"] 4ta ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. ["La evaluación de las habilidades/competencias/desempeño clínicos"] *Academic Medicine*, 1990, 65 (Supl.):S63-S67.

10. ¿Cómo evaluar los planes curriculares sobre seguridad del paciente?

Introducción

En esta sección hemos resumido algunos principios generales de evaluación. Tras la publicación de este documento, la OMS planea poner a disposición herramientas de evaluación estándar para el presente programa curricular.

Como individuos, nos vemos involucrados en tareas de evaluación todos los días: qué comemos, qué indumentaria nos ponemos, qué tan buena resultó ser una determinada película. La evaluación es un componente importante de todo programa curricular, por lo que debería incluirse en su estrategia a los fines de implementar los contenidos curriculares sobre seguridad del paciente en su institución o en su hospital o aula. Puede ser tan simple como hacer que los estudiantes completen un cuestionario tras su exposición a una clase sobre seguridad del paciente con el fin de ver lo que pensaron, o bien puede consistir en algo tan complejo como una revisión a cargo de todo el cuerpo docente respecto de la totalidad del programa curricular, lo cual puede llegar a implicar la realización de encuestas y formación de grupos focales con estudiantes y cuerpo docente y observación de las clases, entre otros métodos de evaluación.

La evaluación comprende tres etapas principales:

- Desarrollo de un plan de evaluación;
- Recopilación y análisis de la información;
- Difusión de los hallazgos entre los distintos participantes involucrados en la toma de medidas de acción concreta.

Cómo difiere la evaluación de la valoración

La información sobre la valoración y la evaluación puede ser confusa debido al hecho de que algunos países utilizan los dos términos de manera intercambiable. La manera más sencilla de recordar la diferencia entre valoración y evaluación es que la valoración consiste en medir el desempeño del estudiante, mientras que la evaluación, en examinar cómo y qué enseñamos. En la valoración, los datos se recopilan a partir de una única fuente (el estudiante), mientras que en la evaluación, los datos se pueden compilar a partir de varias fuentes (estudiantes, pacientes, docentes y/o demás participantes).

Valoración = desempeño del estudiante

Evaluación = calidad de los cursos/carreras, calidad de la enseñanza.

Etapas 1: desarrollo de un plan de evaluación

¿Qué se evalúa?

Una primera etapa fundamental en el desarrollo de un plan de evaluación consiste en identificar el objeto de evaluación: ¿esto es una única clase sobre seguridad del paciente? ¿Es todo el programa curricular? ¿Estamos evaluando la capacidad del cuerpo docente para su implementación? ¿Estamos evaluando el desempeño o la eficacia de los docentes? Los objetos de evaluación se pueden clasificar como política, programa, producto o individuo [1], y todos ellos se pueden aplicar en el ámbito educativo.

¿Quiénes son los participantes?

A menudo existen muchos participantes involucrados en la evaluación de la educación en seguridad del paciente. Sin embargo, es importante identificar una audiencia primaria, ya que ésta tendrá su impacto en la(s) pregunta(s) que Ud. desee que responda su evaluación. La audiencia primaria puede ser la universidad, los docentes, los estudiantes o bien los pacientes o el público en general. Por ejemplo, probablemente usted sea un participante primario en caso de tratarse de un docente que desea saber cómo están respondiendo sus alumnos a la introducción en su propio curso de la educación en seguridad del paciente.

¿Cuál es el propósito de la evaluación?

Tras identificar la audiencia o los participantes primarios, lo siguiente que habrá que decidir será lo que usted está intentando lograr a partir de la evaluación. ¿Qué preguntas está usted intentando responder? Ellas pueden diferir según su rol en la educación sobre seguridad del paciente. El Cuadro A.10.1 le brinda ejemplos de las clases de preguntas que se pueden formular según quién fuere el participante primario.

Cuadro A.10.1. Ejemplos de preguntas para los participantes

Participante	Posibles preguntas para la evaluación
Administradores de hospital / personal clínico	¿La enseñanza de la seguridad del paciente trae como resultado una menor cantidad de eventos adversos?
Cuerpo docente de la universidad	¿Cómo se puede implementar mejor en nuestra institución el programa curricular sobre seguridad del paciente?
Docentes individuales	¿Estoy dictando el programa curricular de manera eficaz? ¿Lo están disfrutando los estudiantes? ¿Están aprendiendo?

¿Qué forma(s) de evaluación es (son) la(s) más adecuada(s)? Los tipos o formas de evaluación se pueden categorizar de la siguiente manera: proactivas, aclaradoras, interactivas, de supervisión o de impacto [2]. Las formas difieren en función del propósito primario de la evaluación,

la etapa de implementación del programa o programa curricular en la que se encuentre, las clases de preguntas que esté formulando y los enfoques clave requeridos. El Cuadro A.10.2 proporciona un resumen de cada una de las formas de evaluación.

Cuadro A.10.2. Formas de evaluación

Propósito	Proactiva	Aclaradora	Interactiva	De supervisión	De impacto
Orientación	Síntesis	Clarificación	Mejora	Justificación. Sintonía fina.	Justificación. Rendición de cuentas.
Enfoque principal	Contexto para el programa curricular	Todos los elementos	Dictado de clases	Dictado de clases. Resultados.	Dictado de clases. Resultados.
Estado del programa/ programa curricular	Ninguno (sin implementar todavía)	Fase de desarrollo	Fase de desarrollo	Resuelta. Implementada.	Resuelta. Implementada.
Tiempo relativo a la implementación	Antes	Durante	Durante	Durante	Después
Métodos principales	Necesita valoración. Revisión de la literatura.	Valoración de la evaluabilidad. Desarrollo lógico. Acreditación.	Capacidad de respuesta Investigación sobre las acciones. Capacitación evolutiva. Revisión de la calidad.	Análisis de los componentes. Valoración delegada del desempeño. Análisis de los sistemas.	Basada en objetivos. Basada en necesidades. Libre de objetivos. Proceso-resultado. Realista. Auditoría del desempeño.
Recopilación de evidencias	Revisión de documentos, bases de datos. Visitas de sitios. Grupos focales, técnica de grupo nominal, técnica Delphi para la valoración de necesidades.	Combinación de análisis de documentos, entrevistas y observación. Los hallazgos incluyen un plan del programa y las implicancias para la organización. Puede llevar a un mejor estado de ánimo.	Observación in-situ Cuestionarios Entrevistas Grupos focales El grado de la estructura de datos depende del método. Puede involucrar a los proveedores (docentes) y a los participantes del programa (estudiantes).	Un enfoque sistémico requiere la disponibilidad de sistemas de información administrativa, el uso de indicadores y el uso significativo de la información sobre el desempeño.	Diseños de investigación pre-ordenados Grupo de tratamiento y control siempre que fuere posible Observación Pruebas y otros datos cuantitativos Determinar todos los resultados requiere del uso de más métodos exploratorios y evidencias cualitativas.

Tipos de preguntas	<p>¿Hay necesidad de implementar el programa?</p> <p>¿Qué sabemos acerca del problema que abordará el programa?</p> <p>¿Qué se reconoce como mejor práctica?</p>	<p>¿Cuáles son los resultados pretendidos y cómo está diseñado el programa para lograrlos?</p> <p>¿Cuál es el fundamento de base para implementar el programa?</p> <p>¿Qué elementos deben modificarse para maximizar los resultados pretendidos?</p> <p>¿El programa es plausible?</p> <p>¿Qué aspectos del programa son pasibles de supervisión posterior o evaluación de su impacto?</p>	<p>¿Qué es lo que el programa está intentando lograr?</p> <p>¿Cómo le está yendo?</p> <p>¿Está funcionando el dictado de clases?</p> <p>¿Cómo se puede cambiar el dictado de clases para hacerlo más eficaz?</p> <p>¿Cómo podría cambiarse esta organización para hacerlo más eficaz?</p>	<p>¿Está el programa llegando a la población objetivo?</p> <p>¿Está cumpliendo la implementación con los objetivos y parámetros declarados?</p> <p>¿Cómo le está yendo a la implementación entre sitios?</p> <p>¿Cómo está la implementación ahora en comparación con 1/6/12 meses atrás?</p> <p>¿Los costos están aumentando o disminuyendo?</p> <p>¿Cómo podemos sintonizar el programa para hacerlo más eficiente o más eficaz?</p> <p>¿Hay sitios del programa que requieran atención a fin de asegurar un dictado más eficaz?</p>	<p>¿El programa ha sido implementado según lo planeado?</p> <p>¿Se han alcanzado los objetivos declarados?</p> <p>¿Han sido satisfechas las necesidades de los estudiantes, docentes y demás a través del programa?</p> <p>¿Cuáles son los resultados no deseados?</p> <p>¿Cómo afectan los resultados del programa las diferencias en su implementación?</p> <p>¿El programa es más eficaz para algunos participantes que para otros?</p> <p>¿Ha sido redituable el programa?</p>
--------------------	--	---	---	--	--

Etapa 2: ¿Cómo recopilar y analizar la información?

Recopilación

Hay que considerar una serie de fuentes y métodos de recopilación de datos en una evaluación de los programas curriculares sobre seguridad del paciente o cualquier otro objeto de evaluación. Cuántos y cuáles usted deberá utilizar dependerá del propósito, la forma, el alcance y la escala de su evaluación. Las potenciales fuentes de datos pueden ser:

- Los estudiantes (potenciales, actuales, pasados, retirados);
- Propias (participación en la autorreflexión);
- Colegas (pares docentes, tutores, docentes ajenos al curso);
- Expertos en diseño de disciplinas o cursos de enseñanza;
- Personal de desarrollo profesional;
- Graduados y empleadores (por ej. Hospitales);
- Documentos y registros (por ej. materiales de enseñanza, registros de valoración).

Los datos se pueden recopilar a partir de la lista de fuentes enumeradas más arriba y de diversas maneras, incluidos los cuestionarios de autorreflexión, grupos focales, entrevistas individuales, observación y documentos o registros.

Autorreflexión

La autorreflexión es una actividad importante para todo formador médico o clínico, ya que tiene un rol importan-

te en la evaluación. Un método eficaz para la reflexión comprende:

- Redactar su experiencia docente (en este caso, en educación sobre seguridad del paciente) o bien los comentarios críticos recibidos de terceros;
- Describir cómo se sintió y si se sorprendió a raíz de esos sentimientos;
- Re-evalúe su experiencia en el contexto de las presunciones planteadas: [3]
 - ¿Fueron buenas presunciones? ¿Por qué sí, por qué no?

Dedicarse a la autorreflexión le permitirá desarrollar nuevas perspectivas y un mayor compromiso con la acción en función de la mejora o actualización del programa curricular y/o de la enseñanza.

Cuestionarios

Los cuestionarios son, con facilidad, el método más común de recopilación de datos, ya que brindan información sobre los conocimientos, las creencias, las actitudes y los comportamientos de las personas [4]. Si está interesado en la investigación y publicación de los resultados de la evaluación, quizás revista importancia utilizar un cuestionario validado y publicado previamente. Esto le ahorrará tanto tiempo como recursos, toda vez que le permitirá comparar sus resultados con los de otros estudios al estar utilizando el mismo instrumento. Siempre es útil como primera medida recorrer la literatura en busca de cualquier herramienta que ya pueda estar vigente.

Sin embargo, casi constantemente, los docentes, las facultades y las universidades suelen optar por desarrollar cuestionarios para su propio uso individual. Los cuestionarios pueden estar conformados con preguntas de final abierto y/o cerrado, a la vez que también pueden adoptar diversos formatos tales como categorías que haya que tildar en casilleros de verificación, escalas de calificación o texto libre. Un buen diseño de cuestionario resulta integral para la recopilación de datos de calidad y mucho se ha escrito sobre la importancia del diseño y cómo construir los puntos apropiados [5]. Quizás desee consultar alguna de las referencias o recursos provistos antes de pasar a desarrollar su propio cuestionario con el fin de evaluar la enseñanza y el programa curricular sobre seguridad del paciente.

Grupos focales

Los grupos focales son útiles como método exploratorio y medio para captar las perspectivas de los estudiantes y los tutores [6]. Suelen brindar más información detallada que los cuestionarios y permiten una exploración más flexible e interactiva de las actitudes y experiencias frente al cambio curricular. Pueden ser utilizados junto con los cuestionarios u otros métodos de recopilación de datos como medio para corroborar o triangular datos, al tiempo que pueden variar en función de su estructura y dictado, desde un modelo flexible basado en la conversación hasta uno estrictamente estructurado y formal. Según los recursos disponibles y el nivel de análisis pretendido, quizás se desee grabar, en audio o video, a los grupos focales además o en lugar de tomar apuntes.

Entrevistas individuales

Las entrevistas individuales brindan la oportunidad para llevar adelante una exploración en profundidad de las actitudes propias frente al potencial cambio curricular y las experiencias vividas con el programa curricular una vez implementado éste. Al igual que con los grupos focales, pueden ser no estructurados, semiestructurados o bien estructurados en cuanto a su formato. Si bien las entrevistas individuales brindan información sobre un rango más estrecho de experiencia que los grupos focales, también permiten al entrevistador explorar con mayor profundidad las opiniones y experiencias de un determinado individuo. Las entrevistas individuales pueden llegar a ser útiles como método para obtener datos de evaluación provenientes de colegas o líderes del cuerpo docente o del personal administrativo.

Observación

Para determinadas formas de evaluación, puede resultar útil llevar a cabo observaciones de las clases de formación en seguridad del paciente a los efectos de obtener una comprensión profunda de la manera en que se está dictando y/o recibiendo dicho material. Las observaciones deberían implicar el uso de un cronograma tendiente a proporcionar un marco para dichas observaciones. El cronograma puede ser relativamente no estructurado (por ej., una simple hoja de apuntes) o bien muy estructurado

(por ej., el observador califica el objeto de evaluación respecto de una variedad de dimensiones predeterminadas y formular comentarios sobre cada una de ellas).

Documentos/registros

Como parte de su evaluación, quizás usted también desee examinar la información documental o estadística, como pueden ser los materiales de enseñanza empleados o los datos recopilados sobre el desempeño de los estudiantes. Otra información, tal como los datos de hospitales sobre eventos adversos, también puede resultar de utilidad, según cuáles sean sus preguntas de evaluación.

Análisis

Su recopilación de datos puede implicar a solo uno de los métodos descriptos anteriormente u otros, o bien puede involucrar el uso de varios. Cualquiera fuere el caso, existen tres elementos interconectados que hay que considerar en función del análisis de datos [1]:

- Visualización de datos: organización y recopilación de la información recolectada de manera significativa;
- Reducción de los datos: simplificación y transformación de la información sin procesar en un formato más sencillo de trabajar o utilizar;
- Elaboración de conclusiones: construcción de significado a partir de los datos relativos a las preguntas de su evaluación.

Etapas 3: difusión de hallazgos y toma de medidas concretas

Con demasiada frecuencia no se actúa en función de las conclusiones y recomendaciones de las evaluaciones efectuadas, por lo que la primera medida para evitar esto consiste en asegurarse de que esta valiosa información se retroalimente de manera significativa a todos los respectivos participantes. Si la evaluación trata sobre la calidad de la enseñanza de seguridad del paciente, entonces los resultados (por ej., los provenientes de los cuestionarios de los estudiantes, las clases de enseñanza observadas por pares) deben ser relevadas y analizadas no sólo con la administración, sino también con los docentes. Brinko [7] proveyó una excelente revisión de la mejor práctica sobre el proceso de brindar comentarios críticos, estén éstos dirigidos a los estudiantes o a los colegas. Es importante que todo comentario se reciba de manera tal que fomente el crecimiento y la mejora. Si la evaluación se centra en la eficacia del programa curricular sobre seguridad del paciente, toda conclusión y recomendación para lograr mejoras deberán comunicarse a todos los que hayan intervenido en la implementación del programa curricular (por ej. a nivel de institución, facultad, docente y estudiante). El formato para la difusión debe ser significativo y relevante. La comunicación eficaz de los resultados, los hallazgos y las recomendaciones de la evaluación son un factor catalítico clave para lograr mejoras en la enseñanza de la seguridad curricular y su diseño curricular.

Herramientas y material de referencia

Quizás le resulten de utilidad los siguientes recursos para las diversas etapas de la planificación e implementación de su evaluación:

DiCicco-Bloom B., Crabtree B.F. The qualitative research interview. [“La entrevista sobre investigación cualitativa”] *Medical Education*, 2006, 40:314–321.

Neuman W.L. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, [“Métodos para la investigación social: enfoques cualitativos y cuantitativos”] 6ta ed. Boston, Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. [“Cómo diseñar un proyecto educativo y evaluaciones de programas: reseña práctica basada en la investigación y la experiencia”] Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. *Program Development and Evaluation*, [“Desarrollo y evaluación de programas”] 2008 (<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/>, 17 de febrero de 2010).

Wilkes M, Bligh J. *Evaluating educational interventions*. [“Cómo evaluar intervenciones educativas”] *British Medical Journal*, 1999, 318:1269–1272.

Referencias

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, [“Evaluación de programas: formas y enfoques”] 3ra ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D., Keogh R., Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. [“Reflexión, cómo convertir la experiencia en aprendizaje”] London, Kogan Page, 1985.
3. Boynton P.M., Greenhalgh T. *Selecting, designing and developing your questionnaire*. [“Cómo seleccionar, diseñar y desarrollar su cuestionario”] *British Medical Journal*, 2004,328:1312–1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. [“Cómo diseñar un cuestionario”] *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187–189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. [“Diseño de cuestionarios: cómo formular preguntas con un propósito”] University of Wisconsin-Extension, 1998 (<http://learningstore.uwex.edu/pdf/G3658-2.pdf>, 15 de mayo de 2008).
6. Barbour RS. Making sense of focus groups. [“Cómo hacer que los grupos focales tengan sentido”] *Medical Education*, 2005, 39:742–750.
7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? [“La práctica de brindar comentarios críticos para mejorar la enseñanza: ¿qué resulta eficaz?”] *Journal of Higher Education*, 1993, 64(5):574–593.

11. Herramientas y recursos por Internet

Cada tema cuenta con un conjunto de herramientas que han sido seleccionadas de Internet y diseñadas para ayudar a los profesionales de la salud a mejorar la atención que les brindan a sus pacientes. Sólo hemos incluido herramientas que se encuentran disponibles gratuitamente en Internet. Todos los sitios resultaron accesibles a enero de 2010.

En la lista se encuentran ejemplos de pautas, listas de verificación, sitios web, bases de datos, informes y planillas informativas. Muy pocas de tales herramientas se han sometido a un proceso de validación riguroso. La mayoría de las medidas en materia de calidad suelen consistir en procesos de atención y calidad que se aplican a grupos reducidos de pacientes en entornos altamente contextualizados [1] tales como una guardia, una unidad de rehabilitación o una clínica.

La mayoría de las iniciativas en materia de seguridad del paciente les exigen a los profesionales de la salud a medir las acciones que implementan en el proceso de prestación de atención clínica. Esto es así porque es imposible distinguir si los cambios planeados efectivamente marcaron alguna diferencia en la atención de los pacientes o en los resultados. Concentrarse en las mediciones ha sido un paso necesario e importante para la enseñanza de la seguridad del paciente; si usted no realiza mediciones, ¿cómo sabrá que se ha logrado una mejora? Si bien no cabe esperar que los estudiantes midan sus resultados clínicos para el momento en que se reciban, sí deberían estar familiarizados con el ciclo planificar-hacer-estudiar-actuar (PHEA) que constituye el fundamento de la medición. Muchas de las herramientas disponibles en Internet se basan en el ciclo PHEA.

Referencia

1. Pronovost P.J., Miller M.R., Wachter R.M. Tracking progress in patient safety: an elusive target [“Cómo hacer un seguimiento del progreso en seguridad del paciente: un objetivo elusivo”] *Journal of American Medical Association*, 2006, 6:696–699.

12. Cómo fomentar y participar en un enfoque internacional orientado a la educación en seguridad del paciente

Los impactos de la seguridad del paciente en todos los países

En 2002, los Estados Miembros de la OMS llegaron a un acuerdo en materia de seguridad del paciente en virtud de una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, dado que advertían la persuasiva evidencia de la necesidad de reducir el daño y el sufrimiento de los pacientes y sus familias, además de los beneficios económicos que acarrea la mejora de la seguridad del paciente. La extensión del daño al paciente provocado por su atención clínica ha quedado de manifiesto a través de la publicación de estudios internacionales procedentes de una serie de países, entre los cuales se encuentran Australia, Canadá, Dinamarca, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Las preocupaciones por la seguridad del paciente son de escala internacional, por lo que está ampliamente reconocido que la notificación de eventos adversos se encuentra considerablemente subestimada. Si bien el grueso de la investigación en seguridad del paciente podría llevarse a cabo en Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos, los partidarios de la seguridad del paciente desean ver que ella se adopte en todos los países del mundo, no sólo en aquellos que han contado con los recursos suficientes para estudiar y publicar sus iniciativas sobre seguridad del paciente. Esta internacionalización de la seguridad del paciente requiere de enfoques novedosos para la educación de los futuros médicos y profesionales de la salud.

Globalización

Los desplazamientos globales de enfermeras, médicos y demás profesionales de la salud han producido muchas oportunidades para mejorar la educación médica de posgrado y la capacitación. La movilidad de los estudiantes y docentes y la interconectividad internacional de los expertos en materia de diseño curricular, métodos pedagógicos y evaluación, combinados con campus locales y entornos clínicos, han conllevado a un consenso en cuanto a lo que constituye una buena formación clínica [1].

La OMS ha advertido un déficit global de 4,3 millones de trabajadores de la salud. La "fuga de cerebros" de trabajadores de la salud profundiza la crisis en los países en vías de desarrollo. Hay evidencias de que los países en vías de desarrollo que han invertido en la formación de futuras generaciones de trabajadores de la salud han visto sus activos deteriorados a manos de las depredaciones de los sistemas de salud de las naciones desarrolladas más ricas durante las épocas de escasez en la fuerza laboral allí [2].

La globalización de la prestación de atención clínica ha obligado a la educación médica a reconocer los desafíos de la preparación de estudiantes de carreras de la salud que no sólo sean capaces de trabajar en su país de capacitación, sino también en otros sistemas de salud. Harden [3] describió un modelo tridimensional de educación médica, relevante para toda la formación clínica de los profesionales de la salud, basado en:

- El estudiante (local o internacional);
- El docente (local o internacional);
- El programa curricular (local, importado o internacional).

En el enfoque tradicional de enseñanza y aprendizaje de la seguridad del paciente, los estudiantes y docentes locales utilizan un programa curricular local. En el modelo de graduado médico internacional o estudiante extranjero, los estudiantes de un país buscan en otro país un programa curricular que enseñan y desarrollan docentes en este último país. En el modelo de sucursal-campus, los estudiantes, por lo general locales, tienen un programa curricular importado que lo dictan conjuntamente docentes internacionales y locales.

Una segunda consideración importante en la internacionalización de la educación médica es la accesibilidad de las tecnologías de aprendizaje a distancia por Internet que permiten una interconectividad global en la que el proveedor de un determinado recurso pedagógico, el

docente de ese recurso y el estudiante no tienen que estar todos presentes al mismo tiempo en el campus, el hospital o en la comunidad.

El viejo estilo de programa curricular enfatiza la movilidad de los estudiantes, docentes y programa curricular por los límites de dos países, de mutuo acuerdo, con el alta expectativa de que el país de ejercicio profesional haya provisto gran parte de la capacitación para el momento en que se recibe el alumno.

El método nuevo consiste en un enfoque internacional en el que la internacionalización de la educación en seguridad del paciente esté integrada e incorporada dentro de un programa curricular e implique la colaboración de las distintas facultades de diferentes países. En este enfoque, se enseñan los principios de la seguridad del paciente en el contexto global, en lugar de aquel perteneciente a un solo país.

Este modelo ofrece una gama de considerables desafíos y oportunidades para la colaboración internacional en materia de educación en seguridad del paciente. Esta Guía Curricular sirve de excelente base al respecto. Es importante que se repasen los estándares emanados de organismos internacionales sobre educación médica, por ejemplo, la Federación Mundial de Educación Médica, a los efectos de asegurarse que queden incluidos los principios de seguridad del paciente. De igual modo, se debería mantener un canal de diálogo con los entes nacionales de acreditación de facultades de Medicina de todo el mundo a fin de asegurar que los principios de seguridad del paciente queden incluidos en sus propias listas de verificación destinadas al proceso de acreditación. A un nivel más local, también es importante que los países personalicen y adapten los materiales. Un buen ejemplo de enfoque internacional respecto de la educación médica es la experiencia mantenida con facultades de Medicina internacionales virtuales [4]. Aquí han colaborado una cantidad de universidades internacionales con el propósito de conformar una facultad de Medicina virtual, dedicada a perfeccionar la enseñanza y el aprendizaje. Este modelo podría ser adaptable a la seguridad del paciente. People's Open Access Education Initiative: Peoples-uni (<http://www.peoples-uni.org/>; accedido el 17 de febrero de 2011) ha establecido un programa curricular basado en la Web sobre seguridad del paciente para los profesionales de la salud que no pueden acceder a cursos de posgrado más costosos.

Los componentes comunes de un programa curricular virtual y transnacional sobre seguridad del paciente podrían ser:

- Una biblioteca virtual que brindara acceso a recursos, herramientas y actividades pedagógicas actualizadas, además de acceso a la literatura internacional sobre seguridad del paciente (por ejemplo, los temas incluidos en este programa curricular);
- Un servicio de "consulte al experto" con acceso en lí-

nea a expertos en seguridad del paciente de distintos países;

- Un banco de casos virtuales sobre seguridad del paciente con énfasis en los peligros éticos, la revelación de información y las disculpas;
- Un enfoque de la seguridad del paciente que incluya una concientización cultural y respete las competencias;
- Un banco de evaluación de conceptos de seguridad del paciente para intercambio; por ejemplo, el Consorcio Internacional de Hong Kong para Intercambio de Bancos de Evaluaciones de Estudiantes es un grupo de facultades de Medicina internacionales que mantiene un banco formativo y sumativo de conceptos de evaluación en todos los aspectos que hacen a carreras de la salud.

Los expertos en contenidos sobre seguridad del paciente y los desarrolladores educativos escasean y suelen trabajar en forma aislada. Esto impide el intercambio de información, la innovación y el desarrollo, por lo que suele traer aparejada una innecesaria duplicación de recursos y actividades pedagógicas. Un enfoque internacional de la educación en seguridad del paciente asegurará que exista una verdadera capacitación internacional en materia de educación y formación en seguridad del paciente. Esta es una manera en la que las naciones desarrolladas pueden compartir sus recursos curriculares con los países en vías de desarrollo.

Referencias

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency-oriented medical education. ["Requisitos globales mínimos y esenciales: un camino hacia la educación médica orientada a las competencias"] *Medical Teacher*, 2002, 24:125–129.
2. Organización Mundial de la Salud, *Working together for Health*, El Informe sobre la Salud Mundial 2006. ["Cómo colaborar para la salud"] (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf; accedido el 15 de junio de 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. ["La educación médica internacional y sus futuras direcciones: una perspectiva global"] *Academic Medicine*, 2006, 81(12):S22–S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? ["Una facultad de Medicina internacional y virtual (IVIMEDS): ¿el futuro de la educación médica?"] *Medical Teacher*, 2002, 24:261–267.





Parte B **Temas de** **la Guía** **Curricular**

Guía Curricular sobre
Seguridad del Paciente:
Edición Multiprofesional

Definiciones de conceptos clave

El Marco Conceptual de la OMS para la Clasificación Internacional sobre la Seguridad del Paciente (v.1.1). Informe Técnico Final 2009

- 1. Reacción adversa:** daño inesperado que resulta a partir de una acción justificada en la que se siguió el procedimiento correcto para el contexto en el que ocurrió el hecho.
- 2. Agente:** sustancia, objeto o sistema que actúa para producir un cambio.
- 3. Atributos:** cualidades, propiedades o características de alguna persona o cosa.
- 4. Circunstancia:** situación o factor que puede llegar a influir sobre un **hecho, agente** o individuo(s).
- 5. Clase:** grupo o conjunto de cosas semejantes.
- 6. Clasificación:** disposición de **conceptos** dentro de **clases** y sus subdivisiones, vinculados de manera tal que expresen las **relaciones semánticas** que hay entre ellos.
- 7. Concepto:** todo aquello que porte o conlleve un significado.
- 8. Factor coadyuvante:** **circunstancia**, acción o influencia que se piensa que ha intervenido en el origen o desarrollo de un **incidente** o bien ha aumentado el **riesgo** de un **incidente**.
- 9. Extensión del daño:** la gravedad y duración del daño, además de todas sus implicancias terapéuticas, que resultan a partir de un **incidente**.
- 10. Detección:** acción o **circunstancia** que trae como resultado el descubrimiento de un **incidente**.
- 11. Discapacidad:** todo tipo de deterioro de una estructura o función orgánica, limitación de la actividad y/o restricción de la participación en la sociedad que se vincule con un **daño** pasado o presente.
- 12. Enfermedad:** toda disfunción fisiológica o psicológica.
- 13. Error:** toda falla en la ejecución de una acción planeada según lo pretendido o bien la aplicación de un plan incorrecto.
- 14. Evento:** todo aquello que le ocurre o bien lo afecta a un **paciente**.
- 15. Daño:** deterioro de una estructura o función del organismo y/o todo efecto perjudicial que surja de dicho deterioro. El daño incluye los conceptos de **enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad** y muerte.
- 16. Incidente dañino (evento adverso):** todo **incidente** que haya traído aparejado un **daño** a un paciente.
- 17. Peligro:** toda **circunstancia, agente** o acción capaz de causar daño.
- 18. Salud:** estado de completo bienestar físico, mental y social, que no se limita a la mera ausencia de **enfermedad** o dolencia.
- 19. Atención clínica:** servicios recibidos por los individuos o las comunidades a fin de promover, monitorear o restaurar la **salud**.
- 20. Daño asociado a la atención clínica:** todo **daño** que surja o esté asociado a partir de planes o acciones adoptados durante la prestación de atención clínica, en lugar de una **enfermedad** o **lesión** subyacente.
- 21. Características del incidente:** **atributos** seleccionados de un **incidente**.
- 22. Tipo de incidente:** término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de una misma naturaleza común, agrupados en función de sus características compartidas o acordadas.
- 23. Lesión:** daño a los tejidos ocasionado por un **agente** o **hecho**.
- 24. Factor atenuante:** toda acción o **circunstancia**

que prevenga o modere el avance de un **incidente** hasta el punto tal de dañar a un **paciente**.

25. **Desacierto:** todo **incidente** que no llegue a afectar al paciente.
26. **Incidente inocuo:** todo **incidente** que llegue al paciente pero que no traiga aparejado ningún daño discernible.
27. **Paciente:** toda persona que sea receptora de **atención clínica**.
28. **Características del paciente: atributos** seleccionados de un **paciente**.
29. **Resultado en el paciente:** el impacto que se produjo en el paciente, sea total o parcialmente atribuible a un **incidente**.
30. **Seguridad del paciente:** la reducción, a un mínimo aceptable, del riesgo de **daño** innecesario asociado con la **atención clínica**.
31. **Incidente de seguridad del paciente:** todo **hecho** o **circunstancia** que podría haber generado como resultado, o que en efecto provocó, un **daño** innecesario a un **paciente**.
32. **Prevenible:** aceptado por la comunidad como evitable en un determinado conjunto de circunstancias.
33. **Circunstancia notificable:** toda situación en la cual se dio un significativo potencial de daño, pero sin haber ocurrido ningún incidente.
34. **Riesgo:** la probabilidad de que ocurra un **incidente**.
35. **Seguridad:** la reducción del riesgo de **daño** innecesario a un mínimo aceptable.
36. **Relación semántica:** la manera en la que se asocian entre sí las cosas (tales como **clases** o **conceptos**) según su significado.
37. **Efecto colateral:** todo efecto conocido, distinto del que se pretendió en un principio, que guarde relación con las propiedades farmacológicas de un medicamento.
38. **Sufrimiento:** la experiencia de todo lo que resulte subjetivamente desagradable.
39. **Violación:** deliberada desviación de un procedimiento, estándar o reglamento operativo.

Fuente: *WHO conceptual framework for the international classification for patient safety*. [“Marco conceptual de la OMS para la clasificación internacional relativa a

seguridad del paciente”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009

(<http://www.who.int/patientsafety/en/>; accedido el 11 de marzo de 2011).

Definiciones de otras fuentes

1. Infección asociada con la atención clínica: toda infección que no era contemporánea ni se encontraba en período de incubación al momento de la internación del paciente, la cual suele manifestarse durante más de tres noches tras la internación hospitalaria del paciente [1].

2. Cultura de la seguridad del paciente: la cultura que exhibe los siguientes cinco atributos de alto nivel que todo profesional de la salud debe esforzarse por poner en práctica a través de la implementación de sólidos sistemas de gestión de la seguridad: (1) una cultura en la que todos los trabajadores de la salud (incluido el personal de atención directa al paciente, los médicos y los administradores) acepten la responsabilidad de su propia seguridad, así como también la de sus colegas, pacientes y visitas; (2) una cultura que priorice la seguridad por sobre los objetivos financieros y operativos; (3) una cultura que fomente y recompense la identificación, la comunicación y la resolución de problemas vinculados con la seguridad; (4) una cultura que establezca un aprendizaje institucional a partir de los accidentes ocurridos; (5) una cultura que provea recursos, estructuras y responsabilidades apropiadas con el fin de mantener sistemas de seguridad eficientes [2].

Referencias

1. Auditoría Nacional. Departamento de Salud. A Safer Place for Patients: Learning to improve patient Safety. [“Un lugar más seguro para los paciente: cómo aprender a mejorar la seguridad del paciente”] Londres: Síndico y Auditor General (HC 456 Sesión 2005-2006). 3 de noviembre de 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

Claves para entender los íconos

Número de diapositiva 

Número de tema → 

Grupos 

Disertación 

Ejercicios de simulación 

DVD 

Libro 

Introducción a los temas de la Guía Curricular

Centrada en el paciente

La presente Guía Curricular centrada en el paciente está diseñada específicamente para los estudiantes y profesionales de la salud y sitúa a los pacientes, usuarios del sistema de salud y a los cuidadores asistenciales en el centro del aprendizaje de la atención clínica y de la prestación del servicio de salud. Los conocimientos tanto básicos como los aplicados, así como la demostración de la actuación requerida plantean a lo largo de estos temas distintos requerimientos para que tanto los estudiantes como los trabajadores de la salud reflexionen acerca de cómo incorporar los conceptos y principios de seguridad del paciente en la práctica cotidiana.

En todos los países, tanto los pacientes como la comunidad en su conjunto son observadores pasivos de los cambios significativos que se dan en materia de atención clínica. Muchos pacientes todavía no participan plenamente de las decisiones atinentes a su atención clínica, así como tampoco se involucran en las discusiones sobre cuál es la mejor manera de prestar servicios de salud. En la actualidad la mayoría de los servicios de salud continúan situando a los profesionales de la salud en el centro de la atención. Los modelos de atención clínica orientados a las enfermedades enfatizan el rol del profesional de la salud y la gestión a cargo de las organizaciones sin la debida consideración de los pacientes que son los consumidores finales de la atención clínica. Los pacientes deben estar en el centro de la atención y no cumplir un mero rol de consumidores finales.

Existen sólidas evidencias de que con el debido apoyo los pacientes se autogestionan con eficacia sus propias afecciones. Una menor atención al ámbito de agudos y una mayor atención al tratamiento de pacientes en múltiples sitios requieren de los trabajadores de la salud que pongan los intereses del paciente en primer lugar, a fin de recabar y brindar información cabal, ser respetuoso de sus diferencias culturales y religiosas, procurar su permiso para tratarlos y colaborar con ellos, ser honesto cuando las cosas salen mal o bien el cuidado dista de ser óptimo, y concentrar los servicios de atención clínica en la prevención y la minimización del riesgo o el daño.

La perspectiva comunitaria

Las perspectivas comunitarias sobre la atención clínica reflejan las cambiantes necesidades de cuidado que requiere un individuo a lo largo de todo su ciclo de vida y que están asociadas a mantenerse saludable, mejorar, convivir con la enfermedad o discapacidad y saber lidiar con el final de su vida. El cambiante entorno de la atención clínica (nuevos modelos de atención para tratar afecciones crónicas y agudas, la base de evidencia en continua expansión y las crecientes innovaciones tecnológicas, la atención compleja prestada por equipos de profesionales de la salud y las relaciones comprometidas con pacientes y cuidadores asistenciales) ha dado lugar a nuevas exigencias para el personal clínico. La presente Guía Curricular reconoce este entorno cambiante y apunta a cubrir una amplia variedad de pacientes en múltiples situaciones y localizaciones que reciben tratamiento a cargo de múltiples trabajadores de la salud.

¿Por qué los estudiantes de las profesiones de la salud deben aprender acerca de la seguridad del paciente?

Los descubrimientos científicos de la atención clínica moderna han conllevado a resultados sensiblemente mejores en el paciente. Sin embargo, los estudios realizados en muchos países diferentes han demostrado que ha habido riesgos significativos asociados a dichos beneficios. Una consecuencia principal de estos conocimientos ha sido el desarrollo de la seguridad del paciente como disciplina especializada. La seguridad del paciente no es una disciplina independiente tradicional, sino antes bien, es un área que puede y debe ser integrada a todas las demás áreas de la atención clínica.

Como futuros clínicos y líderes en atención clínica, los estudiantes deben saber acerca de la seguridad del paciente, incluso cómo los sistemas tienen su impacto en la calidad y la seguridad de la atención clínica y cómo una mala comunicación puede dar lugar a eventos adversos. Los estudiantes deben aprender la manera de manejar estos desafíos y cómo desarrollar estrategias tendientes a prevenir y responder frente a errores y complicaciones, así como también la forma de evaluar los resultados a fin de mejorar el desempeño en el largo plazo.

El Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente apunta a mejorar la seguridad del paciente en todo el mundo, ya que es asunto de todos: profesionales de la salud, encargados, personal de limpieza y alimentación, administradores, consumidores y políticos. Dado que los estudiantes son los futuros líderes de la atención clínica, resulta vital que cuenten con conocimientos y habilidades al momento de aplicar los principios y conceptos de la seguridad del paciente. La presente Guía Curricular dota a los estudiantes de conocimientos esenciales sobre seguridad del paciente, así como también describe las habilidades y conductas necesarias para ayudarlos a desarrollar con seguridad todas sus actividades profesionales.

El momento de construir el conocimiento de los estudiantes sobre la seguridad del paciente es justo al inicio de sus carreras universitarias. Los estudiantes deben estar listos para practicar sus habilidades y conductas sobre seguridad del paciente apenas ingresan al hospital, la clínica o el hogar de los pacientes. Además, siempre que sea posible, los estudiantes necesitan tener la oportunidad de considerar las cuestiones de seguridad dentro de un entorno simulado antes de ejercerlas en la práctica del mundo real.

Al hacer que los estudiantes se concentren en cada uno de los pacientes, lograr que los traten como un ser humano único y practicar la aplicación de sus conocimientos y habilidades en beneficio de los pacientes, los mismos estudiantes pueden convertirse en modelos de conducta para otros integrantes del sistema de salud. La mayoría de los estudiantes de carreras de la salud a veces ingresan a sus carreras con altas aspiraciones. No obstante, la realidad del sistema de salud suele desinflar su optimismo. Nosotros queremos que los estudiantes puedan mantener su optimismo y crean que pueden marcar una diferencia tanto en las vidas individuales de los pacientes como en el sistema de salud en su conjunto.

Cómo enseñar seguridad del paciente: cómo lidiar con las barreras

El aprendizaje eficaz por parte de los estudiantes depende de que los docentes utilicen una amplia gama de métodos pedagógicos, tales como la explicación de conceptos técnicos, la demostración de habilidades y la formación de actitudes; todo lo cual resulta esencial para la educación en materia de seguridad del paciente. Los docentes de esta disciplina suelen utilizar una enseñanza basada en problemas (el aprendizaje facilitado en grupo), una enseñanza basada en la simulación (simulación de roles y juegos) y la enseñanza basada en presentaciones (interactivas y didácticas), así como también en la actuación de mentores y guías (modelos de conducta).

Los pacientes juzgan a sus prestadores de atención clínica no por lo que saben sino por la manera en que actúan. A medida que los estudiantes avanzan en el ámbito clínico y laboral, el desafío consiste en aplicar sus conoci-

mientos científicos generales a pacientes específicos. Al hacerlo, los estudiantes van más allá de “qué” es lo que han aprendido en clase hasta saber “cómo” aplican sus conocimientos. Para los estudiantes, la mejor manera de aprender es haciendo. Las prácticas de seguridad del paciente requieren que los estudiantes actúen de manera segura: verificando los nombres, buscando información sobre medicamentos y haciendo preguntas. Las mejores maneras de aprender seguridad del paciente para los estudiantes consisten en adquirir una experiencia práctica o bien ejercitar mediante entornos simulados. Los estudiantes necesitan a un experto que actúe como guía clínica incluso más que las presentaciones sobre teorías que les sirvan de apoyo. Siempre que los docentes observen el desempeño de los estudiantes y les brinden comentarios críticos, ellos mejorarán en forma continua y con el tiempo dominarán muchas habilidades importantes para lograr la seguridad del paciente.

La actuación como mentores y guías también es especialmente relevante para la educación en seguridad del paciente. Desde luego que los estudiantes intentan copiar y modelar el comportamiento de sus docentes y profesionales veteranos. Las maneras en que se comportan los modelos de conducta tendrán una gran influencia en la manera en que se comporten los estudiantes y cómo ejercerán a futuro su profesión al momento de finalizar su carrera. La mayoría de los estudiantes ingresan al ámbito de la salud con altos ideales: quieren curar, mostrar compasión y ser profesionales de la salud éticos y competentes. Sin embargo, lo que suelen ver es una atención brindada a las apuradas, un trato despectivo frente a sus colegas y el propio interés profesional. Con el tiempo, sus nobles ideales se ven comprometidos ya que intentan adaptarse y sobrevivir dentro de la cultura laboral que los rodea.

Tanto la educación en seguridad del paciente como la presente Guía Curricular reconocen que existen estas fuertes influencias y factores en algunos ámbitos. Creemos que estas influencias negativas pueden moderarse y su impacto minimizarse hablando con los estudiantes acerca de cuál es la cultura laboral que prevalece y su impacto en la calidad y seguridad de los pacientes. Reconocer las barreras para la seguridad del paciente y conversar sobre ellas les dará a los estudiantes un sentido del sistema como problema (por contraposición a la gente que interviene en ese sistema como problema), al tiempo que les permitirá percatarse de que cambiar el sistema para mejor es posible, además de ser un objetivo por el cual vale la pena esforzarse. Las barreras no son las mismas en todos los países y culturas, ni siquiera en ámbitos clínicos diferentes dentro de una misma región. Las barreras específicas de cada país incluyen leyes y reglamentaciones que rigen el sistema de salud. Estas leyes pueden llegar a impedir la implementación de ciertas prácticas en materia de seguridad del paciente. Las culturas diferentes tienen sus propios enfoques respecto de las jerarquías, los errores y la resolución de conflictos. La medida en

que a los estudiantes se los alienta a ponerse firmes ante la presencia de sus docentes y/o clínicos veteranos, en especial en circunstancias en las que un paciente podría encontrarse en riesgo de daño, dependerá de la situación y la prestancia que tenga para el cambio la cultura profesional local. En algunas sociedades, los conceptos de la seguridad del paciente quizás no lleguen a encajar fácilmente dentro de las normas culturales. Estas barreras se exploran con mayor profundidad en este tema (véase la sección: *Cómo enfrentar el mundo real: cómo ayudar a los estudiantes a convertirse en líderes en materia de seguridad del paciente*).

Las barreras más evidentes para los estudiantes son aquellas que afloran durante sus prácticas profesionales y ámbitos terapéuticos y se relacionan principalmente con los docentes/supervisores o profesionales de la salud más experimentados que son incapaces de adaptarse a los nuevos desafíos que presenta la atención clínica o que activamente desalientan todo cambio que se produzca en respuesta a ellos. Su conducta puede transformar a un estudiante y hacerlo pasar de ser un defensor de la seguridad del paciente a un pasivo aprendiz de manual. La manera en que los distintos profesionales de la salud (enfermeras, farmacéuticos, odontólogos, médicos, etc.) preservan sus propias culturas profesionales, lo cual trae aparejado un enfoque clínico en compartimentos estancos, también representa otra barrera significativa. La falla en la comunicación entre distintas disciplinas puede dar lugar a errores en la atención clínica. Un enfoque de equipo interdisciplinario resulta mucho más eficaz en la reducción de errores, el mejoramiento de la comunicación entre el personal y la promoción de un ámbito laboral más saludable.

A medida que los docentes y supervisores se familiaricen con la presente Guía Curricular, rápidamente se darán cuenta de que el aprendizaje de los estudiantes quizás no pueda ser ejercido en un ámbito de vida real. Algunos profesionales de la salud quizás sienten que la enseñanza de la seguridad del paciente a estudiantes de las carreras de la salud resulta ser un objetivo inalcanzable debido a las barreras involucradas en el proceso. Sin embargo, una vez que dichas barreras se determinan y analizan, no re-

sultan ser tan desalentadores. Incluso los debates en grupos de estudiantes acerca de las realidades y las barreras pueden ser informativos y pedagógicos. Como mínimo, pueden servir de crítica constructiva del sistema y de momento de reflexión sobre cómo se procede y actúa.

Cómo se relacionan los temas de esta Guía Curricular con la práctica de la atención clínica

El Cuadro B.I.1 muestra cómo se integran los temas de esta Guía Curricular con la atención clínica, utilizando como ejemplo la higiene de manos. Muchos principios de seguridad del paciente se aplican en toda la atención clínica, tales como el trabajo en equipo, la seguridad de la medicación y el compromiso con los pacientes. Utilizamos este ejemplo porque minimizar la transmisión de infecciones puede lograrse por parte de todos los trabajadores de la salud tomando como medida la higiene de manos en la manera y oportunidad adecuadas. Emplear prácticas correctas de higiene de manos parece ser algo tan obvio y sencillo de lograr. Sin embargo, a pesar de los cientos de campañas destinadas a educar a los profesionales de la salud, al cuerpo docente, a los estudiantes y demás miembros del personal clínico sobre las precauciones estándar y universales, al parece no hemos solucionado este problema, toda vez que los índices de infecciones asociadas con la atención clínica (IAAC) están aumentando en todo el mundo. Cada tema curricular contiene un importante aprendizaje para los estudiantes de las carreras de la salud en una determinada área. Considerados en su conjunto, los temas proporcionan los conocimientos de base y preparan a los estudiantes para mantener unas técnicas correctas de higiene de manos, así como también identificar la manera de mejorar todo el sistema en su conjunto.

Los temas de la Guía Curricular y su relación con la seguridad del paciente

Si bien los temas son independientes, el Cuadro B.I.1 demuestra cómo todos los temas son necesarios para el desarrollo de una conducta adecuada por parte de los profesionales de la salud. Al utilizar la higiene de manos como ejemplo, demostramos cómo el aprendizaje obtenido a partir de cada uno de los temas resulta necesario para lograr y preservar una atención clínica segura.

Cuadro B.I.1. Cómo se interrelacionan los temas: el ejemplo de la higiene de manos

Tema de seguridad del paciente

Problema causado por un mal control de infecciones

Materias que podrían albergar temas de seguridad del paciente

El Tema 1: "¿Qué es la seguridad del paciente?" describe la evidencia del daño y el sufrimiento ocasionado por eventos adversos. A medida que los estudiantes aprendan sobre la disciplina de seguridad del paciente y su propio rol en la minimización de la incidencia y el impacto de eventos adversos, podrán apreciar la importancia de sus propias conductas, tales como emplear técnicas adecuadas de higiene de manos, para la prevención y el control de infecciones

Tema de seguridad del paciente

Los trabajadores de la salud saben que las infecciones son un problema. Sin embargo, con sólo saberlo no parecen modificar sus prácticas. La gente tiende a emplear técnicas correctas de higiene de manos durante un tiempo, pero luego se las olvidan.

Los trabajadores de la salud desean mantener adecuados procedimientos de prevención y control de las infecciones, pero hay muchísimos pacientes por los cuales preocuparse y limitaciones de tiempo que parecen impedir una adecuada higiene de manos.

No hay soluciones para manos a base de alcohol ni agentes de limpieza en las guardias porque el empleado administrativo se olvidó de pedirlos.

Un cirujano dejó el quirófano momentáneamente para responder una llamada en su celular. Regresó al quirófano y continuó con la operación utilizando los mismos guantes. El paciente experimentó una infección por la herida posquirúrgica.

El paciente anterior, que resultó infectado, le planteó al hospital una queja por escrito sobre la atención que recibió.

El hospital decide que tiene un problema con las infecciones en un determinado quirófano y desea saber más acerca del problema.

El hospital decide que tiene un problema con las infecciones en un determinado quirófano y desea saber más acerca del problema.

El hospital ahora sabe que uno de sus quirófanos presenta un índice de infección más elevado que los demás. Los pacientes se están quejando y el problema de infección del hospital recibe cobertura mediática.

Materias que podrían albergar temas de seguridad del paciente

El Tema 2: "¿Por qué aplicar el factor humano es importante para la seguridad del paciente?" explica cómo y por qué los seres humanos funcionan de la manera en que lo hacen y por qué cometen errores. Una comprensión del factor humano ayudará a identificar las oportunidades en las que ocurren los errores, al tiempo que ayudará a los estudiantes a aprender cómo evitarlos o minimizarlos. Entender los factores involucrados en los errores y sus causas radicales les facilitará a los estudiantes a comprender el contexto de sus acciones. Decirle a la gente que ponga un mayor esfuerzo (lavarse las manos correctamente) no modificará mucho. Deben ver sus propias acciones en el contexto del entorno donde trabajan y los equipos que utilizan. Siempre que los trabajadores de la salud crean que la infección a un paciente fue ocasionada por sus acciones, estarán más propensos a modificar la manera en que trabajan y utilizarán precauciones estandarizadas.

El Tema 3: "Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente" ilustra cómo la atención del paciente comprende múltiples pasos y múltiples relaciones. Los pacientes dependen de que los profesionales de la salud los traten de la manera apropiada, ya que dependen de un sistema de atención clínica. Deben entender que el lavado de manos no es un extra optativo, sino que es una medida importante en la atención de los pacientes. Entender cómo las acciones de cada persona y cada componente de la atención clínica se engranan dentro de un proceso continuo que tiene resultados buenos (el paciente mejora) o malos (el paciente sufre un evento adverso) constituye una lección importante en materia de seguridad del paciente. Siempre que entiendan que las acciones de una sola persona miembro del equipo puede socavar los objetivos terapéuticos del paciente, podrán ver rápidamente su trabajo en un contexto diferente: el contexto de la seguridad del paciente.

El Tema 4: "Cómo ser un jugador eficiente en equipo" explica la importancia de un equipo de trabajo entre los profesionales de la salud. Si no hay soluciones para manos a base de alcohol, es responsabilidad de todos los integrantes del equipo notificar a quien corresponda para cerciorarse de su disponibilidad. Sólo quejarse de que alguien olvidó pedirlos no ayuda a que los pacientes mejoren. Ser consciente en el lugar de trabajo y buscar oportunidades para ayudar a los pacientes y el equipo forma parte de ser un buen profesional y un eficiente jugador en equipo. Los eventos adversos suelen ser ocasionados por una cascada de muchas cosas que parecen triviales: no lavarse las manos, no hay cuadros de medicación disponibles, o bien se demora la concurrencia de un clínico. Recordarle a alguien pedir las soluciones para manos no es trivial, ya que puede prevenir una infección.

El Tema 5: "Cómo aprender de los errores para prevenir el daño" muestra cómo culpar a otra no resulta eficaz, y que si la gente teme ser acusada de negligencia o culpa, nadie notificará ni aprenderá a partir de eventos adversos. Un enfoque sistémico de los errores procura identificar las causas subyacentes de los errores y asegurarse de que no se repitan. Una inspección de las causas de la infección puede reflejar que el cirujano salió del quirófano y no utilizó las técnicas de esterilización adecuadas al momento de su regreso. Culpar a una sola persona no logrará ningún objetivo. Un mayor análisis quizás demuestre que tanto el cirujano como el resto del equipo venían violando persistentemente las pautas de control de infecciones porque no pensaban que la infección era un problema. Sin los datos, los tranquilizaba sentir una falsa seguridad.

El Tema 6: "Cómo entender y manejar el riesgo clínico" les muestra a los estudiantes la importancia de contar con sistemas vigentes para identificar problemas y solucionar los potenciales antes de que ocurran. Las quejas pueden indicarle al clínico o encargado si existen problemas especiales. La carta de queja de este paciente sobre su infección debe ser la décima carta en un mes, lo cual podría estar indicándole al hospital que puede haber un problema con el control de infecciones. Notificar incidentes y eventos adversos también es una manera sistemática de recopilar información sobre la seguridad y la calidad de la atención.

El Tema 7: "Cómo utilizar los métodos de mejoramiento de la calidad para perfeccionar la atención" brinda ejemplos de los métodos utilizados para medir y efectuar mejoras en la atención clínica. Los estudiantes deben saber cómo medir los procesos de atención a los efectos de poder determinar si los cambios han generado mejoras.

El Tema 7: "Cómo utilizar los métodos de mejoramiento de la calidad para perfeccionar la atención" brinda ejemplos de los métodos utilizados para medir y efectuar mejoras en la atención clínica. Los estudiantes deben saber cómo medir los procesos de atención a los efectos de poder determinar si los cambios han generado mejoras.

El Tema 8: "Cómo involucrarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales" les muestra a los estudiantes la importancia de una comunicación honesta con los pacientes luego de ocurrir un evento adverso, así como también la importancia de brindarles a los pacientes información completa acerca de su atención y tratamiento. Involucrarse con los pacientes es necesario para mantener la confianza de la comunidad.

Tema de seguridad del paciente

El hospital decide que la infección es un problema en particular y que todos deben tener presente la importancia de cumplir con las precauciones estandarizadas.

El hospital decide revisar el control de infecciones en los quirófanos debido a que las infecciones suscitadas en teatros quirúrgicos comprenden un porcentaje significativo de los eventos adversos que el personal está notificando.

Se revisaron los registros de las guardias quirúrgicas utilizando un método de mejora de la calidad (por el que se pregunta “¿qué ocurrió?” en lugar de “¿quién lo hizo?”), ya que el equipo averiguó una intervención que podría ayudar a disminuir el índice de infección. El equipo se enteró de que la administración adecuada de antibióticos profilácticos puede ayudar a prevenir infecciones. Sin embargo, esta práctica también requeriría que estuviera disponible una historia farmacológica completa de cada paciente a fin de evitar interacciones con otros medicamentos que pudieran recetarse.

Materias que podrían albergar temas de seguridad del paciente

El Tema 9: “La prevención y el control de infecciones” describe los principales tipos y causas de infecciones. También comprende los respectivos procedimientos y protocolos para minimizar las infecciones.

El Tema 10: “La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos” les demuestra a los estudiantes que los pacientes que se someten a cirugías u otros procedimientos invasivos se encuentran en un riesgo mayor de infecciones o de recibir tratamientos inadecuados. La comprensión de las fallas ocasionadas por una mala comunicación, la falta de liderazgo, la insuficiente atención a los procesos, el incumplimiento de las pautas y normas y la sobrecarga de trabajo les ayudará a los estudiantes a apreciar los múltiples factores que están en juego al momento de llevarse a cabo una cirugía.

El Tema 11: “Cómo mejora la seguridad de la medicación” es importante porque los errores farmacológicos causan una proporción significativa de los eventos adversos. La escala del error farmacológico es inmensa y los estudiantes deben identificar los factores que conducen a errores y saber las medidas que deben adoptar para minimizarlos. La seguridad de la medicación asegura que los estudiantes sepan acerca del potencial que existe para reacciones farmacológicas adversas y que ellos consideren todos los factores relevantes al momento de recetar, dispensar, administrar y monitorear los efectos de los medicamentos.

Cómo enfrentar el mundo real: cómo ayudar a los estudiantes a convertirse en líderes en materia de seguridad del paciente

Uno de los principales desafíos para la reforma de la seguridad del paciente es la receptividad del lugar de trabajo respecto de las nuevas maneras de brindar atención clínica. El cambio puede resultar muy difícil para las organizaciones y los profesionales de la salud que están acostumbrados a tratar a los pacientes de modos particulares. No necesariamente ven nada de malo respecto de la manera en que brindan atención y no están convencidos de que necesitan cambiar. Es probable que se sientan amenazados o cuestionados cuando alguien, en especial algún integrante junior del personal, vea e incluso haga cosas de un modo diferente. En estas circunstancias, salvo que los estudiantes se vean respaldados positivamente por expertos que actúen de guías y se les dé la oportunidad para conversar sobre sus experiencias, se verá socavada gran parte de la enseñanza y del aprendizaje acerca de la seguridad del paciente que se den en cursos de capacitación.

Los estudiantes aprenden con mucha rapidez la manera en que se comportan los integrantes de la profesión clínica que eligieron y lo que se espera de ellos, al tiempo que, dado que son novatos, desear adaptarse lo más pronto posible. Los estudiantes de las profesiones clínicas suelen ser muy dependientes de los docentes y supervisores con respecto a la información y apoyo profesional que obtienen.

Para los estudiantes, mantener la confianza de un docente o supervisor resulta crucial. Su progreso depende de los informes favorables de sus docentes basados en

comentarios críticos formales e informales y en las evaluaciones subjetivas y objetivas de su competencia y su compromiso. La seguridad del paciente requiere que los profesionales de la atención clínica conversen acerca de sus errores y aprendan de ellos, pero los estudiantes quizás tengan el temor de que revelar sus propios errores o los de un profesional, docente o supervisor más veterano puede tener repercusiones tanto para ellos como para las personas involucradas. La excesiva confianza en los docentes o supervisores radicados en el lugar de trabajo respecto de su enseñanza y evaluación podrían fomentar que los estudiantes oculten sus errores y desarrollen las tareas requeridas, incluso cuando sepan que todavía no son competentes para efectuar dichas tareas. Los estudiantes pueden verse reacios a conversar acerca de la seguridad del paciente o bien expresar sus inquietudes sobre cuestiones éticas ante el personal jerárquico. Es probable que tengan el temor de recibir un informe desfavorable o bien ser vistos como “faltos de compromiso” o “con una mala actitud”. Los estudiantes pueden albergar temores, fundados o infundados, de que hablar en defensa de un paciente o revelar errores puede conllevar a informes desfavorables, menores oportunidades laborales y/o reducidas posibilidades de obtener acceso a cursos de capacitación avanzada.

Los debates acerca de los errores en la atención clínica resultan difíciles para todos los profesionales de la salud en todas las culturas. La apertura al aprendizaje a partir de los errores a menudo dependerá de las personalidades de los profesionales jerárquicos involucrados. En algunas culturas y organizaciones, la apertura respecto de los errores puede resultar ser algo novedoso y, por ende, muy difícil para el cuerpo docente. En estos casos, puede

ser apropiado que los estudiantes hablen de los errores en las clases que estén cursando. En algunos lugares, estas discusiones se mantienen en reuniones cerradas y, en ámbitos educativos más avanzados, es probable que los equipos conversen sobre los errores de manera abierta y cuenten con muchas políticas vigentes para ayudar a los trabajadores de la salud para que puedan superar un error. Sin embargo, con el tiempo, toda cultura deberá enfrentar el sufrimiento humano ocasionado por errores. Una vez que el sufrimiento sea reconocido abiertamente por los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales, clínicas y comunidades, resultará difícil mantener el *status quo*. Muchos adoptarán enfoques diferentes respecto de las jerarquías y los servicios de atención del paciente. Algunos de estos nuevos enfoques consideran al equipo como el principal instrumento de prestación de atención clínica, lo cual concibe una estructura jerárquica más plana en la que todos los que se encargan del cuidado del paciente puedan contribuir en forma adecuada.

Puede servirles a los estudiantes el poder entender por qué las expectativas y actitudes de algunos profesionales veteranos y del cuerpo docente pueden parecer estar en conflicto con lo que han aprendido acerca de la seguridad del paciente. La atención clínica no ha sido diseñada teniendo en cuenta al paciente. Con el tiempo ha evolucionado con muchos aspectos de la atención que han resultado ser la consecuencia de la tradición más que de las preocupaciones explícitas por la seguridad, eficiencia y eficacia dentro del contexto de la atención clínica contemporánea. Muchas actitudes dentro de la atención clínica están arraigadas profundamente en la cultura profesional que se originó en una época en la que las estructuras jerárquicas eran un lugar común en la sociedad: la atención clínica era percibida como una vocación vitalicia y los clínicos, en especial los médicos, eran considerados infalibles. Dentro de ese marco conceptual, se pensaba que los buenos profesionales de la salud eran incapaces de cometer errores, que la capacitación se lograba a través de la práctica de aprendizaje y que los resultados en los pacientes (los buenos y los malos) eran atribuibles a las habilidades del profesional, y no a los del equipo interviniente. No eran responsables frente a nadie más

que a ellos mismos y, en algunos lugares, los pacientes que no pagaban honorarios eran vistos predominantemente como material de aprendizaje. Si bien mucho de ello ha cambiado, han persistido algunos vestigios de la vieja cultura que han moldeado las actitudes de los profesionales de la salud que se formaron en dicho entorno cultural.

Las sociedades modernas desean una atención clínica segura y de calidad, que sea brindada por profesionales de la salud que trabajen dentro de una cultura de la seguridad. Esta cultura de la seguridad ha comenzado a permear hacia los lugares de trabajo clínicos de todo el mundo, por lo que los estudiantes encontrarán tanto las actitudes tradicionales como aquellas que reflejan una cultura de la seguridad. El desafío para todos los estudiantes, independientemente de su cultura, país o disciplina consiste en ejercer una atención clínica segura, aun cuando los que los rodean no lo hagan.

Sirve de mucho poder diferenciar entre ciertos enfoques antiguos que podrían afectar negativamente la atención del paciente y determinadas prácticas novedosas que fomentan una atención centrada en el paciente. También es importante reconocer que este cambio cultural podría generar cierta tensión para el estudiante o residente que se muestra interesado por ejercer su profesión teniendo presente la seguridad, pero cuyos superiores directos no están al tanto ni a favor de estos nuevos enfoques. Es fundamental que los estudiantes conversen con sus supervisores antes de comenzar a implementar las nuevas técnicas sugeridas.

No esperamos que los estudiantes pongan en riesgo sus personas o carreras en pos de modificar el sistema, pero sí los alentamos a que piensen en cómo podrían mejorar su capacitación y mantener al mismo tiempo una perspectiva sobre la seguridad del paciente. El siguiente Cuadro B.1.2 proporciona un marco que les brinda a los estudiantes algunas ideas para manejar los conflictos que pueden llegar a experimentar mientras son asignados a un lugar de trabajo para su capacitación.

Cuadro B.1.2. Cómo manejar conflictos: a la manera antigua y a la manera novedosa

Área o atributo	Ejemplo	Manera antigua	Manera novedosa
Jerarquías en la atención clínica: Higiene de manos	Un veterano profesional de la salud no se lava las manos entre distintos pacientes.	El estudiante no dice nada y se ajusta a prácticas inadecuadas, imitando al clínico veterano.	(1) Buscar la aclaración del clínico experimentado u otro profesional veterano sobre "cuándo y cómo" proceder con la higiene de manos. (2) No decir nada, pero emplear técnicas seguras de higiene de manos. (3) Decirle algo de manera respetuosa al clínico y continuar utilizando técnicas seguras de higiene de manos.

Área o atributo	Ejemplo	Manera antigua	Manera novedosa
<i>Jerarquías en la atención clínica:</i> Sitio quirúrgico	El cirujano no participa en la verificación del sitio correcto para la cirugía ni verifica la identidad del paciente. El cirujano se muestra resentido respecto del protocolo de verificación pre-quirúrgico, creyendo que es una pérdida de tiempo y presiona al resto del equipo para que se apresure.	Adoptar el enfoque del cirujano veterano y no participar de la verificación, decidiendo que ésta es una tarea demasiado insignificante.	(1) Ayudar activamente al resto del equipo a completar el protocolo de verificación.
<i>Jerarquías en la atención clínica:</i> Medicación	Al estudiante le consta que un paciente presenta una alergia grave declarada a la penicilina y observa que una enfermera veterana está a punto de administrarle penicilina.	No decir nada por temor a ser visto como cuestionador de una decisión tomada por personal superior. Presumir que la enfermera debe saber lo que está haciendo.	(1) Compartir de inmediato con la enfermera la preocupación por la alergia. El estudiante ve esto como útil y beneficioso para el equipo y también su responsabilidad como defensor del paciente.
<i>Paternalismo:</i> Consentimiento	Al estudiante se le pide que obtenga el consentimiento del paciente para un tratamiento del que nunca ha escuchado jamás.	Aceptar la tarea. No dejar que el personal superior sepa de su nivel de ignorancia respecto del tratamiento. Conversar con el paciente sobre el tratamiento de manera vaga y superficial con el fin de obtener la firma del paciente en el formulario de consentimiento.	(1) Rechazar la tarea y sugerir que un clínico familiarizado con el tratamiento sería más apropiado para esa tarea. (2) Aceptar la tarea, pero explicar que sabe poco sobre el tratamiento y que primero necesitará algo de capacitación al respecto, y solicitar que uno de los supervisores lo acompañe para ayudarlo/supervisarlos.
<i>Paternalismo:</i> El rol de los pacientes en su atención	Los pacientes son ignorados durante la ronda de sala y no participan en las conversaciones sobre su atención clínica. A los familiares se les pide salir de la habitación cuando los médicos están haciendo sus pases de guardia.	Aceptar la situación y no hacer nada. Suponer que esta es la manera en que se hacen las cosas. Adaptarse a conductas que no incluyen ni involucran a los pacientes ni a sus familiares.	(1) Asumir el liderazgo en saludar al paciente: "Hola, Sr. Ruiz, estamos revisando a todos nuestros pacientes esta mañana. ¿Cómo se siente hoy?". (2) Si hay presión por escasez de tiempo para seguir adelante, explíquele al paciente y a su familia: "Volveré a hablar con usted después de la ronda de sala". (3) Averiguar las inquietudes de su paciente antes de la ronda de sala y plantearlas a los clínicos superiores en la ronda durante la visita a cada paciente, por ej. "El Sr. Carlton tiene la esperanza de evitar la cirugía, ¿sería una opción para él?". (4) Invitar y alentar a los pacientes a que se hagan escuchar durante las rondas de sala. (5) Pregúntele a su supervisor si piensa que los pacientes y sus parientes pueden agregar valor a las conversaciones durante la ronda de sala y así mejorar la eficiencia de la unidad.

Área o atributo	Ejemplo	Manera antigua	Manera novedosa
<i>Infalibilidad de los profesionales de la salud:</i> Horas de trabajo	Un miembro principiante del personal de guardia anuncia con orgullo que ha estado trabajando durante las últimas 36 horas.	Admirar al integrante del equipo por su resistencia y compromiso con su trabajo.	(1) Preguntarle al miembro del personal cómo se siente y si es prudente o incluso responsable seguir trabajando. (2) Preguntarle cuándo esperar terminar con su labor y cómo planea regresar a su hogar. ¿Se siente seguro de conducir un automóvil? (3) Formular algunas sugerencias útiles: "¿Hay alguien que pueda llevar su teléfono para que puedas volver a casa y descansar un poco?" O bien, "No pensé que el personal tenía permiso para trabajar tantas horas consecutivas, deberías quejarte sobre tu horario de trabajo".
<i>Infalibilidad de los profesionales de la salud:</i> Actitud frente a los errores	Los errores sólo los cometen personas que son incompetentes o poco éticas. Los buenos profesionales de la salud no cometen errores.	Aceptar la cultura que sostiene que los profesionales de la salud que cometen errores son "malos" o "incompetentes". Esforzarse más por evitar la comisión de errores. Permanecer en silencio o encontrar otra persona o cosa a quien culpar cuando uno haya cometido un error. Observar los errores cometidos por otros y convencerse de que no sería tan estúpido.	(1) Entender que todos cometemos errores en algún momento y que las causas de los errores son multifactoriales y que involucran factores latentes que no resultan inmediatamente obvios al momento de cometerse el error. Cuidar a sus pacientes, a usted mismo y a sus colegas en caso de cometerse un error y promover activamente el aprendizaje a partir del mismo.
<i>Infalibilidad de los profesionales de la salud:</i> Comisión de errores	Un veterano profesional de la salud comete un error y le dice al paciente que se trató de una complicación. El personal no habla de sus errores en las reuniones de revisión por pares.	Aceptar que la manera de manejar un error consiste en racionalizarlo como un problema asociado al paciente, en lugar de estar relacionado con la atención prestada. Aprender rápidamente que el personal superior no difunde los errores a los pacientes ni a sus colegas y adapta su comportamiento según dichas directivas.	(1) Conversar con un supervisor sobre la información abierta a los pacientes y si el hospital o la clínica tiene una política sobre cómo brindar información a los pacientes tras el acaecimiento de eventos adversos. (2) Preguntarle al paciente si le gustaría contar con más información acerca de su atención y, de ser así, avisarle al médico que al paciente le gustaría recibir más información. (3) Decirle al supervisor o al líder del equipo cuando uno comete un error y preguntarle cómo se pueden evitar errores similares en el futuro. (4) Llenar un formulario de incidente, de corresponder.
<i>Infalibilidad de los profesionales de la salud:</i> Omnisciencia	Un profesional de la salud actúa "como si fuera Dios" y desprecia a los profesionales principiantes y a los pacientes.	Aspirar ser como esta persona y admirar cómo los demás le prestan reverencia.	(1) Reconocer la arrogancia en tales actitudes e imitar la conducta del personal que trabaja en equipo y comparte sus conocimientos y responsabilidades.
<i>Culpa/vergüenza</i>	Un profesional de la salud que comete un error es ridiculizado o humillado por su supervisor.	No decir nada e imitar la conducta de los demás miembros del personal que hablan negativamente sobre un profesional de la salud involucrado en un incidente.	(1) Ofrecer apoyo y comprensión a un colega que se ha visto involucrado en un incidente. (2) Hablar con los colegas y su supervisor acerca de maneras de comprender los errores mejores que simplemente culpar a la persona involucrada. (3) Concentrarse en el error. Preguntar: "¿qué sucedió?" en lugar de "¿quién lo hizo?". Intentar generar un debate dentro del equipo o grupo tutorial sobre los múltiples factores que podrían haber intervenido.

Área o atributo	Ejemplo	Manera antigua	Manera novedosa
Trabajo en equipo: mi equipo es el equipo de enfermería (o el equipo de partería/farmacia/odontología/atención médica)	Los estudiantes y los clínicos principiantes sólo identifican a otros clínicos de la misma disciplina como parte de su equipo.	Cambiar la conducta a fin de reflejar la del resto de los clínicos e identificarse únicamente con los miembros de su propia profesión.	(1) Tener presente que el equipo, desde la óptica del paciente, son todos los que lo atienden y tratan: enfermeras, personal de la guardia y los colegas clínicos asociados, así como también el paciente y sus familiares. (2) Siempre sugerir la inclusión de otros miembros del equipo de atención clínica en las conversaciones sobre el cuidado y el tratamiento del paciente. (3) Reconocer y maximizar el beneficio de un equipo interprofesional.

Narrativas del paciente

El uso de narrativas en la atención clínica como herramienta de aprendizaje ha sido eficaz durante generaciones de profesionales de la salud. Las historias sobre colegas talentosos y difíciles con los que trabajar, sobre buenos y malos docentes, profesores y supervisores, sobre consejos útiles para sobrevivir en una determinada guardia o rotación son sólo algunos pocos ejemplos. Estas historias se concentran en gran medida en la perspectiva del estudiante de las carreras de la salud. Faltan las historias de los pacientes de la habitual caja de herramientas donde se guardan las anécdotas narrativas. Sus experiencias constituyen los recordatorios de que también ellos forman parte del equipo de atención clínica y que también tienen algo para ofrecer. Las narrativas de los pacientes incluidas en cada uno de los temas de aprendizaje están diseñadas para destacar la importancia del tema desde la perspectiva del paciente y para retratar vívidamente la Guía Curricular brindando algunos ejemplos reales de lo que puede salir mal en la prestación de los servicios de atención clínica ante la ausencia de un enfoque centrado en el paciente.

Se han utilizado nombres ficticios para la mayoría de las narrativas de los pacientes, excepto en los casos en los que la familia ha concedido su permiso, tal como el caso de Caroline Anderson. Estas historias de pacientes reales se han tomado del Marco Australiano de Educación sobre Seguridad del Paciente (APSEF) 2005.

Tema 1

¿Qué es la seguridad del paciente?

El caso de Caroline

El 10 de abril de 2001, Caroline, de 37 años, fue internada en un hospital urbano y dio a luz a su tercer hijo en un parto por cesárea sin complicaciones. El Dr. A era el obstetra y el Dr. B el anestesista que colocó el catéter epidural. El 11 de abril, Caroline informó que sentía un dolor agudo en la columna y que accidentalmente se había dado un golpe leve en la zona epidural la noche antes de la remoción de la epidural. Por ese entonces, Caroline expresó en reiteradas ocasiones sensibilidad y dolor en la región lumbar. El Dr. B la revisó y su diagnóstico fue dolor "muscular". Aún dolorida y rengueando, Caroline fue dada de alta del hospital urbano el 17 de abril.

Caroline permaneció en su casa en el campo durante los siete días siguientes. Llamó por teléfono al Dr. A ya que sufría de fiebre, temblores, un dolor intenso en la parte inferior de la espalda y dolores de cabeza. El 24 de abril, el funcionario médico local, el Dr. C, revisó a Caroline y a su bebé y recomendó la internación de ambos en el hospital del distrito por dolor lumbar e ictericia, respectivamente.

El médico que autorizó la internación en el hospital del distrito, el Dr. D, dejó constancia de que el dolor en la espalda de Caroline parecía situarse en la articulación sacroilíaca y no en la zona epidural. El 26 de abril, la ictericia del bebé había mejorado, pero a Caroline aún no la había visto el médico clínico, el Dr. E, quien reconoció que se había olvidado de ella. El médico de grado superior, el Dr. F, revisó a Caroline y diagnosticó sacroileítis. Le dio el alta y le recetó clorhidrato de oxicodona, paracetamol y diclofenaco sódico, e informó su diagnóstico al obstetra de Caroline, el Dr. A.

Los medicamentos contribuyeron a aliviar el dolor de Caroline hasta el 2 de mayo, momento en el que su estado empeoró. Su esposo la llevó al hospital rural local encontrándose ella en un estado delirante. Poco tiempo después de su llegada al hospital el 3 de mayo, comenzó a tener convulsiones y a balbucear incoherencias. El Dr. C registró en la historia clínica "¿ Uso excesivo de opiáceos, sacroileítis". La paciente se encontraba en estado crítico a esta altura y fue llevada inmediatamente en ambulancia al hospital del distrito.

Cuando llegó al hospital del distrito, estaba inconsciente y requería intubación. Tenía las pupilas dilatadas y fijas. Su estado no mejoraba. El 4 de mayo fue trasladada por ambulancia a un segundo hospital urbano. A las 13:30 del sábado 5 de mayo, se determinó que no había función cerebral y se le retiró el soporte vital.

A través de una autopsia, se descubrió un absceso epidural y una meningitis que comprometía la médula espinal desde la zona lumbar hasta la base del cerebro, con cultivos que permitían observar una infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). Las alteraciones en el hígado, corazón y bazo se correspondían con un diagnóstico de septicemia.

La investigación forense concluyó que el absceso de Caroline podría y debería haberse diagnosticado antes. El siguiente análisis del informe forense sobre la muerte de Caroline Anderson pone de manifiesto muchos de los temas de esta edición multiprofesional de la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente.

Análisis

Lo que se observa repetidamente en este caso es la deficiencia en el registro de anotaciones clínicas detalladas y sincrónicas, junto con las reiteradas pérdidas que se efectuaron de las anotaciones. El anestesista, el Dr. B, estaba tan preocupado por el dolor inusual que sufría Caroline que consultó la biblioteca, circunstancia de la que no dejó constancia en las anotaciones clínicas de la paciente. No informó a Caroline acerca del riesgo que implicaba lo que él entonces consideraba un dolor "neuropático", así como tampoco se aseguró de que se realizaran investigaciones exhaustivas antes del alta. A su vez, también preocupaba el hecho de que no se hubiesen respetado directrices basadas en la evidencia respecto de la desinfección del Dr. B antes de la inserción de la epidural, ya que, en la opinión de un experto independiente, lo más probable es que las bacterias que causaron el absceso se hayan originado en el hospital urbano, ya sea por su entorno o sus trabajadores.

Era evidente que a Caroline la atenderían otras personas luego de su alta. Sin embargo, no se la involucró en su atención clínica indicándole la necesidad de que consultara a un médico si su dolor de espalda empeoraba. Asimismo, tampoco se le envió al Dr. C, el funcionario médico local, una nota de derivación de la paciente, ni se lo llamó por teléfono.

En la opinión del funcionario que investigó la muerte de Caroline, todos los médicos que la revisaron luego de su regreso al campo se apresuraron en dar un diagnóstico, y creían, erróneamente, que cualquier problema grave iba a ser descubierto por alguien en algún momento. El Dr. C efectuó tan solo una revisión superficial de la paciente dado que sabía que la internarían en el hospital del distrito. El médico que autorizó la internación, el Dr. D, pensó que había un 30% de probabilidades de que Caroline tuviera un absceso epidural, pero no lo registró en las anotaciones porque consideró que resultaría una obviedad para sus colegas.

El Dr. E se comprometió a ver a Caroline y se olvidó de ella, lo que consistió en una grave desviación de la práctica médica aceptada.

El último médico que revisó a la paciente en el hospital del distrito fue el médico de grado superior, el Dr. F, quien le dio el alta con prescripciones de analgésicos fuertes sin investigar a fondo su diagnóstico provisional de sacroileítis, que pensó que podría haber sido postoperatoria o de origen infeccioso. Respecto de la seguridad de la medicación, las anotaciones en cursiva que el Dr. F hizo a Caroline fueron consideradas vagas y ambiguas en cuanto a las indicaciones de incrementar la dosis de clorhidrato de oxicodona si el dolor aumentaba, a la vez que monitoreaban cambios específicos en el mismo momento. Las anotaciones en papel del Dr. F. en las que detallaba su revisión y contemplaba la posible necesidad de una resonancia magnética (RM) nunca se encontraron.

El funcionario que investigó la muerte de Caroline consideró que el único médico que podría haber asumido responsabilidad total por la atención de Caroline fue su obstetra, el Dr. A. Se lo telefoneó por lo menos tres veces luego del alta de la paciente del hospital urbano informándole los dolores y problemas persistentes, pero no logró discernir la seriedad de su estado.

Desde el nacimiento de su bebé hasta el fallecimiento de Caroline 25 días después, la paciente fue internada en cuatro hospitales diferentes. Resultaba obvia la necesidad de una adecuada continuidad en la atención a medida que cada grupo de médicos y enfermeros transfería su responsabilidad a otro. La falta de anotaciones suficientes con diagnósticos provisionales/diferenciales e investigaciones, así como el no preparar informes de alta y de derivación demoró el diagnóstico de un absceso que ponía en riesgo la vida de Caroline y condujo, finalmente, a su muerte.

Fuente: *Inquest into the death of Caroline Barbara Anderson* ["Investigación de la muerte de Caroline Barbara Anderson"], *Coroner's Court* [Tribunal de investigación forense], Westmead, Sídney, Australia, 9 de marzo de 2004.

La familia de Caroline autorizó por escrito al profesor Marilyn Walton a utilizar este caso para la enseñanza de estudiantes de atención clínica a fin de contribuir a su aprendizaje sobre seguridad del paciente desde la perspectiva de pacientes y familiares.

Introducción— ¿Por qué la seguridad del paciente es pertinente a la atención clínica?



En la actualidad, es arrolladora la evidencia de que cantidades significativas de pacientes sufren daños originados en la atención clínica. Estos daños traen como consecuencia lesiones permanentes, hospitalizaciones, períodos prolongados de internación e incluso la muerte. Durante la última década, hemos aprendido que los eventos adversos no suceden porque la gente intencionalmente dañe a los pacientes, sino que surgen debido a la complejidad que presentan los sistemas de atención clínica en la actualidad, en los que el éxito de los tratamientos y sus resultados en cada paciente dependen de varios factores, además de la competencia de cada prestador de atención clínica.

Cuando son tantos y tan variados los tipos de prestadores de atención clínica que intervienen (médicos, parteras, odontólogos, cirujanos, enfermeros, farmacéuticos, trabajadores sociales y nutricionistas, entre otros), puede resultar muy difícil asegurar una atención segura si el sistema de atención no está diseñado para facilitar el intercambio completo y oportuno de información entre todos los profesionales de la salud involucrados en la atención a un paciente.

La seguridad del paciente es un asunto de importancia en todos los países que prestan servicios de salud, ya sea a través de entidades privadas o con financiación del estado. No chequear con adecuada suficiencia la identidad de un paciente, o recetar antibióticos sin importar el estado subyacente del paciente, o administrar múltiples drogas sin prestar atención al potencial de reacciones adversas de drogas puede conducir a que se produzcan lesiones en los pacientes, quienes se ven afectados no solo por el uso incorrecto de la tecnología sino también por deficiencias en la comunicación entre los prestadores de atención clínica o por demoras en recibir tratamientos.

La situación de la atención clínica en países en vías de desarrollo merece un párrafo aparte. Las malas condiciones de infraestructura y equipos, la poca confianza que puede tenerse en el abastecimiento y la calidad de las drogas, las fallas en el control de infecciones y el tratamiento de desechos, el bajo rendimiento del personal debido a falta de motivación o ineptitud y el grave déficit de financiación de los servicios de salud hacen que la probabilidad de que ocurran eventos adversos sea mucho mayor que en países desarrollados. Algunos de los problemas importantes en relación con la seguridad del paciente son las infecciones asociadas a la atención clínica, lesiones por errores de cirugía y anestesia, seguridad de la medicación, lesiones por aparatos médicos, prácticas de inyección y hemoderivados inseguros, y prácticas inseguras en embarazadas y recién nacidos. En muchos ámbitos hospitalarios, el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención clínica está tan propagado que las medidas de control de infecciones son prácticamente inexistentes. Este es el resultado de una combinación de numerosos

factores desfavorables relacionados con la falta de higiene y las malas condiciones sanitarias. Además, un contexto socioeconómico desfavorable, pacientes afectados por desnutrición y otros tipos de infecciones y/o enfermedades aumentan los riesgos de infecciones asociadas a la atención clínica.

Varios estudios han demostrado que el riesgo de que surjan infecciones del sitio quirúrgico en países en vías de desarrollo es significativamente mayor que en países desarrollados. Los números oscilan entre un 19 y un 31% en distintos hospitales y países [1]. Las cifras de la OMS respecto de medicamentos inseguros demuestran que aproximadamente el 25% de todos los medicamentos que se consumen en países en vías de desarrollo son probablemente de imitación, lo que coadyuva a la inseguridad en la atención clínica. Una encuesta de la OMS sobre seguridad de la medicación y los informes de 20 países sobre medicamentos de imitación revelaron que el 60% de los casos de medicamentos de imitación ocurrió en países en vías de desarrollo y el 40% en países desarrollados [2]. Otro estudio de la OMS demostró que por lo menos la mitad del equipamiento médico en los hospitales de países en vías de desarrollo se encuentra inutilizable o solo puede usarse parcialmente en todo momento [3]. En algunos países, cerca del 40% de las camas de los hospitales se encuentran en sitios que fueron originalmente construidos para otros fines. Esto hace que las instalaciones para la protección radiológica y el control de infecciones sean extremadamente difíciles de montar, lo que trae como resultado que a menudo dichas instalaciones sean de calidad inferior o no se cuente con ellas [4]. Incluso según pruebas limitadas y tentativas de países en vías de desarrollo, es probable que se necesite con urgencia un trabajo en conjunto específicamente vinculado con la educación y capacitación de profesionales de la atención clínica.

La seguridad del paciente, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, es un campo amplio que podría incorporar tecnología de punta, como por ejemplo la prescripción electrónica, la restauración de clínicas y ámbitos ambulatorios, pero también el correcto lavado de manos y el saber trabajar en equipo eficazmente. Muchos programas sobre seguridad del paciente no incluyen recursos económicos, sino el compromiso de particulares de realizar las prácticas en forma segura. Los prestadores individuales de atención clínica pueden mejorar la seguridad del paciente tratando con respeto a los pacientes y sus familiares, chequeando procedimientos, aprendiendo de los errores y comunicándose eficazmente con otros miembros del equipo de atención clínica. Esto también puede ayudar a minimizar costos, dado que se reduce al mínimo el daño ocasionado a los pacientes. Notificar y analizar errores puede ayudar a identificar los principales factores coadyuvantes. Comprender los factores que conducen a errores es esencial para pensar los cambios que van a prevenir los errores.

Palabras clave

Seguridad del paciente, teoría de sistemas, culpa, cultura de la culpa, fallas sistémicas, enfoque personal, violaciones, modelos de seguridad del paciente, interdisciplinario y centrado en el paciente.

Objetivos pedagógicos 2



Los estudiantes deben entender la disciplina de la seguridad del paciente y su rol en la minimización de la incidencia y del impacto de eventos adversos, así como en la maximización de la recuperación de estos eventos.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y actuación

El conocimiento y las habilidades sobre seguridad del paciente cubren muchas áreas, incluidos el trabajo en equipo efectivo, la comunicación precisa y oportuna, la seguridad de la medicación, la higiene de manos y las habilidades de procedimientos y técnicas quirúrgicas. La selección de temas de esta Guía Curricular se ha basado en la evidencia sobre su pertinencia y efectividad. En este tema, presentamos un panorama general sobre la seguridad del paciente y preparamos el terreno para un aprendizaje más profundo en algunas de las áreas mencionadas. Por ejemplo, presentamos el término *evento centinela* en este tema, pero desarrollamos con un mayor nivel de detalle su significado y pertinencia a la seguridad del paciente en el Tema 5 (*Cómo aprender de los errores para prevenir el daño*) y en el Tema 6 (*Cómo entender y manejar el riesgo clínico*).

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes deben conocer:

- el riesgo que ocasionan los errores de la atención clínica y las fallas sistémicas;
- enseñanzas sobre errores y fallas sistémicas de otras industrias;
- la historia de la seguridad del paciente y los orígenes de la cultura de la culpa;
- la diferencia entre fallas sistémicas, violaciones y errores;
- un modelo de seguridad del paciente.

Requisitos de actuación



Los estudiantes deben adoptar una mentalidad de seguridad del paciente en todas las actividades profesionales. Deben demostrar su habilidad para reconocer el rol de la seguridad del paciente en la prestación de una atención clínica segura.

El daño causado por los errores de la atención clínica y las fallas sistémicas



Aunque la extensión de los eventos adversos ya se ha reconocido hace tiempo [5-12], el grado en el que estos eventos se reconocen y gestionan varía considerablemente según el sistema de salud y la profesión de la salud de que se trate. La falta de información y comprensión acerca de la extensión del daño causado, y el hecho de que la mayoría de los errores no causen ningún daño

en absoluto pueden explicar por qué se ha tardado tanto tiempo en priorizar la seguridad del paciente. Además, las equivocaciones afectan a los pacientes de a uno por vez, y puede ser que el personal que trabaja en un área experimente u observe un evento adverso con muy poca frecuencia. Los errores y las fallas sistémicas no se dan al mismo tiempo ni en el mismo lugar, lo que puede provocar que la magnitud de los errores quede oculta en el sistema.

La compilación y publicación de información sobre los resultados de los pacientes no es aún moneda corriente en todos los hospitales y clínicas. Sin embargo, una gran cantidad de estudios en los que se ha evaluado información sobre resultados de pacientes [11, 13, 14] demuestran que muchos eventos adversos pueden prevenirse. En un estudio muy conocido, Leape et al. [14] descubrieron que más de dos tercios de los eventos adversos que se tomaron como ejemplo podrían haberse prevenido, un 28% se debió a la negligencia de un profesional de la salud y un 42% a otros factores. Concluyeron que las lesiones de muchos pacientes se produjeron como resultado de un mal manejo médico y una atención de calidad inferior.

Bates et al. [15] descubrieron que eran frecuentes los eventos adversos de drogas y que los graves podían, a menudo, prevenirse. Además, descubrieron que los medicamentos dañaban a los pacientes en una tasa general de 6,5 cada 100 internaciones en grandes hospitales universitarios en los Estados Unidos. A pesar de que la mayoría de estos eventos fueron provocados por errores en las etapas de prescripción y expendio, muchos de ellos también ocurrieron en la etapa de administración. Los autores de este estudio sugirieron que las estrategias de prevención deberían enfocarse a ambas etapas del proceso de entrega de drogas. Su investigación, basada en autoinformes de enfermeros y farmacéuticos y análisis diario de gráficos, constituye un cálculo moderado porque muchos médicos no realizan autoinformes de errores de medicación rutinariamente.

Muchos estudios confirman que los errores de atención clínica son frecuentes en nuestros sistemas de salud y que los costos asociados son importantes. En Australia [16], los errores traen como resultado la elevada cifra de 18.000 muertes innecesarias y más de 50.000 pacientes discapacitados. En los Estados Unidos [17], los errores de atención clínica provocan por lo menos 44.000 (y pueden elevarse a 98.000) muertes innecesarias cada año, así como un millón de lesiones excedentes.

En 2002, los Estados Miembros de la OMS acordaron una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en reconocimiento de la necesidad de reducir el daño y sufrimiento de los pacientes y sus familiares, y contemplando las pruebas convincentes de los beneficios económicos que implican los mejoramientos de la seguridad del paciente. Los estudios demuestran que las hospitali-

zaciones adicionales, los costos por juicios, las infecciones adquiridas en hospitales, el lucro cesante y los gastos médicos y por discapacidad les han costado a algunos países entre USD 6 mil millones y USD 29 mil millones por año [17,18].

La extensión de los daños a pacientes por la atención clínica se ha demostrado en los estudios internacionales que se enumeran en el Cuadro B.1.1. Estos estudios confirman las grandes cantidades de pacientes implicados y muestran la tasa de eventos adversos en cuatro países.

Cuadro B.1.1. Datos de eventos adversos en hospitales para enfermos agudos en Australia, Dinamarca, el Reino Unido y los Estados Unidos de América

Estudio	Año en que la información fue recabada	Cantidad de hospitalizaciones	Cantidad de eventos adversos	Tasa de eventos adversos (%)
1 EE.UU. (Harvard Medical Practice Study)	1984	30.195	1.133	3,8
2 EE.UU. (Utah-Colorado study)	1992	14.565	475	3,2
3 EE.UU. (Utah-Colorado study) ^a	1992	14.565	787	5,4
4 Australia (Quality in Australian Health Care Study)	1992	14.179	2.353	16,6
5 Australia (Quality in Australian Health Care Study) ^b	1992	14.179	1.499	10,6
6 RU	1990-2000	1.014	119	11,7
7 Dinamarca	1998	1.097	176	9,0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 109ª reunión del Consejo Ejecutivo, punto 3.4 del orden del día provisional, 2001, EB 109/9 [19].

a. Revisado utilizando la misma metodología que el Quality in Australian Health Care Study (armonizando las cuatro discrepancias metodológicas entre los dos estudios).

b. Revisado utilizando la misma metodología que el Utah-Colorado Study (armonizando las cuatro discrepancias metodológicas entre los dos estudios).

Los estudios 3 y 5 presentan la información más directamente comparable a los estudios Utah-Colorado y Quality in Australian Health Care.

En los estudios enumerados en la Cuadro B.1.1., se utilizaron revisiones retrospectivas de historias clínicas para calcular la magnitud de las lesiones de los pacientes originadas como consecuencia de la atención clínica [20-23]. Desde entonces, Canadá, Inglaterra y Nueva Zelanda han publicado datos parecidos sobre eventos adversos [24]. Mientras que las tasas de lesiones difieren según el país que publique la información, existe acuerdo unánime respecto de que el daño ocasionado es de importancia significativa. Las muertes catastróficas que los medios de comunicación informan, por más horribles que sean para las familias y para los profesionales de la salud involucrados, no son representativas de la mayoría de los eventos de la asistencia clínica. Es más probable que los pacientes sufran eventos menos graves, pero aún así debilitantes, tales como infecciones de heridas, úlceras decúbitas y operaciones fallidas en la espalda [24]. Los pacientes quirúrgicos se encuentran más en riesgo que otros [25].

Para facilitar el manejo de los eventos adversos, muchos sistemas de salud clasifican los eventos adversos por el nivel de gravedad. A los más graves, aquellos que provocan lesión o muerte, se los llama "eventos centinela". En algunos países, se los conoce como los "eventos que nunca debería permitirse que sucedieran". En la actualidad, muchos países poseen, o están implementando, sistemas para informar y analizar eventos adversos. Para seguir mejorando la atención a largo plazo, algunos países incluso han exigido que los eventos centinela se informen junto con un análisis de las causas radicales (ACR) para determinar el origen de cada error. El motivo por el que los eventos adversos se clasifican es para garantizar que los más graves con probabilidades de que se repitan se analicen empleando métodos de mejoramiento de calidad, y para asegurarse de que las causas del problema no estén cubiertas y, en consecuencia, se puedan tomar medidas para prevenir incidentes similares. Estos métodos se tratan en el Tema 7.

Cuadro B.1.2 Algunos eventos adversos notificados en Australia y los EE.UU. [19]

Tipo de evento adverso	EE.UU. (% de 1579 eventos totales)	Australia (% de 175 eventos totales)
Suicidio de paciente hospitalizado o dentro de las 72 horas del alta	29	13
Cirugía en el paciente equivocado o en una zona del cuerpo equivocada	29	47
Error de medicación que conduce a la muerte	3	7
Violación/agresión/homicidio en un contexto de hospitalización	8	N/D
Transfusión de sangre incompatible	6	1
Muerte de la madre (trabajo de parto, parto)	3	12
Secuestro de menores/alta a la familia equivocada	1	–
Instrumento olvidado en el cuerpo de un paciente luego de una cirugía	1	21
Muerte no prevista de un bebé de término completo	–	N/A
Hiperbilirrubinemia neonatal grave	–	N/A
Fluoroscopia prolongada	–	N/A
Embolia gaseosa intravascular	N/D	–

Fuente: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right* [“Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien”], 2007 [24].

N/D indica que la categoría no se encuentra en la lista oficial de eventos centinela que deben notificarse en ese país.

Costos humanos y económicos

Hay importantes costos humanos y económicos asociados a los eventos adversos. La Australian Patient Safety Foundation [Fundación Australiana de Seguridad del Paciente] estimó que los costos en razón de demandas y primas de seguros en juicios importantes por negligencia médica en el estado de Australia Meridional fueron de AUD 18 millones en el período 1997-1998 [26]. El National Health Service [Servicio Nacional de Salud] del RU desembolsa alrededor de GBP 400 millones para pagar demandas por negligencia clínica todos los años [14]. En diciembre de 1999, la United States Agency for Healthcare Research and Quality [Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas] (AHRQ, por sus siglas en inglés) informó que al prevenir errores médicos se pueden ahorrar aproximadamente USD 8,8 mil millones por año. También en 1999, el Institute of Medicine (Instituto de Medicina; IOM) estimó, en su informe fundacional *To err is human* [“Error es humano”] que mueren, solamente en hospitales, entre 44.000 y 98.000 personas por año como consecuencia de errores médicos. Esto convierte a los errores médicos en la octava causa principal de muertes en los Estados Unidos. El informe del IOM, asimismo, estimó que los errores que pueden prevenirse le cuestan a dicho país alrededor de USD 17 mil millones por año en razón de costos directos e indirectos.

Los costos humanos por daño moral incluyen pérdida de autonomía y productividad tanto para pacientes como para sus familiares, sin contar a los cuidadores. Mientras que continúan los debates [27-31] dentro de la profesión médica en torno a los métodos utilizados para determinar las tasas de lesiones y sus costos al sistema de salud, muchos países han aceptado que la seguridad del siste-

ma de atención clínica constituye un área prioritaria de revisión y reforma.

Enseñanzas sobre errores y fallas sistémicas de otras industrias



Los desastres tecnológicos a gran escala de naves, barcos, plataformas petrolíferas en alta mar, redes ferroviarias, plantas de energía nuclear e instalaciones químicas en la década de 1980 condujeron al desarrollo de marcos organizacionales en pos de una mayor seguridad en los lugares de trabajo y en la cultura del trabajo. El principio fundamental en el que se basaron los trabajos para mejorar la seguridad de estas industrias fue que los accidentes son provocados por una multiplicidad de factores, y no por factores individuales y aislados. Comúnmente entran en juego los factores individuales situacionales, las condiciones del lugar de trabajo, y los factores organizacionales latentes y las decisiones de gestión. También se comprobó con los análisis de estos desastres que cuanto más compleja es una organización, mayor es el potencial de que ocurran más errores sistémicos.

Turner, sociólogo que estudió fallas organizacionales en la década de 1970, fue el primero en observar que examinar la “cadena de acontecimientos” era crucial para entender las causas subyacentes de un accidente [32, 33]. En esta investigación se basó el trabajo de Reason sobre la teoría cognitiva de errores y riesgos latentes y activos asociados a accidentes organizacionales [34, 35]. Reason analizó las características de muchos de los desastres a gran escala que ocurrieron en la década de 1980 y observó que los errores humanos latentes eran más significativos que las fallas técnicas. Incluso en casos de equipamiento o componentes defectuosos, este

autor observó que los resultados desfavorables podrían haberse evitado o mitigado por medio de la acción humana.

Un análisis de la catástrofe de Chernobyl [36] demostró que los errores de organización y las violaciones de los procedimientos de funcionamiento que típicamente eran percibidos como la evidencia de una "deficiente cultura de la seguridad" [37] en la planta de Chernobyl en realidad constituían características de organización que coadyuvaban a que se produjera el incidente. La enseñanza que nos deja la investigación de Chernobyl consiste en la importancia crucial del grado de tolerancia que una cultura organizacional predominante tiene respecto de las violaciones de normas y procedimientos. Esto también caracterizó los acontecimientos previos al accidente del transbordador espacial "Challenger" [38]. La investigación de ese accidente demostró cómo las violaciones se habían convertido en la norma en vez de en la excepción (la comisión investigadora descubrió fallas en el diseño del transbordador; la mala comunicación puede haber coadyuvado también). Vaughan analizó los hallazgos del accidente y describió cómo las violaciones eran el producto de negociaciones continuas entre expertos que buscaban soluciones en un entorno imperfecto con conocimientos incompletos. Vaughan sugirió que el proceso de identificación y negociación de los factores de

Cuadro B.1.1. El accidente del "Challenger"

Las violaciones que podrían haber ocasionado el accidente del "Challenger"

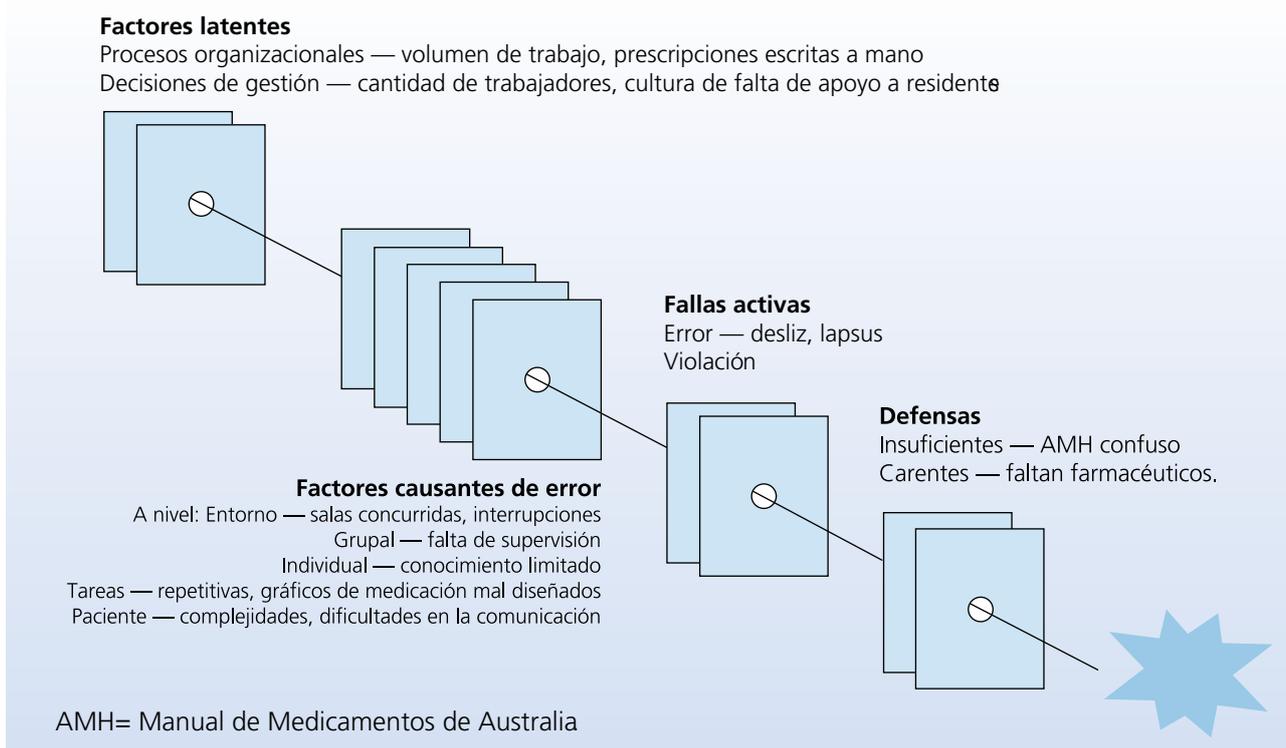
Durante casi un año antes de la última misión del Challenger, los ingenieros estuvieron debatiendo sobre una falla en el diseño de las juntas tóricas. Se intentó buscar una solución al problema; sin embargo, antes de cada misión, los oficiales tanto de la NASA como de Thiokol (la empresa que diseñó y construyó los aceleradores) certificaron que los dos cohetes aceleradores se encontraban aptos para volar (ver McConnell M. Challenger: a major malfunction, ["Challenger: un grave error de funcionamiento"], Londres, Simon & Schuster, 1987:7). El "Challenger" realizó nueve misiones previas con anterioridad al accidente fatal.

riesgo conduce a la normalización de evaluaciones riesgosas.

