

Publicado en: Tribuna docente en Medicina de Familia 2006;8(4):10-7

Accesible en: [http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/Posgrado\\_1.pdf](http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/Posgrado_1.pdf)

**Alerta Roja: el incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores.**

**Autores: Carlos Almendro Padilla, Centro de Salud Torrent; Ana M<sup>a</sup> Costa Alcaraz, Centro de Salud Nazaret (Médicos de Familia, Grupo Comunicación y Salud Comunidad Valenciana; Grupo Bioética de la SVMFiC)**

### **Una introducción.**

Cuando Flanagan describió un método para analizar las caídas aviones en la Segunda Guerra Mundial, no imaginaría que se iba a convertir en algo aplicable a la mejora de calidad del proceso de asistencia sanitaria. Las consultas urgentes, los problemas surgidos por mala comunicación con el paciente, los errores de la práctica médica son, entre otros, el marco en el que acontecen incidentes críticos. El aprendizaje sobre incidentes críticos se ha introducido, muy recientemente, en la docencia médica. Su aplicabilidad en la mejora de calidad, en prevención de errores y en la reflexión sobre valores y actitudes, hace del incidente crítico un método muy útil para la enseñanza de la bioética. Los autores proponen un modelo de trabajo sobre informes de incidentes críticos desde la atención primaria de salud.

### **¿Qué es un incidente crítico?**

Es un evento inesperado que exige una respuesta rápida. También llamado auditoría de eventos relevantes<sup>i</sup>, o discusión facilitada de casos<sup>ii</sup> (ver tabla 1)

Su marco teórico encuadra dentro de la llamada práctica reflexiva, uno de cuyos principales exponentes es Schön. Según este autor, "los prácticos poseen una forma particular profesional de ver su mundo y una forma de configurar y mantener el mundo según lo ven ellos". Para este autor, una práctica reflexiva comprende el "conocimiento en la acción", "la reflexión en la acción" y "la reflexión sobre la reflexión en la acción"<sup>iii</sup>. El instrumento básico para trabajar los incidentes críticos es el informe de incidente (Informe IC).

Los informes IC son narraciones, cortas y espontáneas, pero estructuradas, en las que se relata por escrito un suceso imprevisto, escogido por el profesional que lo ha vivido o presenciado. Se realizan, por vez primera, a propuesta del psicólogo Flanagan, en 1954, como una forma de conocer detalladamente la efectividad o ineficacia de las actuaciones en torno a los episodios de accidentes de aviones americanos durante la segunda guerra mundial<sup>iv</sup>. Posteriormente, en 1978 un médico anestesista, Cooper, modificó la técnica desarrollando un método de entrevista y codificación para estudiar los errores en anestesia<sup>v</sup>. Fue en 1990 cuando, Mezirow y Brookfield, empiezan a utilizar el incidente crítico en el campo de la docencia<sup>vi</sup>, proponiendo aprovechar la narración de acontecimientos inesperados para explorar las actitudes y presunciones de los alumnos y para trabajar, sobre el terreno de la práctica, la autorreflexión que facilita el crecimiento profesional. En 1996, Davis Michael aplica este concepto de incidentes críticos a las experiencias vividas por los trabajadores de urgencias ante situaciones amenazantes, como presencia de excesivo sufrimiento humano y/o elevado riesgo de error profesional, o de fracaso<sup>vii</sup>. En la década de los 90 comienza a utilizarse informes de incidentes críticos en el campo de la bioética. La OMS, en el año 2002, insta a prestar mayor atención a la seguridad de los pacientes<sup>viii</sup>. La utilización de informes de incidentes críticos es un medio para detectar problemas de estructura, proceso, o resultado, que plantean riesgos de la seguridad para el paciente.

