

El personal en el lado agudo. Entrenamiento en la prevención

Front line staff. Foresight training

Edita Falco de Torres¹



RESUMEN

A pesar de las múltiples iniciativas que buscan optimizar la calidad y seguridad de los pacientes siguen produciéndose hechos adversos. Se plantea la posibilidad de actuar sobre el personal que está en el lado agudo del sistema mediante el empleo de una valiosa herramienta conocida como Entrenamiento en la Prevención: análisis de situaciones de riesgo mediante el esquema de Los Tres Recipientes de Reason. Tiene por objeto capacitar al personal sanitario en lo que se ha denominado sabiduría del error: la capacidad de reconocer riesgos potenciales y corregirlos a tiempo. Esta técnica adaptada a las condiciones requeridas para el aprendizaje de adultos ofrece la posibilidad de explorar separadamente tres elementos clave: el estado del agente sanitario, la complejidad de la tarea y las condiciones del entorno. La importancia de la discusión radica en la participación activa y el reconocimiento individual y colectivo de las situaciones de riesgo que deben enfrentar a diario, así como la posibilidad de autogenerar soluciones.

Palabras clave: Seguridad del paciente, eventos adversos, entrenamiento en prevención, modelo de Reason, sabiduría del error.

ABSTRACT

In spite of multiple programs and initiatives the incidence of adverse events has not decreased as was expected. The introduction of Foresight Training workshops based on the Three Buckets Model proposed by Reason may be a useful tool for developing error wisdom in the front line staff. It implies the recognition of potential safety risks and timely intervention to prevent adverse events. Considering the necessary tools for adult learning this technique explores the Self, the task and the context where they work. The staff is encouraged to talk about their own experiences and possible solutions to the problems they found.

Keywords: Patient safety, adverse events, foresight training, Reason model, error wisdom.



¹ Institute for Healthcare Improvement (IHI) Open School. Capítulo Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Dra. Edita Falco de Torres. Institute for Healthcare Improvement (IHI) Open School. Capítulo Uruguay. Montevideo, Uruguay. Joaquín Requena 1813. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico: edita.falco@gmail.com.

Folio: 294/2014 Artículo recibido: 12/10/2014, reenviado: 10/12/2014, aceptado: 13/01/2015

INTRODUCCIÓN

Después de la publicación del informe del IOM *To Err is Human*¹ en el año 2000 hemos asistido a una preocupación generalizada por la seguridad del paciente. Esto determinó la aplicación de estrategias para optimizar la asistencia basadas en diversos paradigmas

- detectar errores
- cuantificar el daño
- promover prácticas seguras basadas en la evidencia

Cada uno de ellos ofrece elementos y orientaciones importantes.

El primer paradigma (asociado al modelo explicativo de los errores de Reason) busca prevenir, reducir y eventualmente eliminar los errores mediante el diseño perfeccionado de los sistemas sanitarios. Tomando como modelo a las industrias altamente confiables sobre todo la aviación se apoya en tres elementos: El reporte de errores la aplicación de la Ingeniería de factores humanos y la cultura libre de culpa.²

El segundo paradigma considera que error y daño no están necesariamente vinculados y que los esfuerzos deberían enfocarse en determinar qué factores son los que producen daño. El desarrollo de los *trigger tools* demostró además que son muchos más los eventos adversos que los errores contabilizados. Se traduce en la aparición de campañas dirigidas a mejorar algunos tópicos.³

El tercer paradigma hace hincapié en la necesidad de instituir prácticas seguras basadas en la evidencia que proporcionarían a los pacientes tratamiento más apropiado y de mejor calidad.⁴

Es así que la mayor parte de los programas destinados a optimizar la seguridad del paciente han sido inspirados en las organizaciones de alta confiabilidad.

Sin embargo, al hacer un balance de lo alcanzado en estos doce años hay unanimidad en reconocer que los logros han sido sumamente modestos como lo atestiguan recientes publicaciones.

No se ha detectado una reducción significativa de los hechos adversos ni de las demandas por mala *praxis*.^{5, 6, 7}

Ha sido demostrado que las reglas y protocolos tienden a ser violados por el personal en el transcurso del tiempo (normalización de las desviaciones) y que las *checklists* y otros procedimientos

no alcanzan cien por ciento de adherencia manteniéndose conductas de riesgo, a menudo favorecidas por la propia cultura institucional.⁸

El cambio del sistema no es fácil ya que está inserto en la política sanitaria de cada país quien determina el acceso y la calidad de la atención.

La cultura institucional a su vez puede determinar fallas en el sistema que habitualmente son aceptadas de manera automática y acrítica. “La costumbre de no cuestionar lo que está mal le da la apariencia superficial de que está bien.