Reason [39] aprovechó estas enseñanzas de la industria para entender la gran cantidad de eventos adversos en entornos de atención clínica. Sostuvo que únicamente con un enfoque sistémico (en contraposición al enfoque personal más común, que se basa en culpar a individuos) se logrará una cultura más segura de atención clínica, dado que es más fácil modificar las condiciones en las que trabaja la gente que el comportamiento humano en sí. Para ilustrar un enfoque sistémico, recurrió a ejemplos del mundo industrial que comprueban los beneficios de defensas intrínsecas, protecciones y barreras. Cuando un sistema falla, la pregunta que inmediatamente debemos hacernos es ¿por qué falló?, en lugar de ¿por culpa de quién falló? Por ejemplo, ¿qué protecciones fallaron? Reason creó el modelo del queso suizo a fin de explicar cómo las fallas en las distintas capas de un sistema pueden provocar accidentes/equivocaciones/incidentes.

El modelo del queso suizo desarrollado por Reason (Gráfico B.1.1 a continuación) ilustra los distintos tipos de factores (factores latentes, factores causantes de error, fallas activas y defensas) asociados a los eventos adversos.

El diagrama muestra que una falla en una capa de la organización no es suficiente, en general, para provocar un accidente. Los resultados desfavorables del mundo real suelen darse cuando surgen varias fallas en varias capas distintas (por ejemplo, violaciones a normas, recursos insuficientes, supervisión inacabada e inexperiencia) y momentáneamente se alinean para permitir el trazado de un potencial accidente. Por ejemplo, si a un médico principiante se lo supervisó oportunamente, puede evitarse un error de medicación. Para combatir los errores en la parte espinosa del modelo, Reason recurrió al principio "defensa profunda" [41], según el cual se crean capas sucesivas de protección (comprensión, conciencia, alarmas y advertencias, restauración de sistemas, barreras de seguridad, contención, eliminación, evacuación, escape y rescate) para prevenir una falla en la capa subyacente. La organización está diseñada para anticipar fallas; por lo tanto, se reducen al mínimo las condiciones latentes ocultas que permiten que fallas reales o "activas" produzcan un daño.



Fuente: Coombes ID et al "Why do interns make prescribing errors? A qualitative study" ["¿Por qué los residentes cometen errores de prescripción? Un estudio cualitativo"]. *Medical Journal of Australia*, 2008. (Adaptado del modelo de Reason sobre las causas de accidentes) [41].

La historia de la seguridad del paciente y los orígenes de la cultura de la culpa



La forma en la que tradicionalmente hemos gestionado las fallas y equivocaciones en la atención clínica se basa en el enfoque personal: señalamos a las personas directamente involucradas en la atención clínica al momento del incidente y les hacemos rendir cuentas. "Culpar" en la atención clínica ha sido una forma común de resolver problemas; a esto nos referimos cuando hablamos de la "cultura de la culpa". Las referencias a la cultura de la culpa en la literatura médica han aumentado dramáticamente desde el año 2000 [42]. Probablemente se deba al entendimiento de que mientras el foco esté puesto en culpar a individuos, no podrán lograrse mejoramientos sistémicos. Esta predisposición a atribuir culpa es considerada una de las principales limitaciones del sistema de salud en cuanto a su habilidad para gestionar riesgos [40, 43-46] y mejorar la atención. Por ejemplo, si se descubre que un paciente recibió un medicamento equivocado y padeció, como consecuencia, una reacción alérgica, buscamos al estudiante, farmacéutico, enfermero o médico en particular que indicó, expendió o administró la droga equivocada y lo culpamos por el estado del paciente. Los identificados como culpables, además, pasan vergüenza. El responsable puede recibir capacitación con

finés correctivos, o asistir a una entrevista disciplinaria, o puede decirse que jamás vuelva a hacer lo que hizo. Sabemos que la mera insistencia de que los trabajadores de la atención clínica se esfuercen más no funciona. También pueden modificarse políticas y procedimientos a fin de ayudar a los trabajadores de la atención clínica a evitar reacciones alérgicas en los pacientes. El foco, no obstante, sigue estando en el trabajador particular y no en cómo el sistema no logró proteger al paciente y prevenir la toma de ese medicamento.

¿Por qué culpamos?

Es común que se exijan respuestas a por qué ocurrió el evento adverso. Querer culpar a alguien forma parte de la naturaleza humana, y es mucho más placentero emocionalmente para todos los que están investigando un incidente si existe alguien a quien culpar. La psicología social ha estudiado las maneras en las que la gente toma decisiones respecto de las causas de un evento en particular, y lo ha explicado como la teoría de la atribución. La premisa de esta teoría consiste en que la gente naturalmente quiere encontrarle sentido al mundo. Por consiguiente, cuando suceden cosas inesperadas, automáticamente empezamos a tratar de descubrir la causa.

Un elemento esencial a nuestra necesidad de culpar es la

creencia de que al castigar se transmite el férreo mensaje de que los errores son inadmisibles, y que aquellos que los cometan serán castigados. El problema de esta suposición es que se basa en la creencia de que el infractor, de alguna manera, eligió cometer el error en lugar de respetar el procedimiento correcto: que la intención de la persona fue hacer las cosas mal. Como las personas están capacitadas y/o gozan de un estatus profesional o jerárquico, pensamos que “deberían haber obrado mejor” [47]. Las nociones que manejamos de responsabilidad personal entran en juego a la hora de buscar al culpable. Los profesionales aceptan la responsabilidad por sus acciones como parte de su formación y código de conducta. Resulta más sencillo atribuir responsabilidad legal por un accidente a la equivocación o conducta impropia de aquellos que se encuentran directamente a cargo del tratamiento que a aquellos que tienen cargos directivos [47].

En 1984, Perrow [48] fue uno de los primeros que escribió sobre la necesidad de dejar de “señalar con el dedo” a las personas, al observar que entre el 60% y el 80% de las fallas sistémicas se atribuían a un “error de operador” [5]. La respuesta cultural a las equivocaciones que predominaba en ese entonces era castigar a los individuos en lugar de ocuparse de los problemas relacionados con el sistema que podían haber contribuido a ese error o a esos errores. Esto se sustentaba en la creencia de que dado que los individuos están capacitados para ejecutar tareas, una falla en una tarea debe estar vinculada a una falla en el rendimiento individual, la cual debe ser castigada. Perrow sostuvo que estas crisis sociotécnicas son una consecuencia natural de los sistemas tecnológicos complejos [31]. Otros autores [49] han contribuido a esta teoría al hacer énfasis en el rol de los factores humanos tanto a nivel individual como institucional.

Reason [40], basándose en los trabajos anteriores de Perrow [48] y Turner [33], elaboró el siguiente razonamiento doble a la hora de explicar el error humano. En primer lugar, las acciones humanas casi siempre están limitadas y regidas por factores que se encuentran más allá del control inmediato del individuo. A modo de ejemplo, los estudiantes de enfermería deben respetar políticas y procedimientos que fueron elaborados por el personal de enfermería. En segundo lugar, la gente no puede evitar con facilidad aquellas acciones que no tenían la intención de cometer. Por ejemplo, un estudiante de odontología puede haber tenido la intención de obtener el consentimiento del paciente para una operación, pero quizás desconocía las normas del consentimiento informado. Un estudiante de enfermería puede no haber entendido la importancia de chequear que se haya dejado constancia del formulario de consentimiento informado antes de un procedimiento. O quizás, el paciente le indicó al estudiante que no comprendía lo que estaba firmando y el estudiante no se lo informó al médico.

Los errores tienen múltiples causas: personales, relacio-

nadas con las tareas, situacionales y organizacionales. Por ejemplo, si un estudiante de odontología, medicina o enfermería entró a un área estéril sin haber realizado el procedimiento de acicalado correcto, puede deberse a que nunca se le enseñó la forma apropiada de hacerlo, o a que vio a otros no cumplir con las normas de acicalado. También puede suceder que se haya acabado el producto de limpieza, o que el estudiante esté apurado debido a una emergencia. En el contexto de una fuerza de trabajo competente, experimentada y, en su mayor parte, bien intencionada, son más propensas al cambio positivo las situaciones que las personas. Por ejemplo, si al personal no se le permitiera la entrada a los quirófanos hasta que practiquen técnicas correctas de desinfección, disminuiría el riesgo de infección.

Reason advirtió acerca de los comentarios juiciosos que surgen luego del evento —el fenómeno conocido como “prejuicio de retrospectiva” o “sesgo cognitivo”— porque la mayoría de las personas que se ven involucradas en un accidente no tienen la intención de que algo salga mal y generalmente hacen lo que les parece correcto en ese momento. Sin embargo, pueden “quedar cegadas a las consecuencias de sus acciones” [35].

En la actualidad, la mayoría de los directores en las áreas de industria compleja y de alta tecnología son conscientes de que una cultura de la culpa no traerá a la superficie a los asuntos vinculados con la seguridad [50]. Si bien muchos sistemas de atención clínica están comenzando a reconocer esto, todavía no nos hemos alejado completamente del enfoque personal, en el que abundan los dedos acusadores y los encubrimientos, hacia una cultura abierta en la que haya procesos implementados para identificar fallas o grietas en las “defensas”. Las organizaciones que realmente valoran la seguridad analizan rutinariamente todos los aspectos de su sistema en caso de accidente, incluidos el diseño de equipos, los procedimientos, la capacitación y demás aspectos de la organización [51].

Violaciones

Emplear un enfoque sistémico para analizar errores y fallas no implica una cultura sin culpa. En todas las culturas, a cada profesional de la salud se le exige que responda por sus acciones, sea competente y obre éticamente. En su aprendizaje sobre la mentalidad sistémica, los estudiantes observarán que, como profesionales confiables de la salud, se les exigirá que actúen con responsabilidad y rindan cuentas por su accionar [44]. Parte de la dificultad radica en que muchos profesionales de la salud violan normas profesionales a diario, por ejemplo al emplear técnicas incorrectas de higiene de manos o al permitir que prestadores principiantes e inexpertos trabajen sin la debida supervisión. Los estudiantes tal vez vean que profesionales de la atención clínica en las salas o clínicas “toman atajos” y piensen que esa es la forma de hacer las cosas. Estas conductas son inadmisibles. Reason estudió el rol de las violaciones en los sistemas y sostuvo

que, además de un enfoque sistémico para el manejo de errores, se necesitan reguladores efectivos con leyes, herramientas y recursos apropiados para sancionar las conductas clínicas inseguras [40].

Reason definió a las violaciones como las desviaciones de procedimientos, normas o estándares de seguridad [40]. Vinculó las categorías de violaciones de rutina y violaciones de optimización con características personales, y la categoría de violaciones necesarias con fallas en la organización.

Violaciones de rutina

Un ejemplo lo constituyen los profesionales que no se higienizan las manos entre un paciente y otro porque sienten que están demasiado ocupados. Reason destacó que estas violaciones son frecuentes y a menudo se toleran. Otros ejemplos en la atención clínica lo constituyen el intercambio insuficiente de información entre el personal en un cambio de turno (transmisión de información debido a la transferencia o pase de un paciente), el no seguir un protocolo, y no responder solicitudes de disponibilidad para guardias.

Violaciones de optimización

Los profesionales experimentados que permiten que los estudiantes lleven a cabo procedimientos sin la debida supervisión por estar ocupados con sus pacientes particulares constituyen un ejemplo de una violación de optimización. Esta categoría se refiere a aquellas violaciones en las que un individuo persigue motivaciones personales, como por ejemplo ambición o entusiasmo al tomar riesgos, la aplicación de tratamientos experimentales y la realización de procedimientos innecesarios.

Violaciones necesarias

Los enfermeros y médicos que no cuentan con suficiente tiempo y a sabiendas saltean pasos importantes a la hora de administrar (o recetar) medicamentos, o una partera que no registra la evolución de una paciente debido a falta de tiempo constituyen ejemplos de violaciones necesarias. Una persona que deliberadamente hace algo a sabiendas de que es peligroso o perjudicial no necesariamente planea un resultado desfavorable, pero una mala comprensión de las obligaciones profesionales y una infraestructura ineficaz para manejar conductas poco profesionales son un caldo de cultivo para que se generen conductas aberrantes.

Al aplicar una mentalidad sistémica a los errores y las fallas, podemos asegurarnos de que cuando ocurra un evento, no culpemos inmediatamente a las personas que se encuentren más cercanas al error. Un enfoque sistémico nos permite analizar el sistema de atención en su totalidad a fin de descubrir qué fue lo que sucedió en lugar de quién fue el que lo hizo. Solamente luego de haber prestado mucha atención a los múltiples factores asociados al incidente se puede realizar una evaluación para determinar si alguien fue o no responsable.

Un modelo de seguridad del paciente



La urgencia que reviste la seguridad del paciente fue planteada hace más de una década, cuando el IOM de los Estados Unidos convocó la Mesa Redonda Nacional sobre Calidad en la Atención Clínica. Desde entonces, las charlas y debates sobre seguridad del paciente a nivel mundial se han nutrido de las enseñanzas de otras industrias, de la aplicación de métodos de mejoramiento de calidad para evaluar y mejorar la atención a los pacientes, y del desarrollo de herramientas y estrategias para reducir al mínimo los errores y las fallas. Todos estos conocimientos han fortalecido la posición de las ciencias de la seguridad en el contexto de los servicios de atención clínica. La necesidad de mejorar la atención clínica mediante el rediseño de los procesos de atención ha sido reconocida por la OMS y los países que la representan, como así también por la mayoría de las profesiones de la salud.

El surgimiento de la seguridad del paciente como disciplina en sí misma ha sido posible gracias a otras disciplinas, como la psicología cognitiva, la psicología organizacional, la ingeniería y la sociología. La aplicación de conocimientos teóricos de estas disciplinas ha dado lugar al desarrollo de cursos de posgrado sobre calidad y seguridad, y a que se enseñe seguridad del paciente en cursos de formación preprofesional y profesional en el campo de la atención clínica.

Para aplicar conceptos y principios de la seguridad del paciente en el lugar de trabajo no se requiere que los prestadores de salud hayan recibido formación oficial en calidad y seguridad, sino que apliquen una variedad de habilidades y que tengan en mente factores atinentes a la seguridad del paciente en cada situación, reconociendo que las cosas pueden no salir bien. Los profesionales de la salud deberían tener como hábito el compartir sus experiencias de eventos adversos. En la actualidad, se está enfatizando cada vez más en ser un miembro eficaz cuando se trabaja en equipo, a medida que aprendemos más acerca del rol que ocupa la comunicación precisa y oportuna en la seguridad del paciente. La capacitación para ser un excelente miembro de equipo comienza en la formación profesional. Aprender a sustituir roles y apreciar la perspectiva del otro es crucial para un trabajo en equipo eficaz.

Los más influyentes en seguridad del paciente han definido a la disciplina de la siguiente manera: "Una disciplina dentro del sector de atención clínica que aplica métodos de las ciencias de la seguridad con el fin de lograr un sistema confiable de prestación de atención clínica. La seguridad del paciente también es un atributo de los sistemas de atención clínica; reduce al mínimo la frecuencia y el impacto de eventos adversos, a la vez que aumenta al máximo la recuperación de ellos" [52].

Esta definición determina la amplitud del modelo conceptual de seguridad del paciente. Emanuel et al. [47]

desarrollaron un modelo básico de seguridad del paciente, que desglosa cuatro esferas principales en los sistemas de atención clínica:

1. los que trabajan en la atención clínica;
2. los que reciben atención clínica o tienen algún interés en su disponibilidad;
3. la infraestructura de los sistemas para intervenciones terapéuticas (procesos de prestación de atención clínica);
4. métodos de comentarios críticos y mejoramiento continuo.

Este modelo comparte características con otros modelos de diseño de calidad [53], incluidos la comprensión del sistema de atención clínica, el reconocimiento de que el rendimiento varía según los servicios y las instalaciones, la comprensión de los métodos de mejoramiento, incluido cómo implementar y medir el cambio, y el comprender a la gente que trabaja en el sistema y sus relaciones entre sí y con la organización.



Cómo aplicar una mentalidad de seguridad del paciente en todas las actividades de la atención clínica



Hay muchas oportunidades para que los estudiantes puedan incorporar la seguridad del paciente en su trabajo clínico y profesional.

Desarrollar vínculos con los pacientes

Todos, incluidos los estudiantes de profesiones de la salud, deberían relacionarse y comunicarse con cada paciente como ser humano único e individual con su propia experiencia de su enfermedad o dolencia. La mera aplicación de habilidades y conocimientos aprendidos no traerá necesariamente los mejores resultados para los pacientes. Los estudiantes también deben hablar con los pacientes acerca de cómo ven ellos su enfermedad o condición y cómo los afecta a ellos y a sus familias. La atención segura y eficaz depende de que los pacientes informen sus experiencias con sus enfermedades, sus circunstancias sociales, sus actitudes frente a los riesgos que están en juego, y sus valores y preferencias respecto de cómo desean que se los atienda.

Los estudiantes y sus instructores deben asegurar que los pacientes entiendan que los estudiantes no son profesionales calificados de la atención clínica. Cuando se los presenta a los pacientes o sus familias, siempre se deberá indicar que son "estudiantes". Es importante no decir que los estudiantes son "odontólogos principiantes" o "enfermeros principiantes" o "médicos principiantes", "jóvenes farmacéuticos", "asistentes" o "colegas", dado que esto puede hacer pensar al paciente que el estudiante ya se encuentra calificado. La honestidad es muy importante para la seguridad del paciente. También es importante que los estudiantes comuniquen correctamente a los pacientes su estado, incluso si eso implica corregir lo que su supervisor o instructor dijo.

A veces, los instructores presentan a los estudiantes de una manera determinada a fin de generar confianza entre el estudiante y el paciente, sin darse cuenta de que quizás no estén diciendo la verdad al cien por cien. Dado que puede resultar incómodo corregir al instructor en ese momento, es una buena idea chequear de antemano con el instructor cómo presenta generalmente a los estudiantes, especialmente la primera vez que están trabajando juntos. Los estudiantes deben explicarles claramente a los pacientes y a sus familias que efectivamente son estudiantes.

Entender los múltiples factores que intervienen en las fallas



Los estudiantes deben ver más allá de la equivocación o la falla en la atención clínica y comprender que puede haber muchos factores asociados a un evento adverso. Esto implicará que los estudiantes hagan preguntas acerca de los factores subyacentes e incentiven a los demás a ver el error desde una perspectiva sistémica. Por ejemplo, en una reunión de equipo o grupo de debate pueden empezar haciendo preguntas acerca de las posibles causas de un error utilizando la frase "¿qué sucedió?" en lugar de "¿quién estuvo implicado?" Los cinco "¿por qué?" (El seguir preguntando por qué sucedió algo ante cada respuesta) es un método para lograr que los debates sobre causas se centren en el sistema y no en las personas implicadas.

Cuadro B.1.2 Los cinco "¿por qué?"

Los cinco "¿por qué?"

Frase: La enfermera dio la droga equivocada.

¿Por qué?

Frase: porque escuchó mal el nombre de la droga que indicó el médico.

¿Por qué?

Frase: porque el médico estaba cansado, era la madrugada y la enfermera no quiso pedirle que repitiera el nombre de la droga.

¿Por qué?

Frase: porque ella sabe que el médico tiene carácter fuerte y le iba a gritar.

¿Por qué?

Frase: porque él estaba cansado y había estado operando las últimas dieciséis horas.

¿Por qué?

Porque...

Evitar culpar cuando sucede un error

Es importante que los estudiantes se brinden ayuda entre sí y les brinden ayuda a sus colegas de las otras profesiones de la salud cuando se vean involucrados en un evento adverso. Si los estudiantes no pueden hablar abiertamente sobre los errores, difícilmente puedan aprender de ellos. Sin embargo, a menudo se los excluye de las reuniones en las que se debaten cuestiones relativas a los eventos adversos. Además, es probable que en algunas universidades, hospitales y clínicas esas reuniones no existan. Esto no significa necesariamente que los clínicos quieran esconder sus errores; puede deberse a que desconozcan estrategias de seguridad del paciente para aprender de ellos. También es probable que ciertas cuestiones médico-legales los atemorizen y estén preocupados por la posible intervención de los directores. Afortunadamente, a medida que se conocen y debaten más masivamente en la atención clínica los conceptos de seguridad del paciente, surgen más oportunidades de revisar la atención y de realizar los mejoramientos necesarios para reducir los errores al mínimo. Los estudiantes pueden preguntarles a sus supervisores si su organización lleva a cabo reuniones o foros de revisión entre pares, como por ejemplo reuniones sobre morbilidad y mortandad en las que se analicen eventos adversos. Los estudiantes, sin importar su nivel de capacitación y educación, deben apreciar la importancia de informar sus propios errores a sus supervisores.

Brindar una atención basada en la evidencia

Los estudiantes deben aprender a aplicar prácticas basadas en la evidencia. Deben ser conscientes del rol que cumplen las directrices basadas en la evidencia y apreciar la importancia que reviste respetarlas. Cuando a un estudiante se lo ubica en un ámbito clínico, debe buscar información sobre las directrices y protocolos que comúnmente se usan, los cuales deberían estar basados en la evidencia siempre que fuere posible.

Mantener la continuidad de la atención a pacientes

El sistema de salud está conformado por muchas partes que se interrelacionan para lograr una continuidad de atención a pacientes y sus familias. Comprender la travesía que realizan los pacientes a través del sistema de atención clínica es necesario para entender cómo el sistema puede fallar. Determinada información importante puede perderse, estar desactualizada o ser incorrecta, lo que puede conducir a errores o a una atención insuficiente. La cadena de continuidad en la atención, entonces, se quiebra, y el paciente queda expuesto a un resultado desfavorable.

Ser consciente de la importancia del cuidado personal

Los estudiantes deben ser responsables de su propio bienestar y el de sus compañeros y colegas. Se los debe incentivar a que tengan sus propios médicos y a que sean conscientes del estado de su salud. Si un estudiante atraviesa momentos difíciles (enfermedad mental o problemas con drogas o alcohol), se lo debe instar a que busque ayuda profesional.

Actuar éticamente todos los días

Aprender a ser un buen profesional de la atención clínica requiere observar a profesionales de la salud respetados y experimentados, así como también experiencia de práctica clínica con pacientes. Uno de los privilegios que tienen los estudiantes es la oportunidad de aprender al tratar con pacientes reales. La mayoría de los pacientes comprende que los estudiantes tienen que aprender y que de la capacitación depende el futuro de la atención clínica. Sin embargo, también es importante que los estudiantes recuerden que la oportunidad que tienen de entrevistar, revisar y atender a pacientes es un privilegio que cada individuo otorga. En la mayoría de los casos, los pacientes no pueden ser revisados por un estudiante a menos que hayan prestado su consentimiento. Los estudiantes siempre deben pedirle permiso a cada paciente antes de entablar contacto físico o pedirle información personal. También deben ser conscientes de que los pacientes pueden retirar este privilegio en cualquier momento y solicitar que el estudiante deje de hacer lo que está haciendo.

Incluso en una clínica de enseñanza, es importante que los instructores clínicos informen a los pacientes que su cooperación en actividades educativas es completamente voluntaria. Los instructores clínicos y los estudiantes deben obtener el consentimiento expresado verbalmente de los pacientes antes de que los estudiantes los entrevisten o revisen. Cuando se les solicita a los pacientes que permitan que un estudiante los revise, se les debe decir que la revisión es fundamentalmente para fines educativos. Se les puede consultar de la siguiente manera: "¿Te molestaría que estos estudiantes te pregunten acerca de tu enfermedad y/o te revisen, así pueden aprender más acerca de tu afección?".

Es importante que todos los pacientes comprendan que su participación es voluntaria y que si deciden negarse a participar, su atención no se verá afectada. El consentimiento prestado verbalmente es suficiente para la mayoría de las actividades educativas, pero siempre habrá casos en los que se requerirá que el consentimiento se preste por escrito. Los estudiantes deben consultar si no están seguros del tipo de consentimiento que se necesita.

Se debe tener especial cuidado cuando se involucra a pacientes en actividades de enseñanza porque el beneficio para el paciente es secundario respecto de las necesidades educativas de los estudiantes. La atención al paciente y el tratamiento, en general, no dependen del compromiso del estudiante.

Las directrices explícitas para profesores y estudiantes de profesiones de la salud brindan protección para todos. Si no existen directrices, es una buena idea solicitar al cuerpo docente que desarrolle políticas respecto de los vínculos entre los estudiantes y los pacientes a los que pueden atender. Las directrices adecuadamente planteadas protegerán a los pacientes, promoverán principios

éticos fuertes y ayudarán a todos a evitar malentendidos.

La mayoría de las instituciones en las que se enseñan carreras para las profesiones de la salud están al tanto del problema del “currículo oculto” en la educación de la atención clínica. Los estudios comprueban que algunos estudiantes en prácticas clínicas se han sentido presionados a actuar contrariamente a la ética [54] y que estas situaciones son difíciles de resolver. Todos los estudiantes y residentes pueden enfrentar dilemas éticos similares. En el supuesto excepcional de que por órdenes de un supervisor clínico los estudiantes participen en una gestión de pacientes que se perciba como poco ética o engañosa para el paciente, el cuerpo docente debe encargarse del asunto. Puede suceder que muchos estudiantes no tengan la seguridad suficiente como para plantear estas situaciones a sus supervisores y que, con frecuencia, no sepan cómo actuar. Es muy importante hablar de este tema cuando se enseña seguridad del paciente. Esta confusión de roles, en la que el estudiante no sabe si dirigirse a un profesor como a un colega o como a un superior, puede provocar estrés en los estudiantes e influir negativamente en su estado de ánimo y su desarrollo profesional; además, también puede poner en riesgo a los pacientes. Aprender a notificar inquietudes acerca de la poca seguridad o ética de la atención es fundamental para la seguridad del paciente, y se relaciona con la capacidad del sistema para tolerar estas notificaciones.

Los estudiantes deben ser conscientes de sus obligaciones legales y éticas para priorizar los intereses de los pacientes [12], lo que puede incluir rehusarse a obedecer una orden o indicación inapropiada. La mejor manera de resolver un conflicto de semejante naturaleza (o por lo menos, tener una perspectiva diferente) es que el estudiante hable a solas con el profesional de la salud o el responsable del personal correspondiente. El paciente no debería ser parte de esta conversación. El estudiante debería explicar el problema o los problemas y por qué no puede obedecer esa orden o indicación. Si el clínico o el responsable del personal hacen caso omiso a los asuntos planteados y le indica al estudiante que debe proceder, entonces deberá quedar a discreción continuar o mantenerse al margen de la situación. Si se decide continuar, debe confirmarse el consentimiento del paciente; de no obtenerse, el estudiante no debe proceder.

Si un paciente se encuentra inconsciente o anestesiado y un supervisor le pide a un estudiante de medicina o enfermería que revise al paciente, el estudiante debe explicar por qué no puede hacerlo a menos que el paciente haya dado previamente su consentimiento. Quizás en esa situación sea apropiado hablar del tema con otra persona de la clínica o del cuerpo docente. Si a los estudiantes les genera cierta incertidumbre qué tan adecuada es la conducta de cualquier otra persona involucrada en la atención clínica, deberían hablarlo con la autoridad de la facultad que prefieran.

Todo estudiante que sienta que ha sido tratado injustamente por su negativa a hacer algo que le parece inadecuado debe recurrir a un supervisor con cargo jerárquico.

Reconocer el rol de la seguridad del paciente en la prestación de una atención clínica segura



La instancia en la que un estudiante ingresa en un entorno clínico o en el lugar de trabajo varía según el curso de capacitación. Antes de ingresar a un entorno clínico, los estudiantes deben preguntar acerca de las otras partes del sistema de salud a las que los pacientes tienen acceso, y pedir información sobre los procesos implementados para identificar eventos adversos.

Preguntar acerca de las otras partes del sistema de salud a las que los pacientes tienen acceso

El éxito de la atención y del tratamiento de un paciente depende de la comprensión que se tenga del sistema de salud en su totalidad al que ese paciente en particular tiene acceso. Si un paciente viene de una zona en la que no hay refrigeración, indicarle que tome insulina que requiera refrigeración no va a serle de gran ayuda. Entender sobre sistemas (Tema 3) ayudará al estudiante a observar cómo se conectan las distintas partes del sistema de salud y cómo la continuidad de la atención al paciente depende de que todas las partes del sistema se comuniquen eficaz y oportunamente. →

Pedir información sobre los procesos implementados para identificar eventos adversos

La mayoría de los hospitales o clínicas tienen un sistema de notificación para identificar eventos adversos. Es importante que los estudiantes estén al tanto de estos eventos y entiendan cómo los gestiona la clínica. Si no hay requisitos vigentes de notificación de estos eventos, los estudiantes pueden preguntarle al personal que corresponda cómo se gestionan dichos eventos. Por lo menos, esto generará cierto interés en el tema (la notificación y gestión de incidentes se desarrollan en los Temas 3, 4 y 6). →

Estrategias y formatos de enseñanza

La información de prevalencia que se utiliza en este tema se encuentra publicada en la literatura y abarca varios países diferentes. Algunos instructores querrán argumentar a favor de la seguridad del paciente utilizando información de prevalencia de su propio país. Si dicha información no se encontrare disponible en la literatura profesional, quizás se puedan conseguir algunos datos pertinentes a través de bases de datos del servicio local de salud. Por ejemplo, hay muchos indicadores de factores desencadenantes (*trigger tools*) disponibles gratuitamente en la Internet para calcular eventos adversos, diseñados para ayudar a los profesionales de la atención clínica en el cálculo de las tasas de eventos adversos. Si no hay parámetros generales disponibles para un país o institución en particular, tal vez los profesores deban buscar información sobre un área determinada de atención,

como por ejemplo tasas de infección. Tal vez puedan conseguirse las tasas de infección de un país determinado, las cuales pueden usarse para demostrar la magnitud de la transmisión de infecciones potencialmente prevenibles. También en la literatura puede haber información sobre eventos adversos asociados a una profesión específica. Corresponde utilizar estos datos en clase.

Este tema puede dividirse en secciones que pueden incluirse en los programas de enseñanza existentes. Puede enseñarse en pequeños grupos o en una disertación independiente. Si el tema va a exponerse en una disertación, las diapositivas al final del tema pueden ser útiles para presentar la información.

La Parte A de la Guía Curricular expone una variedad de métodos de enseñanza de seguridad del paciente, dado que las disertaciones no siempre resultan ser el enfoque más apropiado.

Debate en pequeños grupos



Podría ser conveniente para los profesores utilizar algunas de las actividades enumeradas más adelante para incentivar el debate sobre seguridad del paciente. Otra posibilidad es que uno o más estudiantes preparen una exposición sobre seguridad del paciente utilizando la información de este tema, y después podrían guiar un debate sobre los puntos desarrollados en este tema. Los estudiantes podrían guiarse por los títulos que se exponen más adelante y utilizar alguna de las actividades enumeradas para exponer el material. El profesor a cargo de esta clase debería estar familiarizado con el contenido, de modo tal que pueda agregar información acerca del sistema de salud y entorno clínico local.

Maneras de enseñar daños causados por eventos adversos en la atención clínica y fallas sistémicas:

- utilizando ejemplos de los medios de comunicación (diarios y televisión);
- utilizando ejemplos de los hospitales y clínicas en donde trabajan, evitando las referencias personales;
- utilizando un caso práctico para armar un diagrama del recorrido de un paciente;
- utilizando un caso práctico para analizar, mediante lluvia de ideas, todas las cosas que salieron mal y los momentos en los que determinada acción podría haber prevenido el resultado adverso;
- invitando a un paciente que haya experimentado un evento adverso a hablar con los estudiantes.

Maneras de enseñar las diferencias entre fallas sistémicas, violaciones y errores:

- utilizando un caso práctico para analizar las diferentes alternativas de gestión de un evento adverso;
- hacer que los estudiantes participen en un análisis de las causas radicales o lo observen;
- hacer que los estudiantes describan las consecuencias de no emplear un enfoque de equipo interdisciplinario.

Una presentación interactiva/didáctica



Se puede invitar a un profesional de la salud experimentado y respetado de la institución o del país para que hable de errores de la atención clínica en el lugar de trabajo. Si esto no es posible, se puede utilizar el video de un profesional influyente y respetado en el que hable de errores y cómo el sistema de atención clínica expone a todos a ellos. En Internet se consiguen videos de discursos que han dado líderes en materia de seguridad del paciente. Escuchar a alguien hablar de errores y cómo afectan a los pacientes y al personal es una introducción muy potente a la seguridad del paciente. Se puede motivar a los estudiantes a que respondan a la presentación, y luego el profesor puede ir trabajando con la información de este tema para demostrar a los estudiantes cómo y por qué es esencial tener en cuenta la seguridad del paciente para una práctica clínica segura.

También pueden utilizarse diapositivas de PowerPoint o similares. Se puede comenzar la sesión con un caso práctico y pedirle a los estudiantes que identifiquen algunas de las cuestiones presentes en esa situación. Las diapositivas al final de este tema pueden servir de guía.

Se enumeran a continuación otras maneras de presentar distintas secciones de este tema.

Enseñanzas de otras industrias sobre errores y fallas sistémicas

- Invitar a un profesional de otra disciplina, como la ingeniería o la psicología, a hablar acerca de fallas sistémicas, culturas de seguridad y el rol que ocupa la notificación de errores.
- Invitar a alguien de la industria de la aviación a hablar acerca de la respuesta de dicha industria a los errores humanos.

La historia de la seguridad del paciente y los orígenes de la cultura de la culpa

- Invitar a un clínico experimentado y respetado para que hable del daño que provoca culpar.
- Invitar a un funcionario de calidad y seguridad a hablar de los sistemas implementados para reducir los errores al mínimo y gestionar los eventos adversos.

Simulación



Se pueden proponer distintas situaciones hipotéticas en las que aparezcan eventos adversos y la necesidad de notificar y analizar errores. En cada una de estas situaciones hipotéticas, los estudiantes deberán identificar dónde falló el sistema, cómo podría haberse evitado el problema y las medidas que deberían adoptarse si un error de esas características volviere a ocurrir en el futuro.

Otras actividades de enseñanza y aprendizaje

Hay muchas otras oportunidades para que los estudiantes aprendan sobre seguridad del paciente. A continuación, se detallan ejemplos de actividades que los estudiantes podrían realizar, ya sea individualmente o de a dos:

- seguir el recorrido de un paciente a través del sistema de atención clínica;
- pasar un día con un profesional de la salud de otra disciplina e identificar el rol y las funciones principales de esa profesión;
- buscar información en forma periódica acerca de enfermedades o afecciones desde la perspectiva de los pacientes al interactuar con ellos;
- averiguar si en la facultad o el servicio de salud existen procesos o equipos de investigación y notificación de eventos adversos. Si es viable, los estudiantes pueden solicitar autorización a la autoridad correspondiente para observar dichas actividades o participar en ellas;
- averiguar si la facultad lleva a cabo reuniones sobre mortandad y morbilidad u otros foros de revisión entre pares en los que se analicen eventos adversos, y/o reuniones de mejoramiento de la calidad;
- debatir, desde un enfoque ajeno a la culpa, errores clínicos que hayan observado;
- preguntar sobre un protocolo principal utilizado por el personal en un ámbito clínico al que hayan ingresado. Los estudiantes deberían preguntar cómo se escribió la directriz, cómo llega a conocimiento del personal, cómo emplearla, y cuándo hay que apartarse de ella.

Casos prácticos

La historia de Caroline se detalla al principio de este tema. Este caso ilustra la importancia de la continuidad en la atención y cómo un sistema de atención puede fallar gravemente.

Desde el nacimiento de su bebé hasta el fallecimiento de Caroline a los veinticinco días, la paciente fue internada en cuatro hospitales diferentes; por ende, se necesitaba una continuidad apropiada en la atención al transferirse las responsabilidades de un equipo de médicos y enfermeros a otro. El no registrar anotaciones suficientes con diagnósticos provisionales/diferenciales e investigaciones, así como la ausencia de informes de alta y de derivación, condujo a un retraso en el diagnóstico de un absceso que ponía en peligro su vida, y finalmente, le provocó la muerte.

Se debe pedir a los estudiantes que lean el caso y que identifiquen algunos de los factores subyacentes que podrían haber estado presentes durante su atención y tratamiento.

Estudiante de odontología bajo presión

Este caso muestra cómo una cadena de eventos puede conducir a un daño involuntario. En este caso, la cantidad de restauraciones, la cercanía de la caries a la pulpa dentaria y las múltiples oportunidades que el personal de atención clínica perdió para chequear la presión sanguínea del paciente contribuyeron al evento adverso.

Peter, un hombre de 63 años con antecedentes de hipertensión e infarto, tenía varias restauraciones dentales programadas. Durante la mañana del día en que tenía

turno en la clínica odontológica, tomó sus medicamentos antihipertensivos y anticoagulantes habituales.

En la clínica, el estudiante de odontología saludó a Peter y comenzó con las restauraciones. El estudiante pidió permiso a su supervisor para aplicar anestesia bucal a Peter, pero no chequeó los signos vitales antes de aplicarla. Administró dos cápsulas de lidocaína al 2% con epinefrina 1:100 000 y comenzó a eliminar caries en dos dientes superiores. En uno de estos dientes, la caries resultó estar muy cerca de la pulpa. Una tercera cápsula fue aplicada antes de la hora de almuerzo.

A la tarde, Peter volvió a que le realizaran más restauraciones. El estudiante solicitó la autorización de su supervisor para aplicar anestesia mandibular, pero una vez más no chequeó los signos vitales del paciente. En total, el paciente recibió cinco cartuchos de anestesia (de 1,8 ml cada uno): 180 mg de lidocaína y 0,09 de epinefrina en el transcurso de seis horas. A las 15 horas, Peter comenzó a sentirse mal; tenía la piel enrojecida y presentaba diaforesis (sudoración). Tenía 240/140 de presión sanguínea y 88 pulsaciones. El estudiante le avisó al supervisor y llamaron a una ambulancia. Llegaron los paramédicos y Peter fue trasladado al área de urgencias del hospital más cercano para tratar su emergencia hipertensiva.

Preguntas

- ¿Qué factores pueden haber coadyuvado a que el estudiante de odontología no chequeara los signos vitales de Peter en ningún momento del día?
- ¿Le comentó el estudiante a su supervisor los antecedentes médicos de Peter? ¿Se había hecho costumbre omitir chequear los signos vitales en esa clínica?
- ¿Qué sistemas podrían implementarse para prevenir este tipo de incidente en el futuro?

Fuente: Caso facilitado por Shan Ellahi, Consultor en Seguridad del Paciente, Servicios Comunitarios Ealing and Harrow, National Health Service [Servicio Nacional de Salud], Londres, RU.

Seguridad del paciente en un contexto de asistencia en el parto

Este caso trata sobre realidades de la práctica y las consecuencias de pasar por alto resultados importantes.

Mary era una mujer que estaba en su semana 26 de embarazo y recién había comenzado su curso de parto. Estaba tomando suplementos de hierro para tratar su anemia leve, lo que le provocaba constipaciones esporádicas. Mary se encargó del asunto cambiando su dieta. Además tenía varias infecciones vaginales durante el embarazo, pero nada grave.

Al comienzo de la semana 27, los tirones en el abdomen estaban empeorando, motivo por el que llamó a su par-

tera, quien le realizó un tacto vaginal y determinó que el cuello del útero se encontraba en las siguientes condiciones: su consistencia era media; su posición, central; en cuanto a la dilatación, estaba cerrado, con 1 cm. La partera, sin embargo, no le hizo ninguna pregunta más allá de cuánto hacía que sentía los tirones. Su diagnóstico fue que Mary estaba teniendo contracciones de Braxton-Hicks (contracciones de parto), y le dio turno para volver a verla a los dos días.

En la consulta dos días después, Mary indicó que los tirones en el abdomen habían cesado, pero que tenía un sangrado y mucho cansancio. La partera le dijo que un poco de sangrado es normal luego de una revisión vaginal y que hiciera más reposo.

A los cuatro días de su última consulta, Mary observó que las secreciones vaginales habían aumentado y que tenía tirones esporádicos. Entonces se comunicó por teléfono con la partera, quien una vez más le aseguró que los tirones se debían a la constipación y le explicó que un aumento en las secreciones vaginales era normal durante el embarazo. Unas horas más tarde, Mary ya contaba con contracciones uterinas más pronunciadas y regulares, y fue trasladada al hospital de maternidad por trabajo de parto prematuro. Finalmente, dio a luz a una bebé prematura.

Doce horas después del parto, a la bebé le diagnosticaron neumonía por *Streptococcus agalactiae* (estreptococo del grupo B), diagnosticada por las muestras vaginales por hisopo, tomadas al momento de la hospitalización poco tiempo antes del parto.

Preguntas

- ¿Qué factores pueden haber estado presentes que provocaron que la partera mantuviera su diagnóstico original?
- ¿Cuáles eran los factores sistémicos subyacentes que pueden haberse asociado al hecho de que Mary haya dado a luz a un bebé prematuro con neumonía?

Fuente: Caso facilitado por Teja Zaksek, profesora titular y directora de estudios del Departamento de Partería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ljubljana, Eslovenia (Midwifery Department, University of Ljubljana Health Faculty).

Herramientas y material de referencia



Finkelman A., Kenner C. *Teaching IOM: implementing Institute of Medicine reports in nursing education*, ["La enseñanza de IOM: cómo implementar informes del Instituto de Medicina en la educación de enfermería"], 2da ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009.

Reason J.T. *Human error*. ["El error humano"] New York, Cambridge University Press, 1999.
Reason J.T. *Managing the risks of organizational acci-*

dents, ["Cómo manejar los riesgos de accidentes de organización"] 1era ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

Runciman B., Merry A., Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, ["Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien"] 1era ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Vincent C. *Patient safety*. ["Seguridad del paciente"] Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel L. et al. What exactly is patient safety? ["¿Qué entendemos exactamente por seguridad del paciente?"] En: Henriksen K., Battles J.B., Keyes M.A., Grady M.L., eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. ["Avances en seguridad del paciente: nuevas direcciones y enfoques alternativos"] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.

Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. *To err is human: building a safer health system*. ["Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro"] Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999 (<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. ["Cruzando el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI"] Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2001.

La evaluación de este tema

Este tema puede evaluarse a través de una variedad de métodos, incluidas las preguntas de ensayo, las preguntas de opción múltiple (POM), las preguntas breves de mejor respuesta (PMR), los debates de casos (DDC) y la autoevaluación. También pueden utilizarse bitácoras de trabajo y diarios. Se debe incentivar a los estudiantes a que desarrollen un enfoque de portafolios a la hora de aprender sobre seguridad del paciente. La ventaja de este enfoque es que cada estudiante tendrá una recopilación de sus actividades de seguridad del paciente al finalizar el curso de capacitación, que podrá ser de utilidad en sus solicitudes de empleo y en su futuro profesional.

La evaluación de los conocimientos sobre el daño potencial a pacientes, las enseñanzas de otras industrias, las violaciones y el enfoque libre de culpa, y los modelos para pensar la seguridad del paciente pueden evaluarse utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

- portafolios
- DDC
- instancia de examen clínico estructurado por objetivos (ECEO)

- observaciones escritas del sistema de salud y el potencial de error (en general).

También se les puede pedir a los estudiantes que escriban reflexiones sobre estos temas, por ejemplo:

- el impacto de los eventos adversos en la confianza de los pacientes hacia el sistema de salud;
- la respuesta de la comunidad a las noticias de los medios de comunicación sobre daño a los pacientes y negligencia;
- el rol de los profesionales de la salud en la enseñanza de los estudiantes y el rol de los pacientes en el sistema de atención clínica.

La evaluación puede ser formativa o sumativa; las calificaciones pueden ser o bien satisfactorio/insatisfactorio o numéricas. Consultar la Guía para Profesores (Parte A) respecto del tipo de evaluación adecuado para temas de seguridad del paciente. También hay ejemplos de algunos de estos métodos de evaluación en el Anexo 2 de la Parte B.

La evaluación de la enseñanza de este tema

La evaluación es importante en cuanto a la revisión de cómo salió una clase y cómo se puede mejorar. En la Guía para el Docente (Parte A) se puede encontrar un resumen de principios importantes de evaluación.

Referencias

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection*, ["Directrices de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención Sanitaria, La carga de la infección asociada a la atención clínica"]: 2009; 6-7.
2. World Health Organization Fact sheet N° 275: *Substandard and counterfeit medicines* ["Nota descriptiva N°275 de la Organización Mundial de la Salud: Medicamentos de calidad subestándar y de imitación"], 2003.
3. Issakov A., *Health care equipment: a WHO perspective* ["Equipos de atención clínica: una perspectiva de la OMS"]. En van Grutting CWG ed. *Medical devices: International perspectives on health and safety* ["Aparatos médicos: perspectivas internacionales sobre salud y seguridad"]. Elsevier, 1994.
4. Schultz D.S., Rafferty M.P., *Soviet health care and Perestroika* ["La atención clínica soviética y Perestroika"], *American Journal of Public Health*, 1990, Feb; 80(2):193-197.
5. Steel K., Gertman P.M., Crescenzi C., Anderson J. *Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital* ["Enfermedad iatrogénica en un servicio de práctica médica general en un hospital universitario"]. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638-642.
6. Schimmel E. The hazards of hospitalization ["Los peligros de la hospitalización"]. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10-110.
7. United States Congress House Sub-Committee on Oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. ["Costo y calidad de la atención clínica: cirugía innecesaria"] Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. ["Peligros del diagnóstico y de la terapia moderna: el precio que pagamos"] *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452-1456.
9. Couch N.P. et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps ["El alto costo de eventos de baja frecuencia: la anatomía y la economía de los percances quirúrgicos"]. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634-637.
10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. ["La enfermedad iatrogénica: el abordaje de una epidemia en crecimiento"] *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123-129.
11. Dubois R., Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? ["Muertes que pueden prevenirse: ¿quién, con qué frecuencia y por qué?"] *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582-589.
- McLamb J., Huntley R. The hazards of hospitalization ["Los peligros de la hospitalización"]. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469-472.
12. Bedell S. et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests ["Incidencia y características de paros cardiorrespiratorios iatrogénicos prevenibles"]. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:2815-2820.
13. Leape L. et al. Preventing medical injury ["La prevención de la lesión médica"]. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144-149.
14. Bates D.W. et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention ["Incidencia y potencialidad de eventos adversos de drogas: implicancias para la prevención"]. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29-34
15. Weingart S.N. et al. Epidemiology of medical error ["Epidemiología del error médico"]. *British Medical Journal*, 2000, 320:774-777
16. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. To err is human: Building a safer health system ["Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro"]. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
17. Expert group on learning from adverse events in the NHS. *An organisation with a memory*. [Grupo de expertos para el aprendizaje de eventos adversos en el NHS (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido) "Una organización con memoria"] London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.
18. World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5 December 2001, EB 109/9. ["Organización Mundial de la

- Salud, 109ª reunión del Consejo Ejecutivo, punto 3.4 del orden del día provisional, 5 de diciembre de 2001, EB 109/9”].
19. Davis P et al. *Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. [“Eventos adversos en hospitales públicos de Nueva Zelanda: hallazgos principales de un sondeo nacional”] Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.
 20. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I [“La incidencia de eventos adversos y la negligencia en pacientes hospitalizados: resultados del Harvard Medical Practice Study I”]. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:270–276.
 21. Wilson RM et al. The Quality in Australian Health Care Study [“Estudio sobre la calidad en la atención clínica australiana”]. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458–471.
 22. Baker GR et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada [“Estudio canadiense sobre los eventos adversos en pacientes de hospitales de Canadá”]. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678–1686.
 23. Runciman B., Merry A., Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, [“Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien”] 1era ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.
 24. Andrews L.B. et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care [“Una estrategia alternativa para el estudio de eventos adversos en la atención médica”]. *Lancet*, 1997, 349:309–313.
 25. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation* [“Lesión iatrogénica en Australia: un informe elaborado por la Fundación Australiana de Seguridad del Paciente”]. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001 (<http://www.apsf.net.au/>; accedido el 23 de febrero de 2011).
 26. Eisenberg J.M. *Statement on medical errors* [“Declaración sobre errores médicos”]. Ante el Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education [Senado estadounidense - Subcomité de Apropiaciones de Trabajo, Salud y Servicios Humanos y Educación]. Washington, DC, 13 de diciembre de 1999.
 27. Thomas E, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: an overview. [“Errores y eventos adversos en medicina: panorama general”] En: Vincent C., ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety* [“Gestión de riesgo clínico: mejorar la seguridad del paciente”]. London, BMJ Books, 2002.
 28. Haywood R., Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer [“Las estadísticas de muertes en hospitales debido a errores médicos: su evitabilidad y la subjetividad de los analistas”]. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415–420.
 29. Thomas E., Studdert D., Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates [“La confiabilidad del análisis de historias clínicas para calcular las tasas de eventos adversos”]. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812–816.
 30. McDonald C., Weiner M., Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated [“Las muertes debido a errores médicos son exageradas”] en un informe del *Institute of Medicine*. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 248:93–95.
 31. Turner BA. The organizational and inter organizational development of disasters [“El desarrollo organizacional e interorganizacional de los desastres”]. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378–397.
 32. Turner BA. *Man-made disasters* [“Desastres hechos por el hombre”] London, Wykeham Science Press, 1978.
 33. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems [“La contribución de las fallas humanas latentes a la crisis de sistemas complejos”] *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences*, 1990, 327:475–484.
 34. Reason J.T. *Human error* [“El error humano”]. New York, Cambridge University Press, 1999.
 35. Pidgen N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. [“Cultura de la seguridad: la transmisión de teoría y pruebas de industrias altamente peligrosas”] Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
 36. International Atomic Energy Agency [Organismo Internacional de Energía Atómica]. *The Chernobyl accident: updating of INSAG1* [“El accidente de Chernobyl: actualización de INSAG1”]. INSAG7: International Nuclear Safety Group (INSAG), 1992:24.
 37. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA* [“La decisión de lanzar el Challenger: tecnología, cultura e irregularidad riesgosas en la NASA”]. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
 - Reason J.T. *Human error: models and management* [“El error humano: modelos y gestión”]. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
 38. Reason J.T. *Managing the risks of organisational accidents* [“Cómo manejar los riesgos de accidentes de organización”]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
 39. Coombes I.D. et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study [“¿Por qué los residentes cometen errores de prescripción? Un estudio cualitativo”]. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89–94.
 40. Gault W.G. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS* [“Abordaje experimental de la atribución implícita de culpa en el NHS

(Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)”. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.

41. Millenson M.L. Breaking bad news [“Dar malas noticias”] *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:206–207.
42. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS [“De la culpa al objetivo, gestión de riesgos en el NHS (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)”]. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6–11.
43. Berwick D. M. Improvement, trust and the health care workforce [“Mejoramiento, confianza y la fuerza de trabajo de la atención clínica”]. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
44. Walton M. Creating a ‘no blame’ culture: Have we got the balance right? [“La creación de la cultura de la “no culpa”: ¿estamos en equilibrio?”] *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163–164.
45. Maurino D.E., Reason J., Johnson N., Lee R.B. *Beyond aviation human factors* [“Más allá de los factores humanos de la aviación”] Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
46. Perrow C. *Normal accidents: living with high-technologies* [“Accidentes normales: vivir con altas tecnologías”], 2da ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
47. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory* [“Riesgo y culpa: ensayos de la teoría de la cultura”]. London, Routledge, 1992.
48. Helmreich R.L., Merritt A.C. *Culture at work in aviation and medicine* [“La cultura en el trabajo de la aviación y la medicina”]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
49. Strauch B. Normal accidents—yesterday and today [“Accidentes normales: ayer y hoy”]. En: Hohnson C.W., ed. *Investigating and reporting of accidents* [“La investigación y la notificación de accidentes”]. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
50. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? [“¿Qué entendemos exactamente por seguridad del paciente?”] En: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches* [“Avances en seguridad del paciente: nuevas direcciones y enfoques alternativos”]. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.
51. Vincent C. *Patient safety* [“Seguridad del paciente”], 2a ed. London, Blackwell, 2010.
52. Hicks L.K. et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students’ ethical development: Questionnaire survey and focus group study [“Entender los dilemas clínicos que forjan el desarrollo ético de los estudiantes de medicina: estudio mediante los métodos de cuestionario y grupo focal”]. *British Medical Journal*, 2001, 322:709–710.

Diapositivas del Tema 1: ¿Qué es la seguridad del paciente?

Las disertaciones no suelen ser la mejor manera de enseñar seguridad del paciente a los estudiantes. Si se planea dar una disertación, es una buena idea planificar la interacción entre los estudiantes y el debate durante la disertación. Para generar el debate, se puede recurrir a un caso práctico, o formular preguntas a los estudiantes acerca de distintos aspectos de la atención clínica que saquen a relucir las cuestiones planteadas en este tema, como por ejemplo la cultura de la culpa, la naturaleza del error, y cómo se gestionan los errores en otras industrias.

Las diapositivas del Tema 1 están diseñadas para ayudar al profesor a desarrollar el contenido de este tema. Pueden modificarse para adaptarse al entorno y a la cultura locales. No es necesario que se usen todas las diapositivas; es mejor adaptarlas al contenido que va a desarrollarse en la clase.

Las denominaciones empleadas de las drogas corresponden a las Denominaciones Comunes Internacionales para las Sustancias Farmacéuticas de la OMS (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; accedido el 24 de marzo de 2011).

Tema 2

¿Por qué aplicar el factor humano es importante para la seguridad del paciente?

Un retractor inexplicablemente perdido

Los antecedentes médicos de Suzanne incluían cuatro cesáreas en un período de diez años. La segunda y la tercera operación fueron realizadas en el hospital B, y la cuarta en el hospital C. Dos meses después de la cuarta cesárea, Suzanne acudió al hospital C por dolor anal intenso.

Un médico le realizó una dilatación anal con anestesia general y removió del recto un retractor quirúrgico, de 15 cm de largo y 2 cm de ancho, con puntas redondeadas. Se trataba de un tipo de retractor de los que comúnmente se empleaban en los hospitales de la zona, y las iniciales gravadas indicaban que provenía del hospital B. Al médico le pareció que el retractor había sido olvidado dentro del cuerpo de Suzanne luego de una de las cesáreas y que se había desplazado gradualmente a través del peritoneo hacia el recto.

Durante la cuarta cesárea, el cirujano había notado la presencia de adherencias gruesas, o cicatrices, en el peritoneo, mientras que el médico que había realizado la tercera cesárea dos años antes no había observado cicatriz alguna. A pesar de que no se sabe a ciencia cierta lo que sucedió, lo más probable es que el instrumento haya sido olvidado dentro del cuerpo de Suzanne durante la tercera cesárea y que haya permanecido allí durante más de dos años.

Fuente: *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000* [Informe Anual de la Comisión de Demandas de Atención Clínica 1999-2000], Gobierno de Nueva Gales del Sur (Australia), 2001:58.

Introducción: ¿Por qué es importante aplicar el factor humano?



El estudio de los factores humanos analiza la relación entre los seres humanos y los sistemas con los que interactúan [1] poniendo el foco en mejorar la eficiencia, la creatividad, la productividad y la satisfacción por el trabajo, con el objetivo de reducir al mínimo los errores. Un aspecto clave de la mayoría de los eventos adversos (daños para los pacientes) en la atención clínica es la falta de aplicación de principios de factores humanos. Por lo tanto, todos los trabajadores de la atención clínica deben poseer una noción básica de estos principios, ya que aquellos trabajadores de la atención clínica que no comprenden cuestiones básicas de factores humanos son como profesionales de control de infecciones que no saben de microbiología.

Palabras clave

Factores humanos, ergonomía, sistemas, rendimiento humano.

Objetivos pedagógicos



Los estudiantes deben entender la relación entre factores humanos y seguridad del paciente y aplicar estos conocimientos en el ámbito clínico/profesional.

Resultados pedagógicos: conocimiento y actuación

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes deben conocer el significado del término *factores humanos* y comprender la relación entre los factores humanos y la seguridad del paciente.

Requisito de actuación



Los estudiantes deben aplicar sus conocimientos sobre factores humanos en su entorno laboral.

El Recuadro B.2.1 a continuación, publicado por la *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* [Comisión Australiana sobre Seguridad y Calidad de la Atención Clínica], responde algunas preguntas básicas sobre factores humanos y su relación con la atención clínica.

Recuadro B.2.1 Preguntas básicas sobre factores humanos en la atención clínica

Los factores humanos en la atención clínica

P. ¿Qué significa el término “factores humanos”?

R. Los factores humanos tienen aplicación en cualquier lugar en el que los seres humanos trabajan. Esta disciplina reconoce la naturaleza universal de la falibilidad humana. Al enfoque tradicional del error humano podría denominárselo el modelo de la “perfectibilidad” que supone que si los trabajadores se preocupan lo suficiente, trabajan lo suficientemente duro y están lo suficientemente bien capacitados, los errores se evitarán. Nuestra experiencia, y la de expertos internacionales, indican que esta actitud es contraproducente y no funciona.

P. ¿Qué implica el estudio de los factores humanos?

Esta disciplina busca optimizar la relación entre la tecnología y los humanos, aplicando información sobre la conducta, las habilidades y las limitaciones humanas, entre otras características, al diseño de herramientas, máquinas, sistemas, tareas, puestos de trabajo y entornos que el ser humano pueda utilizar en forma efectiva, productiva, segura y cómoda.

P. ¿Por qué es importante la cuestión de los factores humanos en la atención clínica?

R. Las cuestiones relativas a los factores humanos contribuyen enormemente a los eventos adversos en la atención clínica. En la atención clínica y otras industrias de alto riesgo, como por ejemplo la industria de aviación, el factor humano puede tener consecuencias graves e incluso fatales.

Sin embargo, puede aumentarse la seguridad del sistema de atención clínica mediante el reconocimiento del potencial de error, y mediante el desarrollo de sistemas y estrategias para aprender de las equivocaciones a fin de reducir al mínimo su frecuencia y sus efectos.

P. ¿Es posible la gestión de los factores humanos?

R. Sí. La gestión de los factores humanos implica aplicar técnicas proactivas dirigidas a la minimización y al aprendizaje de los errores o desaciertos. Una cultura del trabajo que incentiva la notificación de eventos adversos y desaciertos en la atención clínica permite mejorar el sistema de atención clínica y la seguridad del paciente. La aviación es un buen ejemplo de una industria que ha adoptado el estudio de los factores humanos como un enfoque para mejorar la seguridad. Desde mediados de la década de 1980, la aviación ha aceptado la falibilidad humana como algo inevitable. En lugar de exigir una perfección constante que es insostenible, y de castigar públicamente los errores, esta industria ha diseñado sistemas para reducir al mínimo el impacto del error humano. En la actualidad, el récord de la aviación en materia de seguridad es testimonio de este enfoque: a pesar del promedio de diez millones de despegues y aterrizajes al año, ha habido menos de diez accidentes fatales de aviación comercial por año a nivel mundial desde el año 1965, y muchos de ellos han ocurrido en países en vías de desarrollo.

Fuente: *Human factors in health care* [“Los factores humanos en la atención clínica”]. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [Comisión Australiana sobre Seguridad y Calidad de la Atención Clínica], 2006 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); accedido el 21 de febrero de 2011).

Factores humanos y ergonomía



Los términos *factores humanos* y *ergonomía* se usan para describir interacciones entre los individuos en el trabajo, la tarea a realizar y el lugar de trabajo en sí mismo. Estos términos pueden emplearse indistintamente.

El estudio de los factores humanos es una ciencia reconocida que recurre a muchas disciplinas (como la anatomía, la fisiología, la física y la biomecánica) para entender

cómo la gente se desempeña en situaciones diferentes. Definimos a los factores humanos como *el estudio de todos los factores que hacen que resulte más fácil realizar el trabajo en la forma adecuada*.

Otra definición de factores humanos es el estudio de la interrelación entre los humanos, las herramientas y los equipos que utilizan en el lugar de trabajo, y el entorno en el que trabajan [1].

La aplicación de los conocimientos sobre factores humanos

Se pueden aplicar los conocimientos en materia de factores humanos en cualquier lugar en el que trabajen seres humanos. En la atención clínica, conocer los efectos de los factores humanos nos puede ayudar a diseñar procesos que hagan que les resulte más fácil a los prestadores de la atención clínica realizar su trabajo correctamente. La aplicación de principios de factores humanos resulta muy pertinente a la seguridad del paciente porque las ciencias básicas de seguridad forman parte integral de la disciplina de ingeniería de factores humanos. Los principios de factores humanos nos pueden ayudar a asegurarnos de que empleemos prácticas seguras de prescripción y expendio, tengamos buena comunicación de equipo, y compartamos información con otros profesionales de la atención clínica y con los pacientes en forma efectiva. Estas tareas, que alguna vez se pensó que eran básicas, se han tornado bastante complicadas como consecuencia de la mayor complejidad de los sistemas de atención clínica. Gran parte de la atención clínica depende de los profesionales que la brindan. Los expertos en factores humanos sostienen que las equivocaciones pueden reducirse al concentrarse en los prestadores de atención clínica y al estudiar cómo interactúan con su entorno y como parte de su entorno. La aplicación de principios de factores humanos puede lograr que resulte más fácil para los prestadores de atención clínica cuidar de los pacientes.

Los principios de factores humanos pueden aplicarse en cualquier entorno. Industrias tales como la aviación, la manufactura y la militar han aplicado conocimientos de factores humanos para mejorar sistemas y servicios durante muchos años [2].

Las enseñanzas y los ejemplos de otras industrias demuestran que mediante la aplicación de principios de factores humanos podemos mejorar los procesos de trabajo en la atención clínica. Por ejemplo, las causas subyacentes de muchos eventos adversos se relacionan con la mala comunicación entre la gente en el sistema y sus acciones. Mucha gente cree que las dificultades en la comunicación entre miembros de equipos de atención clínica se relacionan con el hecho de que a cada persona le corresponde una cantidad de tareas a realizar en el mismo momento. La investigación en el campo de la ingeniería de factores humanos demuestra que lo que importa no es la cantidad de tareas que deban completarse, sino el tipo de tareas. Un profesional puede explicar los pasos de un procedimiento simple a un estudiante mientras lleva a cabo ese procedimiento, pero en una situación complicada, el profesional quizás no pueda hacerlo al tener que concentrarse en la tarea que está realizando. Una noción de factores humanos y la adherencia a sus principios son fundamentales en la disciplina de seguridad del paciente [3].

Los expertos en factores humanos contribuyen a que resulte más fácil para la gama más am-

plia de prestadores de atención clínica rendir al máximo y, a la vez, cuidar de los pacientes. Esto es importante ya que el objetivo de un buen esquema de factores humanos es albergar a todos los individuos que utilizan el sistema e interactúan con él. Esto implica pensar en cuestiones relativas al diseño de sistemas no solamente respecto de la vulnerabilidad de los pacientes, los familiares ansiosos y los clínicos tranquilos, descansados y experimentados, sino también en relación con trabajadores de la atención clínica sin experiencia que pueden estar estresados, cansados y en apuros.

Los expertos en factores humanos recurren a directrices y principios basados en la evidencia para diseñar formas de facilitar la realización segura y eficaz de tareas tales como: (i) recetar y expender medicamentos; (ii) transferir información; (iii) trasladar pacientes; (iv) anotar medicación y otras órdenes en el archivo del paciente en forma electrónica y (v) preparar medicamentos. Si estas tareas se simplificaran para los profesionales de la atención clínica, esos profesionales podrían brindar una atención clínica más segura. Estas tareas requieren de soluciones de diseño que incluyen programas (sistemas informatizados de entrada de órdenes y programas que permitan el expendio), equipos (bombas de infusión IV), herramientas (bisturís, jeringas, camas para pacientes) y la disposición física apropiada de las áreas de trabajo, incluida una iluminación adecuada. La revolución tecnológica en la atención clínica ha aumentado la pertinencia de los factores humanos respecto de los errores porque el potencial de daño es grande cuando media un mal manejo de la tecnología y de los aparatos de atención clínica [3]. Los conocimientos de factores humanos también permiten una mayor comprensión de las consecuencias de la fatiga en los humanos. Los profesionales de la atención clínica que están cansados son más propensos a las lagunas mentales y a las equivocaciones, porque la fatiga puede afectar el rendimiento y provocar cambios de ánimo, ansiedad, depresión y enojo [4, 5]. Si un enfermero tiene que trabajar un turno extra debido a escasez de personal, entonces puede predecirse que estará falto de descanso y más propenso a cometer errores.

En su sentido más amplio, el estudio de los factores humanos abarca interacciones entre humanos y máquinas (incluido el diseño de equipos) como también interacciones entre humanos entre sí, como la comunicación, el trabajo en equipo y la cultura organizacional. La ingeniería de factores humanos busca identificar y promover el mejor engranaje entre la gente y el entorno en el que viven y trabajan, especialmente en relación con la tecnología y las características físicas de diseño presentes en el entorno de trabajo.

Esta disciplina se percata de que el lugar de trabajo debe estar diseñado y organizado para reducir al mínimo la

probabilidad de los errores y sus consecuencias cuando ocurren. Si bien no podemos eliminar la falibilidad humana, podemos hacer cosas para moderar y limitar los riesgos.

Debe advertirse que el estudio de los factores humanos no se trata tanto de los humanos *directamente* como su nombre podría sugerir, sino que más bien se trata de entender las limitaciones humanas y diseñar el lugar de trabajo y los equipos que usamos, de modo tal que se deje un margen de variabilidad entre los humanos y sus actividades.

Saber cómo la fatiga, el estrés, la mala comunicación, las interrupciones, y las habilidades y conocimientos insuficientes afectan a los profesionales de la salud es importante porque nos ayuda a entender las características de predisposición que pueden estar asociadas a los eventos adversos y a los errores. La base fundamental del estudio de los factores humanos se relaciona con cómo los seres humanos procesamos la información. Adquirimos información del mundo que nos rodea, la interpretamos, le damos sentido y luego respondemos a ella. Pueden ocurrir errores en cada etapa de este proceso (ver el Tema 5). → 

Los seres humanos no son máquinas. Las máquinas, cuando reciben el mantenimiento adecuado, son en general muy predecibles y confiables. De hecho, en comparación con las máquinas, los seres humanos son impredecibles y poco confiables, y nuestra habilidad para procesar información es limitada dada la capacidad de nuestra memoria de trabajo. Sin embargo, los seres humanos son muy creativos, conscientes de sí mismos, imaginativos y flexibles en su pensamiento [6].

Los seres humanos también somos distraídos, lo que constituye tanto una fortaleza como una debilidad. La capacidad para distraernos nos ayuda a darnos cuenta cuando está sucediendo algo inusual. Somos muy buenos para reconocer y responder ante situaciones con rapidez y para adaptarnos a información y situaciones nuevas. Sin embargo, nuestra habilidad para la distracción también nos predispone al error, porque cuando estamos distraídos, quizás no prestemos atención a los aspectos más importantes de una tarea o situación. Tomemos el ejemplo de un estudiante de enfermería o medicina que le está sacando sangre a un paciente. Cuando el estudiante está acomodando las cosas luego de tomar la muestra de sangre, un paciente en una cama cercana pide asistencia. El estudiante deja de hacer lo que está haciendo, va a ayudar al paciente y se olvida de que los tubos no están rotulados. O el ejemplo de un farmacéutico que está tomando una orden de medicación por teléfono y un colega lo interrumpe con una pregunta. En una situación así, quizás el farmacéutico no escuche bien a la persona del otro lado de la línea, o quizás se olvide de chequear la medicación o la dosis como consecuencia de la distracción.

Nuestro cerebro también puede "engañarnos" al malinterpretar la situación, y de este modo se contribuye a que sucedan errores.

El hecho de que podamos malinterpretar una situación, a pesar de tener las mejores intenciones, es una de las razones principales por las que nuestras decisiones y acciones pueden ser defectuosas, lo que ocasiona equivocaciones "tontas", sin importar el nivel de experiencia, inteligencia, motivación o cuán alerta estemos. En ámbitos de atención clínica, describimos estas situaciones como errores. Estos errores pueden traer consecuencias para los pacientes.

Estas consideraciones son importantes porque son recordatorios de que cometer errores no es tan malo como *inevitable*. En palabras más sencillas, el error es la desventaja de tener cerebro. Reason [6] describió el error como la falla de una acción planeada para alcanzar el resultado deseado o la diferencia entre lo que concretamente se hizo y lo que debería haberse hecho.

La relación entre los factores humanos y la seguridad del paciente

Es importante que todos los trabajadores de la atención clínica sean conscientes de las situaciones que aumentan la probabilidad de error para los seres humanos [7]. Esto es de particular importancia para estudiantes y demás personal inexperimentado.

Varios factores individuales afectan el rendimiento humano, y así predisponen a una persona al error. Dos factores de mayor impacto son la fatiga y el estrés. Hay pruebas científicas contundentes que vinculan a la fatiga con el rendimiento afectado; se convierte así en un factor de riesgo conocido en la seguridad del paciente [8]. Se ha demostrado que el trabajo prolongado produce el mismo deterioro en el rendimiento que un nivel de alcohol en sangre de 0,05 mmol/l, estado en el que sería ilegal manejar un automóvil en muchos países [9].

La relación entre el estrés y el rendimiento también se ha confirmado con la investigación. Mientras que los altos niveles de estrés no resultan ajenos para nadie, es importante reconocer que niveles bajos de estrés también son contraproducentes, dado que pueden conducir al aburrimiento y a no atender una tarea con la vigilancia adecuada.

A los pilotos de avión se les exige utilizar una serie de listas personales de verificación para monitorear su rendimiento. Este es un método que los trabajadores de la atención clínica podrían adoptar con facilidad. Todos los trabajadores de la atención clínica deberían considerar la utilización de una serie de estrategias personales de

reducción de errores para asegurarse de que su rendimiento en el trabajo sea óptimo.

El acrónimo IM SAFE ["Es prudente que maneje"] acuñado en la industria de la aviación (illness [enfermedad], medication [medicación], stress [estrés], alcohol, fatigue [fatiga], emotion [emoción]) sirve como técnica de autoevaluación para determinar, todos los días al entrar al lugar de trabajo, si es peligroso que una persona trabaje (esta herramienta se desarrolla con mayor profundidad en el Tema 5). → 

La puesta en práctica de los conocimientos de factores humanos

Existen varias maneras mediante las cuales los estudiantes pueden poner en práctica sus conocimientos de factores humanos al atender a los pacientes.

Aplicar una mentalidad de factores humanos en el entorno laboral [10]

Los estudiantes pueden aplicar una mentalidad de factores humanos apenas ingresan a un entorno de enseñanza clínica. Además, se sabe que los siguientes consejos limitan el potencial de error humano.

Evitar confiar en la memoria

Para rendir bien sus exámenes, los estudiantes deben recordar una gran cantidad de hechos e información. Esto está bien para un examen, pero a la hora de atender a pacientes, confiar solamente en la memoria es peligroso, particularmente cuando puede traer como resultado que un paciente reciba la droga o dosis equivocada. Los estudiantes deben buscar imágenes y diagramas de los pasos a seguir en el proceso o procedimiento de un tratamiento. Verificar las acciones que uno realiza con una imagen o diagrama puede ayudar a que la memoria no esté tan cargada, y esto permitirá al estudiante poder concentrarse en la tarea a realizar, por ejemplo confeccionar una historia clínica o administrar la droga adecuada.

Este es uno de los principales motivos por los que los protocolos son tan importantes en la atención clínica: disminuyen la dependencia de la memoria. Por otro lado, usar demasiados protocolos no resulta útil, especialmente si no se actualizan a tiempo o si no están basados en la evidencia. Los estudiantes deben preguntar acerca de los principales protocolos que se utilizan en el ámbito en el que están trabajando, así pueden familiarizarse con ellos. Es importante chequear cuándo fue la última vez que se revisaron. Investigar más los procesos de revisión de los protocolos refuerza la idea importante de que para ser efectivo, un protocolo debe ser un documento con vida.

Visibilizar las cosas

Los estudiantes observarán que muchas salas y clínicas cuentan con equipos que resultan necesarios para el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de pacientes (por ejemplo, unidades de rayos X, bombas de infusión, bisturís eléctricos, tubos de oxígeno). Muchos estudian-

tes tendrán que utilizar dichos equipos. Una vez más, el uso de imágenes y carteles sobre los pasos a seguir para encender y apagar estos equipos y leer las pantallas ayudará a los estudiantes a dominar las habilidades necesarias. Otro buen ejemplo del uso de recordatorios visuales es utilizar recordatorios gráficos de higiene de manos para el personal y para los pacientes.

Revisar y simplificar los procesos

Cuanto más simple, mejor. Esta frase se aplica a todos los caminos de la vida, incluida la atención clínica. Algunas tareas en la atención clínica se han vuelto tan complicadas que son una fórmula para el error, por ejemplo los procesos de transferencia y alta de pacientes. Simplificar las transferencias mediante la implementación de estrategias de comunicación que sean directas, reducidas en cuanto a su cantidad y que involucren al paciente disminuirá los errores. Los estudiantes pueden ayudar a simplificar los procesos de comunicación repitiendo las instrucciones que reciben y asegurándose de entender los protocolos que se estén implementando. Si no hay un protocolo para las transferencias, por ejemplo, el estudiante podría preguntar cómo los distintos profesionales de la atención clínica se aseguran de que la información que están comunicando se reciba y entienda correctamente, cómo saben si el paciente recibió el tratamiento adecuado y cómo pueden estar seguros de que el paciente o su cuidador haya recibido información correcta y a tiempo.

Otros ejemplos de simplificación de procesos podrían incluir: (i) limitar la gama de drogas disponibles para recetar; (ii) restringir la cantidad de preparados diferentes de dosis de las drogas disponibles y (iii) llevar inventarios de drogas frecuentemente administradas.

Estandarizar los procesos y procedimientos comunes

Incluso los estudiantes que trabajan solamente en un establecimiento observarán que cada sección o clínica realiza ciertas tareas en forma diferente. Esto significa que tienen que reaprender cómo hacer las cosas cada vez que se trasladan a un área nueva. Las instalaciones de atención clínica que han estandarizado la manera en la que hacen las cosas (cuando corresponde) son de gran ayuda al personal, en tanto se disminuye su dependencia de la memoria, a la vez que se mejora la eficiencia y se ahorra tiempo. Los formularios de alta, los acuerdos de prescripción y los tipos de equipos pueden estandarizarse dentro de un hospital, región o incluso a nivel nacional.

Utilizar listas de verificación rutinariamente

El uso de listas de verificación se ha aplicado con éxito en muchas áreas del trabajo humano, tales como el estudio para evaluaciones, los viajes y las compras. Luego de la reciente publicación de los resultados de una investigación encomendada por la OMS en el *New England Journal of Medicine* sobre el uso de una lista de verificación de cirugía segura [11], para muchas actividades de la atención clínica ahora se usan con frecuencia las listas

verificación. Los estudiantes deben habituarse a usarlas en sus prácticas, particularmente en aquellos casos en los que el modo de seleccionar o implementar el tratamiento está basado en la evidencia.

Disminuir la dependencia de la vigilancia

Los seres humanos nos distraemos y aburrimos fácilmente si no hay mucha actividad. Los estudiantes deben estar alertas al potencial de error cuando están participando de actividades largas y repetitivas. En ese tipo de situaciones, la atención que le prestamos a la actividad a realizar irá disminuyendo en la mayoría de los casos, especialmente si estamos cansados. Nuestros esfuerzos por mantener la concentración, en algún momento, fallarán.

Resumen



En resumen, las enseñanzas que nos deja el estudio de los factores humanos en otras industrias son pertinentes a la seguridad del paciente en todos los entornos de la atención clínica. Esto incluye entender las interacciones e interrelaciones entre los humanos y las herramientas y máquinas que utilizan. Comprender la inevitabilidad del error y la gama de capacidades y respuestas humanas en cualquier tipo de situación es esencial para saber cómo la aplicación de principios de factores humanos puede mejorar la atención clínica.

Estrategias y formatos de enseñanza

Es probable que este tema sea muy nuevo para la mayoría de la gente, por lo que quizás sea una buena idea primero presentarlo en forma independiente. Este tema ofrece la oportunidad de una enseñanza imaginativa y creativa en el entorno clínico, e idealmente se enseña utilizando ejercicios prácticos en lugar de disertaciones didácticas. Gran parte del cuerpo docente no va a estar familiarizado con esta área y quizás sea conveniente invitar a profesores de otras facultades como ingeniería o psicología. Los cuerpos docentes de estas facultades tal vez cuenten con expertos en ingeniería de factores humanos que podrán dar una disertación introductoria sobre los principios.

Disertación a modo de introducción general



Dado que este tema presentará conocimientos nuevos para los estudiantes, quizás sea apropiado invitar a un experto en factores humanos para que dé una disertación sobre los principios subyacentes. Los expertos en factores humanos generalmente están en los campos de la ingeniería o la psicología. Algunas de estas disciplinas han incorporado la atención clínica a su campo, y también puede haber algún clínico que haya estudiado factores humanos y aplicado esos conocimientos en su práctica profesional. Se puede invitar a una persona idónea a dar una disertación que abarque los conocimientos básicos y que utilice casos prácticos de la atención clínica en las presentaciones.

Actividades individuales y con pequeños grupos



Quizás sea conveniente para los profesores elegir ca-

sos prácticos que aborden consideraciones de factores humanos respecto de equipamiento clínico común. En todos y cada uno de los entornos clínicos, se pueden hallar buenos y malos ejemplos que ilustren principios de factores humanos. Además, los profesores podrían pedir a los estudiantes que consideren el impacto de los factores humanos en áreas no clínicas, tales como sus vidas personales, sus relaciones en instituciones educativas y experiencias laborales pasadas.

Ejemplos:

1. Pedir a los estudiantes que analicen los equipos en varias partes del establecimiento en el que están trabajando (por ejemplo, unidad de rehabilitación, área de emergencias, clínica, unidad de terapia intensiva {UTI}, área de radiología, farmacia, cirugía dental).

- ¿Qué área tiene la mayor cantidad de equipos? ¿Cuáles son los peligros asociados al uso de un solo equipo para tratar a múltiples pacientes? ¿El equipo recibe un buen mantenimiento? ¿Cómo afectan los factores humanos el funcionamiento eficaz y seguro de los equipos?

- Por cada equipo que encuentren, considerar lo siguiente:
 - ¿Qué tan fácil es encontrar el botón de encendido/apagado?
 - ¿Qué tan fácil es entender cómo funciona el equipo?
 - ¿A los estudiantes avanzados y a los profesores y técnicos experimentados les significa un esfuerzo entender cómo usar el equipo?

2. Respecto del uso práctico de las alarmas:

- ¿Con qué frecuencia suenan las alarmas de los distintos tipos de equipos?
- ¿Con qué frecuencia se las ignora?
- ¿Qué sucede cuando se suspende la alarma? ¿Queda claro por cuánto tiempo estará suspendida?
- ¿Silenciar la alarma es una respuesta "automática" o hay un método sistemático para descubrir su causa?

3. Considerar cómo se relaciona el diseño un equipo con la seguridad. Por ejemplo, ¿qué tan fácil es programar correctamente una bomba de infusión determinada?

- ¿Qué peligros están asociados a tener más de un tipo de bomba de infusión en la misma área de trabajo o establecimiento?

4. Confeccionar una lista de verificación para llevar a cabo un procedimiento clínico de urgencia.

Utilizar la investigación de un evento adverso para revisar cuestiones de factores humanos (ver Tema 5: *Cómo aprender de los errores para prevenir el daño*).

Enfermeros: ¿demasiado cansancio como para mantener la seguridad?

Martes 20 de julio de 2004

La noticia. Lo que es cierto respecto de los médicos también lo es respecto de los enfermeros licenciados. Aquellos que trabajan muchas horas, a veces en forma inesperada, como por ejemplo turnos que exceden las doce horas, cometen más equivocaciones que aquellos que trabajan menos horas.

A esa conclusión llegó un estudio financiado por el gobierno federal de los Estados Unidos en la edición de julio/agosto del periódico *Health Affairs*. El estudio es uno de los primeros en analizar la relación entre los errores médicos y la fatiga de enfermeros licenciados, que son quienes prestan la mayor parte de la atención directa a los pacientes hospitalarios.

El estudio. Ann Rogers, profesora adjunta de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Pensilvania (University of Pennsylvania School of Nursing), estudió, junto con sus colegas, a 393 enfermeros que trabajaban a tiempo completo en hospitales de todo el país. Prácticamente todas eran mujeres y la mayoría eran blancas, de mediana edad, estaban empleadas en grandes hospitales urbanos y tenían más de una década de experiencia.

Durante dos semanas, cada enfermera llevaba un registro de las horas trabajadas, los descansos y las equivocaciones. En general, se detectaron 199 errores y 213 casi errores, generalmente cometidos por las enfermeras.

La mayoría de los errores o casi errores tenían que ver con la medicación, incluidos los casos de droga equivocada,

dosis equivocada, paciente equivocado, método de administración equivocado, horario equivocado o directamente la omisión de dar la medicación.

La cantidad de errores y casi errores aumentaba cuando los turnos de las enfermeras excedían las doce horas diarias, cuando la cantidad total de horas de trabajo excedía las cuarenta por semana o cuando, sin preverlo, trabajaban horas extra al finalizar un turno regular. "Los enfermeros no son diferentes a otros grupos profesionales", dijo Rogers. "Cuando trabajan más, el riesgo de error aumenta".

Las consecuencias en los pacientes. Al igual que los estudios anteriores de residentes, en este no se intentó vincular a los errores directamente con el daño a los pacientes. En un estudio anterior llevado a cabo en Pensilvania se descubrió que agregar un paciente quirúrgico extra a la carga de trabajo de una enfermera aumentaba las probabilidades de muerte de sus pacientes o de sufrir una complicación grave.

Y con mayor amplitud. Las inquietudes respecto de la prevalencia de los errores médicos y de las consecuencias de la fatiga en los médicos residentes o en capacitación ha dado lugar a nuevas normas en algunas especialidades, las cuales limitan la cantidad de horas semanales a 80 y los turnos a un máximo de 24 horas. Algunos estados están considerando imponer límites en los turnos de los enfermeros, los cuales se han extendido en la última década debido al recorte de personal en hospitales y también por una escasez de enfermeros a nivel nacional.

Fuente: Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* ["Enfermeros: ¿demasiado cansancio como para mantener la seguridad?"] Washington Post. Martes 20 de julio de 2004. © 2004 The Washington Post Company

Actividad

– Indicar a los alumnos que lean el artículo publicado en el *Washington Post* y que piensen qué factores podrían asociarse a enfermeros cansados.

Trabajadora de la atención clínica con falta de descanso

Luego de finalizar su turno de 36 horas en un gran centro médico académico, una residente de medicina interna de primer año se subió a su automóvil dispuesta a manejar hasta su casa. En el trayecto, se quedó dormida

al volante y chocó con un auto en el que manejaba una mujer de 23 años, quien sufrió una lesión en la cabeza que la dejó permanentemente discapacitada.

La lesionada (la parte demandante) inició una acción legal por mala praxis médica contra el centro médico, alegando que el centro "sabía, o debería haber sabido, que la residente había trabajado 34 de las 36 horas que había estado de guardia, y sabía, o debería haber sabido, que consecuentemente estaba cansada por la cantidad excesiva de horas que había trabajado, y que se fue del

hospital con el discernimiento afectado porque estaba falta de descanso.”

Preguntas

- ¿Se han topado con alguna situación parecida con alguno de sus compañeros o colegas trabajadores de la salud?
- Si se toparan con una situación parecida, ¿cómo aconsejarían a la residente luego de terminar un turno de 36 horas?
- ¿Consideran que el centro médico es responsable por las lesiones sufridas por la mujer?
- ¿Qué medidas sugerirían para prevenir incidentes similares en el futuro?

Fuente: Caso facilitado por el profesor Armando C. Crisóstomo, Área de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Filipinas/ Hospital General de Filipinas (University of the Philippines Medical College/Philippines General Hospital). Manila, Filipinas.

Un hisopo olvidado luego de una episiotomía

Este caso ilustra una falla a la hora de chequear protocolos en quirófanos.

Sandra, una mujer de 28 años, consultó a su obstetra debido a que hacía tres días que su flujo vaginal tenía un olor muy fuerte. Sandra había dado a luz a un bebé diez días atrás. Habían tenido que realizar una episiotomía durante el parto. El obstetra sospechaba que se trataba de una infección urinaria y recetó un tratamiento con antibióticos por cinco días.

Sandra volvió a ver al obstetra una semana después con los mismos síntomas. Había completado la toma de los antibióticos. Por medio de una revisión vaginal se descubrió que la zona de la episiotomía presentaba sensibilidad y algo de hinchazón. El obstetra revisó la historia clínica de Sandra en detalle, y prestó especial atención a las anotaciones sobre el parto y el resultado del hisopado. El resultado se había anotado en la historia clínica y había sido verificado por un segundo enfermero. Otro tratamiento con antibióticos fue prescripto.

Como los síntomas continuaban, Sandra decidió consultar una segunda opinión y fue a ver a otro obstetra, quien la internó para realizarle una revisión con anestesia y un procedimiento de dilatación y raspado. El segundo obstetra llamó por teléfono al primero al encontrar un hisopo olvidado durante la cobertura de la herida de la episiotomía.

Actividad

- Si los estudiantes son estudiantes de enfermería, preguntarles acerca del rol del enfermero en el quirófa-

no, especialmente en relación con el hisopo olvidado durante el primer procedimiento. Preguntar acerca del proceso para establecer los factores subyacentes que podrían estar asociados al evento adverso.

Fuente: Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina – Consenso de expertos. Caso facilitado por Ranjit De Alwis, profesor titular, Universidad Médica Internacional (International Medical University), Kuala Lumpur, Malasia.

Cambio en la práctica habitual sin notificar al equipo de atención clínica

Este caso ilustra cómo inciden los factores humanos en la seguridad del paciente. El incidente en cuestión muestra la falta de comunicación dentro del equipo clínico y la omisión de respetar los protocolos de tratamiento que se habían acordado, lo que condujo a que se pusiera en peligro la atención a los pacientes.

Mary es odontóloga especialista en tratamientos de conducto. Normalmente realiza el procedimiento entero en una sesión, circunstancia muy conocida por su equipo de trabajo.

Un día se sentía mal mientras estaba realizando un tratamiento de conducto en un molar superior de un paciente. Como no se sentía bien, decidió no rellenar los conductos del diente y dejar esta tarea pendiente para otro turno. Mary no le explicó esta situación a su asistente. A su vez, el asistente no anotó que sería necesaria otra sesión para terminar el tratamiento.

Mary se olvidó del caso. El paciente continuó su tratamiento con otros odontólogos, y dado que en la historia clínica no se hicieron anotaciones suficientes, ninguno de los otros odontólogos se preocupó especialmente por el tratamiento de conducto incompleto. Otro odontólogo luego rellenó la cavidad dental sin darse cuenta de que los conductos estaban sin rellenar.

Tres meses después, el paciente volvió con una lesión importante cerca del conducto e inflamación. En ese momento, fue necesario recetar un tratamiento con antibióticos antes de extraer el molar infectado.

Preguntas

- Nombrar algunos factores que podrían haber contribuido a la documentación incompleta del tratamiento incompleto.
- ¿Qué factores pueden haber estado presentes como para que los otros odontólogos en turnos posteriores no apreciaran los conductos sin rellenar?
- Debatir las responsabilidades de los diferentes miembros de un equipo (en su área o práctica) relacionadas con las anotaciones de registros y la documentación.

Fuente: Caso facilitado por Shan Ellahi, Consultor en Seguridad del Paciente, Servicios Comunitarios Ealing and Harrow, National Health Service [Servicio Nacional de Salud], Londres, RU.

La evaluación de los conocimientos de este tema

Este tema puede evaluarse a través de una variedad de estrategias, incluidas las POM, los ensayos, las PMR breves, los DDC y la autoevaluación. Una forma útil de comprobar si los estudiantes entendieron es indicarle a un estudiante o a un grupo de estudiantes que guíen un debate en pequeños grupos sobre una cuestión relativa a los factores humanos en el área clínica. Si los estudiantes están en el lugar de trabajo, se les puede pedir que observen cómo se usa la tecnología y cuáles son los pasos preparatorios que se realizan para capacitar a los trabajadores de la atención clínica para su utilización.

La evaluación de la enseñanza de este tema

La evaluación es importante en cuanto a la revisión de cómo salió una clase y cómo se puede mejorar. En la Guía para el Docente (Parte A) se puede encontrar un resumen de principios importantes de evaluación.

Herramientas y material de referencia

Seguridad del paciente

National Patient Safety Education Framework, ["Marco Nacional sobre Educación en Seguridad del Paciente"] secciones 4.2 y 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); accedido el 21 de febrero de 2011).

Grupo clínico de factores humanos

<http://www.chfg.org>; accedido el 18 de enero de 2011. Este sitio cuenta con una presentación de PowerPoint que explica factores humanos en forma clara.

Human factors in health care ["Los factores humanos en la atención clínica"]. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care ["Comisión Australiana sobre Seguridad y Calidad de la Atención Clínica"], 2006. ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/\\$File/humfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humfact.pdf); accedido el 21 de febrero de 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety ["Ingeniería de factores humanos y seguridad del paciente"]. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354.

Este artículo está disponible en forma gratuita en la Web y ofrece una explicación básica de factores humanos y su pertinencia a la seguridad del paciente.

Diseño a prueba de equivocaciones

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* ["Lograr que el diseño de los procesos de la atención clínica sea a prueba de equivocaciones"] (elaborado en el marco de un IPA [Intergovernmental Personnel Act] con Berry College) ["IPA" refiere a un programa de movilidad mediante el que a empleados del gobierno federal y estadual de los EE.UU. se los transfiere a organismos privados, y viceversa, para trabajar en un proyecto específico por tiempo determinado.] Publicación N° 070020 de la AHRQ [Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, mayo de 2007 (<http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>; accedido el 18 de enero de 2011).

La fatiga en los trabajadores de la atención clínica

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident ["La responsabilidad del residente con falta de descanso"]. *American Journal of Roentgenology*, 2008; 190:845-851.

Referencias

1. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. *To err is human: building a safer health system*. ["Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro"] Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
2. Cooper N., Forrest K., Cramp P. *Essential guide to generic skills*. ["Guía esencial de habilidades genéricas"] Malden, M.A., Blackwell, 2006.
3. *National Patient Safety Education Framework*, ["Marco Nacional sobre Educación en Seguridad del Paciente"] secciones 4.2 y 4.5 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); accedido el 21 de febrero de 2011).
4. Pilcher J.J., Huffcutt A.I. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis ["Las consecuencias de la falta de descanso en el rendimiento: un meta-análisis"]. *Sleep*, 1996, 19:318-26
5. Weinger M.B., Ancora-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance ["La falta de descanso y el rendimiento clínico"]. *Journal of the American Medical Association*, 287:955-7 2002.
6. Runciman W., Merry A., Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right* ["Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien"], 1era ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.
7. Vincent C. *Clinical risk management—enhancing patient safety* ["Gestión de riesgo clínico: mejorar la seguridad del paciente"]. London, British Medical Journal Books, 2001
8. Flin R., O'Connor P., Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills* ["La parte espinosa de la seguridad: una guía de habilidades no técnicas"]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
9. Dawson D., Reid K. Fatigue, alcohol and perfor-

mance impairment [“Fatiga, alcohol y deficiencia de rendimiento”]. *Nature*, 1997, 388:235–237.

9. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety* [“Manual de factores humanos y ergonomía para la atención clínica y la seguridad del paciente”]. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.
10. Haynes A.B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population [“Una lista de verificación de cirugía segura a fin de reducir la morbilidad y mortandad en una población global”]. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Diapositivas del Tema 2: ¿Por qué aplicar el factor humano es importante para la seguridad del paciente?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor forma de enseñar seguridad del paciente, pero este tema en particular contiene algunos principios teóricos con los que los estudiantes deben familiarizarse. Se puede invitar a un ingeniero o a un psicólogo experto en factores humanos para que presente un panorama general de factores humanos. Si se planea dar una disertación, es una buena idea planificar la interacción entre los estudiantes y el debate durante la disertación. Para generar el debate, se puede recurrir a un caso práctico. Los ingenieros pueden dar ejemplos de otras industrias, como la aviación y el transporte. Si se emplean estos ejemplos, también se debe proporcionar un ejemplo que sea pertinente a la atención clínica, de modo tal que los estudiantes puedan apreciar la aplicación de la teoría. También se pueden formular preguntas a los estudiantes acerca de distintos aspectos de la atención clínica que saquen a relucir las cuestiones planteadas en este tema. Las diapositivas del Tema 2 están diseñadas para ayudar al profesor a desarrollar el contenido de este tema. Pueden modificarse para adaptarse al entorno y a la cultura locales. No es necesario que se usen todas las diapositivas; es mejor adaptarlas al contenido que va a desarrollarse en la clase.

Tema 3

¿Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente?

Pacientes a quienes les inyectaron una solución equivocada

A Jacqui le realizaron un estudio exploratorio llamado colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un importante hospital universitario debido a que se sospechaba que tenía un desorden en la vesícula biliar. Bajo anestesia general, se le introdujo un endoscopio por la boca, que fue llevado por el esófago hasta el duodeno. Por el endoscopio se colocaron cánulas en el conducto biliar común y se inyectó un medio de contraste para poder hacer una radiografía.

Dos meses después, le comunicaron a Jacqui que era una de los 28 pacientes a los que se les había inyectado un medio de contraste que contenía una sustancia corrosiva, fenol. El área de farmacia normalmente pedía viales de 20 ml de Conray 280; sin embargo, por un período de aproximadamente cinco meses, por equivocación pidie-

ron y proveyeron al quirófano viales de 5 ml de Conray 280 al 60% con 10% de fenol, cuyas etiquetas decían claramente "utilizar bajo estricta supervisión: sustancia cáustica" y "vial de dosis única". Finalmente un enfermero se dio cuenta del error, que no había sido advertido por el área de farmacia ni por muchos equipos del personal de quirófano.

La manera en la que la medicación se pide, se almacena, se entrega a los quirófanos y el método para asegurarse de que se está dando la medicación correcta a los pacientes constan de múltiples pasos con muchas oportunidades para cometer errores. Entender la complejidad del sistema es necesario para entender dónde y cómo encajan las distintas piezas.

Fuente: *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital 8 February — 7 June 1999* ["Informe de una investigación de incidentes en el quirófano del Hospital Canterbury 8 de febrero — 7 de junio de 1999"] Health Care Complaints Commission [Comisión de Demandas de Atención Clínica], Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia. Septiembre 1999:1-37 (<http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx>; accedido el 18 de enero de 2011).

Introducción: ¿Por qué una mentalidad sistémica es importante para la seguridad del paciente?



La atención clínica casi nunca es llevada a cabo por individuos aislados. La atención segura y eficaz depende no solo de los conocimientos, las habilidades y las conductas de los trabajadores con los cargos más importantes, sino también de cómo esos trabajadores cooperan y se comunican en el entorno laboral, que en sí mismo generalmente forma parte de una organización mayor. En otras palabras, los pacientes dependen de que muchas

personas hagan las cosas bien en el momento indicado; es decir, dependen de un sistema de atención [1]. Para ser un profesional de atención clínica segura es necesario entender las interacciones y relaciones complejas que existen en la atención clínica. Ese entendimiento puede, por ejemplo, ayudar a los profesionales a identificar las oportunidades de cometer equivocaciones que pueden dañar a los pacientes y a los clientes, y a tomar medidas para prevenirlas. Este tema trata sobre el sistema de salud; de cómo disminuir los errores se encarga en detalle el Tema 5.

Palabras clave

Sistema, sistema complejo, organización de alta confiabilidad (OAC).

Objetivo pedagógico



Entender cómo una mentalidad sistémica puede mejorar la atención clínica y reducir al mínimo los eventos adversos.

Resultados pedagógicos: conocimiento y actuación

Requisitos de conocimientos



Los estudiantes deben ser capaces de explicar los términos *sistema* y *sistema complejo* en cuanto a su relación con la atención clínica, y por qué un enfoque sistémico para abordar la seguridad del paciente es superior al enfoque tradicional.

Requisito de actuación



Los estudiantes deben ser capaces de describir los elementos de un sistema de prestación de atención clínica segura.

Lo que los estudiantes deben saber sobre sistemas en la atención clínica: explicar a qué se refieren los términos *sistema* y *sistema complejo* en cuanto a su relación con la atención clínica

¿Qué es un sistema?



La palabra *sistema* es un término amplio que se usa para describir a todo conjunto de dos o más partes que interactúan, o "un grupo interdependiente de ítems que forman un todo unificado" [2].

Los estudiantes de profesiones de la salud estarán familiarizados con el concepto de sistemas en el contexto de sistemas biológicos y orgánicos. Los sistemas orgánicos incluyen desde cosas tan pequeñas como una célula a organismos más complejos o poblaciones enteras. Estos sistemas están en un estado permanente de intercambio de información tanto a nivel interno como externo. El proceso continuo de entrada, transformación interna, salida y retroalimentación es característico de estos sistemas. Las mismas características se aplican a los múltiples sistemas que conforman la atención clínica, como así también al sistema de atención clínica en su conjunto.

Sistemas complejos

Cuando los estudiantes ingresan por primera vez en un establecimiento clínico, con frecuencia se sienten abrumados por su complejidad: la gran cantidad de prestadores de atención clínica, la relación entre los profesionales y las especialidades clínicas, la diversidad de los pacientes, las distintas áreas, los distintos olores, etc. Los estudiantes están observando y respondiendo ante las instalaciones de atención clínica como un sistema. Pa-

rece caótico e impredecible, y se preguntan cómo van a hacer para adaptarse al entorno. Finalmente, se los asigna en distintas salas, áreas y clínicas y se acostumbran al funcionamiento de su área o disciplina particular. Luego pueden tranquilamente olvidarse del resto del sistema.