### **Incidentes críticos y docencia.**

El entrenamiento en análisis de incidentes críticos, aplicado a la medicina, permite una formación continua desde el pregrado la jubilación. Para los estudiantes puede ser una primera aproximación a la práctica, que contempla no solo aspectos clínicos sino también comunicacionales y de reflexión en valores. Para los residentes resulta un instrumento imprescindible dentro del entrenamiento en la identificación de valores profesionales. En la formación de postgrado supone la única opción para elaborar, de forma constructiva, las experiencias traumáticas para el profesional, una oportunidad para detectar problemas de comunicación con el paciente y modificar actitudes, así como uno de los mejores instrumentos para detectar fallos de la organización. También permite detectar necesidades de formación en clínica, comunicación y bioética. Es, por tanto, un instrumento más de la práctica reflexiva. La autorreflexión, o la reflexión grupal, permiten contextualizar experiencias laborales difíciles, vividas de forma

traumática o inesperada, facilitando tanto la adquisición de habilidades y actitudes como la adopción de medidas organizacionales correctoras.

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 informe IC pone límites a la negación, al invitar a describir lo acontecido y recoger también la experiencia subjetiva de quien vive el episodio. Con ello, los incidentes críticos se integran en el marco de la deliberación ética orientada a la mejora continua de calidad.

Los valores y actitudes profesionales están muy influenciados por el proceso de socialización que determina el grupo o la dinámica cultural en la que se mueven. Es lo que técnicamente se denomina currículum oculto o informal. Muchas de estas influencias pueden ser perjudiciales para el desarrollo de los valores profesionales. Las agendas ocultas hacen referencia a las emociones personales, tanto del médico como del paciente, y a los motivos de comportamiento que siempre están influidos por el estado emocional, a veces inconsciente, determinante de la actitud adoptada en el proceso de comunicación (ver tabla 2) El proceso de reflexión en grupo contrarresta la influencia del currículum profesional oculto y muestra la agenda oculta. Para conducir con habilidad el proceso de reflexión grupal, es necesaria la formación en dinámica de grupos<sup>ix</sup>

### **El nuevo plan de la especialidad.**

La metodología docente del nuevo plan de la especialidad recomienda utilizar métodos de trabajo grupal y, entre ellos, la discusión de casos para la formación en bioética<sup>x</sup>. Trabajar sobre incidentes críticos de forma estructurada posibilita presentar al residente, mediante casos reales, los temas de bioética incluidos en el plan. Por otra parte, mediante el informe IC, el residente se entrena en la práctica reflexiva, la deliberación compartida y la detección de necesidades de aprendizaje, configurándose así como un excelente instrumento de evaluación formativa.

El nuevo plan recoge, en el área de bioética, diferentes conceptos y procesos que deben ser desarrollados durante la residencia. El trabajo sobre incidentes críticos observados en la práctica cotidiana sirve, desde esta perspectiva, para detectar necesidades de

formación y tiende, además, un puente entre el desarrollo de los conceptos teóricos y la consulta.

## **DESCRIPCIÓN.**

### **El inicio.**

El abordaje de un incidente se inicia con la elaboración de un informe de autorreflexión del profesional que ha vivido o presenciado el caso. Dicho informe, tiene que recoger aspectos objetivos del caso, vivencias subjetivas y valoración de lo sucedido (ver tabla 3)

1- Descripción del caso. Para estructurar el relato, hay que contemplar en el mismo los siguientes aspectos:

- a) Contexto. Incluye la secuencia temporal lógica, el lugar en el que sucede, las personas implicadas
- b) Descripción del suceso, en forma narrativa, intentando reproducir las palabras utilizadas en la situación real

2- Descripción de las emociones despertadas en el profesional

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.

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 y aplicabilidad de lo aprendido en situaciones similares.

En el anexo 1 se presenta un ejemplo de informe IC.

## **El moderador.**

El moderador del grupo de reflexión debe tener baja reactividad, actuando todo el tiempo como facilitador y conduciendo el proceso de forma que se permita la participación a todos los asistentes. Para ello es necesario que tenga habilidades de procedimiento y de análisis.

