

Anexo I. Los incidentes críticos una forma de abordar los problemas en bioética en grupo

Autores

Ana M^a Costa Alcaraz
Carlos Almendro Padilla

Médicos de familia

¿Qué es un incidente crítico?

Incidentes críticos (IC) son, según la definición clásica (Flanagan 1954), 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 de la práctica cotidiana (extraídos de la propia experiencia), que nos impactan o sorprenden (por su buen o mal curso) y que motivan o provocan pensamiento (reflexión). No necesariamente son situaciones "críticas" por su gravedad extrema o por el riesgo vital. En este contexto asociamos "crítico" a sorprendente, inesperado o inquietante para el profesional que analiza su propia práctica.

Un incidente crítico 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 incidentes críticos 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 postgrado como en el de la bioética, el análisis de incidentes críticos es una alternativa novedosa para abordar los problemas de calidad y aprender de los errores. (Si quieres saber más...enlace con documento Alerta Roja: http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/Posgrado_1.pdf)

¿Existe algún método estructurado para abordar los incidentes críticos?

Aunque en un primer momento cualquier incidente provoca un contexto de desconcierto general, es posible abordar su análisis mediante el **informe de incidentes críticos** (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.

Pero ¿tiene alguna utilidad volver sobre lo acontecido, sobre todo cuando es desagradable?

¡Por supuesto que es útil! 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 traumática o inesperada, la primera respuesta espontánea ante un evento de ese tipo, podría ser 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 incidentes críticos 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 de un incidente se inicia con la elaboración de un **informe de incidente crítico** (IIC) por parte del profesional que ha vivido o presenciado el caso. Dicho informe tiene que recoger los aspectos objetivos del caso, pero también vivencias subjetivas, emociones y la valoración de lo sucedido.

Se estructura de la siguiente manera:

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 planteados. Hay que contestar a preguntas cómo ¿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.

¿Me podrías dar recomendaciones para organizar y moderar un análisis de incidentes?

Por supuesto. Son las que puedes ver en la tabla 1.

Tabla 1. Dinámica del análisis de incidentes

1. Composición del grupo Es deseable que haya representantes de todos los estamentos profesionales implicados en el incidente, con un máximo de 10 personas
2. Duración Controlar el tiempo, advirtiendo al inicio de la duración (recomendable un máximo de 50 minutos)
3. Fase de apertura El moderador anuncia el caso, presenta las normas de diálogo y recuerda la obligación de confidencialidad sobre lo tratado en la sesión
4. Fase de presentación del caso El autor lee, en voz alta, el informe de incidentes que previamente ha elaborado
5. Fase de reflexión grupal El moderador realiza preguntas abiertas, que inviten a explicar, e invita a los asistentes a formular preguntas
6. Fase de cierre El moderador recapitula todo lo expresado e invita al grupo a formular las enseñanzas del caso

Normas de diálogo: ¿Cuáles son?

Para que una conversación sea algo más que una serie de monólogos sin posibilidad de encuentro, es necesario asegurar un clima en el cual quienes se expresan lo hagan libremente y, además, se sientan escuchados. La tabla que verás a continuación enumera las normas de diálogo:

Normas de diálogo

1. No interrumpir
Dejar expresarse, a quien tiene la palabra, hasta que haya terminado la idea
2. Respetar
No realizar descalificaciones personales, aunque no se compartan las ideas
3. No intervenir de forma espontánea
Solicitar turno al moderador antes de comenzar a hablar

Píldoras:

- Los incidentes críticos son eventos inesperados que exigen improvisar una respuesta
- El análisis de incidentes críticos, mediante la elaboración de informes de incidente crítico, permite aprender a partir de los errores

- Los informes de incidente crítico se elaboran relatando por escrito el suceso vivido u observado, identificando las emociones suscitadas, describiendo las actuaciones profesionales, y detallando las enseñanzas que aporta el caso
- Las narraciones escritas se leen y debaten, con posterioridad, en el marco de una dinámica de grupo
- Durante la dinámica de grupos, es imprescindible respetar las normas de diálogo

Bibliografía

Libros:

1. Ivancevich JM, Matteson, MT. Estrés y trabajo. Editorial Trillas. Méjico 1992. *Los autores definen el estrés como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, surgida a consecuencia de alguna acción, situación, o evento externo que provoca en la persona respuestas físicas o psicológicas específicas, pudiendo alcanzar niveles críticos. Los niveles críticos de estrés provocan un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.*
2. Valero Alamo S. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta. Disponible en: <http://www.desastres.org/libros/primer.htm> *Se trata de una revisión de causas y factores preventivos del estrés laboral aplicado a los equipos de trabajo de primera respuesta en situaciones de urgencia.*

Revistas:

Almendo Padilla A, Costa Alcaraz AM. Alerta roja: El incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores. *Tribuna docente en Medicina de Familia* 2006;8(4):10-7. *Propuesta de análisis estructurado de incidentes críticos en la asistencia sanitaria.*

Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, González-Arévalo A, Santa-Úrsula JA, Hidalgo I. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(4):228-34. *En este artículo se describen los diferentes sistemas de comunicación de incidentes y se presenta la experiencia de los autores en la utilización de un sistema informatizado de análisis de incidentes críticos de un servicio de anestesia.*

Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995;(70):i-viii, 1-71.

Robinson LA, Stacy R, Spencer JA, et al; Use facilitated case discussions for significant event auditing. *BMJ* 1995;311(7000):315-8. *Los autores defienden la propuesta de que el análisis, de forma estructurada, de experiencias conflictivas permite extraer normas generales para mejorar la calidad de los cuidados de salud.*

Westcott R, Sweeney G, Stead J. Significant event audit in practice: a preliminary study. *Fam Pract* 2000 Apr;17(2):173-9. *Se concluye que el análisis de incidentes críticos constituye un instrumento potente para mejorar tanto la comunicación como el cuidado de los pacientes. Se hacen propuestas al respecto.*

Direcciones web

Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. http://216.239.59.104/search?q=cache:FasHitDKwssJ:www.fesemi.org/grupo_formacion/portafolio/propuesta_portafolio.doc+%22tribuna+docente%22+incidente+critico&hl=es&ct=clnk&cd=1

Ejercicio práctico de evaluación

Elabora un informe de incidente crítico, sobre un suceso que hayas vivido o presenciado, incluyendo en el relato aspectos contextuales y emocionales así como comportamiento, durante el incidente, de los diferentes implicados. Utiliza para ello este documento (hipertexto). Remítelo a los tutores del curso.(cap@ono.com). Recibirás, en el plazo de una semana comentario de los tutores a tu informe de reflexión. Este trabajo práctico no forma parte del examen final.

Anexo II. Informe de incidente crítico (IIC)

Autores

Ana M^a Costa Alcaraz
Carlos Almendro Padilla

Médicos de familia

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 tres cuartos de hora cuando me avisaron desde recepción para que acudiera "ya" a un domicilio donde un paciente terminaba de sufrir una probable apoplejía.

Nada más regresar al centro, y mientras daba instrucciones apresuradas en administración para que enviaran 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 y problemas suscitados al respecto

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.

Dilemas que se plantean

- Accesibilidad.
 - o ¿La accesibilidad del paciente a la consulta debe primar a la no interrupción de la consulta médico?

- o ¿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?
 - o 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?
 - o ¿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)
- Reorganización de los servicios en época de epidemia.
 - o Ante situaciones de elevada presión asistencial ¿habría que dejar de prestar asistencia previa cita para poder asumir la considerada urgente?
 - o ¿Con qué criterio y en qué proporción habría que reorganizar la cita?
 - o ¿Habría que tener en cuenta la opinión de pacientes y organizaciones ciudadanas al respecto?
 - o ¿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 coloca a la persona enferma a "objeto enfermo", colocándola en situación de inferioridad respecto a otros objetos de producción, como coches o zapatos.

Enseñanzas del caso

He aprendido que:

- En días malos, por excesiva presión u otras causas, es importante que identifique y controle mis emociones negativas para que no reboten sobre pacientes o compañeros. Y, también, para no dañarme a mí misma.
- Que, en ocasiones, los pacientes abordan de forma inadecuada porque se encuentran bajo una carga emocional negativa que yo debería saber detectar y reconducir.
- 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. Aún cuando desde tales ámbitos no se adoptasen iniciativas, es posible realizar pequeños cambios desde la organización de trabajo del equipo o de la consulta.