Un sistema complejo es uno en el que son tantas las partes que interactúan que es difícil, si no imposible, predecir el comportamiento del sistema basándose en el conocimiento que se tiene de las partes que lo componen [3]. La prestación de la atención clínica entra dentro de esta definición de sistema complejo, especialmente en instalaciones grandes. Las instalaciones grandes generalmente están conformadas por muchas partes que interactúan, incluidos los humanos (los pacientes y el personal), la infraestructura, la tecnología y los agentes terapéuticos. Las varias formas en las que las partes del sistema interactúan entre sí y la manera en la que actúan en forma colectiva son altamente complejas y variables [3].

Todos los profesionales de la atención clínica deben tener una noción de la naturaleza de la complejidad en la atención clínica, dado que es importante para prevenir eventos adversos y útil para analizar las situaciones en las que las cosas no salen bien (esto se desarrolla con más detalle en el Tema 5). De lo contrario, puede haber una tendencia a culpar solamente a los individuos que se encuentran directamente involucrados en una situación, sin percatarse de que generalmente hay muchos otros factores que coadyuvan. La atención clínica es compleja debido a:

- la diversidad de las tareas que conlleva la atención al paciente;
- la dependencia de los prestadores de atención clínica entre sí;
- la diversidad de pacientes, clínicos y otros miembros del personal;
- la enorme cantidad de relaciones entre los pacientes, sus cuidadores, los prestadores de atención clínica, el personal de asistencia, los administradores, la familia y los miembros de la comunidad;
- la vulnerabilidad de los pacientes;
- las variaciones en la disposición física de los entornos clínicos;
- la variabilidad o la falta de normas;
- la implementación de nuevas tecnologías;
- la diversidad de caminos de atención y de las organizaciones involucradas;
- la especialización creciente de los profesionales de la atención clínica: si bien la especialización da lugar a una mayor variedad de tratamientos y servicios para los pacientes, también ofrece más oportunidades para que las cosas salgan mal y para que se cometan errores.

Los estudiantes que trabajan con pacientes entienden rápidamente que cada paciente en particular requiere



una atención y un tratamiento personalizado según la condición y las circunstancias específicas del paciente. Un estudiante puede notar con facilidad que cuando se combinan todos los servicios de salud individualizados, conforman un sistema de atención.

Muchos sistemas de salud se presentan como un sistema —edificios, gente, procesos, mostradores, equipos, teléfonos— pero a menos que las personas involucradas entiendan el propósito y objetivo en común, el sistema no funcionará en forma unificada. Las personas son el pegamento que une y mantiene el sistema.

Para que los estudiantes entiendan el sistema de atención clínica, es necesario que piensen más allá de su propia profesión futura. Los médicos, los enfermeros, los farmacéuticos, las parteras y otros profesionales de la salud deben entender los roles y las responsabilidades de cada uno para que el sistema funcione eficazmente. El funcionamiento del sistema también requiere que comprendan el efecto de la complejidad de la atención del paciente y que las organizaciones complejas, como los servicios de atención clínica, son propensas a los errores. Por ejemplo, hasta hace relativamente poco, veíamos a los cientos de servicios brindados a los pacientes en un hospital como servicios distintos y separados. El trabajo de los médicos estaba separado del de los enfermeros, farmacéuticos y fisioterapeutas. A las unidades y las áreas también se las veía como entidades distintas.

Si el área de emergencias no podía ver a los pacientes con la suficiente rapidez, pensábamos que, al arreglar esa pequeña pieza que no funcionaba —el área de emergencias— sin prestar atención a los otros servicios que se relacionan con ella, podíamos solucionar el problema. Pero tal vez el área de emergencias no podía trasladar a los pacientes a las salas a tiempo porque no había camas disponibles. El personal quizá tenía demasiadas prioridades incompatibles entre sí que impedían que sus habilidades fueran receptivas a las necesidades de los pacientes.

Aunque los profesionales de la salud enfrentan a diario muchos desafíos en sus lugares de trabajo y quizás entiendan los múltiples componentes y relaciones que tienden al funcionamiento anormal, a menudo les resulta difícil pensar desde el punto de vista de un sistema porque típicamente no se los ha capacitado para pensar con el lenguaje o los conceptos propios de la teoría de sistemas, ni tampoco recurren a sus herramientas para entender los sistemas en los que trabajan.

Conocer la complejidad de la atención clínica posibilitará a los profesionales de la atención clínica a entender cómo la estructura organizacional y los procesos de trabajo pueden contribuir a la calidad global de la atención del paciente. Muchos de los conocimientos sobre organizaciones complejas vienen de otras disciplinas, como la psicología organizacional. En un estudio publicado en

el año 2000, el IOM de los Estados Unidos informó que los procesos organizacionales, como la simplificación y la estandarización, que constituyen principios de seguridad reconocidos, casi nunca se aplicaban en los sistemas de prestación de atención clínica que se analizaron [4].

Un enfoque sistémico nos exige contemplar a la atención clínica como un sistema entero, con toda su complejidad e interdependencia, lo que implica trasladar el foco del individuo hacia la organización. Nos obliga a alejarnos de una cultura de la culpa y acercarnos a un enfoque sistémico. Desde un enfoque sistémico, un profesional relacionado puede decirle a un prestador primario que puede llegar a haber algún problema con satisfacer una orden inmediatamente debido a otras solicitudes paralelas. El prestador primario y el profesional relacionado podrán entonces buscar juntos una solución al problema, y de esta manera prevenirían y evitarían problemas en el futuro.

En resumen, un enfoque sistémico nos permite analizar los factores organizacionales sobre los que se apoyan una atención clínica disfuncional y los accidentes/errores (procesos malos, diseños malos, mal trabajo en equipo, limitaciones financieras y factores institucionales), en lugar de hacer énfasis en la gente que está asociada a esos eventos o a la que se le echa la culpa por ellos. Este tipo de enfoque también nos ayuda a dejar de culpar para empezar a entender y mejorar la transparencia de los procesos de la atención, en lugar de mirar solamente al acto de atención en particular.

El enfoque tradicional cuando las cosas salen mal: culpar y avergonzar

En un entorno tan complejo, no es novedad que muchas cosas salgan mal cotidianamente. Cuando algo sale mal, el enfoque tradicional es culpar al trabajador de la atención clínica que estaba más directamente implicado en la atención al paciente en ese momento, por lo general un estudiante o algún otro trabajador principiante. A pesar de que la tendencia a culpar a un individuo (el enfoque personal) [5] es fuerte y muy natural, no sirve, y en efecto resulta contraproducente por varios motivos. Cualquiera sea el rol que el trabajador de la atención clínica haya tenido en el desarrollo del incidente, es muy improbable que su accionar haya sido deliberado en cuanto al daño al paciente (una acción deliberada recibe el nombre de violación). Ver el Tema 5: *Cómo aprender de los errores para prevenir el daño* y el Tema 6: *Cómo entender y manejar el riesgo clínico*. →  

A la mayoría de los trabajadores de la atención clínica que se encuentran involucrados en un evento adverso los perturba la posibilidad de que su acción (o inacción) haya, de alguna manera, coadyuvado. Lo último que necesitan es que se los castigue. Wu describió al trabajador de la atención clínica como la "segunda víctima" en ese tipo de circunstancias



[6]. La tendencia natural en esa clase de situaciones es limitar la notificación. A los trabajadores les generará inseguridad notificar incidentes si piensan que luego se les echará la culpa por cualquier infortunio que haya sucedido. Si se permite que persista esta cultura de la culpa, será muy difícil para las organizaciones de atención clínica disminuir las probabilidades de que ocurran incidentes adversos similares en el futuro (ver el Tema 5: *Cómo aprender de los errores para prevenir el daño*). → 

Desafortunadamente, muchos profesionales de la atención clínica, incluidos los prestadores experimentados, los profesionales relacionados y los gerentes, comparten una visión diferente, junto con muchos otros en la comunidad en general, que sostiene la idea de que al individuo se lo debe culpar. Esto representa un gran desafío, especialmente para el personal principiante (ver la Introducción a la Parte B—Temas).

No obstante, aplicar un enfoque sistémico no significa que los profesionales de la salud no deben ser responsa-

bles o rendir cuentas de sus actos. Un enfoque sistémico requiere que entendamos todos los factores subyacentes que coadyuvaron a que se produjera el accidente. Solo mirar a la persona no servirá para identificar las causas; por lo tanto, es probable que el mismo incidente se repita.

Responsabilidad

Todos los profesionales de la salud tienen obligaciones éticas y jurídicas por las que son responsables. A pesar de que estas exigencias pueden variar según la profesión y el país, generalmente tienen como finalidad asegurar a la comunidad que se puede confiar en que el profesional de la salud tiene los conocimientos y las habilidades y observa las conductas establecidas por la asociación profesional correspondiente. Con frecuencia, los profesionales de la salud confunden estas responsabilidades éticas y jurídicas; muchos no saben bien la diferencia entre un accionar negligente, un accionar contrario a la ética y una equivocación. El siguiente cuadro expone las diferencias básicas.

Cuadro B.3.1 Definiciones de términos médico-legales

Tipo de conducta médico-legal	Definiciones	Comentarios
Negligencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omisión de observar las habilidades, los cuidados y los conocimientos esperados de un prestador de atención clínica razonablemente prudente [7]. 2. La atención prestada no cumplió con el estándar de atención razonablemente esperado de un profesional promedio habilitado a atender al paciente en cuestión, (SP-SQS 2005), o estuvo por debajo del estándar esperado de los médicos en la comunidad [8]. 3. Omisión de tomar los recaudos que una persona razonablemente cuidadosa y prudente tomaría en circunstancias similares [9]. 4. La omisión (generalmente por parte de un médico o de otro profesional de la atención clínica) de observar la prudencia, la habilidad o los cuidados comunes, razonables, frecuentes o esperados (aquellos que general o habitualmente observarían otros médicos serios al atender a pacientes similares) en el ejercicio de una obligación reconocida por la ley, que ocasione daño, lesión o pérdida previsible para otra persona. La negligencia puede consistir en un acto de omisión (sin intención) o comisión (intencional), caracterizado por la falta de atención, la imprudencia, la apatía, la irreflexión o el descuido. En la atención clínica, la negligencia implica una desviación por debajo del "estándar de práctica médica" que observaría un profesional igualmente capacitado en circunstancias similares [10]. 	Los elementos de la negligencia están determinados por el país en el que sucede el hecho.
Conducta profesional indebida	<p>(En la definición de mala praxis.)</p> <p>Conducta profesional indebida o impericia irrazonable en la ejecución de un acto profesional. Este término puede aplicarse a médicos, abogados y contadores [10].</p> <p>La conducta profesional indebida es diferente de la mala praxis y se relaciona con todas las profesiones de la salud. Cada país la define en forma diferente. La conducta profesional indebida generalmente alude a una desviación significativa del estándar de atención que se espera de un profesional de la salud.</p>	Cada país tendrá su propio sistema de registro de las diferentes profesiones de la salud y de gestión de demandas relacionadas con la competencia y la conducta profesional.

Tipo de conducta médico-legal	Definiciones	Comentarios
Equivocaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acción que puede adecuarse a lo planeado, pero el plan no es apto para lograr el resultado deseado [11]. 2. Error de normas o de conocimientos, que constituye un error de pensamiento consciente. Los errores de normas generalmente se cometen al intentar solucionar un problema cuando se elige una norma equivocada, ya sea por una mala percepción de la situación que conduce a la aplicación de una norma equivocada, o ya sea por la mala aplicación de una norma, generalmente una norma importante, utilizada con frecuencia, que parece ajustarse a la situación. Los errores de conocimientos surgen debido a una falta de conocimientos o a una mala interpretación del problema [12]. 3. Defecto o falla en los procesos de apreciación y/o inferencia en la selección de un objetivo o en la especificación de los medios para lograrlo, sin importar si las acciones realizadas en virtud de este plan de decisión marchan de acuerdo a lo planeado o no; errores de conciencia... incluidos los errores de normas que surgen al intentar solucionar un problema cuando se elige una norma equivocada, y errores de conocimientos que surgen debido a una falta de conocimientos o a una mala interpretación del problema [13]. 	No ser honesto respecto de los errores puede constituir una práctica profesional indebida en algunos países. Las equivocaciones pueden acarrear sanción en algunos países. Es importante saber cómo el país en el que se está estudiando trata las equivocaciones en la atención clínica.

Un enfoque sistémico también significa que los estudiantes y los profesionales de la salud deben ser profesionalmente responsables de sus acciones. Si un estudiante de odontología administra una medicación equivocada a un paciente por no seguir el protocolo para chequear los medicamentos, ¿debería responder por lo sucedido? Desde un enfoque sistémico, se analizarían los factores que coadyuvaron a que el estudiante no chequeara la medicación. ¿Y si el estudiante era nuevo en la clínica odontológica y no lo estaban supervisando? ¿O si desconocía los pasos a seguir? ¿O si no sabía que existía una política para asegurarse de que se dé la medicación correcta al paciente correcto? ¿O si el estudiante no estaba seguro, pero no había nadie cerca con quien pudiera chequear y temía meterse en problemas por retrasar la administración de la droga? Una mentalidad sistémica sugeriría que este estudiante no estaba preparado para esas tareas. Pero si el estudiante estaba preparado, bajo la supervisión de un odontólogo y estaba al tanto de los protocolos, pero no chequeó la medicación por ser perezoso o descuidado o por querer terminar temprano el trabajo, entonces en ese caso el estudiante sería responsable por el error. No siempre se puede supervisar a los trabajadores inexpertos de la atención clínica; en esos casos, deberían recurrir a un colega experimentado, a pesar de la presión de mover a los pacientes a través del sistema.

La mayoría de las circunstancias que rodean a los eventos adversos son complicadas, motivo por el que conviene, antes de tomar cualquier decisión sobre responsabilidad personal, utilizar un enfoque sistémico para comprender qué sucedió y por qué. Es importante recordar que esta cultura libre de culpa no se aplica solamente a los estudiantes, sino también respecto de los demás trabajadores, incluso aquellos que ejercen desde hace mucho tiempo y que tienen muchos años de experiencia.

La responsabilidad es una obligación profesional y a nadie se le ocurriría que un individuo no debe ser responsable. Sin embargo, sumada a la responsabilidad personal, existe también la responsabilidad del sistema. La responsabilidad del sistema requiere que el sistema se analice a sí mismo. Durante muchísimo tiempo, los sistemas de atención clínica han transferido la responsabilidad por equivocaciones y errores del sistema a los trabajadores individuales de la atención clínica.

Las mejores organizaciones de atención clínica entienden la diferencia entre violaciones y equivocaciones y han implementado mecanismos de responsabilidad justos, transparentes y predecibles, en el sentido de que el personal es consciente del tipo de asuntos por los que se los hará responsables.

Los pacientes también pertenecen al sistema y cuando se presta poca atención a su nivel de alfabetización o a su contexto cultural, existe el riesgo de que la atención y el tratamiento que reciban no sean óptimos. Es poco probable que estos pacientes se quejen o hagan planteos a los profesionales de la atención clínica. La voz de los pacientes como grupo normalmente es la que menos importa en cuanto a cómo debería funcionar un sistema de salud; a menudo se les exige que se adapten a los inconvenientes, a la atención y a los tratamientos insuficientes y a la información inacabada. Los pacientes toleran la atención insatisfactoria porque suelen entender las presiones que sufren los trabajadores de la atención clínica y no quieren ofenderlos. Con bastante frecuencia, los pacientes no entienden su condición o no aprecian la importancia de la adherencia a un protocolo de tratamiento, por ejemplo seguir el curso completo de la medicación tal como se ha prescrito. Muchas veces sucede que cuando los pacientes se sienten mejor, dejan de tomar la medicación sin consultar a un profesional de la atención clínica. Por lo tanto, es importante que los tra-

bajadores de la atención clínica se tomen el tiempo para explicar a los pacientes los protocolos de tratamiento y las consecuencias que acarrea no respetarlos.

El nuevo enfoque



Los expertos en seguridad consideran que a pesar de que es difícil cambiar aspectos de sistemas complejos, resulta más difícil modificar la conducta y los procesos mentales de los seres humanos, en lo que respecta a sus contribuciones a los errores [5]. Por este motivo, la actitud principal frente a un error debería consistir en intentar cambiar el sistema empleando un *enfoque sistémico* [5]. Un enfoque sistémico para abordar los errores en la atención clínica requiere entender los múltiples factores involucrados en cada una de las áreas que conforman el sistema de atención clínica. Los trabajadores de la atención clínica son parte del sistema. Los análisis de accidentes en otras industrias indican que casi nunca los accidentes tienen una sola causa; por el contrario, las fallas sistémicas surgen de una amplia variedad de factores. Un enfoque sistémico para la investigación de incidentes tiene como propósito mejorar el diseño del sistema a fin de evitar que se cometan errores en el futuro y/o reducir al mínimo sus consecuencias.

Reason resumió, en las siguientes categorías, los numerosos elementos del sistema que deberían considerarse parte de un enfoque con una "mentalidad sistémica" a la hora de abordar la investigación de accidentes [14].

Factores relativos a los pacientes y a los prestadores

Consisten en las características de los individuos que se encuentran involucrados, incluidos los pacientes. Es importante recordar que los prestadores de atención clínica, los estudiantes y los pacientes forman parte del sistema.

Factores relativos a las tareas

Consisten en las características de las tareas que realizan los prestadores de atención clínica. Se incluyen tanto las tareas en sí como otros factores tales como el flujo de trabajo, la presión del tiempo, el control de trabajo y el volumen de trabajo.

Factores relativos a las herramientas y a la tecnología

Los factores relativos a la tecnología se refieren a la cantidad y calidad de las tecnologías que se encuentran en la organización, por ejemplo la cantidad y los tipos de tecnología y su disponibilidad, la facilidad de su uso, su accesibilidad y su ubicación. También se incluirían en esta categoría el diseño de herramientas y tecnologías, incluida su integración con otras tecnologías, la capacitación del usuario, la propensión a las fallas de funcionamiento, la capacidad de respuesta y otras características de diseño.

Factores relativos al equipo

Gran parte de la atención clínica es prestada por equipos multidisciplinarios. Se ha demostrado que factores tales como la comunicación del equipo, la claridad de roles y la

coordinación de equipos son importantes en otras industrias. Su importancia en la atención clínica se reconoce cada vez más [15].

Factores relativos al entorno

Consisten en las características del entorno en el que trabajan los profesionales de la atención clínica. Se incluyen la iluminación, el ruido, el espacio y la disposición física.

Factores relativos a la organización

Consisten en las características estructurales, culturales y relacionadas con la política de la organización. Por ejemplo, las características de liderazgo, la cultura, las normas y políticas, los niveles de jerarquía y la extensión del control que tienen los supervisores.

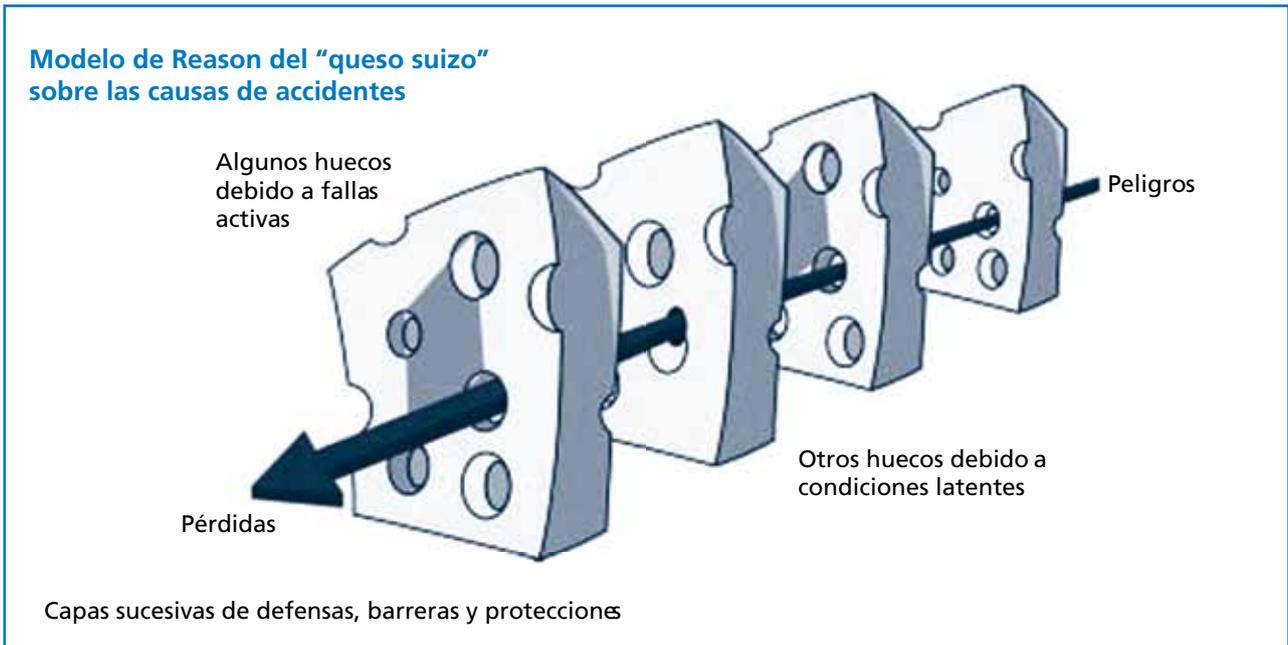
El modelo del queso suizo



Si se observa a la atención clínica desde esta amplia serie de perspectivas, se resalta la naturaleza multifactorial de cada incidente o evento relacionado con la seguridad del paciente. Es por este motivo que los estudiantes de profesiones de la salud deben procurar no culpar a un individuo por un evento adverso; en lugar de ello, deben considerar las cuestiones sistémicas que se encuentran asociadas. La mayoría de los eventos adversos conllevan factores tanto sistémicos como humanos. Reason utilizó el término *fallas activas* para describir a los errores cometidos por trabajadores que tienen efectos adversos inmediatos. Pero el autor también describió una segunda condición previa que resulta esencial para que ocurra un evento adverso: la presencia de una o más condiciones latentes. Las condiciones latentes, por lo general, son el resultado de una mala toma de decisiones, de malos diseños y de malos protocolos desarrollados por personas que no son las que ocupan los cargos más importantes. Con frecuencia, estas condiciones están presentes mucho tiempo antes de que ocurra el evento en cuestión. Algunos ejemplos de condiciones latentes para el personal de atención clínica son la fatiga, los niveles insuficientes de personal, equipos defectuosos y una capacitación y supervisión insuficientes [16].

Reason creó el modelo del queso suizo para explicar cómo las fallas en las distintas capas de un sistema conducen a incidentes [5]. Este modelo muestra cómo un defecto en una capa de un sistema de atención no es, en general, suficiente para provocar un accidente (ver Gráfico B.3.1). Generalmente, los eventos adversos suceden en varias capas (por ejemplo, fatiga en los trabajadores, junto con procedimientos insuficientes, junto con equipos defectuosos) y por un momento se alinean para dar lugar al trazado de un potencial accidente (marcado con la flecha en el Gráfico B.3.1).

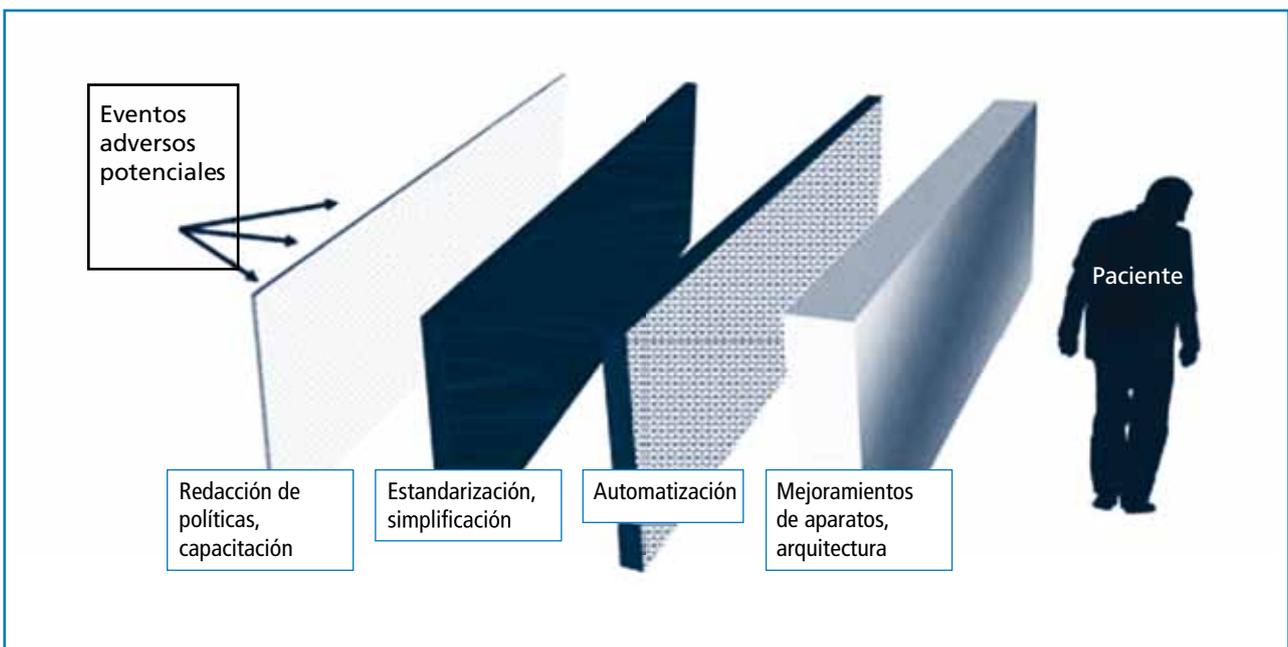
Gráfico B.3.1. Defensas, barreras y protecciones



Para prevenir estos eventos adversos, Reason propuso el uso de múltiples defensas en forma de capas sucesivas de protección (comprensión, conciencia, alarmas y advertencias, restauración de sistemas, barreras de seguridad, contención, eliminación, evacuación, escape y

rescate), diseñadas para prevenir fallas en la capa subyacente (ver Gráfico B.3.2). La ventaja del enfoque sistémico para abordar la investigación de situaciones es que se considera la totalidad de las capas, a fin de ver si hay formas en las que alguna de ellas se puede mejorar.

Gráfico B.3.2. Capas de defensas



Fuente: *Veterans Affairs* (Departamento de Asuntos relativos a Veteranos de los EE.UU.) Centro Nacional para la Seguridad del Paciente <http://www.patientsafety.gov/> [17].

¿Cómo los estudiantes pueden aplicar estos conocimientos?



Entender el término organización de alta confiabilidad (OAC)

El término OAC [18] alude a organizaciones que trabajan en condiciones peligrosas, pero que logran funcionar de una manera que resulta casi completamente “libre de fallas”; es decir, tienen muy pocos eventos adversos. Estas organizaciones incluyen sistemas de control de tráfico aéreo, plantas de energía nuclear y portaaviones militares. A pesar de que existen muchas diferencias entre estas industrias y la atención clínica, el mensaje que puede rescatarse para la atención clínica es que es posible lograr un rendimiento que sea uniformemente seguro y eficaz a pesar de los altos niveles de complejidad e imprevisibilidad en el entorno de trabajo. Estas OAC demuestran que las organizaciones de atención clínica también pueden mejorar la seguridad al poner el foco en los sistemas involucrados.

Las diferencias entre las OAC descritas anteriormente y las organizaciones de atención clínica son significativas y van al corazón de los problemas existentes. Como prestadores de atención clínica, no solemos pensar que la atención clínica va a fallar. La falla no forma parte de la mentalidad profesional, a menos que tenga que ver con tratamientos específicos. Cuando brindamos la atención, generalmente no pensamos en la posibilidad de que los profesionales de la salud tengan mala comunicación, o que un cirujano pueda estar extremadamente cansado tras haber trabajado toda la noche, o que la letra de un médico pueda ser ilegible y que por ende un farmacéutico pueda expender la dosis incorrecta y luego un enfermero administre esa medicación. Cualquiera de estos puede ser factor de un evento adverso. Los profesionales de la atención clínica están acostumbrados a hablarles individualmente a los pacientes sobre los riesgos de complicaciones y efectos colaterales conocidos, pero no aplican el mismo razonamiento al tratamiento que brinda el sistema en su conjunto. La mentalidad sistémica requiere que los profesionales de la salud piensen en ambos tipos de riesgo potencial: riesgos del tratamiento y riesgos del sistema.

Las OAC también son conocidas por su resiliencia: tratan de anticiparse a las fallas y tomar medidas para prevenirlas. Los pacientes constituyen el componente más resistente del sistema de salud; muchos eventos adversos se evitan gracias a la resiliencia de los mismos pacientes. Mejoran a pesar de que se les haya dado la medicación equivocada o indicado el tratamiento incorrecto.

Aún no contamos con una cultura de seguridad en la atención clínica. Las OAC hacen sus mejores esfuerzos por establecer y mantener culturas de seguridad y dan incentivos y premios a los trabajadores. En una OAC, a las personas se las premia si admiten una equivocación, porque la confesión y las acciones que en consecuencia se tomen para prevenir errores similares en el futuro le

ahorran a la organización tiempo y dinero. Imagínense un sistema de salud en el que el personal pudiera admitir libremente sus equivocaciones y en el que pudiéramos adoptar/installar características y recursos a fin de poder prevenir equivocaciones similares, o reducirlas al mínimo. La tasa de eventos adversos disminuiría significativamente, y como resultado, se salvarían muchas vidas, se aliviaría el sufrimiento y mejoraría el ánimo del personal.

Conocer las características de organizaciones de alta confiabilidad [18]

Las OAC comparten las siguientes características:

- *desvelo por las fallas*: reconocen y prevén la posibilidad de que haya fallas, dada la naturaleza de alto riesgo y propensa al error que tienen sus actividades;
- *compromiso con la resiliencia*: buscan en forma proactiva amenazas inesperadas y las detienen antes de que causen daño;
- *sensibilidad a las operaciones*: le prestan mucha atención a las cuestiones que enfrentan quienes poseen cargos más importantes; y
- *una cultura de seguridad* en la que los individuos se sienten cómodos al llamar la atención respecto de peligros potenciales o fallas reales sin miedo a ser criticados por sus superiores.

Aplicar las enseñanzas de las OAC a la atención clínica



Las organizaciones de atención clínica pueden aprender de otras OAC. Podemos analizar sus logros y estudiar qué factores las hacen funcionar. También podemos aprender de sus fallas, específicamente cómo ocurren los desastres y cuáles son los factores que típicamente están presentes.

El rol de la reglamentación

Dada la naturaleza del trabajo con el público, las profesiones de la atención clínica están reglamentadas en la mayoría de los países. La reglamentación profesional protege al público al exigirle a los profesionales que reúnan las competencias necesarias para ejercer la profesión y al establecer e imponer estándares de ejercicio de la profesión. La reglamentación establece criterios para matricularse y conservar la matrícula para poder ejercer. El rol de quienes hacen cumplir esta reglamentación incluye recibir e investigar denuncias contra profesionales de la salud y tomar, si resultaren necesarias, las medidas que correspondan, como por ejemplo la suspensión, la remoción de la matrícula o la imposición de condiciones para el ejercicio de la profesión.

Resumen



Un enfoque sistémico nos ayuda a entender y analizar los múltiples factores que sirven de base a los eventos adversos. Por consiguiente, la aplicación de un enfoque sistémico para evaluar la situación, a diferencia de un enfoque personal, aumentará las posibilidades de que se establezcan estrategias para disminuir las probabilidades de recurrencia.

Casos prácticos

La importancia de la comunicación interdisciplinaria

En muchos casos de muerte materna evitable identificados por el UK Confidential Enquiry [Centro de Investigación Confidencial del RU], la atención se vio afectada por una falta de cooperación interdisciplinaria o interagencial, y por problemas de comunicación, incluida la mala o inexistente cooperación entre miembros de equipo, consultas telefónicas inapropiadas o insuficientes, la omisión de compartir información pertinente entre profesionales de la salud, incluso entre médicos de familia y el equipo de maternidad, y la falta de habilidades interpersonales. Este estudio también identificó otra cuestión relativa a la asistencia al parto que giraba en torno a la falta de reconocimiento de desviaciones de lo normal, lo que trajo como consecuencia que no se derivara a las pacientes para una evaluación médica adecuada. El siguiente caso resalta la importancia de estas cuestiones.

Una joven refugiada que no hablaba inglés se encontraba baja de peso y también tenía niveles bajos de hemoglobina. Se la anotó para que su atención recayera en manos de una partera. Su esposo, que hablaba muy mal en inglés, hacía las veces de intérprete. Se la hospitalizó ya avanzado el embarazo, con sangrado y dolor abdominal. Se le diagnosticó constipación, a pesar de las pruebas de función hepática anormal, y se le indicó que regresara a su casa y que su atención siguiera recayendo en una partera. Semanas más tarde volvió a ser hospitalizada; su embarazo estaba retrasado y presentaba dolor abdominal. A pesar de un análisis de sangre con niveles aún más anormales, no se consultó a ningún médico de mayor jerarquía y la paciente fue dada de alta nuevamente. Luego de unos días, fue hospitalizada al borde de la muerte, con fallas hepáticas y disfunción orgánica múltiple. Mientras tanto, el bebé había muerto antes de nacer. A pesar de la gravedad de su estado, su atención aún estaba sin coordinar, y aunque la visitó un residente de último año que se estaba especializando en cuidados intensivos, permaneció en la sala de partos. A los dos días, la mujer falleció por coagulación intravascular diseminada relacionada con hígado graso del embarazo.

Pregunta

- Aplicando un enfoque sistémico, describir los factores que pueden estar asociados a este resultado catastrófico y cómo podrían evitarse eventos adversos similares en el futuro.

Fuente: The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH) [Investigación confidencial sobre salud materna y neonatal]. Saving Mother's Lives ["Salvar las vidas de las madres"] 2005-2008, Londres, 2007 (www.cemach.org.uk/; accedido el 21 de febrero de 2011).

La falta de administración de profilaxis antibiótica prequirúrgica en forma puntual de acuerdo al protocolo

Este ejemplo resalta cómo a los servicios de salud les puede resultar difícil ajustarse a cambios de último momento.

El anestesista y el cirujano debatieron los antibióticos prequirúrgicos necesarios para un paciente a quien se le iba a realizar una colecistectomía laparoscópica. El anestesista le informó al cirujano sobre la alergia del paciente a la penicilina, y el cirujano sugirió clindamicina como antibiótico alternativo prequirúrgico. El anestesista fue a la zona estéril a buscar el antibiótico, pero volvió y le explicó a la enfermera circulante que no podía encontrar ningún antibiótico adecuado en la zona estéril. La enfermera circulante se comunicó por teléfono para solicitar el antibiótico prequirúrgico. El anestesista le explicó que él no podía pedirlos porque no había formularios de orden (buscó en una carpeta de formularios). La enfermera circulante confirmó que los antibióticos "ya vienen".

La incisión fue realizada. Seis minutos después, llegaron los antibióticos a la SO y de inmediato se le inyectaron al paciente. La inyección fue dada en el mismo momento de la incisión, contrariamente al protocolo que exige que los antibióticos se administren antes de la incisión a fin de evitar infecciones del sitio quirúrgico.

Preguntas

- ¿Qué se podría hacer para asegurarse de que este incidente no vuelva a suceder?
- ¿De qué manera se ilustra en este caso lo necesaria que resulta la comunicación interdisciplinaria?
- ¿Quién puede detener un procedimiento si surge un problema?

Fuente: Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina de la OMS – grupo de expertos. Caso facilitado por Lorelei Lingard, profesora adjunta, Universidad de Toronto (University of Toronto), Toronto, Canadá.

Una falla sistémica que terminó en muerte

Este ejemplo resalta cómo los entornos en los que hay mucha presión a veces no logran brindar estándares básicos de atención.

La señora Brown tenía 50 años y era asistente administrativa en el área de suministros de un hospital. Tenía sobrepeso. Se cayó en su jardín al intentar agarrar el periódico y se golpeó la pierna con una canilla. Se le fracturó el peroné y fue hospitalizada porque presentaba hinchazón y dolor, y era necesario que cediera. Se retrasó la operación porque el quirófano estaba ocupado y su lesión era relativamente menor. Como la sala de ortopedia estaba llena, fue instalada en una sala general. Dos días después, la fractura se había reducido y le enyesaron la pierna. Cuando se levantó para irse a su casa, colapsó y murió. Se descubrió por medio de una autopsia que

había sufrido una embolia pulmonar masiva. En ningún momento se había recetado heparina para la prevención de trombosis de venas profundas ni se había tomado ninguna otra medida preventiva. A su esposo le dijeron que se había muerto por un coágulo en el pulmón que se había formado en la pierna debido a la hinchazón y al trauma. No se mencionó la falta de medidas preventivas.

Actividades

- Armar un diagrama del proceso de internación de la señora Brown desde su accidente hasta su muerte.
- Identificar a todos los profesionales de la salud que pueden haber estado involucrados en su atención y tratamiento.
- ¿Cuáles son los factores que pueden haber contribuido a su muerte?

Fuente: Caso práctico extraído de Runciman B, Merry A, Walton M *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right* ["Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien"]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

Una cadena de errores que condujo a una cirugía dental en el sitio equivocado

Este caso ilustra cómo problemas latentes en el sistema pueden conducir a errores en la etapa de atención (la parte espinosa).

Un cirujano oral estaba realizando una extracción quirúrgica de un tercer molar inferior, que estaba completamente retenido. Ninguno de los terceros molares (de ninguno de los dos lados) podía verse.

Según la historia clínica, el tercer molar derecho era el que debía extraerse. Sin embargo, la radiografía en el negatoscopio parecía mostrar que era el tercer molar derecho inferior el que estaba retenido, y que el tercer molar izquierdo no estaba.

El cirujano oral realizó la incisión, levantó el colgajo y comenzó la osteotomía, que luego agrandó debido a que el molar retenido no aparecía. Finalmente se dio cuenta de que el tercer molar derecho no estaba presente y que se había equivocado cuando había revisado las anotaciones clínicas y planeado la operación. Además, el asistente dental había colocado mal la radiografía: había invertido los costados derecho e izquierdo de la boca.

Preguntas

- ¿Qué factores pueden haber estado presentes para que el cirujano seleccionara mal el diente?
- ¿Qué puede haber provocado que el asistente colocara la radiografía en la posición equivocada?
- ¿Cómo podría haberse prevenido este error?

Fuente: Caso facilitado por Shan Ellahi, Consultor de Seguridad del Paciente, Servicios Comunitarios Ealing and Harrow, National Health Service [Servicio Nacional de Salud], Londres, RU.

Herramientas y material de referencia

Herramienta de evaluación de microsistemas clínicos

Betalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance ["Microsistemas en la atención clínica: parte 9. El desarrollo de unidades clínicas pequeñas para alcanzar un rendimiento óptimo"]. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575-585 (<http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf>; accedido el 20 de febrero de 2011).

Aprender a mejorar sistemas complejos de atención

Headrick L.A. Learning to improve complex systems of care ["Aprender a mejorar sistemas complejos de atención"]. En: *Collaborative education to ensure patient safety* [Educación colaborativa para asegurar la seguridad del paciente"]. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75-88.

Estrategia organizacional

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system* ["Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro"]. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, ["Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien"] 1era ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Estrategias y formatos de enseñanza

DVD interactivo

El curso práctico de la OMS *Learning from Error* ["Aprender de los errores"] incluye un DVD o archivo descargable (www.who.int/patientsafety/education) sobre la vincristina intratecal, que describe un caso de administración de vincristina intratecal y las cuestiones sistémicas que contribuyeron al desenlace de este accidente. Los objetivos del curso práctico son: mejorar el conocimiento sobre los riesgos de la administración de vincristina; fomentar la comprensión de lo necesario que resulta un nuevo énfasis en seguridad del paciente en hospitales; proporcionar a los participantes las habilidades para contribuir a la seguridad del paciente y para identificar políticas y procedimientos locales a fin de mejorar la seguridad en el lugar de trabajo (este curso práctico puede aplicarse a la mayoría de los temas de esta Guía Curricular).

Disertación sobre sistemas y complejidad



Debate en pequeños grupos



Se pueden organizar debates en pequeños grupos sobre los varios niveles del sistema en el lugar de trabajo.

El grupo puede debatir en torno a un artículo profesional pertinente, como por ejemplo *The wrong patient* ["El paciente equivocado"] [19] con un profesor. Otra posibilidad es que el grupo elija uno de los casos expuestos anteriormente para debatir desde una perspectiva sistémica. Como parte de este ejercicio, se pueden debatir los roles de los diferentes miembros de un equipo.

Otras actividades para los estudiantes

- Hacer el seguimiento de un paciente desde que ingresa a un establecimiento de atención clínica hasta el momento en el que se le da el alta. Identificar todas las etapas y todos los tipos de trabajadores de atención clínica involucrados en el tratamiento de ese paciente.
- Organizar a los estudiantes en pequeños grupos con un profesor y dialogar sobre sus hallazgos y observaciones.
- Debatir los roles y las funciones de personas de distintos sectores del sistema de atención clínica.
- Visitar sectores desconocidos de la organización.
- Observar o participar de un análisis de las causas radicales.

La evaluación de los conocimientos de este tema

Se le puede pedir a cada estudiante que escriba un informe sobre la experiencia de un paciente en el que el estudiante haga un seguimiento del paciente durante el transcurso de su tratamiento.

Este tema puede evaluarse a través de una variedad de estrategias, incluidas las POM, los ensayos, las PMR breves, los DDC y la autoevaluación. Una forma útil de comprobar si los estudiantes entendieron es indicarle a un estudiante o a un grupo de estudiantes que guíen un debate en pequeños grupos sobre los varios niveles del sistema en su propio lugar de trabajo.

La evaluación de la enseñanza de este tema

La evaluación es importante en cuanto a la revisión de cómo salió una clase y cómo se puede mejorar. En la Guía para el Docente (Parte A) se puede encontrar un resumen de principios importantes de evaluación.

Referencias

1. University of Washington Center for Health Sciences [Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Washington]. *Best practices in patient safety education module handbook* ["Manual en módulos de las mejores prácticas de enseñanza de seguridad del paciente"]. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. [Consejo Australiano para la Seguridad y Ca-

lidad en la Atención Clínica] *National Patient Safety Education Framework* ["Marco Nacional sobre Educación en Seguridad del Paciente"]. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.

3. Runciman B., Merry A., Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right* ["Seguridad y ética en la atención clínica: una guía para hacer las cosas bien"] 1era ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. *To err is human: building a safer health system* ["Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro"]. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Reason J.T. *Human error* ["El error humano"]. New York, Cambridge University Press, 1990.
6. Wu A.W. Medical error: the second victim ["El error médico: la segunda víctima"]. *British Medical Journal*, 2000, 320:726-727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM) [Sistema de notificación de eventos médicos de medicina transfusional]. Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives ["Seguridad del paciente y la "cultura justa": manual básico para ejecutivos de la atención clínica"]. Elaborado por David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan T.A., Leape L.L., Laird N.M., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I ["La incidencia de eventos adversos y la negligencia en pacientes hospitalizados: resultados del Harvard Medical Practice Study I"]. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations [Organismo de acreditación de organizaciones de atención clínica], editor. *Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms* ["Léxico: Diccionario de términos, organismos y acrónimos de la atención clínica"]. 2da ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen J.C. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon* ["Cómo hablan los médicos hoy: diccionario de términos médicos, argot y jerga médica"]. Stanford, C.T.: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason J.T. *Managing the Risks of Organizational Accidents* ["Cómo manejar los riesgos de accidentes de organización"]. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
12. Leape L.L. Error in medicine ["El error en la medicina"]. En: Rosenthal M.M., Mulcahy L., Lloyd-Bostock S., eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle* ["Percances médicos: piezas del rompecabezas"]. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care [Comité de Expertos en gestión de Seguridad y Calidad en la Atención Clínica],

Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms ["Glosario de términos relacionados con la seguridad del paciente y de los medicamentos: términos aprobados"]. Consejo Europeo. 2005.

14. Reason J.T. *Managing the risks of organisational accidents* ["Cómo manejar los riesgos de accidentes de organización"]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R., O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills* ["La parte espinosa de la seguridad: una guía de habilidades no técnicas"]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N., Forrest K., Cramp P. *Essential guide to generic skills* ["Guía esencial de habilidades genéricas"]. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety [Departamento de Asuntos relativos a Veteranos de los EE.UU. Centro Nacional para la Seguridad del Paciente] (<http://www.patientsafety.gov/>; accedido el 24 de mayo de 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas]. *High reliability organization strategy* ["La estrategia de la organización de alta confiabilidad"]. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin M.R. The wrong patient ["El paciente equivocado"]. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.

Diapositivas del Tema 3: ¿Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñar seguridad del paciente a los estudiantes. Si se planea dar una disertación, es una buena idea planificar la interacción entre los estudiantes y el debate durante la disertación. Para generar el debate, se puede recurrir a un caso práctico, o formular preguntas a los estudiantes acerca de distintos aspectos de la atención clínica que saquen a relucir las cuestiones planteadas en este tema, como por ejemplo la cultura de la culpa, la naturaleza del error, y cómo se gestionan los errores en otras industrias.

Las diapositivas del Tema 3 están diseñadas para ayudar al profesor a desarrollar el contenido de este tema. Pueden modificarse para adaptarse al entorno y a la cultura locales. No es necesario que se usen todas las diapositivas; es mejor adaptarlas al contenido que va a desarrollarse en la clase.

Tema 4

¿Cómo ser un jugador eficiente en equipo?

Un equipo terapéutico que no se comunicó entre sí

Simón, un joven de 18 años, fue trasladado en ambulancia hasta el hospital. Había participado de una riña y sufrió una grave lesión cefálica al impactar su cabeza contra la acera. Los encargados de la ambulancia estaban muy ocupados y no tuvieron tiempo de informarles a los profesionales de la salud a cargo de la guardia de emergencia. Simón no pudo decir su nombre ni expresar palabras claras cuando una enfermera de triaje y luego un médico lo examinaron por primera vez. El médico interviniente, un residente, había egresado apenas semanas atrás de la Facultad de Medicina. No contaba con un supervisor esa noche y el personal de enfermería no advirtió la gravedad de la lesión cefálica de Simón.

Simón había estado bebiendo y el médico residente decidió que sólo se trataba de un caso de ebriedad: diag-

nóstico avalado por la conducta pendenciera y agresiva de Simón. Sin embargo, semejante conducta también puede ser indicio de lesión cefálica grave. A Simón le recetaron un medicamento para las náuseas y fue colocado en observación. En una serie de oportunidades, tanto las enfermeras como el médico residente evaluaron por separado sus respuestas verbales y motoras.

A medida que pasaba el tiempo, las enfermeras documentaban su deterioro en la historia clínica pero no le informaban de esta situación al residente. Por desgracia, el residente confiaba en las comunicaciones orales y no tomaba conocimiento suficiente de lo asentado en la historia clínica. Simón falleció cuatro horas y media después de haber ingresado al hospital.

Fuente: Marco Nacional sobre Educación en Seguridad del Paciente, Estado Libre y Asociado de Australia, 2005.

Introducción: ¿Por qué el trabajo en equipo constituye un elemento esencial de la seguridad del paciente?



Un trabajo en equipo eficiente dentro de la prestación de atención clínica puede lograr un impacto inmediato y positivo en la seguridad del paciente [1]. La importancia de los equipos eficientes en la atención clínica están incrementándose debido a factores tales como: (i) la mayor incidencia de la complejidad y la especialización en la atención; (ii) mayores comorbilidades; (iii) la mayor incidencia de enfermedades crónicas; (iv) los déficits de fuerza laboral a nivel mundial; y (v) las iniciativas para lograr una cantidad segura de horas de trabajo.

Un ejemplo típico de la atención compleja que involucra a múltiples equipos consiste en el tratamiento de una

embarazada que desarrolla un émbolo pulmonar. Su equipo de atención clínica podría incluir a enfermeras, una partera, un obstetra, un endocrinólogo y un neumonólogo, así como también a la misma mujer embarazada. Además, los profesionales de la salud que la cuidan durante el día no son los mismos que los que se encargan de su cuidado durante la noche o el fin de semana. En un hospital escuela de grandes proporciones, habrá equipos de médicos para cada área de especialidad y profesión de la salud, los cuales, en su totalidad, deberán coordinar entre sí la atención clínica que brindan: enfermeras, farmacéuticos y demás colaboradores y profesionales clínicos, así como también el equipo de atención primaria de la paciente. En un lugar donde haya recursos limitados, el equipo clínico quizás se componga de una sola enfermera, una partera, un médico y la mujer embarazada, pero

es igual de importante que actúen de manera coordinada y que tengan una buena comunicación entre ellos en todo momento.

Muchos estudiantes estarán familiarizados con el equipo clínico que se suele asociar a los grandes hospitales. El equipo clínico es jerárquico y comprende a los médicos más experimentados hasta el más inexperto. Desde la perspectiva del paciente, el equipo es más amplio todavía que sólo el equipo clínico, ya que también incluye a las enfermeras, a los demás profesionales de la salud y al personal de guardia que se encargan de su cuidado y tratamiento.

Este tema reconoce que es poco probable que los estudiantes que se encuentran en los primeros años de sus carreras hayan trabajado personalmente como integrantes de un equipo de atención clínica y a menudo suele tener una escasa comprensión de cómo se arman equipos de atención clínica que funcionen con eficiencia. En este tema, apuntamos a valernos de las experiencias de los estudiantes en lo que hace al trabajo en equipo y observar los equipos en los que participarán cada vez más en calidad de estudiantes avanzados y clínicos practicantes.

Palabras clave

Equipo, valores, presunciones, roles y responsabilidades, estilos de aprendizaje, habilidades de escucha, resolución de conflictos, liderazgo, comunicación eficiente.

Objetivos pedagógicos



Los estudiantes deberían comprender la importancia que tiene el trabajo en equipo en la atención clínica y saber cómo desempeñarse como jugadores eficientes en equipo. Cabe reconocer que, como estudiante, habrá que formar parte de numerosos equipos de atención clínica.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

Requisitos de conocimiento



La aplicación de los siguientes principios de trabajo en equipo propiciará una atención clínica eficaz.

- Tener presente cómo nuestros valores y presunciones afectan las interacciones con los demás. Esto resulta especialmente importante cuando los pacientes y el personal clínico provienen de antecedentes culturales distintos.
- Tener presente a los demás integrantes del equipo y cómo los factores psicosociales afectan las interacciones que se suscitan dentro del equipo.
- Ser consciente del impacto que genera el cambio en los equipos.
- Incluir al paciente dentro del equipo, así como también a sus familiares según corresponda.
- Utilizar técnicas de comunicación apropiadas.
- Utilizar técnicas de apoyo mutuo.
- Resolver conflictos.
- Estar abierto a cambiar y observar conductas.

Introducción a equipos de atención clínica

¿Qué es un equipo?



La naturaleza de los equipos es variada y compleja. En lo que hace a la atención clínica, el equipo más eficiente desde la perspectiva del paciente es el equipo multidisciplinario, pero los equipos pueden llegar a conformarse a partir de un único grupo de profesionales. Los integrantes del equipo pueden colaborar estrechamente en un solo lugar o bien estar ubicados en toda un área geográfica. Algunos equipos cuentan con un elenco constante de miembros mientras que los integrantes de otros equipos pueden llegar a cambiar con frecuencia. Los ejemplos de equipos comprenden coros, equipos deportivos, unidades militares, tripulaciones aeronáuticas y equipos de respuesta ante emergencias. En un equipo de atención clínica, los pacientes reciben tratamiento en una multiplicidad de entornos: su domicilio, las clínicas, pequeños hospitales y grandes hospitales escuela. En cada uno de estos lugares, lo bien que se comunique el equipo entre sí y con el paciente determinará la eficiencia de la atención y el tratamiento, así como también cómo se sienten los integrantes del equipo sobre su trabajo.

Independientemente de su naturaleza, puede decirse que los equipos de atención clínica comparten ciertas características, las cuales implican que los integrantes del equipo:

- Conozcan su función y las de los demás integrantes del equipo e interactúen entre sí con el propósito de lograr un objetivo común [2];
- Tomen decisiones [3];
- Posean conocimientos y habilidades especializadas y suelen funcionar bajo condiciones de gran carga de trabajo [4, 5];
- Actúen como unidad colectiva, como consecuencia de la interdependencia de las tareas realizadas por los integrantes del equipo [6]. Un equipo no es el mismo que otros grupos pequeños como con un comité que provienen de diversos antecedentes para un propósito en particular y no suelen estar vinculados con la atención clínica práctica del paciente.

Salas definió el equipo como:



- Un conjunto distinguible de dos o más personas que interactúan en forma dinámica, interdependiente y adaptada en pos de un fin/objetivo/misión común y valorado, y que a cada uno de ellos se les ha asignado desempeñar roles o funciones específicas y que cuentan con un período limitado de membresía [7].

Los profesionales de la salud deben participar de muchos comités, que se crean con el fin de asistir a la gerencia en la gestión de problemas o ejercicios de planificación; dichos grupos no constituyen equipos.

Los diferentes tipos de equipos que se encuentran en la atención clínica



Existen muchos tipos de equipos en el campo de la aten-

ción clínica, entre los cuales se encuentran clínicas rurales de atención primaria, clínicas para mujeres y niños, maternidades, UTIs, guardias médicas, equipos de atención primaria comunitaria, equipos conformados para desarrollar una tarea específica, tales como los equipos de respuesta ante emergencias y equipos multiprofesionales como los equipos multidisciplinarios de atención oncológica, que se reúnen para planificar y coordinar la atención de un determinado paciente.

Los equipos pueden tener una ubicación geográfica común, como ser una clínica u hospital rural, o bien los integrantes del equipo pueden llegar a estar diseminados en múltiples lugares, como sucede en el caso de un equipo oncológico multidisciplinario o uno de atención primaria de la salud. Los equipos pueden abarcar una única disciplina o bien implicar el aporte de múltiples disciplinas, incluido el personal administrativo: el paciente siempre debe ser considerado parte del equipo. Los roles de estos profesionales variarán entre y dentro de cada equipo según el momento. Los roles de los integrantes del equipo suelen ser flexibles y oportunos. Por ejemplo, el liderazgo podría cambiar según la idoneidad que se requiera.

En apoyo a la atención centrada en el paciente y su seguridad, se está considerando cada vez más tanto a los pacientes como sus cuidadores asistenciales como miembros activos del equipo de atención clínica. Además de ser importante para un proceso compartido de toma de decisiones y de consentimiento informado, involucrar al paciente como integrante del equipo puede mejorar la seguridad y la calidad de la atención, ya que el paciente representa una valiosa fuente de información, al ser el único integrante del equipo que está presente en todo momento durante el transcurso de su atención clínica. También es el único con la idoneidad suficiente en cuanto a la experiencia de su enfermedad o afección.

El programa TeamSTEPPS™ desarrollado en los Estados Unidos identifica a una serie de distintos tipos, pero interrelacionados, de equipos que sustentan y brindan atención clínica.



Equipos principales

Los equipos principales se componen de líderes e integrantes del equipo que participan directamente del cuidado del paciente. Los integrantes de equipos principales incluyen prestadores de atención directa, como ser enfermeras, farmacéuticos, médicos, odontólogos, asistentes y, por supuesto, el paciente o su cuidador asistencial. Estos integrantes funcionan desde la clínica o guardia de la institución prestadora de atención clínica. Los integrantes principales también incluyen prestadores de continuidad: aquellos que se encargan del paciente desde su evaluación inicial hasta su alta definitiva, como por ejemplo, los encargados de casos clínicos. El equipo principal puede cambiar con frecuencia, pero suele constar de un médico y una enfermera y, según el área de

atención clínica de que se trate, también puede incluir a un fisioterapeuta, un odontólogo y/o un farmacéutico.

Equipos de coordinación

El equipo de coordinación es el grupo responsable de la gestión operativa cotidiana y de las funciones de coordinación y gestión de los recursos para los equipos principales. Las enfermeras suelen ocupar dichas posiciones de coordinación en los hospitales. En los ámbitos y clínicas rurales, el equipo de coordinación puede comprender a administradores de servicios de salud, enfermeras, médicos u otros profesionales de la salud.

Equipos de contingencia

Los equipos de contingencia están formados para atender eventos emergentes o específicos (por ej. equipos de emergencias cardíacas, equipos de respuesta ante desastres, equipos de emergencias obstétricas, equipos de respuesta rápida). Los integrantes de un equipo de contingencia provienen de distintos equipos principales.

Equipos auxiliares

Los equipos auxiliares se componen de personas tales como personal de limpieza o maestranza que brindan atención directa a los pacientes según tareas específicas y por tiempo limitado, o bien brindan servicios que facilitan la atención del paciente. Los integrantes de estos equipos no suelen estar ubicados en el lugar donde los pacientes reciben su cuidado de rutina.

Los equipos de servicios auxiliares son primordialmente equipos de prestación de servicios cuya misión consiste en brindar apoyo al equipo principal, lo cual no significa que no deberían compartir los mismos objetivos. El resultado exitoso de un paciente que se somete a una cirugía requiere de información precisa sobre la provisión de alimentos y las pertinentes instrucciones sobre indicaciones tales como “nada por vía oral”, de manera tal que no reciba, involuntariamente, una comida que pudiera representar un riesgo de asfixia. En general, los equipos de servicios auxiliares funcionan de manera independiente. Sin embargo, hay muchas ocasiones en las que deberían ser considerados como parte del equipo principal.

Servicios de apoyo

Los equipos de servicios de apoyo se componen de personas que prestan servicios indirectos y específicos de cada tarea dentro de la institución clínica. Los integrantes de estos equipos orientados al servicio ayudan a facilitar la experiencia clínica óptima de los pacientes y sus familiares. Sus roles se integran en el sentido de gestionar el entorno, los activos y la logística dentro de una institución. Los servicios de apoyo se componen primordialmente de un equipo orientado al servicio cuya misión consiste en generar un entorno eficiente, seguro, cómodo y limpio, que repercuta en el equipo de atención del paciente, la percepción del mercado, la eficiencia operativa y la seguridad del paciente.

La Administración

La Administración incluye a los líderes ejecutivos de la unidad o institución y tiene la responsabilidad permanente del funcionamiento y gestión general de la organización. La Administración modela el clima y la cultura para un sistema de trabajo en equipo tendiente a florecer siempre que establezca y comunique la visión institucional, desarrolle y aplique políticas reglamentarias, provea los recursos necesarios para su implementación exitosa, establezca las expectativas del personal (sus roles y responsabilidades), haga que los equipos rindan cuentas de su actuación y defina la cultura de la organización.

¿Cómo el uso de equipos mejora la atención del paciente?



Tradicionalmente, la atención clínica ha visto al clínico individual como el único responsable del cuidado y tratamiento del paciente. Sin embargo, hoy en día, los pacientes rara vez son atendidos por un solo profesional de la salud. La seguridad del paciente, en el contexto de un complejo sistema de atención de la salud, reconoce que un trabajo en equipo eficiente resulta esencial para minimizar los eventos adversos ocasionados por la mala comunicación con los demás encargados del cuidado del paciente y los malos entendidos en cuanto a sus roles y responsabilidades. Los pacientes tienen un derecho adquirido sobre su propio cuidado así como también deben formar parte de las vías de comunicación; se ha demostrado que su participación también contribuye a minimi-

zar errores y potenciales eventos adversos.

El vínculo entre las habilidades no técnicas, como el trabajo en equipo, y los eventos adversos ahora se encuentra bien establecida [9, 10], tal como lo está la creciente carga de enfermedades crónicas, comorbilidades y poblaciones en constante envejecimiento promedio. Estos desafíos requieren de un enfoque terapéutico coordinado y multidisciplinario [11].

En una de las principales revisiones críticas sobre la capacitación en formación de equipos, Baker et al. [1] sostuvieron que la capacitación de los profesionales de la salud como equipos *“constituye una estrategia pragmática y eficaz para mejorar la seguridad del paciente y reducir los errores médicos”*.

El trabajo en equipo ha estado asociado a mejores resultados en las áreas de atención primaria [12] y cuidado oncológico [13]. Además, el trabajo en equipo también ha estado asociado a menores errores médicos [14, 15]. Tal como lo reseña el Cuadro B.4.1, mejorar el trabajo en equipo puede brindar beneficios que van más allá de la obtención de mejores resultados para el paciente y su seguridad, incluso beneficios para cada uno de los clínicos intervinientes que conforman el equipo y a éste en su conjunto, así como también para toda la organización en la que está radicado el equipo [11].

Cuadro B.4.1. Medidas para un trabajo en equipo eficiente.

Resultados mensurables de un trabajo en equipo eficiente

Beneficios para la organización	Beneficios para el equipo	Beneficios individuales	
		Pacientes	Integrantes del equipo
Menores costos y tiempos de internación hospitalaria	Mejor coordinación de la atención clínica	Mejor satisfacción respecto de la atención	Mejor satisfacción laboral
Menor cantidad de internaciones imprevistas	Uso eficiente de los servicios de atención clínica	Aceptación del tratamiento	Mayor claridad en cuanto a los roles
Mejor accesibilidad para los pacientes	Mejor comunicación y diversidad profesional	Mejores resultados clínicos y mejor calidad de la atención Menores errores médicos	Mejor bienestar

Fuente: Adaptado de Mickan S.M., Rodger S.A. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions*. [“Equipos de atención clínica eficientes: modelo de seis características desarrolladas a partir de percepciones compartidas”] *Journal of Interprofessional Care*, 2005 [16].

¿Cómo formar y desarrollar equipos?



Se ha venido llevando a cabo una considerable investigación en la formación y el desarrollo de equipos en otras actividades con grandes riesgos operativos. Tal como se detalla en el Cuadro B.4.2, existen cuatro etapas en el desarrollo de equipos: su formación, agitación; reglamentación y ejecución.

Cuadro B.4.2. Etapas en el desarrollo de equipos

Etapa	Definición
Formación	Suele estar caracterizada por la ambigüedad y la confusión. Los integrantes del equipo quizás no hayan elegido trabajar juntos y se comuniquen de una manera cautelosa, superficial e impersonal. Pueden llegar a resultar confusos sobre la tarea a realizar.
Agitación	Una etapa difícil en la que podría haber conflicto entre los integrantes del equipo y algo de rebelión en contra de las tareas asignadas. Los integrantes del equipo podrían competir por posiciones de poder y puede haber frustración ante la falta de progreso en la tarea.
Reglamentación	Se establece una comunicación abierta entre los integrantes del equipo y este comienza a abordar la tarea en cuestión. Se establecen patrones de comunicación y procedimientos generalmente aceptados.
Ejecución	El equipo concentra toda su atención en lograr los objetivos. Ahora, mantiene una relación estrecha y cooperativa, abierta y confiada, emprendedora y eficiente.

Fuente: Modificado de Flin R.H., O'Connor P., Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, ["La seguridad en los sectores más problemáticos: guía para incorporar habilidades no técnicas"] 2008 [18].

Al igual que otras actividades, muchos equipos de atención clínica, tales como los equipos de emergencia o cirugía, deben colaborar estrechamente y ser plenamente funcionales sin prácticamente contar con nada de tiempo para entablar relaciones interpersonales y atravesar las fases de formación o reglamentación descritas más arriba [18]. Por este motivo, resulta importante que los profesionales de la salud sepan cómo desempeñarse como miembros eficientes de un equipo antes de integrar uno. La siguiente sección describe las características de los equipos eficientes.

Características de los equipos eficientes



Existen muchos modelos para describir un trabajo en equipo eficiente. Históricamente, tales modelos han provenido de otras actividades, tales como la gestión de recursos de tripulación (CRM, por sus siglas conocidas en inglés) de la aeronáutica. El Recuadro B.4.1 expone las

Recuadro B.4.1. Resumen de la gestión de recursos de tripulación (CRM)

La aplicación de la CRM en la atención clínica

La CRM fue desarrollada por la industria aeronáutica con el fin de mejorar las comunicaciones en la cabina y así implementar sistemas de toma de decisiones centrados en el equipo. La CRM se define como "la utilización de todas las fuentes disponibles –información, equipos y personas– con el fin de lograr operaciones de vuelo seguras y eficientes". (Comisión Nacional de Seguridad del Transporte de los EE.UU.). La CRM se ha venido utilizando en la atención clínica con el propósito de mejorar el trabajo en equipo y las comunicaciones e iniciar otros procesos seguros.

principales características de la CRM desarrolladas en la industria aeronáutica.

Los equipos de atención clínica revisten muchas características distintas; algunos son muy estables, pero otros pueden ser muy inestables y sufrir frecuentes cambios en su conformación. Cada uno de los integrantes del equipo contará con distintos niveles de conocimientos y habilidades, que deberán adaptarse. Mickan y Roger [16] han descrito la siguiente lista de características sencillas que apuntalan a los equipos clínicos eficientes independientemente de lo estables o inestables que sean.

Propósito común

Los integrantes del equipo generan un propósito común y claramente definido que incluye intereses colectivos y demuestra una titularidad compartida.

Objetivos mensurables

Los equipos establecen objetivos que se puedan medir y se concentran en la tarea específica del equipo.

Liderazgo eficiente

Los equipos requieren de un liderazgo eficiente que establezca y mantenga estructuras, maneje conflictos, escuche a sus integrantes y confíe en ellos además de apoyarlos. Los autores también destacaron la importancia que reviste el hecho de que los integrantes del equipo se pongan de acuerdo y compartan funciones de liderazgo.

Comunicación eficaz

Los buenos equipos de atención clínica comparten ideas e información con rapidez y regularidad, llevan registros por escrito y se dan un tiempo para la reflexión grupal. Algunos de los análisis más profundos de la comunicación dentro de equipos interprofesionales (en todas las disciplinas y no sólo entre las especialidades médicas) se han concentrado en equipo de alto riesgo como los relacionados con cirugía [19, 20].

Buena cohesión

Los equipos cohesivos tienen un espíritu y compromiso de equipo único e identificable, ya que cuentan con una mayor longevidad dado que los integrantes de los equipos desean continuar trabajando juntos.

Respeto mutuo

Los equipos eficientes cuentan con integrantes que respetan los talentos y creencias de cada uno de ellos, además de sus respectivos aportes profesionales. Los equipos eficientes también aceptan y alientan la diversidad de opiniones entre sus miembros.

Requisitos adicionales

Los requisitos adicionales para lograr equipos eficientes son [8, 18, 21]:

- Probidad individual en cuanto a la tarea (tanto en función de las habilidades técnicas personales como las de trabajo en equipo);
- Motivación para las tareas;
- Flexibilidad;
- Habilidad para monitorear su propio desempeño;
- Resolución eficaz y aprendizaje del conflicto;
- Participación en el monitoreo de situaciones problemáticas.

Liderazgo



Un liderazgo eficaz es una característica clave de todo equipo eficiente. Los líderes de equipos eficientes facilitan, supervisan y coordinan las actividades de los demás integrantes del equipo cumpliendo las siguientes funciones:

- Aceptar el rol de liderazgo;
- Pedir ayuda siempre que corresponda;
- Monitorear constantemente la situación;
- Establecer prioridades y tomar decisiones;
- Utilizar recursos para maximizar el desempeño;
- Resolver conflictos de equipo;
- Equilibrar la carga de trabajo dentro del equipo;
- Delegar tareas o funciones;
- Llevar a cabo sesiones informativas, charlas y reuniones informativas sobre diversas operaciones;
- Facultar a los integrantes del equipo para expresarse libremente y formular preguntas;
- Organizar actividades de perfeccionamiento y capacitación para el equipo;
- Inspirar a los demás integrantes del equipo y mantener una cultura positivo de grupo;
- Asegurarse de que el equipo mantenga el rumbo y cumpla con los resultados esperados.

Incluir al paciente como miembro del equipo de atención clínica es un concepto novedoso. Tradicionalmente, el rol del paciente ha sido más pasivo y se ha limitado al de mero receptor de atención clínica. Sin embargo, sabemos que los pacientes aportan sus propias habilidades y conocimientos acerca de su afección y enfermedad. Los estudiantes pueden comenzar a mostrar liderazgo en esta área tratando de incluir a los pacientes y sus fami-

liares tanto como puedan. Establecer contacto visual con los pacientes, verificar y confirmar información y buscar datos adicionales se puede realizar en el contexto de una ronda de guardia o de una consulta clínica. Incluir al paciente en una verificación de seguridad para cerciorarse de que la información correcta y completa se encuentre a disposición de todos los que integran el equipo.

Técnicas de comunicación para equipos de atención clínica



El escritor británico, George Bernard Shaw, dijo una frase célebre: "El mayor problema con la comunicación es la ilusión que se ha logrado con ella". Las buenas habilidades de comunicación residen en el núcleo principal de la seguridad del paciente y de un trabajo en equipo eficiente. Las siguientes estrategias pueden ayudar a los integrantes del equipo a compartir información con precisión y asegurarse de que el foco se centre en la información que se está comunicando. Recientemente se ha demostrado que el uso de una herramienta llamada PSAER¹ (Presentación, Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) mejora las derivaciones telefónicas efectuadas por los estudiantes de Medicina en un entorno simulado de inmersión [22].

La siguientes descripción y casos de ejemplo se han tomado del programa TeamSTEPPS™ [8].

PSAER

La PSAER es una técnica que sirve para comunicar información crítica sobre una determinada preocupación del paciente que requiere de atención y acción inmediatas. La técnica tiene por objeto asegurar que se comunique la información correcta y el nivel de preocupación en todo intercambio mantenido entre profesionales de la salud.

Presentación

"Mi nombre es Mary Smith y soy la enfermera que cuida de la Señora Joseph, que se encuentra en la cama 5 del ala 4 del hospital".

Situación

¿Qué le ocurre al paciente?

"Estoy llamando en relación con la Sra. Joseph de la habitación 251. Su queja principal es falta de aire de reciente aparición".

Antecedentes

¿Cuál es el antecedente o contexto clínico?

"La paciente es una mujer de 62 años en su primer día de postoperatorio tras una cirugía abdominal. Ni registra antecedentes cardíacos ni pulmonares".

Evaluación

¿Cuál pienso yo que es el problema?

Los sonidos respiratorios se aprecian disminuidos en el

1 ISBAR (en inglés) = Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation.

costado derecho con reconocimiento de dolor. Quisiera descartar un neumotórax”.

Recomendación

¿Qué haría para corregirlo?

“Siento firmemente que la paciente debería ser evaluada ahora mismo. ¿Podría venir de inmediato?”

Si el integrante del equipo de atención clínica no está conforme con la respuesta a su pedido de asistencia inmediata, debería procurar asistencia y asesoramiento de otro profesional superior.

Convocatoria

La convocatoria es una estrategia que sirve para comunicar información importante o crítica destinada a informar a todos los integrantes del equipo en forma simultánea durante situaciones de emergencia. Esta técnica ayuda a los integrantes del equipo a anticipar los próximos pasos y dirigir la responsabilidad hacia una persona específica a cargo de llevar a cabo la tarea puntual requerida. A continuación se muestra un ejemplo de intercambio en una convocatoria entre un líder de equipo y un residente.

Líder: ¿Estado de la vía aérea?

Residente: Vía aérea despejada.

Líder: ¿Sonidos respiratorios?

Residente: Sonidos respiratorios disminuidos a la derecha.

Líder: ¿Presión arterial?

Residente: La presión arterial es de 96/92.

Corroboración

Esta es una técnica sencilla para asegurarse de que la información transmitida por el emisor sea comprendida por el receptor tal como se pretendió [23]:

Paso uno: El remitente inicia el mensaje.

Paso dos: El receptor acepta el mensaje y brinda comentario.

Paso tres: El emisor corrobora para asegurarse de que el mensaje se haya entendido.

Médico: Déle 25 mg de Benadril por endovenosa en bolo.

Enfermera: ¿25 mg de Benadril por endovenosa en bolo?

Médico: Así es.

Pase de guardia

El pase de guardia es un momento crucial para un intercambio preciso de información. Los errores en la comunicación pueden traer como resultado que los pacientes no reciban un tratamiento correcto y sufran un resultado adverso. El pase de guardia en la clínica se refiere a la transferencia de responsabilidad profesional y rendición de cuentas respecto de algunos o todos los aspectos que hacen a la atención clínica de un determinado paciente o grupo de pacientes, en manos de otra persona o grupo profesional de manera temporaria o permanente. El “paso la batuta” (“I pass the baton”) es una estrategia que sirve para lograr pases de guardia oportunos y precisos.

I	Introduction (Presentación)	Preséntese usted mismo, su función y su trabajo y el nombre del paciente
P	Patient (Paciente)	Nombre, datos identificatorios, edad, sexo, localidad
A	Assessment (Evaluación)	Dolencia principal presente, signos vitales, síntomas y diagnóstico
S	Situation (Situación)	Circunstancias/estado actual, incluido el código de estado, nivel de (in)certidumbre, cambios recientes y respuesta al tratamiento
S	Safety Concerns (Inquietudes de seguridad)	Valores/informes críticos de laboratorio, factores socioeconómicos, alergias y alertas (caídas, aislamiento, etc.)
The		
B	Background (Antecedentes)	Co-morbilidades, episodios previos, medicamentos actuales y antecedentes familiares
A	Actions (Acciones)	¿Qué acciones se han tomado o hacen falta? Provea una breve fundamentación
T	Timing (Coordinación)	Nivel de urgencia y coordinación explícita y priorización de acciones
O	Ownership (Responsabilidad)	Identificación del responsable (persona/equipo), incluido el paciente /su familia
N	Next (Siguiente)	¿Qué sucederá después? ¿Se anticipa algún cambio? ¿Cuál es el plan? ¿Hay planes de contingencia?

N. del T.: La expresión original en inglés forma una frase mnemotécnica imposible de adaptar con iniciales a la lengua española, por ese motivo se ha decidido dejar la expresión original en inglés con su correspondiente explicación en español.

Cómo resolver el desacuerdo y el conflicto



La habilidad de resolver el conflicto o el desacuerdo dentro del equipo resulta crucial para lograr un trabajo en equipo exitoso. Esto puede ser particularmente desafiante para los integrantes menos experimentados del equipo, tales como estudiantes, o bien en equipo que revisten una naturaleza muy jerárquica.

Sin embargo, es importante que todos los integrantes del equipo sientan que pueden formular comentarios siempre que vean algo que piensan que repercutirá en la seguridad del paciente.

Se han desarrollado los siguientes protocolos para ayudar a los integrantes de un equipo a expresar sus inquietudes de una manera gradual.

Seguridad psicológica

Esta es la medida en la cual la gente percibe su entorno laboral como propicio para asumir estos riesgos interpersonales [24].

Regla del doble planteo

La regla del doble planteo está diseñada para facultar a todos los integrantes del equipo para detener una actividad si perciben o descubren un incumplimiento esencial de la seguridad. Puede haber ocasiones en las que se adopte un acercamiento hacia un integrante del equipo, pero que sea ignorado o rechazado sin mayor consideración. Esto requerirá que la persona exprese sus inquietudes reformulándolas como mínimo dos veces en caso de que su primer planteo haya sido ignorado (de aquí el nombre de la “regla del doble planteo”). Estos dos intentos pueden provenir de la misma persona o de dos integrantes distintos del equipo:

El primer planteo debería adoptar la forma de pregunta.
Enfermera: *Estoy preocupada por la Sra. Jones de la cama 23. No se ve bien y sus síntomas son distintos a los que suele presentar. ¿Podría echarle un vistazo?*

El segundo planteo debería proporcionar algo de sustento para la inquietud del integrante del equipo.
Enfermera: *Estoy en verdad preocupada por la Sra. Jones. Sus síntomas me están preocupando. Creo que necesita que la revisen ahora mismo.*

Recuerde que se trata de actuar en defensa del paciente. La táctica del doble planteo asegura que se haya atendido, entendido y reconocido una inquietud planteada en forma expresa.

El integrante del equipo destinatario del planteo debe reconocer las inquietudes.

Médico: *Por lo que ha dicho, parece muy preocupada por la Sra. Jones. La veré ahora mismo.*

Si esto no trae como resultado un cambio o sigue sien-

do inaceptable, entonces la persona que ha formulado el planteo debería tomar medidas más firmes hablando con un supervisor o la persona que siga en la cadena de mando.

PICS

PICS es la abreviatura de un proceso de tres etapas para ayudar a la gente a detener una actividad problemática.

Estoy	P reocupado
Estoy	I ncómodo
Esto es una	C uestión de S eguridad

Guión DESC

DESC describe un proceso constructivo para resolver conflictos. El objetivo consiste en lograr consenso.

Describir la situación o conducta específica y proveer evidencias o datos concretos.

Expresar cómo lo hace sentir la situación y cuáles son sus inquietudes.

Sugerir otras alternativas y procurar acuerdos.

Consecuencias: se deberían formular en función del efecto que tienen sobre los objetivos establecidos del equipo o sobre la seguridad del paciente.

Los desafíos del trabajo en equipo eficiente



Existen una serie de barreras específicas para establecer y mantener un trabajo en equipo eficiente en el campo de la atención clínica. Algunas de ellas se describen a continuación.

Cambio de roles

En muchos entornos clínicos se da un considerable cambio y superposición de los roles desempeñados por los distintos profesionales de la salud. Algunos ejemplos de ello son los cambios en los roles de las parteras, los radiógrafos que leen placas radiográficas sencillas, las enfermeras que realizan colonoscopías, los técnicos dentales que realizan extracciones y simples restauraciones dentales, y las enfermeras practicantes, las enfermeras-parteras y los farmacéuticos que recetan medicamentos. Estos cambios de roles pueden representar desafíos para los equipos en términos de asignación y reconocimiento de roles. Asimismo, puede haber miembros del equipo que no cuentan con las calificaciones específicas como puede ser un asistente dental o una enfermera auxiliar o asistente. Estas personas son miembros importantes del equipo y deberían recibir supervisión y apoyo como pares integrantes del equipo. En algunos casos, es probable que tengan que desempeñar funciones para las cuales no estén capacitados. De ocurrir esto, deberían recibir una adecuada preparación y asistencia.

Cambio de ámbitos

La naturaleza de la atención clínica está cambiando de muchas maneras, incluso se da una mayor prestación de atención clínica para afecciones crónicas en ámbitos

clínicos comunitarios y la transferencia de muchos procedimientos quirúrgicos hacia centros ambulatorios. Estos cambios requieren el desarrollo de nuevos equipos y la modificación de equipos ya existentes.

Jerarquías en la atención clínica

La atención clínica es fuertemente jerárquica en su naturaleza, lo cual puede llegar a ser contraproducente para el buen funcionamiento de equipos eficientes en los que deberían tenerse en cuenta las opiniones de todos sus integrantes; el líder del equipo no necesariamente deba ser un médico. Si bien ha habido un creciente reconocimiento de que el trabajo en equipo es importante en la atención clínica, ello no se ha traducido a un cambio en las prácticas, en especial en los países donde las normas culturales de comunicación no se adaptan con naturalidad al trabajo en equipo.

Naturaleza individualista de la atención clínica

Muchas profesiones clínicas, tales como las de enfermería, odontología y medicina, se basan en la relación autónoma y directa que se da entre el prestador de atención clínica y el paciente. Si bien esta relación sigue siendo un valor central, se ve cuestionada por muchos conceptos del trabajo en equipo y de la atención compartida. Esto se puede observar en muchos niveles, desde los clínicos que no están dispuestos a compartir la atención de sus pacientes hasta las implicancias médicas y jurídicas de una atención basada en equipos.

La inestabilidad de los equipos

Tal como se lo desarrollara anteriormente, los equipos de atención clínica suelen ser transitorios por naturaleza, al conformarse para una tarea o evento específico (por ej. los equipos de atención coronaria de emergencia). La naturaleza transitoria de estos equipos pone gran énfasis en la calidad de la capacitación de cada uno de sus integrantes, lo cual plantea desafíos específicos en la atención clínica, donde se les suele prestar insuficiente atención a la educación y la capacitación, dado que los trabajadores de la salud se concentran en la prestación de sus servicios.

Los accidentes en otros sectores

Los análisis de incidentes de alta exposición, como lo son los desastres aeronáuticos, han identificado tres tipos principales de fallas en el trabajo en equipo que contribuyen al acaecimiento de accidentes, a saber, una imprecisa y vaga definición de los roles, la falta de coordinación explícita y otros hechos de mala comunicación [18, 25].

¿Cómo evaluar el desempeño del equipo?

Evaluar el desempeño del equipo constituye un importante paso para el mejoramiento de su desempeño. Se encuentra disponible una serie de medidas de evaluación del desempeño del trabajo en equipo [18, 26, 27]. Los equipos pueden ser evaluados en un entorno simulado, mediante la observación directa de su práctica real o bien por el uso de ejercicios de trabajo en equipo, tales como

los que se describen en las siguientes secciones sobre cómo enseñar el trabajo en equipo.

A los equipos se los puede evaluar según el desempeño individual dentro del equipo o bien según el equipo mismo en su conjunto. Las evaluaciones las pueden realizar un experto o bien se pueden llevar a cabo mediante calificaciones del desempeño determinadas por pares.

Un análisis de los estilos de aprendizaje o de las habilidades para la resolución de problemas que cada individuo aporta al trabajo en equipo puede resultar útil al momento de seguir la evaluación del desempeño del equipo [28].

Resumen de los requisitos de conocimiento



El trabajo en equipo eficiente no se da solo. Requiere de un entendimiento de las características de los equipos exitosos, así como también de un conocimiento de cómo funcionan los equipos y las maneras de mantener eficiente su funcionamiento. Existe una variedad de herramientas que se han desarrollado para promover la comunicación y el desempeño en equipo, incluidas las técnicas de PSAER, convocatoria, corroboración y la de “paso la batuta”.

Lo que los estudiantes deben hacer para aplicar los principios del trabajo en equipo



Los estudiantes pueden aplicar los principios del trabajo en equipo apenas comienzan su carrera. Muchas carreras de grado relacionadas con la atención clínica se basan en el aprendizaje basado en la resolución de problemas (ABRP) o bien comprenden debates en grupos reducidos que les exigen a los estudiantes colaborar en equipos con el fin de generar conocimientos y resolver problemas. A través de estas actividades, los estudiantes pueden comenzar a aprender cómo funcionan los equipos y qué es lo que hace a un grupo de aprendizaje eficiente. Aprender a compartir información, manuales y apuntes de clase constituye un indicador principal para compartir la información sobre pacientes o clientes.

Ser consciente de cómo nuestros propios valores y presunciones afectan las interacciones con los demás integrantes del equipo

Los estudiantes aprenden observando cómo interactúan entre sí los distintos profesionales de la salud. Se darán cuenta de que si bien un equipo puede estar constituido por muchas personalidades y estilos de ejercicio profesional distintos, ello no necesariamente haga que el equipo resulte menos eficiente. Antes bien, las fortalezas y debilidades complementarias de los distintos integrantes del equipo pueden facilitar la prestación de una atención clínica segura y de alta calidad.

Ser consciente de los roles de los integrantes del equipo y de cómo los factores psicosociales afectan las interacciones del equipo y reconocen el efecto

del cambio sobre los integrantes del equipo

A menudo, puede resultarles difícil a los estudiantes (y por cierto también a los clínicos en ejercicio de la profesión) apreciar los distintos roles que los profesionales de la salud desempeñan en los equipos, o bien cómo responden los equipos al cambio o a los factores psicosociales. Se puede alentar a los estudiantes a realizar observaciones estructuradas de los equipos, observar los roles que las diferentes personas desempeñan y cómo la asignación de esos roles se relaciona tanto con las características personales como con las profesiones de cada uno de los integrantes del equipo. Se puede alentar a los estudiantes a conversar con distintos integrantes de un equipo con el fin de hablar sobre sus experiencias de trabajar en equipo. Los docentes a su vez pueden asegurarse de que los estudiantes queden incluidos en equipos con roles asignados para que puedan observar estos procesos desde su interior. Resulta crucial que todos los integrantes del equipo entiendan el rol y las funciones de las distintas profesiones de manera tal que se instituyan derivaciones y tratamientos adecuados para los pacientes.

La inclusión del paciente como miembro del equipo

Siempre que los estudiantes entrevisten a los pacientes, tomen sus historias clínicas, realicen un procedimiento o provean intervenciones terapéuticas para los pacientes, deberían tomarse el tiempo para comunicarse y comprometerse con el paciente. Esto puede incluir la una conversación con los pacientes sobre lo están haciendo o bien charlar sobre sus preocupaciones o inquietudes que pudieran tener los pacientes o sus cuidadores asistenciales. Los estudiantes pueden incluir activamente a los pacientes en las clínicas y las rondas de sala invitándoles a participar en el momento o bien conversando con el equipo sobre cómo podrían ser incluidos los pacientes en esas charlas.

El uso de técnicas de apoyo mutuo, resolución de conflictos, uso de técnicas de comunicación correcta y cambio y observación de conductas

Los estudiantes pueden practicar todas estas competencias en su trabajo con sus pares dentro de grupos de estudio o bien dentro de equipos de atención clínica, a medida que avanzan en su carrera y participan cada vez más de la atención del paciente. Tal como se detalla más adelante, se pueden usar muchos ejercicios de trabajo en equipo con grupos de estudiantes y profesionales practicantes a fin de explorar estilos de liderazgo, técnicas de resolución de conflictos y habilidades de comunicación. La medida en la que los estudiantes puedan experimentar u observar estas actividades dependerá de lo seguros que se sientan los profesionales de la salud al momento de plantear cuestiones o problemas ante el equipo o su líder.

Existe una serie de consejos prácticos para ayudar a los estudiantes a mejorar sus habilidades de comunicación. Los estudiantes pueden comenzar a practicar un buen trabajo en equipo al mismísimo comienzo de su carrera.

La comunicación clara y respetuosa constituye el fundamento de todo buen trabajo en equipo. Siempre preséntese personalmente ante el paciente y presente al equipo o a sus colaboradores, aunque estén trabajando juntos durante unos pocos minutos. Aprenda los nombres de los integrantes del equipo y úselos. Algunos no se molestan en aprenderse los nombres de los integrantes del equipo que menos están presentes, como pueden ser los trabajadores auxiliares de la salud, creyendo que son menos importantes. Sin embargo, los integrantes del equipo tendrán mejores relaciones interpersonales entre sí si utilizan los nombres de las personas en lugar de referirse a ellas por su profesión, tal como “la enfermera” o “el asistente”. Siempre que se deleguen tareas a otras personas, mírelas y verifique que cuenten con la información necesaria que les posibilite hacer la tarea encomendada. Hablar al aire es una práctica muy insegura puesto que no puede resultar claro a quién se está dirigiendo el mensaje. Utilice un lenguaje objetivo y no subjetivo.

Vuelva a leer las instrucciones y cierre el diálogo de comunicación en relación con la información referida a la atención del paciente. Expresé lo obvio como para evitar confusión.

Enfermera: *El Sr. Brown va a hacerse una radiografía.*
Estudiante: *Entonces, llevaremos al Sr. Brown a hacerse una radiografía ahora.*

Pida aclaración si algo no tiene sentido. Formule preguntas y aclare todo el tiempo. Aclare su rol en distintas situaciones.

Enfermera: *El Sr. Brown va a hacerse una radiografía.*
Estudiante: *Entonces, lo llevamos al Sr. Brown a hacerse una radiografía ahora mismo.*

Enfermera: *Sí.*
Estudiante: *¿Quién está llevando al Sr. Brown para su radiografía?*

Póngase firme siempre que sea necesario. Esto resulta difícil en todos lados, aun así, si un paciente se encuentra en riesgo de lesión grave, los profesionales de la salud, incluso los estudiantes, deben hacerse escuchar. Los clínicos más experimentados estarán agradecidos a la larga si alguno de sus pacientes evita un evento adverso grave. Siempre que se dé un conflicto, concéntrese en “qué” es lo correcto para el paciente, y no en establecer “quién” tiene razón y quién no.

Informe al equipo antes de llevar a cabo una actividad en equipo y realice de inmediato una reunión informativa sobre la operación. Esto alienta a todos los integrantes del equipo a hacer sus aportes al debate sobre cómo salieron las cosas y qué es lo que se podría hacer distinto o mejor la próxima vez.

Casos de estudio

Comunicación defectuosa dentro del equipo

Este caso de estudio destaca cómo un mal trabajo en equipo puede coadyuvar a un daño al paciente.

Un médico estaba llegando al final de su primera semana en el servicio de emergencias. Su turno había terminado una hora antes, pero el servicio estaba ocupado y su jefa le pidió si podía ver a un último paciente. El paciente se trataba de un joven de 18 años. Estaba con sus padres que estaban seguros de que había tomado una sobredosis. Su madre había encontrado una botella vacía de paracetamol que había estado llena el día anterior. Había tomado varias sobredosis antes y se encontraba bajo atención psiquiátrica. El muchacho se mostraba tenaz en que sólo había tomado un par de tabletas para un dolor de cabeza. Dijo que había tirado las tabletas restantes al piso, y por eso las había tirado a la basura. Los padres decían que habían encontrado la botella vacía seis horas antes y estaban seguros de que no podía haber tomado el paracetamol más de cuatro horas antes de haber encontrado la botella (e.d. 10 horas antes).

El médico explicó que no traería ningún beneficio hacer un lavaje gástrico. En cambio, tomó un análisis de sangre para determinar los niveles de paracetamol y salicilato. Le pidió al laboratorio que se comunique por teléfono con el servicio de emergencia para informar los resultados lo antes posible. Una estudiante de enfermería se encontraba atendiendo la recepción cuando llamó el laboratorio. Escribió los resultados en el cuaderno de mensajes. El nivel de salicilato era negativo. Cuando llega el momento del resultado del paracetamol, el técnico del laboratorio dijo: "dos", hizo una pausa y luego dijo: "uno tres". "Dos punto uno tres", repitió la enfermera, y colgó el teléfono. Ella escribió en el cuaderno: "2.13". El técnico no dijo si ese nivel era tóxico y no verificó si la enfermera lo había comprendido. Cuando el médico apareció en la recepción, la enfermera le leyó los resultados. El médico verificó un gráfico que había encontrado unos momentos antes, el cual mostraba cómo tratar los casos de sobredosis.

Había también un protocolo para el manejo de sobredosis de paracetamol en la cartelera de anuncios, pero estaba tapado con un memorando. El gráfico mostraba que 2.13 se encontraba muy por debajo del nivel de tratamiento. El médico pensó rápidamente en corroborarlo con su jefa del servicio, pero parecía muy ocupada. En cambio, le dijo a la estudiante de enfermería que el paciente necesitaría ser internado esa noche, para que el psiquiatra pudiera revisarlo al día siguiente. El médico salió de su guardia antes de que volviera el informe impreso del laboratorio. Se leía: "nivel de paracetamol: 213". Pasaron dos días hasta que se descubrió el error, momento para el cual el paciente estaba comenzando a experimentar los síntomas de insuficiencia hepática irreversible. Fue imposible encontrar a un donante de hí-

gado para el trasplante y el paciente murió una semana más tarde. Si hubiera sido tratado cuando arribó al servicio de emergencia, probablemente no habría muerto.

El especialista le contó al médico lo que había sucedido el lunes cuando comenzó su siguiente guardia y, todavía en estado de shock, le explicó que había actuado según lo que creyó que era el resultado correcto. No se había dado cuenta, admitió, de que los niveles de paracetamol jamás se informan con comas y decimales. Dado que no vio el protocolo, tampoco había apreciado que podría haber sido correcto iniciar el tratamiento incluso antes de que el nivel de paracetamol fuera informado por el laboratorio, sugirió que el paciente bien podría haber tomado una considerable cantidad de tabletas. Sería injusto culpar al médico, a la estudiante de enfermería o al técnico a título personal individual. La verdadera debilidad es la falta de verificaciones de seguridad en el sistema de comunicación de los resultados de los análisis. Al menos tres personas cometieron una serie de pequeños errores y el sistema no logró revertirlos.

Actividades

- Dibuje un diagrama de flujo de información entre los profesionales de la salud que intervienen en esta historia y destaque los puntos de ruptura de la comunicación.
- Debata la manera en la que el médico y la estudiante de enfermería se podrían haber sentido y cómo ayudarlos mediante la elaboración de una reunión informativa sin tener que echarles la culpa.

Fuente: Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (NPSA, por sus siglas oficiales en inglés). Londres, Departamento de Salud, 2005. Los derechos de autor y demás derechos de propiedad intelectual sobre este material pertenecen a la NPSA y quedan todos los derechos reservados. La NPSA autoriza a las organizaciones dedicadas a la atención clínica a reproducir este material al mero fin educativo y no comercial.

Una falla en la transmisión de información entre el personal y la confirmación de presunciones, que traen como resultado un resultado adverso para el paciente
Este ejemplo destaca cómo la dinámica que hay entre los residentes de cirugía y el personal y el ingreso y la salida del personal de la sala de operaciones puede dar lugar a la ocurrencia de eventos adversos.

Antes de un bypass gástrico de rutina, la paciente fue trasladada a la sala de operaciones y una enfermera le informó a otra que la paciente era alérgica a la "morfina y a las grampas quirúrgicas". Esta información volvió a repetírseles al cirujano de planta y al anestesista antes del inicio de la intervención.

A medida que la cirugía estaba terminando, el cirujano de planta salió del quirófano y dejó a un colega y a dos cirujanos residentes para completar el procedimiento. El

colega cirujano luego abandonó la sala de operaciones y dejó a los dos residentes para que cerraran la incisión. Los dos cirujanos residentes engramparon una larga incisión que se cerraba a lo largo de todo el abdomen de la paciente. Engramparon tres incisiones laparoscópicas cerradas también. Cuando los residentes comenzaron el engrampado, un estudiante de medicina sacó un papel del legajo clínico de la paciente y se lo llevó a los residentes. El estudiante de medicina palmeó a uno de los residentes en el hombro, le levantó el papel para que lo leyera y le dijo que la paciente era alérgica a las grampas. El residente miró el papel y dijo: “no se puede ser alérgico a las grampas”.

El cirujano de planta regresó a la sala de operaciones mientras los residentes terminaban con el engrampado. Vio que los residentes habían engrampado las incisiones y les informó que la paciente no quería grampas. Les dijo que tendrían que quitarle todas las grampas y suturar la incisión. Pidió disculpas por olvidarse de informarles acerca de la alergia de la paciente. Uno de los residentes le preguntó si se podía ser alérgico a las grampas y el cirujano de planta contestó: “no importa. La paciente está convencida de que lo es”. El cirujano de planta les dijo a los residentes que tendrías que quitar todas las grampas y coser las incisiones. Esto llevó una demora adicional de 30 minutos.

Debate

- Debata cómo demuestra este caso la importancia de una clara comunicación entre todos los integrantes de un equipo, así como también el problema concerniente a las necesidades y preferencias del paciente.

Fuente: Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por Lorelei Lingard, Profesora Asociada de la Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

La resucitación de emergencia requiere de trabajo en equipo

Este caso ilustra la importancia que reviste el hecho de que el equipo esté preparado para llevar a cabo una eficiente resucitación de emergencia o ante un paro cardio-respiratorio.

Simón, oficial médico, se encontraba en la cafetería del hospital comiendo su almuerzo tardío. En la mitad de su almuerzo, se anunció un paro cardíaco por los altoparlantes. Corrió para subirse al ascensor hasta el pabellón del quinto piso donde había surgido la emergencia. Era una hora pico y los ascensores iban completos. Para el momento en que llegó hasta donde estaba el paciente, una enfermera ya había llevado la camilla para paros cardíacos y otra enfermera le había puesto al paciente la máscara de oxígeno.

“¿Presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca?” gritó el médico.

Una enfermera agarró un tensiómetro y comenzó a inflarlo. La enfermera que sostenía la máscara de oxígeno intentó encontrarle el pulso al paciente en su muñeca. El oficial médico pidió a los gritos que le colocaran al paciente un monitor electrocardiográfico y que le bajaran la cabecera de la cama. Las enfermeras trataron de seguir sus órdenes; una de ellas dejó de intentar obtener la presión arterial y bajó la cama. Esto hizo que la máscara de oxígeno cayera ya que el tubo quedó atrapado en los paneles laterales de la cama.

Simón se agitó. No tenía idea de la frecuencia ni del ritmo cardíaco. El paciente no parecía estar respirando. El monitor cardíaco se encendió y mostraba fibrilación ventricular.

“Palas y 50 julios”, pidió Simón.

Las enfermeras lo miraron y dijeron: “¿Qué?”

“Palas y 50 julios, ¡de inmediato!” replicó Simón.

“¡Llamen a un médico, cualquier médico, para que venga y me ayude ahora mismo!” gritó.

No pudieron revivir al paciente.

Actividad

- Describa este confuso caso de una manera clara. Identifique los factores y resultados clave.

Fuente: Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por Ranjit De Alwis, Profesor Titular de la Universidad Internacional de Medicina de Kuala Lumpur, Malasia.

Todos los integrantes del equipo cuentan

Este es un ejemplo de cómo una iniciativa, como lo es una sesión informativa de equipo preoperatoria, puede brindarles a cada uno de los integrantes del equipo quirúrgico una oportunidad de brindar información que afecte el resultado del paciente. Una sesión informativa preoperatoria consiste en una breve reunión que incluye a las enfermeras, cirujanos y anestesiólogos y se realiza antes de la cirugía con el fin de analizar cuestiones importantes para el paciente y relevantes para el procedimiento al que se lo está sometiendo.

Como preparación para una resección anterior baja e ileostomía, el equipo interprofesional se reunió para tener una sesión informativa. El cirujano le preguntó a la enfermera si tenía algo que deseaba aportar. La enfermera informó que la paciente estaba preocupada por su hernia. Como respuesta a ello, el cirujano interrogó a la paciente (que todavía estaba despierta) sobre la hernia. Luego el cirujano le explicó al equipo quirúrgico cómo procedería alrededor de la hernia y que podría llegar a utilizar malla.

Preguntas

- ¿Es éste el lugar para conversar con una paciente que muy probablemente haya recibido medicación preoperatoria?
- ¿Qué tipo de consentimiento informado podía brindar

la paciente? ¿Qué significa que la “paciente estaba preocupada por su hernia”?

- ¿La enfermera debería haber planteado esto antes de que la paciente llegara a la sala de operaciones?
- ¿Se debería documentar esto en la historia clínica y hacer un seguimiento?

Fuente: Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por Lorelei Lingard, Profesora Asociada de la Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

Emergencia en un consultorio odontológico

Este caso refleja la importancia que tienen todos los integrantes del equipo en cuanto a su preparación adecuada para colaborar ante una emergencia.

Durante una extracción molar, el paciente comenzó a transpirar y empalidecer. El paciente le pidió al odontólogo que detuviera el tratamiento, ya que se sentía mal.

El odontólogo detuvo el tratamiento y recostó al paciente en posición plana con las piernas levantadas. Luego le tomó el pulso y pidió el equipo de emergencia.

A la asistente dental, que sólo había estado trabajando en el centro odontológico hacía poco tiempo, nadie jamás le dijo dónde se guardaba el equipo de emergencia. Se retiró del consultorio odontológico y dejó sólo al odontólogo con el paciente mientras buscaba el equipo de emergencia.

La situación clínica del paciente continuó deteriorándose rápidamente. El odontólogo, que estaba solo en el consultorio sin ningún tipo de equipamiento para emergencias, salió a pedir ayuda.

Dos minutos más tarde, el odontólogo regresó con la asistente dental (que recién en ese momento había localizado al equipo de emergencia) y dos colegas más.

El paciente no parecía estar respirando en ese momento. Los odontólogos comenzaron la resucitación cardiopulmonar (RCP). La asistente dental llamó por teléfono a una ambulancia.

El equipo no pudo salvar al paciente.

Preguntas

- ¿Qué factores están asociados a este incidente?
- ¿De qué maneras una mejor comunicación entre los integrantes del equipo podría haber evitado esta muerte?

Fuente: Caso provisto por Shan Ellahi, Consultor en Seguridad del Paciente para los Servicios Comunitarios de Ealing y Harrow, Servicio Nacional de Salud, Londres, Reino Unido.

Estrategias y formatos de enseñanza

Este tema incluye una serie de estrategias para la enseñanza y práctica del trabajo en equipo. Los equipos eficientes no se dan solos y existe un sustancial cuerpo de teoría respaldatoria que se puede enseñar de manera adecuada y didáctica. Los requisitos de conocimiento enumerados anteriormente pueden formar la base de las disertaciones didácticas.

Dado que una de las maneras más eficaces de aprender acerca del trabajo en equipo consiste en participar de un equipo, incluimos una serie de actividades que se puede ejecutar fácilmente con pequeños grupos de estudiantes y con recursos limitados. Debido a que los estudiantes suelen tener poca experiencia en su participación en equipos clínicos, también incluimos actividades en las que los estudiantes pueden reflexionar sobre sus experiencias de trabajo en equipo que no guarden relación con la atención clínica.

