



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores



Carlos Almendro Padilla^{a,*} y Ana M. Costa Alcaraz^b

^a Centro de Salud Beteta, Cuenca, España

^b Centro de Salud Nazaret, Valencia, España

Recibido el 1 de junio de 2017; aceptado el 2 de junio de 2017

Disponible en Internet el 28 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje transformativo;
Incidente crítico;
Errores médicos;
Calidad asistencial

KEYWORDS

Transformative learning;
Critical incident;
Medical errors;
Quality of Care

Resumen El análisis de incidentes es una herramienta de aprendizaje transformativo aplicable en la formación, tanto de pregrado como de posgrado. Dado que se basa en aprender de los errores (cometidos u observados) para evitar que se repitan mediante la adopción de medidas correctoras, su práctica se puede considerar orientada a la mejora continua de calidad asistencial.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Analysis of critical incidents: A tool to learn from errors

Abstract Incident analysis is a transformative learning tool applicable to training, both undergraduate and postgraduate. Since it is based on learning from mistakes (committed or observed) to avoid repetition by taking corrective measures, its practice can be considered oriented to the continuous improvement of quality of care.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Dentro de cualquier sistema las personas pueden actuar como un catalizador para el cambio. En ocasiones esto acontece de manera involuntaria. Sin embargo, catalizar de forma consciente promueve cambios hacia la mejora

continua de la calidad. Para que así suceda, es necesaria la práctica de aprendizaje transformativo. Este modelo de aprendizaje¹ se fundamenta en la hipótesis de que las personas se motivan para aprender cuando abordan reflexivamente los problemas que surgen en su experiencia diaria, sobre todo cuando no encajan en esquemas previos y encuentran posibles soluciones. Se estructura en una serie de pasos acción-reflexión durante los que se abordan aspectos, tanto cognitivos como emocionales, que conectan con valores y creencias (tabla 1) Junto con el modelo de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cap@ono.com (C. Almendro Padilla).

Tabla 1 Pasos del aprendizaje transformativo (Mezirow)

Identificar un problema, o dilema, surgido en la práctica cotidiana
Reflexionar desde una perspectiva cognitiva (relatar lo sucedido) y emocional (sentimientos)
Evaluar el contexto y las consecuencias
Explorar alternativas para el cambio, a través del diálogo en grupo
Planificar un curso de acción (conocimientos, habilidades y actitudes a mejorar)
Reevaluar periódicamente

Tabla 2 Elementos del aprendizaje observacional (Bandura)

Atención, o facultad de concentrar la actividad psíquica sobre los estímulos más relevantes
Retención de información o conocimientos en la memoria
Reproducción de lo observado
Motivación. Los aprendizajes vicarios se refuerzan cuando existe alguna motivación para imitar

Mezirow, un segundo pilar del análisis de incidentes es el llamado aprendizaje vicario u observacional² basado en la idea de que la socialización provoca cambios cognitivos, afectivos y conductuales inmediatos (tabla 2).

¿Qué es un incidente crítico?

Incidentes críticos (IC) son, según la definición clásica³, aquellos sucesos de la práctica profesional que nos causan perplejidad, han creado dudas, han producido sorpresa o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. Son, por tanto, aquellos sucesos cotidianos, extraídos de la propia experiencia, que sorprenden por su buen o mal curso e inducen a reflexión. No necesariamente son situaciones «críticas» por su gravedad extrema o por el riesgo vital; basta con que resulten sorprendentes, inesperadas o inquietantes para el profesional que acostumbra a revisar su propia práctica con el objetivo de mejorar. Un IC es, por lo tanto, cualquier evento inesperado que exige improvisar una respuesta, en general, de forma rápida. Las consultas urgentes, los problemas surgidos por mala comunicación con el paciente, los errores de la práctica médica son, entre otros, marcos en los que acontecen incidentes críticos. El análisis de IC es una herramienta para mejorar la calidad asistencial, para prevenir errores y para reflexionar sobre valores o actitudes profesionales. Tanto en el campo de la formación de posgrado como en el de la bioética supone una alternativa novedosa para abordar los problemas de calidad y aprender de los errores.

¿Existe algún método estructurado para abordar los incidentes críticos?

