



PROTOCOLO

Aspectos de Factores Humanos en los casos notificados en el NAP4

Artículo original: Dr. Jan Shaw, Dr. Chris Frerk, Ms Joan Russell. Report and findings of the 4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists.

Fernández Vaquero MA.

Hospital Gómez Ulla. Madrid.

Resumen

El NAP4 no fue diseñado para realizar un análisis de los factores humanos. Sin embargo, hubo suficientes ejemplos de problemas que entraban dentro del ámbito de la ciencia de los factores humanos, como para resaltar la importancia de este tema y elevar la conciencia de los factores humanos como papel fundamental de la prevención de errores.

Introducción

El NAP4 no fue diseñado para realizar un análisis de los factores humanos. Sin embargo, hubo suficientes ejemplos de problemas que entraban dentro del ámbito de la ciencia de los factores humanos, como para resaltar la importancia de este tema y elevar la conciencia de los factores humanos como papel fundamental de la prevención de errores.



1.-Lo que sabemos

En el sistema nacional de Salud existen una serie de errores que causan incidentes críticos y parte de esos errores están causados por el **Factor Humano**.

A.- A nivel de sistema:

Los seres humanos diseñan los sistemas, pero no sólo los diseñan sino que además los gestionan. Por tanto vamos a usar los conocimientos que tenemos acerca de cómo los factores humanos afectan al sistema para optimizar su diseño y gestión.

B.- A nivel individual:

A nivel individual en la teoría de los factores humanos se describen habilidades no técnicas, que complementan las habilidades técnicas o conocimientos técnicos para facilitar el funcionamiento seguro y eficaz. Son habilidades tales como la comunicación efectiva, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, conocimiento de la situación y el estrés de la gestión. Los profesionales más eficaces emplean estas habilidades para tener un rendimiento constantemente alto. Las habilidades no técnicas se pueden enseñar, practicar y evaluar junto a las habilidades técnicas y de capacitación en el lugar de trabajo. En el Reino

Unido de ha creado ANTS (the Anaesthetists' Non-Technical Skills System) un sistema que ha sido desarrollado específicamente para evaluar las habilidades no técnicas de los anestesiólogos y proporcionar de forma individual una taxonomía de conductas que son muy específicas para la anestesia. Este sistema no es adecuado para un equipo multidisciplinar. El sistema ANTS ha dejado de lado algunos elementos de liderazgo que pueden ser cruciales en caso de gestión de VAD.



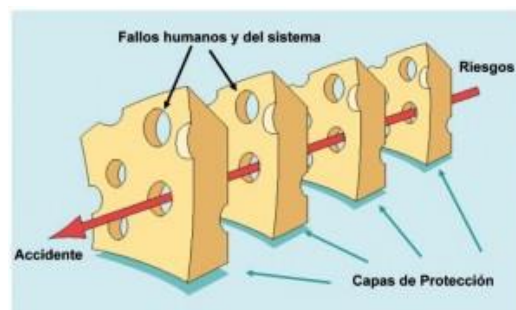
C.- Lecciones aprendidas de los errores en la asistencia sanitaria:

Antes de la década de los 90 no se había publicado nada acerca de los errores y su prevalencia. En 1991 se publicó un estudio de Harvard que demostró que la prevalencia de errores era más alta de la que se había reconocido anteriormente. En el año 2000 el departamento de Salud pública del Reino Unido realizó una memoria en la que se destacó la **Inobservancia sistemática y reiterada** del Sistema Nacional de Salud para aprender de los errores. Y se hizo hincapié en la necesidad de tener mecanismos unificados para la presentación de informes y análisis cuando se produzcan errores, una

cultura más abierta en el reconocimiento de errores, adoptar mecanismos necesarios para garantizar que cuando se ha identificado los problemas, se ponen en práctica los cambios necesarios para que no vuelvan a ocurrir y la capacidad de aprender de los errores. En 2006 se publicó "La seguridad ante todo: Un informe para pacientes y médicos", y puso de manifiesto lo siguiente:

- 1.- La conciencia del error ha aumentado pero el ritmo de cambio es aún lento.
- 2.- Las juntas directivas no dan a la seguridad la misma prioridad que a la consecución de los objetivos financieros.
- 3.- Se precisan métodos más eficaces para aprender de los errores en el futuro.

D.- Comprendiendo los errores en el lugar de trabajo:



Una cadena de errores se puede presentar a través de una visión simplista de efectos adversos. Los FALLOS LATENTES también conocidos como fallos del sistema se combinan con los FALLOS ACTIVOS, también conocidos como errores humanos para establecer UNA SITUACION DE PELIGRO. A veces estas situaciones de riesgo pueden ser activadas por EVENTOS CATALISTAS (casualidad o factores coincidentes). Un modelo más dinámico es el del queso Suizo de James Reason. La bala representa el paso potencial de un evento adverso a través del sistema y

las lonchas de queso representan las barreras para la prevención de los errores. Los agujeros representan una combinación de fallos latentes y activos que permiten a la bala pasar por los agujeros que se alinean. Este modelo funciona bien en las industrias donde tiene un papel fundamental en el desarrollo de los sistemas de seguridad. Desgraciadamente en la Asistencia Sanitaria los Sistemas de Seguridad no están bien desarrollados y se da demasiada confianza a las capacidades personales.