Para familiarizar a los estudiantes con equipos clínicos reales, también hemos incluido actividades que anticipan los tipos de equipos que los estudiantes con los que se enfrentarán cada vez más los estudiantes a medida que avanzan en su carrera y su profesión.

Un reciente análisis sistemático de la capacitación en trabajo en equipo desarrollado para estudiantes de medicina y médicos principiantes descubrió que la enseñanza de habilidades para el trabajo en equipo a los estudiantes y médicos principiantes resultó moderadamente eficaz en el corto plazo y al parecer resultó más eficaz toda vez que se abordaron más principios de trabajo en equipo dentro del curso de capacitación [29].

Toda formación y curso de capacitación en formación de equipos debe considerar la conducta local que resulte aceptable culturalmente, con respecto a cómo hacerse escuchar dentro de un equipo y la naturaleza de las jerarquías existentes en un determinado país.

Concluimos esta sección con un análisis de la formación interprofesional que puede resultar ser una opción o no para su consideración dentro de su plan de estudios.

Formación en trabajo en equipo durante el transcurso de una carrera

Durante el transcurso de una carrera de año/s, existen oportunidades para estratificar la enseñanza y el aprendizaje en torno al trabajo en equipo. Por ejemplo, se podría estructurar la carrera de la siguiente manera:

Primer/os año/s

Disertaciones didácticas sobre:



- Los fundamentos del trabajo en equipo y estilos de aprendizaje;
- Diferentes tipos de equipos en el campo de la atención clínica;
- Diferentes estilos de aprendizaje.

Actividades en pequeños grupos que se concentren en:



- Cómo generar habilidades fundamentales basadas en el equipo;
- Cómo apreciar diferentes estilos de aprendizaje y de resolución de problemas;
- Cómo reflexionar sobre las experiencias en los equipos ajenos a la atención clínica;
- Los roles de los diversos equipos clínicos.

Años intermedios y superiores



Disertaciones didácticas sobre:

- Roles y responsabilidades de los distintos profesionales de la salud en los equipos;
- Características de los equipos eficientes;
- Estrategias para superar las barreras para un trabajo en equipo eficiente.

Actividades en pequeños grupos que incluyan:



- Participación interprofesional;
- Reflexión sobre la experiencia de participar en equipos clínicos en calidad de estudiante;
- Simulación del trabajo en equipo dentro de un contexto de atención clínica (de alta o baja fidelidad).

Actividades de enseñanza

¿Cómo comprometer a modelos de conducta?

Dado que el trabajo en equipo no siempre está reconocido o valorado en los ámbitos que encuentran los estudiantes, es importante comprometer a modelos de conducta clínicos en la prestación de una educación en trabajo en equipo. De ser posible, identifique a los clínicos con buenas reputaciones para trabajar en equipos multidisciplinarios que sirvan de modelos de conducta. Sería ideal que dichos modelos de conducta presenten distintos aspectos de la teoría que subyace al trabajo en equipo y den ejemplos de sus propias experiencias. Siempre que sea posible, los modelos de conducta deberían provenir de múltiples profesiones de la salud.

Actividades de reflexión en torno a las experiencias de trabajo en equipo

Una manera sencilla de introducir a los estudiantes en los conceptos de trabajo en equipo consiste en lograr que reflexionen sobre los equipos en los que hayan participado en la escuela o la universidad. Dichos equipos pueden ser deportivos, laborales, corales, etc. Los ejercicios de reflexión pueden incluir la creación de encuestas simples que se pueden utilizar para elaborar preguntas concernientes al trabajo en equipo.

También se pueden elaborar ejercicios de reflexión en torno a ejemplos de fracasos o éxitos del trabajo en equipo que pueden ser temáticos y/o actuales dentro de la comunidad local. Ello podría incluir el desarrollo de tri-vias o debates grupales sobre artículos periodísticos que

describan fracasos de equipos deportivos vinculadas con fallas en su trabajo de equipo o ejemplos de alta exposición de errores clínicos a causa de fallas en el trabajo en equipo. También se podrían usar los casos de estudio provistos para este tema a los efectos de reflexionar sobre las fallas en el trabajo en equipo.

Los ejemplos de alta exposición de éxitos y fracasos en el trabajo en equipo ajenos a la atención clínica, como ser accidentes aeronáuticos o fallas en plantas nucleares, se suelen utilizar en la enseñanza de los principios del trabajo en equipo. Flin et al. describen en detalle una serie de dichos ejemplos [18].

Ejercicios de conformación de equipos

Existe una amplia gama de actividades que pueden ayudar a promover un entendimiento de la dinámica de equipo y de los distintos estilos de aprendizaje. Una simple búsqueda por Internet le proporcionará muchos ejemplos, que pueden resultarle útiles para todo participante de un equipo y que no requieren de conocimientos previos sobre atención clínica ni trabajo en equipo. Estos ejercicios pueden ser divertidos y suelen tener un efecto colateral positivo para la cohesión de los grupos de estudiantes.

Recuerde que una de las partes más importantes de todo ejercicio de conformación de equipos es la realización de reuniones informativas al finalizar el ejercicio. El propósito de la reunión informativa consiste en reflexionar sobre lo que funcionó bien para el equipo, de manera tal que se refuercen las conductas eficientes. El equipo también debería reflexionar sobre las dificultades y los desafíos que enfrentaron. Deberían explorarse estrategias para manejar los desafíos y luego practicarlas en las sesiones subsiguientes.

Construir torres con papel de periódico: un ejemplo de ejercicio de conformación de equipos

Este es un ejemplo de un ejercicio interactivo que no requiere contacto físico y que puede variarse según el tamaño del grupo, su dinámica y el tiempo disponible.

Para comenzar, divida a los estudiantes en grupos de 2 a 6 personas. Déle a cada grupo una cantidad igual de hojas de papel de periódico (cuantas menos sean, más difícil resultará; entre 20 y 30 hojas estará bien para un ejercicio de 10 a 15 minutos) y un rollo de cinta adhesiva. La tarea consiste en construir la torre autónoma más alta hecha solamente con papel de periódico y cinta adhesiva dentro del tiempo asignado. El sentido del ejercicio es demostrar la importancia de la planificación (tiempo, método de construcción, creatividad) y el efecto motivacional de una tarea de equipo. Las instrucciones deben ser muy claras. Por ejemplo, ¿la torre debe ser autónoma o puede contar con apoyos o sujeciones? Sin importar cuál sea, sólo importa que sean claras todas las cuestiones que repercutan sobre un resultado claro.

Se pueden asignar tantas hojas como se desee, según el propósito principal del ejercicio y, en cierta medida, la

cantidad de tiempo disponible y de personas que haya en cada equipo. Por lo general, se deben usar menos hojas cuando los equipos son pequeños y hay menos tiempo disponible para el ejercicio. Los lapsos breves, los equipos grandes y montones de hojas conllevan mucho caos. Esto puede resultar ideal para demostrar la necesidad de liderazgo y gestión. A menos que su objetivo sea el liderazgo y la gestión de la etapa de planificación, evite la combinación de pequeñas cantidades de hojas y equipos numerosos. Los equipos reducidos no necesitan grandes cantidades de hojas, salvo que usted establezca una regla por la cual se deba utilizar todo el material, con el fin de poner presión sobre las etapas de planificación y diseño.

Entornos clínicos simulados

La simulación se utiliza cada vez más para aprender y practicar el trabajo en equipo dentro de la atención clínica. Los entornos simulados resultan ideales para aprender ya que combinan seguridad –porque no hay pacientes reales- con la capacidad de incrementar o disminuir la velocidad de la evolución de los escenarios, en especial si se utilizan técnicas de simulación basadas en maniqués. Esto es ideal para los ejercicios de trabajo en equipo, ya que la importancia de conductas prudentes al momento de trabajar en equipo resulta particularmente manifiesta en situaciones de emergencia o donde el tiempo resulta ser un factor crucial. Además, los estudiantes tienen la oportunidad de experimentar cómo es manejar una situación en tiempo real.

Desde un punto de vista ideal, se puede utilizar entornos simulados para explorar el trabajo en equipo utilizando grupos mixtos de profesionales de la salud. Siempre que se explore el trabajo en equipo, el foco no debería concentrarse en las habilidades técnicas de los estudiantes, sino más bien en su interacción y comunicación mutuas. La mejor manera de asegurarse que ese siga siendo el foco principal del ejercicio consiste en permitirles a los estudiantes aprender y practicar juntos los aspectos técnicos de la situación antes de darse la situación real, por lo general mediante un taller procedimental inicial. Si al equipo le cuesta lidiar con los conocimientos y habilidades básicas, entonces la oportunidad para debatir el trabajo en equipo puede llegar a perderse, ya que puede haber muchísimas cuestiones clínicas y técnicas que haya que analizar. Sin embargo, si de antemano los estudiantes fueron bien entrenados sobre los aspectos técnicos de la situación, el desafío pasará por poner en práctica lo que ya saben como equipo. Luego, la simulación se convierte en una magnífica oportunidad para explorar los aspectos no técnicos de la situación, a saber: el trabajo en equipo, el liderazgo y los problemas de comunicación que surgen a medida de se despliega la situación [18].

Al igual que con cualquier otro ejercicio de conformación de equipos de los señalados anteriormente, resulta vital que se lleve a cabo un informe específico y estructurado con el fin de explorar la manera en que los equipos realizaron el ejercicio: qué funcionó bien y por qué, qué re-

sultó difícil y por qué y qué se podría hacer para mejorar el desempeño en próximas ocasiones. Si estudiantes de distintas carreras de la salud colaboran en la simulación, también se pueden analizar durante la elaboración del informe específico los diferentes roles, perspectivas y desafíos de cada profesión.

La principal limitación asociada a los ejercicios de simulación es que pueden ser intensivos en recursos, sobre todo si se utiliza un maniquí computarizado y/o se efectúan intentos por hacer que el ámbito de enseñanza se vea como un entorno clínico.

La participación en equipos de atención clínica

Los estudiantes, sobre todo en los últimos años de sus carreras, deberían ser incentivados a participar en distintos tipos de equipos clínicos en cada oportunidad que se les presente. Si los clínicos de un determinado servicio hospitalario o clínico mantienen el tradicional enfoque aislado (no multidisciplinario), ello no tendría que impedirles a los estudiantes colaborar con otros profesionales de la salud que formen parte del equipo.

El cuerpo docente debería identificar a los equipos en los que los estudiantes son bienvenidos e idealmente se les dé cierta forma de rol participativo. Estos equipos podrían incluir equipos de planificación terapéutica multidisciplinarios bien establecidos, como los que se encuentran en salud mental u oncología, o bien equipos más fluidos, como los de los servicios de emergencia. También pueden incluir equipos de atención primaria de la salud en la comunidad.

Es importante que los estudiantes reflexionen sobre sus experiencias de trabajo en equipos clínicos y las compartan con sus pares y sus docentes. Esto dará lugar al debate de los aspectos positivos y negativos de sus experiencias. También se les debería pedir a los estudiantes que identifiquen equipos modelo y expliquen por qué estos equipos pueden reconocerse como tales. Debería alentárseles a formular preguntas tales como:

- ¿Cuáles fueron las fortalezas del equipo?
- ¿Qué profesiones estuvieron representadas en el equipo y cuáles eran sus roles?
- ¿Tuvo el equipo objetivos claros?
- ¿Había un líder claro?
- ¿Todos los integrantes del equipo podían participar?
- ¿Cómo se comunicaban entre sí los integrantes del equipo?
- ¿Cómo el estudiante podría ver mejoras en el equipo?
- ¿Era el paciente parte del equipo?
- ¿Cuáles eran los resultados y eran eficientes?

Se les debería pedir a los estudiantes que exploren y reflexionen sobre áreas del trabajo en equipo en las que se sepa que ocurren errores, tales como la comunicación entre prestadores de atención primaria y secundaria o bien durante el pase de guardia.

También es posible que los estudiantes participen en pa-

neles de debate con un equipo multidisciplinario eficiente a fin de analizar cómo funciona y trabajar el equipo de manera cohesiva.

Educación interprofesional

No se puede analizar el trabajo en equipo en el campo de la atención clínica sin mencionar el importante rol de la educación interprofesional (EIP) en la formación clínica de grado.

En el corazón de la EIP estriba la preparación de los futuros profesionales que ejercerán una práctica eficiente basada en equipo, ya que reúne estudiantes de distintas disciplinas durante la formación de grado en un proceso de aprendizaje mutuo y cooperativo. Esto ayuda a los estudiantes a apreciar y respetar los distintos roles de los profesionales de la salud antes de que se incorporen ellos mismos a grupos profesionales específicos.

Si bien existe un convincente argumento de que la EIP de grado debería mejorar el futuro trabajo en equipo, la investigación que avala este argumento todavía no es concluyente.

Las universidades han adoptados distintos enfoques para introducir la EIP a sus planes de estudio según los recursos disponibles, las carreras de grado disponibles y el grado de apoyo que tiene el concepto en los niveles jerárquicos superiores. Los enfoques han variado desde una complete reingeniería y alineación de todos los contenidos curriculares clínicos mediante la incorporación de módulos y actividades de EIP hasta la complementación de los contenidos curriculares existentes de manera relativamente oportuna.

Los recursos y actividades incluidos en esta guía tienen por objeto servir para enseñarles a los estudiantes de un determinado campo profesional, así como también a grupos de estudiantes de diversas profesiones.

A continuación se brinda una lista de lectura adicional sobre EIP y vínculos de universidades que han introducido la EIP en sus planes de estudio.

Herramientas y material de referencia (EIP)

Greiner A.C., Knebel E., eds. *Health professions education: a bridge to quality*. ["La educación en las profesiones de la salud: un Puente hacia la calidad"] Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G. et al. *Best practices in patient safety education: module handbook*. ["Mejores prácticas en educación sobre educación del paciente: manual modular"] Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Las universidades que han introducido importantes iniciativas en materia de EIP incluyen:

- Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Linköping, Suecia. (<http://www.hu.liu.se/?l=en>; accedido el

20 de febrero de 2011).

- Facultad de Disciplinas de la Salud, Universidad de British Columbia, Canadá. (<http://www.chd.ubc.ca/>; accedido el 20 de febrero de 2011).

Se pueden encontrar juegos gratis de conformación de equipo en el siguiente sitio web:

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accedido el 20 de febrero de 2011.

Resumen

En síntesis, la formación en trabajo de equipo para los estudiantes de las profesiones de la salud se puede basar en una diversidad de técnicas, muchas de las cuales se pueden impartir en el aula o bien en entornos simulados de baja fidelidad.

Sería ideal que los estudiantes participen en equipos reales y aprendan a través de la experiencia y la reflexión guiada, a la vez que la capacitación en trabajo de equipo debería concentrarse en la mayor cantidad posible de principios que hagan al trabajo eficiente en equipo.

Herramientas y material de referencia

TeamSTEPPS™: Estrategias y herramientas para mejorar el desempeño y la seguridad del paciente.

Departamento de Defensa de los Estados Unidos en colaboración con la Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas (AHRQ, por sus siglas oficiales en inglés) (<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>; accedido el 20 de febrero de 2011). TeamSTEPPS™ también incluye acceso gratuito a muchos videos.

La **SBAR Toolkit** está disponible en el antedicho sitio web de TeamSTEPPS

(<http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbarsl9>; accedido el 14 de noviembre de 2010).

¿Cómo evaluar los conocimientos de este tema?

Se pueden utilizar muchas modalidades diferentes para evaluar el trabajo en equipo. Se pueden utilizar POM para indagar sobre los componentes cognitivos. Se puede utilizar un portafolio para registrar y reflexionar sobre las actividades del equipo que se encontraron en el transcurso del curso de capacitación.

Se pueden diseñar trabajos prácticos específicos que requieran de los estudiantes trabajo en equipo. Esto puede consistir en que los estudiantes seleccionen por sí mismos un proyecto relacionado o no con la salud a fin de llevarlo a cabo o que se lo sugiera el cuerpo docente, como puede ser la planificación del desarrollo de un departamento para una persona con silla de ruedas o bien la planificación del desarrollo de un programa de extensión rural para salud odontológica. Al desarrollar tales trabajos prácticos, el énfasis no estriba tanto en el resultado del proyecto como en

la manera en que los estudiantes colaboran mutuamente.

Los trabajos prácticos posteriores pueden ser más complejos. Los estudiantes pueden hacer una reseña crítica de algún grupo en los que hayan trabajado y elaborar recomendaciones sobre cómo podría mejorar ese equipo.

Un trabajo práctico por escrito podría incluir el seguimiento de las funciones del equipo haciendo una observación continua durante el período de internación de un paciente o bien realizando el seguimiento de un prestado de atención clínica y revisando con cuántos equipos interactúa y cuáles son sus roles en cada equipo.

A los equipos se les podría pedir identificar un problema de seguridad, recopilar datos sobre ella y analizarlos y describir las intervenciones necesarias para prevenir o mitigar el problema de seguridad.

Según los recursos disponibles, también se pueden utilizar ejercicios de simulación para lograr evaluaciones formativas y sumativas eficientes del trabajo en equipo dentro del campo de la atención clínica.

Desde un punto de vista ideal, algunas evaluaciones deberían obligarles a los estudiantes de distintas profesiones de la salud a trabajar en forma mancomunada.

¿Cómo evaluar la enseñanza de este tema?

Al igual que con cualquier ejercicio de evaluación, hay que considerar una serie de fases de evaluación, entre las cuales se encuentran:

- Un análisis de las necesidades (o evaluación prospectiva) para juzgar cuántas instrucciones para trabajar en equipo hay actualmente y cuántas se necesitan;
- Una evaluación del proceso durante el dictado de cualquier curso a fin de maximizar su eficacia;
- Una evaluación del impacto para rastrear el que provoca el curso en los conocimientos y competencias adquiridas a lo largo del mismo.

Véase la Guía para el Docente (Parte A) para conocer más información sobre la evaluación.

Referencias

1. Baker D.P. et al. *Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review*. ["El trabajo en equipo clínico y la seguridad del paciente: la relación basada en la evidencia. Revisión crítica de la literatura"] AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>; accedido el 20 de febrero de 2011).
2. Salas E., Dickinson T.L., Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. ["Hacia un entendimiento del desempeño del equipo y su capacitación"] En: Swezey R.W., Salas E., eds. *Teams: their training and performance*. ["Equipos: su capacitación y desempeño"] Norwood, N.J., Ablex, 1992:3–

- 29.
3. Orasanu J.M., Salas E. Team decision making in complex environments. ["La toma de decisiones en entornos complejos"] En: Klein GA et al, eds. *Decision making in action: models and methods*. ["La toma de decisiones en acción: modelos y métodos"] Norwood, N.J., Ablex, 1993:327–345.
4. Cannon-Bowers J.A., Tannenbaum S.I., Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. ["Cómo definir las competencias y establecer los requisitos de la capacitación en trabajo de equipo"] En: Guzzo R.A. et al., eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations*. ["La eficiencia del equipo y la toma de decisiones en las organizaciones"] San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333–380.
5. Bowers C.A., Braun C.C., Morgan B.B. Team workload: its meaning and measurement. ["La carga de trabajo en un equipo: su significado y medición"] En: Brannick M.T., Salas E., Prince C., eds. *Team performance assessment and measurement*. ["La evaluación del desempeño de un equipo y su medición"] Mahwah, N.J., Erlbaum, 1997:85–108.
6. Brannick M.T., Prince C. An overview of team performance measurement. ["Reseña general de la medición del desempeño de un equipo"] En: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. ["La evaluación del desempeño de un equipo y su medición"] Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3–16.
7. Salas E., et al. Toward an understanding of team performance and training. ["Hacia un entendimiento del desempeño del equipo y su capacitación"] En: Swezey RW, Salas E., eds. *Teams: their training and performance*. ["Equipos: su capacitación y desempeño"] Norwood, NJ, Ablex, 1992.
8. Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas (AHRQ, por sus siglas oficiales en inglés) *TeamSTEPPS™: Estrategias y herramientas para mejorar el desempeño y la seguridad del paciente*. Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care*. ["Las desventuras en la atención clínica"] Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L. et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. ["Las fallas en la comunicación dentro de la sala de operaciones: clasificación observacional de tipos y efectos recurrentes"] *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.
11. Mickan S.M. Evaluating the effectiveness of health care teams. ["Cómo evaluar la eficiencia de los equipos de atención clínica"] *Australian Health Review*, 2005, 29:211–217.
12. Stevenson K. et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. ["Características de los equipos de atención primaria de la salud con exitosas mejoras de la calidad de la atención de la diabetes: estudio cualitativo"] *Family Practice*, 2001,

- 18:21–26.
13. Junor E.J., Hole D.J., Gillis C.R. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. ["Manejo del cáncer de ovario: la derivación a un equipo multidisciplinario importa"] *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363–370.
 14. Morey J.C., Simon R., Jay G.D. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. ["La reducción del error y el mejoramiento del desempeño del servicio de emergencias a través de la capacitación formal en trabajo de equipo: resultados de la evaluación del proyecto MedTeams"] *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.
 15. Risser D.T. et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. ["El potencial que reviste un mejor trabajo en equipo para reducir errores clínicos en el servicio de emergencias. El Consorcio de Investigación MedTeams"] *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373–383.
 16. Mickan S.M., Rodger S.A. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. ["Equipos clínicos eficientes: un modelo de seis características desarrollado a partir de las percepciones compartidas"] *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358–370.
 17. Tuckman B.W. Development sequence in small groups. ["Secuencia de desarrollo en pequeños grupos"] *Psychological Review*, 1965, 63:384–399.
 18. Flin R.H., O'Connoer P., Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. ["La seguridad en los sectores más cruciales: guía para desarrollar habilidades no técnicas"] Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
 19. Lingard L. et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. ["Un instrumento teórico para evaluar la comunicación del equipo en la sala de operaciones: cómo equilibrar la autenticidad y la confiabilidad de la medición"] *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422–426.
 20. Lingard L. et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. ["Las percepciones de la tensión entre distintas profesiones dentro de la sala de operaciones: cómo generar evidencias generalizables y recursos educativos"] *Academic Medicine*, 2005, 80 (Supl. 10): S75–S79.
 21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research*. ["El trabajo en equipo eficiente: lecciones prácticas a partir de la investigación de organizaciones"] Leicester, Blackwell Publishing, 2004.
 22. Marshall S., Harrison J., Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. ["La enseñanza de una herramienta estructurada mejora la claridad y el contenido de la comunicación clínica interprofesional"] *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.
 23. Barenfanger J. et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. ["Cómo mejorar la seguridad del paciente repitiendo (volviendo a leer) los informes telefónicos de información crítica"] *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801-803.
 24. Edmondson A.C. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. ["Cómo aprender a partir del fracaso en la atención clínica: oportunidades frecuentes y barreras predominantes"] *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13:ii3-ii9.
 25. Rouse W.B., Cannon Bowers J., Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. ["El rol de los modelos mentales en el desempeño de equipos dentro de sistemas complejos"] *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.
 26. Stanton N. et al. *Human factors methods: a practical guide for engineering and design*. ["Los métodos de los factores humanos: guía práctica para ingeniería y diseño"] Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.
 27. Salas E. et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. ["Marcadores para potenciar la cognición del equipo dentro de entornos complejos: el poder del diagnóstico sobre el desempeño del equipo"] *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5 (Supl. Secc. 11):B77–B85.
 28. Honey P., Mumford A. *A manual of learning styles*. ["Manual de estilos de aprendizaje"] Maidenhead, Peter Honey, 1986.
 29. Chakraborti C. et al. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. ["Revisión sistemática de las intervenciones en la capacitación sobre trabajo en equipo dentro de la formación de estudiantes de medicina y médicos residentes"] *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

Diapositivas para el Tema 4: ¿Cómo ser un jugador eficiente en equipo?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una presentación, es buena idea planificar la interacción y el debate con los estudiantes durante su desarrollo. Utilizar un caso de estudio es una forma de generar debates en grupo. Otra manera consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre los distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en el presente tema.

Las diapositivas para el Tema 4 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar a los efectos de adaptarse al entorno y cultura locales. Los profesores no tienen que utilizar todas las diapositivas, y resulta óptimo adaptar las diapositivas a las áreas que se estén cubriendo en la clase.

Tema 5

¿Cómo aprender de los errores para prevenir el daño?

Distracciones que pueden llevar a consecuencias desastrosas

En su primera visita al odontólogo, un niño de 3 años, fue examinado por el dentista que no encontró ninguna caries dental y luego se lo pasó al higienista dental para que le hiciera una limpieza de rutina. Después de limpiarle los dientes, el higienista utilizó un hisopo para esparcir un gel de fluoruro de estaño sobre los dientes del niño como medida preventiva de la caries dental.

Según la madre, el higienista estaba compenetrado en una conversación mientras trabajaba en su hijo y, después de darle un vaso de agua, omitió indicarle que se enjuagara y escupiera la solución. Dijo que su hijo bebió el agua.

El niño comenzó a vomitar, transpirar y quejarse de dolores de cabeza y mareos. A su madre, cuando le reclamó al odontólogo, le dijeron que al niño se le había dado únicamente un tratamiento de rutina. Sin embargo, la madre del niño no estaba conforme, por lo que el niño fue trasladado a una unidad de atención pediátrica ambulatoria cercana dentro del mismo edificio.

Esperaron allí durante dos horas y media. A pesar de los pedidos de ayuda de su madre, el niño comenzó a descomponerse cada vez más y cayó en un estado de inconsciencia que su madre supuso que era sueño, pero en realidad se trataba de un coma.

Al rato, el niño fue revisado por un médico que llamó al supervisor. El niño fue tratado con una inyección de adrenalina directamente administrada en su corazón en un intento por revivirlo. Se llamó a una ambulancia y fue trasladado a un hospital, que se encontraba a cinco minutos de distancia.

Tras arribar al hospital, la madre y el niño esperaron más de una hora. Para ese momento, el niño volvió a caer en coma. Los médicos intentaron bombear su estómago, pero el niño hizo un paro cardíaco y murió. Según el toxicólogo oficial, el niño ingirió 40 ml de solución de fluoruro de estaño al 2%: tres veces la cantidad suficiente como para tornarse fatal.

Fuente: Caso provisto por el participante del Comité de Expertos de la OMS, París, octubre de 2010.

Introducción: ¿Cómo llegar a un acuerdo respecto de los errores clínicos?



Este caso de estudio refleja los factores subyacentes a la trágica muerte de un niño de 3 años. Si analizáramos el caso de estudio anterior, descubriríamos los muchos errores que coadyuvaron al trágico resultado prevenible, al tiempo que podríamos identificar las medidas que se podrían haber adoptado para prevenir que vuelva a suceder. El aspecto más importante de analizar errores consiste en descubrir lo que sucedió y cómo prevenir su recurrencia. Por este motivo, resulta crucial que todos los estudiantes de carreras de la salud tengan una compren-

sión básica de la naturaleza del error. Todos los trabajadores de la salud necesitan entender los distintos tipos de errores y cómo se suscitan. Esto es esencial para diseñar estrategias tendientes a prevenir errores y/o interceptarlos antes de que puedan causar daño a los pacientes.

Una consideración igual de importante es la cuestión del aprendizaje a partir de los errores: tanto de los propios como de los ajenos. Es mediante la investigación de los errores y sus condiciones causales que se pueden implementar mejoras en el diseño del sistema, con la esperanza de disminuir la frecuencia y el impacto de los errores.

(Esto también se analiza en el Tema 3: *Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente*). → 

Palabras clave

Error, violación, desacierto, sesgo retrospectivo, análisis de las causas radicales.

Objetivo pedagógico

Entender la naturaleza del error y cómo pueden aprender de los errores los prestadores de atención clínica a fin de mejorar la seguridad del paciente.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

Requisitos de conocimiento

Los requisitos de conocimiento para este tema incluyen que los estudiantes entiendan cómo pueden aprender de los errores. Es esencial entender los términos: *error, desliz, lapsus, equivocación, violación, desacierto y sesgo retrospectivo*.

Requisitos de actuación

Al finalizar el curso, los estudiantes deberían ser capaces de:

- Identificar los factores situacionales y personales asociados a un mayor riesgo de error;
- Participar en análisis de eventos adversos y practicar estrategias para reducir los errores.

Errores

En términos sencillos, un error ocurre “cuando alguien está intentando hacer lo correcto, pero en realidad hace algo equivocado” [1]. En otras palabras, cuando hay una desviación no intencionada de lo que se pretende hacer. El psicólogo cognitivo, James Reason, declaró esta realidad con más formalidad definiendo los errores como “secuencias planificadas de actividades mentales o físicas que no logran los resultados pretendidos, siempre que dichos fracasos no sean atribuibles a la intervención de algún agente de cambio” [2]. Los errores pueden ocurrir cuando se realiza algo mal (por comisión) o bien cuando lo correcto no se lleva a cabo (por omisión).

Una violación difiere de los errores causados por el sistema. Las violaciones son errores causados por la desviación deliberada por parte de un individuo respecto del protocolo aceptado o del parámetro de cuidado. 

Los errores no están inextricablemente vinculados con los resultados. Los estudiantes suelen observar pacientes que han tenido malos resultados aun a pesar de no haber habido ningún error humano. Algunos tratamientos tienen complicaciones bien reconocidas que pueden ocurrir incluso estando en las mejores manos y bajo circunstancias óptimas. En otros casos, hay numerosos errores que quizás no conlleven a malos 

resultados, siempre que sean reconocidos a tiempo y se tomen medidas adecuadas para contrarrestar todo daño que se podría haber ocasionado. A veces, tal como se lo menciona en el Tema 3, los pacientes mismos son resilientes y puede estar bien a pesar del error cometido, puesto que su propio organismo o sistema inmune ha tolerado el tratamiento incorrecto.

Cabe señalar que no se menciona al resultado en esta definición de error, aunque el hecho del resultado (generalmente inapropiado) es lo que suele desviar nuestra atención hacia el hecho de que ha ocurrido un error. Por cierto, la mayoría de los errores clínicos no provocan daño para los pacientes porque se los detecta antes de que ocurra el daño y la situación se subsana. No cabe duda de que la naturaleza del error suele influir nuestra percepción del mismo, con frecuencia por culpa del fenómeno denominado “sesgo retrospectivo”, en el cual el conocimiento del resultado de una situación influye sobre nuestra percepción (por lo general desfavorable) del parámetro de cuidado antes y durante el incidente en cuestión [2].

Uno solo debe considerar alguno de los últimos “errores tontos” que hayamos cometido en nuestra vida cotidiana para recordarnos acerca de la inevitabilidad del error como realidad fundamental de la vida (véase el Tema 2: *Por qué es importante aplicar el factor humano para la seguridad del paciente*). →    

Esta desafiante realidad de los trabajadores de la salud es que los mismos procesos mentales que nos llevan a cometer “errores tontos” fuera del lugar de trabajo también están presentes cuando desempeñamos nuestras tareas laborales. Sin embargo, el contexto laboral hace que las consecuencias sean muy diferentes.

Los términos *error médico* o *error clínico* son ligeramente confusos, ya que pueden dar la impresión de que las clases de errores que pueden ocurrir en el campo de la atención clínica son únicos y particulares de dicho campo. Esto no es así. Los patrones de errores que ocurren en ámbitos clínicos no son nada diferentes de los que existen en los demás ámbitos. Lo que difiere en la atención clínica es que sigue habiendo una noción cultural de infalibilidad que niega la prevalencia del error. Otra característica singular de los errores asociados con la atención clínica es que cuando se da la falla (sea por comisión u omisión), son los pacientes los que la sufren.

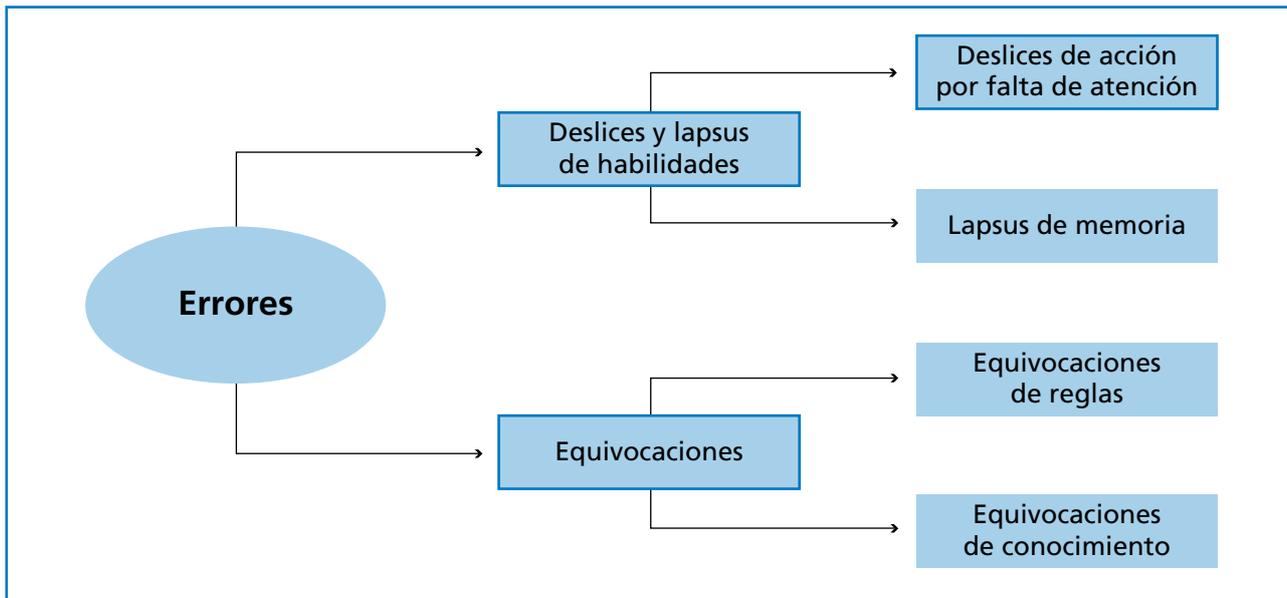
Los errores ocurren por uno de los dos tipos principales de fallas: las acciones que no se desarrollan de la forma pretendida o bien la acción pretendida es la equivocada [3]. La primera situación es lo que se denomina error de ejecución y se la puede describir también como *desliz*, si la acción es observable, o un *lapsus*, si no lo es. Un ejemplo de desliz consiste en presionar accidentalmente el botón equivocado de un determinado equipo. Un ejem-

plo de lapsus consiste en una falla de la memoria, como puede ser olvidarse de administrar un medicamento.

Toda falla que ocurre cuando la acción pretendida es en verdad incorrecta se la denomina *equivocación*. Una equivocación es una falla de planificación (e.d. el plan es el equivocado). Esto puede deberse a la mala aplicación de una regla o de un conocimiento, cuando el clí-

nico no toma el curso de acción correcto. Un ejemplo de equivocación de regla sería equivocarse el diagnóstico y así embarcarse en un plan terapéutico inapropiado. Las equivocaciones de conocimiento tienden a ocurrir cuando los prestadores de atención clínica se enfrentan a situaciones clínicas poco familiares (véase más abajo el Gráfico B.5.1).

Gráfico B.5.1. Principales tipos de errores



Fuente: Reason J.T. El error humano: modelos y manejo. *British Medical Journal*, 2000 [4].

Los deslices, lapsus y equivocaciones son todos graves y potencialmente pueden dañar a los pacientes. La potencial real de daño depende del contexto en el que ocurre el error.

Las situaciones que incrementan la probabilidad de error así como también las estrategias personales de reducción de errores se describen en el Tema 2: *Por qué es importante aplicar el factor humano para la seguridad del paciente*. Algunos otros principios generales de reducción de errores se describen más adelante. Reason también ha promovido el concepto de "sabiduría del error" [4] para los trabajadores de atención y contacto directo con el paciente, como medio para evaluar el riesgo presente en los distintos contextos según el estado actual del individuo en cuestión, la naturaleza del contexto y el error potencial de la tarea en curso.

Situaciones asociadas a un mayor riesgo de error



Por varios estudios, sabemos que los estudiantes y los clínicos principiantes se encuentran especialmente vulnerables a los errores bajo determinadas circunstancias.

Inexperiencia

Es muy importante que los estudiantes no realicen por primera vez un procedimiento a un paciente ni le administren un tratamiento sin antes contar con la debida preparación. Los estudiantes deben entender primero lo que están haciendo y practicar sobre un maniquí u otro accesorio de utilería en un entorno simulado. Si se trata de su primera vez, el estudiante debería estar adecuadamente supervisado y vigilado mientras realiza el procedimiento o administra el tratamiento. Los estudiantes se encuentran en una posición de privilegio. Los pacientes no esperan que sepan mucho y tienen en cuenta que están aprendiendo. Esta es la razón por la que es muy importante no simular ni dejar que los presenten como que tienen más experiencia de la que en realidad tienen.

Escasez de tiempo

Las presiones de tiempo hacen que se salteen pasos o se tomen atajos cuando no se debería hacerlo. No lavarse las manos en forma adecuada es un ejemplo de esto. Otro ejemplo sería el del farmacéutico que no se toma el tiempo de asesorar como corresponde a la persona que recibe la medicación, o bien el de la partera que no informa correctamente a la embarazada de las distintas

etapas del parto.

Verificación insuficiente

El simple acto de verificación les evita a miles de paciente recibir los medicamentos equivocados. Los farmacéuticos suelen verificarlos por rutina y colaboran con los demás integrantes del equipo clínico al cerciorarse de que cada paciente reciba la dosis correcta de la droga correcta por la vía correcta. Los estudiantes (de medicina, odontología, partería) deberían entablar buenas relaciones con los farmacéuticos y las enfermeras que han desarrollado buenos hábitos de verificación de rutina en sus labores profesionales cotidianas. La verificación es algo simple que los estudiantes pueden comenzar a practicar apenas ingresan al ámbito clínico o al de atención comunitaria.

Malos procedimientos

Esto puede relacionarse con una serie de factores: preparación inadecuada, insuficiente dotación de personal y/o falta de atención a un determinado paciente. Es probable que los estudiantes deban utilizar un equipo sin entender cabalmente su funcionamiento ni cómo utilizarlo. Antes de usar un equipo por primera vez, deberían familiarizarse con ellos. Observar a alguien usarlo y luego conversar con esa persona sobre el procedimiento para el cual se utilizar resulta ser muy formativo.

Falta de información

La atención clínica y el tratamiento continuos y de calidad dependen de cada profesional de la salud que registre con precisión los datos del paciente, de una manera oportuna y con letra legible en el legajo del paciente (sea su historia clínica, gráfico de administración de medicamentos o cualquier otro método que se utilice para guardar la información concerniente al paciente). Resulta crucial que los estudiantes verifiquen habitualmente la información que se registra y se aseguren de que la información que escriben sea legible, precisa y actualizada. La información falsa, incorrecta o insuficiente suelen ser factores que coadyuvan a la ocurrencia de eventos adversos. También es crucial la transmisión oral precisa de información. Con tantos profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente, resulta esencial que se verifique la precisión de todas las comunicaciones orales y escritas.

Factores individuales que predisponen a los estudiantes (y demás trabajadores de la salud) a errores



Además de las situaciones que se sabe que son propensas a los errores, también existen factores individuales que predisponen a cometer errores.

Capacidad de memoria limitada

Cómo los estudiantes se perciben a sí mismos en su profesión clínica elegida y la jerarquía en el lugar de trabajo puede tener alguna relación con la confianza y predisposición que tengan para pedir ayuda. Se espera de todos los estudiantes que pidan ayuda, sin embargo, a muchos

les resulta muy problemático. Esto a su vez puede llegar a afectar su capacidad para reconocer sus limitaciones. La falta de confianza puede ser un factor significativo que determina si los estudiantes piden o no ayuda para dominar una nueva habilidad. Si los estudiantes no muestran predisposición ni confianza para pedir ayuda con tareas simples, ¿tendrán la suficiente confianza para pedir ayuda cuando se encuentren en problemas?

Aprender a pedir ayuda es una habilidad esencial para todos los estudiantes y clínicos principiantes. Los investigadores han examinado la preparación de los estudiantes de medicina y enfermería para la práctica clínica. Estos estudios han revelado que muchos de los graduados de medicina presentan deficiencias en los primeros años en cuanto a sus habilidades clínicas básicas. El primer año de ejercicio profesional de las enfermeras también es un momento de competencias insuficientes y estrés. Esto puede deberse a la renuencia a pedir ayuda en su condición de estudiantes. La insuficiente comprensión de los signos cruciales de la enfermedad aguda, la obstrucción de la vía aérea, el bienestar fetal y materno y el soporte vital básico fueron algunos ejemplos de áreas específicas en las que los médicos principiantes presentaban conocimientos y habilidades insuficientes.

Muchos estudiantes creen que si pueden regurgitar la información técnica almacenada en los manuales de texto, serán buenos profesionales de la salud. Sin embargo, esto no es así. La cantidad de información que muchos profesionales de la salud deben conocer hoy en día va mucho más allá de lo que se pueda memorizar. El cerebro humano sólo es capaz de recordar una cantidad limitada de información. Los estudiantes no deberían confiar en la memoria, en especial cuando hay una serie de pasos involucrados. Las directrices y los protocolos han sido desarrollados para ayudar a los profesionales de la salud a brindar atención y servicio siguiendo las mejores evidencias disponibles. Los estudiantes deberían incorporar el hábito de utilizar listas de verificación y no depender de su memoria.

Fatiga

La memoria se ve afectada por la fatiga, la cual se sabe que es un factor interviniente en la comisión de errores en los que se ven involucrados profesionales de la salud. Como reconocimiento de los problemas causados por la fatiga, muchos países ya han reformado o se encuentran en proceso de reformar las horas excesivas de trabajo que cumplen los médicos [5]. La vinculación que existe entre la falta de descanso de los residentes debido a las largas horas de guardia y la interrupción circadiana y el bienestar quedó establecida hace tres décadas, y sin embargo recién ahora los gobiernos y las autoridades reguladoras se han puesto serios sobre la limitación del horario de trabajo. Un estudio de 2004 a cargo de Landrigan et al. [6] fue uno de los primeros en su tipo destinados a medir los efectos de la falta de descanso en los errores médicos. Este estudio descubrió que los residentes que

trabajaban en la unidad de terapia intensiva o coronaria del Brigham and Women's Hospital (Boston, MA, Estados Unidos) cometieron una cantidad sustancialmente mayor de equivocaciones cuando trabajaban en guardias frecuentes de al menos 24 horas en comparación con los casos en que trabajaban guardias de menos cantidad de horas. Otros estudios demuestran que la falta de descanso puede presentar síntomas similares a la embriaguez [7-9]. En la literatura profesional, se han documentado problemas con enfermeras que trabajan turnos de 12 horas y el uso de horas extra obligatorias, sumado al hecho de que estas prácticas pueden provocar una mayor cantidad de errores.

El estrés, el hambre y la enfermedad

Cuando los estudiantes se sienten estresados, hambrientos o enfermos, no rendirán tan bien como cuando no tienen ninguno de estos problemas. Es muy importante que los estudiantes controlen su propio estado y bienestar. Los estudiantes deberían tener presente el hecho de que si se sienten mal o estresados, tendrán mayor probabilidad de cometer errores. El síndrome de "burnout" ("quemado" [por agotamiento]) en las enfermeras novatas ha provocado errores que hicieron abandonar la profesión a varias enfermeras. El estrés y el agotamiento están relacionados.

Existen muchos mecanismos mnemotécnicos para ayudar a los estudiantes a controlarse a sí mismos. HALT¹ es uno de esos mecanismos.

Preste atención a si usted está:

hAmbiente
moLesto
reTrasado o
cansadO



Otra ayuda-memoria para autocontrolarse es IM SAFE²



El idioma o factores culturales

Es obvio el potencial de errores de comunicación causados por el idioma y los factores culturales, pero existen muchas interacciones entre los pacientes y sus prestadores de atención clínica que se dan sin la intervención de un intérprete o de un idioma en común. Los estudiantes deberían tener en cuenta los problemas causados por las barreras idiomáticas y los malentendidos de las normas culturales. El alfabetismo es otra cuestión importante que hay que tener en cuenta. Los prestadores de atención clínica deben estar al tanto de lo bien que pueden entender consignas escritas tanto los pacientes como sus cuidadores asistenciales.

1 HALT (= ¡ALTO!): Hungry – Angry – Late – Tired

2 I'M SAFE [= ESTOY SEGURO]: Illness [enfermedad] – Medication [indicación y otros] – Stress [estrés] – Alcohol – Fatigue [fatiga] – Emotion [Emoción]

Actitudes peligrosas

Podría decirse que los estudiantes que realizan procedimientos o intervenciones para los pacientes sin supervisión demuestran una actitud peligrosa. Estos estudiantes pueden estar más interesados en practicar o adquirir experiencia que en velar por el bienestar del paciente. Los estudiantes siempre deberían tener en cuenta que el contacto con los pacientes es un privilegio que no debería darse por sentado.

Maneras de aprender de los errores



Notificación de incidentes

La notificación y el seguimiento de incidentes consisten en recopilar y analizar información sobre todo evento que podría haber dañado o efectivamente dañó a un paciente dentro de un ámbito clínico u organización dedicada a la atención clínica. Un sistema de notificación de incidentes es un componente fundamental de la habilidad que tiene una organización para aprender del error. Las lecciones aprendidas a través del uso de estos procedimientos le permiten a la organización identificar y eliminar "trampas de error". (Se presenta más información sobre la responsabilidad institucional por la supervisión de incidentes en el Tema 6: *Cómo entender y manejar el riesgo clínico*). →

Tradicionalmente, los incidentes no se notifican en su totalidad, a menudo porque el enfoque personal con el que se encara el análisis de los incidentes sigue siendo omnipresente en la atención clínica, por lo cual, los profesionales a cargo del contacto directo con el paciente, como ser enfermeras, farmacéuticos, médicos, odontólogos o parteras –que con frecuencia son los que notifican el incidente– son criticados por su rol en la evolución del incidente. Tal como se mencionó anteriormente, esta situación se suele exacerbar por el fenómeno del sesgo retrospectivo. El enfoque personal es contraproducente desde varios puntos de vista. (Véase el Tema 3: *Cómo entender los sistemas y el efecto de la complejidad en la atención del paciente*). →

La frecuencia de las notificaciones y la manera en que se analizan los incidentes –sea que se utilice un enfoque sistémico o uno personal– dependen en gran medida del liderazgo y la cultura de la organización en cuestión. En los últimos años, se ha prestado más atención a la importancia de la cultura institucional en la atención clínica [10], lo que refleja las lecciones aprendidas en otras actividades que guardan relación con la seguridad sistémica. Es probable que haya una correlación entre la cultura institucional de una organización clínica y la seguridad de los pacientes que reciben tratamiento allí.

La cultura de una organización refleja los valores y creencias compartidos que interactúan con la estructura y los sistemas de control de la organización a fin de producir normas de conducta [11]. Las organizaciones con una fuerte cultura de información se en-



cuentran bien posicionadas para aprender de los errores porque los miembros del personal se sienten libres para informar problemas reales o potenciales sin temor al ridículo ni a las represalias. Los estudiantes y los clínicos principiantes forman parte de la cultura de trabajo y pueden sentir que no tienen el poder suficiente como para cambiar ni repercutir en nada del entorno laboral. Sin embargo, también pueden buscar maneras de mejorar el sistema. Esto puede ser tan simple como ser respetuoso ante los demás miembros del equipo de atención clínica, incluidos los pacientes, en los debates acerca de la atención o bien preguntar si a los demás integrantes del equipo les gustaría una taza de café en caso de estar el estudiante haciéndose una para sí mismo. Abstenerse de señalar con el dedo a las personas involucradas en un evento adverso es otra manera en que los estudiantes pueden ayudar a cambiar la cultura. Si un estudiante escucha a algún miembro del personal hablando con otro que ha cometido un error, pueden orientar el foco, no sobre el individuo, sino hacia la discusión de los factores subyacentes que pudieron haber estado relacionados.

Otras estrategias exitosas en términos de notificación y

seguimiento de incidentes son [7] la notificación anónima, los comentarios oportunos, el reconocimiento abierto de los éxitos resultantes de la notificación de incidentes y la información de desaciertos. La información de desaciertos resulta útil en el sentido de que se pueden aprender lecciones “sin costo”. Esto es, se pueden implementar mejoras en el sistema como consecuencia de la investigación, sin que los pacientes hayan tenido que padecer ningún daño.

Análisis de las causas radicales

Véase también el Tema 7: *Cómo usar los métodos de mejoramiento de la calidad para mejorar la atención.*



Se han desarrollado una serie de modelos utilizando los principios del análisis de las causas radicales (ACR). Uno de tales modelos, el denominado *Protocolo de Londres*, fue desarrollado por Charles Vincent y sus colegas. Este se trata de un modelo sencillo de entender a través de cada una de las etapas de la investigación clínica. Véase el Recuadro B.5.1 para conocer una descripción de las etapas respectivas.

Detalles del proceso de investigación

¿Qué incidentes deberían investigarse?

Cómo revisar los registros de los casos

Cómo encuadrar el problema

¿Cómo ocurrió? – Identificar los problemas de gestión del caso

¿Por qué ocurrió? – Identificar los factores coadyuvantes

Análisis de un caso

Si se sigue el protocolo de manera sistemática y la entrevista y el análisis se llevan a cabo de manera exhaustiva, la notificación y las implicancias del incidente deberían surgir del análisis de una manera relativamente directa. Siempre que esté completa la composición, debería haber un claro resumen del problema y las circunstancias que lo provocaron, así como también deberían tornarse fácilmente evidentes las fallas que hubo en el proceso de atención clínica. La sección final de la reunión informativa considerará las implicancias que tiene el incidente para el departamento o la organización y formulará recomendaciones para adoptar medidas de subsanación.

Fuente: Vincent C. et al. *Cómo investigar y analizar incidentes clínicos: la unidad de riesgo clínico y su vinculación con el protocolo de gestión de riesgos y litigios. British Medical Journal*, 2000, 320: 777-781.

El Centro Nacional para la Seguridad del Paciente del Departamento de Asuntos relativos a Veteranos de los Estados Unidos (VA, por sus siglas oficiales en inglés) desarrolló otro modelo, que también utiliza un enfoque estructurado de ACR para evaluar y analizar los eventos adversos graves y desarrollar mejoras sistémicas para prevenir su recurrencia [12]. Todos los modelos que hacen una revisión retrospectiva plantean la siguiente serie de preguntas [1]:

- ¿qué ocurrió?
- ¿quién estuvo involucrado?

- ¿cuándo ocurrió?
- ¿dónde ocurrió?
- ¿qué tan grave fue el daño real o potencial?
- ¿cuál es la probabilidad de su recurrencia?
- ¿cuáles fueron las consecuencias?

El ACR se concentra en el sistema, no en la persona del trabajador de la salud, y supone que el evento adverso que dañó al paciente se trata de una falla sistémica. El sistema del VA y los sistemas utilizados en Australia y en otros lugares utilizan un código de evaluación de la

gravedad a fin de ayudar al departamento de triaje a asegurarse de lidiar primero con los incidentes notificados como de más alto riesgo.

El modelo de ACR se concentra en la prevención, no en la culpa ni en el castigo. (Se utilizan otros procesos cuando el foco de interés sea responsabilizar a las personas por sus acciones.) El foco de este tipo de análisis se encuentra en las vulnerabilidades sistémicas por contraposición a la actuación individual. El modelo examina múltiples factores, tales como la comunicación, la capacitación, la fatiga, el cronograma de tareas/actividades y el personal, el entorno, los equipos, las reglas, políticas y barreras.

Las características que definen el análisis de causas radicales son [13]:

- Una revisión a cargo de un equipo interprofesional experto en los procesos involucrados en el evento;
- Un análisis de los sistemas y procesos en lugar de la actuación individual;
- Un profundo análisis utilizando los sondeos “qué” y “por qué” hasta que queden revisados todos los aspectos del proceso y se hayan considerado los factores coadyuvantes;
- Una identificación de los cambios potenciales que se podrían efectuar en los sistemas o procesos a fin de mejorar el desempeño y reducir la probabilidad de eventos adversos similares o desastrosos en el futuro.

Estrategias para reducir errores



Los estudiantes pueden comenzar a practicar de inmediato conductas de reducción de errores cuidando su propia salud. Los estudiantes deberían:

- Ser conscientes de cuándo están cansados;
- Familiarizarse con el entorno en el que trabajan; y
- Prepararse para lo habitual, sabiendo que pueden ocurrir cosas inusuales.

Sabemos que es imposible para cualquiera saber todo, por lo tanto es importante que los estudiantes se acostumbren a formular preguntas siempre que no sepan algo relevante o importante para sus pacientes. Aquí se presentan algunas estrategias para la reducción de errores personales dirigidas a los estudiantes:

- Cuidarse a sí mismo (comer bien, dormir bien y cuidarse);
- Conocer su entorno;
- Conocer sus tareas;
- Prepararse y planificar (¿qué sucedería si...?)
- Generar controles en su rutina;
- Preguntar si no se sabe.

Los estudiantes deberían suponer que los errores ocurrirán. Esto será un cambio para muchos porque, en algunas culturas, todavía existe la creencia de que sólo los profesionales de la salud malos o incompetentes cometen errores. Los estudiantes deberían suponer que se cometerán errores y que hay que estar preparados para

ellos, lo cual implica identificar las circunstancias que tienen mayor probabilidad de inducir a errores (por ej. los momentos de alto riesgo).

Por ejemplo, la investigación ha identificado situación de alto riesgo en las que aumenta el riesgo de cometer errores por parte de las estudiantes de enfermería cuando administran medicamentos [14]. Estas situaciones incluyen:

- Dosis e/o indicación de momentos de dosis no convencional;
- Documentación no convencional o inadecuada;
- Registros de administración de medicamentos no disponibles;
- Medicaciones suspendidas o discontinuadas;
- Problemas con el monitoreo: por ejemplo, el estudiante necesita verificar los signos vitales antes de administrar el medicamento;
- Uso de líquidos que sólo son para consumo oral, pero que luego se dan por vía parenteral.

Es importante contar con planes de contingencia vigentes a fin de lidiar con problemas, interrupciones y distracciones. Los estudiantes siempre deberían ensayar mentalmente los procedimientos complejos o toda actividad que involucre a un paciente y que estén realizando por primera vez.

Resumen



El error médico es una cuestión compleja, pero el error en sí mismo constituye una parte inevitable del ser humano. Se sabe que estos consejos útiles limitan los potenciales errores causados por seres humanos [15]:

- Evitar confiarse en la memoria
- Simplificar el proceso
- Estandarizar procesos y procedimientos comunes
- Utilizar listas de verificación de rutina
- Disminuir la dependencia de la vigilancia.

Véase también el análisis del Tema 2: *Por qué es importante aplicar el factor humano para la seguridad del paciente.* →

Aprender del error puede darse tanto a nivel individual como institucional a través de la notificación y el análisis de incidentes. Las barreras para el aprendizaje del error son la cultura de la culpa que aplica un enfoque personal a las investigaciones, así como también el fenómeno del sesgo retrospectivo. Se requiere un enfoque ampliamente basado en el sistema para el aprendizaje a nivel institucional y la posibilidad de un cambio sistémico.

El análisis de las causas radicales (ACR) consiste en un enfoque sistémico muy estructurado para el análisis de incidentes que suele quedar reservado para los episodios más graves de daño al paciente. Es probable que los estudiantes cuenten con pocas oportunidades para partici-

para observar un proceso de análisis de causas radicales pero una vez empleados en los hospitales o servicios clínicos, los profesionales de la salud recién egresado deberían procurar encontrar oportunidades para participar de un proceso de ACR.

Estrategias y formatos de enseñanza

Ejercicios de simulación



Se podrían desarrollar distintos escenarios concernientes a eventos adversos y a la necesidad de notificar y analizar errores. Se pueden utilizar ejercicios prácticos que demuestran cómo se evitan los errores y también se debería alentar a los estudiantes a que ensayen las estrategias para manejar errores.

Una disertación interactiva/didáctica



Utilice las diapositivas de apoyo como guía para cubrir todo el tema. Se pueden utilizar diapositivas en PowerPoint o convertirse en filminas para retroproyectores. Comience la sesión con un caso de estudio obtenido del Banco de Casos de Estudio o bien haga que los estudiantes identifiquen algunos errores que hayan cometido recientemente.

Debate en pequeños grupos



Un debate en pequeños grupos podría concentrarse en errores comunes dentro del lugar de trabajo. Se les podría pedir a varios estudiantes que lleven el debate a las áreas comprendidas en este tema. Los estudiantes podrían seguir los encabezados descritos más arriba y presentar el material. El tutor que se encuentre facilitando la sesión también debería estar familiarizado con el contenido, para que se pueda agregar información sobre el sistema de salud y el entorno clínico locales.

Otras actividades de enseñanza

Entre los distintos métodos para generar debates sobre las áreas comprendidas en este tema se encuentran:

- Pedirles a los estudiantes que conserven los diarios en los que escriben acerca de un error o desacierto observado (qué ocurrió, categorizar el tipo de error, formular recomendaciones en cuanto a lo que se podría haber hecho para prevenir que vuelva a ocurrir algo similar);
- Seleccionar un caso de estudio de los presentados anteriormente que plantee el escenario para el debate acerca de los errores más comunes que se producen en el campo de la atención clínica;
- Usar ejemplos que hayan sido publicados/transmitidos en los medios masivos de comunicación;
- Usar ejemplos de casos desprovistos de datos identificatorios que hayan ocurrido en su propia clínica o consultorio;
- Usar un caso de estudio que aliente a los estudiantes a realizar una tormenta de ideas sobre los posibles errores y sus factores asociados;
- Considerar ejemplos de lecciones sobre el error y la falla sistémica provenientes de otras actividades;
- Invitar a un profesional de otra disciplina, como puede

ser la ingeniería o la psicología, para disertar sobre la teoría causal del error, las culturas de seguridad y el rol de la notificación del error en la seguridad;

- Invitar a un profesional de la salud prestigioso y experimentado para que hable de los errores que pudieran haber cometido;
- Pedirle a la personal responsable del equipo a cargo del mejoramiento de la calidad en un hospital que hable con los estudiantes sobre la recopilación de datos, su análisis y los resultados, así como también sobre los roles de los distintos integrantes del personal en el proceso de mejoramiento de la calidad;
- Invitar a un oficial de calidad y seguridad para hablar sobre los sistemas implementados para minimizar errores y manejar eventos adversos en un determinado instituto/sistema;
- Debatir sobre la diferencia que hay entre fallas sistémicas, violaciones y errores (véase el Tema 4);
- Usar un caso de estudio para analizar las distintas alternativas que se pueden transitar para manejar un evento adverso;
- Participar en un proceso de ACR u observarlo.

Actividades para que los estudiantes realicen en su lugar de trabajo o en sus prácticas clínicas

A los estudiantes debería pedírseles que:

- Asistan a una investigación de ACR;
- Averigüen si su institución clínica realiza reuniones para analizar la mortalidad y morbilidad o bien cuenta con otros foros de revisión por pares en los que se analicen los eventos adversos;
- Conversen sobre los errores observados en el entorno laboral utilizando un enfoque no concentrado en la culpa. Pedirles a los estudiantes que identifiquen no sólo los errores, sino también las posibles estrategias para prevenirlos;
- Seleccionen una clínica o ámbito terapéutico en el que se estén capacitando e indaguen sobre los principales tipos de errores en esa área y las medidas que se toman para minimizarlos y aprender de ellos.

Casos de estudio

Alerta sobre la administración de vincristina

Los siguientes casos de estudio se relacionan con la administración de la droga vincristina y los eventos adversos que pueden llegar a sobrevenir.

Hong Kong, 7 de julio de 2007

Una joven de 21 años ha muerto tras haberse administrado accidentalmente y por error vincristina por vía espinal. Se está llevando a cabo una investigación. La vincristina (entre otros alcaloides de la vincapervina) sólo debería administrarse por vía intravenosa a través de una minibolsa. La vincristina, que es un agente quimioterapéutico utilizando ampliamente, sólo debería administrarse por vía intravenosa y jamás por ninguna otra vía. Muchos pacientes que reciben vincristina IV también

reciben otro medicamento por vía espinal como parte de su protocolo terapéutico. Esto ha llevado a errores en los que la vincristina se ha administrado por vía espinal. Desde 1968, este error ha sido notificado en 55 oportunidades en diversos ámbitos internacionales. Con el tiempo ha habido reiteradas advertencias y amplios requisitos y normas de etiquetado. Sin embargo, los errores que se relacionan con la administración accidental de la vincristina por vía espinal siguen sucediendo.

Otras muertes y desafortunados recientes:

Estados Unidos, noviembre de 2005

Un joven de 21 años estaba recibiendo tratamiento para su linfoma no Hodgkin. Por accidente en el costado de la cama se había dejado una jeringa que contenía vincristina para otro paciente. Un médico administró vincristina por vía espinal, creyendo que se trataba de otro medicamento distinto. El error no fue detectado y el paciente falleció tres días después.

España, octubre de 2005

Una mujer de 58 años estaba recibiendo tratamiento para su linfoma no Hodgkin. La vincristina se preparó en una jeringa de 20 ml y se entregó dentro de un paquete que también contenía otras dos drogas, que incluían metotrexato. La vía de administración no estaba indicada en las soluciones. El tratamiento intratecal se administró al mediodía. El hematólogo estaba muy ocupado y pidió ayuda a otro médico que no había participado recientemente en procedimientos intratecales. La medicación se administró en la habitación del paciente. La enfermera que los asistía no estaba familiarizada con los procedimientos intratecales. Se le pasó la jeringa de 20 ml con vincristina al médico que comenzó a inyectarla. Después de administrar aproximadamente 2ml, advirtió el tamaño de la jeringa y abortó la administración al darse cuenta del error. El paciente murió unos 100 días después.

Australia, 2004

Un joven de 28 años con linfoma de Burkitt estaba recibiendo metotrexato por vía espinal. El médico documentó que "vincristina y metotrexato [fueron] administrados por vía intratecal según se requería". La etiqueta de advertencia que había sobre la vincristina estaba incompleta, en letra de imprenta pequeña y se leyó en una habitación sin mucha luz. El error no se detectó hasta cinco días después, luego de que ocurriera una parálisis de miembros inferiores. El paciente falleció a los 28 días.

Preguntas

- ¿Qué factores podrían haber estado presentes que causaron el error en estos ejemplos anteriores?
- ¿Qué medidas podría adoptar la organización para asegurarse de que no se repitan eventos catastróficos?
- Si usted fuera el director del hospital, ¿qué haría en

cada uno de estos casos?

Fuente: Organización Mundial de la Salud, SM/MC/IEA. 115 (http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf; accedido el 20 de febrero de 2011).

Una enfermera se hace escuchar para evitar otro error y proteger al paciente de un resultado adverso
Este caso ilustra la importancia de hacerse escuchar en caso de haber preocupaciones por la seguridad de los pacientes.

A medida que finalizaba la sesión informativa preoperatoria del equipo quirúrgico (una conversación previa a la cirugía), una enfermera se hizo escuchar e informó que "el paciente tiene una lente de contacto en su ojo izquierdo".

El anestesista preguntó si era permanente y la enfermera verificó que era descartable. El anestesista le preguntó al paciente por qué estaba usando la lente de contacto, pero el paciente estaba sedado y no estaba muy lúcido cuando intentó responderle. La enfermera explicó que el paciente no podía ver sin la lente de contacto. El anestesista le explicó al equipo quirúrgico que el paciente no podía usar lentes de contacto mientras estaba anestesiado y que el paciente no debería haber sido sedado con la lente puesta. Uno de los integrantes del equipo le preguntó al anestesista si quería quitarle la lente de contacto y el anestesista replicó: "Bueno, no puede recibir anestesia con la lente puesta". El residente de cirugía ayudó al paciente a quitarse la lente de contacto del ojo. El paciente pidió algo donde ponerla, entonces se le consiguió solución salina y la lente de contacto fue guardada en un pequeño contenedor con solución salina.

Pregunta

- ¿Cuáles podrían ser algunas de las implicancias de enfermería preoperatoria para este caso? ¿Qué se podría hacer para prevenir la ocurrencia de incidentes similares en el futuro?

Fuente: El grupo de trabajo de la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por Lorelei Lingard, Profesora Asociada de la Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

La medicación equivocada en la sala de partos

El siguiente caso de estudio demuestra cómo múltiples factores pueden derivar en un daño para el paciente.

Una primípara de 25 años en la semana 32 de gestación arribó al Servicio de Emergencias con un severo dolor de espalda. Fue atendida por las enfermeras de triaje y se la trasladó a la sala de partos que no contaba con el personal suficiente. La tira magnética del monitoreo fetal mostraba contracciones cada 8 a 10 minutos. El obstetra

examinó a la paciente y le recomendó una infusión continua con tocolíticos para disminuir la actividad uterina y evitar así el nacimiento prematuro del bebé.

Todas las parteras estaban ocupadas con otras pacientes que estaban dando a luz y se le pidió a una partera estudiante que preparara la infusión. Ella no conocía la historia clínica y estaba nerviosa de preguntarle a su partera supervisora. A pesar de que la mujer obviamente estaba embarazada de 32 semanas, la estudiante omitió evaluar la altura del fondo uterino. La estudiante preparó y aplicó una infusión con oxitocina (para aumentar el trabajo de parto) en lugar del tocolítico. El error no se detectó durante horas y al día siguiente, la paciente dio a luz a un bebé prematuro que tuvo que ser trasladado a la unidad de terapia intensiva neonatológica debido a sus graves problemas respiratorios.

Debate

- Debate este caso examinando los siguientes factores: factores atinentes a la estudiante; factores atinentes a la paciente; factores atinentes a la partera supervisora; factores atinentes a la organización; y factores atinentes al entorno.
- ¿Cómo se podría haber evitado este evento adverso?

Fuente: Caso provisto por la Lic. Andrea Stiefel, Universidad de Ciencias Aplicadas de Zúrich, Winterthur, Suiza.

Muerte de un niño

Lea este caso de estudio en la presentación de este tema y pídale a los estudiantes que discutan las siguientes preguntas:

- Utilizando un enfoque sistémico, considere qué es lo que se podría haber hecho diferente en los distintos momentos de esta historia, en el consultorio odontológico, la clínica ambulatoria y el hospital.
- ¿Cómo se podría haber manejado diferente el traslado (pase) de la clínica ambulatoria al hospital a fin de asegurarse de que el paciente pudiera ser tratado con más celeridad?
- ¿Cuáles son algunas precauciones que se podrían haber tomado en los ámbitos clínicos para prevenir intoxicaciones accidentales entre los niños?

Fuente: Caso provisto por Shan Ellahi, consultor sobre seguridad del paciente en los Servicios Comunitarios Ealing and Harrow, Servicio Nacional de Salud, Londres, Reino Unido.

Herramientas y material de referencia

Se pueden encontrar una variedad de recursos sobre el error médico y temas afines en el sitio web de la Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas, Facultad de Medicina de Nueva York, Nueva York, EE.UU. (<http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>; accedido el 21 de febrero de 2011).

¿Cómo evaluar los conocimientos sobre este tema?

Varias estrategias de evaluación son apropiadas para este tema, incluso las POM, los ensayos, breves preguntas con mejor respuesta posible, debates de casos, y autoevaluaciones. Hacer que un estudiante o grupos de estudiantes lideren la investigación de un evento adverso o incluso un simulacro de análisis de causas radicales es una manera muy participativa de provocar la comprensión del tema.

¿Cómo evaluar la enseñanza de este tema?

La evaluación es importante para revisar cómo fue una clase y cómo se podrían implementar mejoras. Véase la Guía para el Docente (Parte A) para saber más información sobre la evaluación.

Referencias

1. Runciman W., Merry A., Walton M. Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right, ["La seguridad y la ética en la atención clínica: una guía para hacer lo correcto"] 1ra ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
2. Reason J.T. *Human error*. ["El error humano"] New York, Cambridge University Press, 1990.
3. Reason J.T. Human error: models and management. ["El error humano: modelos y manejo"] *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
4. Reason J.T. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. ["Más allá del accidente institucional: la necesidad de la 'sabiduría del error' en el contacto directo con el paciente"] *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28–33.
5. Friedman R.C., Kornfeld D.S., Bigger T.J. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. ["Los problemas psicológicos asociados a la falta de descanso en los residentes"] *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436–441.
6. Landrigan C.P. et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. ["El efecto de reducir las horas de trabajo de los residentes en los graves errores médicos que se cometen en las unidades de terapia intensiva"] *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
7. Dawson D., Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. ["La fatiga, el alcohol y el deterioro del rendimiento"] *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of preregistration house officers. ["El efecto de la fatiga, la falta de descanso y las horas de trabajo remuneradas en el bienestar físico y mental de los médicos residentes"] *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. ["Cómo medir, monitorear y reducir el daño médico desde una perspec-

tiva sistémica: reflexiones personales de un director médico”] *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.

10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. [“Cómo medir el clima de seguridad en la atención clínica”] *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason J.T. *Managing the risks of organizational accidents*, [“Cómo manejar los riesgos de accidentes de organización”] 3ra ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. [“Análisis de causas radicales”] Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>); accedido el 20 de febrero de 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. [“Manual modular sobre mejores prácticas en educación sobre seguridad del paciente”] Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse related medication mistakes. [“Las condiciones predisponentes al error pueden provocar errores farmacológicos relacionados con las enfermeras”] *Medical News Today*, 20 de octubre de 2007 (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php>; accedido el 20 de febrero de 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. [“Error humano: cómo generar un sistema sanitario más seguro”] Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Lectura complementaria



Symon A. *Obstetric litigation from A-Z*. [“Litigios obstétricos de la A a la Z”] Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.

Wilson J.H., Symon A. eds. *Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby*, [“El manejo del riesgo clínico en la partería: el derecho a un bebé perfecto”] Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

Diapositivas para el Tema 5: ¿Cómo entender y aprender de los errores?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una disertación didáctica, es una buena idea planificar la interacción y el debate de los estudiantes durante la presentación. Utilizar un caso de estudio es una manera de generar un debate en grupo. Otra forma consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en este tema, tales como la cultura de la culpa, la naturaleza del error y cómo se manejan los errores en otras actividades.

Las diapositivas para el Tema 5 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar las diapositivas a fin de adaptarlas al entorno y la cultura locales. Los docentes no tienen que usar todas las diapositivas y lo mejor es adaptarlas a las áreas que se están cubriendo en la clase.

Tema 6

¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?

Un resultado no deseado por la desatención a un pie vendado

Un padre trajo a su hija de 2 años, Hao, al servicio de emergencias de un hospital regional un viernes por la noche. Hao había tenido recientemente un “resfrío con tos productiva” y ya había sido revisada como paciente ambulatoria. El oficial médico internó a Hao para el tratamiento de su neumonía. Se le insertó una cánula intravenosa en la parte superior de su pie izquierdo y se le aplicó un vendaje. Luego fue trasladada a la habitación durante el fin de semana donde estuvo bajo el cuidado de un equipo de enfermeras y un médico visitante. No se le quitó el vendaje del pie hasta la noche del domingo (casi

48 horas más tarde), a pesar del hecho que el daño a la piel es un factor de riesgo conocido en los infantes y se sabe que puede ocurrir entre 8 y 12 horas. Se produjo un área de necrosis que se advirtió en el talón izquierdo y más tarde se desarrollaron úlceras en la parte superior del pie izquierdo. Después del alta y del tratamiento local ambulatorio, tras un tiempo Hao fue internada en uno de los principales hospitales pediátricos donde requirió tratamiento continuo. También desarrolló problemas de conducta como consecuencia de su experiencia.

Fuente: Casos de estudio – investigaciones, *Memoria anual 1999-2000 de la Comisión de Quejas Clínicas*: 59, Sidney, Nueva Gales del Sur, Australia.

Introducción: ¿Por qué el riesgo clínico es relevante para la seguridad del paciente?



El manejo del riesgo es una rutina en la mayoría de las actividades industriales y tradicionalmente ha estado asociado a la reducción de costos judiciales. En el campo de la atención clínica, se suele asociar a los pacientes que inician acciones legales, en contra de un profesional de la salud o de un hospital, en virtud de las cuales se alega un daño como resultado de su atención o tratamiento. Muchas empresas implementan estrategias para tratar de evitar pérdidas económicas, fraudes o incumplimiento de las pautas de producción. Para evitar problema, como los descriptos en el caso de estudio arriba mencionado, tanto los hospitales como las organizaciones sanitarias utilizan una variedad de métodos para manejar los riesgos. Sin embargo, el éxito de un programa de gestión de riesgos depende de la creación y el mantenimiento de sistemas de atención seguros, diseñados para reducir los eventos adversos y mejorar el desempeño humano [1]. Muchos hospitales, clínicas y servicios de salud ya

cuentan con sistemas bien establecidos y vigentes, como la notificación de caídas de los pacientes, errores farmacológicos, hisopos retenidos y la incorrecta identificación de los pacientes. No obstante, la mayoría de los servicios de salud recién están comenzando a concentrarse en todos los aspectos de la atención clínica en un esfuerzo por reducir los riesgos que corren los pacientes.

Los estudiantes, junto con todos aquellos que trabajan dentro de una institución clínica, tienen la responsabilidad de tomar medidas correctas siempre que ven una situación o entorno inseguro. Tomar medidas para asegurar el secado de un piso húmedo y resbaladizo y evitar así que un paciente se caiga es tan importante como cerciorarse de que la medicación que está tomando un paciente sea la correcta. En el caso de que un paciente caiga sobre un piso resbaladizo o reciba una medicación equivocada, es importante que los estudiantes denuncien el incidente para que se puedan tomar medidas tendientes a evitar incidentes similares en el futuro. Si bien desde hace tiempo las enfermeras han venido notifi-

do ciertos tipos de incidentes, hoy en día se espera que todos los profesionales de la salud denuncien incidentes y aprendan a partir de ellos. Aun cuando los estudiantes observen que algunos miembros del personal médico jerárquico no los notifican, deberían tener presente que todo servicio de salud con una cultura basada en la información de tales incidentes es más segura que otra en la que no se efectúa notificación alguna. El liderazgo de los profesionales de la salud más experimentados les mostrará a los estudiantes el valor de la cultura basada en la información.

El manejo eficiente del riesgo implica a todos los niveles del servicio de salud. Por este motivo, resulta esencial que todos los trabajadores de la salud entiendan la gestión del riesgo y los objetivos de las estrategias de gestión del riesgo y su relevancia para su propio lugar de trabajo. Desafortunadamente, aun cuando una clínica u hospital pudiera contar con políticas para la notificación de incidentes, tales como errores farmacológicos y caídas, la notificación real de estos incidentes suele ser esporádica. Algunas enfermeras son diligentes al momento de informarlos, mientras que los médicos de la misma unidad pueden ser escépticos respecto del beneficio de notificarlos porque no ven ninguna mejora a raíz de ello. Los estudiantes pueden comenzar a practicar la notificación de incidentes hablando con el equipo de atención clínica acerca de los riesgos, los errores y las estrategias implementadas para manejarlos y evitarlos.

El rol del informante (la persona que plantea la inquietud sobre una presunta infracción que ocurre dentro de una organización) en el campo de la atención clínica no ha gozado de buenos antecedentes, a pesar de la evidencia de que la mayoría de los informantes han solido tratar de rectificar los problemas a través de los canales normales. El rechazo o la incapacidad de una organización para resolver el problema obliga a la persona en cuestión a llevar el asunto hasta autoridades superiores. No todos los países cuentan con leyes que protegen a los informantes. Si bien los profesionales de la salud no están obligados a ser informantes heroicos, sí tienen el deber de proteger a los pacientes que atienden. Las investigaciones demuestran que las enfermeras están más acostumbradas a notificar incidentes que cualquier otro profesional de la salud. La insuficiente cantidad de notificaciones puede deberse a la cultura de la culpa imperante en el sector de la atención clínica, lo cual disuade fuertemente la presentación de notificaciones. Hoy en día, la mayoría de los programas de gestión del riesgo apuntan a mejorar la seguridad y calidad, además de minimizar el riesgo de litigios y demás pérdidas (el desánimo, el desprestigio y la pérdida del personal). Sin embargo, el éxito de estos programas depende de muchos factores.

El manejo del riesgo clínico consiste específicamente en mejorar la calidad y la seguridad de los servicios de atención clínica identificando las circunstancias y situaciones que ponen a los pacientes en riesgo



de daño y luego actuar para prevenir o controlar dichos riesgos. Para manejar los riesgos clínicos se suele utilizar el siguiente proceso simple de cuatro pasos:

1. identificar el riesgo;
2. evaluar la frecuencia y la gravedad del riesgo;
3. reducir o eliminar el riesgo;
4. evaluar los costos que se ahorran por reducir el riesgo y los costos de no tener que manejar el riesgo.

Los estudiantes, junto con todos los demás profesionales de la salud, estarán preocupados principalmente por el riesgo que enfrentan sus pacientes. El Tema 1 de la presente Guía Curricular describe la extensión del daño ocasionado por la atención clínica. Es en medio de este contexto que las organizaciones están preocupadas por el manejo de los riesgos clínicos. El manejo del riesgo clínico permite la identificación de potenciales errores. La atención clínica en sí misma es intrínsecamente riesgosa y si bien resulta imposible erradicar todos los riesgos, existen muchas actividades y acciones que se pueden introducir para minimizar las oportunidades que pueden dar lugar a errores. El manejo del riesgo clínico es relevante para los estudiantes porque reconoce que la atención clínica y el tratamiento son riesgosos y pueden ocurrir incidentes negativos. Los estudiantes (así como también todos los demás profesionales de la salud) deben ponderar activamente los riesgos y los beneficios de cada situación clínica y recién allí actuar. Esto implica reconocer las propias limitaciones y la falta de experiencia, además de abstenerse de todo tratamiento o cuidado sin supervisión. Los estudiantes deberían procurar información sobre riesgos pasados y participar activamente en los esfuerzos por prevenir su recurrencia. Por ejemplo, los estudiantes podrían buscar información sobre el cumplimiento de los protocolos concernientes al lavado de manos con el fin de minimizar la propagación de infecciones. En este sentido, los estudiantes pueden actuar de manera proactiva para evitar problemas, a diferencia de sólo reaccionar ante los problemas a medida que van surgiendo.

Palabras clave

Riesgo clínico, notificación de desaciertos, notificación de errores, evaluación del riesgo, incidente, supervisión de incidentes.

Objetivo pedagógico



Saber cómo aplicar los principios del manejo del riesgo identificando, evaluando y notificando los peligros y riesgos potenciales que hay en el lugar de trabajo.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes deben:

- Saber cómo recopilar información sobre el riesgo;
- Entender los requisitos de aptitud para el ejercicio de la profesión y la responsabilidad personal por el manejo

- del riesgo clínico;
- Saber cómo notificar riesgos o peligros en el lugar de trabajo;
- Saber cuándo y cómo pedir ayuda al profesor, supervisor, colega más experimentado o cualquier otro profesional de la salud.

Requisitos de actuación



Los estudiantes deben:

- Llevar registros clínicos precisos y completos;
- Participar en reuniones para debatir acerca del manejo del riesgo y la seguridad del paciente;
- Responder en forma apropiada ante los pacientes y sus familiares tras la ocurrencia de un evento adverso;
- Responder adecuadamente a las quejas;
- Mantener su propia salud y bienestar general.

¿Cómo recopilar información acerca del riesgo?



Probablemente, a los estudiantes no les conste de inmediato que haya un programa de gestión del riesgo en su hospital, clínica o lugar de trabajo. Sin embargo, las instituciones clínicas de la mayoría de los países emplean varios mecanismos para medir el daño ocasionado a los pacientes y al personal, así como también evitan problemas ya conocidos. Algunos países cuentan con conjuntos de datos bien desarrollados sobre incidentes a nivel nacional y provincial. En Australia, el Sistema Avanzado de Gestión de Incidentes es un enfoque integral para la notificación y el análisis de incidentes clínicos. En los Estados Unidos, el Departamento de Asuntos relativos a Veteranos ha creado un Centro Nacional para la Seguridad del Paciente que utiliza un enfoque estructurado denominado *análisis de las causas radicales* (ACR) para evaluar, analizar y tratar estos tipos de problemas. (Véanse los Temas 5 y 7 para conocer más información sobre el ACR). →  

El principio que avala el ACR es que la causa efectiva (radical) de un determinado problema rara vez se puede reconocer de inmediato al momento de ocurrir el error o incidente. Una evaluación superficial y sesgada de un problema no suele resolverlo, por lo que seguirán ocurriendo otros incidentes en situaciones similares.

Una parte esencial de todo ACR consiste en la implementación de los hallazgos del análisis. Muchas clínicas, hospitales y organizaciones omiten completar el proceso, ya sea porque las recomendaciones implican recursos que no se encuentran disponibles o bien porque no existe un compromiso por parte de la dirección del hospital para llevar a cabo dichas recomendaciones.

Algunas organizaciones clínicas que obligan a notificar incidentes pueden recibir tal carga de trabajo por todos los incidentes notificados que muchas de ellos siguen sin analizarse debido a la escasez de recursos. Para abordar este problema, muchas organizaciones clínicas han introducido un código de evaluación de la gravedad para así

poder identificar los incidentes que indican los riesgos más graves. Sin embargo, incluso la introducción de un sistema de triaje que indique los incidentes más graves no ha resuelto este dilema en algunos sistemas.

A continuación se describen algunas actividades que suelen utilizarse para manejar el riesgo clínico.

Seguimiento de los incidentes

La notificación de incidentes ha existido por décadas. Muchos países cuentan ahora con bases de datos nacionales de eventos adversos pertinentes a distintas especialidades, como ser cirugía, anestesia, obstetricia y pediatría. La OMS define un incidente como todo hecho o circunstancia que podría haber provocado o que efectivamente provocó un daño no deseado e/o innecesario a una persona y/o una queja, pérdida o perjuicio. El beneficio principal de la notificación de incidentes tiene que ver con la recopilación de información útil para la prevención de incidentes similares en el futuro. Se requieren otros métodos cuantitativos para los análisis de las frecuencias de dichos incidentes.

El seguimiento facilitado de incidentes se refiere a los mecanismos para identificar, procesar, analizar y notificar incidentes con vistas a la prevención de su recurrencia [2]. La clave para un sistema de notificación eficiente consiste en que el personal informe de rutina todos los incidentes y los desaciertos. Sin embargo, salvo que los miembros del personal de planta confíen en que la organización utilizará la información para su perfeccionamiento y no para culpar a determinadas personas, se verán reacios a notificar tales incidentes. La confianza también implica la creencia de que la organización tomará medidas en función de dicha información. Si los estudiantes notifican un incidente ante su profesor, supervisor o cualquier otro profesional de la salud que desprecie su esfuerzo, entonces es menos probable que los estudiantes sigan planteando otras notificaciones a futuro. Pese a ello, el cuerpo docente debería alentar a los estudiantes para que continúen notificando incidentes. Con el tiempo, los estudiantes de hoy en día se convertirán en los expertos profesionales de la salud del mañana, por lo que sus acciones tendrán una significativa influencia sobre sus propios estudiantes y colegas más jóvenes.

El seguimiento facilitado es un proceso orientado a identificar y analizar una mayor proporción de incidentes con vistas a realizar mejoras en la atención clínica. Este tipo de seguimiento se trata de una actividad continua del equipo clínico que comprende las siguientes acciones:

- El debate sobre los incidentes como tema permanente de sus reuniones semanales de personal;
- La revisión semanal de las áreas donde se sabe que se cometen errores;
- La realización en equipo de un análisis minucioso de los hechos constitutivos de un incidente y de las acciones complementarias requeridas: dicho análisis debería revestir carácter formativo más que concentrarse en

echarle la culpa a alguien;

- La identificación de las cuestiones relativas al sistema, para que se puedan abordar y otros miembros del personal puedan tomar conocimiento de las dificultades potenciales.

Además de la notificación de incidentes reales, algunas organizaciones fomentan la notificación de desaciertos dado el valor que tiene tal tipo de notificaciones para la identificación de nuevos problemas y los factores que los coadyuvan así como también la posible manera de prevenirlos antes de producirse un daño grave al paciente. Un desacierto consiste en un incidente que no ocasionó daño. Algunos llaman a los desaciertos “casi aciertos”, porque las acciones adoptadas podrían haber causado un evento adverso, pero se tomaron justo a tiempo

medidas correctivas o bien el paciente no tuvo reacción adversa alguna al tratamiento incorrecto. En algunos ámbitos en los que existe una fuerte cultura de la culpa, hablar sobre desaciertos puede resultar más sencillo que hablar de incidentes que tuvieron resultado negativo, ya que no hay nadie a quien culpar puesto que el paciente no sufrió resultado adverso alguno. Por ejemplo, puede ser más fácil para un farmacéutico debatir sobre un error de posología de un medicamento equivocado en el contexto de un medicamento equivocado que está por ser administrado y que se lo detecta mediante un sistema de verificación. En estos casos, los errores no se consuman, sino que podrían haberse cometido en caso de no haberse implementado sistemas para identificarlos y prevenirlos. Véase el Cuadro B.6.1 para conocer un mayor análisis del proceso de seguimiento de incidentes.

Cuadro B.6.1. Tipos de cuestiones identificadas mediante el seguimiento de incidentes

Tipo de incidente	% de notificaciones ^a
Caídas	29
Lesiones distintas de caídas (por ej. quemaduras, lesiones por presión, agresión física, daño autoinflingido)	13
Errores farmacológicos (por ej. omisión, sobredosis, dosis insuficiente, vía equivocada, medicamento equivocado)	12
Problemas con los procesos clínicos (por ej. diagnóstico equivocado, tratamiento inadecuado, mala atención)	10
Problemas con los equipos (por ej. no disponibles, inapropiados, mal diseñados, mal utilizados, fallas, mal funcionamiento)	8
Problemas con la documentación (por ej. insuficiente, incorrecta, incompleta, desactualizada, poco clara)	8
Entorno peligroso (por ej. contaminación, insuficiente limpieza o esterilización)	7
Recursos insuficientes (por ej. ausencia de personal, falta de disponibilidad o experiencia, mala orientación)	5
Problemas logísticos (por ej. problemas con la internación, el tratamiento, el transporte, la respuesta ante una emergencia)	4
Problemas administrativos (por ej. supervisión insuficiente, falta de recursos, malas decisiones de gestión)	2
Problemas de infusión (por ej. omisión, mala proporción)	1
Problemas de infraestructura (por ej. cortes de energía, camas insuficientes)	1
Problemas de nutrición (por ej. administración de alimentos cuando se requería estar en ayunas, comida equivocada o en mal estado, problemas al momento de pedir la comida)	1
Problemas con los coloides o productos sanguíneos (por ej. omisión, sobredosis, dosis insuficiente, problemas de almacenamiento)	1
Problemas con el oxígeno (por ej. omisión, sobredosis, dosis insuficiente, cese prematuro, falla en el suministro)	1

^a Un mismo incidente puede llegar a asignarse a más de una categoría.

Fuente: Runciman B., Merry A., Walton M. *La seguridad y la ética en la atención clínica: guía para hacer lo correcto*, 2007 [3].

Eventos centinela



Un evento centinela es un “evento adverso que jamás debería haberse permitido que suceda” [3] y suele ser inesperado, ya que implica la muerte o lesión física o psicológica grave de un paciente. La tendencia actual en muchos países consistente en analizar los eventos adversos es la de jerarquizar o clasificar el grado de gravedad del evento. El término *evento centinela* es la designación reservada para los más graves.

Muchas instituciones clínicas han ordenado la notificación de este tipo de eventos dados los riesgos significativos asociados a su repetición. Estos eventos suelen clasificarse en categorías (por ej. cirugía en el paciente equivocado o en el lugar del cuerpo equivocado, transfusión sanguínea incompatible, error farmacológico letal, extracción del diente equivocado, administración del medicamento equivocado, neonato dado a la madre equi-

vocada, etc.). Los eventos que no encuadran nítidamente dentro de las categorías establecidas son denominados “otros eventos catastróficos”. Estos “otros eventos catastróficos” representan la mitad de todos los eventos centinelas que se notifican en los Estados Unidos y más de dos tercios de los notificados en Australia [3]. Las causas del evento centinela pueden haber sido múltiples y que no hayan sido controladas, lo cual trajo aparejado un resultado catastrófico para el paciente.

El rol de las quejas en el mejoramiento de la atención



Por queja se entiende toda expresión de disconformidad planteada por un paciente, un familiar o cuidador asistencial respecto de la atención clínica provista. Dado que los estudiantes estarán tratando a pacientes bajo instrucción o supervisión, es probable que sean mencionados en una queja relativa a la atención y al tratamiento. Un estudiante puede llegar a sentirse vulnerable cuando esto sucede y preocuparse porque sean culpados o porque su carrera se vea perjudicada.

Los estudiantes, al igual que los profesionales de la salud, pueden llegar a sentirse avergonzados, arrepentidos, enojados o defensivos si son mencionados en una queja y creen que ésta es injustificada. Si bien pueden resultar incómodo lidiar con las quejas de los pacientes o sus familiares, ellas son una muy buena oportunidad para mejorar el ejercicio profesional y restaurar una relación de confianza entre el paciente, su familia y el equipo de atención clínica [4]. Las quejas suelen puntualizar los problemas que necesitan solución, como la mala comunicación o una toma de decisiones que no llega a ser óptima. Los problemas de comunicación son causas comunes de quejas, como lo son los problemas relativos al tratamiento y al diagnóstico. Las quejas se pueden evitar si el estudiante o profesional de salud se asegura de que su paciente jamás se vaya de una consulta sintiéndose menospreciado, rechazado o subestimado de algún modo.

Los estudiantes que se encuentran al comienzo de sus carreras profesionales de la salud están aprendiendo sobre el proceso de toma de decisiones clínicas y el manejo del paciente, así como también están viendo lo complejas que pueden llegar a ser dichas tareas. Por ende, no es de sorprender que a veces se den una mala comunicación o una atención que diste de ser óptima. Las quejas del paciente ayudan a identificar las áreas de los procesos de atención clínica que se podrían mejorar. La queja puede dar lugar a una mejor instrucción o supervisión de los estudiantes en un determinado ámbito. La información proveniente de las quejas también se puede utilizar para educar e informar a los profesionales de la salud sobre áreas problemáticas.

Además de los beneficios descriptos anteriormente, las quejas también [4]:

- Contribuyen con el mantenimiento de estándares altos;

- Reducen la frecuencia de los litigios;
- Ayudan a mantener la confianza en la profesión;
- Fomentan la autoevaluación;
- Protegen al público.

Los estudiantes deberían estar al tanto de que la mayoría de los profesionales de la salud reciben quejas durante el transcurso de sus carreras y que esto no es indicio de incompetencia ni de que sean malas personas. Incluso los profesionales clínicos más meticulosos y habilidosos pueden cometer errores, y de hecho los cometen. A veces, los pacientes pueden llegar a tener expectativas poco realistas de su atención clínica. El error clínico es un subconjunto de errores humanos, ya que todos los seres humanos cometemos errores.

Si un estudiante se ven involucrado en una queja o bien recibe una mientras trabaja como profesional de la salud, debería estar abierto a conversar sobre la queja con la persona que la formuló. Es una buena idea contar con alguna persona más experimentada durante tales conversaciones. Si la organización clínica le exige a un estudiante que provea un descargo por escrito sobre sus acciones, es importante que la declaración se base en hechos y se relaciones directamente con su participación en los mismos. Es de suma importancia verificarlo siempre con un instructor o supervisor en caso de recibir una queja por escrito o de requerirse una reunión informativa de descargo. Muy probablemente, la institución clínica tenga vigente una política de manejo de quejas.

Las quejas y las inquietudes sobre la responsabilidad individual

Desde la perspectiva del paciente, cada uno de los pacientes debería ser capaz de hacer que se investiguen sus inquietudes para ver si ha habido alguna desviación respecto de los estándares profesionales. Luego de la averiguación o investigación, puede quedar en claro que las cuestiones relativas al sistema se encuentran en el núcleo del problema, pero que el profesional o equipo clínico interviniente también pudieron haber contribuido al mal resultado obtenido: por ejemplo, salteándose pasos y violando protocolos aceptados. El nivel de cuidado pudo haber sido deficiente, lo cual trajo aparejada una atención no óptima. Quizás también no se hayan observado directrices o bien se hayan quebrantado normas institucionales.

Por ejemplo, la omisión por parte de un miembro del equipo clínico de utilizar una correcta higiene de manos podría haber provocado la transmisión de una infección de un paciente a otro. Si bien el enfoque inicial en cuanto a la investigación de este incidente debería centrarse en el sistema, cabe recordar que cada individuo también debe cumplir con sus responsabilidades profesionales. Es posible que dicho miembro del equipo clínico haya incurrido directamente en una conducta culposa al no haber adherido a los niveles de cuidado aceptados.

Investigaciones forenses

La mayoría de los países cuentan con algún sistema para determinar la causa de la muerte. Los profesionales especialmente designados para ello, denominados forenses en muchos países, son los responsables de investigar las muertes en situaciones en las que su causa es incierta o se cree que se produjeron por hechos ilícitos o ilegales. Los forenses suelen contar con facultades más amplias que un tribunal de justicia y, tras informar los hechos, formulan recomendaciones para abordar problemas sistémicos.

Requisitos de aptitud para el ejercicio profesional



Los estudiantes y todos los profesionales de la salud son responsables por sus acciones y conductas dentro del ámbito clínico. Son responsables por sus acciones según las circunstancias en las que se encuentran. Relacionado con la responsabilidad está el concepto de *aptitud para el ejercicio profesional*. ¿Por qué la aptitud para el ejercicio profesional es un componente importante de la seguridad del paciente?

De los muchos factores que subyacen a eventos adversos, uno de ellos se relaciona con la competencia de los profesionales de la salud. Muchos errores que provocan eventos adversos están asociados a la aptitud de los profesionales para su ejercicio profesional. ¿Son competentes? ¿Están ejerciendo más allá de su nivel de experiencia y habilidad? ¿No se sienten bien, o están estresados o enfermos? La mayoría de los países cuenta con un sistema para registrar a los distintos tipos de profesionales de la salud, lidiar con las quejas planteadas y mantener los niveles de calidad. Es fundamental que los estudiantes entiendan la importancia de estar pendientes de su propia aptitud y de la de sus colegas. Las profesiones de la salud establecen deberes y obligaciones para sus profesionales con el propósito de preservar la seguridad de los pacientes.

Seleccionar a los estudiantes adecuados para su capacitación en las profesiones de la salud es el primer paso para cerciorarse de que las personas que se forman para trabajar en estas disciplinas cuenten con los atributos necesarios para un ejercicio profesional seguro y ético. En la actualidad, muchas carreras utilizan procesos del tipo ECEO (Examen Clínico Estructurado por Objetivos) que ayudan a identificar a los estudiantes que, además de sus resultados obtenidos en las evaluaciones, también tienen las actitudes y conductas que mejor se adaptan para trabajar en el campo de la atención clínica. Las principales cualidades son los atributos tales como la compasión, la empatía y la aspiración vocacional por brindar un beneficio para la sociedad.

Es importante que los profesionales de la salud participen de actividades académicas durante toda su carrera, con el fin de mantener adecuadamente sus bagajes de habilidades y permanecer actualizados respecto de los

avances que se van produciendo en su especialidad. A medida que los estudiantes se familiarizan cada vez más con los conceptos y principios descritos en la presente Guía Curricular, irán adquiriendo una comprensión más profunda, mayor probidad e idoneidad en un ejercicio más seguro de su profesión.

Los deberes de un profesional de la salud (y de un estudiante) incluyen el de notificar a un par o colega que resulta inseguro por su incompetencia, su falta de profesionalismo o comportamiento poco ético. Algunos países exigen la notificación obligatoria de los profesionales que fueren no aptos, mientras que otros confían en que cada uno use su conciencia en este sentido.

Las organizaciones clínicas están obligadas a asegurarse de que los profesionales de la salud que participan del cuidado y tratamiento de los pacientes cuenten con las calificaciones adecuadas y sean competentes. Los servicios clínicos están obligados a verificar que todo profesional de la salud tenga las calificaciones y experiencia apropiadas para ejercer en la especialidad pretendida. Los procesos para lograr esto se presentan a continuación.

Obtención de credenciales

El Consejo Australiano sobre Parámetros Sanitarios define la titulación como el proceso de evaluar y conferir aprobación respecto de la aptitud de una persona para brindar servicios de cuidado y tratamiento a consumidores/pacientes, dentro de los límites definidos, según la licencia, educación, capacitación, experiencia y competencia de un individuo. Muchos hospitales, clínicas y servicios de salud cuentan con trámites para la obtención de credenciales a fin de verificar si un determinado profesional cuenta con las habilidades y los conocimientos necesarios para llevar a cabo procedimientos o tratamientos específicos. Las clínicas y los hospitales restringirán el tipo de procedimientos que ofrecen si es que no cuentan con personal calificado o bien no tienen recursos disponibles ni apropiados para la afección o el tratamiento respectivo.

Acreditación

La acreditación es el procedimiento formal por el que se garantiza una prestación de atención clínica segura y de alta calidad basada en estándares y procesos ideados y desarrollados por profesionales de la salud para los servicios de atención clínica. También se puede referir al reconocimiento público de un logro alcanzado por una determinada organización clínica respecto de los requisitos impuestos por las normas sanitarias nacionales.

Matriculación (licenciatura)

La mayoría de los países les exigen a sus profesionales de la salud que estén matriculados ante una autoridad gubernamental o ente público, tal como la Agencia Australiana de Matriculación de Profesionales de la Salud, que se responsabiliza por la matriculación de la mayoría de las profesiones clínicas. El propósito principal de con-

tar con una autoridad que rija la matrícula consiste en proteger la salud y la seguridad de la sociedad a través de mecanismos diseñados para garantizar que los profesionales de la salud sean aptos para ejercer su profesión. Esto se logra asegurándose de que se matriculen sólo los profesionales bien capacitados y que los profesionales matriculados mantengan normas de conducta y competencia correctas. La correspondiente matriculación/licenciatura constituye una parte fundamental de los procesos de obtención de credenciales y acreditación mencionados más arriba.

Responsabilidad personal por el manejo del riesgo

La mayoría de los estudiantes más avanzados comenzarán a establecer roles y responsabilidades claras como integrantes de equipos clínicos cuando pasen más tiempo en sus ámbitos laborales y trabajando con los pacientes. Cuando se encuentren finalizando su formación, muchos estarán obligados a demostrar su competencia en una serie de tareas técnicas básicas. Las siguientes actividades no son exhaustivas ni por cierto normativas. Se dan aquí para tener una idea de las competencias con las que los estudiantes deben contar al momento de obtener sus títulos y comenzar a trabajar en su especialidad elegida.

Los estudiantes deberían:

- Aprender a organizar una derivación u orden de consulta proveniente de otro profesional o equipo clínico. Estas habilidades incluyen el uso de procedimientos de identificación correcta y la entrega de un resumen preciso con los antecedentes del paciente, el problema actual de salud/bienestar general, y los resultados de las investigaciones. Es importante incluir en la derivación u orden de consulta solamente la información relevante y necesaria y escribirla en forma legible.
- Aprender a hacer una llamada telefónica dirigida a un médico de cabecera u otro profesional miembro del equipo clínico. Al principio, los estudiantes deberían cerciorarse de contar con la supervisión u observación de una persona experimentada durante la realización de esta actividad. Deberían practicar proveyendo información precisa sobre el paciente, pronunciando correctamente la terminología relevante, empleando técnicas para asegurarse de que la persona con la que están hablando haya entendido lo que le han dicho, buscando información sobre inquietudes y escribiendo un resumen de la conversación telefónica en la historia clínica del paciente. Algunas de estas técnicas se describen en el Tema 4: *Cómo ser un jugador eficiente en equipo.* → 
- Aprender a escribir una carta de derivación cuando se lo traslade a un paciente a otro profesional o equipo clínico. La carta debería contener la respectiva información de identificación del paciente, las fechas de internación y alta/tratamiento y el nombre de los profesionales responsables del tratamiento, un resumen preciso del tratamiento provisto, el diagnóstico definitivo, las investigaciones clave, el motivo del tratamiento y el estado en el que se encuentran los problemas

clínicos del paciente. Describa el tratamiento y las intervenciones realizadas, el resultado, los cronogramas de seguimiento y las investigaciones pendientes. La carta debería incluir un listado completo y preciso de las terapias y medicaciones, incluidas la dosis, la vía de administración y la duración planeada de la terapia. Resulta crucial que esta carta sea completamente legible y esté firmada por la persona responsable.