Es posible abordar el análisis de IC mediante el informe de IC (IIC). Los IIC son narraciones cortas y espontáneas,

pero estructuradas, en las que el profesional que ha vivido o presenciado un suceso imprevisto lo relata por escrito.

¿Por qué volver sobre lo acontecido, sobre todo cuando es desagradable?

En primer lugar porque de los errores siempre se puede aprender y, por tanto, reflexionar sobre ellos permite adoptar medidas para procurar que no se repitan en el futuro. Ello revierte en una mayor seguridad de los pacientes.

En segundo lugar porque aceptar los propios errores y tener la oportunidad de compartirlos en un contexto en el que, sin negarlos, se apuesta por un futuro en el que se puedan superar, es una de las mejores formas de prevenir el *burn-out* de los médicos humanistas. Por el hecho de ser inesperado y, sobre todo, cuando el incidente resulta traumático, la respuesta espontánea suele ser intentar olvidarlo cuanto antes o silenciarlo. El IIC pone límites a la negación, al invitar a describir lo acontecido, y recoge la experiencia subjetiva de quien vive el episodio, con lo que le ayuda a reconducir las emociones de forma constructiva. Así pues, los IC se integran en el marco de la deliberación ética orientada a la mejora continua de calidad.

¿Cuál es el método de análisis de incidentes?

El abordaje se inicia con la elaboración de un IIC por parte del profesional que ha vivido o presenciado el caso. Este tiene que recoger los aspectos objetivos del caso, pero también vivencias subjetivas, emociones y la valoración de lo sucedido.

Se estructura de la siguiente manera⁴⁻⁹:

- 1 Descripción del caso. Para estructurar el relato hay que contemplar en el mismo los siguientes aspectos:
 - a) Contexto. Incluye el lugar en el que sucede, la secuencia temporal lógica, las personas implicadas.
 - b) Descripción del suceso, en forma narrativa, intentando reproducir las palabras utilizadas en la situación real.
- 2 Descripción de las emociones. Principalmente de las despertadas en el profesional, también de las observadas en las personas implicadas.
- 3 Afrontamiento de la situación por parte de todos los implicados. En este punto se relata la actuación de los diferentes profesionales.
- 4 Resultado de la actuación. Se trata de describir los efectos, en forma de problemas o de consecuencias, que el incidente tuvo en las diferentes personas implicadas.
- 5 Dilemas, o problemas, planteados. Hay que contestar a preguntas como ¿qué dificultades me ha planteado este caso?, ¿podría haberlo resuelto de otra manera?
- 6 Enseñanzas del caso. Detección de necesidades de aprendizaje a partir de lo sucedido y aplicabilidad de lo aprendido en situaciones similares.

Una vez elaborado el informe se presenta en una reunión, a la que se invita a todos los profesionales implicados en el incidente, y se establece una dinámica de análisis guiada por un moderador (tabla 3), durante la cual es imprescindible respetar las normas de diálogo que se recordarán al inicio (tabla 4).

Tabla 3 Dinámica del análisis de incidentes

Fase de apertura. El moderador enuncia el caso, presenta las normas de diálogo y recuerda la obligación de confidencialidad sobre lo tratado en la sesión
Fase de presentación del caso. El autor lee, en voz alta, el informe de incidentes que previamente ha elaborado
Fase de reflexión grupal. El moderador realiza preguntas abiertas, que inviten a explicar, e invita a los asistentes a formular preguntas
Fase de cierre. El moderador recapitula todo lo expresado e invita al grupo a formular las enseñanzas del caso

Tabla 4 Normas de diálogo en una dinámica de grupo

No interrumpir. Dejar expresarse, a quien tiene la palabra, hasta que haya terminado la idea
Respetar. No realizar descalificaciones personales, aunque no se compartan las ideas. No culpabilizar. No hay personas buenas ni malas, sino actuaciones correctas o incorrectas
Aceptar el error. Errar es de humanos
Buscar los aspectos positivos que puedan tener las experiencias negativas
Permitir la diferencia. Facilitar la expresión de todos los componentes del grupo
No intervenir de forma espontánea. Solicitar turno al moderador antes de comenzar a hablar

Para que la dinámica resulte participativa el grupo debería de tener un máximo de 10 personas, siendo deseable que estén representados todos los estamentos profesionales implicados en el incidente. Es importante controlar el tiempo, advirtiendo al inicio de la duración máxima que tendrá el encuentro (50 minutos).