2.- Revisión de casos:

Los factores humanos se ponen de manifiesto a lo largo de todos los informes del NAP4. Los que han surgido durante la revisión son:

A.- Díselos del sistema y de gestión:

Entre ellos la escasez de equipo o inadecuado mantenimiento de estos, objetivos incompatibles (clínicos-económicos), reticencia para llevar a cabo análisis formales de efectos adversos y aprender de ellos, pérdida de documentación, sistemas de comunicación poco adecuados, falta de reciclaje y aprendizaje del personal, formación incompleta e inexperiencia, excesiva carga de trabajo

B.- Habilidades no técnicas individuales y de equipo:

Entre ellos indiferencia hacia la relación riesgo/exceso de confianza, falta de claridad en las estructuras del equipo (equipo multidisciplinar), falta de comunicación entre las especialidades médicas, no seguir los consejos de un profesional de más experiencia, no solicitar registros anteriores, preoperatorio incompleto, no uso de todo el equipo disponible (capnografía) y frecuentes cambios de planes en el último momento. Se muestra un caso en

el que se pone de manifiesto que cuando un grupo de compañeros no está acostumbrado a trabajar junto y se tratan de ayudar entre sí la situación se vuelve caótica, por eso se incide en que la gente que trabaja junta se tiene que formar junta, es decir se deberían dar situaciones simuladas sobre las que trabajar en diferentes escenarios para que cuando la situación sea real se sigan unos pasos inequívocos. Después se muestran dos casos en los que expone que determinadas situaciones se podrían evitar si se hiciera una adecuada valoración y exploración de los pacientes previa y se evitara el exceso de confianza. Además de todo esto se observa la falta de planes de respaldo alternativos a los planteados inicialmente. En el sistema sanitario se es mucho más tolerante en lo que a seguridad se refiere que en otros sectores como la industria. Esto se produce por situaciones como la excesiva confianza en habilidades y capacidades de determinados profesionales, la presión asistencial y la falta de jerarquía entre colegas o exceso de ella entre superior y subordinado.

3.- Análisis numérico:

En la Industria donde hay niveles significativos de seguridad y protección (situación que no ocurre en el Sistema de Salud), la contribución de los factores humanos al error es de aproximadamente un 80%. En el NAP4 se pone de manifiesto que los factores humanos han contribuido en aproximadamente un 40% de los errores (75/184). Esto indica que los errores del Sistema (fallos latentes) juegan un papel más importante que en la industria. Es decir, en la industria el error humano es más importante que el error del sistema y en el Sistema de salud ocurre lo contrario.

4.- **Discusión:**

Construir una cultura consciente de la seguridad es una tarea enorme, requiere la educación y formación para conseguirlo. Las personas deben cambiar sus normas culturales y educación y realizar mayor formación en cultura de seguridad sobre todo las nuevas generaciones. Las Organizaciones deben centrarse en el aprendizaje de los errores y en la formación de las habilidades no técnicas. Esta formación debe ir acompañada de la cultura de informar sobre los incidentes adversos y utilizarlos como herramientas de aprendizaje. Las investigaciones acerca de los incidentes deben enfocarse más al aprendizaje y no tanto a buscar culpables.

5.- **Puntos de aprendizaje:**



A.- Educación:

- 1.- Introducción de entrenamiento en seguridad en los planes de Anestesia. UCI y Urgencias.
- 2.- La formación en teoría de los factores humanos es obligatoria en personas que trabajan con la VAD.
- 3.- La oportunidad de trabajo multidisciplinar en equipos y en escenarios simulados de los equipos para la práctica de habilidades técnicas y no técnicas.

B.- Guías y protocolos:

La evidencia de la NAP4 muestra que las directrices y protocolos no siempre se cumplen. Recomendaciones:

- 1.- Guías y algoritmos de emergencia deberían estar disponibles en todas las áreas donde hay VAD.
- 2.- Entrenamiento de los equipos en escenarios simulados refuerzan el uso de las guías y protocolos.

C.- Construir una cultura de seguridad organizacional:

Recomendaciones:

- 1.- Los incidentes de la VAD, incluidos los conatos de accidentes deberían ser de forma rutinaria y periódicamente auditados.
- 2.- Las investigaciones sobre los efectos adversos se deben realizar conforme a las mejores prácticas para determinar si se ha hecho los cambios pertinentes para la mejora de la seguridad de los pacientes y el sistema.

D.- Comunicación:

Los fallos de comunicación son una característica común que se informa en este proyecto. Recomendaciones:

- 1.- Las organizaciones deben fomentar el uso de la rutina del briefing y debriefing según lo recomendado por la NPSA. En particular esto se debe hacer antes de una VAD y después de un incidente crítico de la VAD.
- 2.- Los consultores y altos cargos deben dar ejemplo y usar técnicas informativas iniciales y finales en estas situaciones clínicas.

Correspondencia al autor

Miguel Ángel Fernández Vaquero
miguelangelfernandezvaquero@gmail.com
FEA. Anestesia y Reanimación.
Hospital Gómez Ulla. Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 16 de julio de 2012](#)