- Saber quiénes son los profesionales a cargo del tratamiento en cada situación en particular.

El rol de la fatiga y la aptitud para ejercer la profesión



Existe una sólida evidencia científica que vincula la fatiga con el rendimiento. Los estudiantes deberían ser conscientes de que, siempre que sientan fatiga, estarán menos alertas y no podrán rendir normalmente en varias de las actividades psicomotrices.

Los estudios realizados en Irlanda y los Estados Unidos han demostrado que la fatiga puede afectar el bienestar mental de los médicos residentes (depresión, ansiedad, enojo y confusión) [5]. Estudios controlados recientes han confirmado que la falta de descanso puede afectar negativamente el rendimiento clínico [6]. También la fatiga ha estado vinculada con un mayor riesgo de errores [7-8] y accidentes automovilísticos. Un estudio de 2004 a cargo de Landrigan et al. [8] fue uno de los primeros en mensurar los efectos de la falta de descanso en los errores médicos. Ese estudio descubrió que los residentes que trabajaban en la unidades de terapia intensiva y coronaria del Brigham and Women's Hospital (Boston, MA, Estados Unidos) cometían una cantidad sustancialmente mayor de errores graves cuando trabajaban en guardias frecuentes de al menos 24 horas que cuando trabajaban en guardias más cortas. Otros estudios han demostrado que la falta de descanso puede tener síntomas similares a los provocados por la embriaguez [9].

Los estudios de las horas de trabajo que tienen las enfermeras demuestran que los riesgos de cometer un error aumentaban significativamente cuando los turnos de trabajo superaban las doce horas, cuando las enfermeras hacían horas extra, o cuando trabajaban más de cuarenta horas por semana [10].

De igual modo, los farmacéuticos identificaron como principales factores coadyuvantes de los errores posológicos a los altos volúmenes recetados, la fatiga del farmacéutico, la sobrecarga de trabajo del farmacéutico, las interrupciones en el expendio de medicamentos y los nombres de drogas similares o confusos [11].

Los estudiantes deberían conocer sus derechos laborales en cuanto a sus horas de trabajo y descanso. Las organizaciones para las cuales trabajan tienen el deber de asegurarse de que no trabajen más horas de las permitidas a menos que medien circunstancias atenuantes o permiso de la organización.

El estrés y los problemas de salud mental

Los estudiantes también son propensos al estrés causado por los exámenes, el trabajo a dedicación parcial y sus preocupaciones familiares y laborales. Hay sólidas evidencias que sugieren que los médicos son propensos a problemas de salud mental [12], en especial la depresión, en sus primeros años de profesión tras haberse recibido, así como también en años posteriores. Asimismo, los estudiantes sufren de estrés y problemas de salud afines que llevan consigo cuando comienzan a ejercer la profesión. En el campo de la atención clínica se espera encontrar un personal estresado y con baja autoestima porque, además de cuidar a los enfermos y minusválidos, suelen trabajar con otros colegas que padecen de la sobrecarga de trabajo y tienen muchas tareas que completar por hora trabajada.

Si bien los índices de depresión y problemas mentales entre los médicos son mayores que los experimentados por la población en general, la literatura demuestra que cuando los pasantes y residentes reciben el apoyo de sus colegas médicos de planta y los clínicos superiores y forman parte integral de equipos con buen funcionamiento, tienen menos probabilidades de sentirse aislados y de sufrir estrés.

El rendimiento también se ve afectado por el estrés. Existen evidencias sólidas que indican que la falta de descanso contribuye con el estrés y la depresión, más que la cantidad de horas trabajadas. Otros factores estresantes identificados en la literatura científica incluyen la situación económica, la deuda educativa y la asignación de períodos de trabajo y descanso, además de las presiones emocionales provocadas por las exigencias de los pacientes, las presiones de tiempo y la interferencia con la propia vida social.

El entorno laboral y la organización

Las instituciones clínicas pueden ser lugares muy estresantes para los recién llegados. Las prácticas laborales poco familiares pueden resultar muy difíciles en la primera etapa de un nuevo trabajo. Además, las largas horas de trabajo causan fatiga.

Hay ciertos factores y plazos, tales como el turno de trabajo, las horas extra, los cambios de turno, las noches y los fines de semana, están asociados a una mayor cantidad de errores. Los factores que subyacen a estos errores pueden ir desde la falta de supervisión e instrucción o cautela hasta el cansancio. Los estudiantes deberían ser extremadamente cautelosos durante dichos períodos.

Instrucción y supervisión

La buena instrucción o supervisión resulta esencial para todos los estudiantes y la calidad de la instrucción o supervisión determinarán, en gran medida, qué tan exitosamente se integra y adapta el estudiante al hospital o entorno clínico. La omisión por parte de los profesionales de la salud de brindar una suficiente instrucción o

supervisión a los estudiantes los hace más vulnerables a cometer errores ya sea por omisión (no hacer algo) o comisión (hacer lo incorrecto). Los estudiantes siempre deberían solicitar que una persona más experimentada este presente si es la primera vez que están intentando realizar una maniobra o procedimiento con un paciente. También deberían avisarle al paciente que son estudiantes y pedirle permiso para proceder con su tratamiento o la realización del procedimiento.

Las malas relaciones interpersonales entre los estudiantes, los demás profesionales de la salud, los empleados no jerárquicos de planta del hospital y los instructores o supervisores también son factores que coadyuvan a la comisión de errores. Si un estudiante tiene algún problema con un instructor o supervisor, debería buscar ayuda de otro miembro del cuerpo docente que pueda ser capaz de actuar de mediador o bien ayudarlo al estudiante con las técnicas necesarias para mejorar la relación. La literatura también demuestra que los estudiantes que tienen problemas con una apropiada adquisición de habilidades son también los que tienen una baja supervisión. Muchos profesionales de la salud que aprendieron a realizar procedimientos mientras no se encontraban bajo supervisión luego han tenido que ser juzgados por supervisores, quienes consideraron que tenían malas técnicas y un insuficiente dominio de los procedimientos empleados. Los estudiantes jamás deberían realizar un procedimiento ni manipular o revisar a un paciente sin la suficiente preparación e instrucción.

Problemas de comunicación



Varios profesionales de la salud, como enfermeras, parteras, médicos, odontólogos, farmacéuticos, radiólogos, tienen, todos ellos, que llevar un registro fiel de sus comunicaciones en sus legajos clínicos, incluso todo contacto de enlace con el personal de laboratorio. La transmisión de información, sea en forma oral o escrita, es un proceso complejo y nada sencillo. Pocas instituciones clínicas tienen maneras estandarizadas para entablar tales comunicaciones. Tanto el rol de la buena comunicación en la prestación de una atención clínica de calidad como el de la mala comunicación en la atención deficiente están bien documentados. El éxito con el que los pacientes son tratados dependerá en gran medida de las comunicaciones informales que se den entre el personal clínico y su entendimiento del lugar de trabajo [13]. Los errores de tratamiento causados por la mala comunicación y la falta total o parcial de la misma se da a diario en todos los ámbitos clínicos. Las listas de verificación, los protocolos y los planes de atención diseñados para determinadas categorías de pacientes son maneras eficaces de comunicar las órdenes de atención al paciente.

Además, la calidad de la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud que prestan el tratamiento se correlaciona estrechamente con los resultados terapéuticos obtenidos.

¿Cómo entender y manejar los riesgos clínicos?



Sepa cómo notificar riesgos o peligros conocidos en el lugar de trabajo

Los estudiantes deberían buscar información sobre el sistema de notificaciones de incidentes utilizado en la institución donde se están capacitando. Por lo general habrá un método específico para notificarlos: ya sea por vía electrónica o en formato papel. Los estudiantes deberían familiarizarse con el sistema implementado y buscar información sobre cómo notificar incidentes.

Lleve registros clínicos precisos y completos

Un registro clínico (historia clínica, legajo del paciente, gráfico historial de administración de medicamentos y drogas) es un documento que contiene distintos tipos y clases de información sobre el paciente. Los estudiantes deberían saber que los registros de buena calidad son esenciales para el cuidado y tratamiento de los pacientes. Los registros de atención clínica estarán sujetos a la cantidad de requisitos gubernamentales e institucionales específicos en cuanto a quién puede tener acceso a los mismos, quién puede escribir información en ellos y por cuánto tiempo.

Los estudiantes tienen la obligación ética y legal de registrar fielmente sus observaciones y hallazgos a fin de asegurar una correcta atención del paciente. Al momento de escribir información en los registros clínicos, los estudiantes (así como todos los demás profesionales de la salud) deberían:

- Proveer información suficiente como para identificar al paciente con el cual se relaciona el registro, de manera tal que los demás integrantes del equipo clínico puedan continuar atendiendo al paciente;
- Anotar toda información relevante para el diagnóstico o tratamiento del paciente y sus resultados;
- Cerciorarse de que los registros estén actualizados y escritos con la mayor correlación temporal posible con el evento ocurrido;
- Anotar toda información o consejo brindado al paciente.

Sepa cuándo y cómo pedir ayuda de un instructor, supervisor o del respectivo profesional clínico superior

Muchos estudiantes temen que si admiten no saber algo, sus profesores los considerarán malos estudiantes y los menospreciarán. Es fundamental que los estudiantes reconozcan las limitaciones asociadas a su falta de conocimiento y experiencia, así como también la importancia de buscar ayuda y pedir información, ya que los pacientes pueden resultar dañados por profesionales clínicos inexpertos. Los estudiantes deberían entender con claridad quién es su superior en el ámbito laboral y cuándo y cómo se pueden comunicar con dicho superior. Esta persona podrá ayudarlos si se ven involucrados en situaciones que exceden sus conocimientos y habilida-

des actuales. Resulta esencial que los estudiantes pidan ayuda incluso cuando se sientan incómodos de hacerlo. Todos los profesionales de la salud entienden que los estudiantes se encuentran en la etapa inicial de sus carreras profesionales y tienen conocimientos y habilidades limitadas. No tienen la expectativa de que los estudiantes o los médicos principiantes hayan acumulado la profundidad de conocimientos necesarios como para tratar a los pacientes en forma independiente. Les cabe esperar de los estudiantes que les pidan ayuda. Sin embargo, puede resultar difícil contar con un instructor o supervisor que rara vez está disponible. De ser así, el estudiante debería procurarse otra persona idónea que esté presente regularmente. Esto puede analizarse con el supervisor, de modo tal que esté al tanto de tal acuerdo.

Participe en las reuniones para debatir sobre el manejo del riesgo y la seguridad del paciente

Al principio, puede no resultar obvio qué programas de manejo del riesgo hay en una determinada institución clínica. Los estudiantes pueden preguntarles a los gestores o profesionales clínicos más experimentados acerca de los programas vigentes sobre el manejo del riesgo y si es posible asistir a una reunión para ver cómo funciona el sistema destinado a proteger a los pacientes.

Respóndales apropiadamente a los pacientes y a sus familiares tras un evento adverso

No se espera que los estudiantes puedan aceptar la responsabilidad de informar eventos adversos a los pacientes o sus familiares. Si se les pide hacer esto, deberían buscar asistencia de inmediato de parte de un miembro del cuerpo docente o de un profesor experimentado. En la actualidad, muchas organizaciones clínicas están introduciendo directrices en el sentido de una información abierta (pautas que contribuyen a la comunicación honesta con el paciente tras sufrir un evento adverso). Es vital que todo proceso de información abierta no sea apresurado, sea transparente y consiste en tomar medidas para cerciorarse de que todo error cometido no se vuelva a repetir.

Responda las quejas en forma apropiada

Todos los estudiantes que se vean involucrados en una queja deberían redactar un descargo completo basado en hechos acerca de lo sucedido. Deben ser honestos en cuanto a su rol o sus acciones a la vez que deberían minimizar las manifestaciones subjetivas o emocionales.

Resumen



Los profesionales de la salud son responsables del tratamiento, cuidado y resultados clínicos de sus pacientes. Esta responsabilidad compete a todos los integrantes del equipo: no sólo al más experimentado de ellos. La responsabilidad personal es importante, ya que toda persona interviniente en la cadena podría exponer al paciente a un riesgo. Una manera que los profesionales tienen de ayudar a prevenir eventos adversos consiste en identificar áreas propensas a errores.

La intervención proactiva de un enfoque sistémico para minimizar las oportunidades de cometer errores puede prevenir eventos adversos. Los individuos también pueden mantener un entorno seguro de trabajo clínico cuidando de su propia salud y respondiendo en forma apropiada las inquietudes de los pacientes y los colegas.

Estrategias y formatos de enseñanza

Una disertación interactiva/didáctica



Utilice las diapositivas de apoyo como guía para cubrir todo el tema. Se pueden utilizar las diapositivas en PowerPoint o bien se pueden convertir a filmas para ser utilizadas con retroproyectors. Comience la clase con un caso de estudio y pídale a los estudiantes que identifiquen algunas de las cuestiones presentadas en dicho caso de estudio.

Paneles de debate

Invite a un panel de respetados profesionales de la salud para que den una reseña de sus esfuerzos por mejorar la seguridad del paciente. Si los estudiantes son alumnos de la carrera de farmacia, sería buena idea invitar a farmacéuticos experimentados para conversar sobre su experiencia y sus prácticas cotidianas; de igual modo con las parteras y los odontólogos. Pero también mantener al panel multidisciplinario resulta formativo y destaca los problemas en común que tienen todas las profesiones de la salud. Es importante también invitar a un paciente para que participe, ya que mantendrá el foco sobre el daño potencial que puede sufrir en caso de no haberse implementado estrategias de manejo del riesgo. Los estudiantes también podrían tener una lista de preguntas sobre la prevención y el manejo de los eventos adversos y se podría pautar un tiempo para que formulen sus preguntas. También se puede invitar a expertos en manejo del riesgo en otros campos profesionales para que hablen sobre los principios generales concernientes a su trabajo.

Una sesión de debate en pequeños grupos



La clase puede dividirse en pequeños grupos y se les puede pedir a tres estudiantes de cada grupo que moderen el debate sobre uno de los tipos de incidentes descritos en el Cuadro B.6.1. Algunos estudiantes pueden concentrarse en las herramientas y técnicas disponibles para minimizar las oportunidades de error, mientras que otros pueden abordar el rol de las reuniones sobre mortandad y morbilidad.

El tutor que conduzca esta sesión también debería estar familiarizado con el contenido de manera tal que se pueda agregar información sobre el sistema de salud local y el entorno del servicio sanitario.

Ejercicios de simulación



Se podrían desarrollar distintos escenarios concernientes a eventos adversos y técnicas para minimizar oportu-

nidades de error, tales como la práctica de sesiones informativas, informes específicos de descargo y de autoafirmación para mejorar la comunicación. Además, los estudiantes podrían hacer dramatizaciones de una reunión de revisión de pares o una sobre mortandad y morbilidad utilizando un enfoque personal y luego uno sistémico. Otras actividades de dramatización se podrían basar en situaciones en las que un estudiante advierte alguna equivocación y debe hacerse escuchar.

Otras actividades de enseñanza

- Los estudiantes podrían observar una reunión de manejo del riesgo o bien reunirse con la gente que atiende las quejas dentro del servicio hospitalario o institución clínica. Una parte del ejercicio consistiría en que los estudiantes pregunten acerca de la política institucional sobre el manejo de quejas y qué es lo que suele suceder cuando se recibe una. Como alternativa, los estudiantes podrían participar en un proceso de información abierta.
- Después de estas actividades, a los estudiantes se les debería pedir que se reúnan en pares o en pequeños grupos y debatir con un tutor o profesor si las características o técnicas que se están estudiando estuvieron presentes o ausentes, así como también si las técnicas empleadas resultaron eficaces.

Casos de estudio

Ineptitud en el sistema de gestión de la práctica profesional de un traumatólogo

Los registros fieles y legibles son esenciales para mantener la continuidad de la atención clínica.

Brian estaba recibiendo tratamiento de parte de un nuevo especialista y necesitaba su historia clínica del traumatólogo que lo operó de la rodilla dos años antes. Cuando finalmente llegó la historia, el nuevo médico de Brian le informó que dejaba mucho que desear.

La historia clínica estaba documentada en forma deficiente sin ningún apunte significativo concerniente a la conversación sobre el consentimiento que Brian debía dar para su operación. También había lagunas en la información registrada en el informe quirúrgico y no había documentación alguna sobre el asesoramiento dado por el traumatólogo en forma oral sobre los riesgos y complicaciones de la operación. Brian estaba consternado al descubrir que el cirujano no había hecho el seguimiento adecuado en una revisión postoperatoria perdida.

Pregunta

- ¿Qué factores pudieron haber estado presentes que trajeron aparejada la mala documentación de la primera operación de Brian?

Fuente: Caso adaptado de: Payne S. Caso de estudio: el manejo del riesgo en la práctica. *United Journal*, primavera de 2003, :19.

Reconocimiento de un error clínico

Este caso muestra el valor de una información abierta.

Frank es residente de un geriátrico. Una noche, un enfermero le administró insulina por error a Frank, aunque no es diabético. El enfermero reconoció de inmediato su error y lo puso en conocimiento de los demás miembros del personal, quien a su vez se lo informaron a Frank y a su familia. El geriátrico tomó medidas de inmediato para ayudar a Frank y dispuso su traslado a un hospital donde fue internado y puesto en observación antes de regresar al geriátrico. El enfermero fue elogiado por haber informado cabal e inmediatamente la administración incorrecta de insulina. Tras este incidente, el enfermero siguió capacitándose en medicamentos para minimizar la posibilidad de que ocurran errores similares a futuro.

Pregunta

Las posibles causas del error no quedan claras. La presunción parece ser que el enfermero hizo u omitió hacer algo que condujo al error. En este tipo de caso, es importante utilizar un enfoque sistémico para conocer mejor lo que realmente sucedió.

- ¿Cuáles son los factores ambientales e institucionales que podrían haber brindado una cultura en la que el enfermero se sintió cómodo al revelar el error farmacológico?

Fuente: Información abierta. Casos de estudio. Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica, Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia, 2003, 1:16-18.

Salas de medicina general que no están en condiciones

Este caso ilustra la importancia de las quejas para el mejoramiento de la atención clínica.

Cuando Denise visitó la sala de medicina general de su localidad, quedó sorprendida de ver que la práctica allí no era todo lo higiénica que esperaba. Era tan mala que se quejó ante el Departamento de Salud de Nueva Gales del Sur [provincia australiana]. Un inspector sanitario advirtió que se guardaba cloroxilenol (un desinfectante líquido) en un contenedor de bebidas, los medicamentos se conservaban más allá de sus fechas de vencimiento, no había adrenalina en la guardia para tratar un ataque cardíaco, en ocasiones los pacientes tenían acceso sin supervisión al bolso del médico que contenía narcóticos inyectables y un recetario, no se cambiaban entre pacientes las hojas de papel de la camilla de revisión y que el médico no se lavaba las manos después de cada revisión. Tampoco había lavabos en los consultorios.

La Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica recomendó el asesoramiento del Consejo Médico de Nueva Gales del Sur y una visita in-situ para asesorar al personal del Departamento de Salud sobre pautas atinentes al

control de infecciones y asegurarse de que se tomaran las medidas apropiadas para proteger la salud pública. Denise estaba contenta de enterarse de que el centro sanitario hizo mejoras como consecuencia de su queja.

Debate

- Pídales a los estudiantes que identifiquen los tipos de quejas que se plantean sobre su lugar de trabajo (hospital, clínica, farmacia) y converse sobre los métodos para manejar tales quejas.

Fuente: Resultados de la revisión de la investigación. Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica, Sídney, Nueva Gales del Sur, Memoria anual 1998-1999:39-40.

Inadecuado manejo de las quejas

Este caso muestra la importancia de una atención oportuna de las quejas.

Alexandra había estado viendo a un psicólogo que ejercía en un hospital privado. Tanto durante su primera como su segunda sesión, el psicólogo violó la confidencialidad de la paciente al conversar sobre sus datos personales con otros de sus pacientes. Esto perturbó a Alexandra que decidió que le plantearía sus quejas a alguien del hospital. Asistió a una reunión con los representantes del hospital sobre la cantidad de quejas que tenía respecto del hospital en general y más puntualmente con respecto al psicólogo. Pasaron muchos meses sin tener una respuesta por escrito de parte del hospital en la que se detallaran las medidas que el representante le había prometido tomar. Con la ayuda de la Oficina de Apoyo al Paciente, Alexandra asistió a la reunión con el director ejecutivo y el subdirector ejecutivo del hospital, quienes se disculparon frente a Alexandra y se comprometieron a implementar una capacitación continua del personal en el manejo de quejas. También la alentaron a Alexandra para que planteara una queja formal ante el Consejo Profesional de Psicólogos en cuanto a la conducta inadecuada del que la trató.

Actividad

- Use un enfoque sistémico para identificar lo que se podría haber hecho distinto en este caso y qué es lo que el hospital puede hacer para prevenir incidentes similares a futuro.

Fuente: Servicio de Apoyo al Paciente, Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica, Sídney, Nueva Gales del Sur, Memoria anual 1999-2000:37-46.

Un enfermero afectado

Este caso muestra cómo los profesionales de la salud necesitan mantener su aptitud para el ejercicio profesional.

Durante la operación de Alan, un enfermero reemplazó a sabiendas el analgésico fentanilo, que fuera indicado para tratar a Alan, por agua. Este enfermero puso a Alan en riesgo físico por su propia desesperación por obtener

un opiáceo para satisfacer su drogadicción.

Esta no era la primera vez que el enfermero había hurtado una droga restringida para autoadministrársela. Se habían planteado ya varias quejas contra el enfermero mientras que trabajó en otro hospital, incluso por mala conducta profesional, mal desempeño debido a su drogadicción y falta de buen carácter, lo cual hacían que el enfermero no resultara apto para el ejercicio profesional.

Preguntas

- ¿Qué medidas podrían haber tomado los profesionales de la salud para ayudar al enfermero con problemas?
- ¿Con qué políticas debería contar el servicio de salud para proteger a los pacientes de los profesionales de la salud que son drogadictos o padecen afecciones?

Fuente: Swain D. Las dificultades y los peligros de que los profesionales de la salud receten drogas. *Health Investigator*, 1998, 1:14-18.

Falta de verificación del estado de gravidez

Este caso hipotético ilustra por qué se debería considerar la posibilidad de embarazo en todas las pacientes relevantes antes de cualquier cirugía que pudiera poner en riesgo a la madre o al feto. Se deberían revisar las políticas preoperatorias a fin de asegurar que sea verificado el estado de gravidez durante el período preoperatorio inmediato. La verificación debería registrarse en la documentación preoperatoria que utilice el personal que realice el examen clínico final y se deberían identificar controles antes de toda intervención quirúrgica.

Hannah, una mujer de 28 años, tenía antecedentes de dolor abdominal recurrente y había estado en lista de espera durante varios meses para una laparoscopia a fin de poder diagnosticar el problema. Se la internó como correspondía y se llevó a cabo una cirugía exploratoria bajo anestesia general. Antes del alta, Hannah experimentó severos calambres y sangrado vaginal. La enfermera de guardia reconoció que estaba cursando un aborto espontáneo.

Pregunta

- ¿Qué factores pudieron haber estado presentes y que condujeron al erróneo diagnóstico de su embarazo?

Antecedentes y fuente: entre octubre de 2003 y noviembre de 2009, la Agencia Nacional sobre Seguridad del Paciente del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido recibió 42 notificaciones de pacientes que se sometieron a un procedimiento planificado sin tener un control de embarazo documentado durante el preoperatorio. Se informaron tres casos de abortos espontáneos tras dichos procedimientos (referencia de entrada NPSA/2010/RRR011. Fecha de emisión: 28 de abril de 2010. La información actualizada se puede encontrar en <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Administración neonatal de medicamentos

Tal como se lo ilustra en este hipotético caso de estudio, hay necesidad de lograr un uso más seguro de la gentamicina intravenosa para los neonatos. Los incidentes sobre seguridad del paciente que se han notificado tienen que ver con la administración de gentamicina en el momento incorrecto, errores de prescripción y cuestiones relativas al monitoreo de su nivel en sangre.

A Edward, un bebé prematuro con insuficiencia respiratoria que requiere de ventilación, le indicaron gentamicina intravenosa por una infección grave. La enfermera de terapia intensiva y el pediatra estaban muy ocupados debido a la internación de mellizos muy prematuros. La droga fue administrada 90 minutos más tarde de lo indicado.

Debate

- Identifique todos los posibles factores que pudieron haberse presentado al momento de este incidente.
- ¿Debería notificarse este incidente?
- Analice los distintos métodos para notificar incidentes.

Antecedentes: una revisión de los incidentes farmacológicos neonatales notificados ante el Sistema de Información y Aprendizaje del Reino Unido (RLS, por sus siglas oficiales en inglés) entre el mes de abril de 2008 y abril de 2009 identificaron 507 incidentes sobre seguridad del paciente en relación con el uso de gentamicina intravenosa. Estos incidentes representaban el 15% de todos los incidentes farmacológicos neonatales conocidos durante dicho período.

Mala comunicación

Este caso es el ejemplo de un error común, en el que al paciente le recetaron un antibiótico y se le administró erróneamente una droga antidiabética, lo que le provocó un shock hipoglucémico.

Un médico le recetó a un paciente un antibiótico y analgésicos, que debían tomarse después de una extracción dental. El antibiótico recetado era amoxicilina. El nombre de la droga estaba mal escrito en la receta y el farmacéutico lo malinterpretó y le vendió al paciente glibenclamida, que es una droga antidiabética.

Esa noche, el paciente tuvo que salir corriendo para la guardia del hospital para recibir tratamiento de su shock hipoglucémico.

Preguntas

- ¿Cuáles son los factores que contribuyeron a que este paciente se enfermara?
- ¿Ante quién debería notificarse este error?
- ¿Quién debería efectuar la notificación?
- ¿Cómo se debería utilizar la información una vez recibida?

Fuente: Caso provisto por Shan Ellahi, Consultor sobre Seguridad del Paciente de los Servicios Comunitarios Ealing y Harrow del Servicio Nacional de Salud, Londres, Reino Unido.

Herramientas y material de referencia

'Being open' ["¿Cómo ser abierto?"]

Paquete de e-learning de la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, 2009. *Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident*. ["Cómo ser abierto, comunicarse con los pacientes, sus familiares y cuidadores asistenciales tras un incidente de seguridad del paciente] Fecha de edición: 19 de noviembre de 2009 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Eventos centinela

Se puede encontrar un glosario útil de términos pertinentes a un evento centinela en: http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; accedido el 21 de febrero de 2011.

Otros materiales de referencia

Better practice guidelines on complaints management for health care services.

["Directrices sobre mejores prácticas en el manejo de quejas para los servicios de atención clínica"] Australian Commission for Safety and Quality, 2006 ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D846/\\$File/guidecomplnts.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D846/$File/guidecomplnts.pdf); accedido el 21 de febrero de 2011).

Complaint or concern about a clinician: principles for action. ["La queja o inquietud respecto de un clínico: principios para la acción"] Departamento de Salud, Nueva Gales del Sur, 2006.

(http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html; accedido el 21 de febrero de 2011).

Johnstone M., Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. ["El manejo del riesgo clínico y la educación en seguridad del paciente para enfermeros: una crítica"] *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.

Safer use of gentamicin for neonates. ["Un uso más seguro de la gentamicina para neonatos"] Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Servicio Nacional de Salud británico. Alerta sobre seguridad del paciente N.º NPSA/2010/PSA001. Fecha de emisión: 30 de marzo de 2010 (http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

¿Cómo evaluar los conocimientos de este tema?

Varios métodos de evaluación resultan apropiados para

ser utilizados en este tema, entre los cuales se encuentran los informes observacionales, las declaraciones reflexivas sobre errores quirúrgicos, los ensayos, las preguntas de opción múltiple, las preguntas con mejor respuesta posible, los debates sobre casos y las autoevaluaciones. A los estudiantes se los puede alentar a desarrollar un enfoque de portafolio en cuanto al aprendizaje de la seguridad del paciente. El beneficio del enfoque de portafolio consiste en que al finalizar la carrera, los estudiantes contarán con una colección de todas las actividades relacionadas con la seguridad del paciente y así podrán utilizarlas para avalar solicitudes de empleo y el ejercicio de su futura actividad profesional.

Los conocimientos del manejo del riesgo clínico se pueden evaluar utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

- Un portafolio;
- Un debate sobre casos, observaciones escritas sobre la actividad de manejo del riesgo, como puede ser un proceso de información abierta o bien un sistema de notificación de incidentes;
- También se les puede pedir a los estudiantes que redacten declaraciones reflexivas sobre cómo se manejan las quejas en su hospital o clínica, los sistemas implementados para notificar errores clínicos o cómo los profesionales clínicos aprenden de los errores.

La evaluación puede ser formativa o sumativa; las clasificaciones pueden ir desde una nota conceptual de satisfactorio/insatisfactorio hasta una numérica. Véanse los formularios que figuran en el Anexo 2 de la Parte B para conocer ejemplos de evaluaciones.

¿Cómo evaluar la enseñanza de este tema?

La evaluación es importante al momento de revisar cómo fue una clase y cómo se pueden realizar mejoras. Véase la Guía para el Docente (Parte A) para conocer un resumen de los principios de evaluación importantes.

Referencias

1. Reason J.T. Understanding adverse events: the human factor. ["Cómo entender los eventos adversos: el factor humano"] En: Vincent C, ed. *Clinical risk management*. ["Manejo del riesgo clínico"] Londres, British Medical Journal Books, 2001:9–14.
2. Barach P., Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems. ["Cómo notificar y prevenir los percances médicos: lecciones provenientes de sistemas de notificación de desastros no médicos"] *British Medical Journal*, 2000, 320:759–763.
3. Runciman B., Merry A., Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, ["La seguridad y la ética en la atención clínica: una guía para hacer lo correcto"] 1ra ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Walton M. Why complaining is good for medicine. ["Por qué quejarse es bueno para la medicina"] *Jour-*

- nal of Internal Medicine*, 2001, 31:75–76.
5. Samkoff J.S. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. ["Revisión de los estudios sobre los efectos de la falta de descanso y la fatiga en el rendimiento de los residentes"] *Academic Medicine*, 1991, 66:687–693.
 6. Deary I.J., Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. ["Los efectos de la perturbación del sueño sobre el rendimiento cognitivo y el humor en los médicos de planta"] *British Medical Journal*, 1987, 295:1513–1516.
 7. Leonard C. et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of preregistration house officers. ["El efecto de la fatiga, la falta de descanso y las horas de trabajo remuneradas en el bienestar físico y mental de los médicos residentes"] *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
 8. Landrigan C.P. et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in Intensive Care Units. ["El efecto de reducir las horas de trabajo de los internos sobre los errores médicos graves en las Unidades de Terapia Intensiva"] *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
 9. Dawson D., Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. ["La fatiga, el alcohol y el deterioro del rendimiento"] *Nature*, 1997, 388:235.
 10. Rogers A.E. et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. ["Las horas de trabajo de las enfermeras de planta de hospitales y la seguridad del paciente"] *Health Affairs*, 2004, 23: 202-212.
 11. Peterson G.M., Wu M.S., Bergin J.K. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. ["Las actitudes del farmacéutico hacia los errores de expendio de medicamento: sus causas y su prevención"] *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57–71.
 12. Tyssen R., Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. ["Los problemas de salud mental entre los médicos jóvenes: revisión actualizada de estudios prospectivos"] *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154–165.
 13. Spath P.L., ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. ["La reducción de errores en la atención clínica: enfoque sistémico para mejorar la seguridad del paciente"] San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

un caso de estudio es una manera de generar un debate en grupo. Otra forma consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en este tema, tales como la cultura de la culpa, la naturaleza del error y cómo se manejan los errores en otras actividades.

Las diapositivas para el Tema 6 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar las diapositivas a fin de adaptarlas al entorno y la cultura locales. Los docentes no tienen que usar todas las diapositivas y lo mejor es adaptarlas a las áreas que se están cubriendo en la clase.

Todos los nombres de drogas utilizadas son conformes a los *Nombres Internacionales No Patentados para Sustancias Farmacéuticas de la OMS* (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; accedido el 24 de marzo de 2011).

Diapositivas para el Tema 6: ¿Cómo entender y manejar el riesgo clínico?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una disertación didáctica, es una buena idea planificar la interacción y el debate de los estudiantes durante la presentación. Utilizar

Tema 7

¿Cómo utilizar métodos de mejoramiento de la calidad para perfeccionar la atención?

Introducción: ¿Por qué los estudiantes deben saber sobre métodos para reducir el daño y mejorar la atención?



Desde los primeros estudios sobre la extensión del daño causado a los pacientes, la seguridad del paciente se ha desarrollado como una disciplina con base teórica al tiempo que se han diseñado métodos de seguridad del paciente destinados a medir los eventos adversos y a realizar mejoras significativas y sustentables a fin de prevenir que ocurran eventos similares en el futuro [1]. No basta con que reconozcamos la ocurrencia de eventos adversos, sino que también debemos entender sus causas y realizar los cambios necesarios para prevenir daños mayores. Emmanuel et al. describen la *ciencia de la seguridad* como los métodos según los cuales se adquieren y aplican los conocimientos sobre seguridad con el fin de generar sistemas altamente confiables. Las organizaciones de alta confiabilidad planifican su accionar ante fallas mediante el diseño y la operación de sistemas que son “a prueba de fallas”. Varios métodos provienen de campos ajenos a la atención clínica, tales como la ingeniería, la psicología aplicada, la fisiología humana y la administración.

La mayoría de los estudiantes estará familiarizado con el término *práctica basada en la evidencia*, así como también los ensayos controlados aleatorios, los cuales les permiten a los investigadores establecer si un determinado tratamiento queda validado por la evidencia o bien sólo se basa en la creencia de los profesionales. Los métodos de investigación científica, tales como el ensayo controlado aleatorio, se utilizan para medir la eficacia clínica; el ensayo controlado aleatorio es la prueba de oro (“*gold standard*”) de la investigación clínica. La investigación sobre mejora de la calidad utiliza metodologías que están diseñadas para medir las características singulares asociadas a un evento adverso, los componentes contextuales o el proceso de cuidado que puede llegar a traer como resultado un evento adverso, además del de-

sarrollo y la comprobación de soluciones apropiadas. Es más que simplemente llevar un recuento de la frecuencia de un determinado evento. Siempre que un problema se torna tan evidente como los pacientes que reciben atención, debe solucionarse o manejarse con la mayor celeridad posible. No se puede controlar eventos en los estudios experimentales. Para entender qué sucedió y por qué, se debe estudiar y analizar el evento específico. Estas observaciones y conclusiones luego se pueden utilizar para diseñar sistemas más seguros. Más adelante en este tema, describimos las diferencias de medición que hay entre los procesos de investigación y de mejora.

Los métodos de mejora de la calidad se han venido utilizando desde hace décadas en otras actividades. Por el contrario, es probable que los estudiantes de profesiones de la salud no estén tan familiarizados con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, la cual consiste en cambiar la manera en que funcionan los trabajadores y los sistemas de la salud con el fin de lograr mejores resultados para los pacientes [2].

La seguridad del paciente requiere de una profunda comprensión de los procesos que implica la atención del paciente, así como también de la habilidad para medir los resultados que obtienen los pacientes y comprobar si las intervenciones utilizadas para resolver un determinado problema han resultado ser eficaces. Si no se miden los resultados de la atención del paciente, resultará difícil saber si las medidas adoptadas por los trabajadores de la salud para resolver el problema efectivamente produjeron una mejora de la situación. Con sólo implementar un protocolo no se llegaría a resolver un problema, ya que puede haber muchos factores que coadyuvan a generarlo y quizás no tengan que ver con el hecho de que el personal clínico se haya apartado de las medidas correctas. Entender las múltiples causas de los eventos adversos requiere el uso de métodos diseñados para traer a la luz todas las causas probables. La ciencia de la seguridad inclu-

ye medidas para prevenir la ocurrencia eventos adversos. Los métodos de investigación científica concentrados en las mejoras pueden incorporar muchas metodologías diversas y suelen considerar el contexto y la complejidad del cambio social [1].

La implementación de la mayoría de los métodos de mejorar de la calidad implican a equipos de personas que colaboran utilizando un proceso acordado para resolver o prevenir un determinado problema. Pero, antes que todo, los integrantes del equipo deben acordar que el problema en cuestión es uno que vale la pena resolver. A los estudiantes se los alienta a averiguar si la institución clínica en la que se están capacitando cuenta con algún programa de mejora de la calidad y si podrían observar o participar de un equipo que lleve adelante alguna actividad de mejora.

Los estudiantes pueden comenzar a entender el rol del mejoramiento de la calidad adoptando las siguientes medidas:

- Preguntando y aprendiendo sobre herramientas que se puedan utilizar para mejorar la seguridad del paciente;
- Reconociendo que las buenas ideas pueden venir de cualquier persona;
- Siendo conscientes de que el entorno local es un factor clave en el proceso de mejora;
- Siendo conscientes de que las maneras en que piensa y reacciona la gente que participa en el sistema son tan importantes como las estructuras y los procesos implementados;
- Percatándose de que la difusión de prácticas innovadoras es el resultado de la adopción de nuevos procesos por parte de la gente interviniente;
- Entendiendo que las mediciones de los resultados del paciente son necesarias para el diseño de estrategias apropiadas y para evaluar el mejoramiento.

El principio fundamental que sustenta el mejoramiento de la atención clínica es que la calidad de la atención no es algo que se controla al final de la cadena, sino antes bien, a lo largo de todo el proceso de trabajo. Este tema explica algunos de los elementos teóricos básicos que subyacen a este principio.

Los intentos tradicionales por persuadir e influir a los profesionales de la salud para que cambien su conducta, tales como asegurar el cumplimiento de un protocolo o promover programas de vigilancia sobre las interacciones farmacológicas, han resultado difíciles de lograr para muchas profesiones de la salud, tales como medicina, odontología y enfermería, pero otras, como farmacia, han tenido mayor éxito. En las últimas décadas ha habido miles de recomendaciones formuladas por cientos de comités y grupos de pares para mejorar la seguridad y calidad de la atención clínica, sin embargo, hemos visto que la publicación de evidencias en gacetillas médicas revisadas por pares no lleva por sí misma a los clínicos a modificar su práctica profesional [3].

Se han diseñado diversos métodos de mejora para intentar abordar este vacío y dotar a los profesionales de la salud con herramientas para: (i) identificar un problema; (ii) medirlo; (iii) desarrollar un rango de intervenciones diseñadas para resolverlo; y (iv) comprobar si las intervenciones han resultado eficaces.

La identificación y revisión de cada etapa de la prestación de atención clínica es la base de los métodos de mejora. Siempre que se revise cada una de las etapas del proceso, se comenzará a entender cómo los distintos factores se conectan, interactúan y se pueden medir. La medición resulta crucial para lograr una mejora de la seguridad.

Palabras clave

Mejoramiento de la calidad, ciclo PHEA, conceptos de cambio, variación, métodos de mejora de la calidad, diagramas de flujo, diagramas de causa y efecto (diagramas Ishikawa/espina de pescado), diagramas de Pareto, histogramas, gráficos de registro.

Objetivo pedagógico



Describa los principios de mejora y los métodos básicos y las herramientas utilizadas para medir el mejoramiento de la seguridad del paciente.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

Es importante que los estudiantes entiendan la información presentada en este tema porque el mejoramiento sólo se logrará y sostendrá por medio de una medición continua. Sin embargo, este tema también será de los más difíciles de enseñar porque muchas organizaciones clínicas no cuentan con los recursos o conocimientos necesarios para medir los aspectos particulares de la atención clínica. Una manera eficaz para que los estudiantes entiendan los beneficios de utilizar métodos de mejora consiste en observar o participar de una actividad de mejora en alguna institución clínica. Los estudiantes también pueden aplicar los principios y las herramientas presentadas en este tema en sus propios proyectos de automejora, tales como el mejoramiento de sus hábitos de estudio, el desarrollo de un régimen de ejercicios, la dedicación de más tiempo a sus familiares y amigos.

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes debería ser capaces de describir:

- La ciencia del mejoramiento;
- Los conceptos de cambio básicos;
- Los principios del mejoramiento;
- El rol de la medición de las mejoras.

Requisitos de actuación



- Identificar las oportunidades para utilizar la ciencia de la seguridad en el análisis de errores.
- Apreciar el rango de los métodos de mejora disponibles para reducir el daño a los pacientes.
- Aplicar al menos una herramienta de mejora en un determinado contexto clínico.

- Participar en una actividad de mejora (de ser posible).

La ciencia del mejoramiento



La ciencia del mejoramiento tiene sus orígenes en el trabajo de W. Edwards Deming, el padre de la teoría del mejoramiento. Describió los siguientes cuatro componentes de conocimiento que sustentan todo perfeccionamiento [4]; la apreciación de un sistema; el entendimiento de la variación; la teoría del conocimiento; y la psicología.

Deming afirmó que no necesitamos entender estos componentes en profundidad para poder aplicar los conocimientos [5]. Una analogía que utilizan profesores de esta teoría del mejoramiento es que podemos conducir un auto sin entender cómo funciona [4, 6]. Los estudiantes que comienzan sus carreras de la salud sólo necesitan contar con un entendimiento básico de la ciencia del mejoramiento. Lo más importantes es que ellos sepan que se trata de métodos para mejorar los procesos de atención clínica [7].

La apreciación de un sistema

Al momento de aplicar los conceptos de Deming al campo de la atención clínica, debemos recordar que la mayoría de los resultados o servicios vinculados con el cuidado de pacientes involucra sistemas complejos de interacciones entre profesionales de la salud, procedimientos y equipos, cultura institucional y pacientes. Por lo tanto, es fundamental que los estudiantes entiendan las interdependencias y relaciones que hay entre todos estos componentes (médicos, odontólogos, farmacéuticos, parteras, enfermeras, profesionales paramédicos, pacientes, tratamientos, equipos, procedimientos, teatros de actuación profesional, entre otros), lo cual incrementa la precisión de toda predicción que pudieran trazar sobre el impacto de cualquier cambio en el sistema.

El entendimiento de la variación

La variación es la diferencia entre al menos dos cosas similares, como pueden ser distintos índices de éxito de las apendectomías realizadas en dos regiones diferentes de un mismo país o distintos índices de caries dental en dos regiones diferentes. Hay una extensa variación en la atención de la salud, toda vez que los resultados de los pacientes pueden diferir de un pabellón a otro, de un hospital a otro, de una región a otra o de un país a otro. Sin embargo, deberíamos tener en cuenta que la variación es un rasgo esencial de la mayoría de los sistemas. Los déficits de personal, equipos, drogas o camas pueden provocar variaciones en la atención. Los estudiantes pueden ir adoptando el hábito de preguntarles a sus profesores y supervisores sobre los resultados esperados de un determinado tratamiento o procedimiento. ¿El traslado y la internación en un hospital de las tres mujeres que tuvieron sus bebés en una clínica rural indican que hay un problema con el proceso de maternidad? ¿La enfermera adicional de guardia marca una diferencia para la atención del paciente? ¿Una falla en la colocación de una corona de restauración dental indica que hay un pro-

blema con el proceso? ¿Hubo menor cantidad de errores farmacológicos cuando se incorporó a un farmacéutico al equipo en las rondas de sala? La capacidad para responder a tales preguntas y otras similares constituye parte integral del objetivo de las actividades de mejoramiento.

Teoría del conocimiento

Deming dice que la teoría del conocimiento nos exige predecir que los cambios que realizamos conlleven a mejores resultados. Predecir los resultados de un cambio representa un paso necesario en el proceso de planificación preliminar. Muchos estudiantes tendrán experiencia en tal tipo de predicciones, al haber escrito planes de estudio que predicen la información que necesitarán saber para aprobar el examen. Los que tengan experiencias específicas pueden ser mejores en las predicciones enfocadas. Por ejemplo, los profesionales de la salud que trabajan en un determinado ámbito clínico, como puede ser una clínica rural, pueden ser mejores en predecir los resultados de un cambio en un determinado entorno. Dado que tienen más conocimientos de estas clínicas y la manera en que funcionan (o deberían funcionar), pueden predecir mejor la manera en que un determinado cambio afectará a los pacientes y sus familias. Cuando los profesionales de la salud tienen experiencia y conocimientos del área que desean mejorar, es más probable que los cambios que proponen traigan aparejados los mejoramientos deseados. Comparar los resultados con las predicciones constituye una importante actividad de aprendizaje. Generar conocimientos mediante la realización de cambios y luego medir los resultados u observar las diferencias es el fundamento básico de la ciencia del mejoramiento.

La psicología

El último componente es la importancia que reviste entender la psicología involucrada en la manera que tiene la gente de interactuar entre sí y con el sistema. Todo cambio, por grande o pequeño que sea, tendrá un impacto y el conocimiento de la psicología puede ayudarnos a entender cómo podría reaccionar la gente y por qué podría llegar a resistirse al cambio. Por ejemplo, todo servicio médico dentro de un hospital comprende a muchas personas que varían de manera significativa en cuanto a sus reacciones frente a eventos similares, tales como la introducción de un sistema de monitoreo de incidentes para hacer un seguimiento de los eventos adversos. Se deben considerar las potenciales reacciones diferentes al momento de efectuar cualquier cambio.

Estos cuatro componentes constituyen el sistema de conocimientos que sustentan el mejoramiento. Según Deming, es imposible que se dé el mejoramiento sin las siguientes acciones: desarrollo, comprobación e implementación de cambios.

Conceptos de cambio básicos



Nolan y Schall [6] definieron al concepto de cambio como toda idea general con mérito comprobado y só-

lido fundamento científico y lógico que pueda estimular ideas específicas para lograr cambios que conlleven a un mejoramiento. Identificaron una serie de fuentes para reflexionar acerca de los posibles cambios y que pueden provenir de cualquier lado: el pensamiento crítico sobre el sistema actual; el pensamiento creativo; la observación del proceso; una idea proveniente de la literatura; una sugerencia del paciente; o un aporte adquirido desde un área o situación absolutamente distinta.

Mucha gente utiliza intuitivamente los conceptos de cambio en sus vidas cotidianas, tales como preguntar sobre cuáles son los cambios que se pueden efectuar para mejorar una determinada situación, como por ejemplo, los malos hábitos de estudio, la tensión con un familiar o las dificultades en el trabajo. Suelen preguntar: “¿qué puedo hacer para mejorar la situación o lograr una mejora?”

Todo equipo de atención clínica que desee mejorar la atención del paciente puede tomar un concepto abstracto e intentar aplicarlo al entorno local, a una situación particular o a la tarea que estén intentando mejorar. Este proceso tendrá en cuenta aspectos particulares de la situación local. Esta es una etapa crucial porque involucra al equipo local en el proceso de mejoramiento. Los integrantes del equipo que participen en esta etapa del proceso estarán más comprometidos con el proyecto de mejoramiento.

Recuadro B.7.1. Ejemplo de la aplicación de un concepto de cambio

Un equipo de atención clínica desea adherir a las recomendaciones de las Directrices de la OMS sobre la Higiene de Manos en la Atención clínica. Creen que es una buena idea, en especial por tales Directrices se basan en evidencia documentada dentro de la literatura científica y la doctrina de expertos. Se podría predecir que si se emplean estas Directrices, habría un posterior mejoramiento, e.d. una disminución de la transmisión de infecciones por la vía de las manos de los trabajadores de la salud.

Una directriz es un ejemplo de concepto abstracto. Luego, el equipo tendría que hacer planes más específicos para implementar la directriz en su lugar de trabajo. Esto es, aplicarán el concepto abstracto al objetivo práctico de reducir infecciones en su ámbito laboral. Si el concepto de cambio es abstracto por contraposición a ser práctico, entonces debería estar avalado por literatura y evidencias científicas.

A medida que el concepto se torna más local y práctico (aplicado), debería volverse cada vez más concreto, lógicamente conexo y sensible a la situación local.

Principios de mejoramiento que sustentan los modelos de mejora

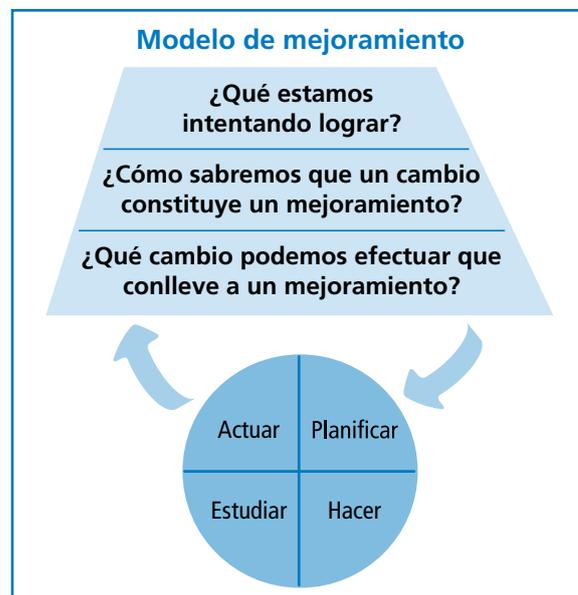
El mejoramiento de la calidad incluye todo proceso o herramienta destinados a reducir una deficiencia en la calidad de funciones sistémicas o institucionales. Los principios básicos del mejoramiento de la calidad son bastante intuitivos: un enfoque basado en el paciente/cliente, un fuerte liderazgo, la participación de todos los integrantes del equipo, el uso de un enfoque basado en procesos, el uso de un enfoque sistémico de gestión, un mejoramiento continuo, un enfoque fáctico respecto de la toma de decisiones y las relaciones que son mutuamente beneficiosas para todas las partes involucradas.

El mejoramiento implica tanto la generación como la aplicación de conocimientos. La mayoría de los modelos de mejoramiento comprenden una fase de preguntas, seguida del ciclo PHEA* descrito por Deming (véase el Gráfico B.7.1 más adelante).

Las preguntas clave en todo proceso de mejoramiento son:

1. ¿Qué estamos tratando de lograr?
2. ¿Cómo sabremos si un cambio constituye o ha generado un mejoramiento?

Gráfico B.7.1. Modelo de mejoramiento



Fuente: Langley G.J., Nolan K.M., Norman C.L., Provost L.P., Nolan, T.W. *La guía del mejoramiento: enfoque práctico para mejorar el rendimiento de la organización*, 1996 [4].

1. ¿Qué estamos intentando lograr?

Formularse esta pregunta ayuda a concentrar al equipo de atención clínica en las áreas que están preocupados por mejorar o solucionar. Es importante que todos los integrantes del equipo acuerden que existe un problema y que vale la pena intentar solucionarlo. Algunos ejemplos son:

- (a) ¿Estamos de acuerdo en que el índice de infecciones en los pacientes que se han sometido a operaciones de rodilla es demasiado elevado?
- (b) ¿Estamos de acuerdo en que necesitamos un mejor sistema de organización de turnos para la gente que utiliza la clínica?
- (c) ¿Estamos de acuerdo en que la manera en que se almacenan las drogas en la clínica odontológica representa riesgos de daño para las drogas?

La confirmación de que existe un problema requiere que haya evidencia respaldatoria (cualitativa o cuantitativa) que indique la extensión del problema. Por caso, para seguir con los ejemplos de problemas planteados anteriormente:

- (a) ¿Contamos con las cifras que indican el alto índice de infecciones?
- (b) ¿Hay quejas sobre el sistema de organización de turnos que se utiliza en la clínica?
- (c) ¿Han sufrido daños en el último mes las drogas que se almacenan en la clínica odontológica?

No es una buena idea poner mucho esfuerzo en algo que sólo una persona cree que es un problema.

Muchos países cuentan con bases de datos nacionales e internacionales para recabar datos sobre enfermedades específicas. Estas bases de datos son muy útiles, en especial para evaluar por comparación. Estos datos son importantes porque le permiten al equipo concentrar sus esfuerzos en el área correcta. En algunos casos, no podría haber muchos datos disponibles. Sin embargo, independientemente de la magnitud de la información disponible, intente mantener los cambios lo más simples posible.

2. ¿Cómo sabremos que un cambio ha generado un mejoramiento?

Los profesionales de la salud y los estudiantes necesitan medir los resultados/parámetros en cuestión antes y después de realizado el cambio a fin de poder ver si las acciones adoptadas por el equipo marcaron alguna diferencia. El mejoramiento se puede confirmar cuando los datos recopilados demuestran que la situación ha mejorado con el tiempo. Las mejoras deben sustentarse antes de que el equipo pueda confiar en que sus cambios han

sido eficaces. Esto implica que el equipo compruebe las distintas intervenciones que han diseñado y puesto en práctica. El ciclo PHEA que se muestra en el siguiente diagrama describe un método utilizado para asistir en la comprobación de varias formas de ver si una intervención ha sido eficaz.

Gráfico B.7.2. El ciclo planificar-hacer-estudiar-actuar



Fuente: Langley G.J., Nolan K.M., Norman C.L., Provost L.P., Nolan, T.W. *La guía del mejoramiento: enfoque práctico para mejorar el rendimiento de la organización*, 1996 [4].

El ciclo comienza con un plan y finaliza con una acción. La fase de estudio está diseñada para generar nueva información y conocimiento. Este es un paso importante en la ciencia del mejoramiento porque la nueva información deja margen para mejores predicciones sobre los efectos de los cambios. La aplicación del modelo PHEA puede ser simple o compleja, formal o informal. Los ejemplos prácticos de situaciones en las que se puede utilizar el ciclo PHEA incluyen las mejoras de los tiempos de espera en una clínica, la disminución de los índices de infección quirúrgica en las salas de operaciones, la reducción del tiempo de internación postoperatorio, la minimización de los percances odontológicos, la disminución de la cantidad de resultado de estudios que se envían a la persona equivocada y la mejora de la experiencia de parto para las mujeres, entre otros ejemplos. Una actividad de mejoramiento formal puede llegar a requerir documentación detallada, herramientas más complejas para el análisis de los datos o bien más tiempo para su debate y reuniones en equipo. El modelo PHEA depende de un formato que reitera los pasos una y otra vez hasta que se haya logrado y sostenido el mejoramiento deseado.

Cuestiones que hay que considerar al momento de comenzar un proyecto de mejoramiento

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos al momento de ponerse a utilizar un método de mejoramiento.

Se debe crear un equipo

Incluir a la gente adecuada al equipo de mejoramiento de los procesos resulta crucial para lograr que el esfuerzo de mejoramiento sea exitoso. Los equipos varían en cuanto a su dimensión y composición, al tiempo que cada organización conforma equipos que se adaptan a sus propias necesidades. Por ejemplo, si el objetivo del proyecto consiste en mejorar la planificación de las altas, entonces el equipo debería incluir a personas que sepan sobre altas: enfermeras, médicos de cabecera, farmacéuticos, odontólogos o parteras (según el tipo de paciente de que se trate) y los pacientes mismos.

El equipo debe exponer las metas y los objetivos del proceso de mejoramiento

El mejoramiento requiere establecer metas y objetivos. Estos deberían ser cronológicamente específicos y medibles, a la vez que también deberían definir la población de pacientes específica que se verá afectada. Esto ayuda a mantener concentrados tanto al equipo como a sus esfuerzos.

El equipo debe establecer cómo se medirán los cambios

Los equipos utilizan mediciones cuantitativas para determinar si un determinado cambio efectivamente conlleva a un mejoramiento.

El equipo deberá seleccionar los cambios que habrán de efectuarse

Todo mejoramiento requiere de cambios, pero no todos los cambios traen aparejado un mejoramiento. Por consiguiente, las organizaciones deben identificar los cam-

bios que tienen las mayores probabilidades de generar un mejoramiento.

El equipo debe comprobar los cambios

El ciclo PHEA es una apretada síntesis de cómo evaluar un cambio en el ámbito laboral real, incluidas su planificación, su intento, la observación de sus resultados y la actuación consiguiente según lo aprendido. Este es un ejemplo del método científico.

El equipo necesita implementar los cambios

Después de comprobar el cambio a una escala pequeña, aprendiendo de cada comprobación y reinando el cambio mediante varios ciclos PHEA, el equipo puede implementar el cambio a una escala mayor, como por ejemplo, para toda una población piloto o a lo largo y a lo ancho de toda una institución clínica.

El equipo necesita difundir los cambios

La implementación exitosa de un cambio o conjunto de cambios para una población piloto o toda una unidad puede permitir que el equipo o la gerencia luego difundan los cambios entre las demás partes de la organización u otras organizaciones.

El rol de la medición en el mejoramiento

Las actividades de mejoramiento de la calidad requieren que los profesionales de la salud recopilen y analicen los datos generados a partir de los procesos de atención clínica. Por ejemplo, los estudiantes no pueden ponderar un cambio en sus hábitos de estudio sin antes obtener algo de información sobre sus actuales hábitos de estudio y el entorno donde viven y estudian. Primero necesitan revisar los datos para ver si hay un problema con sus hábitos de estudio, y luego deben decidir qué información se requiere para medir si se ha logrado algún mejoramiento.

Cuadro B.7.1. Distintas mediciones para distintos propósitos



	Medición para la investigación	Medición para el mejoramiento del aprendizaje y de los procesos
Propósito	Descubrir nuevos conocimientos	Aportar nuevos conocimientos al ejercicio cotidiano de la profesión
Estudios	Una prueba "a ciegas" de gran escala	Muchas pruebas secuenciales observables
Sesgos	Control de todos los sesgos posibles	Estabilizar los sesgos de prueba en prueba
Datos	Recopilar todos los datos que sea posible "por si acaso"	Recopilar sólo los datos suficientes para aprender y completar otro ciclo
Duración	Puede llevar largos períodos obtener resultados	Las pequeñas pruebas de cambios significativos aceleran la tasa de mejoramiento

Fuente: Instituto para el Mejoramiento de la Atención Clínica (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/> [8].)

En esta analogía, la meta del proyecto de mejoramiento consiste en realizar un cambio en los hábitos de estudio de los alumnos, lo que los llevaría a lograr mayores éxitos en sus exámenes, en lugar de simplemente identificar a los estudiantes con malos hábitos de estudio.

La medición es un componente esencial del mejoramiento porque obliga a las personas a observar lo que hacen y cómo lo hacen. Todos los métodos de mejoramiento se basan en la medición. La mayoría de las actividades en el campo de la atención clínica se pueden medir, aunque en la actualidad de no se lo haga. Existe una sólida evidencia que demuestra que cuando se utilizan herramientas para medir el cambio, se pueden lograr mejoras significativas. Los estudiantes de nuestro ejemplo anterior sólo se enterarán si han mejorado sus hábitos de estudio mediante la medición y contraste de la situación previa y posterior al cambio. El Cuadro B.7.1. expone algunas diferencias entre la medición para la investigación y la medición para el mejoramiento.

Existen tres tipos principales de mediciones que se utilizan para mejoramiento: las mediciones de resultados; las mediciones de procesos y las mediciones de equilibrio.



Mediciones de resultados

Entre los ejemplos de mediciones de resultados se encuentran la frecuencia de eventos adversos, la cantidad de muertes inesperadas, las encuestas de satisfacción de los pacientes y otros procesos que captan las experiencias de los pacientes y sus familiares. Dichos procesos incluyen encuestas, auditorías de registros clínicos y otros métodos, tales como entrevistas, que buscan determinar la incidencia de eventos adversos o bien las percepciones o actitudes de la gente sobre un determinado servicio y su nivel de satisfacción con su institución clínica.

Algunos ejemplos específicos son:

- Acceso: tiempo de espera para turnos y estudios;
- Cuidado crítico: la cantidad de muertes en la guardia de emergencia o la cantidad de muertes/desaciertos debido a hemorragia posparto o eclampsia;
- Sistemas de medicación: la cantidad de errores en la dosis o administración de medicamentos que ocurrieron y/o se detectaron.

En las auditorías de registros clínicos, se usan banderas rojas para identificar y medir la frecuencia de eventos adversos.

Mediciones de procesos

Las mediciones de procesos se refieren a las mediciones del funcionamiento de un determinado sistema. Estas mediciones se centran en los componentes de los sistemas asociados a un determinado resultado negativo, en comparación con la incidencia de estos eventos. Estas mediciones suelen utilizarse cuando un profesional de la salud experimentado o un administrador desean averi-

guar lo bien que está funcionando o realizándose una parte o aspecto de un determinado sistema o servicio de salud.

Algunos ejemplos específicos:

- Cuidado quirúrgico: cantidad de veces que se completa el recuento de hisopos;
- Administración de medicamentos: demoras en la administración de medicamentos, teniendo en cuenta que afecta su prescripción, expendio y administración;
- Demoras en el traslado a la sala de trabajo de parto;
- Acceso: cantidad de días que la UTI está llena y no cuenta con camas adicionales.

Mediciones de equilibrio

Estas mediciones se utilizan para asegurarse de que todo cambio no genere problemas adicionales. Se usan para examinar el servicio o la organización desde una perspectiva diferente. Por ejemplo, si los estudiantes cambian sus hábitos de estudio de manera tal que no les deja tiempo para ver a sus amigos, puede suscitarse algún efecto negativo en su bienestar. Un ejemplo de medición de equilibrio dentro de un contexto clínico podría implicar cerciorarse de que los esfuerzos por reducir el período de internación hospitalaria para un determinado grupo de pacientes no provoquen mayores índices de re-internación para aquellos pacientes al no saber éstos cómo cuidarse en forma apropiada.

Ejemplos de métodos de mejoramiento



Hay muchos ejemplos de métodos de mejoramiento en el campo de la atención clínica. Muchos estudiantes se familiarizarán con los métodos empleados en sus respectivos lugares de trabajo a medida que avanzan en su carrera. El Dr. Brent James (EE.UU.) [9] ha liderado significativas mejoras en la atención clínica utilizando un método denominado metodología del mejoramiento de la práctica clínica (MPC). Otros dos métodos populares que se utilizan en muchos países son el análisis de las causas radicales (ACR) y los análisis de modos de falla y sus efectos (AMFE). Estos tres modelos para lograr mejoras se reseñan a continuación.

Mejoramiento de la práctica clínica

La metodología MPC es utilizada por los profesionales de la salud para mejorar la calidad y seguridad de la atención clínica. Logra esto mediante una minuciosa inspección de los procesos y los resultados obtenidos en la atención clínica. El éxito de un proyecto de MPC depende de que el equipo complete cada una de las siguientes cinco fases:

Fase de proyecto

Los integrantes del equipo deben preguntarse qué es lo que desean solucionar o lograr. Pueden hacerlo elaborando una declaración de misión u objetivo que describa qué es lo que desean hacer en pocas oraciones. Siempre se debería considerar a los pacientes como integrantes

del equipo. En esta etapa, el equipo debería considerar el tipo de mediciones que podrían utilizar.

Fase de diagnóstico

Algunos problemas son fastidiosos aunque no valgan la pena encontrarles solución dados los mínimos efectos benéficos que conllevaría su reparación. Por lo tanto, el equipo debe preguntarse si el problema que han identificado vale la pena su solución. El equipo debería establecer la medida cabal del problema recopilando toda la información posible acerca del mismo, así como también necesita entender las expectativas de los participantes. Un ejercicio de tormenta de ideas a cargo del equipo puede generar posibles cambios que podrían dar lugar a un mejoramiento. Durante esta fase se deberá tomar una decisión en cuanto a cómo medir los mejoramientos logrados.

Fase de intervención



A esta altura, el equipo ya habrá descubierto cuáles son los problemas y considerado sus posibles soluciones. Cada una de las soluciones propuestas tendrá que ser evaluada mediante un proceso de prueba y error, utilizando los ciclos PHEA para comprobar los cambios, observar los resultados de estos cambios y mantener las partes que funcionen.

Fase de impacto e implementación



Este es el momento de medir y registrar los resultados de los intentos de intervención. ¿Dichas intervenciones marcaron alguna diferencia?

Se deben medir los efectos de todos los cambios para que se pueda decir que el cambio efectivamente ha marcado una diferencia. De lo contrario, no podremos descartar las posibilidades de que cualquier desarrollo positivo no haya sido el resultado de una coincidencia o de eventos únicos en el tiempo. El objetivo consiste en introducir un cambio que traiga aparejado un mejoramiento sostenido. Los datos que demuestran los resultados del cambio se exhiben por medio de un gráfico de registro y métodos estadísticos apropiados. Usando como ejemplo el de los hábitos de estudio de los alumnos, podemos señalar que los estudiantes han mejorado sus hábitos de estudio durante un período de meses y no han vuelto a sus viejos hábitos de estudio.

Fase de sostenimiento y mejoramiento



La fase final requiere que el equipo desarrolle y acuerde un proceso de monitoreo y planes para un mejoramiento continuo. Las mejoras alcanzadas ahora pasarán a ser fallas en el futuro en caso de que no existan planes sobre cómo sostenerlas.

Esta fase puede implicar la estandarización de los procesos y sistemas existentes para las actividades laborales, así como también la documentación de las políticas, procedimientos, protocolos y directrices relevantes. Esta fase también podría implicar la medición y revisión destinada

a permitir que el cambio se convierta en rutina, así como la capacitación y la formación del personal de planta.

Un ejemplo de proyecto de MPC

El siguiente ejemplo de proyecto de MPC les ayudará a los estudiantes a entender esta herramienta y cómo se utiliza en el proceso de mejoramiento. El caso utilizado más adelante describe un proyecto que se llevó a cabo durante el programa de MPC realizado por el Centro Norte para el Mejoramiento de la Atención Clínica (Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia). Se han quitado el nombre del hospital y los de los participantes. El título del proyecto es *Recuperación acelerada a partir de una colectomía*.

Lo primero que hizo el equipo fue identificar exactamente qué era lo que necesitaba solucionarse. ¿Es el período de internación de los pacientes que se someten a una colectomía más extenso de lo que debería ser? Se acordó la siguiente declaración de misión:

Reducir el período de internación de los pacientes que se someten a una colectomía de 13 a 4 días en un plazo de seis meses en el hospital de base.

El siguiente paso del proceso consistió en cerciorarse de que se seleccionara al equipo adecuado para llevar adelante el proyecto. Los integrantes del equipo debían tener los conocimientos necesarios para la tarea en cuestión.

Integrantes del equipo de orientación:

- Administrador del servicio de salud;
- Director del hospital;
- Director de enfermería del hospital;
- Consultor del área de enfermería clínica (manejo del dolor);
- Funcionario médico visitante (cirujano).

Integrantes del equipo de proyecto:

- Consultor del área de enfermería clínica en manejo del dolor (líder del equipo);
- Cirujano general;
- Anestesiista;
- Enfermera de dolores agudos;
- Clínica perioperatoria;
- Enfermera matriculada de guardia quirúrgica;
- Farmacéutico;
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista;
- Paciente.

Regresaremos con este ejemplo más adelante en este capítulo.

Análisis de las causas radicales

En la actualidad, muchos hospitales y servicios de salud están utilizando un proceso denominado *análisis de las causas radicales* (ACR) a fin de determinar las causas subyacentes de los eventos adversos. El ACR fue desarro-

llado por primera vez en ingeniería y ahora se utiliza en muchas actividades, incluida la atención clínica. Un ACR se utiliza después de que ha sucedido un incidente para descubrir sus causas primarias. Como tal, se concentra en el incidente en particular y las circunstancias que lo rodean. Sin embargo, hay muchas lecciones que aprender a partir de este proceso retrospectivo que puedan prevenir incidentes similares a futuro.

Un ACR es un procedo definido que busca explorar todos los posibles factores asociados a un incidente mediante el planteo de qué sucedió, por qué sucedió y qué se puede hacer para evitar que vuelva a suceder.

Los trabajadores de la salud necesitan capacitación en este método, al igual que en la metodología de MPC. Muchos países han introducido cursos de capacitación a fin de poder ayudar a los trabajadores de la salud a desarrollar habilidades en la elaboración de los ACR. El Departamento de Asuntos relativos a Veteranos (VA, por su sigla oficial en inglés) de los Estados Unidos y algunos hospitales de Australia han adaptado el ACR para la investigación de eventos adversos. El modelo del VA se ha convertido en el prototipo para organizaciones clínicas de todo el mundo.

Resulta difícil que un equipo de profesionales de la salud lleve a cabo un ACR sin el apoyo de su organización, incluso su personal, su tiempo y el apoyo de administradores, clínicos y del personal directivo.

El VA ha desarrollado una guía para el personal sobre las posible áreas y preguntas que podrían formular para descubrir los posibles factores involucrados en un incidente.

- **Comunicación:** ¿Estaba el paciente correctamente identificado? ¿Se compartía de manera oportuna la información de los pacientes entre los integrantes del equipo terapéutico?
- **Entorno:** ¿Estaba el entorno laboral diseñado para su funcionamiento? ¿Se había llevado a cabo alguna evaluación de riesgo ambiental?
- **Equipos:** ¿Estaban los equipos diseñados para su propósito pretendido? ¿Se había realizado una revisión documentada sobre la seguridad de los equipos?
- **Barreras:** ¿Qué barreras y controles se vieron involucrados en este incidente? ¿Estaban diseñados para proteger a los pacientes, al personal, a los equipos o al ambiente?
- **Reglas, políticas y procedimientos:** ¿Había un plan general de gestión para enfrentar el riesgo y asignar responsabilidad por el mismo? ¿Se había realizado una auditoría previa por algún evento similar? De ser así, ¿estaban identificadas las causas y fueron eficaces las intervenciones desarrolladas e implementadas de manera oportuna?
- **Fatiga/cronograma de trabajo:** ¿Eran adecuados los niveles de vibración, ruido y demás condiciones ambientales? ¿Había gozado el personal de un sueño adecuado?

Todas las recomendaciones deberían abordar la causa radical del problema. Deberían ser específicas, concretas y fáciles de entender. Además de ser realistas, deben ser posibles de implementarse. Los roles y las responsabilidades de su implementación deberían estar definidos con claridad, junto con el plazo estimado para su puesta en práctica.

Análisis del modo de falla y sus efectos (AMFE)

Antecedentes

El objetivo del AMFE consiste en prevenir problemas relacionados con los procesos implícitos en la atención clínica antes de que sucedan. El AMFE tiene sus orígenes en el ejército de los Estados Unidos según el Procedimiento Militar MIL-P-1629, y ahora vigente como la Norma Militar 1629a, Procedimientos para realizar un análisis de los efectos del modo de falla y su importancia crucial [10]. En su nivel más básico, el AMFE busca identificar el efecto de la falla de algún componente. Dado que estas fallas todavía no han ocurrido, se expresan según una anotación probabilística de la significancia y probabilidad de su impacto. Luego, los equipos utilizan esta información para introducir mejoramientos de la calidad dentro de sus respectivas organizaciones. La implementación de mejoramientos de la calidad basados en el AMFE dentro del campo de la atención clínica comenzó seriamente en la década de 1990. Desde entonces, el uso del AMFE se ha expandido, en su mayoría dentro del ámbito hospitalario. El crecimiento de este campo de la atención clínica obedece en gran medida al hecho de que ahora lo utilizan las organizaciones que acreditan hospitales, así como también la traducción del lenguaje del AMFE para ingeniería en lenguaje más accesible para los profesionales de la salud.

AMFE: su panorama general

El AMFE es un método que procura encontrar e identificar las posibles fallas en el sistema e implementar estrategias para evitar que ocurran. El AMFE suele ser un componente dentro de esfuerzos más amplios por mejorar la calidad que esté llevando a cabo una organización clínica y comprende un proceso de tres etapas:

1. Evaluación del riesgo
 - a. Identificación del peligro: implica la ponderación de evidencias en el sentido de que el proceso en cuestión provoca un daño.
 - b. Análisis de sistemas: consiste en la cabal diagramación del proceso de atención existente y en la evaluación de todo potencial riesgo de daño asociado. Es en esta etapa que se lleva a cabo el AMFE.
 - c. Caracterización del riesgo: se integran los hallazgos de las primeras dos etapas. En esta última, se presentan presunciones, incertidumbres y sentencias. Según las aprobaciones, luego se desarrolla un listado de medidas que habrá que tomar para reducir el riesgo.
2. Implementación

3. Evaluación.

Conocimientos y habilidades básicas

Para entender los elementos básicos del AMFE, los estudiantes deben comprender el concepto de mapeo de procesos y el rol del trabajo en equipo.

El *mapeo de procesos* es un proceso utilizado en todas las áreas de producción, pero en la atención clínica simplemente se refiere a la identificación de todas las etapas involucradas en la prestación de la atención y en la adquisición de un panorama claro sobre la manera en que está organizado y funciona el servicio de salud.

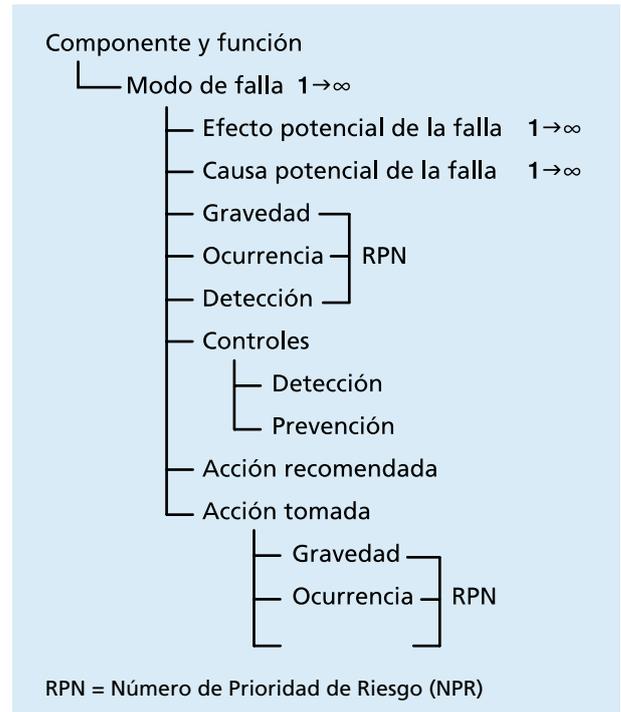
El objetivo de los *equipos de resolución de problemas* consiste en generar ideas sobre todas las maneras en que pueden llegar a fallar las etapas específicas de un proceso de atención clínica. Una característica particular de los AMFE es que los equipos pueden cuantificar los modos de falla tomando el producto de los puntajes de gravedad, ocurrencia y detección a fin de producir un número de prioridad de riesgo. Cada uno de los tres cuantificadores se suele calificar en una escala de 1 a 10. El número de prioridad de riesgo facilita el ordenamiento clasificatorio, lo cual ayuda al equipo de resolución de problemas a dirigir sus esfuerzos hacia los componentes del proceso que requieren ser abordados de manera más urgente.

Elaborar un AMFE es una actividad impulsada por equipos que puede llevar varias sesiones y horas de deliberación. Un elemento crucial de este método (y otros) es que la resolución de problemas se da dentro de equipos compuestos por personas que cuentan con un diverso grado de habilidades, antecedentes y experiencias. Los grupos son mejores en resolver problemas que los individuos, en especial cuando se trata de tareas complejas y que requieren la consideración e integración de muchos componentes. Asimismo, las decisiones grupales alcanzadas mediante una deliberación cooperativa y respetuosa son consistentemente superiores a las decisiones adoptadas por individuos o grupos que operan por medio de la regla de la mayoría [11].

La cuestión por explorar comienza en la etapa de orientación, seguida de la evaluación y apreciación de la misma por parte del equipo. Por último, se toma una decisión y se logra un acuerdo sobre el curso de acción a ejecutar. Los equipos eficientes en la resolución de problemas formulan el objetivo de su trabajo, dejan margen para una expresión abierta de las diferencias y una revisión comparativa de las diferencias y las alternativas. Los integrantes de equipos eficientes se escuchan y apoyan mutuamente.

Hay muchas plantillas y formatos de AMFE disponibles, pero todos ellos siguen la misma estructura básica que se muestra en el Gráfico B.7.3.

Gráfico B.7.3. Componente y función del AMFE



Fuente: AMFE [sitio web]
<http://www.fmeafmea.com/index.html> [12].

El *Número de Prioridad de Riesgo* (NPR) es una medida que se utiliza al momento de evaluar el riesgo para poder ayudar a identificar los modos de falla críticos asociados a su diseño o proceso. Los valores del NPR van desde 1 (mejor absoluto) hasta 1000 (peor absoluto). El NPR del AMFE se suele utilizar en la industria automotriz y de alguna manera es similar a los números de importancia crucial utilizados en Mil-Std-1692A (Norma Militar de los Estados Unidos para elaborar los AMFE). El gráfico anterior muestra los factores que componen el NPR y cómo se calcula para cada modo de falla [12].

Herramientas para evaluar los problemas subyacentes y el progreso

Las siguientes herramientas para organizar y analizar datos son las que se suelen utilizar en los esfuerzos de mejoramiento de la calidad en la atención clínica. Todas ellas son relativamente sencillas de utilizar. Muchos servicios de salud, como ser hospitales y clínicas, recopilan y utilizan de rutina datos sobre los servicios que se están prestando y los analizan estadísticamente con el fin de informarlos a las autoridades sanitarias locales o al jefe del servicio sanitario. Las siguientes herramientas se suelen utilizar en los esfuerzos de mejoramiento de la calidad: diagramas de flujo; diagramas de causa y efecto (también conocidos como Ishikawa o de espina de pescado); diagramas de Pareto, y gráficos de registro. A continuación se brinda una descripción de estas herramientas.

Diagramas de flujo



Los diagramas de flujo permiten al equipo entender las etapas involucradas en los diversos servicios de prestación de atención clínica a pacientes, como ser los pacientes que se someten a un determinado tratamiento o procedimiento. Un diagrama de flujo es un método ilustrado de mostrar todas las etapas o partes de un proceso. Los sistemas de atención clínica son muy complejos y, antes de que podamos resolver un problema, necesitamos entender cómo se correlacionan y funcionan las distintas partes del sistema en cuestión. Los diagramas de flujo son más precisos cuando varias personas los construyen y contribuyen a su desarrollo. Resultaría muy difícil que una sola persona construyera un diagrama de flujo preciso porque quizás no esté tan familiarizado con la diversidad de acciones que se toman en una determinada situación particular ni tenga acceso a la documentación de los servicios provistos. Cuando muchos integrantes del equipo participan en su construcción, los diagramas de flujo son una buena manera de diagramar lo que la gente efectivamente hace en el trabajo, en lugar de indicar lo que otros piensan que hacen.

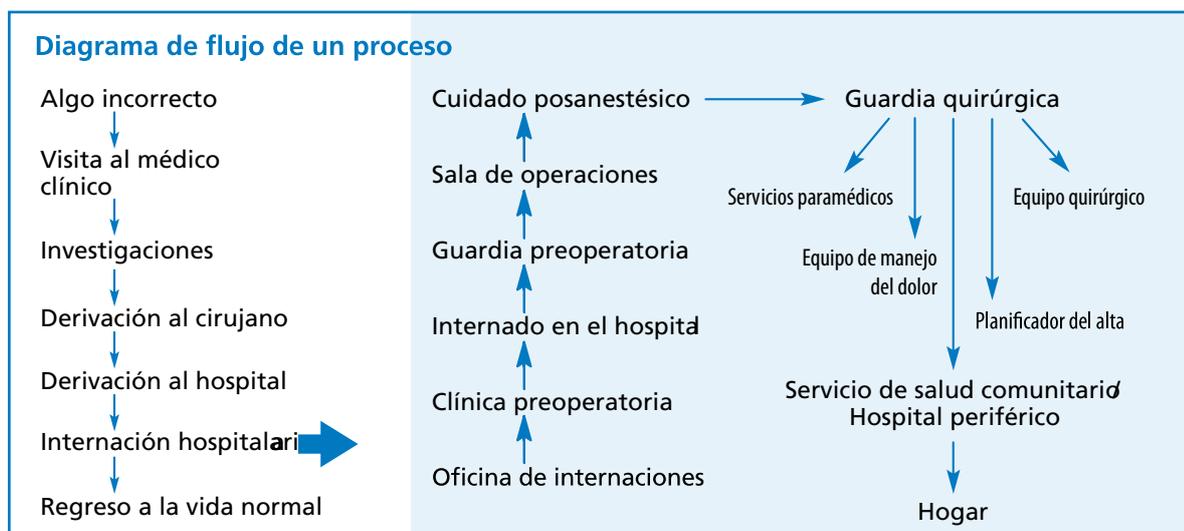
Si bien las acciones descriptas por los integrantes del equipo pueden llegar a diferir de la posición oficial de la organización, es importante que el diagrama de flujo describa lo que sucede realmente. Este diagrama de flujo entonces podrá proporcionar un punto de referencia y un lenguaje comunes que todos los integrantes del equi-

po pueden compartir. La adecuada construcción de un diagrama de flujo permite un retrato preciso del proceso, ya que describe lo que es la realidad, en lugar de lo que uno u otros desean.

Existen dos tipos de diagramas de flujo, los de alto nivel y los detallados, toda vez que presentan diversos beneficios. Se pueden utilizar para explicar los procesos involucrados en la prestación de la atención clínica, así como también se pueden usar para identificar las etapas que no agregan valor al proceso, como ser las demoras, las interrupciones en la comunicación, el almacenamiento y el transporte innecesarios, el trabajo redundante, la duplicación y demás gastos adicionales. Los diagramas de flujo pueden ayudar a los trabajadores de la salud a desarrollar un entendimiento compartido del proceso y a utilizar estos conocimientos para recopilar datos, identificar problemas, concentrar discusiones e identificar recursos. Estos diagramas pueden servir como base para diseñar nuevas formas de brindar atención clínica. Los trabajadores de la salud que documentan el proceso en cuestión también adquieren una mejor comprensión de los roles y las funciones de cada uno de ellos.

No todos los diagramas de flujo se ven de la misma manera. El Gráfico B.7.4 ilustra el diagrama de flujo desarrollado por el equipo que desea reducir la cantidad de tiempo que los pacientes de colectomía pasan internados en el hospital, de 13 a 4 días en un plazo de seis meses.

Gráfico B.7.4. Ejemplo de diagrama de flujo



Fuente: Ejemplo de un diagrama de flujo tomado de: Recuperación Acelerada de Colectomía (ARCS, por su sigla en inglés) Servicio de Salud del Área Costera Norte, Australia.

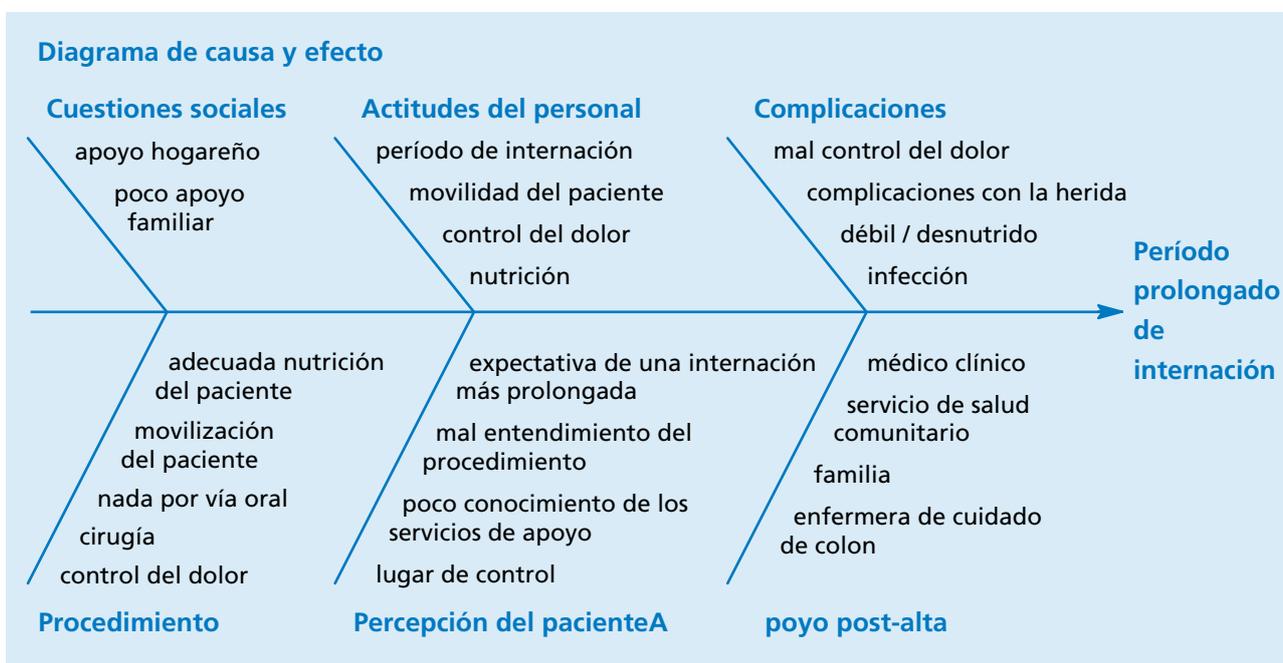
Diagramas de causa y efecto

Los diagramas de causa y efecto se utilizan para explorar y exhibir todas las posibles causas de un determinado efecto. Este tipo de diagrama también se denomina diagrama de Ishikawa o espina de pescado. Un diagrama de causa y efecto ilustra de manera gráfica la relación que hay entre las distintas causas entre sí y entre ellas y su efecto. Se puede utilizar para identificar múltiples factores que contribuyen a un determinado efecto. Este tipo de diagrama puede ayudar a un equipo a concentrarse en las áreas susceptibles de mejoramiento. El contenido de cada rama del diagrama es generado por los integrantes del equipo a medida que se les van ocurriendo ideas sobre las posibles causas. El diagrama de espina de

pescado del Gráfico B.7.5 es el resultado de la tormenta de ideas que llevó a cabo un equipo de profesionales de la salud que trabajan para reducir el tiempo de internación postoperatorio necesario para los pacientes de colectomía.

A los efectos de continuar con el proyecto de MPC realizado por el equipo que intenta reducir el tiempo necesario de internación hospitalaria tras la colectomía, se utilizó un diagrama de causa y efecto para identificar los factores que los integrantes del equipo ven como coadyuvantes para la duración del tiempo necesario de internación hospitalaria.

Gráfico B.7.5. Ejemplo de diagrama de causa y efecto



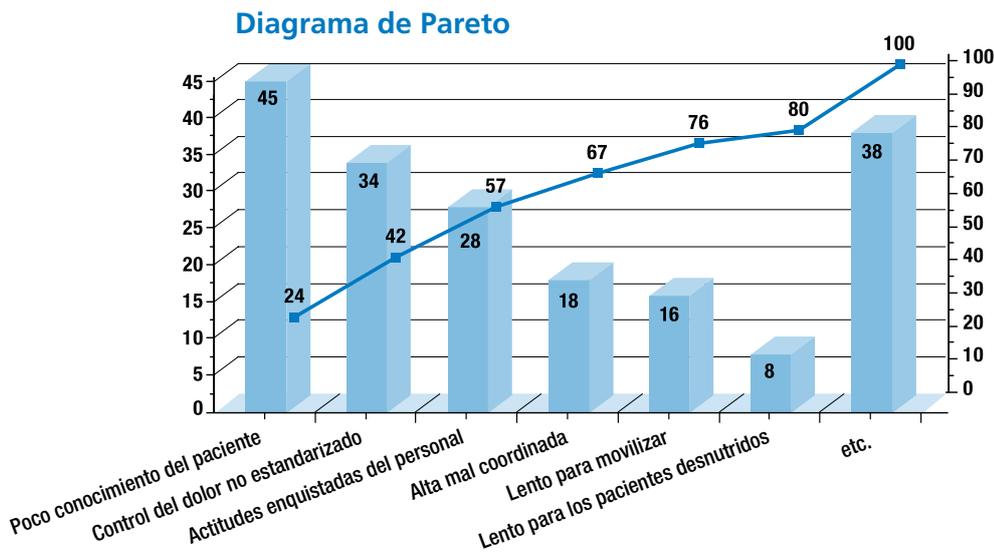
Fuente: Ejemplo de diagrama de flujo tomado de: Recuperación Acelerada de Colectomía (ARCS, por su sigla en inglés) Servicio de Salud del Área Costera Norte, Australia.

Diagramas de Pareto

En la década de 1950, el Dr. Joseph Juran [13] utilizó el término *Principio de Pareto* para describir una gran proporción de problemas de calidad que estaban siendo ocasionados por un pequeño número de causas. El principio de que unos pocos factores coadyuvantes representan la mayor parte de un efecto se utiliza para concentrar los esfuerzos de resolución de problemas del equipo. Esto se hace para priorizar problemas, al destacar el hecho de que la mayoría de los problemas son afectados por

unos pocos factores, lo que indica cuáles son los problemas por resolver y en qué orden. Un diagrama de Pareto es un gráfico de barras en el que múltiples factores que contribuyen al efecto general se disponen en orden descendente, según la magnitud relativa de su efecto. El ordenamiento de los factores es un paso importante porque ayuda al equipo a concentrar sus esfuerzos en aquellos factores con mayor impacto. También ayuda al equipo a explicar las razones por las cuales deben concentrarse en determinadas áreas.

Gráfico B.7.6. Ejemplo de diagrama de Pareto



Fuente: Langley G.J., Nolan K.M., Norman C.L., Provost L.P., Nolan T.W. *La guía para el mejoramiento: enfoque práctico sobre cómo mejorar el desempeño de la organización*, 1996 [4].

Gráficos de registro

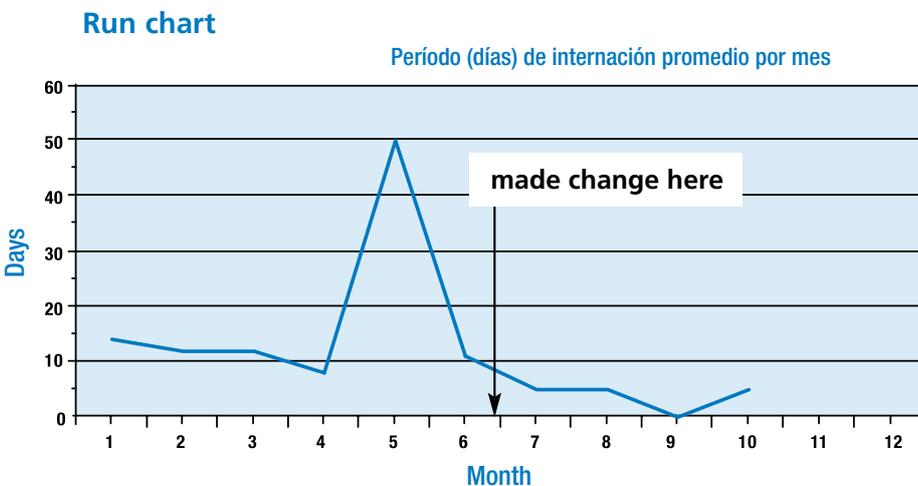


El Gráfico B.7.7 muestra un gráfico de registro producido por el equipo de un hospital de base que rastrea los mejoramientos con el tiempo. Los gráficos de registro o evolución cronológica son gráficos de datos recopilados a lo largo del tiempo que pueden ayudar al equipo a determinar si un cambio ha dado lugar a un mejoramiento con el correr del tiempo o si los resultados observados representan una fluctuación aleatoria (que se

podría interpretar mal como mejoramiento significativo). Los gráficos de registro ayudan a identificar si existe una tendencia, la cual se formará una vez que caigan o suban de manera continua una serie de puntos consecutivos.

Los gráficos de registro pueden ayudar a los equipos a juzgar cómo está funcionando un determinado proceso y a identificar el momento en el que un cambio ha provocado un verdadero mejoramiento.

Gráfico B.7.7. Ejemplo de un gráfico de registro



Fuente: Langley G.J., Nolan K.M., Norman C.L., Provost L.P., Nolan T.W. *La guía para el mejoramiento: enfoque práctico sobre cómo mejorar el desempeño de la organización*, 1996 [4].

Histogramas

Los histogramas son un tipo de gráfico de barras. Un histograma es la representación gráfica de la distribución probabilística de una variable, lo que demuestra las frecuencias de los puntos de datos dentro de áreas discretas.



Estrategias para sostener los mejoramientos

Lograr un mejoramiento no constituye el final del proceso, ya que deben sostenerse a través del tiempo. Esto implica una medición y ajustes continuos a lo largo de ciclos PHEA. Las siguientes estrategias fueron identificadas por el equipo que deseaba reducir el tiempo necesario de internación hospitalaria postoperatoria de pacientes sometidos a colectomía:

- Documentar el período de internación hospitalaria de cada paciente;
- Calcular mensualmente el período de internación promedio;
- Colocar mensualmente un gráfico de registro actualizado en las salas de operaciones;
- Celebrar reuniones de equipo bimestrales para debatir sobre los desarrollos positivos y negativos;
- Perfeccionar de manera continua las secuencias clínicas;
- Informar los resultados a la entidad de gestión sanitaria local;
- Difundir estas prácticas a todos los equipos quirúrgicos del hospital y por toda la región.

Al implementar estas estrategias, el equipo redujo con éxito en su hospital el período de internación para los pacientes sometidos a colectomía. Al hacerlo, han mejorado la calidad de la atención para los pacientes al reducir significativamente los riesgos de infección y acelerar la recuperación. También hubo un costo generado por el beneficio. Aun así, necesitan sostener estas mejoras. El equipo planeó continuar monitoreando el período de internación de estos pacientes en el hospital y analizarán estos datos con periodicidad mensual.

Resumen

Existen evidencias contundentes de que la atención del paciente mejora a la vez que se minimizan errores cuando los profesionales de la salud utilizan métodos y herramientas de mejoramiento de la calidad. Sólo una vez utilizados estos métodos y herramientas se verán recompensados los esfuerzos del equipo por mejoramientos verdaderos y sostenibles en la atención clínica. Este tema expuso los métodos para mejorar la calidad y describió una serie de herramientas que se utilizan en el campo del mejoramiento de la calidad. Dichas herramientas se pueden aplicar simplemente en cualquier ámbito: desde una remota clínica rural hasta una ajetreada sala de operaciones en un gran hospital urbano.

Estrategias de enseñanza

Enseñarles a los estudiantes métodos de mejoramiento de la calidad puede ser desafiante porque requiere de

los profesionales de la salud que hayan tenido experiencia real con las herramientas pertinentes y que estén familiarizados con los beneficios asociados a su uso. La mejor manera de enseñar este tema es hacer que los estudiantes utilicen las herramientas de mejoramiento de la calidad y dispongan una capacitación personalizada en los métodos de mejoramiento de la calidad. También se debería alentar a los estudiantes a que participen de proyectos ya en curso a fin de poder experimentar el trabajo en equipo que implican estos proyectos y apreciar cómo los resultados obtenidos por los pacientes mejoran significativamente cuando se utilizan estos métodos.

Este tema se puede enseñar de varias maneras distintas.



Una disertación interactiva/didáctica

Este tema contiene mucha información teórica y aplicada que resulta adecuada para una disertación interactiva y didáctica. Utilice las diapositivas de apoyo que se pueden encontrar en el sitio web de la OMS como guía para cubrir todo el tema. Se puede utilizar diapositivas en PowerPoint o bien se pueden convertir en filmas para ser utilizadas con retroproyectores.

Paneles de debate

Invite a un panel de profesionales de la salud que hayan utilizado un método de mejoramiento (MPC, ACR o AMFE) para que hablen sobre el proceso de mejoramiento y si estos métodos les permitieron contar con aportes que de otro modo no hubieran tenido. También se debería incluir a pacientes en el panel para cerrar el círculo desde esa perspectiva. Algunas organizaciones están incluyendo a pacientes en los equipos de ACR y MPC ya que tienen para hacer aportes únicos.



Debates en pequeños grupos

La clase puede dividirse en pequeños grupos. Luego se les puede pedir a tres estudiantes de cada grupo que lideren un debate sobre el mejoramiento de la calidad en general así como también los beneficios que generan los métodos de mejoramiento de la calidad y cuándo se podrían utilizar.



Ejercicios de simulación

Se podrían desarrollar distintos escenarios para los estudiantes, incluida la práctica de técnicas tales como la tormenta de ideas y/o el diseño de un gráfico de registro, uno de causa y efecto o un histograma.

Otras actividades de enseñanza y aprendizaje

Este tema se enseña mejor haciendo que los estudiantes practiquen el uso de herramientas y técnicas de mejoramiento de la calidad en sus propios proyectos personales de automejoramiento. Los siguientes son ejemplos de proyectos de automejoramiento:

- Desarrollar mejores hábitos de estudio;
- Pasar más tiempo con la familia;
- Dejar de fumar;
- Bajar o subir de peso;

– Realizar más quehaceres hogareños.

Los estudiantes pueden implementar el ciclo PHEA para acomodarse a sus propias circunstancias personales y así obtener una mejor comprensión del proceso. Los principios y el método utilizados cobrarán relevancia en su posterior trabajo profesional. Los estudiantes pueden comenzar a experimentar con las herramientas y ver cómo utilizarlas y si los ayudan en sus propios proyectos.

Una de las mejores maneras de aprender se da cuando los estudiantes pueden participar u observar un proceso real de mejoramiento de la calidad. Esto requiere que los estudiantes les pregunten a sus profesores, supervisores u otros profesionales de la salud si su institución clínica lleva a cabo proyectos periódicos de mejoramiento de la calidad. También podrían conseguir administradores en un servicio clínico y preguntarles si pueden observar una actividad de mejoramiento de la calidad.

Después de tales actividades, a los estudiantes se les debería pedir que se reúnan en pares o en pequeños grupos y debatir con un tutor o profesional de la salud sobre qué fue lo que observaron, si las funciones o técnicas que aprendieron estuvieron presentes o ausentes y si fueron eficaces.

¿Cómo enseñar el análisis del modo de falla y sus efectos?

Antes de enseñarse el AMFE, los estudiantes deben haber demostrado conocimientos básicos en la construcción de diagramas de proceso. La porción relativa al AMFE en este tema tiene por objeto ser enseñada en dos partes. La primera parte consiste en una presentación. Los objetivos del profesor durante la presentación consisten en introducir a los estudiantes en los principios básicos del AMFE. La presentación debería mostrarles cómo construir un cuadro básico de AMFE basado en un simple diagrama de proceso, así como también hacer hincapié en la manera de identificar múltiples modos de falla potenciales y causas por componente o función. También deberían enfatizarse los ejemplos de escalas para determinar su gravedad y ocurrencia.

La segunda parte de la clase consiste en un ejemplo de caso real. Los estudiantes deben dividirse en grupos de no menos de cuatro, ya que los grupos más grandes en verdad funcionan mejor, porque incluyen opiniones más divergentes y los estudiantes necesitan esforzarse más por conseguir consensos. El caso de estudio utilizado debería ser relevante para el grupo de profesionales. El objetivo de cada grupo de estudiantes consiste en elaborar un AMFE basado en el caso de estudio. Esto no debería demorar más de 30 minutos. El objetivo no consiste en el cumplimiento del proceso, sino más bien que los estudiantes practiquen lo que han aprendido. Luego, cada grupo presenta su AMFE, con las cuestiones ordenadas y clasificadas por NPR, desde el más hasta el menos significativo.

Herramientas y material de referencia

Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. [“La guía para el mejoramiento: enfoque práctico sobre cómo mejorar el desempeño de la organización”] New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP et al, eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. [“Cómo construir un mejor sistema de prestación: una nueva asociación entre la ingeniería y la atención clínica”] Washington, DC, National Academies Press, 2005 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378; accedido el 21 de febrero de 2011).

Bonnabry P. et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. [“El uso de un método prospectivo de análisis del riesgo para mejorar la seguridad del proceso de quimioterapia oncológica”] *International Journal for Quality in Health Care*, 2006; 18: 9–16.

Análisis de las causas radicales

Root cause analysis. [Análisis de las causas radicales] Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, 2010 (<http://www.va.gov/NCPS/rca.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Guía para el mejoramiento clínico

Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. [Guía sencilla para el mejoramiento de la práctica clínica: guía para los profesionales de la salud] Departamento de Salud de Nueva Gales del Sur, 2002 (http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

Mozena J.P., Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. [“Manual de mejoramiento de la calidad para los profesionales de la salud”] Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D. Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. [“Evaluación de los programas de mejoramiento de la práctica clínica dirigidos a enfermeras para el manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en hospitales”] *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Análisis del modo de falla y sus efectos

McDermott R.E., Mikulak R.J., Beauregard M.R. *The basics of FMEA*, [“Los fundamentos del AMFE”] 3ra ed. New York, CRC Press, 2009.

