

Análisis de casos



CENTRO DE
GESTION
HOSPITALARIA

LECTURA INICIAL

Introducción

Para realizar el análisis de manera sistemática y organizada sugerimos leer con detenimiento la siguiente información, que fue tomada del *Protocolo de Londres* (1). La teoría que sustenta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico-asistenciales.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (Gráfico 1). De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los ámbitos directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales. Así, finalmente afectan los sitios de trabajo y crean las situaciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Éstas pueden ser de tipo físico, como las barandas; de tipo natural, como la distancia; de tipo acción humana, como las listas de verificación; de tipo tecnológico, como los códigos de barras, y de tipo control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Gráfico 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos



Durante el análisis de un incidente, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado. Se comienza desde las acciones inseguras y las barreras que fallaron hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre identificar las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son omisiones o acciones que tienen, al menos, el potencial de causar un accidente o evento adverso.

El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como *factores contributivos*. Son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos dentro de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos, o mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores e influir en los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos están los del paciente. En cualquier situación clínica, las condiciones de salud de una persona desempeñan un papel determinante en el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, el lenguaje, las creencias religiosas y los problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir en la comunicación adecuada con los prestadores.

La forma como una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente, afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador), como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores.

La atención en salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este

motivo, todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien.

Los ambientes físico (ruido, luz y espacio) y social (clima laboral y relaciones interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, producidas en los ámbitos gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Éstas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros.

La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La Tabla siguiente resume los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

Origen	Factor contributivo
Paciente	Complejidad y gravedad Lenguaje y comunicación Personalidad y factores sociales
Tarea y tecnología	Diseño de la tarea y claridad de la estructura Disponibilidad y uso de protocolos Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas Ayudas para la toma de decisiones
Individuo	Conocimiento Habilidades Competencia Salud física y mental
Equipo de trabajo	Comunicación verbal y escrita Supervisión y disponibilidad de respaldo Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
Ambiente	Personal suficiente Mezcla de habilidades Carga de trabajo

	Patrón de turnos Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos Respaldo administrativo y gerencial Clima laboral Ambiente físico (luz, espacio y ruido)
Organización y gerencia	Recursos y limitaciones financieras Estructura organizacional Políticas, estándares y metas Prioridades y cultura organizacional
Contexto institucional	Económico y regulatorio Contactos externos

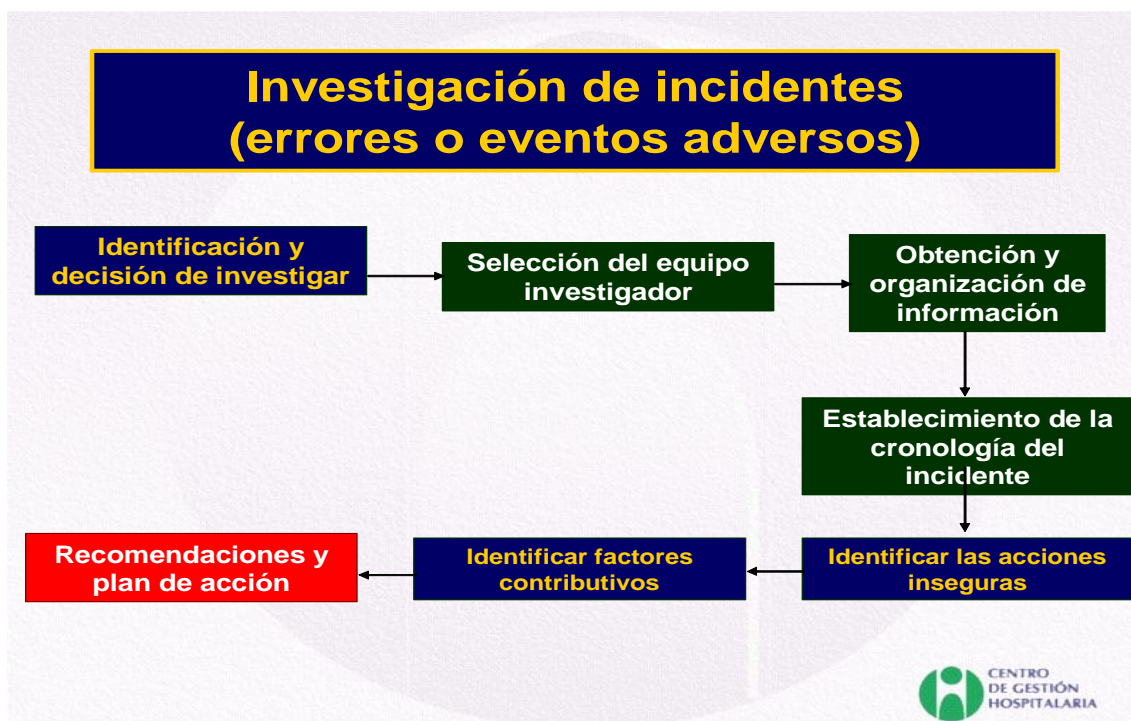
Cada uno de estos puntos de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación, debe precisarse si es de naturaleza vertical (profesional *senior* con profesional *junior*, médico con enfermera, etc.) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc.), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas) o si se trata de disponibilidad de supervisión o respaldos adecuados.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes, en la medida en que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber desempeñado algún papel causal. Por este motivo, es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria, las fallas activas (acciones u omisiones) que ocurren durante la atención de pacientes son debidas a olvidos (no recordar llevar a cabo un procedimiento), a descuidos (tomar la jeringa equivocada), a equivocaciones (errores de juicio) y, rara vez, a desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una *acción insegura*. El *Protocolo de Londres*, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como *care delivery problems* (CDP). Nosotros preferimos seguirlas llamando acciones inseguras.

Tal como se dijo, el primer paso en la investigación de un incidente clínico es la identificación de la acción o acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta. En el Gráfico 2 se ilustra la secuencia de pasos para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso.

Gráfico 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos



El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil y pueda usarse tanto en incidentes menores como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta una persona o un equipo grande de expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir qué tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de lo extenso y profundo de la investigación depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.