Entre las habilidades de procedimiento, son importantes:

- a) la facilitación didáctica, por medio de preguntas abiertas que inviten a explicar
- b) la capacidad de síntesis, para elaborar de forma periódica la información y redefinir metas, recogiendo lo expresado por el grupo

Entre las habilidades de análisis, la más importante es la capacidad para modelar un razonamiento grupal en el que se identifiquen:

- a) problemas, personales o de la organización
- b) emociones negativas
- c) valores implicados.

## **La dinámica** <sup>xi</sup>

- Composición del grupo.

Siempre que fuera posible, el grupo debería contar con representantes de todo el equipo ya que los diferentes puntos de vista facilitan la innovación. Aquellos casos que hayan supuesto una gran carga emocional para quienes lo han vivido, se podrían presentar de forma anónima, o en grupos seleccionados.

- Identificación de casos.

Puede presentarse como caso cualquier acontecimiento que haya planteado un dilema ético, o que se haya acompañado de una importante carga emocional negativa, independientemente de que haya, o no, sido resuelto favorablemente.

- Tamaño del grupo.

Entre 8 y 10 personas, para facilitar la participación de todas ellas.

- Duración.

Entre 20 y 45 minutos.

- Papel del moderador.
  - Presentar los objetivos, el proceso de desarrollo, y la duración
  - Recordar las normas de diálogo y la importancia de la confidencialidad
  - Estructurar la discusión (control del tiempo, facilitación de las intervenciones, clarificación de posturas, resumen final)
  - Identificar las emociones suscitadas, y permitir la expresión de las mismas

## Las fases

- a) Apertura. El moderador saluda al grupo, enuncia el caso, y presenta las normas de funcionamiento (ver tabla 4)
- b) Presentación del caso, mediante lectura del informe IC. El grupo pide aclaraciones al caso<sup>1</sup>
- c) Proceso de análisis del caso<sup>xii</sup>

- Identificación del o de los problemas. El moderador formula preguntas abiertas, para que responda el grupo, del tipo ¿quiénes son los principales afectados?, ¿cuáles han sido los problemas?
- Contextualización biográfica del grupo. Se trata de conducir al grupo a reflexionar a partir de su experiencia, tomando como referencia el caso presentado, a partir de preguntas como ¿habéis vivido una situación similar a ésta?, ¿alguien quiere contar un caso parecido?

---

<sup>1</sup> Éste método está basado en el que propone Juan Carlos Siurana para el análisis y resolución de casos de ética aplicada. Un ejemplo de cómo aplicar dicha metodología a un caso concreto se encuentra en M<sup>a</sup> José Solaesa, Josefa Palop, M<sup>a</sup> Pilar Pastor y Emilia Llorca, “¿Hasta dónde la información enfermera-paciente? Análisis de un caso práctico desde la bioética”, en Vicente Bellver, Rafael Torregrosa y Luis Llórens (dirs.), *La bioética y la clínica. Una aproximación a la práctica diaria*, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, EVES, Valencia, 2005, pp. 121-145. El Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València ha colgado en su página Web casos analizados siguiendo esa metodología.

- Abordaje del caso desde la solidaridad emocional, como método para reconducir el currículum oculto, ¿en alguna ocasión os habéis sentido igual que el protagonista de este caso?, ¿qué sentimientos os despierta lo relatado?
- Análisis de los posibles cursos de acción, mediante planteamiento de preguntas como ¿qué podría haberse hecho?, ¿creéis que podría haberse evitado?

d) Cierre de la sesión.

- El moderador motiva al grupo para que saque sus propias conclusiones, con el objetivo de que integre lo aprendido en su propia experiencia. Para ello, puede formular alguna pregunta del tipo ¿en qué situaciones nos pueden surgir problemas como el aquí planteado?, ¿qué podemos aprender de lo sucedido?, ¿qué medidas organizacionales se podrían adoptar?