¿Cómo evaluar los conocimientos de este tema?

Varios métodos de evaluación resultan adecuados para este tema. A los estudiantes se les podría pedir que completen un proyecto de automejoramiento y que luego informen sobre la experiencia o bien que escriban una declaración reflexiva sobre alguna observación de una actividad de mejoramiento que hayan observado o en la que hayan participado.

¿Cómo evaluar la enseñanza de este tema?

La evaluación es importante a la hora de revisar cómo fue una clase y cómo se pueden lograr mejoras. Véase la Guía para el Docente (Parte A) para conocer un resumen de los principios de evaluación importantes.

Referencias

1. Emanuel L. et al. What exactly is patient safety? En: Henriksen K. et al, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. [“Los avances en seguridad del paciente”] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008;219-235.
2. Davidoff F., Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. [“Hacia una más sólida evidencia sobre el mejoramiento de la calidad: directrices para la publicación de borradores: el comienzo de un proyecto de consenso”] *Quality & Safety in Health Care*, 2005, 14:319–325.
3. Lundberg G., Wennberg J.A. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. [“La cuestión temática del JAMA sobre la calidad en la atención: una nueva propuesta y un llamado a la acción”] *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615–1618.
4. Langley G.J., Nolan K.M., Norman C.L., Provost L.P., Nolan T.W. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. [“La guía para el mejoramiento: enfoque práctico para mejorar el desempeño de la organización”] New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman R.C., Kornfeld D.S., Bigger T.J. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. [“Los problemas psicológicos asociados a la falta de descanso en los residentes”] *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan T.W. et al. *Reducing delays and waiting times throughout the health-care system*, [“Cómo reducir las demoras y los tiempos de espera en todo el sistema de salud”] 1ra ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton, M. *The Deming management method*. [“El método de gestión Deming”] New York, Penguin Group, 1986.
8. Fuente: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/Improvement-Methods/Measures/>; accedido el 21 de febrero de 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. [“James Brent sobre cómo reducir el daño a los pacientes y mejorar la calidad”] *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Procedimientos militares estándar para realizar un análisis del modo de falla, sus efectos y su importancia crucial (http://goesr.gov/procurement/antenna_docs/reference/MILSTD-1629A.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).
11. Bales, R.F., Strodtbeck F.L. Phases in group problem-solving. [“Las fases de la resolución de problemas en grupos”] *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. Sitio web del AMFE [FMEA web site] (<http://www.fmeafmea.com/index.html>; accedido el 18 de noviembre de 2010).
13. Juran J. *Managerial breakthrough*. [“Adelanto gerencial”] New York, McGraw-Hill, 1964.

Diapositivas para el Tema 7: Introducción a los métodos de mejoramiento de la calidad

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una disertación didáctica, es una buena idea planificar la interacción y el debate de los estudiantes durante la presentación. Utilizar un caso de estudio es una manera de generar debate en grupo. Otra forma consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en este tema, tales como los principios del manejo del cambio y la importancia de su medición.

Las diapositivas para el Tema 7 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar las diapositivas a fin de adaptarlas al entorno y la cultura locales. Los docentes no tienen que usar todas las diapositivas y lo mejor es adaptarlas a las áreas que se están cubriendo en la clase.

Tema 8

¿Cómo involucrarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales?

Una mujer sufre la ruptura de un embarazo ectópico

Samantha cursaba un embarazo de 6 ½ semanas (por vía de inseminación con donante) cuando fue derivada por su médico clínico para una ecografía de urgencia. Las ecografías transabdominal y transvaginal sugirieron la presencia de un embarazo ectópico implantado del lado derecho. Durante el procedimiento, el radiógrafo le preguntó a Samantha cuándo tendría la consulta con su partera o médico clínico. Ella le respondió que sería al mediodía del día siguiente. La única conversación que siguió fue si ella les llevaría las imágenes o si la clínica se las iba a enviar por correo expreso a su médico designado. Finalmente, se decidió que Samantha misma las llevaría.

Samantha recibió las imágenes en un sobre cerrado con la leyenda: "Sólo el médico derivador puede abrirlo". En ningún momento se le advirtió a Samantha sobre la gravedad de su afección ni que se la informara de inmediato a ningún otro médico. Cuando Samantha llegó a su casa, decidió abrir el sobre y leer el informe de la ecografía. Inmediatamente comprendió la gravedad de su situación y llamó de urgencia a un médico que le informó que debería internarse en el hospital de inmediato.

A las 21hs fue internada y sometida a una cirugía abdominal mayor por ruptura de embarazo ectópico. Esta historia destaca la importancia de un compromiso pleno con los pacientes y la necesidad de comunicarse con ellos en todo momento.

Fuente: Casos de estudio – investigaciones. *Memoria Anual 1999-2000:60 de la Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica*. Sidney, Nueva Gales del Sur, Australia.

Un cuidador asistencial resuelve problemas sobre el tratamiento de su madre

María, de 82 años de edad, sufrió una fractura menor de cadera tras una caída en su hogar y tuvo que ser internada. Hasta ese momento, María había estado activa y en su casa recibía el cuidado de su hijo, Nick. Dos días después, el hospital realizó una evaluación de María por la cual se descubrió que no estaba apta para rehabilitación. María hablaba muy poco inglés y no había ningún intérprete para explicarle la evaluación realizada por el hospital. Nick pensó que era demasiado pronto para predecir el pronóstico sobre la recuperación de su madre y estaba molesto con que el hospital se rehusara a darle copia del informe radiográfico de María a su médico de cabecera. Nick se comunicó con el servicio de apoyo al paciente cuando se enteró de que el hospital planeaba gestionar una orden de tutela para facilitar el traslado de María a una residencia geriátrica.

Se planeó una reunión entre el oficial de apoyo al paciente, Nick, y otros integrantes clave del equipo terapéutico. Se decidió hacer una prueba para ver si María respondía a la rehabilitación. Fue trasladada a la unidad de rehabilitación y llevó a cabo la terapia con éxito. Más tarde se le dio el alta para regresar a su casa bajo el cuidado de Nick sumado al apoyo comunitario. Este buen resultado no podría haberse dado sin la participación de Nick y su madre en las conversaciones relativas a su tratamiento.

Fuente: Casos de estudio – investigaciones. Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica, 2003, 1:11. Sidney, Nueva Gales del Sur, Australia.

Introducción: por qué es importante involucrarse con los pacientes y sus familias



La atención clínica de hoy en día asegura estar centrada en el paciente pero la realidad para muchos pacientes dista muchísimo de esta perspectiva. Las posturas arraigadas sobre el nivel de participación y compromiso que debería tener los pacientes en su propio cuidado constituyen uno de los principales obstáculos para los pacientes y consumidores del servicio de atención clínica. Los tiempos están cambiando y, en muchos países del mundo, la voz del consumidor de atención clínica no sólo se está haciendo oír, sino que también se está reconociendo por parte de gobiernos y prestadores de servicios de salud.

Toda intervención en la atención clínica tiene un elemento de incertidumbre en cuanto a si efectivamente redundará en una mejora de la salud del paciente. Todos tienen derecho a recibir información útil sobre la calidad de la atención que reciben, en especial si han de someterse a cualquier tipo de intervención invasiva. Si el paciente así lo consiente, sus familiares o cuidadores asistenciales también deberían incluirse en el intercambio de información. El consentimiento informado les permite a los consumidores/pacientes, en colaboración con los profesionales de la salud, tomar decisiones sobre las intervenciones y sus riesgos asociados. Dichas intervenciones podrían tratarse tanto de un plan de medicación como de un procedimiento invasivo.

Si bien la mayoría de los tratamientos e intervenciones clínicas tienen buenos resultados, o al menos no hacen daño, los malos resultados sí ocurren y suelen estar asociados a errores aleatorios o sistémicos, y en casi todos ellos están involucrados seres humanos. La calidad de un sistema de salud puede juzgarse por la manera en que maneja dichos errores. El éxito de las organizaciones de alta confiabilidad se puede medir en función de lo bien que planifican su accionar frente a diversas fallas. Siempre que las organizaciones clínicas omiten integrar la participación y el compromiso del consumidor en el manejo del riesgo sistémico, pierden acceso a importantes conocimientos sobre el paciente que no pueden adquirir de ninguna otra fuente.

La *información abierta* es un término que se utiliza para describir la comunicación honesta con los pacientes y sus cuidadores asistenciales tras haber sufrido un daño. El uso de procesos de información abierta refleja la importancia del profesionalismo y la honestidad en la comunicación con los pacientes y sus cuidadores asistenciales, lo cual, a su vez, ha aumentado las oportunidades para lograr asociaciones con los pacientes.

En la actualidad, muchas organizaciones de consumidores están virando su atención hacia las actividades institucionales que promueven o apoyan una atención segura del paciente. La iniciativa de la OMS *Patients for Patient Safety* (Pacientes para la seguridad del paciente) [1] está dirigida a los consumidores y se concentra en la

educación en materia de seguridad del paciente y el rol que desempeña el sistema sanitario en su conjunto como factor coadyuvante de eventos adversos. Siempre que los profesionales de la salud invitan a los pacientes y a sus cuidadores asistenciales a asociarse en la atención clínica, el mismísimo acto de hacerlo cambia la naturaleza de la atención clínica para esa persona y para la experiencia de los profesionales de la salud. Estar juntos “en un mismo barco” mejora la experiencia del paciente y reduce la diferencia entre la atención y el tratamiento provistos y la verdadera experiencia del paciente. Hay menos probabilidad de que ocurran eventos adversos y, cuando suceden, es más probable que tanto los pacientes como sus cuidadores asistenciales puedan comprender las causas subyacentes.

Muchos pacientes que se someten a tratamiento, en especial cuando son internados, se encuentran en un estado psicológico vulnerable, aun cuando su tratamiento resulte según lo planeado. Los síntomas relativos al trastorno de estrés postraumático pueden darse incluso siguiendo los procedimientos que los prestadores creen que son de rutina. Cuando un paciente experimenta un evento adverso prevenible, el trauma emocional puede llegar a ser particularmente grave. Además, el trauma que surge a partir de la manera en que son recibidos el paciente y su familia y cómo se plantea la comunicación con ellos tras un evento adverso en algunas ocasiones pueden llegar a ser más perjudiciales que el evento en sí mismo. Este tema brindará un panorama general sobre las actividades de participación de los consumidores que naturalmente se divide en dos dimensiones: (i) las oportunidades para aprender y sanar tras la ocurrencia de un evento adverso; y (ii) el compromiso de los pacientes en la prevención del daño.

Palabras clave

Evento adverso, información abierta, disculpas, comunicación, quejas, normas culturales, revelación, educación, error, temor, decisiones informadas, responsabilidad, paciente y familia, centrado en el paciente, capacitación del paciente, participación del paciente, derechos del paciente, asociación, notificación, preguntas.

Objetivo pedagógico



El objetivo de este tema es que los estudiantes conozcan y entiendan las maneras en que los pacientes y sus cuidadores asistenciales pueden colaborar como asociados a la atención clínica, tanto en la prevención del daño como en el aprendizaje logrado a partir de eventos adversos.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes necesitan entender las técnicas de comunicación básicas, los procedimientos de opción/consentimiento informado y los principios de la información abierta.

Requisitos de actuación



Los estudiantes deben:

- Alentar activamente a los pacientes y sus cuidadores asistenciales a que compartan información;
- Compartir información activamente con los pacientes y sus cuidadores asistenciales;
- Demostrar empatía, honestidad y respeto por los pacientes y sus cuidadores asistenciales;
- Comunicarse eficazmente;
- Informar adecuadamente a los pacientes y obtener su consentimiento informado para los tratamientos y las intervenciones, así como también apoyar a los pacientes en la toma de decisiones informadas;
- Mostrar respeto por las diferencias de cada uno de los pacientes en cuanto a su religión, cultura, creencias personales y necesidades individuales;
- Describir y entender las etapas básicas de un proceso de información abierta;
- Satisfacer las quejas de los pacientes con respeto y apertura;
- Aplicar un pensamiento orientado a la participación del paciente en todas las actividades clínicas;
- Demostrar capacidad para reconocer la importancia del compromiso del paciente y su cuidador asistencia para lograr un manejo clínico satisfactorio.

Técnicas básicas de comunicación

¿Cómo revisar los principios de la buena comunicación?

Antes de entrar en los detalles de la información abierta, resulta útil revisar rápidamente los principios de la buena comunicación y el consentimiento informado si éstos no fueron cubiertos todavía durante el curso.

Consentimiento informado

Debe haber pocas ocasiones en las que el consentimiento no constituye un aspecto importante de la relación entre un profesional de la salud y un paciente o cliente. El mismísimo acto de brindar asesoramiento, administrar un medicamento o realizar una intervención hace surgir el concepto de *respeto por la autonomía*. El respeto por la autonomía se refiere al derecho que tiene toda persona de ejercer opciones y actuar según sus propios valores y sistemas de creencias. Esto significa que es poco ético que un profesional de la salud interfiera en las decisiones que toman los pacientes salvo que la persona esté inconsciente o en situación de riesgo para su vida. El proceso del consentimiento es un buen barómetro para juzgar la participación y el compromiso de un paciente frente a su propio tratamiento. Gran parte de la atención clínica se brinda mediante la confianza en el consentimiento oral en lugar de darse por escrito, lo cual suele reservarse para tratamientos o procedimientos realizados en hospitales. Pero incluso el consentimiento oral requiere de un intercambio completo y preciso de información con el paciente. Algunos estudiantes y profesionales de la salud creen que los requisitos del consentimiento se cumplen con su presentación inicial o bien con la firma de un for-

mulario de consentimiento, pero el consentimiento es mucho más que la firma que figura en un formulario o una conversación superficial.

El proceso de consentimiento les permite a los pacientes (o a sus cuidadores asistenciales) considerar todas las opciones que tienen en relación con su cuidado y tratamiento, incluso las alternativas frente al curso terapéutico propuesto. Dado que este es un proceso importante, se han desarrollado directrices para ayudar a los profesionales de la salud a cumplir con esta tarea de manera competente. Por desgracia, las presiones de tiempo y, a veces, las actitudes hacia los pacientes acortan este proceso. El proceso de consentimiento se ha desarrollado con el tiempo, prestándoles atención a las leyes locales. Esencialmente, el proceso de consentimiento tiene dos fases principales [2], los elementos que informan al paciente y los elementos que posibilitan el proceso de toma de decisiones del paciente. Los elementos que informan al paciente incluyen la información provista por el profesional de la salud y la comprensión de la información por parte del paciente. Los elementos que posibilitan la toma de decisiones del paciente incluyen el tiempo para asimilar la información revelada y quizás consultarlo con sus familiares/cuidadores asistenciales, la oportunidad de ejercer una opción de manera libre y voluntaria y la competencia de los prestadores de atención clínica.

Los estudiantes de muchas disciplinas de la salud observan el proceso de consentimiento cuando son asignados a hospitales, consultorios odontológicos, farmacias o clínicas. Algunos observarán excelentes ejemplos de profesionales y pacientes que conversan sobre sus opciones terapéuticas y pacientes que consienten o rechazan una determinada intervención o tratamiento, pero muchos también verán a pacientes que prestan su consentimiento con un mínimo de información sobre la acción clínica propuesta. No es poco común que los pacientes discutan sobre su consentimiento con farmacéuticos, enfermeras y demás profesionales de la salud o bien después de haber hablado con su médico u odontólogo. Las enfermeras deberían comunicar cualquier inquietud que tuvieran los pacientes con el clínico a cargo del tratamiento a fin de asegurarse que la comunicación sea abierta y que las necesidades del pacientes queden satisfechas de manera eficaz. La persona a cargo del procedimiento o tratamiento debería asegurarse de que el paciente comprende cabalmente la naturaleza del tratamiento o procedimiento y que ha sido informado plenamente sobre sus riesgos y beneficios asociados.

Muchos estudiantes podrían sentirse preocupados por la cantidad y el tipo de información que debería comunicarse y lo bien que debe entenderse antes de que se pueda decir que el paciente ha sido informado en forma adecuada. ¿Cómo puede saber el profesional que la decisión de un paciente es voluntaria e intelectualmente no está afectada, y que tampoco padece de presiones intrínsecas (estrés, aflicción) ni extrínsecas (dinero, peligro)?

Las consideraciones económicas son extremadamente importantes para los pacientes que podrían no llegar a tener seguro de salud ni otros recursos económicos.

Lo que los pacientes deberían saber



Los profesionales de la salud se los alienta firmemente a emplear una atención clínica basada en la evidencia. Para muchos tratamientos, existe un corpus de evidencia sobre la probabilidad de éxito y la probabilidad de daño. Si la información está disponible, es importante que tal información se comunique a los pacientes de manera tal que la puedan entender. Cuando existen recursos impresos para ayudar a la toma de decisiones, entonces deben utilizarse. Antes de que los pacientes puedan tomar decisiones personales sobre si aceptar o no un determinado cuidado o tratamiento, deben contar con información sobre las siguientes cuestiones:

El diagnóstico o el problema principal

Esto incluye los resultados de estudios y procedimientos. Sin un diagnóstico o evaluación de cuál es el problema, resultará difícil que un paciente arribe a una decisión sobre si su tratamiento o solución clínica propuesta le reportará beneficios. Si el tratamiento es de naturaleza exploratoria, esto debe ser informado.

El grado de incertidumbre en el diagnóstico o problema

La prestación de atención clínica es inherentemente propensa al error. A medida que aparecen más síntomas y se genera más información, un determinado diagnóstico puede verse confirmado o modificado, o bien el problema puede llegar a reformularse. La información revelada sobre la incertidumbre es esencial.

Los riesgos implícitos en el tratamiento o solución clínica

Para que los pacientes puedan tomar decisiones que les convengan, necesitan saber sobre los efectos colaterales o las complicaciones asociadas al tratamiento o procedimiento en cuestión, así como también su resultado potencial que podría afectar su bienestar físico o mental. Los pacientes necesitan conocer la naturaleza de los riesgos implícitos en el tratamiento o solución planeada, así como también las consecuencias probables de no someterse al tratamiento.

Una manera de comunicar los riesgos y beneficios de un tratamiento consiste en pasar de una conversación sobre información general acerca del tratamiento o procedimiento a información específica sobre los riesgos y beneficios (e incertidumbres) conocidos asociados al tratamiento o procedimiento específico, y luego abordar las inquietudes particulares y las necesidades de información del paciente o su cuidador asistencial.

Los pacientes necesitan saber los rangos de opciones, y no sólo la que se vea favorecida por el profesional. En especial, deben conocer:

- El tratamiento propuesto;
- Los beneficios esperados;

- Cuándo comenzaría el tratamiento;
- La duración del tratamiento;
- Los respectivos costos;
- Si hay un tratamiento alternativo que pudieran llegar a considerar;
- Los beneficios del tratamiento; y
- Los riesgos de no someterse al tratamiento.

Algunos tratamientos, sin perjuicio de determinados riesgos asociados, son mejores que no someterse a ninguno debido a las probables consecuencias de no adoptar estas medidas terapéuticas.

Información sobre el tiempo de recuperación esperado

El tipo de tratamiento o la decisión de avanzar con un tratamiento o procedimiento pueden verse influenciados por otros factores de la vida cotidiana del paciente, tales como su empleo, sus responsabilidades familiares, sus problemas económicos y el lugar del tratamiento.

El nombre, el cargo, los antecedentes académicos y la experiencia de los trabajadores de la salud que están brindando la atención y el tratamiento

Los pacientes tienen derecho a saber el nivel de capacitación y experiencia de los profesionales de la salud con los que están trabajando. Si un profesional no tiene la suficiente experiencia, entonces su supervisión cobra mayor importancia y la información sobre la supervisión puede pasar a formar parte de la información que se intercambia.

Disponibilidad y costos de los servicios o medicamentos requeridos

Los pacientes pueden llegar a requerir servicios de otros prestadores de atención clínica. En algunos casos, los pacientes pueden llegar a necesitar asistencia que no sea de índole médica a medida que se recuperan, lo cual puede ir desde su traslado al hogar desde un tratamiento ambulatorio que implique uso de anestesia hasta la obtención de medicamentos, o bien ayuda con sus tareas cotidianas a medida que se van recuperando de una cirugía mayor. Ciertos tratamientos también requieren de una serie de tratamientos complementarios.

Una herramienta para la buena comunicación



Se han desarrollado varias herramientas para optimizar la buena comunicación. Una de ellas es el marco SEGUE desarrollado por la Northwestern University (Chicago, IL, EE.UU.) [3]:

- S**et the stage (Plantear el escenario)
- E**licit information (Sonsacar información)
- G**ive information (Dar información)
- U**nderstand the patient's perspective (Entender la perspectiva del paciente)
- E**nd the encounter (Terminar el encuentro)

Competencia cultural



El Marco Australiano para la Educación en Seguridad del Paciente (APSEF, por sus siglas oficiales en inglés), descri-

be el significado del término *competencia cultural* como los conocimientos, las habilidades y actitudes que necesita todo trabajador de la salud para brindar servicios adecuados y apropiados de atención clínica a todas las personas de manera tal que respete y honre sus particulares entendimientos y enfoques culturales respecto de la salud y la enfermedad [4].

La cultura es un término muy amplio que incluye al idioma y las costumbres, así como también los valores, las creencias, los comportamientos, las prácticas, las instituciones y las maneras en que se comunica la gente. Los estudiantes pueden llegar a observar distintos modos para vestirse y alimentarse entre sus compañeros de clase que quizás guarden relación con su cultura o religión. Menos obvio para ellos serán los sistemas de creencias subyacentes a los cuales adhieren sus compañeros de clase.

En muchos países del mundo, los prestadores de atención clínica y los pacientes recién están comenzando a reflexionar acerca de la seguridad y la participación del paciente. Hay muchos debates sobre cómo esta transformación afectará los servicios de atención clínica. Si bien los profesionales de la atención clínica deberían ser culturalmente competentes, también se debería reconocer que, en muchos países, el movimiento en pos de la seguridad del paciente se trata de un cambio cultural en el sistema de salud.

La competencia cultural [5] en la prestación de servicios de salud requiere que los estudiantes:

- Sean conscientes de las diferencias culturales y las acepten;
- Sean conscientes de sus propios valores culturales;
- Reconozcan que las personas procedentes de diversos antecedentes culturales tienen maneras distintas de comunicarse, comportarse, interpretar la información y resolver problemas;
- Reconozcan que las creencias culturales afectan la manera en que los pacientes perciben su salud, cómo procuran ayuda, cómo interactúan con los profesionales de la salud y cómo adhieren a los tratamientos o planes de cuidado;
- Sean conscientes del grado de alfabetismo (clínico) del paciente;
- Puedan y quieran cambiar la manera en que trabajan para adaptarse a los antecedentes culturales o étnicos del paciente, a los efectos de brindarle una atención óptima;
- Sean conscientes de que la competencia cultural incluye a personas de todos los sectores socioeconómicos; los marginados tienden a ser más pasivos y reacios a expresar sus opiniones o preferencias y pueden verse menos predispuestos a confiar en su propio criterio.

La participación del paciente y su cuidador asistencial



En comparación con las profesiones de la salud y demás prestadores de atención clínica, los consumidores de ser-

vicios sanitarios son los participantes menos representados en los esfuerzos en pos de la seguridad de la atención clínica y el mejoramiento de su calidad. Teniendo en cuenta que el paciente y su familia constituyen la entidad que está siempre presente a lo largo de todo el curso de la atención y ve el proceso completo a través de distintas ópticas, la falta de participación de los pacientes y de sus cuidadores asistenciales puede privar al sistema de salud de una rica fuente de datos reales y experiencias de vida verdaderas, que pueden revelar la brecha existente entre las medidas disponibles de seguridad del paciente y los niveles de seguridad que experimentan los pacientes en la actualidad.

Dado que los pacientes y sus familias no están tan organizados como los demás grupos participantes, sus intereses y necesidades no se han captado ni integrado satisfactoriamente en las actividades de investigación, ni en el desarrollo de políticas, programas curriculares sobre educación en seguridad del paciente, ni en los sistemas de notificación de errores o desaciertos. Recientemente, los líderes en materia de seguridad del paciente han observado que la falta de progreso en esta área puede obedecer, en parte, a la omisión de comprometer eficazmente a los consumidores de atención clínica como asociados en el proceso de garantizar la seguridad de la atención.

Efectos de la participación del paciente

Si bien existen muchas declaraciones éticas sobre la importancia de las asociaciones con los pacientes, hay muy poca investigación sobre la medida en la cual tales asociaciones con los pacientes pueden reducir la incidencia de errores. Un estudio realizado por Gallagher et al. [6] indicó una fuerte predisposición por parte de pacientes internados (91%) a participar en actividades tendientes a la prevención de errores. Sus niveles de confort difirieron por distintas razones. Los pacientes estaban cómodos (85%) preguntando acerca del propósito de un medicamento, aunque casi la mitad de ellos (46%) estaban muy incómodos preguntando a los profesionales de la salud si se habían lavado las manos.

En un artículo del año 2005 de Gallagher y Lucas [7] sobre cómo informar errores médicos a los pacientes, los autores advirtieron siete estudios que habían evaluado las actitudes de los pacientes frente a dicha comunicación. Estos estudios informaron una brecha entre las preferencias de los pacientes y los temores de los profesionales de la salud en el sentido de que compartir información con los pacientes los dejaría expuestos a acciones médico-legales. Por fortuna, se ha hecho mucho esfuerzo por desarrollar políticas de información abierta y, desde 2005, muchos hospitales han instaurado políticas de información abierta sin padecer efectos negativos evidentes.

¿Cómo se puede hacer participar a los pacientes en su atención?

El paciente y su familia constituyen la entidad que está siempre presente a lo largo de todo el proceso de aten-

ción clínica, mientras que varios profesionales van y vienen según distintos intervalos brindando y ejerciendo su especialidad puntual. También sabemos que puede haber una falta de integración de estas intervenciones y los planes de atención con el resultado de que no siempre se alcanza la meta de una continuidad ininterrumpida de la atención clínica. La presencia continua del paciente, junto con su reconocimiento como depositario de información y valioso recurso del plan terapéutico, son argumentos más que convincentes a favor de la participación del paciente y su familia en la prestación de una atención clínica segura.

Continuidad de la atención

La mayoría de los profesionales de la salud tienen contacto con los pacientes cuando éstos reciben tratamiento dentro del entorno laboral del profesional: la guardia, la farmacia, el consultorio odontológico o la clínica. Pero los pacientes se mueven por muchos ámbitos clínicos: desde sus hogares hasta las clínicas, los hospitales, las clínicas ambulatorias y los consultorios. Los estudiantes de profesiones de la salud deben entender que una mala comunicación y un ineficiente trabajo en equipo pueden repercutir en la continuidad de la atención de los pacientes. La información imprecisa o incompleta puede llevar al paciente a ser tratado de manera incorrecta, ya sea porque la información no estaba disponible o la que se proveyó era errónea. Los pacientes son las únicas constantes en las transiciones de la atención de un profesional a otro y de un entorno clínico a otro. Incluir siempre al paciente en el intercambio de información contribuirá a la precisión que tengas dichas comunicaciones. La información precisa es importante en todo momento pero en especial durante las derivaciones y los pases de guardia o cambios de turno.

Para mejorar la calidad de la transición del paciente de un profesional a otro, los estudiantes deben:

- Brindar información a la persona adecuada en el momento adecuado a fin de asegurarse de que los pacientes reciban un cuidado y tratamiento continuos;
- Registrar la información de manera clara y legible;
- Documentar los registros del paciente para mostrar su evolución;
- Transmitir con precisión la información sobre el estado del paciente y el plan terapéutico a otro integrante del equipo o a otro equipo clínico;
- Comunicar con claridad los resultados clínicos a los demás integrantes del equipo clínico;
- Entregar el cuidado del paciente a un trabajador de la salud a cargo del tratamiento o bien relevar a un integrante del equipo clínico;
- Asegurar la coordinación de la continuidad de la atención para todos los pacientes;
- Administrar medicamentos de manera eficiente.

Las anécdotas de los pacientes son motivos de inspiración

Los expertos en el factor humano han expresado conside-

rable precaución sobre cómo asignar responsabilidades al paciente o a su familia sin un mayor entendimiento de cuál es el rol que desempeñan en la prevención del daño. Todavía tenemos que investigar seriamente el rol de los pacientes en la minimización de los errores o por cierto si existe semejante rol para ellos dentro de este proceso. Sin embargo, muchas anécdotas contadas por los pacientes que han sufrido eventos adversos hacen pensar que de haber escuchado los profesionales de la salud las inquietudes de los pacientes, se podrían haber evitado algunos eventos adversos. Estas anécdotas conllevan poderosos mensajes para los prestadores de servicios de salud. Los estudiantes no pueden dejar de involucrarse con estas anécdotas, reflexionar sobre las experiencias de estos pacientes e incorporar nuevas perspectivas dentro de su propia práctica profesional. Las anécdotas de los pacientes también pueden ser una poderosa herramienta para respaldar y reforzar el material de los manuales de texto y las disertaciones.

Lo que las experiencias de los pacientes nos pueden enseñar

Tradicionalmente, no hemos considerado la experiencia del paciente como fuente de aprendizaje para los estudiantes. Hay cada vez más evidencia en el sentido de que las anécdotas y experiencias de los pacientes en cuanto a sus enfermedades/afecciones les enseñan muchísimo a los estudiantes y profesionales en ejercicio, incluso los roles clave que pueden llegar a desempeñar los pacientes: (i) en contribuir con el diagnóstico; (ii) en decidir sobre los tratamientos adecuados; (iii) en elegir a un prestador de servicios de salud seguro y experimentado; (iv) en asegurar que los tratamientos se administren en forma adecuada; y (v) en identificar eventos adversos y avisarle de los mismos a la gente lo antes posible [8].

Muchos estudiantes recuerdan lo que aprendieron de los pacientes debido a la autenticidad de su voz y a su rol en la promoción de una atención clínica centrada en el paciente. También hay material anecdótico que destaca las inquietudes y preguntas desatendidas de los pacientes que llevaron a eventos adversos.

En la actualidad, el sistema de salud subutiliza la experiencia que los paciente pueden aportar a la asociación en la atención clínica. Además de los conocimientos sobre sus propios síntomas, preferencias y actitudes frente al riesgo, ellos son un par de ojos adicionales en caso de que ocurra algo inesperado [9].

¿De qué se trata la información abierta y qué es lo que se debe informar?



La información abierta es un término que se utiliza para describir el proceso de informar a los pacientes y sus familiares sobre los malos resultados de un tratamiento, por contraposición a los malos resultados que se esperan de la enfermedad o lesión tratada. Existen varias definiciones que reflejan los debates en torno a las directrices sobre la información abierta que se están desarrollando

e implementando en muchos países.
En Australia, la información abierta consiste en:

El proceso de brindar un enfoque abierto y coherente en la comunicación con el paciente y su persona de apoyo tras un incidente relacionado con el paciente. Esto implica expresar arrepentimiento por lo sucedido, mantener al paciente informado y brindar comentarios sobre investigaciones, incluidas las medidas adoptadas para evitar que ocurran eventos similares en el futuro. También se trata de brindar toda la información que surja a partir del incidente o su investigación que sea relevante para modificar los sistemas de atención clínica a los efectos de mejorar la seguridad del paciente [10].

La información abierta consiste en la comunicación honesta con los pacientes y/o sus familiares tras un evento adverso; no se trata de asignar culpas. El requisito de ser honesto es una obligación ética y está documentada en la mayoría de los códigos de ética profesional. Sin embargo, muchos países todavía tienen que desarrollar directrices sobre información abierta para los profesionales de la salud. Las preguntas básicas que merecen abordarse mediante dichas directrices son: "¿Qué es lo que hay que hacer ante esta situación?"; "¿Qué querría yo en una situación similar?"; y "¿Qué querría yo si un ser querido mío sufriera un evento adverso?"

¿Quieren los pacientes que se les informe sobre eventos adversos o errores que producen desaciertos?

Un importante estudio a cargo de Vincent et al. publicado en 1994 [11] examinó el impacto de la lesión médica en los pacientes y sus parientes y sus razones para iniciar acciones legales tras dichos incidentes. Los resultados de este estudio dieron un impulso a la consideración del rol y la experiencia vivida por los pacientes. Estos investigadores entrevistaron a 227 pacientes (de una población de muestra de 466 ó el 48,7%) y a sus parientes que estaban iniciando acciones legales (en 1992) a través de cinco estudios de abogados especializados en patrocinar a víctimas de mala praxis médica. Descubrieron que más del 70% de los entrevistados habían quedado gravemente afectados por los incidentes que los llevaron a iniciar sus demandas judiciales, con efectos permanentes en sus trabajos, vida social y relaciones familiares. Los resultados del relevamiento demostraron que estos eventos despertaron emociones intensas que persistieron por mucho tiempo. Las decisiones de iniciar acciones legales se basaban en la lesión original y se vieron influenciadas por el manejo insensible y la mala comunicación posterior al evento original. Cuando se daban explicaciones, menos del 15% se consideraron satisfactorias.

Surgieron cuatro temas principales del análisis de las razones para iniciar juicio [11]:

- Su preocupación por los niveles de cuidado: tanto los pacientes como sus parientes querían prevenir incidentes similares en el futuro;

- La necesidad de una explicación: saber cómo había sucedido la lesión y por qué;
- La indemnización: por las pérdidas reales, el dolor y el sufrimiento o bien para procurar una futura atención para la persona lesionada;
- La responsabilidad: la creencia de que el personal o la organización deberían rendir cuentas por sus acciones, ya que los pacientes querían más honestidad y un reconocimiento de la gravedad del trauma que habían sufrido y asegurarse de que se habían aprendido las lecciones surgidas a partir de sus experiencias.

Después de un evento adverso, los pacientes quieren una explicación de lo sucedido, un reconocimiento de la responsabilidad, una disculpa, la certeza de que se evitarán eventos similares que afecten a otros en el futuro y, en algunos casos, el castigo y la indemnización.

Las barreras comunes para la honestidad con los pacientes tras un evento adverso

Es probable que los prestadores de atención clínica deseen brindarles a los pacientes información precisa y oportuna acerca de un evento adverso, pero temen que tal comunicación pueda llegar a derivar en acciones legales o, como mínimo, una confrontación con un paciente o familiar enojado. La educación específica acerca del proceso de información puede preparar mejor a los profesionales de la salud para tal tipo de acontecimientos. Ellos también podrían llegar a sentirse avergonzados y/o temerosos, lo cual provocaría una angustia mayor en los pacientes, así como también la pérdida de reputación, empleo y/o cobertura de seguro. La revelación de información no se trata de aceptar o asignar culpas, sino de la integridad y del verdadero profesionalismo.

Los principios clave de la información abierta



Los siguientes son los principios clave de la información abierta [12]:

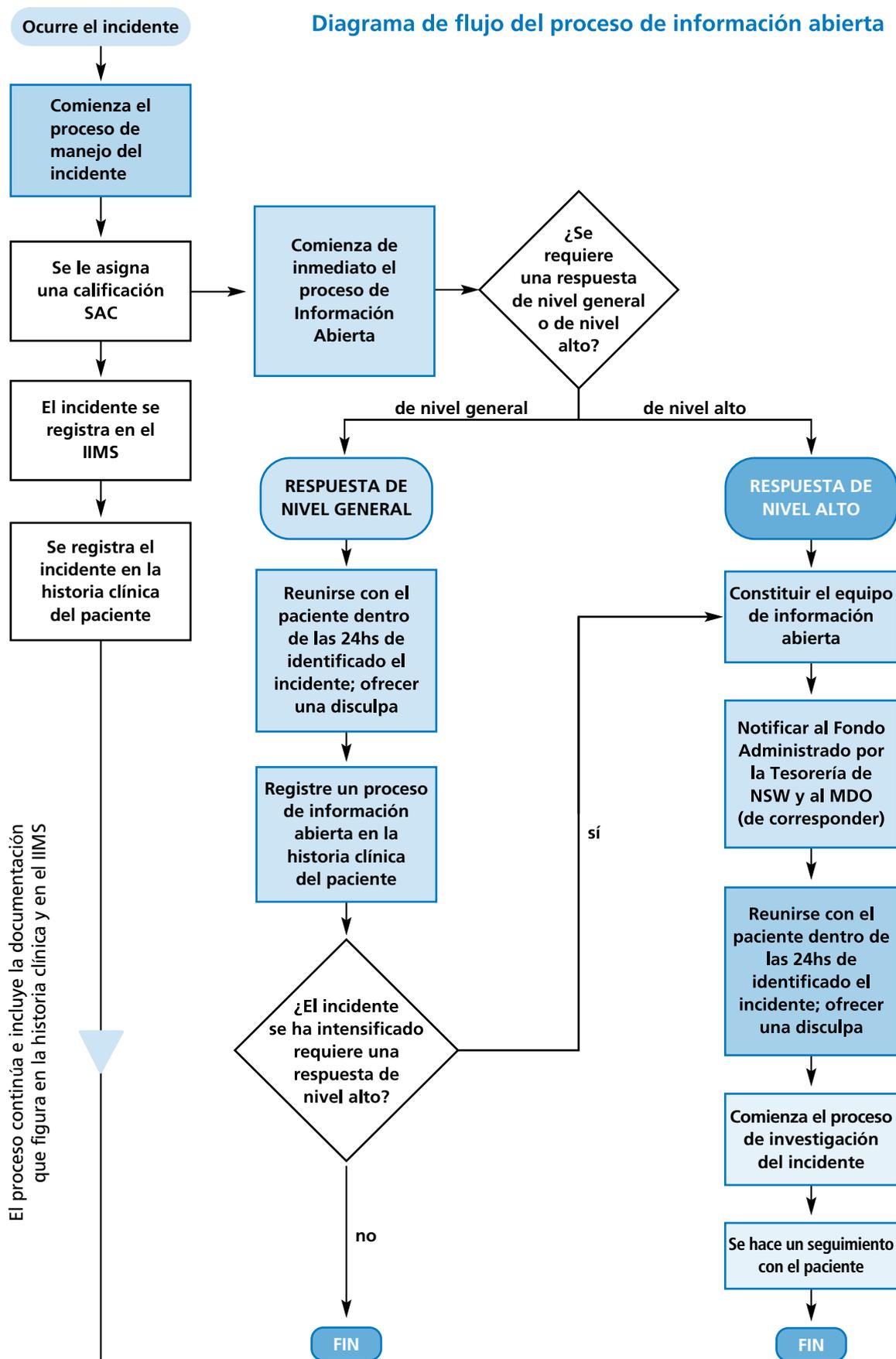
- Apertura y oportunidad de la comunicación;
- Reconocimiento del incidente;
- Expresión de arrepentimiento/disculpas;
- Reconocimiento de las expectativas razonables del paciente y de su persona de apoyo;
- Apoyo al personal;
- Confidencialidad.

El proceso de información abierta incluye muchas etapas. Los profesionales de la salud más experimentados son los responsables de este proceso y jamás se debe dejarles a los estudiantes la responsabilidad de informarles a los pacientes y familiares acerca de un evento adverso. Deberían tratar de observar y reunirse en entrevistas con los pacientes con el fin de aprender acerca del proceso y del valor que tiene para los pacientes y sus familiares. El Gráfico B.8.1 es un diagrama de flujo sobre el proceso de información abierta que se utiliza en Nueva Gales del Sur (Australia) y que comenzó en el año 2007.



Gráfico B.8.1. Proceso de información abierta, Nueva Gales del Sur, Australia

Diagrama de flujo del proceso de información abierta



Fuente: Adaptado del diagrama de flujo del proceso de información abierta http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf [12].

El Marco de Harvard para el proceso de información abierta [13]



incluye siete pasos: preparación, inicio de una conversación; presentación de los hechos; escucha activa; reconocimiento de los que se dijo; conclusión de la conversación, y documentación de la conversación. Antes de tener la conversación en la que se revela la información, es importante revisar todos los hechos involucrados. Se deben identificar a los participantes apropiados para la conversación y comprometerlos, así como también debe elegirse un ámbito propicio para realizar la discusión.

Al inicio de la discusión, es importante determinar la prestancia que el paciente y/o su familia demuestran por participar de la discusión y evaluar su alfabetismo clínico y su capacidad para entender, así como también su nivel general de comprensión. El profesional de la salud que lidere la discusión debería proporcionar una descripción de los que sucedió, evitando jerga técnica relacionada con la medicina. Es fundamental no abrumar al paciente ni a su cuidador asistencial con información, así como tampoco simplificar demasiado las cosas. El profesional de la salud debería tener la precaución de hablar lenta y claramente ser consciente del lenguaje corporal. Una vez recapitulados los acontecimientos, es importante explicar lo que se conoce en esos momentos acerca del resultado y describir los pasos futuros que se habrán de dar. El profesional de la salud debería admitir con sinceridad el padecimiento del paciente y su familia.

Es importante que el profesional de la salud escuche atenta y respetuosamente al paciente y a su familia, y debería tener cuidado en no monopolizar la conversación dejándoles el tiempo y la oportunidad para que formulen preguntas y responderles de la manera más completa posible.

Al final de la conversación, se debería hacer un resumen de lo conversado y replantear las cuestiones clave que surgieron durante la discusión. A esa altura se debería establecer un plan de seguimiento. Luego, se debería documentar correctamente la conversación (y los acontecimientos que condujeron a la misma).

Técnicas avanzadas de comunicación y el proceso de información abierta

Cabe señalar que existe un fuerte contexto emocional en torno a los eventos adversos. Los pacientes suelen tener miedo y pueden sentirse vulnerables, enfadados o frustrados. Los estudiantes deben perfeccionar sus técnicas básicas de comunicación a fin de poder desarrollar la confianza necesaria para lidiar con situaciones de mucha carga emocional.

Hay muchas herramientas y cursos de capacitación para ayudar a los estudiantes y profesionales de la salud a que se comuniquen con los pacientes y sus cuidadores asistenciales. Las clases de comunicación suelen incluir la preparación de los estudiantes para formular las pregun-

tas adecuadas, evitar ser percibido como “muy a la defensiva” y mostrarles a los pacientes cómo se les presta atención y comprensión a sus inquietudes.

Maneras de involucrar a los pacientes y a sus cuidadores asistenciales

Cuando los estudiantes colaboran con los pacientes, ellos deberían:

- Alentar activamente a los pacientes y a sus cuidadores asistenciales a compartir información;
- Demostrar empatía, honestidad y respeto por los pacientes y sus cuidadores;
- Comunicarse eficazmente;
- Obtener el consentimiento informado de manera apropiada;
- Recordar que el intercambio de información es un proceso y no un evento; los estudiantes siempre deberían dejar abierta la oportunidad para que los pacientes regresen con más preguntas;
- Mostrar respeto por las diferencias religiosas, culturales e individuales de cada paciente;
- Entender y describir los pasos básicos del proceso de información abierta;
- Aplicar un pensamiento en pos de la participación del paciente en todas las actividades clínicas;
- Demostrar capacidad para reconocer el lugar de participación del paciente y su cuidador asistencial en todo buen manejo clínico.

SPIKES¹: una herramienta de comunicación



Las herramientas de comunicación SPIKES (sigla en inglés para *Ámbito, Percepción, Información, Conocimiento, Empatía, Estrategia y Resumen*) [14] se utiliza para ayudar a los profesionales de la salud a comunicar malas noticias en situaciones en las que los pacientes se encuentran en la fase terminal de sus vidas. Pero la herramienta SPIKES también se puede usar en general para ayudar en la comunicación con los pacientes y sus cuidadores asistenciales en una amplia variedad de situaciones, como ser el manejo de conflictos, los pacientes mayores, los pacientes difíciles o los que provienen de antecedentes socioculturales diferentes. Los estudiantes pueden comenzar practicando algunas o todas las técnicas enumeradas más abajo. Además de contar con la siguiente lista de verificación fácil de usar, los estudiantes pueden reflexionar y preguntarse: “¿Es así como me gustaría que lo trataran a un familiar mío?”

Paso 1: ámbito (S)

Privacidad

Los estudiantes observarán que en muchos hospitales, clínicas odontológicas, farmacias y demás ámbitos clínicos, quizás no sean óptimos los aspectos de privacidad en cuanto al cuidado y tratamiento del paciente. El ámbito es importante si hay que conversar sobre temas sensibles. El paciente debe poder escuchar y formular

1 SPIKES = Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary

preguntas con mínimas interrupciones. Es muy importante que el profesional de la salud y el paciente estén plenamente compenetrados entre sí. Por ejemplo, si hay una televisión o radio encendida, pídale gentilmente al paciente que la apague. Esto los ayudará a concentrarse en la conversación.

Hacer participar a toda ser querido

A los pacientes siempre se les debería preguntar si quieren contar con la presencia de algún familiar que los apoye y los ayude con la información. Es probable que algunos pacientes, en especial los delicados y vulnerables, necesiten a alguna persona que los ayude a comprender la información. Es particularmente importante avisarles a los pacientes que pueden contar con alguien que los acompañe si así lo desean.

Sentarse

Los estudiantes suelen estar alertas a los problemas causados por los profesionales de la salud que permanecen parados mientras miran a los pacientes o se quedan sentados detrás de su escritorio, y a veces los estudiantes comentan eso al principio de sus carreras. Sin embargo, con el tiempo, pasan a aceptar que se trata de una manera normal de hacer las cosas. Los estudiantes deberían practicar pedirles permiso a los pacientes para sentarse antes de hacerlo, ya que los pacientes valoran que el profesional se siente porque les permite una comunicación directa a la vez que le transmite al paciente la sensación de que el profesional no va a irse a las apuradas.

Es importante dar siempre una sensación de calma y mantener el contacto visual en caso de ser culturalmente apropiado. A veces, si un paciente se echa a llorar, lo mejor es apartar la mirada y dejarle algo de privacidad y tiempo para recomponerse.

Modo de escucha

Un importante rol del profesional de la salud consiste en escuchar a los pacientes y no interrumpirlos cuando hablan. Mantener un buen contacto visual y permanecer callado es una buena manera de demostrarle al paciente preocupación e interés.

Paso 2: percepción (P)

Suele ser útil preguntarle primero al paciente qué es lo que cree que está sucediendo. Esto puede ayudar al profesional a entender dónde se encuentra el paciente en relación con su comprensión de la situación.

Paso 3: Información (I)

Muchos estudiantes se preocupan por cuánta información deberían revelar al paciente. Distintos países cuentan con normas diferentes respecto de este proceso. La regla general que probablemente se aplique en la mayoría de los países y culturas es concentrarse en las necesidades informativas individuales de cada paciente. Los pacientes son tan variados como la humanidad y diferirán en cuánta información desean o pueden manejar.

Los estudiantes deberían recibir orientación al respecto por parte de sus supervisores. Distintos docentes y supervisores brindarán más o menos información. Observar los enfoques que adoptan diferentes profesionales de la salud representa una buena oportunidad para el estudiante de observar qué es lo que funciona para distintas clases de pacientes. Cabe recordar que el paciente es la persona más importante; los estudiantes deben concentrarse en cada paciente para averiguar lo que desean saber y todo lo informado que quieran estar. Los estudiantes no deben suponer que los pacientes no quieren saber.

Las necesidades informativas de los pacientes son diferentes. Si un paciente tiene antecedentes familiares de insuficiencia cardíaca, el médico podrá pasar más tiempo hablando sobre los riesgos relacionados de determinados planes terapéuticos y prestarle atención a toda ansiedad que pudiera tener el paciente.

Una regla sencilla de recordar sobre los riesgos es que todos los pacientes deberían recibir información acerca de los tratamientos siempre que haya potencial riesgo de daño significativo, aun cuando el riesgo sea leve y cuando los efectos colaterales, si bien menores, suelen ocurrir frecuentemente. La aplicación de esta regla ayudará a la mayoría de los profesionales a adecuar la información provista a las necesidades informativas del paciente. Este enfoque mejora la comunicación entre el paciente y el profesional clínico alentando así el intercambio de opiniones entre ambos.

Los estudiantes también observarán que demasiada información de una sola vez puede confundir a los pacientes. El suministro de información debería ser dosificado cuidadosamente y adecuado para la situación particular del paciente. Se puede evitar la sobrecarga de información formulando algunas simples preguntas o comentarios al principio de la consulta, como por ejemplo:

Lo confirmaré con usted para asegurarnos de que le he dado suficiente información acerca de su diagnóstico y/o tratamiento.

O bien: Si, en cualquier momento, usted siente que cuenta con suficiente información por el momento, por favor avíseme.

Los estudiantes se enterarán rápidamente de que los pacientes no retienen información importante que se les da en un momento de mucha ansiedad, en especial si se ha llegado a un diagnóstico difícil (para el paciente). Algunos pacientes quizás no deseen mucha información ni tomar una decisión sobre su tratamiento. Sin embargo, la conversación, las explicaciones y las respuestas a las preguntas siguen siendo necesarias para mantener el respeto por la autonomía del paciente. Algunos pacientes pueden llegar a tener una lista con preguntas que desean conversar con su profesional clínico. Los estudiantes no deberían sentirse amenazados por esto y

deberían repasar con calma cada una de esas preguntas, preferentemente con la presencia de algún docente o supervisor. Si no hay disponible ningún docente, avísele al paciente que confirmará las preguntas con su docente o supervisor.

Paso 4: conocimiento (K)

Los comunicadores eficaces siempre le anticipan al paciente que estarán tratando cierta información inquietante. Esto le da al paciente tiempo para prepararse, aunque sean sólo unos pocos minutos, por ejemplo: *Sr. Smith, por desgracia, tengo malas noticias para usted.*

Paso 5: empatía (E)

Los siguientes cuatro pasos los ayudarán a los estudiantes a prestar atención a las necesidades emocionales de su paciente.

- Escuchar e identificar las emociones del paciente. Si no está seguro de las emociones que expresa o siente, hágale preguntas tales como: *¿Cómo lo hace sentir eso?*
- Identificar el origen de la emoción.
“Es una noticia difícil. ¿Quiere conversar sobre lo que siente? Si lo desea, puedo volver más tarde así podemos volver a hablar cuando haya tenido oportunidad de asimilarlo. Haré mi mejor esfuerzo por responder todas las preguntas que tenga”.
- Mostrarle al paciente que usted reconoce su emoción y de dónde proviene.
- Mantenerse callado. A veces, es importante tan sólo estar allí y dejar que el paciente absorba la información y darle la oportunidad de formular cualquier pregunta.

Resulta inevitable que haya algunos pacientes que son más difíciles de tratar que otros. Los estudiantes observarán que algunos pacientes y sus familiares presentan una comunicación más fluida que otros que son más exigentes y percibidos como de difícil trato. Esto podría obedecer a que han tenido que esperar el tratamiento. Pueden llegar a verse afectados por las drogas o el alcohol o bien padecer alguna enfermedad mental. Cuando los estudiantes se topan con estos pacientes, deberían tratar de recordar los peligros de estereotipar o ser prejuicioso.

No es poco común que se discrimine a determinados grupos dentro de una institución clínica ajetreada. Cuando un paciente o grupo de pacientes (por ejemplo, los drogadictos por inyección) son estereotipados por el equipo de atención clínica, resulta crucial que los estudiantes sean conscientes de cómo sus propios prejuicios o preferencias pueden llegar a interferir con su objetividad y toma de decisiones. Por cierto, más cuidado se requiere en estos casos, en especial porque sus opiniones y actitudes personales pueden llegar a obnubilar su criterio clínico objetivo, lo cual podría acarrear un mal tratamiento o un diagnóstico equivocado.

Paso 6: estrategia y resumen (S)

Siempre es una buena idea resumir la información conversada al final de la consulta. Los pacientes pueden lle-

gar a hacer más preguntas o recordar algo importante. Si surgen nuevas cuestiones de último minuto, fije un momento para una próxima reunión.

A los estudiantes debería alentárselos a practicar estas actividades apenas comienzan a trabajar con los pacientes. Recopilar una historia con los antecedentes del paciente o preguntarles sobre sus principales inquietudes representa una oportunidad magnífica para comprometerse activamente escuchando, formulando preguntas de final cerrado y abierto, y preguntarles a los pacientes si entienden su afección o situación. Alentar a los pacientes a que formulen preguntas constituye un paso primordial.

¿Cómo promover la participación de los pacientes en su propio cuidado?

Los pacientes que desempeñan roles activos en el manejo de enfermedades crónicas parecen gozar de mejores resultados que los pacientes que adoptan un rol más pasivo en su propio cuidado [15-17]. Tanto los pacientes como sus familiares pueden tomar conocimiento de las oportunidades que tienen de participar en la prevención de eventos adversos por medio de actividades generadoras de conciencia y educación sobre los riesgos del daño prevenible. Se los debería alentar para que hagan escuchar ante los prestadores de servicios de salud en cuanto a sus preocupaciones concernientes a su seguridad.

Estrategias y actividades de enseñanza

Este tema se puede dividir en secciones para ser incluidas en el plan de estudios ya existente o bien se puede enseñar como actividad pedagógica independiente. Si el tema se enseña como curso independiente, se puede dictar de las distintas maneras que se enumeran a continuación.

Una disertación interactiva/didáctica



Utilice las diapositivas de apoyo como guía para cubrir todo el tema. Se pueden utilizar diapositivas en PowerPoint o convertirse en filminas para retroproyectores. Comience la clase con un caso de estudio y pídale a los estudiantes que identifiquen algunas de las cuestiones presentadas en la historia.

Debate en pequeños grupos



Se les podría presentar el tema a algunos estudiantes y pedirles que lideren un debate acerca de las áreas cubiertas en este tema. Los estudiantes podrían seguir los encabezados descriptos anteriormente y presentar el material. El tutor que modere esta sesión también debería estar familiarizado con el contenido, para que se pueda agregar información sobre el sistema de salud y el entorno clínico local.

Ejercicios de simulación



Se podrían desarrollar distintos escenarios concernientes a eventos adversos y la necesidad de notificar y analizar errores. Además, las dramatizaciones de conversaciones entre pacientes y estudiantes en distintas situaciones

podrían incluir aquellas en las que haya un conflicto con la información, aquellas situaciones en las que el estudiante no cuenta con la información que el paciente quiere o bien aquellas en las que un paciente se queja de un estudiante. Las dramatizaciones también se podrían basar en realizar una reunión informativa de descargo con un estudiante que ha recibido una queja.

Otras actividades de enseñanza

Existen varios métodos distintos de generar un debate sobre las áreas comprendidas en este tema. Resulta extremadamente valioso hacer que los pacientes vengan a hablar con los estudiantes acerca de sus experiencias con el sistema de salud, en especial las relacionadas con las cuestiones específicas planteadas en la presente Guía Curricular. A continuación se describen otras actividades de enseñanza que se concentran en cuestiones específicas analizadas en este tema.

Aprender sobre las cuestiones legales y éticas asociadas a la información revelada tras la ocurrencia de eventos adversos

La mayoría de los ejemplos de esta Guía Curricular provienen de Australia, el Reino Unido y los EE.UU. Sin embargo, las leyes y expectativas culturales en cuanto a la información revelada pueden variar de país en país.

- Observe las declaraciones de ética de la asociación profesional de su país. ¿Qué dice sobre la revelación de información? Compárelas con la posición de sus colegios o asociaciones profesionales.
- Averigüe sobre entidades de representación de consumidores en su país.
- Busque en sus medios locales notas sobre pacientes que luchan por sus derechos.
- Invite a algún miembro de una entidad que ofrezca seguros de responsabilidad profesional en su actividad para hablar sobre errores y estrategias para reducirlos.

Aprender acerca de los procedimientos de respuesta a las quejas de los pacientes. (Véase el Tema 6.)



- Invite a respetados clínicos expertos para hablar sobre cómo se manejan las quejas en sus prácticas cotidianas.
- Utilizando los casos de estudio de este tema o casos reales que hayan sucedido en su área, pídale a los estudiantes que escriban una carta de disculpas.
- Observe una de las historias de los casos. Desarrolle los posibles costos de los que alguno de los pacientes víctimas del error necesitaría resarcirse del asegurador o bien que debería soportar su familia. Por ejemplo, la pérdida de un empleo, los tratamientos continuos o incluso su fallecimiento.
- Pregúntele informalmente a profesionales de la salud qué es lo que piensan sobre ayudar a los pacientes a plantear quejas. Ensaye los argumentos con un colega o compañero de clase en cuanto a por qué es bueno escuchar la voz del consumidor.
- Invite a pacientes que hayan participado de un proceso

de sustanciación de quejas para hablar de sus experiencias.

Aprender sobre comunicación y revelación de información

Con los estudiantes trabajando en pares o pequeños grupos, haga que un estudiante asuma el rol de uno de los pacientes en los casos donde ha sucedido algún error grave. Que otro estudiante asuma el rol de médico que comunica el error. Después de este ejercicio de dramatización, sondee a los estudiantes para ver cómo se sintieron y qué fue lo que aprendieron. Otro método consistiría en pedirles a los estudiantes ejemplos de participación de los pacientes y sus cuidadores asistenciales en los que hayan tenido experiencia ellos mismos o sus familias. Un método de enseñanza eficaz consiste en hacer que un paciente o familiar que se haya visto involucrado en un evento adverso converse con los estudiantes. Los pacientes son muy buenos docentes en materia de seguridad del paciente.

Aprender acerca de la capacitación del paciente

Pídale a los estudiantes de a pares o en pequeños grupos que recopilen información de pacientes acerca de los aspectos de su atención clínica que los hacen sentir seguros y, por el contrario, los que los hacen sentir inseguros. Como alternativa, los pares de estudiantes podrían hablar con pacientes acerca de modos que sienten que podrían contribuir con su propia seguridad (por ej. verificando la medicación). Deje que los estudiantes vuelvan al plenario y presenten sus hallazgos.

Aprender sobre competencia cultural

En pequeños grupos, pídale a los estudiantes que consideren cómo deberían comunicarse los profesionales de la salud con pacientes procedentes de distintos grupos culturales. Presente un ejemplo de alguna situación en la que un paciente tenga una enfermedad crítica (por ej. cáncer). Converse con los estudiantes sobre las diferencias culturales que podrían repercutir en lo que se le debería decir al paciente.

Reitere el ejercicio en el que un paciente experimenta un evento adverso. Converse con los estudiantes si existen diferencias culturales en la manera en que podría reaccionar un paciente frente a semejante evento.

Actividades para que los estudiantes realicen en sus prácticas clínicas

- Seguir a un paciente por todo su itinerario a través del servicio de atención clínica.
- Seguir al profesional de la salud que está procurando el consentimiento de los pacientes para un procedimiento quirúrgico y reflexionar sobre esa práctica en relación con el marco orientativo para obtener el consentimiento información.
- Pedirles a los estudiantes que pasen un día con otro profesional de la salud (médico, enfermera, fisioterapeuta, odontólogo, trabajador social, farmacéutico, nutricionista, intérprete) y exploren algunas de las ma-

neras en que esas profesiones en particular se involucran con los pacientes y sus cuidadores asistenciales.

- Pídale a los estudiantes que interactúan con los pacientes que busquen información periódicamente sobre la enfermedad o afección desde la perspectiva del paciente.
- Pídale a los estudiantes que interactúan con los pacientes que les pregunten de rutina: *¿Cuáles son las tres cosas más beneficiosas y las tres cosas que usted cambiaría en relación con la atención clínica que recibió o está recibiendo?*
- Pídale a los estudiantes que realicen consultas sobre su institución o servicio de salud en cuanto a si existen procesos o equipos destinados a investigar y notificar eventos adversos. Siempre que sea posible, pídale a los estudiantes que gestionen el permiso del respectivo supervisor para observar o participar en estas actividades.
- Pídale a los estudiantes que averigüen si la institución lleva a cabo reuniones sobre morbilidad y mortandad o bien otros foros de revisión por pares en los que se revisen eventos adversos.
- Exigirles a los estudiantes que hablar entre ellos sobre los errores que han observado en la institución clínica, sin utilizar un enfoque basado en la culpa.
- Pídale a los estudiantes que indaguen sobre un protocolo principal que utilice el personal clínico en el ámbito terapéutico donde estén trabajando. Haga que los estudiantes pregunten sobre cómo se redactó la directriz y cómo es que los integrantes del personal clínico tomaron conocimiento de la misma, saben utilizarla y saben cuándo apartarse de ella.
- Pídale a los estudiantes que escriban un ensayo reflexivo sobre el impacto que tienen los eventos adversos sobre los pacientes.

Casos de estudio

Reconocimiento de un error farmacológico

Este caso de estudio describe la respuesta a un error farmacológico ocurrido en un geriátrico.

(Véase el Tema 6.) → 

Frank es residente de un geriátrico. Una noche, un enfermero le administró insulina por error a Frank, aunque no es diabético. El enfermero reconoció de inmediato su error y lo puso en conocimiento de los demás miembros del personal, quien a su vez se lo informaron a Frank y a su familia. El geriátrico tomó medidas de inmediato para ayudar a Frank y dispuso su traslado a un hospital donde fue internado y puesto en observación antes de regresar al geriátrico. El enfermero fue elogiado por haber informado cabal e inmediatamente la administración incorrecta de insulina. Tras este incidente, el enfermero siguió capacitándose en medicamentos para minimizar la posibilidad de que ocurran errores similares a futuro.

Debate

- Pídale a los estudiantes que lean el caso y debatan sobre los beneficios de las acciones honestas del enfermero desde las perspectivas del paciente y su familia,

el geriátrico, el enfermero involucrado y la administración.

Fuente: Información abierta. Casos de estudio. Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica, 2003, 1:16-18. Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia.

La importancia de escuchar a una madre

Este caso ilustra la importancia de tratar a cada paciente como persona individual y escuchar las inquietudes de los pacientes y sus familiares.

Rachel, madre soltera, dio a luz a su primer hijo. Era un bebé sano de 37 semanas de gestación y pesaba 2,7 kgs. El parto fue normal y tanto la madre como el bebé estaban estables una hora después del parto. La enfermera le informó que ambos tenían todo bien.

La lactancia comenzó seis horas después del parto. La enfermera lo contó oralmente al médico sobre algunas dificultades que había con el pecho de la madre y que el bebé se veía demasiado remolón. Las normas del hospital exigen que a las madres se les dé el alta 36 horas después del parto, por lo que la madre estaba preparada para el alta.

El Doctor A le dijo a Rachel que todo estaba bien y que el bebé tenía ictericia leve que se resolvería en un par de días porque no había incompatibilidad entre los tipos sanguíneos del bebé y de la mamá. El Doctor A le dijo a Rachel que la lactancia debía mejorar en los próximos días en este "bebé sano".

Otro doctor (B) le dijo que regrese al hospital en una semana. Mientras estaba en casa, continuaron las dificultades para amamantarlo y los síntomas de ictericia del bebé se agravaron. Rachel sintió miedo y llevó al bebé a la guardia cuando cumplía sus 72 horas. El médico de la guardia no controló el peso del bebé, pero pidió una prueba del nivel de bilirrubina sérica del bebé. El resultado fue de 13,5 mg/dl (231 µmol/l). El médico dijo que esto era alto para un bebé de 3 días, pero nada de qué preocuparse. Le aconsejó a Rachel regresar en una semana contada a partir de ese día y dijo, riendo: "Su bebé está bien, no se preocupe. Sé lo que estoy diciendo, soy el médico".

A los pocos días, el bebé requirió leche materna cada hora y media y las mamas de Rachel parecían vacías. Las amigas de Rachel que no tienen hijos, le decían: "si el médico dijo que estaba todo bien, entonces todo debe estar bien. No te preocupes".

Cuando el bebé cumplió 10 días, Rachel lo llevó al hospital, tal como se lo había indicado el Doctor B. A esta altura, el peso del bebé había disminuido un 20% y su nivel de bilirrubina era de 35 mg/dl. Durante su examen clínico, el bebé presentó claros signos de encefalopatía bilirrubínica.

El consejo de asesores del hospital intentó comprender cómo se desarrolló esta situación prevenible.

Pregunta

– Pídale a los estudiantes analizar este caso. ¿Qué sucedió y en qué momento? ¿Qué se podría haber hecho para prevenir esta situación y cuándo exactamente?

Desmenuzar las inquietudes de los pacientes y sus cuidadores asistenciales, aun cuando no se expresen plenamente en forma oral, resulta ser una habilidad clave que necesita dominarse. A veces, tanto los pacientes como sus familiares pueden ser rechazados por exceso de ansiedad. Sin embargo, jamás deberíamos pasar por alto sus inquietudes ni dejar de considerarlas cabalmente, ya que debemos tomarlas seriamente en todo momento. Jamás deberíamos hacerles sentir a los pacientes ni a sus cuidadores que sus inquietudes son inapropiadas.

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por el Profesor Jorge Martínez, Líder de Proyecto y analista Funcional, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

La carta de un paciente

Este carta presenta la perspectiva de un paciente sobre su propia experiencia hospitalaria

Soy Alice y tengo 25 años. Tuve un dolor abdominal durante seis días y en verdad tenía miedo porque, un año antes, mi hermana vino con síntomas similares y ahora tiene cáncer intestinal y se está sometiendo a un tratamiento muy agresiva.

Decidí ir sola al hospital para no asustar a toda mi familia. Llegué al hospital temprano a la mañana. No sabía exactamente qué hacer ni a quién ver; era mi primera vez en un hospital. Todos parecían apresurados y no se veían muy amigables. Algunos parecían estar tan atemorizados como yo lo estaba.

Respiré profundo y le pregunté a una señorita, que me miró y sonrió, si sabía dónde estaba el servicio de gastroenterología. Se rió un poco y me dijo: “Soy estudiante y también estoy perdida. Tratemos de encontrarlo juntas. Tengo que ir al mismo lugar”, dijo y me sugirió: “¿Por qué no vamos a la oficina de informes?”

Creí que era una buena idea y, de repente, comencé a sentirme protegida de alguna manera. Una persona que consideraba un profesional de la salud me acompañaba.

Llegamos a la oficina de informes y estaba lleno de gente gritando, algunos de ellos muy enojados. Había una sola persona dando información. Lucy, la estudiante, dijo: “No creo que lleguemos a ningún lugar si intentamos conseguir información aquí”. Le sugerí que siguiéramos los letreros que había visto en la entrada principal.

Después de caminar entre la multitud, llegamos a la entrada principal. Finalmente llegamos al servicio de gastroenterología y Lucy dijo: “Oh, sí, aquí es el lugar. Pregúntale a la enfermera que está allí. Debo irme a mi clase. ¡Buena suerte!”

La enfermera me dijo que no debería haber venido directamente al servicio de gastroenterología, sino que debería haber ido a la guardia primero y allí decidirían sobre mi afección. Entonces, tuve que volver a la sala de guardia. Cuando llegué, había muchísima gente esperando. Me dijeron que tendría que esperar. “Deberías haber venido más temprano”, dijo la enfermera. (“¡¡Yo llegué más temprano!!”)

Al rato, un médico clínico me vio y me ordenó unas radiografías y estudios de laboratorio. Nadie dijo nada ni me dieron explicaciones. En ese momento, estaba más asustada que cuando me desperté con dolor.

Estuve todo el día en el hospital, yendo de un lado para otro. Al final del día, un médico vino y me dijo, en pocas palabras, que estaba bien y que no tenía nada de qué preocuparme, y luego comencé a “respirar” de nuevo.

Me gustaría decirles a las autoridades del hospital que deberían darse cuenta de que todas las personas que concurren al hospital, aun cuando no tengan ninguna enfermedad importante, se sienten estresadas y por lo general no se sienten bien. Necesitamos gente amigable que nos cuide, que trate de entender lo que les contamos y por qué nos sentimos mal. Necesitamos una comunicación clara sobre cómo deberíamos utilizar las instalaciones del hospital. Entiendo que no se puede curar a todo el mundo –por desgracia, ustedes no son Dios– pero estoy segura de que podrían ser más amigables con los pacientes. Los médicos y las enfermeras tienen el increíble poder de que, con sus palabras, gestos y comprensión de la situación del paciente, pueden hacernos sentir seguros y aliviados.

Por favor no se olviden de este poder que tan increíblemente útil para los seres humanos que ingresan a un hospital.

Con el mayor de mis respetos,

Alicia

Debate

– Pídale a los estudiantes debatir acerca de cómo se pueden abordar las ansiedades de los pacientes.

Fuente: Grupo de trabajo de la Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por el Profesor Jorge Martínez, Líder de Proyecto y analista Funcional, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Barrera idiomática

Este caso de estudio se trata de una barrera idiomática surgida en el consultorio de un odontólogo. En este ejemplo, la mala comunicación entre el clínico y el paciente (debido a una barrera idiomática) le provocó al paciente un cuadro de angustia emocional.

Un joven de 18 años había ido con su madre al odontólogo para obturarse una caries. El dentista le diagnosticó caries muy severa del primer molar derecho inferior y, luego de sacar una radiografía, le dijo al paciente en inglés que el diente necesitaba un tratamiento de conducto.

El odontólogo inició el procedimiento de acceso a la cavidad para localizar la ubicación exacta de los canales. Aparentemente, el paciente tenía la impresión de que le iban a obturar una caries común y corriente. Apenas el odontólogo llegó al tejido más sensible de la pulpa, el paciente saltó del dolor. Luego el paciente comenzó a acusar al odontólogo de tratarlo mal. El paciente se rehusó a seguir el tratamiento y salió del consultorio odontológico para dejar asentada una queja formal ante la dirección odontológica de la institución. Luego se descubrió que el paciente no hablaba inglés más allá de algunas pocas palabras como "Ok" y "thank you".

El paciente y su madre continuaron quejándose de que el dentista no se comunicó apropiadamente con él, así como tampoco le explicó el procedimiento.

Preguntas

- ¿Qué factores pudieron haberle impedido al odontólogo determinar si el paciente entendía el idioma inglés?
- ¿Qué factores pudieron haberles impedido al paciente y a su madre de hacerse escuchar antes de que comenzara el tratamiento?

Fuente: Este caso de estudio fue provisto por Shan Ellahi, Consultor en Seguridad del Paciente de los Servicios Comunitarios Ealing and Harrow del Servicio Nacional de Salud, Londres, Reino Unido.

Dar a luz en casa

Este caso describe la manera de incorporar familiares importantes en las decisiones clínicas.

Marie estaba embarazada de su segundo hijo. El primero había nacido en el hospital local sin ningún tipo de complicación. Durante este segundo embarazo, el cuidado prenatal se lo había provisto una partera. Todos los controles indicaban un embarazo saludable y, a las 36 semanas, Marie y su partera conversaron sobre su plan de parto. Marie dijo que le gustaría tenerlo en su casa, pero su marido se sentía un poco inseguro al respecto. Su partera le explicó que el parto hogareño era una opción ya que estaba todo bien con su embarazo y Marie ya tenía antecedentes de parto sin complicaciones en su primera vez.

Cuando Marie llegó a las 39 semanas de embarazo, comenzaron sus contracciones y llamó a su partera, quien la fue a ver a su casa. El nacimiento progresó rápidamente y dentro de las dos horas tenía dilatación completa. Cuando Marie comenzó a pujar, la partera escuchó que la frecuencia cardíaca del bebé estaba disminuyendo. Movié a Marie hacia su flanco izquierdo y le pidió que no pujara. A los cinco minutos, la frecuencia cardíaca del bebé comenzó a mejorar y su cabeza estaba coronando. Un minuto después, nació una beba muy saludable. Tanto la madre como la beba estuvieron bien durante las primeras horas postparto.

Al día siguiente, la partera visitó a Marie y a su marido en su casa. Conversaron sobre el parto. El marido de Marie dijo que la partera le resultó muy experimentada, pero que todavía estaba un poco conmocionado con lo que había sucedido con la frecuencia cardíaca de la beba. Él no había querido que el parto fuera en su casa.

Preguntas

- ¿Cómo podría haber verificado y asegurado la partera de que Marie estaba bien informada acerca de un parto hogareño?
- ¿Cómo pueden involucrarse los parientes (en este ejemplo, el marido) en las opciones y decisiones clínicas?
- ¿Cuál habría sido una buena manera para la partera de abordar las inquietudes del marido?

Fuente: Caso provisto por Marianne Nieuwenhuijze, Partera matriculada y Maestría en Salud Pública, Jefa del Departamento de Investigación sobre Partería, Facultad de Educación y Estudios sobre Partería, Universidad Zuyd, Maastricht, Países Bajos.

Herramientas y materiales de referencia

Farrell C., Towle A., Godolphin W. *Where's the patients' voice in health professional education?* ["¿Dónde está la voz del paciente en la educación de los profesionales clínicos?"] Vancouver, Departamento de Comunicación Clínica, Universidad de British Columbia, 2006 (<http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/PtsVoiceReportbook.pdf>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Taller sobre seguridad del paciente

Building the future for patient safety: developing consumer champions—a workshop and resource guide. ["Cómo forjar el futuro de la seguridad del paciente: cómo desarrollar defensores de los consumidores; taller y guía de recursos] Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Financiado por la Agency for Healthcare Research and Quality (<http://patientsafety.org/page/102503/>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Atención centrada en el paciente

Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-centred care to empower patients and assist pro-

viders. [“Cómo expandir la atención centrada en el paciente para facultar a los paciente y ayudar a los prestadores”] *Research in Action*. 2002, número 5, (<http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Leape et al. Transforming healthcare: a safety imperative. [“Cómo transformar la atención clínica: un imperativo de seguridad”] *Quality & Safety in Health Care*, 2009, 18:424–428.

Errores médicos

Talking about harmful medical errors with patients. [“Cómo hablar con los pacientes sobre los errores médicos perjudiciales”] Seattle, Universidad de Washington, Facultad de Medicina. (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Información abierta

Open disclosure education and organisational support package. [“Paquete de apoyo institucional y educación en información abierta”] Proyecto de Información Abierta 2002–2003, Consejo Australiano para la Seguridad y Calidad de la Atención Clínica ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/\\$File/OD-LiteratureReview.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf); accedido el 21 de febrero de 2011).

Open Disclosure. [“Información abierta”] Comisión Australiana para la Seguridad y la Calidad, 2 de diciembre de 2010 (<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Open disclosure guidelines. [“Directrices para la información abierta”] Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia, Departamento de Salud, mayo de 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policias/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

¿Cómo evaluar los conocimientos de este tema?

Los detalles acerca de la evaluación de la seguridad del paciente se brindan en la Guía para el Docente (Parte A). Sin embargo, existen una serie de métodos de evaluación que resultan apropiados para este tema, como ser los ensayos, las preguntas de opción múltiple, las preguntas breves de mejor respuesta posible, los debates sobre casos y la autoevaluación. A los estudiantes se los puede alentar a desarrollar un enfoque de portafolio en cuanto al aprendizaje de la seguridad del paciente. El beneficio del enfoque de portafolio consiste en que al finalizar la carrera, los estudiantes contarán con una colección de todas las actividades relacionadas con la seguridad del paciente y así podrán utilizarlas para avalar solicitudes de empleo y el ejercicio de su futura actividad profesional.

Los conocimientos del manejo del riesgo clínico se pueden evaluar utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

- Portafolios;
- Un debate sobre casos,
- Una estación de ECEO (Examen Clínico Estructurado por Objetivos);
- Observaciones escritas sobre el sistema de salud (en general) y las fuentes potenciales de error;
- Declaraciones reflexivas sobre el rol que juegan los pacientes en los hospitales o clínicas, las consecuencias del paternalismo, el rol de los clínicos más experimentados en procesos de información abierta y/o el rol de los pacientes como docentes.

La evaluación puede ser formativa o sumativa; las clasificaciones pueden ir desde una nota conceptual de satisfactorio/insatisfactorio hasta una numérica. (Véanse los formularios que figuran en el Anexo 2 de la Parte B para conocer ejemplos de evaluaciones.)

Sería importante incluir a un representante de los pacientes en el equipo de evaluación.

¿Cómo evaluar la enseñanza de este tema?

La evaluación es importante al momento de revisar cómo fue una clase y cómo se pueden realizar mejoras. Véase la Guía para el Docente (Parte A) para conocer un resumen de los principios de evaluación importantes.

Referencias

1. Patients for patient safety: statement of case. [“Pacientes para la seguridad del paciente: declaración del caso”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/index.html; accedido el 21 de febrero de 2011).
2. Kerridge I., Lowe M., McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, [“La ética y el derecho para las profesiones de la salud”] 2da ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216–235.
3. Emmanuel L et al, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum*. [“El contenido curricular básico del proyecto de educación en seguridad del paciente (PSEP)”] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework*. [“Marco nacional sobre educación en seguridad del paciente”] Estado Libre y Asociado de Australia, 2007.
5. Genao I. et al. Building the case for cultural competence. [“Cómo sustentar el argumento a favor de la competencia cultural”] *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136–140.
6. Gallagher TH et al. Patients’ and physicians’ attitudes regarding the disclosure of medical errors. [“Las actitudes de los pacientes y los médicos sobre la infor-

- mación de errores médicos”] *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001–1007.
7. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? [“¿Deberíamos informarles a los pacientes sobre errores médicos perjudiciales. De ser así, ¿cómo?”] *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253–259.
 8. Davis RE et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? [“La participación del paciente en su seguridad: ¿qué factores influyen en su participación y compromiso?”] *Health Expectations*, 2007, 10:259–267.
 9. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? [“Seguridad del paciente: ¿qué hay del paciente?”] *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76–80.
 10. Open disclosure health care professionals’ handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard. [“Manual de información abierta para los profesionales de la salud: un libro de texto para ayudarlos con la implementación del principio de información abierta”] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/./hlthcareprofbk.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).
 11. Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? [“¿Por qué la gente demanda a los médicos?”] *Lancet*, 1994, 343:1609–1613.
 12. *Open disclosure guidelines*. [“Directrices sobre la información abierta”] Sídney, Nueva Gales del Sur, Australia, Departamento de Salud, mayo de 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).
 13. Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. [“Cuando las cosas salen mal, cómo responder ante eventos adversos: declaración de consenso de los Hospitales de Harvard”] Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
 14. Desarrollado por el Dr. Robert Buckman, Profesor Asociado de Oncología Clínica, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá. Modificado a partir de: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. [“Los principios codificados mejoran la comunicación entre médicos y pacientes”] *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13–17.
 15. Bower P et al. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. [“La eficacia clínica y de costos de los tratamientos de autoayuda para los trastornos de ansiedad y depresión en la atención primaria: una revisión sistemática”] *British Journal of General Practice*, 2001, 51:838–845.
 16. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. [“La eficacia de los materiales educativos impresos dirigidos a pacientes con enfermedades crónicas: una revisión sistemática de los ensayos controlados”] *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51–62.
 17. Montgomery P. et al. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. [“Los tratamientos conductuales basados en los medios para los problemas de conducta de los niños”] *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

Diapositivas para el Tema 8: ¿Cómo involucrarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una disertación didáctica, es una buena idea planificar la interacción y el debate de los estudiantes durante la presentación. Utilizar un caso de estudio es una manera de generar un debate en grupo. Otra forma consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en este tema, tales como la cultura de la culpa, la naturaleza del error y cómo se manejan los errores en otras actividades.

Las diapositivas para el Tema 8 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar las diapositivas a fin de adaptarlas al entorno y la cultura locales. Los docentes no tienen que usar todas las diapositivas y lo mejor es adaptarlas a las áreas que se están cubriendo en la clase.

Introducción a los Temas 9-11

¿Cómo poner en práctica los conocimientos?: control de infecciones, procedimientos invasivos y seguridad de la medicación

Los siguientes tres temas se enseñan mejor cuando los estudiantes se están capacitando en su entorno de práctica profesional, como ser un hospital, una clínica o un ámbito comunitario.

Gran parte de esta Guía Curricular será conocimiento novedoso para los estudiantes. Sin embargo, a menos que apliquen estos nuevos conocimientos en el ámbito práctico, se darán muy pocos cambios en la calidad de la atención clínica que provean ellos y los profesionales de la salud y que a su vez reciban los pacientes. Los estudiantes deben practicar las técnicas y conductas descritas en esta Guía Curricular. Los siguientes tres temas sobre control de infecciones, procedimientos invasivos y seguridad de la medicación han sido desarrollados desde la perspectiva de la seguridad del paciente y las más recientes directrices basadas en la evidencia. Los temas están diseñados para maximizar la capacidad de los estudiantes para aplicar los conceptos y principios de seguridad mientras trabajan en la comunidad, el hospital, la clínica o cualquier otro ámbito sanitario. Antes de enseñar alguno de estos temas, sería beneficioso para los estudiantes tener algo de exposición a los conceptos presentados en los temas anteriores, en especial los que tienen que ver con el trabajo en equipo, el pensamiento sistémico y los errores.

El Tema 4: *Cómo ser un jugador eficiente en equipo* constituye un aprendizaje previo esencial para cada uno de los siguientes temas. Las respuestas adecuadas a las cuestiones presentadas en cada uno de estos temas dependen de que cada integrante del equipo de atención clínica (incluidos los estudiantes) sepan la relevancia y la importancia de una comunicación precisa y completa tanto oral como escrita con los demás, incluso con los

pacientes y sus familiares. Los estudiantes deberían familiarizarse con las técnicas de verificación, elaboración de listas de verificación, informes técnicos específicos y reuniones informativas de descargo, comentarios críticos y la oportuna derivación o pase de guardia durante el tiempo que pasen con los pacientes y sus familiares. Una vez que los estudiantes vean la relevancia de tales técnicas, tendrán mayores probabilidades de utilizarlas.

Los siguientes tres temas se basan fuertemente en la implementación de directrices apropiadas y autorizadas. A medida que los estudiantes comienzan a entender el rol de las directrices y por qué son importantes para la atención clínica, entenderán cómo los resultados positivos obtenidos por el paciente dependen de que todos los integrantes del equipo clínico sigan los mismos planes terapéuticos. Las directrices están diseñadas para ayudar con el manejo del paciente utilizando la mejor evidencia disponible. La práctica informada por la evidencia utiliza la mejor evidencia disponible para disminuir las variaciones que se dan en la práctica y así reducir los riesgos que enfrentan los pacientes. Existe mucha evidencia que demuestra que el uso apropiado de directrices clínicas puede minimizar los eventos adversos [1, 2].

Referencias

1. *Clinical evidence* [sitio web]. Londres, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (<http://www.clinicalevidence.bmj.com>; accedido el 26 noviembre de 2008).
2. Instituto de Medicina. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. [“Cómo cruzar el abismo de la calidad: un nuevo sistema sanitario para el siglo XXI”] Washington, DC, National Academies Press, 2001.

Tema 9

Prevención y control de las infecciones

Este tema reconoce el trabajo del Primer Desafío Global sobre Seguridad del Paciente de la OMS: una Atención Limpia es una Atención más Segura, Ginebra, Suiza.

Introducción: el control de las infecciones es importante para la seguridad del paciente



Las enfermedades infecciosas son dinámicas por naturaleza y siguen emergiendo y re-emergiendo una y otra vez. En la actualidad, debido a las enfermedades graves como el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y la hepatitis B, C y D, el eje del control de las infecciones ha cambiado. En el pasado, el control de las infecciones se centraba principalmente en cómo proteger a los pacientes, en especial durante la cirugía, pero ahora es igual de importante proteger a los profesionales de la salud, entre otros participantes de la comunidad. La propagación de infecciones en ámbitos clínicos afecta a cientos de millones de personas en todo el mundo. Estas infecciones aumentan el sufrimiento de los pacientes y pueden prolongar el tiempo de internación hospitalaria. Muchos de estos pacientes infectados sufren discapacidad permanente y un número significativo de ellos fallece. Una cantidad cada vez mayor de infecciones se ve impulsada por microbios resistentes a los tratamientos convencionales. Las infecciones asociadas a la atención clínica (las IAAC) también aumentan los costos tanto para los pacientes como para los hospitales. Períodos más prolongados de internación hospitalaria, así como la necesidad de un mayor nivel de atención pueden ejercer presión sobre los sistemas de salud. Esta tendencia alarmante ha llevado a que los profesionales de la salud, los administradores, las instituciones y los gobiernos presten una atención cada vez mayor a la prevención de infecciones.

La OMS [1] define una infección asociada a la atención clínica (también denominada *hospitalaria*) como la infección adquirida en el hospital por un paciente que fue internado por otro motivo que no fuere dicha infección y/o una infección [2] que se da en el paciente dentro de un hospital u otra institución clínica en el que no estaba presente la infección ni se estaba incubando al momento de su internación. Esto incluye a las infecciones que se adquieren en el hospital, pero que aparecen recién después del alta, así como también a las infecciones ocupacionales que se dan entre el personal de las instituciones clínicas.

Hepatitis C: la reutilización de agujas

Este caso ilustra lo fácil que es caer involuntariamente en la reutilización de una jeringa.

Sam, un hombre de 42 años de edad, tenía programada una endoscopia en una clínica local. Antes del procedimiento, le inyectaron sedantes. Sin embargo, tras varios minutos, la enfermera advirtió que Sam se veía incómodo y requería sedación adicional. Utilizó la misma jeringa, la puso en el mismo vial de suero sedativo abierto y se lo volvió a inyectar. El procedimiento continuó según su curso normal. Varios meses más tarde, a Sam, que padecía de una inflamación en el hígado, dolor de estómago, fatiga e ictericia, le diagnosticaron hepatitis C.

Se contactó a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla oficial en inglés) ya que otros 84 casos de enfermedad hepática se habían vinculado con esa misma clínica. Se creyó que el vial de suero sedativo pudo haber estado contaminado desde la contracorriente hasta la jeringa y que el virus pudo haber pasado desde el vial contaminado. Varios trabajadores de la salud comentaron que era práctica común la reutilización de la jeringa en un mismo paciente (y de este modo poner una jeringa ya utilizada en un vial común).

Fuente: Sonner S. CDC: syringe reuse linked to hepatitis C outbreak. ["El CDC: la reutilización de jeringas vinculadas con el brote de hepatitis C"] Reno, NV, The Associated Press, 16 de mayo de 2008.

En el recuadro que aparece más adelante figuran algunas estadísticas de la OMS sobre la incidencia de las IAAC en todo el mundo. Todos, desde los profesionales de la salud hasta los pacientes, pasando igualmente por los demás miembros de la comunidad, tienen la responsabilidad de disminuir las oportunidades de contaminación de manos y equipos. Asimismo, los estudiantes de medicina y demás profesiones de la salud deben conocer los métodos y tecnologías de esterilización que les permiten hacer un uso seguro del instrumental que emplean en el tratamiento de los pacientes. La prevención de infecciones siempre debe ser la prioridad de todo trabajador de la salud y, como tal, es un componente clave en los programas sobre seguridad del paciente. Este tema expone las áreas principales en las que ocurren las infecciones cruzadas e identifica las actividades y conductas que podrían llevar a una menor incidencia de las IAAC en caso de ser puestas en práctica en forma rutinaria por todos los involucrados.

Recuadro B.9.1. Infecciones asociadas a la atención clínica: escala y costo

- En los países desarrollados, las IAAC conciernen al 5-15% de los pacientes internados y puede afectar al 9-37% de los internados en unidades de terapia intensiva (UTI) [3].
- Se estima que aproximadamente 5 millones de IAAC por año ocurren en hospitales de agudos en Europa, lo que provoca unos 25 millones más de días de internación [3].
- En Inglaterra, más de 100.000 casos de IAAC provocan más de 5000 muertes directamente atribuidas a infecciones cada año [3].
- La tasa de incidencia estimada de IAAC en los EE.UU. fue de 4,5% en 2002; aproximadamente unas 100.000 muertes se atribuyeron a IAAC [3].
- No existen cifras globales similares para los países en vías de desarrollo. Hay un mayor riesgo de IAAC en estos países. Los datos recopilados a partir de un número limitado de estudios realizados en hospitales reflejó que la prevalencia de IAAC era del 15,5% y llegó a ser del 47,9 por cada 1000 pacientes/días de internación en UTI [4].
- El riesgo de infecciones en sitios quirúrgicos (ISQ) en los países en vías de desarrollo es significativamente mayor que en el mundo desarrollado. La incidencia acumulativa sondeada de ISQ fue de 5,6 por cada 100 procedimientos quirúrgicos, que fue la principal causa de infección en los hospitales [4].
- Los datos de Europa demuestran que las IAAC representan una carga económica de entre 13 y 24 mil millones de euros por año [3].
- El costo económico anual de las IAAC en los EE.UU. en el año 2004 fue de aproximadamente US\$6.500 millones [3].

Palabras clave

Prevención y control de las infecciones, higiene de manos, transmisión, infección cruzada, infección asociada a la atención clínica (IAAC), resistencia a los antimicrobianos (RAM), organismos resistentes a múltiples drogas, infección por SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina), técnica aséptica, precauciones estándar.

Objetivo pedagógico



Demostrar los efectos devastadores de una inadecuada prevención y control de las infecciones en los ámbitos clínicos para mostrarles a los estudiantes cómo pueden ellos, como miembros individuales del equipo clínico, ayudar a minimizar los riesgos de contaminación e infección a fin de mejorar la seguridad del paciente.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

La prevención y el control de las infecciones es la aplicación de la microbiología en la práctica clínica y su éxito depende de un sólido conocimiento teórico de la microbiología que subyace a las prácticas clínicas seguras y una prudente indicación de antimicrobianos.

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes deben saber:

- La extensión del problema;
- Las principales causas y tipos de IAAC;
- Los modos de transmisión de las infecciones en los ámbitos clínicos;
- Los principios y métodos más importantes para la prevención y control de las IAAC.

Requisitos de actuación



Los estudiantes deben:

- Aplicar las precauciones estándar;
- Asegurar la adhesión a otras medidas de prevención y control de las infecciones según corresponda;
- Aplicar los principios de la asepsia;
- Estar inmunizados contra la hepatitis B;
- Usar y descartar apropiadamente la indumentaria y el equipo de protección;
- Saber qué hacer si llegar a exponerse a sangre u otros fluidos corporales;
- Utilizar y descartar correctamente todo instrumental filoso o cortante;
- Actuar como modelo de conducta para los demás integrantes del personal clínico;
- Educar a los miembros de la comunidad sobre cómo pueden ayudar a prevenir las infecciones;
- Alentar a otros a emplear las precauciones estándar para prevenir y controlar las IAAC;
- Entender la potencial carga social, económica y emocional de las IAAC en los paciente y actuar en consecuencia;
- Poder conversar con sensibilidad y claridad sobre las IAAC con los pacientes y sus parientes.

La extensión del problema

La urgencia



Tal como se describió anteriormente, las IAAC son la principal amenaza para la seguridad del paciente en todo el mundo, cuyo impacto lo pueden sentir familias, sociedades y sistemas de salud en general. Los índices de IAAC siguen siendo elevados a pesar del incremento en la concientización y las medidas destinadas a reducir dichas infecciones, las cuales suelen ser causadas por distintos tipos de bacterias, incluidas las que causan la tuberculosis, u hongos y virus (por ej. el VIH y la hepatitis B). La mayor tasa de IAAC observada en los países desarrollados y en vías de desarrollo durante los últimos 20 años han planteado nuevos desafíos para la atención clínica moderna. En la actualidad, los antibióticos suelen ser ineficaces y más del 70% de las IAAC bacterianas son resistentes a como mínimo una de las drogas que se suelen utilizar para tratarlas. Varios de los organismos resistentes a los antimicrobianos (RAM) que se encuentran en ámbitos hospitalarios, tales como el SARM y el *Enterococo* resistente a la vancomicina (ERV), son extremadamente difíciles de tratar. Esto significa que un gran grupo de pacientes infectados quedan internados en el hospital por más tiempo y son tratados con drogas menos eficaces que son más tóxicas y/o más costosas. Algunos de estos individuos infectados no se recuperan y otros desarrollar complicaciones permanentes debido a la incorrecta elección del tratamiento o bien de demoras en el inicio del tratamiento adecuado. La carga general de todos estos aspectos del problema todavía no se conoce en su totalidad, pero definitivamente es muy elevada.

La tuberculosis resistente a múltiples drogas (TB) constituye un problema significativo porque las drogas estándar que se han venido utilizando para tratarla ya dejaron de ser eficaces. Las IAAC son un problema tanto en los ámbitos de atención primaria como comunitaria.

Hay disponibles soluciones prácticas. Existen varias prácticas que se deberían emplear para evitar la contaminación, eliminar los microorganismos de los equipos y el medio ambiente, y así prevenir la transmisión cruzada. Se requiere el uso de varios de estos métodos juntos para una prevención y un control eficaces de las IAAC. Sin embargo, las intervenciones clínicas cada vez más complejas hacen que el control de las infecciones sea todo un desafío.

Los profesionales de la salud deben estar alertas al momento de aplicar una serie de métodos preventivos para controlar diversos patógenos en todos los entornos sanitarios, no sólo en los hospitales. Cuando los estudiantes trabajan en las salas de guardia, visitan una clínica o realizan una visita domiciliaria, tienen la misma posibilidad de transmitir una infección como cualquier otro trabajador de la salud. Los organismos RAM no discriminan y si bien se encuentran principalmente en los ámbitos de atención de agudos, estos microbios pueden aparecer o

ser transmitidos en cualquier ámbito en el que se trate a pacientes.

El vínculo entre la higiene de manos y la propagación de enfermedades quedó establecido alrededor de 200 años atrás. Varias líneas de evidencia empírica han demostrado que la higiene de manos es un método simple y eficaz que puede contribuir a la reducción de las IAAC.

La carga económica

Los costos asociados a la atención y al tratamiento de los pacientes que padecen una IAAC son significativos y aportan gastos sustanciales a los presupuestos sanitarios de todos los países, así como también a la carga económica que deben afrontar los pacientes y sus familias. El impacto económico anual de las IAAC en los EE.UU. fue de aproximadamente unos US\$6.500 millones en el año 2004 [5]. Los costos asociados a las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a cateterismos (ITS-AC), infecciones en sitios quirúrgicos y neumonías asociadas a ventiladores se estimaron en general por encima de los US\$5.500 por episodio. Las ITS-AC causada por SARM puede llegar a costar hasta US\$38.000 por episodio [6]. Los estudios también reflejan que por cada libra esterlina que se gasta en soluciones para manos a base de alcohol, se pudieron ahorrar de 9 a 20 libras esterlinas en gastos de teicoplanina [7]. Estos costos pueden representar un porcentaje significativo de los presupuestos sanitarios totales de estos países y, una vez más, cabe recalcar que probablemente sean mayores en los países en vías de desarrollo [4].

La respuesta global



Al reconocer esta crisis mundial, la OMS estableció la campaña: *SALVE VIDAS: Lávese las manos* para abordar a nivel global el problema de los altos índices de IAAC. El eje primordial de esta campaña se centró en mejorar la higiene de manos en todos los tipos de instituciones sanitarias de todo el mundo mediante la implementación de las recomendaciones presentadas en las *Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención clínica* [1]. La OMS ha elaborado otros tantos materiales por los que brinda orientación práctica para facilitar la implementación de distintas recomendaciones.

El CDC de los Estados Unidos está llevando a cabo una campaña para prevenir los RAM. Esta campaña apunta a la prevención del desarrollo de RAM en los ámbitos clínicos mediante el uso de diversas estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones, el uso prudente de antimicrobianos y sobre cómo prevenir la transmisión de infecciones. Esta campaña está dirigida a los clínicos que tratan a grupos especiales de pacientes, como pueden ser los adultos hospitalizados, los pacientes de diálisis, los quirúrgicos, los niños internados y los pacientes de cuidados permanentes [8].

La campaña, *5 millones de vidas* [9], del Instituto de Mejoramiento de la Atención Clínica (IHI, por su sigla oficial

en inglés) apuntó a reducir las infecciones por SARM mediante la implementación de cinco estrategias de intervención clave:

1. higiene de manos;
2. descontaminación del entorno y equipo terapéuticos;
3. vigilancia activa de los cultivos;
4. precauciones en cuanto al contacto con pacientes infectados y colonizados;
5. cumplimiento de los protocolos para el uso adecuado de catéteres venosos centrales y los cables del respirador.

Al mes de junio de 2011, 124 países habían firmado una declaración con la OMS, por la cual se comprometían a abordar el problema de las IAAC [10], y se habían lanzado 43 campañas nacionales y subnacionales sobre higiene manos en distintos países a fin de tomar medidas para incorporar las medidas de prevención de las IAAC en sus campañas a nivel nacional y hospitalario [11].

Precauciones

El CDC publicó una serie de *precauciones universales* o precauciones universales para el contacto con sangre y fluidos corporales con el fin de proteger a los trabajadores de la salud de su exposición ocupacional al VIH. Esta serie de precauciones fue diseñada para prevenir la transmisión del VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) y demás patógenos transmitidos por sangre durante la administración de primeros auxilios o atención clínica. Según dichas precauciones universales, tanto la sangre como determinados fluidos corporales de todos los pacientes son considerados como potencialmente infecciosos para el VIH, el VHB y otras enfermedades de transmisión sanguínea [12]. Estas precauciones incluyen el uso de equipo de protección personal (EPP), como ser guantes, barbijo, camisolín y anteojos apropiados para el riesgo anticipado y la higiene de manos, así como también las precauciones para evitar las lesiones por pinchazos con agujas tanto a pacientes como a trabajadores de la salud.

Recomendaciones recientes incluyen dos niveles de precauciones: las precauciones estándar y las adoptadas ante transmisiones específicas.

Precauciones estándar

Las precauciones estándar tienen por objeto ser aplicadas a la atención de todos los pacientes en todos los ámbitos clínicos, independientemente de la presencia sospechosa o confirmada de un agente infeccioso. Estas precauciones constituyen la estrategia primordial para la prevención de infecciones y se basan en el principio de que todo tipo de sangre y demás fluidos corporales, secreciones y excreciones, excluida la transpiración, pueden llegar a contener agentes infecciosos. Estas precauciones incluyen: higiene de manos; el uso de guantes, un camisolín, un barbijo, protección ocular o escudo facial, según cuál sea la exposición anticipada; y las prácticas de inyección segura. Además, los equipos o elementos del entorno del paciente que probablemente hayan sido

contaminados con fluidos corporales infecciosos deben ser manipulados en forma adecuada a fin de prevenir la transmisión de agentes infecciosos. La higiene respiratoria o las normas de etiqueta al toser (que se describen más adelante en este mismo tema) también podrían formar parte del conjunto de precauciones estándar.

Precauciones ante transmisiones específicas

Las precauciones ante transmisiones específicas deberían utilizarse siempre que se está tratando a pacientes que se sabe o sospecha que están infectados o colonizados con agentes infecciosos. En estas situaciones, son necesarias medidas de control adicionales para prevenir con eficacia la respectiva transmisión. Dado que no se suele conocer el agente infeccioso al momento de la internación en una institución clínica, estas precauciones se aplican de acuerdo con el síndrome clínico y los probables agentes etiológicos, y luego se modifican en función de los resultados de los estudios. Hay tres categorías de precauciones específicas: las de contacto; las de gotitas y las aéreas. Estas diferentes precauciones se abordan con mayor detalle más adelante en este mismo tema.

Infecciones asociadas a la atención clínica

(IAAC): sus causas y vías de transmisión



Las IAAC son causadas por bacterias, virus y hongos. Pueden provenir de fuentes humanas o ambientales. Entre las fuentes humanas de agentes infecciosos se encuentran los pacientes, los trabajadores de la salud y las visitas. Los individuos que tienen infecciones activas, infecciones asintomáticas, se encuentran en el período de incubación de una infección, o bien están colonizados con determinados tipos de microorganismos pueden actuar como fuentes causales de IAAC. La flora endógena de los pacientes también puede causar IAAC. Las fuentes ambientales incluyen los alimentos, el agua o los medicamentos contaminados (por ej. fluidos intravenosos). Estos suelen causar brotes, a diferencia de infectar solamente a unos pocos individuos.

Para que suceda una infección, los microorganismos infecciosos necesariamente deben ser transmitidos desde una fuente hasta el sitio de entrada en un huésped susceptible, siempre que puedan multiplicarse y luego colonizar o bien causar la enfermedad.

Los microorganismos pueden transmitirse de muchas maneras distintas dentro de los ámbitos clínicos. Algunos ejemplos se enumeran a continuación:

Transmisión por contacto directo

La transmisión de persona a persona puede darse cuando los microbios presentes en la sangre u otros fluidos corporales de un paciente ingresan a un trabajador de la salud (o viceversa) mediante el contacto con una membrana mucosa o roturas (cortes o abrasiones) en la piel.