Por otra parte, las organizaciones pueden presentar factores inhibidores de la calidad (FICSS) “el conjunto de condiciones externas o internas que limitan la capacidad de brindar calidad en el servicio”⁹ concepto similar al Síndrome del Sistema Vulnerable (VDD) de Reason definido como “conjunto de elementos que determinan que algunas instituciones sean más proclives a los hechos adversos.”¹⁰

Karsh y Holden¹¹ sugieren que el camino hacia la seguridad del paciente pasa a través del profesional que lo atiende, sin perjuicio de adoptar las medidas necesarias para mejorar el sistema y las condiciones de trabajo, pero donde se ve con más fuerza este concepto es en la evolución del pensamiento de Reason.

Desde la concepción del modelo sistémico, (el popular esquema del queso suizo, en que los hechos adversos se atribuyen a una serie de fallas del sistema), pasa posteriormente a adjudicar responsabilidad en partes iguales al individuo y al sistema y más allá aún, considera que el agente en el lado agudo es la última defensa del sistema.

Dado que la mayor parte de las instituciones presentan elementos de vulnerabilidad afirma “los agentes en el lado agudo tienen pocas posibilidades de cambiar el sistema. Son ellos la última barrera que puede detener el error (*harm absorbers*) y debemos convertirlos en sabiduría sobre el error (*error wise*).”¹²

Le adjudica así la responsabilidad última de detener el error, es el “héroe” que detiene el hecho adverso.

Para eso el agente sanitario debe estar atento a reconocer las fallas institucionales, la dificultad de sus tareas, las condiciones en que las realiza y sus propias debilidades, destrezas y conocimientos. La seguridad del paciente depende así no sólo de la eliminación de los riesgos sino también del desempeño último del profesional. A su vez, estos agentes en el lado agudo pueden estar erosionados por diferentes causas y por lo tanto ser más vulnerables al error. Es interesante señalar que si bien se invoca permanentemente a la aviación como modelo a imitar se ha obviado un aspecto muy importante: la evaluación psicofísica y la calidad del conocimiento del agente responsable.

Los pilotos de la aviación son seleccionados después de exhaustivas pruebas físicas y psicológicas, deben ser re-examinados periódicamente para detectar alteraciones de su salud física y mental, y deben actualizarse periódicamente en simuladores, de manera obligatoria especialmente si van a usar un nuevo modelo de avión. Reciben entrenamiento continuo en técnicas de comunicación, trabajo en equipo y competencias no técnicas.

Por otra parte en la aviación se respetan cuidadosamente las horas de descanso, cuidando que las jornadas laborales no excedan el límite establecido.

¿Por qué no se procede de la misma manera con el personal sanitario, brindándoles el apoyo necesario? Sobre todo teniendo en cuenta la institucionalización de la medicina, que facilitaría la organización de tales actividades.

Una interesante iniciativa se viene desarrollando en Gran Bretaña, a iniciativa de Reason consistente en la realización de talleres de entrenamiento en la prevención (*Foresight Training*).¹³

El Entrenamiento en la Prevención es una técnica empleada en otras profesiones de alto riesgo como la policía, el ejército y la industria de la minería que se está aplicando en la medicina para aumentar el nivel de la atención y vigilancia (*custodial attention*).

Tiene por objeto identificar un riesgo probable y prevenir el daño. No se trata de un análisis de modo de fallo cuya aplicación es institucional sino del análisis individual inmediato que permite “dar un paso atrás, reflexionar y actuar.”

¿Qué significa el entrenamiento en la prevención? El reconocimiento oportuno de un posible error y su solución: cuando una enfermera comprueba que se ha llevado al paciente equivocado a sala de operaciones, por ejemplo, está cubriendo un defecto en el sistema.

Aspira a aumentar la conciencia sobre los factores que pueden producir hechos adversos identificar situaciones de riesgo, para así promover la adopción de un abordaje proactivo y los cambios de conducta necesarios dentro del sistema de salud.

Toma como base el modelo de los Tres Recipientes de Reason que considera la necesidad de evaluar por separado:

- Las características del agente
- El contexto
- La dificultad de la tarea.

Las características del agente. El agente sanitario no sólo debería estar atento a reconocer las fallas institucionales, sino a sus propias condiciones y debilidades: estado físico y emocional, personalidad, destrezas, conocimientos. Cada vez más se reconoce la importancia que reviste para un correcto

desempeño el profesionalismo, la personalidad y los valores del agente sanitario así como la existencia o no de habilidades no técnicas (conciencia situacional, trabajo en equipo, decisión, comunicación). En este programa interesa en especial el estado actual del individuo: cansancio, falta de sueño, inexperiencia, eventos personales negativos recientes que afecten su desempeño en un momento dado.

El contexto. Refleja la naturaleza del ambiente de trabajo: planta física, iluminación, estado del material, distracciones, personal disponible, etcétera.