Un ejemplo de informe de incidentes críticos

Descripción del caso

Ese lunes, como muchos en temporada de epidemia gripal, tenía una mala mañana. La consulta de no demorables amenazaba ser tan concurrida que no creía poder llegar a casa antes de las 4 de la tarde. A los casos acumulados el fin de semana se añadían los síndromes febriles recién comenzados y, en la programada, alguna que otra interrupción de enfermería para consultar a propósito de un crónico. Llevaba un retraso de más de 3/4 de hora cuando me avisaron desde recepción para que acudiera «ya» a un domicilio donde un paciente acababa de sufrir una probable apoplejía. Nada más regresar al centro, y mientras daba instrucciones apresuradas en administración para que enviasen una ambulancia a casa de mi paciente, se me acercó una joven algo nerviosa: «Por favor, doctora». Hice como que no la oía y continué con paso rápido hacia la consulta. «Doctora, ¡por favor!», dijo alcanzándome por la espalda. Giré de forma brusca. «No le puedo atender. Pida cita» y continué el paso veloz. «Pero, doctora, ¡es que es muy importante!». «No hay nada más que hablar», le dije. «Gracias», respondió. «Venía a comentarle que a mi madre le han encontrado un cáncer de mama.

No me esperaba eso de usted, doctora. Contaba con otro tipo de acogida. Tal vez nos convenga cambiar de médico de cabecera». La joven dio la vuelta y se alejó, entre ofendida y decepcionada.

Identificación de las emociones

Me quedé de piedra. En ese momento me percaté de lo poco que me habría costado detenerme un poco y escuchar. ¡Y lo terapéutica que mi escucha podría haber sido sobre el estado emocional de la joven que me había interrumpido! Pero, claro, ¡es que ya no podía más! La mitad de las veces que me paran por los pasillos o por la calle, por supuestas consultas urgentes, no son tales. Los días de tanta presión asistencial termino con la sensación de que nadie valora mi trabajo. Ni los miembros del equipo, que irrumpen en la consulta por motivos variados, ni los pacientes, que parecen creer que su problema es el único pendiente de resolver... Y termina pagando quien menos lo merece.

Actuación de protagonistas y espectadores

Nadie del equipo pareció percatarse de lo ocurrido. Las enfermeras estaban en sus consultas. El personal de recepción debió de observar cómo me acosaban, pero ni se planteó intervenir. Además, había bastante jaleo entre llamadas telefónicas y cola organizada en el mostrador. La hija de mi paciente dio media vuelta y salió del centro, no sin antes llevarse de admisión una solicitud de cambio de médico.

Resultado de esa actuación

Creo que me precipité en actuar a la defensiva y sin escuchar los motivos por los que la joven me asaltó de forma inoportuna. Ella, la hija, estaba emocionalmente desbordada y el propio impacto de la mala noticia recibida le impulsó a buscar apoyo donde creía poder encontrarlo. Sin embargo, la confianza que pudiera tener en su médico de cabecera no justifica en ningún caso la falta de respeto que se manifiesta al abordar de forma insistente e inoportuna. Problemas suscitados al respecto.

1. Accesibilidad.

- ¿La accesibilidad del paciente a la consulta debe primar a la no interrupción de la consulta médica?
- ¿Es el médico quien debe informar a los pacientes sobre el uso adecuado de recursos o, más bien es una tarea administrativa y de gestión?
- Cuando la consulta está ocupada por pacientes citados y la cita se atiende con retraso, resolver demandas espontáneas en el pasillo mejora la accesibilidad de los pacientes que en ese momento acuden con algo, según ellos, urgente. Atender en el pasillo rompe la confidencialidad. ¿Cuál es el valor que debe prevalecer en estos casos?
- ¿Habría que haber invitado a la joven a entrar en la consulta?