### **Conclusión**

Los informes de incidentes críticos son un método efectivo para introducir valores éticos en la formación continuada del estudiante o del profesional, para detectar errores en la organización sanitaria, y para identificar necesidades de formación. Su eficacia específica se centra en la posibilidad de contrarrestar las influencias negativas del currículum oculto con las positivas derivadas de lo que se puede aprender a partir de otras experiencias vividas que conecten con la propia. Identificando emociones negativas y de dilemas suscitados por el caso presentado, así como reflexionando en grupo, se contextualizan las experiencias laborales difíciles y se explicita el currículum oculto, facilitando el cambio de actitudes poco profesionales y la adopción de medidas organizacionales correctoras. Para trabajar sobre análisis grupal de incidentes críticos es imprescindible conseguir un clima de confianza, comodidad, y apoyo mutuo.

**Tabla 1. Algunos ejemplos de incidente crítico en la consulta**

- Marta asalta a su médico de familia, en el pasillo de recepción, para decirle que su madre se encuentra muy agotada. El médico le indica que solicite cita. Marta lleva a su madre a urgencias hospitalarias y allí se le diagnostica una anemia secundaria a un proceso neoplásico. La paciente acude a la consulta del centro de salud, y reprocha al médico no haberle atendido, cuando el proceso era grave.
- Nieves está muy disgustada. Ha sufrido cinco intentos antes de que se consiguiese, con éxito, muestra de sangre para el análisis. Tiene un gran hematoma en el antebrazo. La paciente presenta una queja a su médico de cabecera. Se averigua que la enfermera encargada de extracciones, ha dejado sola a la estudiante durante 20 minutos.
- Carmen acude con su madre a la consulta. Refiere vómitos frecuentes desde hace una semana, al insinuar el médico la posibilidad de que pudiese estar embarazada, la madre se ofende.
- Pedro llega al centro de salud con dolor torácico. El médico pide un electrocardiograma. Mientras se lo están haciendo, Pedro entra en fibrilación ventricular. Los diez minutos transcurridos antes de que se le conecte el desfibrilador, son suficientes como para que la técnica aplicada sea inútil. Aunque los familiares están impresionados favorablemente por el despliegue de movimiento, el médico y la enfermera saben que el equipo no ha actuado de forma efectiva.

**Tabla 2. Ejemplos de lenguaje que puede tener influencia en el currículum oculto**

|                      |   |
|----------------------|---|
| Descalificaciones    | <ul style="list-style-type: none"><li>• “esto es un embolado”</li><li>• “me han metido un gol”</li><li>• “¡menudo paquete!”</li></ul> |
| Despersonalizaciones | <ul style="list-style-type: none"><li>• “pásame la historia de la neumonía”</li><li>• “el del infarto”</li></ul>                      |



|              |  |
|--------------|--|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• “el crónico de la calle...”</li> </ul>                                |
| Estereotipos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• “el neura”</li> <li>• “una maruja”</li> <li>• “un drogata”</li> </ul> |

| <b>Tabla 3. Contenidos de un informe de autorreflexión</b> |   |
|--|---|
| 1.   | Descripción del suceso  |
| 2.   | Emociones despertadas   |
| 3.   | Actuación del profesional                                     |
| 4.   | Resultado de esa actuación y problemas suscitados al respecto |
| 5.   | Dilemas que se plantean                                       |
| 6.   | Enseñanzas del caso   |

| <b>Tabla 4. Normas a tener en cuenta durante la dinámica</b> |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No culpabilizar. No hay personas buenas ni malas, sino actuaciones correctas o incorrectas</li> </ul>                                   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar el error. Errar es humano</li> </ul>  |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivizar las experiencias negativas. De los errores, siempre se puede aprender mediante la reflexión</li> </ul>                      |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir la diferencia. Facilitar la expresión de todos los componentes del grupo, escuchando sus argumentos sin interrumpir</li> </ul> |