Transmisión indirecta

Las infecciones pueden transmitirse indirectamente por

medio de dispositivos tales como termómetros, otros equipos inadecuadamente descontaminados, dispositivos médicos o juguetes, que los trabajadores de la salud pasan de un paciente a otro. Este probablemente sea el modo más común de transmisión en los ámbitos clínicos.

Transmisión por gotitas

Las gotitas respiratorias que portan patógenos infecciosos se generan cuando una persona infectada tose, estornuda o habla, así como también durante procedimientos tales como el de succión o entubación endotraqueal. Estas gotitas viajan directamente desde el tracto respiratorio de la persona infectada hasta las superficies mucosas susceptibles del receptor, que se encuentran a poca distancia. Los barbijos faciales pueden prevenir la transmisión por gotitas.

Transmisión por vía aérea

La transmisión por vía aérea de enfermedades infecciosas se da a través de la diseminación de núcleos de gotitas portadas por el aire (partículas que surgen a partir de la desecación de gotitas suspendidas) o bien de pequeñas partículas presentes en un rango de tamaño respirable y que contienen agentes infecciosos que quedan activos con el tiempo y a la distancia (por ej. las esporas de *Aspergillus* spp. y de *Mycobacterium tuberculosis*). Estas se pueden esparcir a lo largo de grandes distancias por la acción de corrientes de aires y pueden llegar a ser inhaladas por individuos que no han tenido un contacto directo con la fuente de infección.

Exposición percutánea

La exposición percutánea se da a través de elementos filosos o cortantes contaminados.

Las poblaciones de pacientes que son especialmente susceptibles a infecciones asociadas a la atención clínica

Los pacientes particularmente vulnerables a la colonización e infección son aquellos que tienen una grave enfermedad de base, una cirugía reciente o dispositivos permanentes, tales como catéteres urinarios o tubos endotraqueales.

Los siguientes cuatro tipos de infecciones representan alrededor del 80% de todas las IAAC: las infecciones del tracto urinario, por lo general están asociadas a catéteres; las infecciones de sitios quirúrgicos; las infecciones del torrente sanguíneo asociadas al uso de dispositivos endovasculares; y la neumonía asociada a los respiradores. Las infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres son las más frecuentes y representan alrededor del 36% de todas las IAAC [13]. Las infecciones de sitios quirúrgicos son las segundas en frecuencia y representan en torno al 20% de todas las IAAC. Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas al uso de dispositivos endovasculares y la neumonía asociada al uso de respiradores representan cada una de ellas otro 11% de las IAAC.



La evidencia demuestra que los índices de infección se pueden reducir si los trabajadores de la salud cumplen con las directrices sobre prevención y control de las infecciones y los pacientes reciben el alta lo antes posible. Muchos pacientes de IAAC (alrededor del 25%) se encuentran en las UTI y más del 70% de las infecciones en estos pacientes obedecen a microorganismos resistentes a más de un antibiótico [13].

¿Cómo prevenir las infecciones asociadas a la atención clínica?: cinco áreas de capacitación prioritaria para los estudiantes

A lo largo de su carrera, los estudiantes trabajarán en muchos ámbitos en los que existe riesgo de transmisión de infecciones. Los estudiantes deberían encarar cada situación pensando en que tiene el potencial de provocar infecciones al paciente o al trabajador de la salud, incluso a ellos mismos. Esto significa que los estudiantes deberán llevar a cabo de rutina actividades tendientes a la prevención de infecciones, como ser el uso de técnicas correctas de higiene de manos, uso adecuado de EPP (por ej. guantes y camisolines), asegurarse de que los instrumentos y dispositivos hayan sido sometidos a los procedimientos de esterilización recomendados y adherir a las políticas y recomendaciones en materia de prevención de las infecciones en situaciones específicas, incluido el uso de una correcta técnica aséptica y una práctica segura en el manejo de residuos, en especial los que tengan que ver con instrumental filoso o cortante.

Las áreas de prioridad en las que los trabajadores de la salud, incluidos los estudiantes, deben pasar a la acción se describen a continuación.

Limpieza ambiental



La limpieza ambiental dentro del hospital es esencial para minimizar las infecciones. Las instituciones clínicas deberían ser notablemente limpias. Una mayor limpieza es crucial cuando se dan brotes en los que intervienen factores ambientales. La elección del agente limpiador y desinfectante dependerá de muchos factores y cada institución debería contar con políticas y procedimientos vigentes en estas cuestiones. Los estudiantes deberían familiarizarse con los procedimientos de limpieza de derrames y contaminación con vómitos, orina, etc., así como también deberían procurar asesoramiento e información de parte de farmacéuticos u otros profesionales idóneos sobre los distintos desinfectantes y su aplicación.

Esterilización/desinfección de equipos, dispositivos e instrumentos

Los equipos, dispositivos e instrumentos deben ser correctamente esterilizados/desinfectados, siguiendo estrictamente las recomendaciones aplicables. Los estudiantes deben saber los principios básicos de estos procedimientos así como también deben saber cómo verificar si se han aplicado estas recomendaciones para los elementos que utilicen para el cuidado del paciente.

Los dispositivos médicos con la etiqueta “descartable”

Los dispositivos etiquetados como “descartables” están diseñados por sus fabricantes con la intención de que no vuelvan a reutilizarse. Por ejemplo, las jeringas descartables para inyecciones jamás deberían reutilizarse porque el riesgo de infección es muy alto. Los datos de campo provenientes de países en vías de desarrollo revelaron que la reutilización de jeringas/aguja para inyecciones constituye una de las principales causas de infección de VIH y hepatitis [14].

Las inyecciones son el procedimiento clínico más común y los estudiantes deben saber que el uso único de los dispositivos de inyección es crucial para el cuidado del paciente. Los dispositivos de inyección estériles y descartables son las jeringas hipodérmicas estériles, las agujas hipodérmicas estériles, las jeringas auto-inutilizables para inmunizaciones, jeringas con prevención de reutilización para fines generales y las jeringas con funciones de prevención de pinchazos (por ej. las jeringas de seguridad) para fines generales. Los estudiantes deberían familiarizarse con las reglamentaciones y recomendaciones sobre dispositivos de inyección descartables que promueve la OMS [14, 15].

Higiene de manos



Todos los que trabajan en la atención clínica, ya sea en un hospital, una clínica o el hogar del paciente, necesitan ser conscientes de la higiene de manos, la cual es la intervención individual más importante que todo trabajador de la salud puede poner en práctica para prevenir las IAAC. Los trabajadores de la salud deberían aconsejar a los pacientes y sus familiares acerca de la importancia que tiene la higiene de manos y permitirles que se lo recuerden al personal clínico. Al mismo tiempo, tanto el personal clínico como los estudiantes no deberían sentirse amenazados al momento en que un paciente o alguno de sus familiares les pregunte o recuerde sobre la higiene de manos.

Lo que los estudiantes deben saber sobre la higiene de manos

Los estudiantes deben saber:

- La razón fundamental para realizar la higiene de manos;
- Las indicaciones sobre higiene de manos según las recomendaciones de la OMS;
- Los métodos para realizar la higiene de manos en distintas situaciones;
- Las técnicas para la higiene de manos;
- Cómo proteger las manos de eventos adversos;
- Cómo promover la adhesión a las recomendaciones y directrices sobre higiene de manos.

Las instituciones deberían proveer soluciones para manos a base de alcohol al costado de cada cama de hospital, ya que tales soluciones matan rápidamente a los patógenos y tienen efectos colaterales para el personal clínico. Sin embargo, cuando las manos están visiblemente

sucias, frotárselas con alcohol no reemplaza su lavado con agua y jabón. Por este motivo, también debería ser fácilmente accesible la infraestructura necesaria para el lavado de manos.

¿Por qué se debería practicar la higiene de manos?

Muchos estudios han confirmado que los patógenos implicados en las IAAC pueden quedar aislados de la piel normal e intacta de las manos. Dichos patógenos pueden ser microbios presentes en la piel como flora residente, que viven más tiempo debajo de las células superficiales de la epidermis. Con mayor frecuencia, forman parte de la flora transitoria presente en las superficies de la piel, las cuales incluyen bacteria, virus y hongos que son adquiridos a través del contacto directo con la piel o del contacto con superficies ambientales contaminadas. Estos microorganismos se pueden transmitir con facilidad desde las manos de los trabajadores de la salud a los pacientes o su entorno. Estos microorganismos también pueden removerse de la piel si se pone en práctica una adecuada higiene de manos. Existen evidencias que demuestran que la higiene de manos puede romper la cadena de transmisión de patógenos en ámbitos clínicos a la vez que puede reducir la incidencia de las IAAC, así como también sus índices de colonización.

¿Cuándo se debería realizar la higiene de manos?

El propósito de la higiene de manos consiste en prevenir la colonización e infección de los pacientes y trabajadores de la salud, así como la contaminación del medio ambiente. Por lo tanto, surge una indicación para la higiene de manos siempre que existe la posibilidad de que un microorganismo se traslade de una piel o superficie inerte a otra.

Para identificar con facilidad los momentos en que se debería realizar la higiene de manos, la OMS ha desarrollado el modelo *Mis 5 momentos para la higiene de manos* [16].

Estos momentos son:

1. antes de tocar al paciente;
2. antes de todo procedimiento limpio o aséptico;
3. después de todo riesgo de exposición a fluidos corporales;
4. después de tocar al paciente;
5. después de tocar los lugares circundantes al paciente.

¿La frotación o el lavado de manos?

La frotación de manos con soluciones para manos a base de alcohol es el método preferido en la mayoría de las situaciones clínicas de rutina. Esto es así porque el alcohol actúa más rápidamente que los jabones para desactivar los microorganismos, su efecto dura más, y el procedimiento de limpieza lleva menos tiempo de realizar. Con el uso reiterado, tal como se lo requiere en los ámbitos clínicos, los eventos adversos, tales como el resecado y el escamado de la piel, son menos graves si se utilizan las fórmulas correctas para las soluciones de frotación de manos, en comparación con el reiterado uso de agua

y jabón para el lavado de manos. Otra ventaja es que la frotación de manos es más fácil de realizar en el lugar donde se presta la atención clínica ya que no depende de la disponibilidad de agua limpia, jabón ni toallas. Sin embargo, hay situaciones específicas en las que se recomienda el lavado de manos.

Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica

Las recomendaciones formuladas en las *Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica* [2] son las siguientes: antes de comenzar todo trabajo clínico de rutina, hay que quitarse todo elemento de joyería de las muñecas y las manos y cubrir los cortes y abrasiones con apósitos a prueba de agua. Las uñas deben mantenerse cortas y no se deberían utilizar uñas postizas.

Lavarse las manos con agua y jabón siempre que estén visiblemente manchadas de sangre o cualquier otro fluido corporal y después de ir al baño. Siempre que se sospeche o se compruebe la exposición a potenciales patógenos formadores de esporas, incluso durante los brotes de *Clostridium difficile*, el lavado de manos con agua y jabón es el método de preferencia.

Utilizar una solución a base de alcohol para frotarse las manos como método rutinario preferido para la antisepsis de manos siempre que las manos no estén visiblemente sucias. Si no hay disponible tal solución a base de alcohol, lavarse las manos con agua y jabón.

Promover las mejores prácticas es asunto de todos. A los estudiantes se los debería alentar para que consulten las *Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica*, en especial las recomendaciones de consenso que se encuentran en las páginas 152-154, y que incorporen estas directrices en su práctica cotidiana y alienten a otros a hacer lo mismo.

Técnicas para la higiene de manos

La adhesión a las técnicas recomendadas, en referencia al volumen de producto que hay que utilizarse, las superficies de las manos que deben limpiarse y la duración que debe tener el lavado y la frotación de las manos, es fundamental para su eficacia. No se recomiendan para uso simultáneo el jabón y las soluciones a base de alcohol.

Frotación de las manos

Aplicar la cantidad solución a base de alcohol que quepa en la palma de la mano y cubra todas las superficies de las manos. Frotarse las manos hasta que la solución se seque. Hay disponibles ilustraciones de esta técnica en el folleto publicado por la OMS *Higiene de manos: por qué, cómo y cuándo*, que también se puede encontrar en Internet [17].

Lavado de manos

Humedecer las manos con agua y aplicar la cantidad de producto que sea necesaria para cubrir todas las super-

ficies. Lavarse las manos con agua y secárselas bien con una toalla descartable. Evitar el uso de agua caliente, ya que la exposición reiterada al agua caliente puede incrementar el riesgo de dermatitis. Utilizar una toalla para cerrar la canilla o el grifo. Hay disponibles ilustraciones de esta técnica en el folleto publicado por la OMS *Higiene de manos: por qué, cómo y cuándo*, que también se puede encontrar en Internet [17].

Dado que las manos húmedas pueden adquirir y propagar microorganismos con facilidad, el correcto secado de las manos es esencial. Asegurarse de que las toallas no se vuelvan a utilizar varias veces o por muchas personas. Se debe tener cuidado de evitar la recontaminación de las manos mientras se seca y se cierra la canilla o el grifo. Los jabones líquidos, en barra, en hojas o en polvo son aceptables. Siempre que se utilice jabón en barra, se deberían utilizar pequeñas barras de jabón y anaqueles con rejillas para facilitar el drenaje y así permitir el secado de las barras.

Cómo proteger la piel

Las manos con resquebrajaduras y áreas de aspereza causadas por la sequedad son una puerta abierta de entrada al organismo para las bacterias. La irritación y la sequedad relacionada con la higiene de manos se pueden reducir seleccionando un producto que contenga humectantes y que se haya demostrado que lo toleran bien los trabajadores de la salud. La necesidad y el uso de productos dermatológicos humectantes para la dermatitis de manos pueden variar según los ámbitos clínicos, los países y las condiciones climáticas. Hay determinadas prácticas, como ponerse guantes o utilizar una solución a base de alcohol cuando las manos están húmedas, que pueden aumentar la probabilidad de irritación [18].

El uso de equipo de protección personal



El equipo de protección personal (EPP) incluye camisolines, guantes, delantales, protección ocular, fundas para calzado y barbijos faciales. El uso del EPP suele basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de un microorganismo de un paciente a un cuidador asistencial y viceversa. Los ambos de los estudiantes deben estar limpios con especial atención a la higiene personal.

Guantes

Los guantes son ahora parte cotidiana de la práctica clínica y son un componente importante del conjunto de precauciones estándar. Los tipos de guantes son: los quirúrgicos; los descartables para revisar al paciente; los multiuso; o los domésticos para trabajos pesados.

El uso del guante apropiado es crucial ya que el uso de guantes inadecuados socava todos los esfuerzos por mantener la higiene de manos. Los pacientes están en riesgo de infección si los médicos no se cambian los guantes entre distintas tareas o paciente. (Las directrices de la OMS sobre el uso de guantes se presente en el Cuadro B.9.1.).

Existen dos indicaciones principales para utilizar guantes en el ámbito clínico: protegerse las manos de la contaminación con material orgánico y microorganismos y reducir el riesgo de transmisión de microorganismos infecciosos a los pacientes y al personal clínico, entre otros.

Usar guantes no reemplaza la necesidad de realizar la higiene de manos. Los guantes no están libres de defectos y a veces tienen filtraciones. Los estudios demuestran que, aunque se utilicen guantes, las manos pueden contaminarse. Si se rompe un guante, o se daña o tiene filtraciones de cualquier índole, realice la higiene de manos y luego póngase guantes nuevos. Los guantes deben descartarse en forma correcta (dentro de la correspondiente cadena de eliminación de residuos) después de cada tarea, así como se debería lavar las manos. Esto es así porque los guantes están hechos para ser utilizados una sola vez y pueden portar microorganismos sobre su superficie, al igual que las manos.

Los profesionales de la salud necesitan evaluar si son necesarios los guantes en una determinada situación. Los guantes deben utilizarse para procedimientos invasivos, el contacto que requiera de condiciones estériles y el contacto con piel o membranas mucosas no intactas, así como también en actividades en las que existe riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones (a excepción de la transpiración) y/o en las que se requiera la manipulación de elementos filosos o

cortantes o instrumental contaminado. Los guantes se deberían utilizar sólo una vez y se deberían poner inmediatamente antes de la actividad de atención clínica, y quitarse apenas terminada dicha actividad y cambiarse entre distintos pacientes y/o actos de atención clínica. Los guantes deben ser desechados como residuo clínico y la higiene de manos debe realizarse después de quitárselos.

También puede ser recomendable utilizar guantes en otras situaciones. Por ejemplo, el contacto con pacientes que se sabe que están colonizados o infectados con patógenos transmitidos a través del contacto físico directo (por ejemplo, el ERV, o el SARM) puede requerir el uso de guantes. Los estudiantes deberían saber que existen tales recomendaciones para infecciones específicas y se pueden formular nuevas recomendaciones basándose en los cambios que se producen la situación ya existente.

Hay disponibles distintos tipos de guantes. Los estériles se requieren para los procedimientos invasivos y para toda otra tarea que requiera de condiciones estériles. Para la mayoría de los demás procedimientos, pueden bastar los guantes descartables de revisión. Los guantes multiuso o para trabajos pesados deberían utilizarse cuando se manipulan instrumentos filosos o cortantes o de procesamiento y cuando se manipulan determinados residuos contaminados.

Cuadro B.9.1. Directrices de la OMS para el uso de guantes

Indicación de uso de guantes estériles	Todo procedimiento quirúrgico; parto vaginal; procedimientos radiológicos invasivos; acceso y procedimientos vasculares (líneas centrales); preparación de nutrición parenteral total y agentes quimioterapéuticos.
Indicación de uso de guantes limpios	<p>Cuando hay potencial de contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y elementos visiblemente manchados de fluidos corporales.</p> <p><i>Exposición directa al paciente:</i> contacto con sangre; contacto con membranas mucosas y piel no intacta; presencia potencial de un organismo peligroso o altamente infeccioso; situaciones de epidemia o emergencia; inserción y remoción de líneas endovenosas; extracción de sangre; discontinuidad de una línea venosa; revisiones pélvicas y vaginales; sistemas no cerrados de succión de tubos endotraqueales.</p> <p><i>Exposición indirecta al paciente:</i> vaciado de riñoneras; manipulación/limpieza de instrumental; manipulación de residuos; limpieza de derrames de fluidos corporales.</p>
Sin indicación de uso de guantes (salvo por precauciones de contacto)	<p><i>Exposición directa al paciente:</i> toma de la presión arterial, temperatura y pulso; realización de inyecciones subcutáneas e intramusculares; baño y vendaje del paciente; transporte del paciente; atención ocular o auditiva (sin secreciones); toda manipulación de líneas vasculares en las que no haya filtración de sangre.</p> <p><i>Exposición indirecta al paciente:</i> uso del teléfono; escribir en la historia clínica del paciente; administración de medicamentos por vía oral; distribución o remoción de bandejas de comida de los pacientes; remoción o reemplazo de las sábanas de la cama del paciente; colocación de equipos respiratorios no invasivos y cánula de oxígeno; traslado de los muebles del paciente. Sin potencial de exposición a la sangre ni a fluidos corporales o entorno contaminado.</p> <p>Los guantes se deben utilizar según las precauciones estándar y las de contacto. La higiene de manos debería realizarse siempre que corresponda, independientemente de las indicaciones para el uso de guantes.</p>

El Folleto informativo sobre el uso de guantes de la OMS recomienda las siguientes conductas para el uso de guantes [19]:

- El uso de guantes no reemplaza la necesidad de higiene de manos, ya sea mediante la frotación o el lavado.
- Utilizar guantes siempre que se puedan anticipar razonablemente que habrá contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, membranas mucosas o piel no intacta.
- Quitarse los guantes después de atender al paciente. No utilizar el mismo par de guantes para atender a más de un paciente.
- Cuando se utilicen guantes, cambiárselos o quitárselos durante la atención del paciente si se está desplazando de un lugar contaminado del cuerpo a otro (incluso en piel no intacta, membranas mucosas o dispositivo médico) dentro del mismo paciente o entorno.
- No se recomienda la reutilización de guantes. En el caso de reutilizarlos, hay que implementar el método de reprocesamiento más seguro.

Camisolines y barbijos faciales

Estos pueden ser parte de las precauciones estándar y ante transmisiones específicas y pueden proteger las áreas del cuerpo de los trabajadores de la salud que de otro modo quedarían expuestas. Los camisolines previenen la contaminación de la indumentaria con la sangre, los fluidos corporales y otros materiales potencialmente infecciosos. La necesidad de un camisolín y su tipo depende de la naturaleza de la interacción con el paciente y de la probabilidad que haya de penetración de sangre y fluidos corporales. A los estudiantes se les debería orientar sobre este aspecto mediante políticas vigentes en su lugar de trabajo y también deberían recibir orientación de sus profesores clínicos. Siempre se deberían observar las políticas locales.

Las directrices sugieren que tanto los profesionales de la salud como los estudiantes deberían:

- Usar delantales plásticos descartables siempre que estén en estrecho contacto con los pacientes, materiales o equipos, o bien toda vez que exista riesgo de que su ropa pueda llegar a contaminarse;
- Descartar los delantales plásticos después de cada episodio de atención o procedimiento. La indumentaria de protección no descartable deberían ser remitida al servicio de lavandería;
- Utilizar camisolines de cuerpo entero y repelentes de líquidos cuando haya riesgo de salpicadura profusa de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, a excepción de la transpiración (por ej. traumatismo, salas de operaciones, obstetricia). En situaciones en las que la salpicadura de sangre o fluidos es probable o segura (por ej. en una sala de partos durante el nacimiento), también se deberían utilizar fundas para calzado;
- Los barbijos faciales y la protección ocular deben utilizarse siempre que haya riesgo de salpicadura de sangre, fluidos corporales, secreciones y/o excreciones en la cara o los ojos.

Pasos en la higiene respiratoria y normas de etiqueta al toser

Toda persona con signos y síntomas de una infección respiratoria, independientemente de la causa, debería seguir o aprender sobre higiene respiratoria y normas de etiqueta al toser observando las siguientes indicaciones:

- Cubrirse la nariz/boca siempre que se tosa o estornude;
- Utilizar pañuelos descartables para contener las secreciones respiratorias;
- Después de utilizarlos, desechar los pañuelos descartables en el receptáculo de residuos más próximo;
- Si no hay pañuelos descartables, toser o estornudar hacia la cara interna del codo en lugar de la mano;
- Practicar la higiene de manos después del contacto con secreciones respiratorias y objetos o materiales contaminados.

La utilización y eliminación seguras de los instrumentos filosos o cortantes



Los estudiantes deberían tomar conciencia del significativo problema que representan las lesiones por pinchazos con agujas entre los trabajadores de la salud. Las lesiones por pinchazos con agujas son tan prevalentes como las lesiones por caídas y la exposición a sustancias peligrosas. Muchos trabajadores de la salud continúan infectándose por culpa de virus portados por la sangre, aun cuando estas infecciones se pueden prevenir en gran medida mediante el uso de las siguientes prácticas:

- Reducir al mínimo la manipulación de elementos filosos o cortantes;
- No volver a tapar, doblar o romper las agujas después de utilizarse;
- Descartar cada aguja directamente a un contenedor especial de elementos filosos o cortantes (caja a prueba de pinchazos) en el mismo lugar que fuera utilizada inmediatamente después de su uso. (*Siempre llevarle al paciente un cesto para elementos filosos o cortantes a fin de ayudarlo con esta práctica*);
- No sobrecargar un cesto para elementos filosos o cortantes en caso de estar lleno;
- No dejar el cesto para elementos filosos o cortantes en un lugar que esté al alcance de los niños;
- Las agujas que se recojan de los pacientes deberían colocarse en un contenedor de elementos filosos o cortantes dentro de una caja de seguridad a fin de minimizar el riesgo para los farmacéuticos comunitarios;
- Notificar siempre las lesiones por agujas de conformidad con la política local.

La persona que utiliza el elemento filoso o cortante debe hacerse responsable de eliminarla con seguridad. Estas medidas de seguridad se reiteran más adelante en la lista de verificación de las precauciones estándar.

Tuberculosis (TB)

La TB se puede propagar dentro de las instituciones clínicas. Esta enfermedad se propaga mediante la tos, los estornudos, el habla o la salivación, acciones que envían al aire los bacilos de la TB. La gente luego inhala estos

bacilos. Algunas personas no desarrollarán la infección porque su sistema inmune es capaz de mantener inactivo al patógeno, pero cuando el sistema inmune de una persona falla, la enfermedad puede activarse y luego la persona infectada se vuelve infecciosa. Los estudiantes deberían aplicar las precauciones estándar en todo momento. Estas precauciones se describen más adelante en este mismo tema. Si la TB es un problema mayúsculo en su país, resultaría apropiado cubrir información adicional sobre la prevalencia de la TB en su país y las estrategias implementadas para contener su propagación durante la prestación de atención clínica. El sitio web de la OMS presenta numerosos informes que describen la prevalencia de la TB y los efectos devastadores, además del sufrimiento, que causa esta enfermedad.

El uso de procedimientos eficaces de esterilización

El CDC de los Estados Unidos aconseja que “en general, los dispositivos médicos reutilizables o el instrumental clínico que ingresan a tejidos normalmente estériles o al sistema vascular o a través de los cuales fluye sangre deberían esterilizarse después de cada uso”.

La esterilización implica el uso de un procedimiento físico o químico que destruye toda vida microbiana, incluidas las endosporas bacterianas altamente resistentes. Los estudiantes de carreras de la salud deberían saber cómo utilizar los diversos métodos y tecnologías de esterilización de instrumental a fin de permitir conferirles seguridad a los instrumentos que utilizan en los pacientes [21].

Antibióticos profilácticos

Los estudiantes observarán que a algunos pacientes de médicos u odontólogos se les dan antibióticos profilácticos siempre que están por someterse a una intervención quirúrgica u odontológica. Se sabe que el uso de los antibióticos apropiados previene las infecciones quirúrgicas u odontológicas postoperatorias, pero, a menos que se los administre correctamente, también pueden provocar daño. Suele suceder que un porcentaje relativo de casos los antibióticos se administran en el momento equivocado, se dan con mucha frecuencia o no en la cantidad o manera correctas. Los cursos incorrectos o prolongados de antibióticos profilácticos pone a todos los pacientes en un riesgo de salud mucho mayor debido al desarrollo de patógenos resistentes a los antibióticos.

Lo que los estudiantes deben saber



Los estudiantes tienen la responsabilidad de hacer todos sus esfuerzos por minimizar la propagación de infecciones y alentar a los pacientes y demás trabajadores de la salud a comprometerse activamente con las prácticas que minimizan la propagación de infecciones tanto en la comunidad como en los hospitales y clínicas.

Los estudiantes deben:

- Practicar las precauciones estándar, incluida la higiene de manos;
- Estar inmunizados contra la hepatitis B;

- Saber qué hacer si sufren una lesión con elementos filosos o cortantes o están expuestos a sangre o fluidos corporales, o bien tienen otro tipo de exposición a un patógeno potencial;
- Tomar precauciones adecuadas siempre que ellos mismos estén enfermos a fin de evitar el contagio de los pacientes y/o la contaminación del ámbito laboral;
- Actuar como modelos de conducta para una buena práctica clínica y una satisfactoria seguridad del paciente, además de alentar a los demás a utilizar las precauciones adecuadas;
- Ser probo en el uso de diversos métodos y tecnologías de esterilización de instrumentos.

Practicar las precauciones estándar, incluida la higiene de manos

Para poder practicar las precauciones estándar, los estudiantes no deben estar en riesgo ellos mismos. Por lo tanto, para realizar la higiene de manos siempre que haga falta, es importante que informen y procuren tratamiento para toda afección de piel, en especial las que afecten las manos. La higiene de manos, ya sea mediante su lavado o frotación con soluciones a base de alcohol, no se pueden llevar a cabo si están presentes determinadas afecciones dérmicas (por ej. dermatitis o eczema), a la vez que esto coloca tanto al trabajador de la salud como a los pacientes en riesgo de infección. Los guantes no son un sustituto en estas circunstancias y todo estudiante con cualquiera de las referidas afecciones debería ser derivado al departamento de salud ocupacional para su tratamiento y seguir desempeñando tareas de no contacto con el paciente hasta tanto se resuelva su afección.

La higiene de manos antes de tocar al paciente

Esto es importante para proteger al paciente contra los microorganismos dañinos que se portan en las manos. Los estudiantes pueden adquirir los microorganismos a partir del contacto con superficies contaminadas, otros pacientes o amigos.

La higiene de manos antes de un procedimiento limpio/aséptico

Es esencial que los estudiantes practiquen la higiene de manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica, incluida la preparación de medicamentos estériles. Esto es necesario a fin de evitar que los microorganismos dañinos, incluso los propios microorganismos residentes del paciente ingresen al cuerpo del paciente. Los estudiantes deben protegerse de la transmisión por contacto con las membranas mucosas, como puede darse en el cuidado oral u odontológico, la administración de gotas oculares y la aspiración de secreciones. Todo contacto con piel no intacta, incluida la atención de una lesión dérmica, es una oportunidad de transmisión. El contacto con dispositivos, tales como la inserción de un catéter o la apertura de un sistema de acceso vascular o un sistema de drenaje, debe realizarse con una cuidadosa preparación, porque estos dispositivos son muy conocidos por su potencial de albergar microorganismos

daños. Los estudiantes también deben ser diligentes sobre la higiene de manos al momento de preparar alimentos, medicamentos y vendajes.

Algunos estudiantes entrarán inevitablemente en contacto con membranas mucosas y piel no intacta. Entender los riesgos implícitos en ello los ayudará a practicar una atención clínica más segura. También es probable que entren en contacto con dispositivos o muestras clínicas, por ejemplo, la extracción o manipulación de muestras de fluidos, la apertura de un sistema de drenaje, la inserción o remoción de un tubo endotraqueal o de succión.

La higiene de manos después del riesgo de exposición a un fluido corporal

Los estudiantes deberían tener el hábito de lavarse las manos inmediatamente después de todo riesgo de exposición a fluidos corporales así como después de quitarse todo par de guantes. Esto es esencial para limitar la posibilidad de que se infecte. También es necesario para el mantenimiento de un entorno clínico seguro. Se sabe que los casos de transmisión ocurren incluso cuando se utiliza guantes.

A veces, los estudiantes pueden tener que limpiar la orina, las heces o los vómitos de los pacientes y pueden llegar a encontrarse manipulando residuos (vendajes, toallas femeninas, pañales para incontinencia urinaria). Deben ser especialmente conscientes de la importancia de lavarse las manos de inmediato después de tales actividades, así como también de la importancia de los adecuados métodos de eliminación de residuos.

La higiene de manos después de tocar al paciente

Todos los estudiantes deberían practicar la higiene de manos después de haber tocado al paciente. Las actividades que implican un contacto físico directo con el paciente, además de las ya mencionadas más arriba, consisten en ayudarlo a desplazarse o higienizarse y darle un masaje. Los exámenes clínicos, tales como tomarle el pulso o la presión arterial, la auscultación torácica y la palpación abdominal, son todos ellos oportunidades para la transmisión de microorganismos infecciosos.

La higiene de manos después de tocar las áreas circundantes del paciente

También se sabe que los microorganismos sobreviven sobre objetos inertes. Por este motivo, es importante lavarse las manos después de tocar cualquier objeto o mueble próximo o cercano al paciente cuando se sale de su habitación de internación, incluso cuando al paciente ni siquiera se lo toca. Los estudiantes pueden verse ayudando a otros miembros del personal clínico, cambiando la ropa de cama, ajustando la velocidad de la perfusión, monitoreando una alarma, sosteniendo la baranda de una cama o moviendo objetos que se encuentran en la mesita de luz al costado de la cama del paciente. Después de realizar cualquiera de estas acciones, hay que lavarse las manos.

Olvidarse de practicar la higiene de manos puede conllevar a la colonización o infección del paciente, y de los estudiantes y a una mayor probabilidad de propagación de los microorganismos por todo el entorno clínico.

Métodos de protección personal

Los estudiantes deberían:

- Seguir las directrices y procurar capacitación sobre el uso de los procedimientos y equipos de protección personal;
- Usar guantes cuando se esté en contacto con fluidos corporales, piel no intacta y membranas mucosas;
- Utilizar un barbijo facial, protección ocular, fundas para calzado y un camisolín si hay riesgo potencial de salpicadura de sangre u otros fluidos corporales;
- Avisarles a las personas adecuadas si se les están acabando los insumos o materiales de EPP;
- Tomar como modelo para la práctica la ejercida por los profesionales de la salud más experimentados, respetados y seguros;
- Realizar periódicamente autoevaluaciones de su propio uso de EPP y advertir si ha habido algún uso inadecuado;
- Cubrirse todos los cortes y abrasiones;
- Siempre limpiar los derrames de sangre y demás fluidos corporales siguiendo las respectivas recomendaciones;
- Se consciente de cómo funciona el sistema de manejo de residuos en su ámbito de práctica clínica.

Estar inmunizado contra la hepatitis B

Los estudiantes, al igual que todos los trabajadores de la salud, se encuentran en riesgo de infectarse con virus portados por la sangre. El riesgo de infección tanto del personal clínico como de los pacientes depende de la prevalencia de la enfermedad en la población de pacientes y la naturaleza de las frecuencias de exposición. Los estudiantes deberían estar inmunizados apenas comienzan a ver pacientes en instituciones, clínicas o ámbitos comunitarios, incluso en los hogares de los pacientes, y hacerse un estudio posvacunación, de ser posible.

Saber lo que hay que hacer si uno está expuesto

Si un estudiante queda involuntariamente expuesto o se contagia con un patógeno portado por la sangre, dicho estudiante debería notificárselo de inmediato al personal de su lugar de práctica clínica, así como también a su supervisor. Es importante que los estudiantes reciban una adecuada atención médica lo antes posible.

Saber lo que hay que hacer si uno tiene síntomas de náuseas, vómitos o diarreas

Los estudiantes deben notificar los incidentes de diarrea y vómitos, en especial si ellos mismos se ven afectados. Los brotes de diarrea y vómitos (norovirus) son comunes en los hospitales y se pueden perpetuar a través del personal clínico afectado que sigue trabajando mientras tiene los síntomas. Los estudiantes deben ser conscientes de que si tienen síntomas, pueden contagiar la infección a pacientes vulnerables y demás integrantes del perso-

nal clínico, y por consiguiente, no deberían seguir trabajando. Los estudiantes deben cumplir con las políticas locales.

Adherir a las demás medidas de prevención y control según corresponda

Los estudiantes deberían asegurarse de que los instrumentos y dispositivos que utilizan estén correctamente esterilizados/desinfectados. También deberían cerciorarse de que se observen las directrices para procedimientos específicos, como por ejemplo, cuando se inserta un catéter urinario.

Alentar a los demás a que participen en el control de las infecciones



Los estudiantes pueden alentar a los demás a que utilicen correctas técnicas de higiene de manos haciéndolo ellos mismos. Los estudiantes pueden ser modelos de conducta y líderes en esta materia. A veces la gente sólo necesita que se lo recuerden para que se impresione y salga de su falsa sensación de seguridad.

Los estudiantes también pueden enseñarles a los pacientes sobre la importancia de tener las manos limpias ya que a menudo tendrán más tiempo con los pacientes que sus propios colegas ya plenamente capacitados. Esta también es una buena oportunidad para practicar la educación de los pacientes sobre el cuidado de la salud y la prevención y el control de las infecciones. Los estudiantes también pueden tener la oportunidad para educar a los demás miembros de la comunidad (por ej. parientes o visitas del paciente) sobre cómo pueden ayudar a prevenir y controlar las infecciones mediante una correcta higiene de manos.

¿Cómo influir sobre la conducta de los profesionales de la salud?

Los estudiantes pueden encontrarse trabajando en un entorno en el cual los profesionales de la salud no siguen las directrices institucionales o profesionales para la prevención y el control de infecciones. Quizás lleguen a observar a personal jerárquico que no se lava las manos u omite mantener estériles los diversos ámbitos. Puede resultar muy difícil para los estudiantes hacerse escuchar en tales ocasiones. Desde un punto de vista cultural, pueden resultarles difícil a un miembro inexperto del personal cuestionar a otro más experimentado. Sin embargo, esto se puede hacer de manera sensible. Los estudiantes pueden hablar con sus equipos o directivos locales a cargo de la prevención de infecciones y buscar su asesoramiento en la materia.

Los estudiantes pueden llegar a observar que los miembros del personal clínico no se lavan las manos

Cómo enfrenta esta situación un estudiante dependerá de la relación que tenga con los demás miembros del personal clínico, la cultura del ámbito clínico específico y la cultura de la sociedad circundante. Puede ser beneficioso explorar y entender las posibles razones de dicha

omisión. Podría ser que un trabajador de la salud estuviera tan ocupado que se olvidó involuntariamente de lavarse las manos. Si el estudiante conoce a la persona y sabe que por lo general es muy atenta, entonces puede resultar apropiado plantearle la cuestión o bien ayudarla acercándole la solución para manos a base de alcohol u otro limpiador que se encuentre en uso.

Los estudiantes pueden llegar a observar a miembros del personal que ignoran los correctos procedimientos para el control de infecciones

Es probable que los estudiantes deseen preguntarle al supervisor o jefe del equipo que ponga en la agenda de discusión la cuestión de la prevención y el control de las infecciones. O bien como alternativa, podrían preguntarle al jefe del servicio si algún experto podría venir a hablarle al personal para ayudarlos a asegurarse de que todos sean conscientes sobre las directrices vigentes en materia de control de infecciones.

Resumen



A los efectos de minimizar la incidencia de las IAAC, hay que:

- Conocer las principales directrices vigentes en cada uno de los ámbitos clínicos en los que se trabaja;
- Aceptar la responsabilidad de minimizar las oportunidades de transmisión de infecciones;
- Aplicar precauciones estándar y específicas de cada tipo de transmisión;
- Avisarle al personal si los insumos resultan insuficientes o se acabaron;
- Educar a los pacientes y sus familias/visitas sobre la higiene de manos y la transmisión de infecciones.

Algunas de estas medidas, tales como alertar al personal de la falta de insumo, puede resultar difícil de implementar en ámbitos donde no haya fondos disponibles y los insumos suelen escasear. Algunas políticas hospitalarias también pueden llegar a excluir la provisión de EPP a los estudiantes cuando se encuentren realizando sus prácticas en el hospital. En estos casos, los estudiantes deberían buscar el asesoramiento de sus supervisores.

Estrategias y formatos de enseñanza

Este tema se puede dictar de varias maneras, pero la mejor manera de enseñar este material consiste en hacer que los estudiantes practiquen técnicas de prevención y control de infecciones en un entorno simulado.

Ejercicios de simulación



Se podrían escribir distintos escenarios para enfatizar los componentes educativos de la prevención y el control de las infecciones. Por ejemplo, los estudiantes que concurren al Centro Israelí para la Simulación Médica practican el lavado de sus manos y luego las cubren con un gel azul especial y las ponen bajo una luz ultravioleta que revela las áreas que no quedaron lavadas correctamente. Los estudiantes se sorprenden de ver cuánta superficie quedó sin lavar.

Se podrían desarrollar distintos escenarios para enfatizar los componentes educativos de la prevención y el control de las infecciones. Por ejemplo, los estudiantes podrían practicar técnicas de autoafirmación en distintas situaciones, tales como:

- interacciones entre pacientes y profesionales en las que el profesional omite realizar su higiene de manos;
- interacciones entre estudiantes y pacientes en las que el estudiante omite realizar su higiene de manos;
- interacciones entre estudiantes y supervisores en las que el supervisor omite realizar su higiene de manos.

Para cada uno de estos tres escenarios, los estudiantes pueden realizar dramatizaciones utilizando un enfoque personal y luego uno sistémico en respuesta al incumplimiento de los protocolos sobre infecciones. (Estos enfoques se describen con detalle en el Tema 3).



Una disertación interactiva/didáctica



Utilice las diapositivas de apoyo como guía para cubrir todo el tema. Se pueden utilizar diapositivas en PowerPoint o convertir en filminas para retroproyectores. Comience la sesión con un caso de estudio obtenido del *Banco de Casos de Estudio* o bien haga que los estudiantes identifiquen algunas de las cuestiones que se hayan presentado en el respectivo caso de estudio.

Paneles de debate

Invite a un panel de profesionales respetados para presentar un resumen de sus esfuerzos por minimizar la transmisión de infecciones. Los estudiantes podrían contar con una lista preparada de antemano con preguntas sobre la prevención y el manejo de las infecciones.

Aprendizaje basado en la resolución de problemas

Varios aspectos de este tema se pueden desarrollar de manera tal que se adapten a un enfoque de aprendizaje basado en la resolución de problemas. Por ejemplo, como disparador de presentación se podría utilizar el ejemplo de un paciente que haya desarrollado una infección en un sitio quirúrgico.

Debate en pequeños grupos



La clase puede dividirse en pequeños grupos y se les puede pedir a tres estudiantes de cada grupo que moderen el debate sobre las causas y los tipos de infección. Otro estudiante puede concentrarse en las razones por las que algunas instituciones clínicas promueven la higiene de manos más que otras.

El tutor que se encuentre facilitando la sesión también debería estar familiarizado con el contenido, para que se pueda agregar información sobre el sistema de salud y el entorno clínico locales.

Otras actividades de enseñanza

Este tema ofrece muchas oportunidades para actividades de integración durante el tiempo que los estudiantes son

asignados a un determinado ámbito de práctica clínica. Estas actividades pueden comenzar desde los primeros años que toman contacto con el entorno clínico.

- Los estudiantes podrían visitar a un paciente que se infectó como consecuencia de su experiencia clínica u odontológica. Podrían hablar con el paciente acerca del impacto de la infección en su salud y bienestar general. El encuentro no tendría por objeto conversar sobre el modo o la causa de su infección, sino sobre el impacto que conlleva la misma.
- Los estudiantes podrían asistir a un encuentro sobre prevención y control de las infecciones y observar y registrar las actividades que el equipo clínico lleva a cabo para asegurarse de que todos cumplan con las directrices sobre control de las infecciones.
- Los estudiantes podrían observar a un equipo clínico que esté tratando a pacientes que se sabe que han contraído alguna IAAC.
- Los estudiantes podrían hacer un seguimiento de pacientes a través de todo el proceso perioperatorio y observar las actividades destinadas a minimizar la transmisión de infecciones.
- Los estudiantes podrían examinar y criticar el protocolo utilizado para la prevención y el control de las infecciones para un determinado procedimiento, incluyendo observaciones de los conocimientos que tiene el equipo clínico sobre el protocolo y su adhesión al mismo.
- Los estudiantes de farmacia también podrían reunirse con los pacientes como parte de sus clases prácticas sobre farmacia clínica.
- Después de estas actividades, a los estudiantes se les debería pedir que se reúnan de a pares o en pequeños grupos para conversar junto con un tutor o clínico lo que han observado, si las funciones o técnicas enseñadas estuvieron presentes o ausentes y si resultaron eficaces.

Casos de estudio

Manguitos sangrientos

Este caso ilustra la importancia de adherir a directrices sobre control de las infecciones. También ilustra por qué la gente siempre debería adoptar procedimientos que supongan la posibilidad de transmisión de enfermedades.

Jack, de 28 años, y Sarah, de 24, se vieron involucrados en un grave accidente automovilístico. Fueron trasladados a la guardia de emergencias y Jack sufrió politraumatismos severos mientras que Sarah tuvo laceraciones graves en su tronco por las astillas del vidrio del coche. Jack estaba sangrando profusamente cuando fue colocado en la sala de emergencias traumatológicas. Se le tomó la presión arterial y el manguito (hecho de nylon y tela) se saturó por completo de sangre, tanta que no se pudieron escurrir. Fue llevado a cirugía, pero terminó falleciendo poco tiempo después.

Sarah, con laceraciones en su tronco, fue colocada en la

misma sala de emergencias traumatológicas donde Jack había sido tratado. El mismo manguito sin lavar y saturado de sangre que se utilizó con Jack se le colocó en el brazo de Sarah.

Una enfermera advirtió que el manguito empapado de sangre se había utilizado en ambos pacientes. Sin embargo, otros miembros del equipo se desentendieron del incidente.

Una carta del médico forense, recibida unas semanas más tarde, reveló que Jack era VIH y VHB positivo y que el accidente automovilístico se había tratado de un suicidio.

Debate

- Utilice el caso de estudio para iniciar un debate acerca de las implicancias de este incidente e identificar los procesos que podrían haber prevenido la reutilización del manguito del tensiómetro.

Fuente: Agency for Healthcare, Research and Quality. Web M&M: mortality and morbidity rounds on the web ["rondas sobre mortandad y morbilidad en la Web"] (<http://www.webmm.ahrq.gov/caseArchive.aspx>; accedido el 3 de marzo de 2011).

La omisión de verificar el sitio de goteo intravenoso de un paciente pediátrico

Este caso ilustra las ramificaciones que pueden tener sobre los pacientes las infecciones asociadas a la atención clínica.

Un padre trajo a su hija de dos años de edad, Chloe, a la guardia de emergencias de un hospital regional un viernes por la noche. Chloe había tenido recientemente un "resfrío con tos productiva" y ya había sido revisada como paciente ambulatoria. El oficial médico internó a Chloe para el tratamiento de su neumonía. Se le insertó una cánula intravenosa en la parte superior de su pie izquierdo y se le aplicó un vendaje. Luego fue trasladada a la habitación durante el fin de semana donde estuvo bajo el cuidado de un equipo de enfermeras y un médico visitante.

No se le quitó el vendaje del pie hasta principios de la noche del domingo (casi 48 horas más tarde), a pesar del hecho que el daño a la piel es un factor de riesgo conocido en los infantes y se sabe que puede ocurrir entre 8 y 12 horas. Se produjo un área de necrosis que se advirtió en el talón izquierdo y más tarde se desarrollaron úlceras en la parte superior del pie izquierdo. Después del alta y del tratamiento local ambulatorio, tras un tiempo Chloe fue internada en uno de los principales hospitales pediátricos donde requirió tratamiento continuo. También desarrolló problemas de conducta como consecuencia de su experiencia.

Debate

- Utilice el caso de estudio para iniciar un debate sobre

las infecciones en el sitio de canulización y cómo se pueden minimizar tales infecciones.

Fuente: Casos de estudio e investigaciones. Sidney, Nueva Gales del Sur, Australia, Memoria anual 1999-2000 de la Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica: 59.

Herramientas y material de referencia

Higiene de manos

Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica: un resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009

(http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

La higiene de manos: por qué, cómo y cuándo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, agosto de 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

Instituto para el Mejoramiento de la Atención Clínica (IHI, por su sigla oficial en inglés) (en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, la Asociación de Profesionales en Control de Infecciones y Epidemiología y la Sociedad Estadounidense de Epidemiología Clínica). *How-to guide: improving hand hygiene.* ["Guía práctica sobre cómo mejorar la higiene de manos"] Boston, MA, IHI, 2006 (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Tools/HowtoGuideImprovingHandHygiene.htm>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Boyce JM et al. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. ["Directriz para la higiene de manos en ámbitos clínicos: recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Control de las Infecciones asociadas a la Atención Clínica y la Fuerza de Tareas sobre Higiene de Manos HICPAC/SHEA/APIC/IDSA"] *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(RR16):1-45.

Directrices para el aislamiento

Siegel JD et al. y el Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.* ["Directriz 2007 para las precauciones de aislamiento: cómo prevenir la transmisión de agentes infecciosos en los ámbitos clínicos"] Servicio de Salud Pública y el Departamento de Salud y Acción Social de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, 2007

(<http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Prevención y control de infecciones

Clean care is safer care: tools and resources. [“Una atención limpia es una atención más segura: herramientas y recursos”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010

(<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Ducel G. et al. *Prevention of hospital-acquired Infections: a practical guide*, [“La prevención de infecciones hospitalarias: una guía práctica”] 2da ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002

(<http://www.who.int/csr/resources/publications/drug-resist/en/whocdscsreph200212.pdf>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Infection control, prevention of health care-associated infection in primary and community care. [“El control de las infecciones y la prevención de las infecciones asociadas a la atención clínica en ámbito de la atención primaria y comunitaria”] National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Clinical Excellence (NICE), Londres, RU, 2010

(<http://guidance.nice.org.uk/CG2>; accedido el 21 de febrero de 2011).

AIDE-MEMOIRE: standard precautions in health care.

Epidemic and Pandemic Alert and Response, [“AIDE-MEMOIRE: precauciones estándar en la atención clínica. Alerta y respuesta ante epidemias y pandemias”]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, octubre de 2007 (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

Policy on TB infection in health-care facilities, congregate settings and households. [“Política sobre infección de TB en instituciones clínicas, ámbitos comunitarios y hogares”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

Infecciones quirúrgicas

Prevent surgical site infections. 5 Million Lives campaign. [“Prevenga las infecciones en sitios quirúrgicos. Campaña 5 millones de vidas”] Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2001.

(<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/SSI.htm>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Tools. Surgical site infections. [“Herramientas. Infecciones en sitios quirúrgicos”] Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006

(<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SurgicalSiteInfections/Tools/>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Estrategia nacional

National strategy to address health care-associated infections operational template. [“Estrategia nacional y plantilla operativa para abordar las infecciones asociadas a la

atención clínica”] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, junio de 2005

(www.health.gov.au/internet/safety/publishing.../ad-dprecautionsjun05.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

Recursos adicionales

Allegranzi B. et al. Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. [“La carga de las infecciones endémicas asociadas a la atención clínica en los países en vías de desarrollo: una revisión sistemática y un meta-análisis”] *Lancet*, 2011, 377:228–241.

Pratt R.J. et al. Epic 2: national evidence-based guidelines for preventing health care-associated infections in NHS hospitals in England. [“Épica 2: directrices basadas en la evidencia nacional para prevenir las infecciones asociadas a la atención clínica en los hospitales públicos del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra”] *Journal of Hospital Infection*, 2007, 65 (Supl.):S1–S64.

Burke J.P. Patient safety: infection control, a problem for patient safety. [“Seguridad del paciente: control de las infecciones, un problema para la seguridad del paciente”] *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.

¿Cómo evaluar los conocimientos de este tema?

Los conocimientos de los estudiantes sobre el control de las infecciones se pueden evaluar utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

- Portafolios;
- Un debate sobre casos,
- Una estación de ECEO (Examen Clínico Estructurado por Objetivos);
- Observaciones escritas sobre la manera en que una determinada institución clínica practica la prevención y el control de las infecciones;
- POM, ensayos y/o preguntas breves de mejor respuesta posible (PBMRP)
- Observación de lo siguiente:
 - La realización de la higiene de manos por parte del estudiante utilizando las Directrices de la OMS (7 pasos);
 - El uso de guantes descartables por parte del estudiante para una sola revisión clínica.
 - El uso de guantes por parte del estudiante para aplicar una técnica estéril (para procedimientos quirúrgicos).

Los conocimientos de los estudiantes también se pueden evaluar pidiéndoles que escriban declaraciones reflexivas sobre cómo una determinada institución clínica educa a su personal sobre la prevención y el control de las infecciones, cómo el personal jerárquico del lugar de trabajo influye sobre las prácticas de prevención y control de las infecciones, los sistemas vigentes para la notificación de incumplimientos de las políticas sobre prevención y

control de las infecciones, el rol de los pacientes en la minimización de la transmisión de infecciones, y/o la eficacia de las directrices sobre prevención y control de las infecciones.

La evaluación puede ser formativa o sumativa; las clasificaciones pueden ir desde una nota conceptual de satisfactorio/insatisfactorio hasta una numérica. (Véanse los formularios que figuran en el Anexo 2 de la Parte B para conocer ejemplos de evaluaciones.)

¿Cómo evaluar la enseñanza de este tema?

La evaluación es importante al momento de revisar cómo fue una clase y cómo se pueden realizar mejoras. Véase la Guía para el Docente (Parte A) para conocer un resumen de los principios de evaluación importantes.

Referencias

1. Duce G et al. *Prevention of hospital-acquired Infections: a practical guide*, ["La prevención de infecciones hospitalarias: una guía práctica"] 2da ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002
2. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. ["Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).
3. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. ["Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009:6-7 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).
4. Allegranzi B. et al. Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. ["La carga de las infecciones endémicas asociadas a la atención clínica en los países en vías de desarrollo: una revisión sistemática y un meta-análisis"] *Lancet*, 2011, 377:228–241.
5. Stone P.W., Braccia D., Larson E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. ["Revisión sistemática de los análisis económicos de las infecciones asociadas a la atención clínica"] *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:501-509.
6. Stone P.W. et al. The economic impact of infection control: making the business case for increased infection control resources. ["El impacto económico del control de las infecciones: cómo plantear el argumento comercial a favor de mayores recursos para el control de las infecciones"] *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:542-547.
7. MacDonald A. et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. ["Comentarios sobre el rendimiento de la higiene de manos, el uso del alcohol en gel como descontaminante de la piel reduce la cantidad de internados con infecciones recientes de SARM y los costos de los antibióticos"] *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56-63.
8. *Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in healthcare settings*. ["Campaña de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades destinada a prevenir la resistencia a los antimicrobianos en los ámbitos clínicos"] Atlanta, GA, CDC, 2003 (<http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/>; accedido el 21 de febrero de 2011).
9. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *The Five Million Lives campaign*. ["Campaña 5 millones de vidas"] Boston, MA, IHI, 2006 (<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>; accedido el 21 de febrero de 2011).
10. *Countries or areas committed to address health care-associated infection*. ["Los países o las áreas comprometidas para abordar las infecciones asociadas a la atención clínica"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<http://www.who.int/gpsc/statements/countries/en/index.html>; accedido el 16 de marzo de 2011).
11. *WHO CleanHandsNet*. ["Red Manos Limpias de la OMS"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/gpsc/national_campaigns/en/; accedido el 16 de marzo de 2011).
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections*. ["Precauciones universales para la prevención de la transmisión del VIH y demás infecciones portadas por sangre"] Atlanta, GA, CDC, 1996 (<http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/universal.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).
13. Burke J. Infection control: a problem for patient safety. ["Control de las infecciones: un problema para la seguridad del paciente"] *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.
14. *Medical device regulations: global overview and guiding principles*. ["Reglamentaciones de los dispositivos médicos: reseña general y principios orientativos"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; 29–30 (www.who.int/entity/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf; accedido el 11 de marzo de 2011).
15. *Guiding principles to ensure injection device security*. ["Principios orientativos para garantizar la seguridad de los dispositivos de inyección"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (www.who.int/entity/injection_safety/WHOGuidPrinciplesInjEquipFinal.pdf; accedido el 11 de marzo de 2011).
16. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. ["Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica"] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009:122–123 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).
17. *Hand hygiene: why, how and when*. ["Higiene de

manos: por qué, cómo y cuándo”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, agosto de 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

18. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. [“Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención clínica”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009:61–63 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).
19. *Glove Use Information Leaflet (revised August 2009) on the appropriate use of gloves with respect to hand hygiene*. [“Folleto informativo sobre el uso de guantes [revisado a agosto de 2009] sobre el correcto uso de los guantes respecto de la higiene de manos”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf accedido el 21 de febrero de 2011).
20. *Glove use information leaflet*. [“Folleto informativo sobre el uso de guantes”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009:3 (http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).
21. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008*. [“Directriz para la desinfección y esterilización dentro de instituciones clínicas, 2008”] Atlanta, GA, CDC, 2008 (http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/3_0disinfectEquipm ent.html; accedido el 21 de febrero de 2011).

Diapositivas para el Tema 9: Prevención y control de las infecciones

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una disertación didáctica, es una buena idea planificar la interacción y el debate de los estudiantes durante la presentación. Utilizar un caso de estudio es una manera de generar un debate en grupo. Otra forma consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en este tema, tales como la cultura de la culpa, la naturaleza de los errores y cómo se manejan los errores en otras actividades.

Las diapositivas para el Tema 9 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar las diapositivas a fin de adaptarlas al entorno y la cultura locales. Los docentes no tienen que usar todas las diapositivas y lo mejor es adaptarlas a las áreas que se están cubriendo en la clase.

Tema 10

La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos

Una artroscopía realizada en la rodilla equivocada

Brian se lastimó la rodilla izquierda mientras hacía ejercicio y fue derivado por su médico local a un cirujano traumatólogo quien obtuvo su consentimiento para realizar una revisión de la rodilla izquierda bajo anestesia como procedimiento quirúrgico ambulatorio. Como parte del proceso preoperatorio habitual, dos enfermeras matriculadas confirmaron que su firma aparecía en el formulario de consentimiento correspondiente a una revisión electiva de su rodilla izquierda.

El cirujano habló con Brian antes de ingresar a la sala de operaciones, pero no confirmó cuál era la rodilla que debía operarse. Brian fue llevado a la sala de operaciones, donde se lo anestesió. La enfermera a cargo de la anestesia vio un torniquete que pendía de su rodilla derecha y se lo aplicó. Ella y otro miembro del equipo clínico aplicaron un vendaje para limitar el flujo de sangre. La enfermera matriculada verificó el costado pretendido en la lista del quirófano para poder realizar todos los preparativos. Cuando vio al cirujano traumatólogo preparando la pierna derecha, le dijo que creía que era la otra pierna el sitio que se pretendía operar. Tanto la enfermera matriculada como la enfermera quirúrgica escucharon cómo discrepaba el médico y luego operó la rodilla derecha (la incorrecta).

Fuente: casos de estudio, comisiones de estándares profesionales. *Memoria anual 1999-2000:64 de la Comisión de Quejas sobre la Atención Clínica*. Sidney, Nueva Gales del Sur, Australia.

Introducción: la seguridad del paciente y los procedimientos invasivos



Más de 230 millones de cirugías mayores se llevan a cabo todos los años alrededor del mundo [1]. La evidencia sugiere que entre el 0,4% y el 0,8% de estos casos, la gente muere como consecuencia directa del procedimiento quirúrgico y los pacientes experimentan complicaciones en el 3 al 16% de dichos procedimientos. Esto equivale a 1 millón de muertes y otros 6 millones de discapacidades por año en todo el mundo [2-5]. Esto no se debe a que los cirujanos, los intervencionistas o los profesionales de la salud son descuidados o incompetentes; sino más bien a que existen muchas ocasiones para que las cosas salgan mal en el transcurso de las muchas etapas que comprenden los referidos procedimientos invasivos. Asimismo, los problemas ocasionados por las infecciones en el sitio quirúrgico representan una proporción significativa de todas las IAAC. Este tema ayudará a los estudiantes a entender cómo los principios de seguridad del paciente pueden contribuir a minimizar los eventos adversos asociados a los procedimientos invasivos. Existen muchas herramientas validadas disponibles en la actualidad que ayudan a los equipos clínicos a brindar una atención quirúrgica segura. Entre ellas se encuentra la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, que se está dando a conocer en estos momentos por todo el mundo [6]. Además de los estudiantes de enfermería y medicina, quizás no haya demasiadas oportunidades para que los estudiantes de las otras carreras de la salud implementen muchas de estas medidas tendientes a mejorar los resultados quirúrgicos durante sus carreras. Sin embargo, pueden observar cómo se comunican entre sí los profesionales de la salud y cuáles son las técnicas que utilizan para cerciorarse de que están tratando a la persona indicada con el tratamiento indicado o bien realizando el procedimiento sobre la parte correcta del cuerpo. También pueden observar lo que sucede cuando al parecer los profesionales de la salud no siguen un protocolo.

Palabras clave

Infecciones de sitios quirúrgicos o procedimentales, errores quirúrgicos o procedimentales, directrices, fallas en la comunicación, procesos de verificación, trabajo en equipo.

Objetivos pedagógicos



Entender las principales causas de los eventos adversos ocurridos en la atención quirúrgica o procedimental invasiva y cómo el uso de directrices, los procesos de verificación y el trabajo en equipo pueden facilitar que el paciente indicado reciba el tratamiento indicado en el lugar y momento indicados.

Si bien los principios descritos en este tema son importantes tanto para los procedimientos quirúrgicos como para otros procedimientos invasivos, la mayor parte de la evidencia en la literatura se relaciona con la atención quirúrgica.

Resultados pedagógicos: de conocimiento y de actuación

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes deben conocer los principales tipos de eventos adversos asociados a los procedimientos invasivos y estar familiarizados con los procesos de verificación que se pueden utilizar para mejorar la atención quirúrgica y relativa a los procedimientos invasivos.

Requisitos de actuación



Los estudiantes deberían demostrar su capacidad para:

- Seguir los procesos de verificación destinados a evitar errores que involucren a un paciente equivocado, un lugar equivocado y un procedimiento equivocado (por ej. lista de verificación quirúrgica);
- Practicar técnicas que reduzcan los riesgos y los errores (por ej. tiempos de descanso, elaboración de informes específicos o reuniones informativas de descargo, manifestación de inquietudes);
- Participar en un proceso educativo para revisar la morbilidad y la morbilidad;
- Comprometerse activamente como integrante del equipo;
- Comprometerse activamente con el paciente en todo momento.

Causas de los eventos adversos asociados a los procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos



Los estudiantes deben conocer los principales tipos de eventos adversos asociados a la atención quirúrgica y procedimental invasiva. La manera tradicional de explicar los eventos adversos asociados a la cirugía y demás procedimientos invasivos suele estar relacionada con las habilidades del cirujano o la persona que realiza el procedimiento y la edad y condición física del paciente. Vincent et al. [4] argumentó que los resultados quirúrgicos (entre otros procedimentales) adversos están asociados a

muchos otros factores, tales como el diseño del lugar de trabajo y su interrelación con la gente que trabaja allí, el trabajo en equipo y la cultura institucional. Los estudiantes pueden aprender sobre el uso de un enfoque sistémico en el Tema 3, así como también las competencias descriptas en los temas que tratan sobre el trabajo en equipo y el control de las infecciones, todo lo cual forma parte especialmente relevante y pertinente de este tema. La cirugía segura requiere de un trabajo eficiente en equipo, lo cual significa que los médicos, las enfermeras, y demás personal clínico tengan sus roles y responsabilidades claramente definidos y que cada integrante del equipo sepa los roles de los demás. → **T3**

Un enfoque sistémico de los eventos adversos quirúrgicos y procedimentales nos exige examinar ambos factores latentes, tales como el trabajo en equipo y un liderazgo inadecuado, y los factores que participan en el mismo lugar donde se presta la atención clínica, como ser la comunicación entre los pases de guardia y una toma deficiente de la historia clínica. (Véase el Tema 4). → **T4**

A continuación se describen las tres causas principales de eventos adversos en la atención procedimental.

Mal control de las infecciones

El Harvard Medical Practice Study II [5] descubrió que las infecciones de heridas quirúrgicas constituían la segunda categoría más importante de eventos adversos y confirmó la inveterada creencia de que las infecciones hospitalarias estafilocócicas representaban un gran riesgo para los pacientes internados, en especial los que recibían atención quirúrgica. La implementación de mejores prácticas en el control de las infecciones, tales como la adecuada administración de antibióticos profilácticos, ha reducido la incidencia de las infecciones postoperatorias. Además, los esfuerzos por generar conciencia y atención sobre los riesgos de transmisión les enseñan a los trabajadores de la salud cómo pueden minimizar los riesgos de infecciones cruzadas.

Todos somos responsables de disminuir las oportunidades de contaminación de la indumentaria, las manos y los equipos que han estado asociados a la transmisión de patógenos. (El control de las infecciones se aborda con más detalle en el Tema 9). → **T9**

Durante su carrera, muchos estudiantes presenciarán una operación o procedimiento invasivo o bien estarán cerca de pacientes vulnerables a infecciones. Ellos deben cumplir en todo momento con las directrices sobre el control de las infecciones y practicar las precauciones estándar. Los equipos eficientes alientan a todos sus integrantes, independientemente de su profesión y nivel de experiencia, a que se responsabilicen por una práctica segura; lo hacen dándoles permiso para hacerse escuchar en caso de que haya inquietudes sobre la seguridad: incluso cuando ellos sean los integrantes más inexpertos del equipo.

Inadecuado manejo del paciente

La sala de operaciones y el entorno quirúrgico comprenden actividades intensamente complejas que involucran a diversos profesionales de la salud, por lo que siempre deberían incluir al paciente cuando se encuentra lúcido. Esto puede explicarse por qué hay más eventos adversos asociados a los servicios de cirugía que en los demás servicios de un hospital.

Los principales eventos adversos asociados a la atención quirúrgica incluyen las infecciones y las sepsias postoperatorias, las complicaciones cardiovasculares, respiratorias y tromboembólicas. Una vez analizados estos eventos, se habrán identificado varias afecciones preexistentes (factores latentes). Los factores latentes incluyen:

- Una inadecuada implementación de los protocolos y directrices;
- Un liderazgo deficiente;
- Un mal trabajo en equipo;
- Conflicto entre los distintos departamentos o grupos dentro de la organización;
- Una insuficiente capacitación y preparación del personal;
- Recursos insuficientes;
- Falta de práctica basada en la evidencia;
- Una pobre cultura de trabajo;
- La sobrecarga de trabajo;
- La falta de un sistema para gestionar el desempeño.

Además de los factores latentes, los individuos que trabajan en el mismo lugar de atención directa perioperatoria son más propensos a los siguientes tipos de errores que se sabe que causan eventos adversos:

- Falla en la toma de precauciones para prevenir lesiones accidentales;
- Demoras evitables en el tratamiento;
- Falla en la toma de una historia clínica adecuada o en la realización del examen físico;
- Falla en el empleo de los estudios indicados;
- Falla en la actuación acorde a los resultados de los estudios o pruebas realizados;
- Práctica ajena al área de especialidad (por ej. no consultar, derivar, buscar asistencia, transferir);
- Fallas en la comunicación.

Las fallas en la comunicación incluyen situaciones en las que la información se provee demasiado tarde como para ser eficaz, es incoherente o imprecisa, y las personas clave no reciben la información necesaria, así como también situaciones en las que hay problemas sin resolver dentro del equipo. Incluir al paciente como parte del equipo es esencial; los profesionales de la salud deberían compartir y verificar la información constantemente entre ellos siempre que sea posible. Asimismo, los estudiantes deben verificar que cada uno de sus pacientes entienda lo que están teniendo pidiéndoles que les repitan a los profesionales de la salud la información provista.

La omisión por parte de los profesionales de la salud de comunicarse eficientemente antes, durante y después de los procedimientos

La mala comunicación es uno de los mayores problemas en el entorno quirúrgico.- la mala comunicación ha sido la responsable de que se hayan operado pacientes equivocados, o que se los haya operado en sitios o flancos equivocados, y que se haya realizado el procedimiento equivocado. La no comunicación de cambios en la condición del paciente y la no administración de antibióticos profilácticos también han provocado como resultado eventos adversos. Asimismo, han quedado documentadas las discrepancias sobre cómo detener los procedimientos y los incidentes en los cuales no se notificaron correctamente los errores.

En la sala de operaciones, los profesionales de la salud suelen verse obligados a lidiar con muchas tareas al mismo tiempo. Un equipo quirúrgico compuesto por médicos y enfermeras es observado por la mayoría de los residentes y estudiantes como un equipo muy ocupado. Además de las altas cargas de trabajo, el entorno perioperatorio se caracteriza por un personal que presenta distintos niveles de experiencia y diversas habilidades. Esta combinación de factores puede afectar seriamente la capacidad del equipo para comunicarse con precisión y de manera oportuna. Los problemas de comunicación se dan en todas las etapas. Pero son especialmente problemáticos cuando ocurren mientras los pacientes están siendo trasladados desde una fase de la atención a otra. Se agrega un nivel adicional de complejidad cuando el paciente sufre algún evento adverso durante un procedimiento o tratamiento. Es importante no olvidarse de la necesidad que tiene el paciente de estar plenamente informado sobre lo que ha ocurrido y cómo se lo atenderá, ya que es probable que necesite hablar de la experiencia. Tras las secuelas de un evento adverso, el equipo clínico puede estar reacio a sentarse a escuchar al paciente, pero es fundamental que lo haga. Hay más información sobre el impacto de los eventos adversos en el Tema 8: *Cómo involucrarse con los pacientes y sus cuidadores asistenciales*.

En la actualidad muchos países recopilan datos sobre el hecho de que un paciente equivocado recibe un procedimiento invasivo. Se ha establecido que una de las mejores maneras de reducir la mala identificación de los errores consiste en utilizar directrices sobre mejores prácticas para asegurarse de que el paciente correcto sea el que reciba el tratamiento indicado. La evidencia demuestra convincentemente que cuando los profesionales de la salud siguen las directrices avaladas y se familiarizan con los principios básicos que sustentan un enfoque uniforme para el tratamiento y la atención de los pacientes, los resultados que éstos obtienen mejoran de manera significativa.

La complejidad del entorno quirúrgico constituye uno de los principales factores que subyacen a los errores de

comunicación y éstos se dan en todos los niveles. Un estudio a cargo de Lingard et al. [7] describió los distintos tipos de fallas en la comunicación entre médicos.

En este estudio, un 36% de las fallas de comunicación

trajo aparejado un efecto visible, tal como la tensión entre el equipo, la ineficiencia, recursos desperdiciados, errores procedimentales e incomodidad para los pacientes (En el siguiente Cuadro B.10.1 se presentan ejemplos de los distintos tipos de fallas en la comunicación).

Cuadro B.10.1 Tipos de falla en la comunicación asociada a los médicos: ejemplos ilustrativos y apuntes

Tipo de falla	Definición	Ejemplo ilustrativo y apunte analítico (en bastardilla)
Ocasión	Problemas en la situación o en el contexto del evento de comunicación	El cirujano de planta le pregunta al anestesista si se han administrado antibióticos. A esa altura, el procedimiento ya estaba en marcha hacía más de una hora. <i>Dado que los antibióticos se administran de manera óptima dentro de los 30 minutos de realizada la incisión, la oportunidad de esta pregunta resulta ineficiente tanto como recordatorio y como medida de seguridad por reiteración.</i>
Contenido	Aparente insuficiencia o imprecisión de la información transferida	Mientras se están preparando para el procedimiento, el becario auxiliar de anestesiología le pregunta al cirujano de planta si se le ha reservado al paciente una cama en la UTI. El cirujano responde que "probablemente la cama no sea necesaria, a pesar de no haber ninguna disponible de todos modos, así que proseguiremos". <i>Falta la información relevante y las preguntas quedan sin resolverse: ¿se ha pedido una cama en la UTI y cuál será el plan si el paciente de hecho necesita atención crítica y la cama en la UTI no está disponible? (nota: su ejemplo fue clasificado como de falla tanto en el contenido como en el propósito).</i>
Audiencia	Las brechas en la composición del grupo involucrado en la comunicación	Las enfermeras y el anesthesiólogo conversan sobre cómo debería posicionarse al paciente para la cirugía sin la participación de un representante de cirugía. <i>Los cirujanos tienen particulares necesidades de posicionamiento, así que deberían participar de la conversación. Las decisiones tomadas ante la falta de un cirujano pueden conllevar a la necesidad de un reposicionamiento del paciente.</i>
Propósito	Eventos de comunicación en los que no queda claro el propósito, no se logra o bien resulta inapropiado	Durante una resección hepática de paciente vivo, dos enfermeras conversan sobre si hace falta hielo en el receptáculo que están preparando para el hígado. Ninguna sabe y no se habla más del tema. <i>El propósito de esta comunicación –averiguar si hace falta hielo– no se logra. Ni se articular ningún plan para lograrlo.</i>

Fuente: Lingard L. et al. Las fallas en la comunicación dentro de la sala de operaciones: una clasificación observacional de los tipos recurrentes y sus efectos. *Quality & Safety in Health Care*, 2004 [7].

Los procesos de verificación para mejorar la atención quirúrgica: directrices, protocolos y listas de verificación



Los métodos eficaces para la mejora de la atención del paciente incluyen la implementación de directrices, protocolos y listas de verificación basadas en la evidencia. Si bien todas estas tres herramientas asisten al profesional de la salud en el manejo de la mayoría de las afecciones, existen diferencias sutiles entre ellas. Una directriz brinda recomendaciones sobre un determinado tema, mientras que un protocolo es un conjunto de pasos secuenciales que se deberían seguir en un determinado orden, lo cual posibilita que se cumpla con la tarea. El propósito de una

lista de verificación consiste en cerciorarse de que no se pasen por alto determinados ítems obligatorios. Estas herramientas basadas en la evidencia suelen ser desarrolladas por grupos de expertos multidisciplinarios que utilizan la más reciente evidencia y pueden estar avaladas a nivel nacional como internacional.

Las buenas directrices se difunden fácilmente y se diseñan para influir en la práctica profesional a gran escala. Las directrices definen las cuestiones más importantes relacionadas con la práctica en un determinado campo e intentan identificar todas las posibles opciones y decisiones y sus consecuencias conocidas. Identifican cada

punto de decisión seguido por los respectivos planes de acción de acuerdo con el razonamiento, el criterio y la experiencia de los profesionales de la salud. Tales directrices se basan en valores que fomentan la identificación de las intervenciones menos invasivas/riesgosas que resulten apropiadas bajo las circunstancias imperantes y a la vez permitan y respeten la elección del paciente siempre que existan tales elecciones (e.d. el paciente es un asociado en el proceso de toma de decisiones). Las directrices deberían revisarse y modificarse siempre que sea necesario, o al menos cada tres años.

El grado de variación en la práctica de la atención clínica ha sido identificado por el Instituto de Medicina (IOM, por su sigla oficial en inglés) como uno de los principales problemas [8]. La variación causada por el uso excesivo, deficiente o indebido de la atención clínica puede abordarse mediante una práctica basada en la evidencia, la cual utiliza la mejor evidencia disponible con el objetivo de disminuir la variación y reducir los riesgos de los pacientes. Los profesionales de la salud que trabajan en hospitales y clínicas no tienen el tiempo, los recursos ni la experiencia disponibles para producir cada uno de ellos su propio conjunto de directrices. En cambio, a los clínicos se los alienta a adoptar directrices ya establecidas y luego modificarlas para adaptarlas a su propia práctica y su propio entorno local.

Las directrices son necesarias porque la complejidad de la atención clínica y el nivel de especialización, sumados a la diversidad de profesionales de la salud involucrados, han hecho que la opinión personal y las preferencias subjetivas profesionales e institucionales resulten superfluas e inseguras. En la actualidad existen cientos de directrices validadas que ayudan a los profesionales de la salud a ejercer su profesión de manera segura, evitando así tratamientos en sitios equivocados, procedimientos equivocados y personas equivocadas, así como también las infecciones de los sitios donde se realizan los procedimientos.

A los estudiantes siempre se les debería contar acerca de las directrices que se utilizan en una determinada área de especialidad clínica. Sin embargo, deberían ser conscientes de que, en muchas especialidades, sobre todo en las asociadas al manejo de enfermedades crónicas, existen directrices establecidas que identifican las mejores maneras de tratar a los pacientes. Las directrices quizás no resulten accesibles para el equipo que deba utilizarlas o incluso el equipo ni siquiera las conozca. No es inusual que una organización clínica publique una directriz, pero no es frecuente que se cerciore de que todos la conozcan. A veces, con tantas directrices que seguir, la gente se desentiende y no les ve la relevancia o su importancia. Capacitar a los estudiantes para que sean conscientes de la importancia de utilizar las directrices adecuadas constituye el primer paso para que pregunten acerca de ellas y las usen. Las directrices más eficaces tienen en cuenta el entorno local y el perfil de los pacientes y sus recomen-

daciones pueden adaptarse fácilmente para acomodarse al lugar de trabajo local. Las directrices basadas en la evidencia existen para la mayoría de los procedimientos que implican riesgos significativos, tales como el uso de productos sanguíneos seguros. El no uso de productos sanguíneos seguros o no asegurarse de que el paciente reciba la sangre indicada puede resultar catastrófico para los pacientes.

La atención segura requiere que todos los integrantes del equipo sepan lo que se espera de ellos al momento de implementar una directriz. Las directrices, los protocolos o las listas de verificación deben ser accesibles. (¿Se encuentran en papel o por Internet?) También deben resultar aplicables al lugar de trabajo donde se han de utilizar. (¿Reconocen las diferencias de recursos y profesionales de la salud fácilmente disponibles?) Para que una herramienta sea eficaz, el personal debe conocerla, confiar en ella, acceder a ella fácilmente y poder implementarla.

Por diversos motivos que tienen que ver con los recursos, las condiciones locales y los tipos de pacientes, algunos pasos en un determinado proceso de verificación pueden resultar poco prácticos o inapropiados en una determinada situación. En tales casos, el equipo multidisciplinario quizás necesite adaptar la herramienta para acomodarla al entorno o las circunstancias. Cuando ocurre esto, todos deben conocer los cambios para que puedan aplicarlos.

Si una herramienta no es utilizada de manera coherente por todo el equipo o si la gente saltea pasos constantemente, la herramienta dejará de proteger a los pacientes frente a eventos adversos. Es importante que todos, incluso los pacientes, se atengan a la herramienta. El compromiso del líder y de todo el equipo es necesario para que la implementación de una directriz, un protocolo o una lista de verificación resulte ser exitosa.

Es probable que algunos clínicos cuestionen el valor de un proceso de verificación, en especial cuando creen que su autonomía profesional se ve comprometida o cuestionada. Quizás también sientan que se levanta su discreción cuando se introduce un enfoque de equipo. Intercambiar conocimiento e información y estar abierto al aporte de otros integrantes del equipo es absolutamente necesario para la continuidad de la atención, una toma de decisiones segura y el logro de los mejores resultados para los pacientes.

En 2007/2008 se llevó a cabo un estudio global pionero que observaba los efectos de una simple lista de verificación quirúrgica en ocho países distintos. Independientemente del ámbito del recurso, se descubrió que las complicaciones postoperatorias y la muerte se redujeron en más de un tercio cuando se utilizaba la lista de verificación [9]. Crucial para el éxito de las listas de verificación es contar con una mejor comunicación a fin de asegurar que la persona indicada es la que está sometiéndose al

procedimiento indicado en el lugar indicado y que el procedimiento lo está realizando el equipo clínico indicado.

justo antes de su inicio forman parte integral de la lista de verificación quirúrgica [6].

Un rápido repaso de los procesos involucrados en cirugía demuestra los muchos pasos que requieren de conversaciones activas personales, en especial para obtener el consentimiento y marcar y/o identificar las drogas adecuadas y los equipos apropiados que han de utilizarse. Todo el equipo quirúrgico –cirujanos, asistentes, anestesistas, enfermeras quirúrgicas, enfermeras circulantes (scout), terapeutas respiratorios, parteras (según corresponda) y otros presentes en la sala de operaciones- debe conocer la naturaleza del procedimiento planeado, para que todos estén al tanto de los planes de manejo, las expectativas de los distintos integrantes del equipo y los resultados anticipados para el paciente. Por este motivo, las “pausas” programadas que tienen lugar en la sala de operaciones donde se habrá de realizar el procedimiento

Una cirugía segura requiere que todos los integrantes del equipo quirúrgico conozcan las principales listas de verificación y los protocolos que se utilizan en una determinada especialidad. Si no hay proceso de verificación vigente, entonces un integrante del equipo podría solicitar que se debata en una reunión de equipo si se puede utilizar un protocolo o lista de verificación.

Existe un consenso universal de que el mejor método para minimizar errores causados por la identificación errónea de pacientes consiste en la implementación de herramientas basadas en mejores prácticas tendientes a asegurar que el paciente indicado reciba el tratamiento indicado. Se han desarrollado varios protocolos y listas de verificación para abordar este tema.

Recuadro B.10.1. OMS: La cirugía segura salva vidas

Diez objetivos esenciales para una cirugía segura	
Objetivo 1:	El equipo operará al paciente indicado en el sitio indicado.
Objetivo 2:	El equipo utilizará los métodos conocidos para prevenir el daño por administración de anestésicos, mientras protege al paciente del dolor.
Objetivo 3:	El equipo reconocerá y se preparará eficientemente para la pérdida con riesgo de vida de la vía aérea o la función respiratoria.
Objetivo 4:	El equipo reconocerá y se preparará eficientemente para el riesgo de profusa pérdida de sangre.
Objetivo 5:	El equipo evitará inducir una reacción alérgica o farmacológica adversa que le conste que representa un riesgo significativo para el paciente.
Objetivo 6:	El equipo utilizará de manera consistente los métodos conocidos para minimizar el riesgo de infección en el sitio quirúrgico.
Objetivo 7:	El equipo prevendrá la retención involuntaria de esponjas o instrumentos en las heridas quirúrgicas.
Objetivo 8:	El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
Objetivo 9:	El equipo comunicará e intercambiará con eficacia la información crítica del paciente para una segura realización de la operación.
Objetivo 10:	Los hospitales y los sistemas de salud pública establecerán una vigilancia de rutina sobre la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Fuente: *Directrices de la OMS para una Cirugía Segura*, 2009
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html [10].

Gráfico B.10.1. OMS: Lista de verificación sobre seguridad quirúrgica

Lista de verificación sobre seguridad quirúrgica		
Antes de introducir la anestesia →	Antes de la incisión en la piel →	Antes de que el paciente salga de la sala de operaciones
(con al menos la enfermera y el anestésista)	(con la enfermera, el anestésista y el cirujano)	(con la enfermera, el anestésista y el cirujano)
¿El paciente ha confirmado su identidad, sitio y procedimiento quirúrgico y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Confirmar que todos los integrantes del equipo se hayan presentado por su nombre y función	La enfermera confirma oralmente <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> Si el instrumental, las esponjas y los recuentos de agujas están completos
¿Está marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No corresponde	<input type="checkbox"/> Confirmar el nombre del paciente, su procedimiento y dónde se hará la incisión.	El etiquetado de las muestras (léanse en voz alta las etiquetas de las muestras y el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas con los equipos que deban resolverse
¿El paciente tiene puesto el oxímetro de pulsos y está funcionando? <input type="checkbox"/> Sí	¿Se administró profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No corresponde	Al cirujano, al anestésista y a la enfermera <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son las principales inquietudes para la recuperación y el manejo de este paciente?
¿Tiene el paciente alguna: Alergia conocida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Eventos críticos anticipados Al cirujano: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o no rutinarios? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto demorará este caso? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre anticipada?	
Dificultad en la vía aérea o riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y el equipo o la asistencia está disponible	Al anestésista: <input type="checkbox"/> ¿Hay alguna inquietud específica respecto de este paciente?	
Riesgo de pérdida de sangre >500ml (7ml/kg en niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se planearon dos líneas intravenosas/acceso central y fluidos	Al equipo de enfermería: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (incluidos los resultados del indicador) <input type="checkbox"/> ¿Hay algún problema o inconveniente con los equipos?	
	¿Aparecen las imágenes esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No corresponde	

Esta lista de verificación no pretende ser exhaustiva. Revisada a 1/2009. ©OMS, 2009. Se alienta la realización de agregados y modificaciones para ajustarse a la práctica local.

Fuente: OMS *La cirugía segura salva vidas*, 2006. <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html> [6].

Lo que los estudiantes deben hacer

Seguir un proceso de verificación para eliminar los incidentes que involucran a pacientes equivocados, sitios quirúrgicos equivocados y procedimientos equivocados

Los estudiantes de algunas áreas tendrán la oportunidad de visitar las salas de operaciones y observar cómo colabora el equipo. También observarán cómo el equipo maneja los procesos antes, durante y después de la cirugía. Durante una rotación en cirugía u otro curso apropiado, los estudiantes deberían:

- Localizar los principales protocolos y listas de verificación que se utilizan en una determinada unidad quirúrgica o terapéutica;
- Compartir y verificar la información con el paciente o su cuidador asistencial;
- Entender cómo se desarrollaron los protocolos y las listas de verificación vigentes y saber si están en línea con la práctica basada en la evidencia;
- Entender por qué el protocolo o la lista de verificación son necesarios;
- Ser capaces de identificar los pasos en el proceso de verificación, incluida la selección del paciente correcto, el sitio quirúrgico correcto y el procedimiento correcto;
- Ser capaces de identificar los pasos que componen la Lista de Verificación sobre Seguridad Quirúrgica de la OMS;
- Conocer el rol de cada integrante del equipo;
- Identificar la manera en que se resuelven los conflictos dentro del equipo. (Véase el Tema 4).



Practicar técnicas en la sala de operaciones que reduzcan riesgos y errores (tiempos de descanso, pausas, elaboración de informes y reuniones informativas, manifestación de inquietudes)



El Tema 4 sobre trabajo en equipo brinda un análisis detallado de la manera en que colaboran los equipos eficientes y las medidas que pueden tomar los integrantes del equipo para contribuir eficazmente a un mejor desempeño y mayor seguridad. En el entorno quirúrgico, se sabe que determinados atributos y acciones mejoran el trabajo en equipo. Si los estudiantes no son capaces de participar directamente en actividades de equipo, al menos pueden observar cómo funciona un equipo. Respetuosamente pueden preguntarle al líder del equipo si pueden participar del mismo aun cuando no tengan ninguna función o rol específico. Quedar incluidos les permite a los estudiantes ver y escuchar mejor cómo se comunican entre sí los integrantes del equipo. De ser posible, los estudiantes deberían practicar participando en las presentaciones y reuniones informativas previas y posteriores a los procedimientos. Durante estas reuniones, los estudiantes deberían observar y registrar la manera en que los profesionales de la salud participan en los procesos diseñados para mantener seguro al paciente. Por ejemplo, ¿utilizan listas de verificación?

Los estudiantes deberían evaluar sus propias contribuciones a los debates del equipo sobre el estado del paciente, incluso la identidad, el sitio quirúrgico, la condición del paciente y los planes para su recuperación.

Los estudiantes deben aprender a compartir la información de manera adecuada. Es muy importante que toda la información que se relacione con la evaluación y el tratamiento del paciente sea compartida en forma oral con todos los integrantes del equipo clínico. Los estudiantes deberían saber las principales características del procedimiento y los planes para mejorar la atención del paciente, incluso los protocolos aplicables.

Los estudiantes deberían preguntarles activamente a los integrantes del equipo, de manera apropiada y respetuosa, incluso realizando una evaluación de la oportunidad y el momento apropiados para formular las preguntas. Asimismo, deberían participar y aprovechar la oportunidad de formular preguntas en las reuniones del equipo destinadas a repasar el procedimiento planeado.

Si el estudiante cree que algo no está bien, debería plantear la cuestión en el momento ante un docente superior o supervisor.

Es importante que los estudiantes aprendan a hacerse escuchar y ratificar su posición en forma apropiada. Los estudiantes deberían poder expresar su opinión o pedírsela a otro integrante del equipo mediante preguntas o manifestaciones de opinión durante los momentos críticos. Los estudiantes deberían entender que la autoafirmación *no* incluye manifestaciones de rutina ni preguntas sobre la frecuencia cardíaca, el tono, el color o las respiraciones del paciente (ya que tales parámetros forman parte de la información compartida o consulta). Los estudiantes deberían aprender a “hacerse escuchar por la cadena de mando” cuando se conviertan en profesionales, en especial si un paciente puede resultar dañado a partir de un error potencial. Por ejemplo, una enfermera quizás se sienta intimidada de tener que recordarle a un cirujano que verifique algo (como ser si es el paciente indicado el que se lo está sometiendo al procedimiento programado). Si el cirujano descarta el recordatorio de la enfermera, la organización clínica debería apoyar a la enfermera en su actitud de hacerse escuchar por la cadena de mando.

Los estudiantes deberían practicar el intercambio de información sobre las intenciones de los integrantes del equipo y procurar comentarios antes de apartarse de alguna norma. Esto es importante porque alerta al resto del equipo sobre las acciones planeadas que no son de rutina.

Los estudiantes deberían saber que la enseñanza forma parte integral de la atención quirúrgica. La enseñanza puede darse de diversas formas: un breve intercambio informal de información, así como también un aprendizaje

práctico guiado in situ. Los estudiantes deberían estar preparados para aprender de cada uno de los integrantes del equipo clínico, así como también deberían apreciar que las tareas se distribuyen entre ellos según su experiencia profesional, nivel de conocimiento y habilidad.

Participar en un proceso educativo para revisar la mortandad y la morbilidad



Los estudiantes de carreras de la salud deberían preguntarle a su institución clínica si cuenta con un sistema de revisión por pares para debatir sobre los casos clínicos de manera tal que se puedan aprender y compartir lecciones. Muchos hospitales tienen reunión de revisión quirúrgica, a menudo denominadas *reuniones de mortandad y morbilidad*. Estas son foros bien establecidos para debatir sobre incidentes y casos difíciles y constituyen el principal método de revisión por pares para mejorar la futura atención del paciente. Tales reuniones suelen proporcionar un foro confidencial para auditar complicaciones quirúrgicas y son necesarios para mejorar la práctica en un servicio de cirugía. Estas reuniones pueden celebrarse con frecuencia semanal, quincenal o mensual y brindan una buena oportunidad para aprender sobre los errores que se dan en cirugía. Dado que la seguridad del paciente es una disciplina relativamente nueva, muchas de estas reuniones todavía tienen que adoptar enfoques sistémicos no basados en la culpa para discutir acerca de los errores. En cambio, algunas siguen concentrándose en la persona que cometió el error y utilizan un enfoque punitivo para analizar los eventos adversos. Cuando las reuniones adoptan un enfoque personal para las discusiones sobre errores, suelen ser cerradas para otros integrantes del equipo clínico, como los médicos residentes, enfermeras, terapeutas respiratorios y estudiantes, y sólo incluye a los cirujanos.

Sin perjuicio del potencial elemento de culpa, las reuniones sobre mortandad y morbilidad son excelentes lugares para aprender sobre los errores y debatir sobre los modos de prevenirlos en el futuro. Los estudiantes deberían averiguar si la institución clínica en la que están capacitándose tiene este tipo de reuniones y pedirle al respectivo profesional superior si pueden asistir como observadores. De ser esto posible, los estudiantes deberían observar y ver si se demuestran los siguientes principios básicos sobre seguridad del paciente:

- ¿Está la reunión estructurada de manera tal que las cuestiones y los factores subyacentes asociados al evento adverso son el eje de la discusión, en lugar de serlo las personas involucradas?
- ¿Se pone énfasis en la educación y la comprensión, en lugar de echarles la culpa a los involucrados?
- ¿Es el objetivo de la discusión la prevención de eventos similares a futuro? Esto requiere un debate oportuno sobre el evento cuando los recuerdos siguen estando frescos;
- ¿Se consideran estas reuniones una actividad central para todo el equipo quirúrgico, incluso los técnicos y administradores, así como también para los clínicos

(médicos, enfermeros, farmacéuticos, paramédicos)?

- ¿Todos los involucrados en el incidente/área tienen la posibilidad de concurrir a estas reuniones?
- ¿Se alienta a los residentes, incluso a los estudiantes, a concurrir y participar? Estas sesiones brindan una magnífica oportunidad para que los estudiantes aprendan sobre los errores y los procesos para mejorar determinados tratamientos y procedimientos;
- ¿Se identifican y discuten todas las muertes relacionadas con algún procedimiento quirúrgico realizado en la institución?
- ¿Se lleva una reseña por escrito de los debates, incluso de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento o revisión?



Resumen

Este tema describe el valor de las directrices en la reducción de errores y la minimización de eventos adversos. Sin embargo, toda directriz resultará útil si y sólo si la gente que la utiliza confía en ella y entiende por qué su uso conlleva a una mejor atención del paciente. Los protocolos pueden evitar que el paciente equivocado reciba el tratamiento equivocado, así como también facilita una mejor comunicación entre los integrantes del equipo, incluido el paciente.

Estrategias y formatos de enseñanza



Una disertación interactiva/didáctica

Utilice las diapositivas de apoyo como guía para cubrir todo el tema. Se pueden utilizar diapositivas en PowerPoint o convertirse en filmillas para retroproyectores. Comience la sesión con un caso de estudio obtenido del *Banco de Casos de Estudio* o bien haga que los estudiantes identifiquen algunas de las cuestiones que se hayan presentado en el respectivo caso de estudio.

Paneles de debate

Invite a un panel de profesionales respetados para que presenten un resumen de sus esfuerzos por mejorar la seguridad del paciente y que hablen de sus roles y responsabilidades. Esto puede ayudar a los estudiantes a apreciar el rol que tiene el trabajo en equipo en los procedimientos. Los estudiantes podrían contar con una lista preparada de antemano con preguntas sobre la prevención y el manejo de eventos adversos, con un tiempo programado para formular sus preguntas.

Debate en pequeños grupos



La clase puede dividirse en pequeños grupos y se les puede pedir a tres estudiantes de cada grupo que moderen el debate sobre una determinada categoría de eventos adversos asociados a los procedimientos invasivos. Otro estudiante puede concentrarse en las herramientas y técnicas disponibles para minimizar las oportunidades de error y otro podría observar el rol que desempeñan las reuniones sobre mortandad y morbilidad. Organizar estas sesiones con los estudiantes de diversas disciplinas aporta una importante perspectiva de la vida real y ayuda

a cada profesional a entender y respetar a los demás.

El tutor que se encuentre facilitando la sesión también debería estar familiarizado con el contenido, para que se pueda agregar información sobre el sistema de salud y el entorno clínico locales.

Ejercicios de simulación



Se podrían desarrollar distintos escenarios concernientes a eventos adversos en determinados tratamientos y procedimientos, tales como que el paciente equivocado recibe el tratamiento o se propone una vía equivocada para administrar un medicamento y las técnicas para minimizar las oportunidades de error. Tales escenarios podrían tratar principalmente sobre el hecho de que un médico residente tenga que hacerse escuchar frente a un clínico superior, o bien un paramédico o enfermero que tenga que hacerse escuchar ante un médico para advertir sobre un incidente, o bien un farmacéutico que tengan que hacerse escuchar frente a un médico o enfermera experimentados.

Se podrían desarrollar distintos escenarios para los estudiantes que podrían practicar la realización de presentaciones y reuniones informativas previas y posteriores al procedimiento y técnicas de autoafirmación sobre cómo hacerse escuchar para mejorar la comunicación en los quirófanos utilizando un sistema formalizado para impartir información relevante sobre el paciente (tales como la PSAER o ISBAR en inglés) en situaciones urgentes, tales como los traslados. La dramatización también es una herramienta valiosa. Los estudiantes podrían dramatizar reuniones sobre mortandad y morbilidad utilizando un enfoque personal y luego un enfoque sistémico, o bien una situación dentro de una sala de operaciones en las que un estudiante advierte que algo no está bien y necesita hacerse escuchar.

Otras actividades de quirófano y guardia

Este tema ofrece muchas oportunidades para actividades de integración durante el tiempo que los estudiantes tienen oportunidades de observar los procedimientos que se están realizando. Estas actividades pueden realizarse durante los últimos años de la carrera. Sin embargo, no hay razón para que los estudiantes no puedan ser expuestos a estas actividades desde sus primeros años de estudio, ya que ellos podrían:

- Asistir a un procedimiento y observar y registrar las actividades realizadas por el equipo a fin de asegurar que el paciente que está siendo operado o sometido al procedimiento sea el paciente indicado y que esté recibiendo el procedimiento correcto realizado en el momento indicado;
- Observar a un equipo quirúrgico o procedimental, identificando a sus integrantes, cómo funcionan e interactúan entre sí y con el paciente;
- Asistir a una reunión sobre mortandad y morbilidad y escribir un breve informe que describa si se aplicaron los principios de seguridad del paciente durante la

reunión, adoptando un enfoque sistémico en lugar de uno concentrado en la culpa;

- Seguir a un paciente por todo el proceso perioperatorio y observar las actividades o tareas que se concentraron en la seguridad del paciente;
- Examinar y criticar el protocolo o la lista de verificación utilizados para el proceso de verificación del paciente, incluidas las observaciones acerca del conocimiento que tiene el equipo sobre el protocolo o la lista de verificación y su adhesión a ellos;
- Observar cómo se comunica la información desde las guardias hasta las salas de operaciones y de vuelta a las guardias.

Después de estas actividades, a los estudiantes se les debería pedir que se reúnan en pares o en pequeños grupos y debatan junto con un tutor o profesional de la salud sobre qué fue lo que observaron y si las características y técnicas observadas estuvieron presentes o ausentes, y si fueron eficaces. Hacer esto junto con un grupo interdisciplinario de estudiantes ha beneficiado el aprendizaje sobre los roles de cada profesión y adquirir respeto por las demás profesiones.

Casos de estudio

Una operación de rutina que trae aparejado un evento adverso

Este caso ilustra los riesgos de la anestesia.

Una mujer de 37 años y de buena salud tenía programada una cirugía, no de emergencia, de senos bajo anestesia general. El anestesista especialista tenía 16 años de experiencia y el cirujano de oído, nariz y garganta tenía 30 años de experiencia. Por su parte, tres de las cuatro enfermeras de quirófano también eran muy experimentadas. La sala de operaciones estaba muy bien equipada.

Se indujo la anestesia a las 08:35, pero no fue posible insertar la vía aérea por máscara laríngea. Dos minutos más tarde, la oxigenación de la paciente comenzó a deteriorarse y se empezó a ver cianótica (se estaba poniendo azul). Su saturación de oxígeno en ese momento era del 75% (cualquier valor inferior al 90% es significativamente baja) y su frecuencia cardíaca se elevó.

Para las 08:39, su saturación de oxígeno se había deteriorado al 40% (un nivel muy bajo). Los intentos por ventilarle los pulmones con oxígeno al 100% utilizando una máscara facial y una vía aérea oral resultaron ser extremadamente difíciles. El anestesista, que fue incorporado por un colega especialista, intentó sin éxito lograr una entubación traqueal para superar los problemas de la vía aérea. Para las 08:45, todavía seguía sin haber acceso a la vía aérea y la situación se había convertido en una de "no puedo entubar, no puedo ventilar", una reconocida frase de emergencia en la práctica anestésica para la cual hay disponibles algunas directrices. Al parecer, las enfermeras presentes habían reconocido la gravedad de la si-

tuación; una de ellas trajo una camilla de traqueotomía y otra fue a disponer una cama en la UTI.

Los intentos de entubación de los médicos continuaron utilizando distintos laringoscopios, pero también resultaron infructuosos y el procedimiento fue abandonado y la paciente fue trasladada a la sala de reanimación. Su saturación de oxígeno había permanecido en menos del 40% durante 20 minutos. A pesar de ser transferida más tarde a la UTI, jamás recuperó la conciencia y falleció 13 días más tarde como consecuencia de un grave daño cerebral.

Preguntas

- ¿Qué técnicas podría utilizar el equipo antes de que el paciente reciba anestesia general?
- ¿Cuáles son los beneficios de las listas de verificación?

Fuente: Bromiley M. Have you ever made a mistake? [“¿Alguna vez has cometido un error?”] Bulletin of the Royal College of Anaesthetists, 2008, 48:2442–2445. DVD disponible en el sitio web del Clinical Human Factors Group (www.chfg.org; accedido el 21 de febrero de 2011).

Remoción de un riñón equivocado a pesar de la advertencia de un estudiante

Este caso demuestra la importancia de utilizar un protocolo para asegurarse de que se trata del paciente correcto, del sitio quirúrgico correcto y del procedimiento correcto. También demuestra el importante principio de “hacerse escuchar por la cadena de mando”. Debe haber consenso en que todo integrante de un equipo clínico es importante cuando se trata del tema seguridad, incluso los estudiantes.

Un paciente de 69 años fue internado para la extirpación de su riñón derecho con afección crónica (nefrectomía). Debido a un error administrativo, el talón de internación indicaba “izquierdo”. La lista de operaciones se transcribió a partir de los talones de internación. Al paciente no se lo despertó para verificar el flanco correcto en la ronda de sala preoperatoria. Tampoco se corroboró el flanco correcto con los apuntes ni con el formulario del consentimiento informado. El error se agravó en la sala de operaciones cuando al paciente se lo posicionó para una nefrectomía izquierda y el cirujano especialista puso al revés en el casillero visor la radiografía correctamente etiquetada. El jefe de cirujanos comenzó a extirpar el riñón izquierdo.

Un estudiante de medicina que observaba la operación le sugirió al cirujano que estaba extirpando el riñón equivocado, pero no se le prestó atención. El error no se descubrió hasta dos horas después de la operación cuando el paciente no había producido nada de orina. Más tarde murió.

Preguntas

- Identifique las oportunidades para verificar el sitio quirúrgico.
- ¿Por qué cree que el cirujano ignoró al estudiante de medicina?
- Debata si las acciones del cirujano constituyeron un incumplimiento del protocolo o un error sistémico.

Fuente: Dyer O. Doctor suspended for removing wrong kidney. [“Médico suspendido por extirpar el riñón equivocado”] British Medical Journal, 2004, 328, 246.