Si el médico decide atender al paciente en su consulta, haciéndole pasar por delante de los que tenía citados, podría encontrarse con que lo considerado

subjetivamente urgente no fuera una urgencia objetiva (urgencia vital). En ese caso se habría aumentado el retraso de la lista programada de pacientes, sin que el motivo de consulta lo justificase y con la consecuencia de primar al paciente exigente (que necesita ser visto «ya») frente al respetuoso (que solicita cita, excepto en casos de urgencia vital).

2. Reorganización de los servicios en época de epidemia.
 - a) Ante situaciones de elevada presión asistencial ¿habría que dejar de prestar asistencia previa cita para poder asumir la considerada urgente?
 - b) ¿Con qué criterio y en qué proporción habría que reorganizar la cita?
 - c) ¿Habría que tener en cuenta la opinión de pacientes y organizaciones ciudadanas al respecto?
 - d) ¿Quién y cómo debería de definir qué situaciones son urgentes?

Cuando aparecen brotes epidémicos la presión asistencial de muchos centros sanitarios (infradotados en recursos humanos) se desborda. En esos casos, desde la gestión no suele incrementarse los recursos humanos, ya que es una situación no presupuestada. Los servicios de salud no reparan coches, o zapatos, sino seres humanos. No planificar teniendo en cuenta ese y otros imponderables convierte a la persona enferma en un «objeto enfermo», colocándola en situación de inferioridad respecto a otros objetos de producción, como coches o zapatos, ya que estos últimos no tienen sentimientos.

Enseñanzas del caso

He aprendido que:

1. En días malos, por excesiva presión u otras causas, es importante que identifique y controle mis emociones negativas para que no rebosen sobre pacientes o compañeros. Y, también, para no dañarme a mí misma.
2. Que, en ocasiones, los pacientes abordan de forma inadecuada porque se encuentran bajo una carga emocional negativa que yo debería saber detectar y reconducir.
3. Que es posible, cuando la presión asistencial es elevada, adoptar medidas organizativas que mejoren la situación. En el ámbito de la macro o meso gestión las medidas adoptadas son las más eficaces. Aun cuando desde tales

ámbitos no se adoptasen iniciativas, es posible realizar pequeños cambios desde la organización de trabajo del equipo o de la consulta.

Recuerda

1. Los incidentes críticos son eventos inesperados que exigen improvisar una respuesta.
2. El análisis de incidentes críticos permite aprender a partir de los errores, mediante la elaboración de informes.
3. Los informes de incidente crítico se elaboran relatando por escrito el suceso vivido u observado, identificando las emociones suscitadas, describiendo las actuaciones profesionales, enumerando problemas o dilemas y detallando las enseñanzas que aporta el caso.
4. Las narraciones escritas se leen y debaten, con posterioridad, en el marco de una dinámica de grupo.
5. Durante la dinámica de grupo el moderador desempeña un papel clave, asegurando la participación de todos, promoviendo el respeto a las normas de diálogo y recogiendo todo lo expresado por el grupo en sucesivas recapitulaciones.

Bibliografía

1. Mezirow J. *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.
2. Bandura A. *Vicarious processes: A case of no-trial learning*. *Advances in experimental social psychology*, 2. New York: Academic Press Inc; 1965. p. 1–55.
3. Flanagan JC. *The critical incident technique*. *Psychol Bull.* 1954;51:327–58.
4. Almendro Padilla A, Costa Alcaraz AM. *Alerta roja: el incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores*. *Tribuna Docente a.* 2006;8:10–7.
5. Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. *El incidente crítico*. En: Millán J, Palés J, Morán J, editores. *Principios de educación médica*. Madrid: Editorial Panamericana; 2013. p. 616–20.
6. Bandura A. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychol Rev.* 1977;84:191–215.
7. López Camps J. *Planificar la formación con calidad*. Madrid: Ciss-Praxis S.A. Colección Gestión de Calidad; 2005.
8. Oprisan AAI, Vázquez Costa M, Costa Alcaraz AM. *El médico como paciente: una experiencia de aprendizaje transformativo*. *FEM.* 2016;19:9–12.
9. Robinson LA, Stacy R, Spencer JA, Bhopal RS. *Use facilitated case discussions for significant event auditing*. *BMJ.* 1995;311:315–8.