## BIBLIOGRAFÍA

- 
- <sup>i</sup> Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, et al. 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
- <sup>ii</sup> Westcott R, Sweeney G, Stead J. Significant event audit in practice: a preliminary study. *Fam Pract* 2000;17(2):173-9
- <sup>iii</sup> Navarro Hinojosa R, López Martínez A, Barroso Flórez P. El análisis de incidentes críticos en la formación inicial de maestros. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado.* 1998;1(1) Disponible en:  
<http://www3.uva.es/aufop/publica/revelfop/v1n1rnih.htm>
- <sup>iv</sup> Flanagan J. The critical incident technique. *Psychological Bulletin.* 1954;51:327-58
- <sup>v</sup> Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Anesthesiology.* 1978;49:399-406
- <sup>vi</sup> Mezirow J, ed. *Fostering Critical Reflection in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning.* San Francisco. Jossey-Bass. 1990
- <sup>vii</sup> Valero Alamo S. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta. En: <http://www.desastres.org/libros/primer.htm> [Visitado el 3-3-2006]
- <sup>viii</sup> Lee Jong Wook. Secretario general de la OMS. Resolución WHO55.18
- <sup>ix</sup> Brantch WT. Use of Critical Incident Reports in Medical Education: *J Gen Intern Med* 2005;20:1063-7
- <sup>x</sup> Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de formación. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid 2005. En página: 36
- <sup>xi</sup> Robinson LA, Stacy R, Spencer JA, et al. Use facilitated case discussions for significant event auditing. *BMJ* 1995;311(7000):315-8
- <sup>xii</sup> En: Juan Carlos Siurana y Vicente Fullana, *Ética en la investigación*, Libro CD, Universidad Politécnica de Valencia, UPV Abierta, Valencia, 2004, unidad 4, apartado 4.1.

## **INFORME DE INCIDENTE CRÍTICO**

### **PRESENTACIÓN DEL CASO.**

Carmen, mujer de 69 años, acude al centro de Salud Pacayá muy preocupada porque, en los últimos dos meses “se está quedando calva”. Después de una somera evaluación clínica, decido descartar, mediante análisis, una anemia o una disfunción tiroidea, que fue la primera hipótesis etiológica.

Una vez descartadas estas patologías, informo “Carmen, tiene usted un efluvio telógeno. Por desgracia, no existe posibilidad de tratamiento”.

Un mes más tarde, la paciente solicita nueva consulta: “Doctor, ya sé por qué se me cae el pelo. Dos medicamentos de los que usted me recetó en esos meses son la causa. Lo pone en el prospecto. Mire, se lo he subrayado...”

### **EMOCIONES DESPERTADAS.**

Culpabilidad, vergüenza, miedo a reconocer un error.

### **ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL.**

Ante esta situación inesperada, solicité me dejase leer el prospecto del omeprazol y de la clortalidona y, después de comprobar que contenían la advertencia que Carmen me había indicado, reconocí que tenía que no había pensado en ello.

### **RESULTADOS DE ESTA ACTUACIÓN.**

La paciente aceptó bien mis disculpas y, hasta ahora, sigue viniendo a la consulta, con normalidad, y confiando en mí.

---

## **DILEMAS.**

¿Soy realmente competente? En este caso ha resultado bien, pero algunos pacientes están convencidos de que un médico no puede equivocarse ¿Reconocer mis limitaciones puede causar pérdida de la confianza del paciente? ¿Habría que intentar disimular los errores, para no dañar la confianza terapéutica?

## **ENSEÑANZAS DEL CASO.**

Reconocer un error puede ser bueno, no necesariamente daña la relación médico-paciente.

Debo conocer los efectos secundarios de los medicamentos que manejo.

A cualquier paciente que me consulte por caída de cabello, dentro del esquema de diagnóstico diferencial incluiré una pregunta sobre medicamentos de reciente introducción.