La tarea. Depende de la potencialidad que tiene la tarea de desarrollar un error, sobre todo aquellas que impliquen demasiados pasos o se hayan realizado muchas veces en forma automática.

Este modelo aspira a lograr un estado de alerta en el personal respecto a cometer un error enfatizando que: los errores pueden suceder y que es necesario identificar las fallas en el sistema, antes de comenzar la tarea. Tener en cuenta que el camino hacia el error está tapizado de falsas asunciones. Esto se puede resumir en un estado de vigilancia permanente, como cuando caminamos solos por la calle a medianoche.

Estos talleres deben desarrollarse dentro de los parámetros de la educación para mayores. El adulto lleva consigo pensamientos e ideas preconcebidas que pueden influir en el grado de motivación, compromiso y posterior aplicación del conocimiento adquirido integrándolo a su propia experiencia (Malcolm Nobles).

Es muy importante compartir las experiencias en el grupo, ayuda a reconocer instancias: –“Eso me pasó a mí... No podrías haber hecho esto?”- y reafirma el concepto que se propone.

Se llevan a cabo mediante el análisis de viñetas que describen situaciones determinadas y en las que los participantes analizan los tres elementos mencionados: cómo está el sujeto, cómo es la tarea y cómo es el medioambiente.

La discusión posterior permite que cada uno de los asistentes analice el caso y aporte su punto de vista, reconociendo que circunstancias llevaron al error y más importante aún, permite la reflexión grupal e individual de circunstancias similares vividas.

¿Qué surge de estos talleres?

- En primer lugar muestra de entrada el compromiso de la institución con el personal por la credibilidad o el escepticismo con que son recibidos desconfianza, malestar del personal, atribución de fines punitivos, intención persecutoria, malinterpretación de las observaciones).

- Permite reflexionar al personal sobre sus condiciones personales, necesidades y emociones provocadas por el desempeño de sus tareas.
- Ofrece un panorama del desgaste sufrido por los trabajadores y permite plantear soluciones que conformen a todos en la medida de lo posible.
- Señala la existencia de condiciones desfavorables para el trabajo, que en la mayoría de los casos se han ido incorporando de manera insensible en el personal que las tolera de manera inconsciente. Defectos edilicios o estructurales que podrían mejorarse con medidas sencillas y racionales, que permitan buscar soluciones creativas entre todos y deslindar responsabilidades.
- Pone de manifiesto situaciones que podrían ser mejoradas con un correcto empleo de los factores humanos (rotulación de jeringas, peligro de los medicamentos de envases similares, confusiones con sondas y catéteres, etc.) que podrían ser mejoradas con el empleo de medidas sencillas y racionales.
- Analiza situaciones en las que se pueden reconocer conductas de riesgo (aquellas que se adoptan por desconocimiento del mismo o porque se considera justificado. Suelen estar integradas a la cultura organizacional, toleradas porque redundan en un beneficio inmediato (rapidez-economía) para el trabajador y el sistema. Constituyen así la normalización de las desviaciones, también llamadas migraciones por Amalberti. Preguntas del tipo ¿cómo es su caligrafía? ¿Pregunta al médico si no comprende la letra? ¿Pesa al paciente o le pregunta cuánto pesa? permiten descubrir con qué facilidad se incurre en conductas de riesgo a pesar de que el sujeto *a priori* se considere muy cuidadoso.
- Permite identificar los errores cognitivos más frecuentes por medio de las viñetas presentadas, errores que no se han identificado claramente en el curso de las carreras vinculadas a la salud: Ceguera de la atención, vinculada a la administración de un medicamento equivocado, automatismo involuntario en la programación de bombas de infusión o equipos de radioterapia, errores de fijación que no permiten ver otra perspectiva, visión de tunel, gradiente de autoridad que no permite dirigirse a un superior, *group thinking* que impone normas de un grupo mayoritario no siempre correctas al resto, apatía del transeúnte que determina la difusión de responsabilidades.

- Permite analizar el origen de los errores diagnósticos, por incorrecta *praxis*, por errores sistémicos, por interferencia de las disposiciones cognitivas de respuesta.¹⁴

Analiza la calidad de la comunicación con el equipo y con el paciente. Estableciendo cuáles son los caminos equivocados que desvían la correcta información y pueden determinar conflictos.

El resultado de estos talleres se refleja en la conducta posterior del asistente siendo recomendable establecer un nuevo encuentro meses después para evaluar los resultados obtenidos, a nivel personal e institucional.

Muchas de las iniciativas propuestas por el personal suelen ser aceptadas por la institución en la medida que no se presente como una lucha de poderes sino como una amigable composición que busca mutuos beneficios y sobre todo mejorar la calidad y la seguridad del paciente.