La omisión de administrar profilaxis antibiótica preoperatoria de un modo oportuno según el protocolo

Este caso ilustra la importancia de planificar de antemano y verificar antes de un procedimiento, además de la manera en que el uso de los protocolos puede minimizar el riesgo de infección.

Un anestésista y un cirujano estaban discutiendo sobre los antibióticos preoperatorios que se requerían para colecistectomía laparoscópica que estaban por iniciar. El anestésista le informó al cirujano sobre la alergia que el paciente tenía a la penicilina y el cirujano por su parte sugirió un antibiótico preoperatorio alternativo. El anestésista entró al corredor estéril para recuperar el antibiótico, pero regresó y le explicó a la enfermera circulante que no podía encontrar ningún antibiótico adecuado en dicho corredor. La enfermera se comunicó por teléfono para pedir antibióticos preoperatorios. El anestésista explicó que no podía ordenarlos porque no había formularios de órdenes (revisó en un folio de formularios). La enfermera circulante confirmó que los antibióticos solicitados estaban en camino.

Se realizó la incisión quirúrgica. Seis minutos más tarde, los antibióticos se entregaron en la sala de operaciones se le inyectaron de inmediato al paciente. Esta inyección ocurrió después del momento de la incisión, lo que fue contrario al protocolo que exige que los antibióticos se administren antes de realizar la incisión a fin de evitar infecciones en el sitio quirúrgico. Posteriormente, una enfermera planteó su inquietud, la cual condujo a un cambio en el plan operatorio.

Preguntas

- ¿Qué factores podría haber habido que contribuyeron con la demora en la administración de los antibióticos?
- ¿Qué podría hacer el equipo para evitar que esto vuelva a suceder?

Fuente: Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Caso provisto por Lorelei Lingard, Profesora Asociada de la Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

Un caso de extracción quirúrgica del diente y el quiste equivocados

Este caso ilustra cómo la cirugía sobre el costado equivocado que se lleva a cabo sin supervisión de un residente

superior o de un cirujano especialista en cirugía bucomaxilofacial provocó dolor y ansiedad en una paciente.

Una mujer de 38 años con un viejo problema de encías infectadas alrededor del tercer molar y dolor asociado en su costado izquierdo se presentó ante el médico clínico. El dolor fue asociado a una efusión salada del sitio infectado. Las imágenes demostraban un diente cariado e impactado en forma horizontal, además de un quiste.

La paciente fue derivada a un cirujano bucomaxilofacial quien le recomendó una extracción quirúrgica bajo anestesia general del diente impactado y del quiste. El día de la cirugía, el cirujano interviniente estaba conversando sobre el procedimiento con los residentes más experimentados y más novatos de cirugía dental. Los cirujanos no estaban al tanto de que las radiografías no se habían visualizado correctamente o que se veían al revés.

El residente más novato comenzó el procedimiento en el costado derecho sin revisar los apuntes médicos. Al mismo tiempo, el cirujano interviniente salió de la sala y al jefe de residentes lo llamaron por una emergencia. El residente principiante continuó removiendo un colgajo y extrajo el diente del costado derecho. Estaba intentando localizar el quiste que debía extirparse cuando regresó el cirujano interviniente y advirtió que el residente principiante estaba operando el costado equivocado y no lo estaba supervisando nadie.

El residente y el cirujano cerraron la herida del costado derecho y luego hicieron la incisión y extrajeron con éxito el diente y el quiste del costado izquierdo.

Inmediatamente después de la cirugía, la paciente comenzó a manifestar dolor en el costado derecho de su boca. El cirujano le informó a la paciente que habían separado tejido y hueso de su costado izquierdo, así como también del costado derecho. La paciente le preguntó si sus nuevos síntomas se relacionaban con la operación. El cirujano subestimó esa posibilidad. La paciente visitó el consultorio del cirujano en dos oportunidades después de la cirugía por su dolor postoperatorio, pero no quedó conforme con la respuesta del cirujano.

La paciente reclamó indemnización, alegando que el cirujano interviniente y tanto el jefe de residentes como el residente principiante realizaron la cirugía de manera incorrecta.

Preguntas

- ¿Qué factores subyacen a este error y cómo se podría haber evitado?
- ¿Cuáles podrían haber sido las consecuencias, tanto para el paciente como para el cirujano, de no ser francos en cuanto al error y la causa del dolor de la paciente?

Fuente: Caso provisto por Shan Ellahi, Consultor en Se-

guridad del Paciente para los Servicios Comunitarios de Ealing y Harrow, Servicio Nacional de Salud, Londres, Reino Unido.

La comunicación sobre la oxitocina

Este caso destaca los problemas de comunicación y la necesidad de contar con procedimientos dirigidos a la administración segura de una droga potencialmente peligrosa.

Una partera estaba supervisando a una estudiante de partería durante la reparación de una laceración de segundo grado después del parto. Una enfermera entró a la sala para preguntarle a la partera si podía aumentarle la oxitocina a otra mujer, la Sra. M., dadas sus contracciones uterinas que, si bien venían cada dos o tres minutos, no se sentían muy fuertes; dicha paciente había estado con 4 cm de dilatación en las últimas tres horas. La enfermera dijo que la oxitocina estaba llegando a 10mu/min y no se había incrementado durante las últimas dos horas. La partera le contestó que le parecía un plan razonable.

Después de que se fue la enfermera, la estudiante de partería que no tenía experiencia y se había quedado concentrada en su sutura, le preguntó a la partera qué era lo que quería la enfermera. La partera le contestó que la enfermera había querido aumentar la oxitocina de la Sra. M. debido a la insuficiente intensidad de sus contracciones y la falta de dilatación del cuello uterino. La estudiante dijo: “Ah, yo revisé a la Sra. M. justo antes de este parto y había avanzado hacia 6cm de dilatación, pero como tuve que venir corriendo para este otro parto, no tuve tiempo de escribir mis apuntes”. Pese a ello, la partera confió en el criterio de la enfermera y se quedó con la estudiante de partería para terminar la reparación y atención de la paciente.

Cuando fueron a ver a la Sra. M. media hora después, un médico y dos enfermeras estaban en la habitación y la frecuencia cardíaca fetal estaba en 70 y pico. La partera observó la bomba de infusión y descubrió que estaba regulada a 20mu/min, en lugar de 12 mu/min que era el valor que esperaba ver. Las medidas adoptadas para aumentar la frecuencia cardíaca fetal no resultaron exitosas y la Sra. M. tuvo que ser sometida a una cesárea de emergencia. Nació un bebé con un puntaje Apgar de 3 al minuto, de 6 a los cinco minutos y de 8 a los diez minutos.

Preguntas

- ¿Cuáles fueron los errores sistémicos que condujeron a la innecesaria cesárea de esta mujer?
- ¿El uso rutinario de una lista de verificación protocolar para aumentar la oxitocina hubiera eliminado muchos de estos errores?
- De ser así, ¿qué elementos clave deberían formar parte de una lista de verificación sobre la infusión de oxitocina?

Recurso adicional

Clark S. et al. Implementation of a conservative checklist-

based protocol for oxytocin administration: maternal and neonatal outcomes. [“La implementación de un protocolo basado en una lista de verificación conservadora para la administración de oxitocina: resultados en madres y neonatos”] *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 197:480e1-e5.

Fuente: Este caso fue provisto por Mary Barger, Profesora Auxiliar del Departamento de Enfermería de Cabecera de la Universidad de California, San Francisco, CA, USA.

Herramientas y materiales de referencia

WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery saves lives. [“Directrices de la OMS para una cirugía segura 2009. La cirugía segura salva vidas”] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf; accedido el 21 de febrero de 2011).

Universal protocol for preventing wrong-site, wrong-procedure, wrong-person surgery™

(Protocolo universal para prevenir la cirugía en el sitio quirúrgico equivocado, el procedimiento equivocado y en la persona equivocada)
Carayon P., Schultz K., Hundt A.S. Righting wrong-site surgery. [“Cómo corregir la cirugía en el sitio quirúrgico equivocado”] *Journal on Quality & Safety*, 2004, 30:405–10.

Ejemplo de la vida real sobre cómo pueden ocurrir errores en los procedimientos quirúrgicos
<http://www.gapscenter.va.gov/stories/WillieDesc.asp>; accedido el 21 de febrero de 2011.

Juego de herramientas para una cirugía en el sitio quirúrgico correcto

Asociación de Enfermeras Quirúrgicas Matriculadas (AORN, por su sigla oficial en inglés) (<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolkit/>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Juego de herramientas para el traspaso perioperatorio de un paciente quirúrgico

Asociación de Enfermeras Quirúrgicas Matriculadas (AORN, por su sigla oficial en inglés) y el Programa sobre Seguridad del Paciente del Departamento de Defensa de los Estados Unidos (<http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolkit/>; accedido el 21 de febrero de 2011).

OMS: La cirugía segura salva vidas

El Segundo Desafío Global sobre Seguridad del Paciente (<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. [“Una lista de verificación de seguridad quirúrgica para reducir la

morbilidad y mortandad en una población global”] *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491–499.

Recursos adicionales

Calland J.F. et al. Systems approach to surgical safety. [“Enfoque sistémico de la seguridad quirúrgica”] *Surgical Endoscopy*, 2002, 16:1005–1014.

Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. [“La naturaleza del error humano: sus implicancias para la práctica quirúrgica”] *Annals of Surgery*, 2006, 244:642–648.

Cómo evaluar los conocimientos de este tema

Varios métodos de evaluación resultan apropiados para evaluar la comprensión de los estudiantes sobre este tema, entre los cuales se encuentran los informes observacionales, las declaraciones reflexivas sobre errores quirúrgicos, los ensayos, las preguntas de opción múltiple, las preguntas con mejor respuesta posible, los debates sobre casos y las autoevaluaciones. A los estudiantes se les puede alentar a desarrollar un enfoque de portafolio en cuanto al aprendizaje de la seguridad del paciente. El beneficio del enfoque de portafolio consiste en que al finalizar la carrera, los estudiantes contarán con una colección de todas las actividades relacionadas con la seguridad del paciente y así podrán utilizarlas para avalar solicitudes de empleo y el ejercicio de su futura actividad profesional.

Los conocimientos sobre la atención procedimental y su daño potencial a los pacientes, así como el uso de un enfoque sistémico y técnicas para minimizar las oportunidades de errores procedimentales y quirúrgicos se pueden evaluar utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

- Un portafolio;
- Debates sobre casos;
- Una estación de ECEO (Examen Clínico Estructurado por Objetivos)
- observaciones escritas sobre el entorno perioperatorio y el potencial de error.

También se les puede pedir a los estudiantes que redacten declaraciones reflexivas sobre las salas de operaciones y el rol que tiene el trabajo en equipo en la minimización de los errores, el rol de la jerarquía dentro del quirófano y su efecto sobre la seguridad del paciente, los sistemas implementados para notificar errores quirúrgicos, el rol de los pacientes en el proceso quirúrgico, la eficacia de las reuniones sobre mortandad y morbilidad y/o los métodos de comunicación que contribuyen a una atención segura.

La evaluación puede ser formativa o sumativa; las clasificaciones pueden ir desde una nota conceptual de satisfactorio/insatisfactorio hasta una numérica. Véanse los formularios que figuran en el Anexo 2 de la Parte B para conocer ejemplos de evaluaciones.

Cómo evaluar la enseñanza de este tema

La evaluación es importante al momento de revisar cómo fue una clase y cómo se pueden realizar mejoras. Véase la Guía para el Docente (Parte A) para conocer un resumen de los principios de evaluación importantes.

Referencias

1. Weiser T.G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. [“Una estimación del volumen global de cirugías: estrategia de modelización basada en los datos disponibles”] *Lancet*, 2008, 372:139–144.
2. Gawande A.A., Thomas E.J., Zinner M.J., Brennan T.A. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. [“La incidencia y naturaleza de los eventos adversos quirúrgicos en Colorado y en Utah durante 1992”] *Surgery*, 1999, 126:66–75.
3. Kable A.K., Gibberd R.W., Spigelman A.D. Adverse events in surgical patients in Australia. [“Los eventos adversos en pacientes quirúrgicos de Australia”] *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269–276.
4. Vincent C. et al. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475–482.
5. Leape L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. [“La naturaleza de los eventos adversos en pacientes internados: resultados del 2° Estudio sobre Práctica Médica de Harvard”] *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377–384.
6. WHO surgical safety checklist. [Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS] Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf; accedido el 18 de enero de 2010).
7. Lingard L. et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. [“Las fallas en la comunicación dentro de la sala de operaciones: clasificación observacional de los tipos recurrentes y sus efectos”] *Quality & Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.
8. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. [“Cómo cruzar el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI”] Washington, DC, National Academies Press, 2001.
9. Haynes et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. [“Una lista de verificación de seguridad quirúrgica para reducir la morbilidad y mortandad en una población global”] *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491–499.
10. WHO Guidelines for Safe Surgery, [“Directrices de la OMS para la Seguridad Quirúrgica”] 2009, 10 (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html; accedido el 24 de mayo de 2011).

Diapositivas para el Tema 10: La seguridad del paciente y los procedimientos invasivos

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñarles a los estudiantes sobre seguridad del paciente. Si se está considerando una disertación didáctica, es una buena idea planificar la interacción y el debate de los estudiantes durante la presentación. Utilizar un caso de estudio es una manera de generar un debate en grupo. Otra forma consiste en formularles preguntas a los estudiantes sobre distintos aspectos de la atención clínica que plantearán las cuestiones contenidas en este tema, tales como la cultura de la culpa, la naturaleza de los errores y cómo se manejan los errores en otras actividades.

Las diapositivas para el Tema 10 están diseñadas para ayudar al profesor a dictar los contenidos de este tema. Se pueden cambiar las diapositivas a fin de adaptarlas al entorno y la cultura locales. Los docentes no tienen que usar todas las diapositivas y lo mejor es adaptarlas a las áreas que se están cubriendo en la clase.

Tema 11

¿Cómo mejorar la seguridad de la medicación?

Medicamentos inapropiados para una niña con náuseas

Durante las vacaciones, la hija de Heather, Jane, de 8 años, no se sentía bien y comenzó a vomitar. Heather la llevó a la clínica local. La vio un médico y le dijo que su hija tenía asma y requería un nebulizador. El médico diagnosticó náuseas secundarias a una infección en el oído y recetó un antibiótico. Inyectó clorpromazina, metoclopramida y atropina para las náuseas.

Más tarde, el nivel de conciencia de Jane disminuyó, y fue internada en el pequeño hospital local. Luego fue trasladada a un hospital más grande dados sus síntomas respiratorios.

El médico de la clínica pensaba que estaba haciendo las cosas bien, ya que había aprendido ese cóctel de medicamentos durante su capacitación como residente. Sin embargo, esas drogas no eran apropiadas para tratar las náuseas en niños debido al potencial de reacciones adversas y a lo difícil que resulta monitorear el estado posterior del niño. El médico tampoco le brindó a Heather información suficiente sobre las drogas.

Fuente: Walton M. *Well being: how to get the best treatment from your doctor* [Bienestar: cómo obtener el mejor tratamiento de su médico]. Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia, Pluto Press, 2002:51.

Sobredosis de metadona

Cuando Matthew se presentó en la clínica de metadona, tres enfermeros estaban de guardia. Dos de ellos omitieron verificar sus datos adecuadamente y administraron metadona sin prestar la debida atención a la dosis.

La dosis dada fue de 150 mg cuando debió haber sido de 40 mg. Los enfermeros tampoco notificaron al médico que lo estaba atendiendo cuando se dieron cuenta de que la dosis era excesiva. Le indicaron al tercer enfermero que le diera a Matthew una dosis domiciliaria de 20 mg, a pesar de ser conscientes de que la dosis era excesiva y sin la autorización del médico. Matthew murió a la madrugada del día siguiente por intoxicación por metadona.

Fuente: Casos prácticos. *Health Care Complaints Commission Annual Report* [Informe Anual de la Comisión de Demandas de Atención Clínica] 1995-1996:38. Sydney, Nueva Gales del Sur, Australia.

Introducción: ¿Por qué hacer hincapié en la medicación?



Los medicamentos han demostrado ser muy beneficiosos para tratar y prevenir las enfermedades. Este éxito ha conducido a un aumento muy significativo en el uso de la medicación. Desafortunadamente, el aumento de su uso ha traído consigo un aumento en los peligros, errores y eventos adversos asociados al uso de medicación.

Por varios motivos, el uso de medicación también se ha vuelto cada vez más complejo. La cantidad y variedad de medicamentos disponibles ha aumentado enormemente. Los trayectos de entrega y la acción de estos medicamentos varían (de acción prolongada, de acción rápida). A veces, la misma fórmula de una droga en particular se vende con más de un nombre comercial, y esto puede provocar confusión.

En la actualidad, a pesar de que hay mejores tratamientos disponibles para enfermedades crónicas, también hay más pacientes que toman muchos medicamentos y hay más pacientes con co-morbilidades múltiples. Esto aumenta la probabilidad de interacciones farmacológicas, efectos colaterales y equivocaciones de administración.

Con frecuencia, el proceso de entrega de medicamentos a pacientes involucra a varios profesionales de la atención clínica. Fallas en la comunicación pueden provocar interrupciones en la continuidad del proceso. Los profesionales de la salud están recetando una mayor variedad de medicamentos; por lo tanto, hay más medicamentos con los que tienen que estar familiarizados. Es demasiada información para que un profesional de la salud pueda confiar solamente en su memoria sin la ayuda de material de referencia. Enfermeros, farmacéuticos, odontólogos y médicos cuidan a pacientes que están tomando medicamentos que recetaron otros clínicos (generalmente especialistas) y, por consiguiente, puede ser que no estén familiarizados con los efectos de todos los medicamentos que un paciente esté tomando.

Además de los farmacéuticos, los profesionales que recetan cumplen un rol importante en el uso de medicación. Este rol incluye la prescripción y la administración de medicamentos, el monitoreo de efectos colaterales y el trabajo en equipo. Los profesionales de la salud cumplen un rol de liderazgo potencialmente satisfactorio en lo que respecta al uso de la medicación y a mejorar la atención al paciente.

Los estudiantes, como futuros profesionales de la atención clínica, deben entender la naturaleza del error de medicación, saber qué peligros están asociados al uso de medicamentos y aprender qué puede hacerse para lograr un uso de la medicación más seguro. Los farmacéuticos, los médicos y los enfermeros cumplen un rol central para disminuir los errores de medicación, pero todos aquellos que se encuentran involucrados en el uso de medicación tienen la responsabilidad de trabajar juntos para reducir

al mínimo los daños que los medicamentos causan a los pacientes.

Palabras clave

Efecto colateral, reacción adversa, error, evento adverso, efectos adversos de drogas, error de medicación, prescripción, administración y monitoreo.

Objetivo pedagógico



Este tema ofrece un panorama general sobre seguridad de la medicación. Está diseñado para incentivar a los estudiantes a que continúen aprendiendo y practicando formas de mejorar la seguridad en el uso de medicación.

Resultados pedagógicos: conocimiento y actuación

Requisitos de conocimiento



Los estudiantes deben conocer y saber:

- la magnitud del error de medicación;
- que hay riesgos asociados al uso de medicamentos;
- fuentes comunes de error;
- en qué partes del proceso pueden ocurrir errores;
- las responsabilidades asociadas a la prescripción y administración de medicamentos;
- cómo reconocer situaciones peligrosas comunes;
- formas para lograr que el uso de medicación sea más seguro;
- los beneficios de un enfoque multidisciplinario de la seguridad de la medicación.

Requisitos de actuación



La seguridad de la medicación es un tema amplio. Un profesional de la salud que entiende los problemas y riesgos que implica el uso de medicación reunirá las siguientes características:

- usa nombres genéricos;
- adapta la prescripción a cada paciente;
- completa detalladamente las historias farmacológicas;
- sabe qué medicamentos son de alto riesgo;
- está muy familiarizado con los medicamentos que receta y/o expende;
- recurre a ayudamemorias;
- se comunica claramente;
- desarrolla hábitos de verificación;
- incentiva a los pacientes a que se involucren activamente en el proceso de medicación;
- notifica y aprende de los errores;
- entiende y hace cálculos de drogas, incluidos ajustes basados en parámetros clínicos (por ejemplo, depuración renal);
- detecta interacciones potenciales y reales entre drogas y entre drogas y alimentos.

Definiciones



Efecto colateral

Un efecto colateral es un efecto conocido, distinto al deseado originalmente, relacionado con las propiedades

farmacológicas de un medicamento [1]. Por ejemplo, las náuseas son un efecto colateral común de los analgésicos opiáceos.

Reacción adversa

Una reacción adversa tiene lugar cuando se produce un daño inesperado como resultado de una acción justificada, cuando se siguió el procedimiento correcto en el contexto en el que se usó el medicamento [1]. Un ejemplo sería la reacción alérgica inesperada de un paciente que está tomando un medicamento por primera vez.

Error

Un error consiste en el hecho de que no se lleve a cabo una acción tal como fue planeada o en la aplicación de un plan incorrecto [1].

Evento adverso

Un incidente en el que un paciente resulta dañado [1].

Evento adverso de droga

Un evento adverso que involucra un medicamento (un evento adverso de droga) puede ser prevenible (por ejemplo, el resultado de un error) o puede no ser prevenible (por ejemplo, la reacción alérgica inesperada de un paciente que está tomando un medicamento por primera vez, tal como se describió anteriormente).

Error de medicación

Todo evento prevenible que puede ocasionar o conducir al uso inadecuado de medicación o a un daño en el paciente cuando el control de la medicación recae sobre el profesional de la atención clínica, el paciente o el consumidor [2]. Estos eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los productos de atención clínica, los procedimientos y sistemas, incluidos: la prescripción; las comunicaciones sobre órdenes; la rotulación, el envasado o la nomenclatura de productos; la composición; el expendio; la distribución; la administración; la instrucción; el monitoreo; y el uso.

Prescripción

Una *prescripción* es una orden que consiste en tomar ciertos medicamentos. En muchos países, quien prescribe asume responsabilidad legal por la atención clínica del paciente, a la vez que tiene un rol en el monitoreo de la seguridad y la eficacia de la/s droga/s.

La prescripción de un medicamento requiere que el profesional de la salud tome una decisión respecto de la droga, el régimen de la droga, la documentación de la droga en los registros de atención clínica, y las órdenes. Hay prácticas basadas en la evidencia que ayudan a los profesionales de la salud en la prescripción de medicamentos que aseguran que se otorgue apropiadamente la droga correcta al paciente correcto. Pero además, es necesario que los profesionales de la salud tengan en cuenta las preferencias, los valores y las circunstancias económicas del paciente. En algunos ámbitos, también puede haber recursos limitados y restricciones respecto de qué puede

y qué no puede suministrarse a los pacientes.

Se sabe que se cometen errores en la etapa de prescripción, y a menudo están asociados a la inexperiencia del profesional de la salud y su falta de conocimiento del medicamento, al hecho de que no se respete un protocolo acordado, o a otros factores como cansancio o lagunas mentales.

Además de las drogas de prescripción médica, los consumidores se auto medican y toman medicamentos de venta libre. A veces, estas drogas pueden provocar eventos adversos, especialmente cuando se toman junto con otros medicamentos. Los consumidores siempre deben consultar a farmacéuticos cuando planean mezclar medicamentos de venta libre con sus medicamentos recetados.

Error de medicación

Un error de medicación puede traer como consecuencia:

- un evento adverso, en el que un paciente resulta dañado;
- un desacierto, en el que un paciente casi resulta dañado;
- ningún daño, ni real ni potencial.

El error de medicación es una causa común de daños a pacientes que pueden prevenirse. El IOM calcula que en los EE.UU. hay un error de medicación por paciente hospitalizado por día [3], 1,5 millones de eventos adversos de drogas que pueden prevenirse por año [3] y 7000 muertes al año por errores de medicación en hospitales de dicho país [4].

Los investigadores en otros países alrededor del mundo en los que se han analizado la incidencia de los errores de medicación y los eventos adversos de drogas informan estadísticas igualmente preocupantes [5]. Solo el 15% de los errores de prescripción que se cometen llegan a los pacientes; los otros son descubiertos a tiempo por farmacéuticos y otros trabajadores de la atención clínica. Este hecho subraya la importancia del trabajo en equipo: trabajando juntos, los prestadores de atención clínica pueden prevenir muchos eventos adversos.

Fabricación, distribución y comercialización

Antes de que las drogas puedan usarse en seres humanos, deben probarse para garantizar que sean seguras. El desarrollo y la fabricación de drogas están muy regulados en la mayoría de los países.

Etapas del uso de medicación



Hay varias etapas distintas en el uso de medicación: la prescripción, el expendio, la administración y el monitoreo son las cuatro principales. Los médicos, farmacéuticos, pacientes y otros profesionales de la atención clínica cumplen funciones esenciales en este proceso. Por ejemplo, algunos pacientes se recetan medicamentos de venta libre, los toman por su cuenta y realizan un automoni-

toreo para ver si ha habido algún efecto terapéutico. O bien, por ejemplo, en un ámbito hospitalario, cuando un médico receta un medicamento, un farmacéutico luego lo expende, un enfermero lo administra y un enfermero junto con un médico distinto quizás terminen monitoreando la evolución del paciente y tomando decisiones respecto de la posología en curso. Como práctica colaborativa, un farmacéutico puede ajustar la dosis.

A continuación, se resumen los principales componentes de cada una de las cuatro etapas anteriormente mencionadas.

Prescripción



El profesional de la atención clínica debe elegir un medicamento adecuado para una situación clínica dada, teniendo en cuenta factores individuales del paciente, tales como alergias. Quien prescribe también debe seleccionar la vía de administración, la dosis, la posología y los horarios más adecuados. El plan debe comunicarse a la persona que vaya a administrar el medicamento (por escrito, oralmente o de ambas maneras) y el plan completo debe documentarse adecuadamente.

Expendio

Un farmacéutico transcribe la prescripción que escribió el profesional de la salud y verifica la transcripción. Luego, el farmacéutico selecciona el medicamento, cotejándolo con la prescripción, y registra el trabajo realizado.

Administración

Administrar un medicamento puede implicar obtenerlo y tenerlo listo para ser usado. Esto puede implicar contar, calcular, mezclar, rotular o preparar la droga de alguna manera. Toda persona que administre un medicamento siempre debe chequear alergias y verificar que esté dando la dosis correcta del medicamento correcto al paciente correcto por la vía de administración correcta en el horario correcto. La persona que administra el medicamento debe anotar lo que hizo.

Monitoreo

El monitoreo implica observar al paciente para determinar si el medicamento está funcionando, si se está usando correctamente y si no está provocando un daño. Las actividades de monitoreo también deben documentarse, como todas las otras etapas del proceso de medicación.

En todas las etapas del proceso hay potencial de error. Los errores pueden ocurrir de variadas maneras en cada una de las etapas.

El uso de medicación conlleva riesgos



El uso de medicación implica ciertos riesgos. Los distintos riesgos y probabilidades de que se cometan errores se asocian a las distintas etapas del proceso de medicación.



Prescripción

Los conocimientos inacabados sobre indicaciones de drogas, contraindicaciones e interacciones farmacológicas pueden conducir a errores de prescripción. Este es un problema cada vez mayor dado que la cantidad de medicamentos que se usa ha aumentado. No es posible que un profesional de la atención clínica recuerde todos los detalles pertinentes necesarios para una prescripción segura sin recurrir a material de referencia. Se necesitan formas alternativas de acceder a información sobre drogas. Los errores también pueden originarse por la falta de consideración de factores físicos, cognitivos, emocionales y sociales que podrían afectar la prescripción, como alergias, embarazo, comorbilidades, alfabetización sanitaria y otros medicamentos que el paciente pueda estar tomando.

Los errores pueden incluir la prescripción a un paciente equivocado, la prescripción de una dosis incorrecta, recetar la droga equivocada, indicar una vía de administración incorrecta o un horario inapropiado para la administración de la droga. A veces, estos errores pueden cometerse por falta de conocimientos, pero en general son consecuencia de una "equivocación tonta" o "simple equivocación", a la que nos referimos como un desliz o lapsus. Estos son los tipos de error que es más probable que sucedan a las cuatro de la mañana, o si el clínico que hace la receta está apurado, aburrido o cansado y no del todo concentrado en la tarea en cuestión.

Otra causa de errores de prescripción es la comunicación insuficiente. La comunicación ambigua puede malinterpretarse (por ejemplo, ciertas abreviaturas). La letra ilegible o un simple malentendido en una comunicación verbal pueden ocasionar errores.

Los errores matemáticos al calcular dosis pueden provocar errores de medicación. Estos errores pueden cometerse por desatención o fatiga, pero también pueden ser consecuencia de una falta de capacitación o falta de familiaridad con el manejo de volúmenes, cantidades, concentraciones y unidades y/o la falta de acceso a parámetros actualizados. Los errores de cálculos en medicamentos con ventanas terapéuticas estrechas pueden causar eventos adversos considerables. No es raro que se cometan errores de cálculo en el pasaje de unidades (por ejemplo, de microgramos a miligramos). Este tipo de error de cálculo puede resultar en un error multiplicado por 1000. La aptitud para calcular dosis es especialmente importante en pediatría, dado que la mayoría de las dosis se calculan según el peso del niño.

Expendio

Un estudio del año 2007 demostró que mayores volúmenes de trabajo de farmacia, definidos como la cantidad de prescripciones expendidas por hora de trabajo de farmacéutico, aumentaban el riesgo de que se expendiera un medicamento potencialmente inseguro. Los farmacéuticos pueden tomar las siguientes medidas [6] a fin

de disminuir el riesgo de un error de expendio:

- asegurarse de ingresar la prescripción correctamente;
- confirmar que la prescripción sea correcta y esté completa;
- tener cuidado con drogas de aspecto o nombre parecidos (los nombres parecidos de drogas constituyen la causa de un tercio de los errores de medicación);
- tener cuidado con los ceros y las abreviaturas;
- organizar el lugar de trabajo;
- evitar las distracciones cuando sea posible;
- poner el acento en reducir el estrés y equilibrar grandes volúmenes de trabajo;
- tomarse el tiempo necesario para almacenar las drogas adecuadamente;
- chequear detalladamente todas las prescripciones;
- siempre brindar un asesoramiento exhaustivo a los pacientes.

Administración



Los errores clásicos de administración consisten en dar una dosis incorrecta de una droga al paciente equivocado, por la vía incorrecta, en un horario inadecuado, o la aplicación de la droga incorrecta. Otro error de administración consiste en la omisión de administrar una droga recetada. Estos errores pueden cometerse por una comunicación insuficiente, deslices o lapsus, la falta de verificación de procedimientos, la falta de atención y los errores de cálculos, así como también cuando las condiciones del lugar de trabajo y el diseño del envase del medicamento no son óptimas. En estos casos, suele haber una combinación de factores coadyuvantes.

La documentación insuficiente también puede conducir a errores de administración. Por ejemplo, si se administra un medicamento pero no se anota que se dio, otro miembro del personal puede aplicar el medicamento al paciente creyendo que aún no fue administrado.

Otro tipo de error de administración lo constituyen los errores de cálculos en drogas IV (por ejemplo, gotas por hora, o gotas por minuto, o mililitros por hora o mililitros por minuto).

Monitoreo



Los errores en esta área incluyen el monitoreo insuficiente de efectos colaterales, no dejar el medicamento una vez que el tratamiento prescripto se completó o cuando claramente no le está haciendo bien al paciente; también el no completar un tratamiento prescripto. Se cometen errores de monitoreo cuando los niveles de la droga no se miden, o se miden pero no se chequea o no se hace nada al respecto. Estos errores a menudo implican fallas comunicativas.

Hay un especial riesgo de falla comunicativa cuando cambia el prestador de atención, por ejemplo, o cuando un paciente pasa de un ámbito hospitalario a un ámbito no hospitalario o viceversa.

Factores coadyuvantes a errores de medicación

Los eventos adversos de medicación suelen obedecer a múltiples factores. Con frecuencia, hay una combinación de eventos que, en conjunto, traen como consecuencia daños en el paciente. Es importante comprender esto por varias razones. Al tratar de entender por qué ocurrió un error, es importante examinar todos los factores que coadyuvaron al error, en lugar de examinar el motivo más obvio o la última etapa del proceso. Las estrategias para mejorar la seguridad de la medicación también deben apuntar a múltiples etapas del proceso.

Factores del paciente



Ciertos pacientes son especialmente vulnerables a los errores de medicación; por ejemplo, los pacientes con circunstancias especiales (embarazo, insuficiencia renal, etc.); los pacientes que toman varios medicamentos, especialmente si estos medicamentos han sido recetados por más de un prestador de atención clínica; los pacientes con varios problemas de salud; y los pacientes que no se interesan activamente en informarse acerca de su propia salud y sus propios medicamentos. Los pacientes con problemas de memoria (por ejemplo, pacientes con Alzheimer) y los que no pueden comunicarse bien, incluidos los pacientes inconscientes, los bebés y los niños pequeños, y los que no hablan el mismo idioma que el personal también son especialmente vulnerables a los errores de medicación. Los niños y los bebés, especialmente los neonatos, tienen un mayor riesgo de exposición a errores de medicación debido a los cálculos de dosis de drogas que deben realizarse al atenderlos.

Factores del personal



Los factores del personal que aumentan el riesgo de errores de medicación incluyen la inexperiencia del personal; los apuros, por ejemplo en situaciones de emergencia; la realización de varias tareas al mismo tiempo; las interrupciones en el medio de una tarea; y la fatiga, el aburrimiento y la falta de atención. La falta de chequeos y del hábito de chequear dos veces, o los chequeos realizados por distintas personas también pueden traer como consecuencia errores de medicación, así como también pueden ser producto del mal trabajo en equipo, de la mala comunicación entre colegas y del negarse a usar ayudamemorias.

Factores del diseño del lugar de trabajo



Los factores del diseño del lugar de trabajo también coadyuvan a que se produzcan errores de medicación, incluida la ausencia de una cultura de seguridad en el lugar de trabajo. Prueba de ello pueden ser la ausencia de sistemas de notificación y el no aprender de desaciertos y eventos adversos pasados. Otros factores de diseño del lugar de trabajo incluyen la ausencia de ayudamemorias disponibles para el personal y/o de información sobre medicamentos específicos, un mal acceso o la falta de acceso a información diagnóstica por parte del equipo de farmacia, y el almacenamiento inadecuado de medicamentos; por ejemplo, guardar drogas diferentes con

nombres tan parecidos que se prestan a confusión cerca la una de la otra, o almacenar medicamentos en formas que no resultan fáciles de usar, o no almacenarlos en los lugares habituales. La dotación insuficiente de personal es otro problema del diseño del lugar de trabajo que puede traer como consecuencia una mayor cantidad de errores de medicación.

Factores del diseño de medicamentos



Ciertos factores del diseño de medicamentos también pueden aumentar el riesgo de errores de medicación. Algunos medicamentos pueden confundirse con facilidad, como las píldoras que tienen aspecto parecido (por ejemplo por su color o forma). Un ejemplo de este problema es lo que sucede con celecoxib (un antiinflamatorio), fosfenitoína (un anticonvulsivo) y citalopram hidrobromuro (un antidepresivo): cuando se usan sus nombres comerciales, se pueden prestar a confusión (Celebrex, Cerebryx y Celexa). También sucede con la efedrina y la epinefrina. La rotulación ambigua es otra causa de confusión. Distintas preparaciones o dosis del mismo medicamento pueden tener nombres o envases parecidos. Por ejemplo, los envases de fitonadiona de 1 mg y de 10 mg son muy parecidos. Algunos medicamentos de liberación lenta pueden estar diferenciados de los de liberación común por medio de un sufijo. Desafortunadamente, hay muchos sufijos diferentes que se usan para indicar propiedades similares, como de liberación lenta, de liberación retardada o de larga acción (LA, AP, LP, CC, LC, LP, AL, LC, XT y LL).

Determinados problemas de diseño de medicamentos se prestan a errores de administración, incluidos los casos de rotulaciones demasiado pequeñas e información sobre dosis difícil de leer en viales. Otro problema es la falta de instrumentos de medición (por ejemplo, cucharas para jarabe).

Otros factores técnicos

Otros factores técnicos también pueden coadyuvar a que sucedan errores de medicación. Por ejemplo, los conectores idénticos para catéteres IV e intratecales dejan la puerta abierta para que las drogas se apliquen por la vía equivocada.

Algunas formas de hacer que el uso de la medicación sea más seguro



Usar nombres genéricos



Los medicamentos tienen nombres comerciales (nombres de marcas) y nombres genéricos (el principio activo). Distintas empresas pueden producir la misma fórmula y darle nombres comerciales diferentes. Generalmente, el nombre comercial está impreso con letras grandes en la caja/botella y el nombre genérico con letra chica. Familiarizarse con todos los medicamentos genéricos en uso es lo suficientemente complicado; recordar todos los nombres comerciales relacionados, prácticamente imposible. Para reducir la confusión al mínimo y simplificar la comu-

nicación, conviene que el personal use solamente nombres genéricos. Sin embargo, es importante tener presente que los pacientes suelen usar los nombres comerciales, dado que son los que figuran con letras grandes en el envase. Esto puede generar confusión tanto para los pacientes como para el personal. Tomemos como ejemplo el caso de un paciente a quien se le da el alta con una prescripción para el medicamento que suele tomar, pero con un nombre comercial diferente. Puede suceder que el paciente no se dé cuenta de que el medicamento que le recetaron al darle el alta es el mismo que el que tomaba antes de la internación, y por consiguiente quizás siga tomando ese otro medicamento adicionalmente, dado que nadie le dijo que dejara de tomarlo o que se trataba del mismo medicamento que el "nuevo". Es importante que quienes están a cargo de la prescripción y los farmacéuticos les expliquen a los pacientes que algunos medicamentos pueden tener dos nombres.

Los médicos y los demás profesionales que recetan medicamentos deben recetar drogas utilizando los nombres genéricos. A los pacientes debería incentivárselos a que lleven una lista de sus medicamentos que incluyera tanto el nombre comercial como el genérico de cada droga.

Adaptar la prescripción a cada paciente



Antes de recetar un medicamento, siempre hay que detenerse y pensar: "¿hay algo de este paciente que podría hacer que cambie el medicamento que suelo elegir?". Los factores a considerar incluyen alergias, embarazos, lactancia, comorbilidades, otros medicamentos que el paciente pueda estar tomando y la altura y el peso del paciente.

Aprender y practicar la realización de historias farmacológicas completas



Tanto los farmacéuticos como los profesionales de la salud que recetan deben obtener historias farmacológicas. Cuando se realiza una historia farmacológica, deben respetarse las directrices detalladas a continuación.

- Incluir el nombre, la dosis, la vía de administración, la frecuencia y la duración de cada droga que el paciente esté tomando.
- Preguntar acerca de medicamentos que hayan dejado de tomarse recientemente.
- Preguntar acerca de medicamentos de venta libre, suplementos dietarios y medicamentos complementarios.
- Preguntar a los pacientes si hay algún medicamento que les aconsejaron tomar pero que no toman.
- Asegurarse de que lo que el paciente en efecto toma coincida con la lista. Se debe ser especialmente cuidadoso en este respecto en el transcurso de los trasposos de la atención. Se debe realizar una reconciliación de medicamentos al momento de la internación y del alta, dado que en estos momentos hay un alto riesgo de que se cometan errores [7] por malentendidos, historias farmacológicas incompletas y mala comunicación.

- Buscar todos los medicamentos con los que no se esté familiarizado. Se pueden buscar fuentes confiables, basadas en la evidencia y/o contactar a otros profesionales de la atención clínica (farmacéuticos, por ejemplo).
- Considerar interacciones entre fármacos y entre fármacos y alimentos, medicamentos que pueden dejarse de tomar y medicamentos que puedan causar efectos colaterales.
- Siempre incluir una exhaustiva historia de alergias. Al realizar una historia de alergias, recordar que si un paciente tiene una alergia potencialmente seria y, además, una afección para la que el personal quiera recetar ese medicamento al que el paciente le tiene alergia, se estará frente a una situación de alto riesgo. Se debe alertar al paciente y al personal.

Saber qué medicamentos que se usan en el área están asociados a altos riesgos de eventos adversos



Algunos medicamentos son famosos por causar eventos adversos de drogas. Esto puede deberse a una ventana terapéutica estrecha, una farmacodinámica o farmacocinética particular, o la complejidad de la posología y el monitoreo. Algunos ejemplos de estos medicamentos son la insulina, los anticoagulantes por vía oral, los agentes bloqueadores neuromusculares, la digoxina, los agentes quimioterapéuticos, el potasio y los antibióticos aminoglucósidos IV. Puede resultar de utilidad consultarle a un farmacéutico o a alguien apto del personal del área qué medicamentos tienden a verse mayormente implicados en eventos adversos de medicación (quizás sea conveniente que los profesores le dediquen algo de tiempo a la enseñanza de estos agentes).

Estar muy familiarizado con los medicamentos que se recetan



Nunca se debe recetar un medicamento del que no se tengan suficientes conocimientos. Se debe incentivar a los estudiantes a que investiguen sobre medicamentos que es probable que usen con frecuencia en su práctica profesional, puesto que deben familiarizarse con la farmacología, las indicaciones, las contraindicaciones, los efectos colaterales, las precauciones especiales, la posología y los tratamientos recomendados. Si se debe recetar un medicamento con el que no se está familiarizado, se debe investigar sobre el medicamento antes de prescribirlo. Esto requerirá contar con material de referencia disponible en el ámbito clínico. Es más conveniente que quienes prescriben conozcan pocas drogas acabadamente antes que muchas drogas superficialmente. Por ejemplo, en lugar de estudiar cinco drogas antiinflamatorias no esteroideas, es conveniente conocer una en detalle y recetar esa. Los farmacéuticos, en cambio, deben estar familiarizados con muchos medicamentos.

Utilizar ayudamemorias



Quizás, en el pasado, era posible recordar la mayoría de los conocimientos necesarios respecto de los principales

medicamentos en uso. Sin embargo, debido al rápido crecimiento en la cantidad de medicamentos disponibles y la complejidad cada vez mayor de la prescripción, no alcanza solamente con la memoria.

A los estudiantes se los debe incentivar a no esperar demasiado para buscar las cosas. Deben acostumbrarse a tener y usar ayudamemorias independientes y basados en la evidencia. Los estudiantes deben percibir el apoyo en ayudamemorias como un indicador de práctica segura y no como una señal de conocimientos insuficientes. Ejemplos de ayudamemorias pueden ser libros de texto, farmacopeas de bolsillo y la informática, como paquetes de software (de decisión y expendio) y asistentes personales digitales. Un ejemplo sencillo de un ayudamemoria es una tarjeta con todos los nombres y las dosis de los medicamentos que puedan llegar a necesitarse en el caso de un paro cardíaco. Se puede guardar en un bolsillo y consultarse en caso de emergencia, cuando quizás no haya tiempo de conseguir un libro o una computadora para chequear la posología de un medicamento (a los ayudamemoria también se los denomina mnemotecnia).

Recordar las cinco "C" al recetar y administrar medicación



En muchas partes del mundo, en los cursos de capacitación se ha enfatizado la importancia de chequear las cinco C antes de expender o administrar un medicamento. Las cinco C son: la droga correcta, la vía de administración correcta, el horario correcto, la dosis correcta y el paciente correcto. Esta directriz incumbe a todos los profesionales de la atención clínica que recetan y administran medicación. Dos agregados a estas cinco C son la documentación correcta y la capacidad que se otorga al personal, al paciente o al cuidador a cuestionar una orden de medicación.

Comunicarse con claridad



Es importante recordar que el uso seguro de medicación es una actividad de equipo y que el paciente también forma parte de ese equipo. La comunicación clara y libre de ambigüedades ayuda a reducir al mínimo las suposiciones que pueden conducir a errores. Una máxima útil para tener en cuenta en las comunicaciones sobre medicamentos es *decir hasta lo que resulte obvio*, porque a menudo lo que le parece obvio a un médico o farmacéutico puede no ser obvio para un paciente o enfermero, y viceversa.

La letra confusa también puede provocar errores de expendio. Los profesionales de la salud deben escribir en forma clara y legible, incluidos su nombre y datos de contacto. Los farmacéuticos que no entiendan la letra deben contactar a la persona que firmó la prescripción para verificar los datos.

Recordar las cinco C (descritas anteriormente) es una forma útil de recordar los puntos importantes sobre un medicamento que deben ser comunicados. Por ejemplo,

en una situación de emergencia, un médico puede necesitar dar una orden de una droga a un enfermero verbalmente: "por favor, dale a este paciente 0,3 mililitros de epinefrina al 1:1000 cuanto antes" es mucho mejor que decir "rápido, adrenalina".

Otra estrategia útil de comunicación es *cerrar el círculo*. Esto disminuye las probabilidades de que haya un malentendido. En nuestro ejemplo, el enfermero cerraría el círculo diciendo "Bueno, le doy al paciente 0,3 ml de epinefrina al 1:1000 cuanto antes".

Desarrollar hábitos de verificación



Es útil desarrollar hábitos de verificación al principio de la carrera profesional. Para lograrlo, estos hábitos deben enseñarse en los primeros años de la carrera universitaria. Un ejemplo de un hábito de verificación es siempre leer la etiqueta de la ampolla antes de preparar un medicamento. Si la verificación se convierte en un hábito, es más probable que la verificación se efectúe incluso si el clínico no está pensando activamente en que debe prestar atención.

La verificación debe ser una parte importante de la prescripción, el expendio y la administración de las drogas. Uno es responsable por cada prescripción que hace y por cada droga que uno expende o administra. Se deben chequear las cinco C y averiguar si hay alergias. Los medicamentos y las situaciones de alto riesgo requieren una atención extra: se debe verificar y volver a verificar, por ejemplo, cuando se emplean drogas de emergencia muy potentes en pacientes en estado crítico. Verificar dos veces las acciones de los colegas y las propias contribuye a un trabajo en equipo eficaz y brinda una protección adicional (sin embargo, es muy importante que primero cada uno verifique su propio trabajo, porque delegar la tarea de verificación puede conducir a errores).

Se debe recordar que con las prescripciones computarizadas uno no se libera del deber de verificación. Los sistemas informáticos solucionan problemas (por ejemplo, letra ilegible, confusión de nombres genéricos y comerciales, reconocimiento de interacciones farmacológicas), pero a su vez, presentan nuevos desafíos [8].

Algunas máximas de utilidad con respecto a la verificación son:

- los medicamentos sin rotular se tiran a la basura;
- nunca se debe administrar un medicamento a menos que se esté 100% seguro de que se sabe qué es.

Se debe incentivar a los pacientes a involucrarse activamente en su propia atención y en el proceso de medicación. Hay que educar a los pacientes sobre su/s medicamento/s y todo peligro asociado, así como deben comunicárseles claramente los planes. Cabe recordar que los pacientes y sus familias están altamente motivados a evitar problemas. Si se les hace entender la importante función que cumplen en el proceso de medi-



cación, pueden contribuir significativamente a mejorar la seguridad del uso de la medicación.

La información puede transmitirse ya sea verbalmente o por escrito y debería abarcar lo siguiente:

- el nombre de la droga genérica;
- el propósito y la acción del medicamento;
- la dosis, la vía de administración y los horarios de administración;
- instrucciones, indicaciones y precauciones especiales;
- cómo van a monitorearse los efectos del medicamento (por ejemplo, la eficacia, los efectos colaterales, etc.).

Se debe incentivar a los pacientes a llevar un registro escrito de los medicamentos que toman y de los detalles de todas las alergias o todos los problemas con medicamentos que hayan tenido en el pasado. Los pacientes deben mostrar esta lista cada vez que interactúen con el sistema de atención clínica.

Notificar errores de medicación y aprender de ellos



Averiguar más sobre cómo y por qué suceden los errores de medicación es fundamental para mejorar la seguridad de la medicación. Cada vez que ocurre un evento adverso o desacierto relacionado con alguna droga, hay una oportunidad para aprender y para mejorar la atención. Será de utilidad para los estudiantes entender la importancia de hablar abiertamente sobre los errores y estar al tanto de los procesos que se hayan implementado en sus cursos de capacitación o en las instalaciones en las que estén trabajando a fin de maximizar el aprendizaje de los errores y avanzar en la seguridad de la medicación.

La notificación de errores se facilita cuando se han establecido la confianza y el respeto entre los profesionales de la atención clínica. Por ejemplo, es más probable que los farmacéuticos notifiquen y expliquen desaciertos cuando quienes recetan están abiertos a escuchar sus explicaciones.

Habilidades para una práctica segura para los estudiantes



A pesar de que generalmente no se les permite a los estudiantes recetar o administrar medicación hasta después de graduarse, hay muchos aspectos de la seguridad de la medicación para los que los estudiantes ya pueden empezar a prepararse y que ya pueden llevar a la práctica. La idea es que la lista que se detalla a continuación pueda ampliarse en distintas etapas en el transcurso de la capacitación del estudiante. Cada tarea en sí misma puede servir de base para una clase importante (disertación, taller, tutorial). Una cobertura exhaustiva de estos temas excede a una clase introductoria sobre seguridad de la medicación.

Entender los peligros intrínsecos del uso de medicamentos modificará la manera en la que un clínico realiza muchas tareas diarias. A continuación, se detallan instrucciones para realizar distintas tareas en la forma en

la que las realizaría un clínico con consciencia sobre la seguridad.

Prescripción

Tener en cuenta las cinco C, conocer bien las drogas que se recetan y adaptar las decisiones del tratamiento a cada paciente en particular. Considerar los factores individuales del paciente que puedan llegar a influir en la elección de la dosis o del medicamento, evitar el uso innecesario de medicamentos y tener en mente relaciones de riesgo/beneficio.

Documentación

La documentación debe ser clara, legible y no dar lugar a equívocos. Aquellos que no puedan escribir con claridad deberían usar letra imprenta. Considerar el empleo de recetas electrónicas, si las hubiera. Incluir el nombre del paciente, el nombre de la droga y la dosis, la vía de administración, el horario y la frecuencia de administración como parte de la documentación. También es importante incluir los datos de contacto del clínico que hace la receta, a fin de facilitar la comunicación con el farmacéutico.

Utilización de ayudamemorias

No esperar demasiado para buscar información, saber cómo seleccionar ayudamemorias y buscar y emplear soluciones tecnológicas eficaces, de ser posible.

Trabajo en equipo y comunicación en torno del uso de medicamentos

Se debe recordar que el uso de medicación es una actividad de equipo. Comunicarse con las demás personas involucradas en el proceso y asegurarse de que no se estén haciendo suposiciones erróneas. Estar atento a posibles errores e incentivar al resto del equipo a prestar atención a las tareas propias y ajenas.

Administración de medicamentos

Familiarizarse con los peligros y precauciones de seguridad que se asocian a la administración de medicación por distintas vías (oral, sublingual, sublabial, nasal, por vía de nebulización, percutánea, intramuscular, intravenosa, intratecal, rectal y vaginal). Verificar las cinco C siempre que se administren medicamentos.

Involucrar a los pacientes e instruirlos sobre sus medicamentos

Buscar oportunidades y formas de ayudar a los pacientes y a sus cuidadores a reducir al mínimo los errores. Escuchar con atención lo que tengan para decir.

Aprender y practicar cálculos de drogas

Acostumbrarse a manejar unidades y ajustar cantidades, concentraciones y dosis. Practicar cálculos de ajustes basados en parámetros clínicos. En situaciones de alto estrés o riesgo, considerar maneras en las que puedan disminuirse las probabilidades de cometer errores de cálculo, como por ejemplo, usar una calculadora, evitar los cálculos mentales (usar papel y lapicera), pedirle a un

colega que realice el mismo cálculo para ver si coinciden y emplear la tecnología que esté disponible. Al expender drogas, siempre es importante verificar la dosis calculada.

Realizar una historia farmacológica

Siempre se debe realizar una historia farmacológica exhaustiva antes de recetar, y se deben revisar con frecuencia las listas de medicamentos de los pacientes, especialmente las de los pacientes que estén tomando varios medicamentos. Siempre se debe considerar a la medicación como una causa posible de los síntomas durante el proceso de diagnóstico. Cuando un paciente no pueda proporcionar su historia farmacológica (por ejemplo, un paciente en estado de inconsciencia), se debe poder acceder a estos registros por medio de su farmacéutico o médico de cabecera. En algunos casos, puede ser que sea el farmacéutico el que realice la historia farmacológica antes de que el paciente vea al médico.

La detección y disminución de posibles interacciones y/o contraindicaciones

Realizar una historia de alergias

Siempre se debe preguntar si existen alergias antes de recetar cualquier medicamento. Si un paciente tiene una alergia importante a algún medicamento, se debe pensar detenidamente si ese paciente está en riesgo de que alguien se lo recete. Por ejemplo, si un médico rural envía a un paciente a un hospital por posible apendicitis y el paciente tiene una alergia seria a la penicilina, es posible que en el hospital alguien tenga el impulso de darle penicilina. En esta situación, es importante hacer énfasis en la alergia al comunicarse con el personal del hospital, advertirle al paciente que en el tratamiento habitual para la apendicitis se utilizan antibióticos a base de penicilina e instar al paciente a estar alerta a los medicamentos que le dan y no quedarse callado si alguien intenta darle penicilina. También debe mencionarse el riesgo de alergias cruzadas. Además, es importante que los profesionales de la atención clínica pregunten si el paciente tiene alergias antes de administrar medicamentos.

Monitorear a los pacientes por posibles efectos colaterales

Se debe estar familiarizado con los efectos colaterales de los medicamentos que se prescriben/expenden/administran y ser proactivo en su búsqueda. Instruir a los pacientes acerca de efectos colaterales potenciales: cómo reconocerlos y cómo actuar adecuadamente si llegaren a ocurrir. Siempre se deben considerar a los efectos colaterales de un medicamento como parte del diagnóstico diferencial al evaluar a pacientes con problemas clínicos indiferenciados.

Aprender de errores y desaciertos de medicación

Se debe aprender de los errores por medio de la investigación y la solución de problemas. Si un problema sucede una vez, puede suceder otra vez. Considerar estrate-

gias para prevenir la recurrencia de errores tanto a nivel del profesional individual como a nivel organizacional. Se debe estar familiarizado con cómo se notifican los errores, las reacciones adversas y los eventos adversos que incluyen medicación. Quizás sea conveniente que los farmacéuticos organicen reuniones multidisciplinarias para hablar sobre errores comunes e identificar métodos/procedimientos para evitar estos errores (por ejemplo, quitar las drogas con nombres parecidos del vademécum del hospital).

Resumen



Cuando se emplean correctamente y con conocimiento, los medicamentos pueden mejorar la salud enormemente. No obstante, los errores de medicación son comunes y causan sufrimiento y costos financieros que pueden prevenirse. Se debe recordar que el empleo de medicamentos para ayudar a los pacientes no es una actividad libre de todo riesgo. Se deben conocer las responsabilidades y se debe trabajar mucho para lograr que el uso de la medicación sea seguro para los pacientes.

Estrategias y formatos de enseñanza



Son varias las formas en las que puede enseñarse a los estudiantes sobre seguridad de la medicación, y probablemente lo que resulte más efectivo sea una combinación de enfoques.

Algunas opciones incluyen: disertaciones interactivas, debates en pequeños grupos, aprendizaje basado en la resolución de problemas, talleres prácticos, tutoriales, proyectos que incluyan tareas a realizarse en el entorno clínico y al costado de la cama del paciente, paquetes de enseñanza online, lecturas y análisis de casos.

Disertación y/o debate en pequeños grupos



La presentación de PowerPoint incluida en este paquete está diseñada para usarse como una disertación introductoria interactiva sobre seguridad de la medicación o en un debate en pequeños grupos guiado por el profesor. Puede ajustarse fácilmente para que sea más o menos interactiva y puede adaptársela al ámbito clínico local por medio de la inclusión de ejemplos, cuestiones y sistemas locales. Se han intercalado algunas preguntas a lo largo de la presentación para incentivar a los estudiantes a involucrarse activamente en el tema, como así también casos breves con preguntas y respuestas que pueden integrarse a la disertación o entregarse a los estudiantes como un ejercicio separado.

A continuación, se enumeran otras ideas y métodos educativos a tener en cuenta para la enseñanza sobre seguridad de la medicación.

Aprendizaje basado en la resolución de problemas

Utilizar casos que planteen cuestiones pertinentes a la seguridad de la medicación. Puede pedirse a los estu-

diantes que respondan preguntas reflexivas luego de la lectura de un caso, o bien que trabajen con una serie de problemas de cálculos de drogas.

Actividades adicionales de enseñanza y aprendizaje

— Talleres prácticos

Los estudiantes pueden practicar sus habilidades bajo presiones de tiempo, dramatizando situaciones de emergencia. Los temas sugeridos para el taller incluyen la administración, la prescripción y los cálculos de drogas.

— Proyectos de trabajo



Pueden realizarse proyectos que impliquen que los estudiantes realicen una de las siguientes actividades o todas ellas:

- entrevistar a farmacéuticos para averiguar qué errores ven comúnmente;
- acompañar a un enfermero en una ronda de medicación;
- entrevistar a enfermeros o médicos que administren muchos medicamentos (por ejemplo, anestesistas) y preguntarles acerca de su experiencia y sus conocimientos sobre errores de medicación y qué estrategias usan para reducir al mínimo las probabilidades de una equivocación;
- investigar un medicamento que sea famoso por ser una causa común de eventos adversos y compartir los resultados de la investigación con sus compañeros;
- preparar un vademécum personal de los medicamentos que probablemente vayan a recetar con frecuencia en los primeros años de sus carreras profesionales;
- realizar una historia farmacológica detallada de un paciente que tome muchos medicamentos. Se debe investigar sobre cada uno de estos medicamentos, luego considerar los efectos colaterales y las interacciones farmacológicas potenciales, y si hay algún medicamento que el paciente debería dejar de tomar. Debatir las apreciaciones que tengan con un farmacéutico o con un médico, y compartir con los compañeros lo aprendido;
- averiguar qué se entiende por *reconciliación de medicamentos* y hablar con el personal del hospital para indagar si esto se realiza en su establecimiento. Observar y, de ser posible, participar en el proceso de internación y alta de un paciente y pensar cómo el proceso puede prevenir errores y, además, si hubo alguna interrupción o problema en el proceso.

Ejercicios de juegos de rol

Los ejercicios de juegos de rol constituyen otra herramienta educativa valiosa para enseñar seguridad de la medicación a los estudiantes.

Situación hipotética I: Administración errónea de drogas

Descripción del evento

Durante las primeras horas del turno de la mañana, la enfermera de la mañana administró 100 unidades de

insulina regular por vía subcutánea, en lugar de las 10 unidades que había escrito el médico en la orden. El error se originó por la letra ilegible del médico.

El paciente, que padecía demencia, no cooperaba y parecía estar dormido. Durante su verificación habitual, la enfermera encontró al paciente en total estado de inconsciencia. Un análisis de sangre confirmó que el paciente estaba en un estado de shock hipoglucémico. Llamaron al médico de guardia y se descubrió el error.

Al paciente se le dio una infusión IV de glucosa al 50%. Se llevó un carro de paro a la habitación del paciente, listo para ser usado en caso de que fuere necesario. El paciente se recuperó en unos minutos, se despertó y comenzó a comportarse con normalidad.

Dramatización

Más entrada la mañana, el hijo del paciente, que es abogado, vino a visitar al padre. Nervioso, miró a la enfermera preguntándole "¿Qué le pasó a mi padre?". El compañero de habitación del padre le había dicho que había habido un problema y que había habido mucha gente al lado de la cama de su padre más temprano esa misma mañana. Se llamó a la enfermera que administró la insulina para que hablara con el hijo del paciente.

Si la enfermera explica la cadena de eventos, asume responsabilidad por su error y lo admite, el hijo del paciente no se tranquiliza y responde: "¿Esa es la calidad de la atención que mi padre estuvo recibiendo?"; "¿Qué clase de enfermeros trabajan en esta sala?"; "Esto no va a quedar así. ¡Voy a tomar medidas al respecto!"; "¡Quiero hablar con el jefe de área inmediatamente!"; "¡Exijo ver el informe de este error!". Si la enfermera no le explica el error en detalle, el hijo del paciente se va a enojar y no va a querer aceptar ninguna explicación posterior.

Un médico que pasa por allí escucha de casualidad la conversación. El médico va a entrar a la habitación si el actor se lo pide. Si el actor no se lo pide, el médico va a entrar a la habitación pasados aproximadamente 8 minutos (se trata de una situación hipotética de 12 minutos). El médico ingresará a la habitación e indagará acerca de los hechos de los que están hablando. La enfermera lo pondrá al tanto de lo sucedido por la mañana y de su conversación con el hijo del paciente (ya sea en su presencia o no, lo cual dependerá del médico y de la enfermera).

Descripción del personaje

El hijo, de 45 años, es un abogado de buen vestir. Va a ver a su padre cada vez que puede. Le interesa todo lo que sucede a su alrededor, pero le está costando aceptar el nuevo estado de salud de su padre. Se siente confundido, abandonado y un poco triste. Realmente quiere ayudar pero no sabe cómo. Por una conversación con el trabajador social, se descubre que nunca había tenido la necesidad de cuidar de su padre, pero que desde que su

madre se cayó y se quebró la pierna, y la situación de su padre comenzó a empeorar, recayó sobre él solo toda la carga del cuidado de sus padres.

Consejos para el actor

El actor debe quejarse frente al jefe de área de un encubrimiento y una omisión de hechos, y amenazar con publicidad negativa (recorrir a los medios) (es decir, "¡Casi lo matan! ¡Tienen suerte que no lo mataron!").

Situación hipotética II: Muerte por atención médica errónea

Descripción del evento

A Sarah, una mujer de 42 años, la internaron para extirparle un tumor duodenal localizado, maligno no metastásico.

Fuera de eso, Sarah se encontraba en buen estado de salud, y no había antecedentes de malignidad en su familia. Había prestado su consentimiento a la cirugía y a cualquier otro tratamiento que fuere necesario posteriormente dados los resultados de los estudios de patología.

Durante la mañana de la cirugía, la paciente se despidió de su esposo y de sus dos hijos chicos (de 13 y 8 años). Una pequeña masa localizada fue extirpada completamente y enviada a anatomía patológica para su diagnóstico. Pasadas dos horas del comienzo de la cirugía, la paciente mostró signos de disminución de la saturación, taquicardia e hipotensión. Se administraron fluidos IV mientras el cirujano volvía a verificar el sitio de la extirpación para ver si presentaba hemorragia, disección o embolia. No encontró nada y suturó el sitio de acuerdo al protocolo.

De regreso en la sala, a la paciente le subió la fiebre muy rápidamente y así se mantuvo toda una semana. Se recibieron antibióticos. La receta decía:

Gentamicina IV 80 MGR X 3 P/D

La enfermera copió la siguiente orden:

Gentamicina IV 80 MGR X 3 P/DOSIS

La enfermera que copió la orden malinterpretó la letra "d" pensando que se refería a "dosis", cuando el médico que escribió la orden en realidad quiso decir "día". Durante los diez días siguientes, la paciente recibió 240 mg de gentamicina, tres veces al día.

Fue entonces que la paciente comenzó a mostrar signos de insuficiencia renal y deterioro en la audición. Al décimo día de tratamiento, mientras el encargado de enfermería estaba evaluando las drogas que se habían administrado, se descubrió el error. El tratamiento fue interrumpido, pero el estado general de la paciente empeoró debido a una insuficiencia renal aguda. Diez días

más tarde, la paciente falleció de insuficiencia orgánica generalizada.

La familia de la paciente criticó al personal de enfermería que la atendió durante la internación y los acusó de mala praxis. Expresaron su enojo al encargado de enfermería y al jefe de área.

Después de la muerte de la paciente, su esposo pidió hablar con el jefe de enfermería. Culpó a los enfermeros por el error y la mala praxis que condujeron a la muerte de su esposa, y aseguró que ya había descubierto qué enfermera había copiado la orden y amenazó con demandarla.

Descripción del personaje

El esposo de la paciente es un hombre muy trabajador que atiende un negocio. Le cuesta mantener a su familia y llegar a fin de mes. Tiene bronca y está nervioso; todavía no ha podido aceptar el diagnóstico de cáncer de su esposa. Está enojado con todos y en especial con el personal de enfermería luego de que su esposa le dijera que había recibido "demasiados antibióticos porque la enfermera no sabía hacer cuentas". Quiere saber qué fue lo que mató a su mujer, quién tiene la culpa y quién va a pagar por ello. Quiere involucrar a la dirección del hospital y quiere ayuda para sus hijos. Está muy molesto y grita mucho.

Situación hipotética III: Comunicación paciente—trabajador de la atención clínica

Descripción del evento

Kirk, de 54 años, está internado por dolor de pecho transitorio. Ya había estado internado en la UTI antes por episodios coronarios agudos. Esta vez, los resultados de un estudio preliminar fueron inconclusos y su dolor no es tan grave. El médico ha indicado reposo absoluto y un monitoreo cardíaco continuo de 48 horas. Kirk fuma mucho y tiene sobrepeso. No estuvo tomando los medicamentos recetados para la hipertensión y el colesterol alto.

El paciente exige que se lo libere inmediatamente. Teme que su hospitalización le haga perder su trabajo en una fábrica de automóviles.

Su enojo está dirigido a la enfermera encargada del turno vespertino. Él asegura que le prometieron que le darían el alta y que no hay necesidad de que lo monitoreen o de que haga reposo absoluto. No coopera en lo absoluto. Ya ha convencido a otra enfermera de que lo deje irse de la sala un rato. Ahora exige abandonar la sala otra vez y se niega a permanecer en su habitación. Quiere fumar y que le den el alta. Está enojado y gritando en la estación de enfermería.

Suponiendo que la enfermera encargada insiste en que debe permanecer en la sala, el paciente la acusará de

ser insensible y expresará que la otra enfermera fue más amable y comprensiva y que mostró más empatía.

El médico de guardia está cerca pero no interviene y sigue atendiendo a otros pacientes (algunos de los cuales están cerca de la estación de enfermería, donde el hecho se está produciendo).

Descripción del personaje

Kirk tiene sobrepeso y fuma mucho. Le gusta llamar la atención gritando. Le preocupa mucho que no vaya a poder trabajar tanto como antes y que tal vez lo despidan. Le tiene mucho miedo a las cirugías, dado que su mejor amigo falleció en la mesa de operaciones en el mismo hospital hace dos años.

Fuente: Estas situaciones hipotéticas fueron facilitadas por Amitai Ziv, The Israel Center for Medical Simulation [Centro israelí para la simulación médica], Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.

Casos prácticos

Un error de prescripción



Este caso muestra la importancia de realizar historias farmacológicas completas y precisas.

Un hombre de 74 años vio a un médico comunitario para tratar el nuevo comienzo de una angina de pecho estable. El médico no conocía al paciente y realizó una historia clínica completa y una historia farmacológica. Descubrió que el paciente ha estado en buen estado de salud y que únicamente toma medicación para los dolores de cabeza. El paciente no podía recordar el nombre del medicamento para los dolores de cabeza, y el médico supuso que se trataba de un analgésico que tomaba cada vez que le dolía la cabeza. Pero el medicamento era en realidad un beta-bloqueador que el paciente tomaba todos los días para la migraña, que le había recetado otro médico.

El médico comenzó a darle aspirina y otro beta-bloqueador para la angina. Luego de comenzar la nueva medicación, el paciente empezó a tener bradicardia e hipotensión postural. Desafortunadamente, a los tres días el paciente se cayó debido a mareos al estar parado y, al caerse, se fracturó la cadera.

Preguntas

- ¿Qué tan comunes son los errores de medicación?
- ¿Cómo podría evitarse que sucedieran estos errores?
- ¿Los pacientes desempeñan algún rol en la prevención de errores?

Fuente: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools [“Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina”]. Ginebra, Or-

ganización Mundial de la Salud, 2009:242-243.

Un error de administración



La historia de este caso muestra la importancia de chequear procedimientos al administrar drogas, así como la importancia que reviste la buena comunicación entre los miembros de un equipo. También demuestra lo importante que es guardar todos los materiales en recipientes correctamente rotulados.

Una mujer de 38 años llegó al hospital con una erupción roja con prurito e hinchazón facial. Hacía 20 minutos que presentaba el cuadro. Tenía un historial de reacciones alérgicas graves. Una enfermera preparó 10 ml de adrenalina al 1:10 000 (epinefrina) y los colocó en una jeringa de 10 ml (1 mg en total), que dejó al costado de la cama, lista para ser usada, por si acaso el médico indicare su aplicación. Mientras tanto, el médico le insertó una cánula IV. Vio la jeringa de 10 ml de líquido transparente que la enfermera había preparado y supuso que se trataba de solución fisiológica. No hubo comunicación entre el médico y la enfermera en ese momento.

El médico administró los 10 ml de adrenalina (epinefrina) a través de la cánula IV, pensando que estaba usando solución fisiológica para limpiar la sonda. La paciente, de pronto, comenzó a sentirse muy mal y con mucha ansiedad. Tuvo taquicardia y luego perdió la consciencia y no tenía pulso. Se descubrió que tenía taquicardia ventricular. Fue resucitada y, por suerte, se recuperó bien. La dosis recomendada de adrenalina (epinefrina) para los casos de anafilaxis es 0,3—0,5 mg IM. Esta mujer recibió 1 mg IV.

Debate

- ¿Qué factores podrían estar asociados con este evento adverso?
- Describir en línea generales cómo el equipo podría haber funcionado mejor.

Fuente: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools [“Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina”]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009:242-243.

Error de monitoreo



Este caso práctico muestra la importancia de la comunicación con los pacientes respecto de sus medicamentos. Siempre se les debe avisar a los pacientes por cuánto tiempo deben tomar medicamentos recetados. Este caso también muestra la importancia de realizar historias farmacológicas precisas y exhaustivas a fin de evitar resultados negativos.

A un paciente empezaron a darle anticoagulantes orales en un hospital para tratar una trombosis de venas profundas tras una fractura de tobillo. La duración planeada

del tratamiento era de tres a seis meses. Sin embargo, ni el paciente ni el médico comunitario estaban al tanto de esa duración. El paciente siguió tomando esta medicación durante varios años, y estaba exponiéndose innecesariamente al riesgo mayor que implicaba un sangrado. Un día, al paciente le recetaron un tratamiento con antibióticos por una infección dental. A los nueve días de haber comenzado el antibiótico, empezó a sentirse mal y a tener dolor de espalda e hipotensión, como consecuencia de una hemorragia retroperitoneal espontánea. Tuvieron que internarlo y realizarle una transfusión de sangre. Un análisis de coagulación dio resultados extremadamente elevados. El antibiótico había potenciado el efecto anticoagulante terapéutico.

Preguntas

- ¿Cuáles son los factores principales asociados a este evento adverso?
- ¿Cómo podría haberse evitado el evento adverso?

Fuente: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools [“Guía Curricular de la OMS sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina”]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009:242-243.

Un error de prescripción que conduce a efectos adversos

En este caso, un odontólogo subestimó el estado sistémico inmunodeficiente del paciente. Al hacerlo, omitió tomar medidas adecuadas para prevenir los efectos adversos de antibióticos sistémicos.

Un hombre de 42 años VIH positivo vio a un odontólogo por un tratamiento odontológico que consistía en un tratamiento de conducto, un tratamiento por enfermedad de las encías y la extracción de un diente con caries severa.

Luego de realizar una historia clínica y odontológica, el odontólogo decidió que el estado de salud del paciente era estable y recetó un tratamiento con antibióticos profilácticos antes de realizar cualquier tratamiento odontológico. En la segunda visita, durante una revisión intraoral, el odontólogo notó que el paciente había desarrollado lesiones orales que se asemejaban a una infección por hongos (*Candida*).

Cuando consideró la condición sistémica del paciente, advirtió que no le había prestado atención al mayor riesgo de infecciones por hongos que tienen las personas con VIH/SIDA cuando toman antibióticos sistémicos, y que se había olvidado de recetar las drogas antihongos adecuadas junto con los antibióticos para prevenir esas lesiones. Además, se dio cuenta de que había considerado que la condición sistémica del paciente era estable sin consultarle al médico del paciente.

Por lo tanto, había subestimado el estado inmunodefi-

ciente del paciente. Indicó que debía acudir a su médico para tratar las lesiones orales por hongos. El paciente recibió el tratamiento necesario, y el odontológico fue pospuesto hasta que el estado de su salud sistémica y oral fuese el adecuado.

Preguntas

- ¿Qué factores pueden haber estado presentes que influyeron a que el plan de tratamiento inicial del odontólogo se desarrollara en forma aislada respecto de los médicos que estaban atendiendo al paciente?
- ¿Qué factores pueden haber existido que hicieron que el odontólogo subestimara el estado inmunodeficiente del paciente?
- ¿Qué factores pueden haber provocado que el odontólogo no recetara drogas antihongos con los antibióticos sistémicos para este paciente VIH positivo?

Fuente: Caso facilitado por Nermin Yamalik, profesor universitario, Departamento de Periodontología, Facultad de Odontología [Dental Faculty], Universidad Hacettepe [Hacettepe University], Ankara, Turquía.

La comunicación es esencial entre los profesionales de la salud y los pacientes

En este caso, un farmacéutico, al darse cuenta de que una paciente no entiende cómo interactúan sus medicamentos, se tomó el tiempo para explicarle cada uno de los medicamentos que la paciente estaba tomando y cómo usarlos adecuadamente.

Mary es una mujer de 81 años que sufre de dolor crónico. Padece un serio dolor de espalda, producto de la osteoporosis; enfermedad coronaria y depresión, debido a su dolor constante y falta de confianza en los medicamentos que le han prescrito. Estos medicamentos fueron recetados por su neurólogo, su endocrinólogo, dos médicos clínicos y un reumatólogo. Se le recetó un total de dieciocho drogas diferentes, muchas de ellas para aliviar el dolor. Dada la frecuencia con la que toma medicamentos (AINEs) para el dolor, padeció gastritis (inflamación de las paredes del estómago). Por ello le tenía cierta desconfianza a los analgésicos, los cuales tomaba de vez en cuando. Mary iba a distintas farmacias a comprar distintos calmantes (paracetamol, ibuprofeno, etc.).

Mary está preocupada por los analgésicos que está tomando por su gastrotoxicidad. A veces los toma todos, junto con otros medicamentos de venta libre (DVL) que compra en farmacias. Sin embargo, Mary no se siente mejor. Tiene miedo de las reacciones adversas del tramadol y no lo está usando regularmente. Para aliviar dolores fuertes usa paracetamol, pero el efecto analgésico no es tan fuerte. Además, no ve mejoramiento alguno con respecto al antidepresivo citalopram, incluso tras una semana de toma regular. Después, toma la medicación ocasionalmente. En el Recuadro B.11.1 se enumeran to-

dos los medicamentos que Mary estaba tomando.

Un farmacéutico, dándose cuenta de que Mary no comprende cómo interactúan sus medicamentos, estuvo un tiempo explicándole cada uno de los medicamentos y su uso apropiado. Charló con ella sobre el uso inadecuado de combinaciones de AINEs, y en especial:

- el uso adecuado de metamizol con dosis más altas de paracetamol si no tiene problemas de hígado;
- planes para evaluar los efectos del citalopram al mes de haber iniciado el tratamiento;
- la importancia de informar a los médicos sobre sus medicamentos y su historia clínica;
- la necesidad de evaluar las interacciones farmacológicas a fin de reducir al mínimo los riesgos de reacciones adversas de drogas;
- la necesidad de chequear las contraindicaciones y usar las drogas DVL adecuadamente.

A la segunda visita al farmacéutico, Mary estaba satisfecha con el manejo de su dolor.

Preguntas

- ¿Qué errores de comunicación puede haber habido para que Mary, a consecuencia de ellos, usara mal sus medicamentos?
- ¿Cuáles son algunos de los problemas asociados con la transmisión insuficiente e incompleta de información entre profesionales de la salud?
- ¿Debería instruirse a todos los pacientes sobre sus medicamentos?
- ¿Qué mecanismos podrían implementarse para asegurarse de que cada profesional de la salud que atiende sea consciente de los medicamentos recetados y tomados por los pacientes?
- ¿Qué responsabilidad tiene un profesional de la salud que receta o proporciona medicamentos a pacientes?
- ¿Qué responsabilidad tienen los farmacéuticos en el asesoramiento sobre el uso de drogas DVL? ¿Cómo tendría que ser el algoritmo para maximizar el efecto beneficioso de las drogas DVL y reducir al mínimo los riesgos potenciales?

Fuente: Jiri Vlcek, Profesor de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica.

Farmacéuticos clínicos de departamento interno de hospital universitario en Hradec Kralove. Universidad Charles (Charles University), Praga, Facultad de Farmacia (Faculty of Pharmacy), Departamento de Farmacia Social y Clínica (Department of Social & Clinical Pharmacy).

Recuadro B.11.1 Lista de drogas de la paciente

Neurólogo:

Gabapentina
tramadol + paracetamol (para aliviar el dolor)
ácido triapofénico (para aliviar el dolor)

Drogas DVL con paracetamol (para aliviar el dolor)

Endrocrinólogo:

levotiroxina
omeprazol
colecalfierol+Ca+Zn+Mn
colecalfierol
atorvastatina
ranelato de estroncio
diclofenaco (para aliviar el dolor)

Médicos clínicos:

citalopram
bromazepam (para fobias)
nimesulida (para aliviar el dolor)
tramadol (para aliviar el dolor)
metamizol (para aliviar el dolor)
metoprolol
indobufeno

Reumatólogo:

Meloxicam (para aliviar el dolor)

Herramientas y material de referencia

Soluciones de seguridad del paciente de la OMS

Los siguientes son resúmenes que detallan soluciones a problemas de seguridad del paciente. Algunos de ellos tratan cuestiones de medicación.

Solución 1 — Medicamentos de aspecto o nombre parecidos

Solución 5 — Control de las soluciones concentradas de electrolitos.

Solución 6 — Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

Solución 7 — Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.

Solución 8 — Usar una sola vez los dispositivos de inyección.

Estos documentos están disponibles en Internet (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/en/>; accedido el 21 de febrero de 2011).

Otras referencias en Internet

La *Agency for Healthcare Research and Quality* [Agencia para la Investigación y Calidad Clínicas] (*United States Department of Health and Human Services*; Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE.UU., Rockville, MD) lleva un archivo online de casos que puede servir como fuente de casos prácticos y que puede resultar de utilidad para la enseñanza (<http://www.webmm.ahrq.gov>). Otras referencias online útiles incluyen los sitios del *Institute for Safe Medication Practices* [Instituto de Prácticas Seguras de Medicación] (Horsham, PA) (<http://www.ismp.org>) y la *National Patient Safety Agency* [Agencia Nacional de Seguridad del Paciente] (<http://www.npsa.nhs.uk>).

DVD educativos



Documental *Beyond Blame* ["Más allá de la culpa"]. Este

DVD dura diez minutos y es una forma muy potente de involucrar a los estudiantes en el tema de seguridad de la medicación. Trata de un médico, una enfermera y un farmacéutico que hablan sobre errores graves de medicación en los que estuvieron involucrados. Este DVD está en venta a través del Instituto de Prácticas Seguras de Medicación (<http://www.ismp.org>; accedido el 21 de febrero de 2011).

El curso práctico de la OMS *Learning from Error* ["Aprender de los errores"] incluye una representación en DVD de un error de medicación: la administración de vincristina intratecal. El DVD ilustra la naturaleza multifactorial del error.

Libros

Vicente K. *The human factor* ["El factor humano"]. London, Routledge, 2004:195–229.

Cooper N., Forrest K., Cramp P. *Essential guide to generic skills* ["Guía esencial de habilidades genéricas"]. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2008.

Instituto de Medicina. *Preventing medication errors: quality chasm series* ["La prevención de errores de medicación: serie abismos de la calidad"]. Washington, DC, National Academies Press, 2006 (<http://www.iom.edu/?id=35961>; accedido el 21 de febrero de 2011).

La evaluación de los conocimientos de este tema

Los conocimientos sobre seguridad de la medicación y el rendimiento en esta área pueden evaluarse a través de una variedad de estrategias de evaluación, con inclusión de:

- POM;
- trivias de cálculos de drogas;
- preguntas de respuesta breve;
- una reflexión escrita sobre un caso práctico que incluya

un error de medicación, identificando los factores coadyuvantes y considerando estrategias para evitar la recurrencia;

- un proyecto de trabajo junto con una reflexión sobre los resultados de aprendizaje de la actividad;
- instancias de ECEO.

Las instancias de ECEO podrían incluir ejercicios de prescripción/expediente/administración. Estas instancias pueden utilizarse para evaluar la capacidad de los estudiantes para realizar una historia farmacológica y de alergias, administrar un medicamento, chequear las cinco C y las alergias, e instruir a un paciente sobre un nuevo medicamento.

Debe observarse que varios de estos temas potenciales de evaluación no están cubiertos con profundidad en la presentación de PowerPoint que acompaña el material. Se incluyen aquí como ideas para la evaluación del área de seguridad de la medicación suponiendo que los estudiantes habrán recibido una instrucción adicional en estos aspectos particulares de la seguridad de la medicación.

La evaluación de la enseñanza de este tema

La evaluación es importante en cuanto a la revisión de cómo salió una clase y cómo se puede mejorar. En la Guía para el Docente (Parte A) se puede encontrar un resumen de principios importantes de evaluación.

Referencias

1. *The conceptual framework for the international classification for patient safety* ["Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente"]. Ginebra, programa de la Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; accedido el 21 de febrero de 2011).
2. Cousins D.D. Developing a uniform reporting system for preventable adverse drug events ["El desarrollo de un sistema uniforme de notificaciones para eventos adversos prevenibles de drogas"]. *Clin Therap* 1998; 20 (suppl C): C45-C59.
3. Institute of Medicine. *Preventing medication errors. Report brief* ["La prevención de errores de medicación. Informe"] Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. *To err is human: building a safer health system* ["Error es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro"]. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Runciman W.B. et al. Adverse drug events and medication errors in Australia ["Eventos adversos de drogas y errores de medicación en Australia"]. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49-S59.
6. Nair R.P., Kappil D., Woods T.M. 10 strategies for minimizing dispensing errors ["10 estrategias para reducir al mínimo los errores de expendio"]. *Pharmacy Times*, 20 de enero de 2010 (<http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2010/January2010/P2PDispensingErrors-0110>; accedido el 21 de febrero de 2011).
7. Vira T., Colquhoun M., Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge ["Diferencias reconciliables: la corrección de errores médicos en las internaciones y altas hospitalarias"]. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:122-126.
8. Koppel R., Metlay J.P., Cohen A. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors ["El rol de los sistemas computarizados de entrada de órdenes médicas en la facilitación de errores médicos"]. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:1197-1203.

Diapositivas del Tema 11: ¿Cómo mejorar la seguridad de la medicación?

Las disertaciones didácticas no suelen ser la mejor manera de enseñar seguridad del paciente a los estudiantes. Si se planea dar una disertación, es una buena idea planificar la interacción entre los estudiantes y el debate durante la disertación. Para generar el debate, se puede recurrir a un caso práctico, o formular preguntas a los estudiantes acerca de distintos aspectos de la atención clínica que saquen a relucir las cuestiones planteadas en este tema, como por ejemplo la cultura de la culpa, la naturaleza del error, y cómo se gestionan los errores en otras industrias.

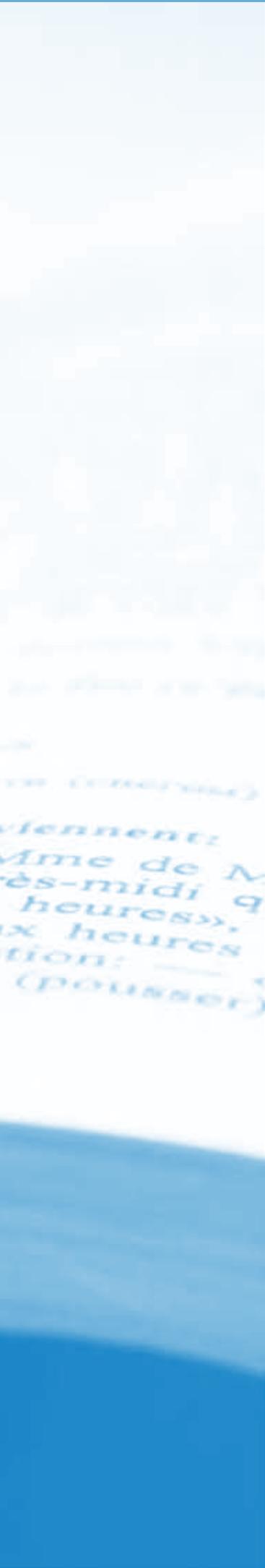
Las diapositivas del Tema 11 están diseñadas para ayudar al profesor a desarrollar el contenido de este tema. Pueden modificarse para adaptarse al entorno y a la cultura locales. No es necesario que se usen todas las diapositivas; es mejor adaptarlas al contenido que va a desarrollarse en la clase.

Las denominaciones empleadas de las drogas corresponden a las Denominaciones Comunes Internacionales para las Sustancias Farmacéuticas de la OMS (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; accedido el 24 de marzo de 2011).



pendant, qu
el qu'on (so
is l'anticham
pourquoi ne

con
que M
a apr
à trois
à deu
sa ques
Et elle



Anexos

**Guía Curricular sobre
Seguridad del Paciente:
Edición Multiprofesional**

Anexo 1

Vínculo con el Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente

El Marco Australiano sobre Educación en Seguridad del Paciente cuenta con un volumen por separado que contiene la literatura que se tomó como base para la elaboración del Marco. La revisión de literatura utilizó un estilo de Colaboración Campbell para informar la literatura. La bibliografía se encuentra disponible en forma gratuita para todo el mundo y ayudará a los docentes a desarrollar contenidos curriculares y a investigar en seguridad del paciente.

A la bibliografía que se acompaña también se puede acceder por Internet en:

[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA25748300D8460/\\$File/framewkbibli0705.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA25748300D8460/$File/framewkbibli0705.pdf);

accedido el 14 de marzo de 2011.

Ejemplo 2: Preguntas de opción múltiple (Temas 4 y 8)

Como estudiante, a usted se lo ha invitado a observar un reemplazo de rodilla en una mujer mayor. El día anterior a la operación, usted habló con la paciente y recordó que le habían contado que el problema que ella tenía con su rodilla izquierda le hacía imposible caminar y que esperaba ansiosamente que se la arreglaran. En la sala de operaciones, usted oye al cirujano decirle a su asistente que van a operarle la rodilla derecha.

En su condición de estudiante, ¿qué es lo debería hacer inmediatamente?

- a) No hacer nada porque quizás usted haya confundido a esta paciente con otra.
- b) Localizar y revisar la historia clínica para confirmar el lado donde se requiere el reemplazo de rodilla.
- c) No decir nada porque no ha pedido permiso para hablar con terceros sobre la situación de la paciente.
- d) No decir nada porque los hospitales jamás cometen errores y probablemente un estudiante haya escuchado mal.
- e) Decirle al cirujano que usted creía que la paciente se estaba sometiendo a un reemplazo de la rodilla izquierda.
- f) Mantenerse callado porque probablemente el cirujano sabe lo que está haciendo.

Comentarios: Todos desempeñan un rol en la seguridad del paciente. Toda persona tiene la obligación de hacerse escuchar cuando cree que está por cometerse un error potencial que podría dañar al paciente. Los integrantes menos experimentados de equipos clínicos representan ojos y oídos muy importantes para el equipo y sus contribuciones pueden minimizar la cantidad de errores que se cometen dentro del sistema. La cirugía de sitio quirúrgico equivocado constituye un importante tipo de evento adverso. La mayoría de los países tienen acceso a directrices avaladas clínicamente para ayudarlos a lograr una correcta identificación de los pacientes y sus sitios quirúrgicos. Estas directrices requieren que los integrantes menos experimentados del equipo clínico se hagan escuchar en forma adecuada.

Ejemplo 3: Una estación de ECEO sobre seguridad del paciente (Temas 8 y 6)

Estación N°

Comunicación con el paciente: un evento adverso

Instrucciones para el estudiante

El paciente acaba de salir de una cirugía reparadora de una hernia inguinal. Durante la operación, el residente de cirugía había tenido alguna dificultad para llevar a cabo el procedimiento. El cirujano supervisor lo reemplazó y la operación fue notificada como exitosa. Sin embargo, hubo una extensa formación de hematomas alrededor del sitio de cicatrización. A usted le han pedido que converse con el paciente sobre sus molestias.

Atención: Recuerde entregarle al examinador su etiqueta de identificación.

Continuación del ejemplo3:
Estación de ECEO sobre seguridad del paciente

Estación N°
Comunicación con el paciente: un evento adverso

Instrucciones para la persona que actúa de paciente
Por favor lea sus instrucciones cuidadosamente antes de comenzar con el examen.

Usted ha ingresado al hospital para una apendectomía de emergencia. Anteriormente usted se sentía bien y en buen estado general y trabajaba como plomero.

A medida que se recuperaba de la anestesia, la enfermera de quirófano le explicó que el médico residente descubrió que la operación a través de una pequeña incisión resultó más difícil de lo que esperaba. El cirujano especialista luego lo reemplazó y todo salió bien durante la laparotomía.

El sitio de cicatrización es más grande de lo que esperaba y resulta doloroso, pero se le han dado algunos analgésicos que lo están aliviando. Usted tiene interés en conversar con más detalle sobre lo que sucedió con usted.

Un rato antes, usted manifestó cierto interés en plantear una queja oficial sobre la atención recibida.

Continuación del ejemplo3:
Estación de ECEO sobre seguridad del paciente

Estación N°
Comunicación con el paciente: un evento adverso

Instrucciones para el examinador
Por favor léales las instrucciones cuidadosamente al estudiante y al paciente simulado.

Salude al estudiante y déle las instrucciones por escrito.

Observe la interacción entre el estudiante y el paciente simulado y complete la planilla de notas.

Por favor no interactúe con el estudiante ni con el paciente simulado durante ni después de cumplida la tarea de dramatización.

El propósito de esta estación consiste en evaluar la capacidad que tiene el estudiante para conversar sobre un evento adverso con un paciente.

Continuación del ejemplo3:
Estación de ECEO sobre seguridad del paciente

Estación N°

FORMULARIO DE EVALUACIÓN

Comunicación con el paciente: un evento adverso

Nombre del estudiante:

.....
.....

Nombre del examinador:

.....
..... (en letra de imprenta mayúscula)

Salude al estudiante y déle las instrucciones por escrito.

Observe la interacción entre el estudiante y el paciente simulado y complete la planilla de notas.

Por favor no interactúe con el estudiante ni con el paciente simulado durante ni después de cumplida la tarea de dramatización.

El propósito de esta estación consiste en evaluar la capacidad que tiene el estudiante para conversar sobre un evento adverso con un paciente.

Por favor marque con un círculo la nota correspondiente para cada criterio

	Cumplió de manera competente	Cumplió, pero no del todo competente	No cumplió o resultó incompetente
Acercamiento inicial al paciente (se presenta, explica lo que estará haciendo)	2	1	0
Se comunica con los pacientes y sus cuidadores asistenciales de manera tal que ellos lo entienden	2	1	0
Demuestra los principios de una "información abierta"	2	1	0
Se asegura de que los pacientes reciban apoyo y atención tras un evento adverso	2	1	0
Demuestra comprensión a los pacientes después de haber sufrido eventos adversos	2	1	0
Maneja los factores que probablemente den lugar a quejas	2	1	0
Total			

Calificación general lograda en esta estación	Claramente aprobado	Caso dudoso	Claramente desaprobado
---	---------------------	-------------	------------------------

Ejemplo 4: **Preguntas de respuestas breves**

Las siguientes preguntas forman parte de una evaluación para estudiantes de enfermería y partería, pero se pueden aplicar a estudiantes de medicina y odontología.

Un paciente se está sometiendo a una cirugía; la historia clínica forma parte del examen.

Mientras que preparaba a la Sra. McDonald para una cirugía, usted advierte que su formulario de consentimiento no ha sido firmado.

P1

Explique su rol en cuanto a asegurarse de que el consentimiento de la Sra. McDonald haya sido firmado.

P2

Enumere los elementos de un consentimiento válido.

P3

Identifique las maneras en las que se puede prestar el consentimiento legalmente.

P4

La Sra. McDonald no está segura de cuándo comió por última vez. Explíquele los riesgos asociados a no ayunar antes de una cirugía.

La Sra. McDonald vuelve a ser trasladada a su guardia después de la operación esa misma tarde. Su operación salió bien. Tiene un simple apósito adhesivo sobre su herida.

P5

Enumere tres (3) evaluaciones postoperatorias de enfermería que usted realizaría en la Sra. McDonald y dé los fundamentos de cada evaluación.

P6

¿Qué medidas de control infectológico serían adecuadas para la Sra. McDonald?





Agradecimientos

**Guía Curricular sobre
Seguridad del Paciente:
Edición Multiprofesional**

Agradecimientos

Los colaboradores aparecen enumerados por orden alfabético en cada sección

Equipo principal, Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente

Bruce Barraclough
Director Principal de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente
Melbourne, Australia

Benjamin Ellis*
Consultor del Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Agnès Leotsakos
Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Merrilyn Walton
Autora Principal de la Guía Curricular sobre Seguridad del Paciente
Escuela de Salud Pública de Sídney
Universidad de Sídney
Sídney, Australia

Colaboraciones cruciales para el contenido

Asociaciones profesionales

Federación Dental Internacional (FDI)

Nermin Yamalik
Departamento de Periodoncia
Universidad Hacettepe
Ankara, Turquía

Confederación Internacional de Parteras (ICM)

Mary Barger
Departamento de Enfermería de Cabecera
Universidad de California
San Francisco, Estados Unidos de América

Consejo Internacional de Enfermeras (ICN)

Jean Barry
Enfermería y Política Sanitaria

Consejo Internacional de Enfermeras
Ginebra, Suiza

Federación Farmacéutica Internacional (FIP)

Marja Airaksinen
División de Farmacia Social
Facultad de Farmacia
Universidad de Helsinki
Helsinki, Finlandia

Organización para la Seguridad, Asepsia y Prevención (OSAP)

Enrique Acosta-Gio
Escuela de Odontología
Universidad Nacional de México (UNAM)
México D.F., México

Asociaciones estudiantiles

Representante de cuatro asociaciones estudiantiles:
Satyanarayana Murthy Chittoory

Federación Internacional de Estudiantes de Farmacia (IPSF)
Asociación Internacional de Estudiantes de Odontología (IADS)
Consejo Internacional de Enfermeras – Red Estudiantil (ICN-SN)
Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA)

Asociación Médica Mundial (WMA)

Julia Rohe
Agencia para la Calidad en Medicina (AQuMed)
Berlín, Alemania

Líder Externa, Pacientes para la Seguridad del Paciente,

OMS

Margaret Murphy
Programa Pacientes para la Seguridad del Paciente de la OMS
Cork, Irlanda

Expertos por Regiones de la OMS

Armando Crisóstomo, Representante de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental (WPRO)
Colegio de Medicina- Hospital General de Filipinas
Universidad de Las Filipinas, Manila, Las Filipinas

Mohammed-Ali Hamandi, Representante de la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental (EMRO)
Hospital General Makassed
Beirut, Líbano

Taimi Nauseb, Representante de la Oficina Regional para África (AFRO)
Facultad de Ciencias de la Salud & Medicina
Universidad de Namibia
Windhoek, Namibia

Roswhita Sitompul, Representante de la Oficina Regional para el Sudeste Asiático (SEARO)
Escuela de Enfermería
Universitas Pelita Harapan (UPH)
Yakarta, Indonesia

Jiri Vlcek, Representante de la Oficina Regional para Europa (EURO)
Departamento de Farmacia Social y Clínica
Universidad Charles
Heyrovskeho, República Checa

Expertos del Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente

Carmen Audera-Lopez
Gerald Dziekan
Cyrus Engineer °
Felix Greaves *
Ed Kelley
Claire Kilpatrick
Itziar Larizgoitia
Claire Lemer *
Elizabeth Mathai
Douglas Noble *

Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Consultores del Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente

Donna Farley
Analista y Consultora Principal sobre Política Sanitaria
Miembro adjunto de la RAND Corporation
McMinnville, Estados Unidos de América

Rona Patey
Universidad de Aberdeen
Escocia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Hao Zheng
Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Colaborador de los casos de estudio

Shan Ellahi
Servicios Comunitarios de Ealing y Harrow,
Servicio Nacional de Salud
Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

Revisión por pares

Federación Dental Internacional (FDI)

Julian Fisher
Educación y Asuntos Científicos
Federación Dental Internacional (FDI)
Ginebra, Suiza

Confederación Internacional de Parteras (ICM)

Ans Luyben
Comité Permanente de Educación
Universidad de Ciencias Aplicadas de Berna BFH
Bern, Suiza

Revisores del Comité de Educación de la ICM

Marie Berg, Universidad de Gotenburgo, Suecia; Manu Chai, Hamdard Najar, Nueva Delhi, India; Geri McLoughlin, Colegio Universitario Cork, Irlanda; Angelo Morese, Universidad de Florencia, Italia; Marianne Nieuwenhuijze, Universidad Zuyd, Maastricht, Los Países Bajos; Elma Paxton, Universidad Caledoniana de Glasgow, Reino Unido; Jane Sandall, King's College de Londres, Reino Unido; Bobbi Soderstrom, Asociación de Parteras de Ontario, Toronto, Canadá; Andrea Stiefel, Universidad de Ciencias Aplicadas de Zurich, Winterthur, Suiza; Joeri Vermeulen, Colegio Universitario Erasmus, Bruselas, Bélgica; Teja Zaksek, Universidad de Ljubljana, Ljubljana, Eslovenia

Consejo Internacional de Enfermeras (ICN)

Jean Barry
Enfermería y Política Sanitaria
Consejo Internacional de Enfermeras
Ginebra, Suiza

Federación Farmacéutica Internacional (FIP)

Luc Besancon
Asuntos Científicos y Profesionales

Xuanhao Chan
Asociación para la Salud Pública

Federación Farmacéutica Internacional
La Haya, Los Países Bajos

Asociación Médica Mundial (WMA)

Julia Seyer
Asociación Médica Mundial
Ferney-Voltaire, Francia

Editores

Rebecca Bierman
Editora independiente
Jerusalén, Israel

Rosalind levins
Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Rosemary Sudan
Editora independiente
Ginebra, Suiza

Supervisión editorial

Agnès Leotsakos
Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Asesor de producción

Eirini Rousi
Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Contribuciones administrativas

Esther Adeyemi
Caroline Ann Nakandi
Laura Pearson

Programa de la OMS sobre Seguridad del Paciente
Ginebra, Suiza

Agradecimientos especiales

La Guía Curricular Multi-profesional sobre Seguridad del Paciente se basó en la Guía Curricular 2009 sobre Seguridad del Paciente para Facultades de Medicina. Vaya nuestro agradecimiento especial para quienes colaboraron con el contenido y los valiosos comentarios de la edición 2009:

Mohamed Saad, Ali-Moamary, Riyadh, Arabia Saudita; Stewart Barnet, Nueva Gales del Sur, Australia; Ranjit De Alwis, Kuala Lumpur, Malasia; Anas Eid, Jerusalén, Territorios Palestinos; Brendan Flanagan, Victoria, Australia; Rhona Flin, Escocia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Julia Harrison, Victoria, Australia; Pierre Claver Kariyo, Harare, Zimbabue; Young-Mee Lee, Seúl, República de Corea; Lorelei Lingard, Toronto, Canadá; Jorge César Martínez, Buenos Aires, Argentina; Rona Patey, Escocia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Chris Robert, Nueva Gales del Sur, Australia; Tim Shaw, Nueva Gales del Sur, Australia; Chit Soe, Yangón, Myanmar; Samantha Van Staalduinen, Nueva Gales del Sur, Australia; Mingming Zhang, Chengdu, China; Amitai Ziv, Tel Hashomer, Israel.

° *Proyecto de la OMS sobre Seguridad del Paciente en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins*

* *Estos expertos anteriormente prestaron servicios como Asesores Clínicos para el Programa la OMS sobre Seguridad del Paciente*

Facultad de Medicina

Tucumán 1845 - C1050AAK - Buenos Aires - (+54-11) 4811-8519 / 4812-9846
uds-medi@salvador.edu.ar

www.usal.edu.ar



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Ciencia a la mente y virtud al corazón