REFERENCIAS

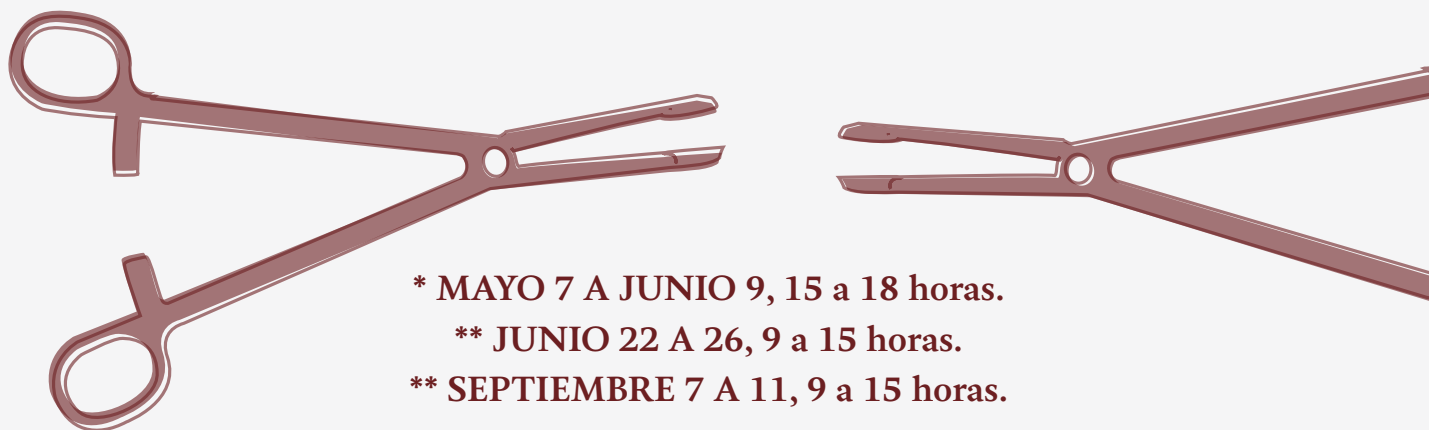
1. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson L (editors). To Err Is Human: Building a Safer Health Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. Washington, D.C: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Academy, National Academy Press; 1999.
2. Leape L, Woods D, Hatlie M. Promoting patient safety by preventing medical error. JAMA 1998; 280:1444-7.
3. Institute of Health Improvement. Introduction to Trigger Tools for Identifying Adverse Events.
4. Leape LB, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-based Medicine Meets Patient Safety. JAMA. 2002;288:501-7.
5. Wachter R, Reuther G. Patient Safety: 10 Years After Landmark IOM Report, How Much Have We Learned? [webinar] . [USA]: Modern Healthcare; 9-12-2009. Disponible en: <http://www.modernhealthcare.com/article/20091113/INFO/911139993>.
6. Landringham Ch, Parry GJ, Bones C. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. N Engl J Med 2010 nov 25;63:2124.
7. Amalberti R, Auroy Y. Five System Barriers to Achieving Ultra safe Health Care Annals Intern Med 2005;142(9):756-64.
8. Martínez-Ramírez A, Chávez-Ramírez S, Cambero G, González E, Rojas-Jiménez Z. Detección y análisis de los factores inhibidores de la calidad en los servicios de salud. FICSS Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(5):205-15.
9. Reason J, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. Qual Health Care 2001; 10(Suppl 2):ii21-ii25.

10. Karsh BT, Holden RJ, Alper SJ, L Or CK. A human factors engineering paradigm for patient safety: designing to support the performance of the healthcare professional. Qual Saf Health Care. 2006 December; 15 (Suppl 1): i59-i65.
11. Reason J. Beyond the organizational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. Qual Saf Health Care 2004;13:ii28-ii33.
12. National Patient Safety Agency. Foresight Training. London: NHS - Patient Safety Division; March 2008.
13. National Patient Safety Agency. Foresight Training. London: NHS - Patient Safety Division; March 2008. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59840>.
14. Croskerry P, Cognitive forcing strategies in clinical decision making. Ann Emerg Med. 2003; 41:110-120.

**CENTRO ACADÉMICO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO**

INVITA A SU CURSO EN:

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO



- * MAYO 7 A JUNIO 9, 15 a 18 horas.
- ** JUNIO 22 A 26, 9 a 15 horas.
- ** SEPTIEMBRE 7 A 11, 9 a 15 horas.

Dirigido a profesionales de la salud en:
Medicina • Enfermería • Odontología • Trabajo Social

Constancia con valor curricular

Mayores informes:

5420 7148 • 5420 7113 • 5420 7093

cursoprevencionconflicto@conamed.gob.mx

* Instalaciones de la CONAMED. ** Facultad de Medicina, UNAM